

BIJLAGE

Paragraaf 1: Integrale toelichting ontbreekt

De Wzd is op vele punten aangepast aan de Wvvgz. Vele wijzigingen zijn niet van een toelichting voorzien (anders dan 'vanwege de harmonisatie' en dat zelfs niet altijd), waardoor niet duidelijk is wat de wetgever precies bedoelt. Vaak moet om een gewijzigd artikel te kunnen begrijpen, gegrepen worden naar de toelichting bij de Wvvgz. Het is onwerkbaar dat de sector straks de Wvvgz erbij moet pakken en in de verschillende nota's van wijziging moet uitzoeken wat bedoeld wordt met een artikel in de Wzd (als al in een toelichting is voorzien).

1. Wij vragen u de regering te verzoeken, net zoals u de regering heeft verzocht bij de Wkkgz in 2013, de Wzd van een integrale toelichting (op alle wetsartikelen) te voorzien.

Paragraaf 2: Registratie: onduidelijkheid over digitaal beschikbaar stellen van gegevens van cliënten aan de IGZ

De Wzd bepaalt dat zorgaanbieders gegevens over cliënten digitaal beschikbaar moeten stellen ten behoeve van het toezicht door de IGZ. Bovendien moeten zorgaanbieders halfjaarlijks gegevens over de toepassing van onvrijwillige zorg aan de IGZ verstrekken, samen met een analyse daarvan. In deze paragraaf schetsen wij de bepalingen uit de Wzd waarin dit is geregeld. Daarbij besteden we aandacht aan de totstandkoming daarvan omdat onze vragen over deze regels mede daaruit voortvloeien.

Artikel 17 Wzd bepaalt dat zorgaanbieders veel gegevens van cliënten digitaal beschikbaar moeten stellen ten behoeve van het toezicht door de inspectie, het betreft bijvoorbeeld de vorm van onvrijwillige zorg die aan een cliënt wordt verleend, de duur en frequentie waarmee dit gebeurt en het zorgplan.

Naast een opsomming van de gegevens die digitaal beschikbaar gesteld moeten worden, kende artikel 17 Wzd tot de vierde nota van wijziging Wvvgz een delegatiebepaling op basis waarvan bij AMvB regels zouden worden gesteld ten aanzien van de gegevens die beschikbaar worden gesteld; de wijze waarop de gegevens worden vastgelegd; de personen die toegang hebben tot de gegevens, de gegevens die aan de IGZ worden verstrekt en de wijze waarop dit gebeurt.

In de vierde nota van wijziging Wvvgz wordt de delegatiebepaling geschrapt omdat deze overbodig werd geacht naast de delegatiebepaling uit het eerder, in de tweede nota van wijziging Wvvgz, toegevoegde artikel 18c Wzd (32 399, nr. 39, p. 34).

Art. 18c, lid 6 Wzd bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop gegevensverwerkingen worden ingericht. Het digitaal beschikbaar stellen van gegevens op basis van art. 17 Wzd is kennelijk zo'n gegevensverwerking die op basis van art. 18c, lid 6 Wzd geregeld zal worden.

De vierde nota van wijziging Wvvgz voegt verder aan art. 17 Wzd een nieuw tweede lid toe dat bepaalt dat de zorgaanbieder halfjaarlijks 'een digitaal overzicht van de gegevens bedoeld in het eerste lid' aan de IGZ moet verstrekken. Deze bepaling vervangt de tot dan toe in artikel 18 Wzd opgenomen verplichting om halfjaarlijks 'een overzicht van de verleende onvrijwillige zorg onder vermelding van de aard en de frequentie' aan de IGZ te verstrekken.

De vierde nota van wijziging Wvvgz voegt verder een nieuwe delegatiebepaling toe aan art. 17, lid 2 Wzd. Deze biedt de mogelijkheid om bij AMvB te bepalen dat de halfjaarlijks te verstrekken gegevens niet aan de IGZ moeten worden verstrekt, maar aan een door de minister aan te wijzen instantie..

Tot slot is in dit verband nog van belang dat artikel 18 Wzd bepaalt dat de zorgaanbieder de IGZ halfjaarlijks 'een door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekende analyse over de verplichte

(sic) onvrijwillige zorg die door hem in die periode is verleend' moet verstrekken. Bij ministeriele regeling kunnen regels worden gesteld over de inhoud en de wijze van verstrekken van deze analyse.

Grote impact, veel onduidelijkheid

De regels met betrekking tot het beschikbaar stellen en verstrekken van gegevens over cliënten aan de IGZ hebben potentieel een grote impact, zowel voor de privacy van cliënten als voor de uitvoeringslasten die hieruit voortvloeien voor zorgaanbieders. De toelichting bij deze regels is echter veelal summier en onduidelijk en ontbreekt soms geheel. Wij vinden het van groot belang dat onderstaande vragen beantwoord worden door de regering.

1. Wat moeten zorgaanbieders concreet doen om de bedoelde gegevens digitaal ter beschikking te stellen aan de IGZ? Moet de IGZ bijvoorbeeld ieder zorgplan digitaal kunnen inzien? Alleen tijdens toezichtbezoeken of moet de IGZ altijd toegang hebben tot zorgplannen?
2. Is de verplichting om gegevens van cliënten digitaal beschikbaar te stellen beperkt tot cliënten die onvrijwillige zorg ontvangen of is het ook verplicht om gegevens digitaal ter beschikking te stellen van cliënten die geen onvrijwillige zorg ontvangen? Wij vragen dit omdat art. 17 Wzd, in de versie van de wet die in 2013 aan u is ingediend, verplichtte tot het bijhouden van een register van toegepaste onvrijwillige zorg, nadien is deze formulering echter geschrapt en wordt in het algemeen bepaald dat de zorgaanbieder gegevens van cliënten beschikbaar stelt. Een beperking tot cliënten die onvrijwillige zorg ontvangen is niet meer gemaakt.
3. Wat is beoogd met de vervanging van de verplichting om de IGZ halfjaarlijks 'een overzicht te verstrekken van de verleende onvrijwillige zorg onder vermelding van de aard en de frequentie' door de verplichting om 'een digitaal overzicht van de gegevens bedoeld in het eerste lid' aan de IGZ te verstrekken? Moeten op grond van de nieuwe verplichting bijvoorbeeld alle zorgplannen twee keer per jaar aan de IGZ gestuurd worden?
4. Waarom moeten deze gegevens überhaupt aan de IGZ versterkt worden? De gegevens zijn immers op grond van art. 17, lid 1 Wzd al digitaal beschikbaar voor de IGZ.
5. Wat beoogt de regering concreet met de toevoeging van de mogelijkheid om te bepalen dat de gegevens, die halfjaarlijks aan de IGZ gestuurd moeten worden, aan een door de minister aan te wijzen andere instantie moeten worden verstrekt?

Registratie van onvrijwillige zorg

Ook de Wvvggz voorziet in een verplichting om gegevens digitaal beschikbaar te stellen voor de IGZ (art. 8:24 Wvvggz), ook hier betreft het onder meer de vorm van de aan betrokkene verleende verplichte zorg (art. 8:24, lid 1, onderdeel c Wvvggz). In de wetsgeschiedenis van de Wvvggz wordt geconcretiseerd welke vormen van verplichte zorg moeten worden geregistreerd: 'Het in het eerste lid, onder c, gestelde ziet op de vorm van de aan betrokkene verleende verplichte zorg. Daaronder worden de volgende soorten zorg verstaan: registratie van separatie, afzondering, fixatie, verplicht verblijf in een individuele ruimte, parenterale medicatie met fysiek verzet (medicatie buiten maagdarmkanaal, bijvoorbeeld via een injectie of infuus), alsmede gedwongen vocht en voeding met fysiek verzet' (32 399, nr. 10, p. 108).

Deze opsomming geeft vrijwel exact weer wat aanbieders van geestelijke gezondheidszorg nu moeten registreren op basis van een uitvoeringsregeling van de Bopz¹. In de praktijk worden de gegevens die aanbieders van geestelijke gezondheidszorg op basis van deze regeling registreren de Argus dataset genoemd.

Ook in de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag Wvvggz wordt expliciet gesteld dat de Wvvggz geen uitbreiding van de huidige registratieplicht inhoudt: 'Verplichte zorg zal digitaal

¹ Art. 3 Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz

worden geregistreerd zoals in de ggz nu al verplicht is op grond van een van de uitvoeringsregelingen van de Wbopz volgens de minimale Argus dataset' (32 399, nr. 38, p. 60).

Wij constateren dat de Wvggz kennelijk niet verplicht om alle vormen van verplichte zorg, zoals genoemd in art. 3:2, tweede lid Wvggz, te registreren, maar dat volstaan kan worden met registratie van het beperkte aantal ingrijpende vormen van verplichte zorg dat nu ook al op basis van de Bopz wordt geregistreerd. Dit impliceert dat ook de verplichtingen om halfjaarlijks een overzicht van geregistreerde gegevens te verstrekken en halfjaarlijks de verleende verplichte zorg te analyseren beperkt zijn tot deze vormen van verplichte zorg. Immers, andere vormen van verplichte zorg hoeven niet geregistreerd te worden, zodat gegevens over de toepassing daarvan noch verstrekt noch geanalyseerd kunnen worden.

6. Kan de registratie van de toepassing van onvrijwillige zorg, ten behoeve van de digitale beschikbaarstelling waartoe art. 17 Wzd verplicht, in de gehandicaptenzorg beperkt blijven tot een aantal ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg, net als in de geestelijke gezondheidszorg op basis van de Wvggz het geval zal zijn?

Onderzoek VUmc / VU

VUmc / VU onderzoekt in opdracht van VWS hoe de globale omschrijvingen van de verschillende vormen van onvrijwillige zorg geconcretiseerd kunnen worden, zodat de toepassing ervan geregistreerd kan worden ten behoeve van de digitale beschikbaarstelling waartoe art. 17, lid 1 Wzd verplicht. Het onderzoek wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met vijf instellingen voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking en VGN. Ook de IGZ is bij het onderzoek betrokken. De bevindingen van het onderzoek worden in oktober verwacht. In feite gaat het om het samenstellen van een op de gehandicaptenzorg toegesneden variant van de Argus dataset.

De uitkomsten van het onderzoek zouden verwerkt worden in de AMvB die op basis van art. 17, lid 2 (oud) Wzd zou worden opgesteld. Nu deze delegatiebepaling is vervallen, nemen wij aan dat de uitkomsten benut zullen worden bij het opstellen van de AMvB op basis van art. 18c, lid 6 Wzd.

7. Kan de regering bevestigen dat de resultaten van het onderzoek van VUmc / VU naar de wijze waarop de vormen van onvrijwillige zorg geconcretiseerd worden ten behoeve van registratie en digitale beschikbaarstelling benut zullen worden bij het opstellen van de in art. 18c, lid 6 Wzd AMvB bedoeld?

Paragraaf 3: Te brede definitie onvrijwillige zorg

De definitie van onvrijwillige zorg in artikel 2 Wzd is ten gevolge van de harmonisatie aangepast met begrippen die uit de Wvggz komen. Door deze aanpassing sluit de definitie niet meer aan op de langdurige zorg. In onze ogen is er geharmoniseerd om het harmoniseren en daarbij is niet gekeken of de toevoeging een verslechtering voor de zorgpraktijk zal zijn. Wat ons betreft is dat het geval. De definitie van onvrijwillige zorg is door de toevoeging ook nog ruimer geworden: van 5 categorieën naar 9 categorieën. De huidige formuleringen roepen de volgende vragen op.

1. Welke medische handelingen en therapeutische maatregelen worden bijvoorbeeld bedoeld in artikel 2 eerste lid sub a?
2. Opvallend is dat het begrip insluiting wordt toegevoegd. Uit de toelichting wordt niet duidelijk wat hier precies onder wordt verstaan. Valt niet iedere vorm van insluiting binnen 'het beperken van de bewegingsvrijheid'? Waarom wordt dit afzonderlijk benoemd?

Zoals bij het onderwerp registratie al aangegeven, loopt op dit moment loopt een onderzoek in opdracht van VWS ten behoeve van de invulling van de AMvB over registratie uit het oude artikel 17 lid 2. Dit onderzoek levert ook informatie op over het begrip onvrijwillige zorg en de inmiddels 9 categorieën van artikel 2. Voorlopige bevindingen laten zien dat de professionals in het veld grote moeite hebben met het begrip onvrijwillige zorg zelf en vooral ook met abstracte en soms helemaal niet bekende begrippen in de gehandicaptenzorg (zoals bijvoorbeeld het begrip 'insluiting'). Hieruit blijkt ook dat harmonisering zijn doel voorbij schiet.

3. Kan de regering de definitie van onvrijwillige zorg van een uitgebreide toelichting voorzien waarin de abstracte begrippen concreet worden gemaakt en het veld ermee uit de voeten kan?

Paragraaf 4: Stappenplan alleen bij limitatieve lijst van maatregelen

Wil het zgn. stappenplan (het opschalingsmodel - het doorlopen van opeenvolgende stappen - voor het betrekken van deskundigen bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan) uitvoerbaar zijn, dan is vereenvoudiging nodig. Nu bepaalt de Wzd dat het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg moet worden gevolgd. Daarbij komt dat door een laatste wijziging in de Wzd in 2013, altijd al bij opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan extern advies gevraagd moet worden. In het oorspronkelijke voorstel van het stappenplan kwam de externe deskundige pas in de laatste stap van het opschalingsmodel in beeld. Bovendien komt door aanneming van het amendement van de Wzd-arts daar nog bij dat ook bij wilsonbekwame cliënten bij bepaalde vormen van zorg altijd eerst een externe deskundige mee moet kijken. Het oorspronkelijke model van het stappenplan, te weten het opschalen van het betrekken van deskundigen bij de beoordeling van opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan met als laatste stap het inschakelen van de externe deskundige, is hiermee verlaten. Overigens roept de formulering van artikel 11 ook nog vragen op. Wij vragen u deze vragen ter beantwoording aan de regering voor te leggen.

1. In artikel 11 staat dat de zorgverantwoordelijke advies vraagt over het zorgplan aan een externe deskundige indien de cliënt of de vertegenwoordiger zich verzet tegen het opnemen van bepaalde zorg in het zorgplan **of** na het uitgebreid deskundigenoverleg als het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen. Bij onvrijwillige zorg is per definitie de cliënt of zijn vertegenwoordiger het niet eens met opname hiervan in het zorgplan, er zal dan dus altijd extern advies gevraagd moeten worden. Betekent de óf'-bepaling dat niet nogmaals extern advies gevraagd hoeft te worden van een externe deskundige als het na het uitgebreid deskundigenoverleg niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen?

De VGN heeft gepleit voor een stappenplan dat is begrensd tot een limitatieve lijst van (ingrijpende) maatregelen. Het is in de praktijk onwerkbaar om het stappenplan voor álle vormen van onvrijwillige zorg uit te voeren. Het zal hoge personeelskosten en administratieve lasten met zich meebrengen.

In dit verband is de notitie die het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) in april 2017 heeft uitgebracht zeer interessant. Het CCE is een externe deskundige zoals bedoeld in de Wzd. In deze notitie heeft het CCE de bevindingen van de ervaringen van de afgelopen jaren opgeschreven die zij heeft opgedaan (vooruitlopend op de nieuwe wetgeving) met consulten dwang en drang in de ggz en met consultaties bij onvrijwillige zorg in de ouderenzorg. In deze notitie wordt onder andere de aanbeveling gedaan om onderscheid te maken tussen verschillende categorieën vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo stellen zij bijvoorbeeld voor om bij maatregelen die minder direct op de bewegingsvrijheid ingrijpen, zoals deur op slot en maatregelen die de cliënten meer beschermen dan schaden (zoals belmatjes, bewegingssensoren en bedhekken), te volstaan met interne consultaties en een jaarlijkse externe consultatie op groeps- afdelings- of locatieniveau. Het CCE pleit voor een consult op maat en op tijd.

1. Wij verzoeken u aan de regering te vragen of het pleidooi voor een consult op maat en tijd in feite niet betekent dat het stappenplan te star is geformuleerd omdat bij alle vormen van onvrijwillige zorg dezelfde stappen van het stappenplan doorlopen moeten worden. Ligt een stappenplan per zorgvorm (op maat) dan niet meer voor de hand?
2. Wij verzoeken u de bevindingen van het CCE voor een reactie aan de regering voor te leggen met daarbij de vraag of deze bevindingen gevolgen hebben voor onder andere de toepassing van het stappenplan op de verschillende vormen van onvrijwillige zorg in het wetsvoorstel.

Paragraaf 5: Verantwoordelijkheidsverdeling Zorgaanbieder versus Wzd-arts onduidelijk

De introductie van de Wzd-arts in de Wzd roept de nodige vragen op in relatie tot de uitvoering. Het amendement van de Wzd-arts heeft de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot onvrijwillige zorg ingrijpend gewijzigd. Allereerst krijgt de Wzd-arts een taak die hij niet op grond van de wet Bopz heeft: namelijk het toetsen van zorgplannen. Ook krijgt hij de bevoegdheid de zorgverantwoordelijke (bijvoorbeeld gedragskundige) aanwijzingen te geven het zorgplan aan te passen als hij vindt dat dit nodig is. Daarnaast krijgt de Wzd-arts de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van de onvrijwillige zorg en kan de zorgaanbieder de Wzd-arts geen aanwijzingen geven met betrekking tot de uitvoering van diens taken. De verantwoordelijkheid voor het verlenen van onvrijwillige zorg gaat hiermee feitelijk over van de zorgaanbieder naar Wzd-arts. Daarmee komt dit in strijd met andere bepalingen in de Wzd die de verantwoordelijkheid voor het beleid, inzake de toepassing van onvrijwillige zorg, juist expliciet bij de zorgaanbieder legt. Het amendement bepaalt dat in het zorgplan vermeld moet zijn hoe de zorgaanbieder én de Wzd-arts de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering daarvan. Er zijn dan twee toezichthouders en het is onduidelijk hoe deze zich tot elkaar verhouden. Dat roept vragen op over de (eind) verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de mogelijkheden om in te kunnen grijpen indien de Wzd-arts zijn taak volgens de zorgaanbieder niet naar behoren uitvoert. Wij vinden dat de zorgaanbieder hierin zijn verantwoordelijkheid hoort te kunnen nemen zoals de Wkkgz ook van hem verlangt. Wetgeving hoort consistent te zijn en het is dus niet praktisch werkbaar om de verantwoordelijkheid op verschillende manieren te regelen in twee verschillende wetten.

1. Wij verzoeken u de regering te vragen een toelichting te geven op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgaanbieder en de Wzd-arts.
2. Kan de zorgaanbieder ingrijpen indien de Wzd-arts zijn taak niet naar behoren uitvoert?
3. Kan een Wzd-arts ingrijpen indien de zorgverantwoordelijke zijn taak niet naar behoren uitvoert? Zo ja, welke concrete mogelijkheden heeft hij hiertoe?

Er kan een klacht worden ingediend over iedere beslissing van de Wzd-arts. Zoals bij alle klachten kan de klachtencommissie besluiten dat schade vergoed moet worden, zelfs zonder dat de klager daarom gevraagd heeft. De zorgaanbieder moet de schade vergoeden die door de Wzd-arts is veroorzaakt. Dit is vreemd omdat de zorgaanbieder niets te zeggen heeft over de Wzd-arts.

4. Kan de regering aangeven waarom de zorgaanbieder een door de Wzd-arts veroorzaakte schade moet vergoeden, terwijl de zorgaanbieder niets te zeggen heeft over de Wzd-arts.

Paragraaf 6: Ook gedragskundige als Wzdarts

De VGN betreurt dat met de introductie van de Wzd-arts in de Wzd het niet mogelijk is gemaakt dat naast de arts ook de gedragskundige (denk aan de GZ-psycholoog) de rol van de Wzd-arts op zich kan nemen. Binnen onze sector komt het namelijk ook voor dat de arts en de gedragsdeskundige de verantwoordelijkheid voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen delen (hoewel natuurlijk de Bopz-arts op grond van de wet Bopz de eindverantwoordelijkheid heeft). Veel vrijheidsbeperkende maatregelen worden niet vanuit medische gronden ingezet maar vanuit gedragsmatige overwegingen (afspraken over bewegingsvrijheid, bijvoorbeeld deuren of koelkast gesloten, afspraken over sociale contacten, afspraken over beperkingen van roken en drinken, gebruik van toezichthoudende domotica zoals cameratoezicht en of uitluister-apparatuur, een smeerpak). Wanneer de arts bij gedragsmatige vrijheidsbeperkingen de eindverantwoordelijkheid blijft houden, zoals op basis van de huidige regeling van verantwoordelijkheid van de Wzd-arts, sluit dit onvoldoende aan bij de praktijk.

1. In hoeverre is het mogelijk dat de Wzd-arts taken mandateert? Of dient hij alle taken zelf uit te oefenen nu de wet expliciet bepaalt dat hij deze taken heeft?

Paragraaf 7: Wie kunnen zorgverantwoordelijke zijn?

Het oorspronkelijke wetsvoorstel dat door de Tweede Kamer is aangenomen, laat aan de zorgaanbieders over wie zij 'zorgverantwoordelijke' maken. Dit past bij de regeling van verantwoordelijkheidsverdeling zoals geformuleerd in de Wkkgz². Na de harmonisatie van de Wvvgz en de Wzd is luidt de regeling als volgt: de zorgverantwoordelijke is een arts of een bij AMvB vastgesteld deskundig persoon. Voor de gehandicaptensector wordt gedacht aan een gedragsdeskundige. In een schriftelijke reactie (32399 nr. 79) van de staatssecretaris op een amendement van de SP zegt de staatssecretaris dat hij bezwaren heeft tegen het amendement dat ertoe strekt dat de zorgverantwoordelijke altijd een BIG-geregistreerde moet zijn. De staatssecretaris stelt: "Voor de doelgroep van de Wzd, met name voor de mensen met een verstandelijke beperking, geldt dat de benodigde deskundigheid voor de zorg vaak eerder ligt op het gebied van gedragsdeskundigen die niet altijd BIG-geregistreerd zijn". Hij zegt echter ook dat het amendement in strijd is met het in januari 2017 tot stand gekomen Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarin de zorgverlener tenminste niveau 3 heeft in de rol van eerst verantwoordelijke verzorgende.

De vraag is of dit betekent dat voor de gehandicaptensector dan ook bijvoorbeeld de (persoonlijk) begeleiders (die nu ook naar volle tevredenheid de schakelrol vervullen: coördinatie van zorg, opstellen ondersteuningsplan, aanspreekpunt) in de AMvB kunnen worden opgenomen als een deskundig persoon die de rol van zorgverantwoordelijke op zich kan nemen. Kenmerkend voor de gehandicaptensector is multidisciplinaire samenwerking waar zorgverleners een belangrijke rol vervullen en hun kennis optimaal wordt benut. De persoonlijk begeleider fungeert daarin als 'spin in het web'. De vraag is waarom een taak die nu ook mede door iemand op mbo (4) niveau wordt uitgevoerd straks alleen door iemand op academisch niveau moet worden uitgevoerd. De huidige praktijk geeft daar ons inziens geen enkele aanleiding voor.

Het is van belang dat persoonlijk begeleiders door de AMvB als deskundigen worden aangewezen. Indien dit niet gebeurt zal ook de uitvoerbaarheid aan de orde zijn: de taak van de zorgverantwoordelijke is omvangrijk en dan ook niet goed uit te voeren met het aantal artsen en gedragskundigen dat er nu in de sector werkzaam is.

1. Wij verzoeken u de regering te vragen of de AMvB de mogelijkheid zal bieden dat begeleiders in de gehandicaptenzorg zorgverantwoordelijke kunnen zijn?

Paragraaf 8: Wilsonbekwamen

De regeling voor wilsonbekwamen in de Wzd (meer waarborgen voor cliënt) is niet geharmoniseerd met de Wvvgz. De vraag is waarom dit niet is gebeurd. In de Wzd kunnen wilsonbekwamen die zich niet verzetten tegen opname, maar ook geen toestemming (kunnen) geven voor opname, alleen in een instelling worden opgenomen op basis van een opnamebesluit van het CIZ, zoals nu ook al onder de wet Bopz gebeurt. In de Wvvgz echter kan een wilsonbekwame cliënt die zich niet verzet tegen opname, maar ook geen toestemming kan geven voor opname, opgenomen worden zonder zo'n toetsing, mits zijn vertegenwoordiger hiervoor toestemming geeft.

Als het gaat om zorgverlening is op grond van de Wvvgz wederom alleen toestemming van de vertegenwoordigers nodig zolang de cliënt zich niet verzet. De rechter komt er niet aan te pas. In de Wzd geldt bij wilsonbekwamen altijd (het maakt niet uit of vertegenwoordiger instemt) het stappenplan indien het gaat om zorg die de bewegingsvrijheid beperkt en toediening van medicatie.

¹Artikel 1 lid 1.: De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.

Artikel 3: De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een zorgaanbieder is als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, 1°, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.
paginanummer 3 Ons kenmerk 20161110MD

1. Waarom is de positie van wilsonbekwame cliënten niet geharmoniseerd?
2. Waarom is voor opname van wilsonbekwame cliënten wel een opnamebesluit van het CIZ vereist in de Wzd en niet in de Wvvgz?
3. Waarom geldt onder de Wzd voor wilsonbekwamen bij bepaalde vormen van zorg het stappenplan (ook als zij zich niet verzetten tegen die zorg), terwijl voor wilsonbekwame cliënten onder de Wvvgz niets is geregeld indien zij dezelfde vormen van zorg krijgen?

Paragraaf 9 : Voorwaardelijke machtiging en leeftijdsgrens

De Tweede Kamer heeft het amendement aangenomen waarmee de voorwaardelijke machtiging wordt opgenomen in de Wzd. Wij zijn hier blij mee. Bij een voorwaardelijke machtiging – die een rechter verleent als het noodzakelijk is om 'ernstig nadeel' te voorkomen – is de hulpverlener bij het niet nakomen van de voorwaarden die zijn afgesproken met de cliënt, bevoegd de cliënt alsnog in de instelling op te nemen. Een voorwaardelijke machtiging is een zwaar middel, maar is zeer geschikt als stok achter de deur om het gedrag van de cliënt te sturen. Dat is bij een deel van deze kwetsbare groep cliënten soms nodig om grotere problemen of een gedwongen opname te voorkomen. De minst ingrijpende interventie is altijd de meest wenselijke.

Tegelijkertijd zien wij de leeftijdsgrens van 23 jaar als een beperking die wij kunnen herleiden tot de achterliggende problematiek in de jeugdzorg, maar onwenselijk vinden voor andere cliënten met een verstandelijke beperking. De problematiek die wordt geconstateerd in de jeugdzorg (leeftijdscategorie tot 23 jaar) houdt voor alle cliënten na het 23^e jaar niet op. Wij zien dezelfde problematiek ook bij volwassenen in deze doelgroep: overlastgevend gedrag, niet in zorg willen komen of moeilijk in zorg te houden. Ook voor die groep is de voorwaardelijke machtiging nodig waarmee op de cliënt drang kan worden uitgeoefend om zorg te accepteren en ook in zorg te blijven. Daarmee kan opname worden voorkomen en maatschappelijke risico's worden verminderd.

Tijdens de behandeling van het amendement is de leeftijdsgrens helaas niet aan de orde gekomen/gesteld, zodat onduidelijk blijft wat de regering hier van vindt.

1. Wij verzoeken u aan de regering te vragen of en zo ja waarom zij een voorwaardelijke machtiging alleen zinvol achten voor cliënten tot 23 jaar en niet zinvol achten voor cliënten van 23 jaar en ouder?