



Tweede Kamer der Staten Generaal
Aan de leden van de vaste commissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 5 oktober 2011
Ons kenmerk B07092011SA
Onderwerp Zorg en dwang

Contact mw. mr. M.N. (Marijke) Delwig
mr. L. Boufrach
Telefoon 030-27 39 646
E-mail mdelwig@vgn.nl
l.boufrach@actiz.nl

Geachte Commissieleden,

In de week van 11 tot 13 oktober a.s. (week 41) staat het wetsvoorstel Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wet Zorg en dwang) ter behandeling op de plenaire agenda van de Tweede Kamer. In deze brief willen de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en ActiZ het belang van een nieuwe wet op dit terrein benadrukken en kort reageren op de nota naar aanleiding van het verslag. In de bijlage bij deze brief treft u nog een aantal vragen aan over specifieke artikelen uit het wetsvoorstel. Wij vragen u deze brief met bijlage te betrekken bij de plenaire behandeling van het wetsvoorstel.

Noodzaak

ActiZ en de VGN willen - ook na het negatieve commentaar dat dit wetsvoorstel ten deel is gevallen - benadrukken waarom dit wetsvoorstel nodig is. Het voorziet in een hiaat in de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg: namelijk in spelregels om goede zorg te verlenen aan alle cliënten op een wijze die recht doet aan hun menswaardigheid. Rondom de Wet Zorg en dwang is het beeld ontstaan dat zij dwang zou legitimeren en het zelfbeschikkingsrecht van cliënten zou aantasten en beperken. Integendeel: Het wetsvoorstel Zorg en dwang is er juist gekomen, omdat uit verschillende evaluaties van de Wet Bopz gebleken is dat deze wet te weinig rekening houdt met de specifieke noden en behoeftes van cliënten uit de psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg. De sectoren zijn nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van het voorstel. Daarbij is ook het cliëntenperspectief en dat van hun vertegenwoordigers zeer nadrukkelijk aan de orde gekomen.

Zorgvuldigheid

De cliënten in de beide sectoren zijn, minder dan in de psychiatrie, in staat om voor zichzelf op te komen. Juist om die reden is het van belang dat wanneer er zorginterventies worden gedaan – in het bijzonder als het om vrijheidsbeperkende interventies gaat – zorgvuldig wordt

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 413
3500 AK Utrecht

www.vgn.org
E info@vgn.org
T 030-27 39 300
F 030-27 39 387

Rabobank 33.10.21.005
BTWnr. 80.47.42.534.B.01
KvK Utrecht 40483210

onderzocht of de interventie daadwerkelijk nodig en wenselijk is. Het wetsvoorstel Zorg en dwang komt hieraan tegemoet. Het voorstel legt de verantwoordelijkheid om kritisch en uiterst terughoudend om te gaan met vrijheidsbeperkende interventies neer waar die thuishoort: namelijk bij de zorginstellingen en zorgverleners. Over hun beleid moeten de zorginstellingen verantwoording afleggen: zowel op individueel niveau, richting cliënten en hun vertegenwoordigers – mondeling in besprekingen en schriftelijk in zorgdossiers – als op maatschappelijk niveau richting de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het beleid als geheel. Doordat zorgaanbieders een terughoudend beleid moeten voeren ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkingen en hun beleid ten aanzien van individuele cliënten moeten verantwoorden, ontstaat een klimaat waarin zorgaanbieders met betrekking tot vrijheidsbeperkingen bewuste keuzes kunnen en moeten maken, gebaseerd op zorginhoudelijke argumenten die het meest recht doen aan de positie van de individuele cliënt.

Langer thuis?

Vrijheidsbeperkende interventies hebben voor cliënten altijd verstrekkende gevolgen. Daarom moeten die interventies zoveel mogelijk vermeden worden. Een vrijheidsbeperkende interventie zou alleen moeten plaatsvinden, als dit echt niet anders kan. De Wet Zorg en dwang biedt de mogelijkheid om zorg op maat te bieden, ongeacht de setting waarin een cliënt verblijft. Onvrijwillige opname wordt eveneens beschouwd als een vrijheidsbeperkende interventie, en wel een interventie die als uiterste maatregel moet worden genomen omdat die feitelijk tevens vrijheidsbeneming impliceert. Daarin verschilt de Wet Zorg en dwang wezenlijk van de Wet Bopz. In deze laatste wet is immers een opname noodzakelijk om andere vrijheidsbeperkende interventies te legitimeren. De Wet Zorg en dwang maakt het mogelijk dat een cliënt langer min of meer zelfstandig kan blijven wonen. Het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie in de eigen omgeving is – mits daarbij voldoende toezicht is – soms te prefereren boven een opname in een verpleeghuis of intramurale instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Met een opname wordt iemand (voorgoed) uit de eigen omgeving weggehaald. Dit is dus nóg ingrijpender.

Uitvoerbaarheid Zorg en dwang in een extramurale situatie

ActiZ en VNG hebben echter wel vragen bij de uitvoering van deze wet in een extramurale setting. Het specifieke karakter van de thuiszorg compliceert de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies. Het accent in de thuiszorg ligt in het unieke samenspel tussen de cliënt, de familie en de individuele zorgverlener. De zorgverlener komt bij de cliënt thuis en de cliënt en/of de familie (of mantelzorgers) bepalen mede hoe de zorg verloopt. Anders dan in een intramurale setting kan de zorgverlener niet rekenen op de beschermende omgeving van de instelling en de ondersteuning van collega's na de overdracht van de zorg. Wat kan en mag de zorgverlener van de familie en mantelzorg vragen wanneer zorg en dwang aan de orde is, en omgekeerd? Zorgverleners kunnen immers geen verantwoordelijkheden van de familie overnemen. Dat familie en andere mantelzorgers niet gehouden zijn aan de regels van Zorg en Dwang compliceert het samenspel tussen formele en informele hulp. Dat vraagt om een duidelijke duiding en afbakening van de verantwoordelijkheid – en aansprakelijkheid – van de zorgverlener thuis.

Hetzelfde probleem doet zich voor ten aanzien van Toezicht. Thuiszorgmedewerkers kunnen buiten hun contacturen niet instaan voor het garanderen van toezicht bij cliënten die in hun vrijheid worden beperkt. Hoe kan in dat licht toezicht in de thuissituatie op een verantwoorde wijze georganiseerd worden?

Het wetsvoorstel zou aan kracht winnen wanneer het op deze punten de zorgverleners en zorgorganisaties meer rechtszekerheid verschaft door hun verantwoordelijkheden goed af te bakenen. Wij verzoeken u de staatssecretaris te vragen hierover duidelijkheid te verschaffen en zo nodig de wet daarop aan te passen.

Registratie en melding IGZ

Een belangrijk punt voor de mensen die straks met de wet moeten gaan werken betreft de registratie en melding aan de IGZ. Op grond van de Wet Bopz moeten alleen nood- en dwangmaatregelen aan de IGZ gemeld worden. In het onderhavige wetsvoorstel dient ten minste eens per zes maanden aan de IGZ een overzicht te worden gegeven van alle (ook vrijwillig gegeven) onvrijwillige zorg die is verleend, onder vermelding van de aard, frequentie en noodzaak daarvan. We missen een duidelijke toelichting welke gegevens precies aan de IGZ aangeleverd moeten worden. Het is onduidelijk wat in dit kader met frequentie wordt bedoeld.

Als het hier gaat om het aanleveren van het aantal keren dat de onvrijwillige zorg (die overigens kan bestaan uit vele vormen en aantallen) is toegepast dan is dat een onwerkbaar zaak en bovendien een nodeloze verzwaring van de administratieve lasten, in tegenstelling tot wat de memorie van toelichting hierover stelt. VGN en ActiZ vrezen dat daarmee het doel van de registratie voorbij wordt geschoten. In de registratie zou beter kunnen worden vastgelegd de afspraak die gemaakt is m.b.t. de frequentie waarmee de maatregel naar verwachting zal worden toegepast, bijv. dagelijks of incidenteel. In het dossier van de cliënt kan dan gedurende een bepaalde periode een overzicht worden bewaard waarop is aangetekend hoe vaak de onvrijwillige zorg is toegepast als het gaat om incidentele toepassingen. De structurele toepassingen kunnen in het zorgplan worden vermeld. De inspectie krijgt immers inzagerecht in het dossier. Overigens is ook onduidelijk wat er vervolgens gebeurt met al deze gegevens en of er consequenties aan zijn verbonden. Meer inzicht hierin en duidelijkheid over wat nu precies allemaal moet worden gemeld wordt door ons noodzakelijk geacht om de wet in de praktijk ten uitvoer te kunnen brengen. Wij vragen u dan ook de regering hierover opheldering te vragen.

Een wettelijke regeling?

Tot slot willen ActiZ en de VGN nog uw aandacht vestigen op het volgende. Er zijn geluiden om de wetsvoorstellen Verplichte GGZ en Zorg en dwang om te vormen tot één wettelijke regeling. Tot nog toe heeft de rechtspositie van psychogeriatric, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychiatrie in één wettelijke regeling gestalte gekregen. Dat is niet goed bevallen. De verschillen bleken te groot. Het wetsvoorstel Zorg en dwang is toegesneden op psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het is van belang dat zij kunnen gaan werken met een wet die voor hun cliëntenpopulaties is ontworpen. Wachten op een voorstel dat aan alle drie de sectoren evenveel recht doet zou wederom tot jaren vertraging kunnen leiden, met de kans dat de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg opnieuw onderbelicht blijven. Veel beter is het daarom te bezien hoe de Wet Zorg en dwang het in de praktijk doet en op termijn te

pagina 4

ons kenmerk B07092011SA

onderzoeken of beide wettelijke regelingen (Zorg en dwang en Verplichte GGZ) naar elkaar toe kunnen groeien.

Met vriendelijke groet,



A. (Aad) koster
Directeur ActiZ



J. (Hans) Schirmbeck
Directeur VGN

Bijlage:

- Vragen betreffende specifieke artikelen wetsvoorstel

BIJLAGE

Artikel 2

Gedragbeïnvloedende medicatie is naar onze mening een te ruim begrip. Niet duidelijk is welke medicijnen er wel en welke er niet onder vallen. Als alle medicijnen eronder vallen dan betekent dit voor de praktijk een onwerkbaar situatie. Indien namelijk bij de enkele toepassing van bijvoorbeeld Ritalin waarmee de cliënt heeft ingestemd, dan toch het hele regime van Zorg en dwang van toepassing is, betekent dit voor de hulpverleners een enorme (ook administratieve) lastenverzwaring.

Een oplossing zou kunnen liggen door te (laten) bepalen dat of iets onder gedragsregelurende medicatie in de zin van het wetsvoorstel valt, afhangt van het middel zelf, de indicatie of intentie (niet hetzelfde!) die de arts eraan geeft, de bijwerkingen, al dan niet bedoeld, of het effect. Het zou wenselijk zijn indien de Minister de beroepsbeoerders, de artsen (NVAVG, Verenso en KNMG) hierover afspraken laat maken. Wij vragen u de Minister te vragen of zij hiertoe bereid is.

Artikel 3 lid 1: vaststellen wilsonbekwaamheid

In *artikel 3 lid 1* wordt aangegeven dat de zorgverantwoordelijke de wilsonbekwaamheid kan vaststellen. We zouden graag zien dat dit veranderd wordt in de term hulpverlener omdat het kan voorkomen dat andere hulpverleners geschikter dan de zorgverantwoordelijke zijn om de wilsonbekwaamheid vast te stellen.

In het wetsvoorstel is nu bepaald dat indien de zorgverantwoordelijke en de vertegenwoordiger niet tot overeenstemming komen over de vraag of de cliënt voor het instemmen met het zorgplan wilsonbekwaam is, de beslissing over de wilsonbekwaamheid van de cliënt bij de betrokken arts wordt neergelegd. Niet duidelijk is waarom de arts voor deze beslissing (eind)verantwoordelijk wordt gesteld. De beslissing tot wilsonbekwaamheid ziet immers lang niet altijd (volledig) op de behandeling, maar op de gehele zorg. Daarom zou het meer voor de hand liggen daar ofwel een arts ofwel een gedragskundige of psycholoog verantwoordelijk voor te maken dan wel ook hier de eis van multidisciplinair overleg aan te verbinden. Met andere woorden: wij zouden graag zien dat in de wet naast arts ook een gedragskundige of psycholoog wordt toegevoegd, zodat de instelling zelf kan bepalen wie het meest geschikt is om (uiteindelijk) te beslissen of de patiënt wilsonbekwaam is.

Artikel 8: eindverantwoordelijke bij mdo moet duidelijk zijn, is het nu niet

Artikel 8 gaat over de verplichting om onvrijwillige zorg in multidisciplinair overleg (mdo) te bespreken. Uit het wetsvoorstel blijkt niet wie, welke persoon, uit het mdo uiteindelijk eindverantwoordelijk is voor de beslissing over het al dan niet toepassen van onvrijwillige zorg bij een cliënt. Voor de praktijk is het van belang om antwoord op deze vraag te krijgen. Wie is uiteindelijk eindverantwoordelijk dat, indien er geen overeenstemming wordt gekregen in het mdo over de toepassing van onvrijwillige zorg, er toch hierover een beslissing wordt genomen die opgenomen wordt in het zorgplan?

Artikel 46: klachtbehandeling

Bij de commissie dient een zodanig aantal zorgaanbieders aangesloten te zijn dat de commissie de facto minimaal 50 klachten per jaar afhandelt. Uit diverse onderzoeken blijkt dat dit aantal klachten naar alle waarschijnlijkheid niet gehaald zal worden. Ook niet als men besluit tot het instellen van een landelijke klachtencommissie. Wij vragen

ons af waarom een minimum van het aantal klachten überhaupt genoemd wordt. Wat zijn dan de consequenties voor de uitspraken van die commissie en de commissie zelf als de klachtencommissie dat aantal per jaar niet haalt?