

BIJLAGE

Reactie VGN Artikelsgewijs op de tweede nota van wijziging verplichte ggz, onderdeel Wzd

Artikel 1 eerste lid, onderdeel c en f: reikwijdte

Door de wijziging van het begrip cliënt, zorgaanbieder en zorg is de reikwijdte van het wetsvoorstel er niet duidelijker op geworden. In de toelichting wordt de nieuwe constructie niet duidelijk uitgelegd en toegelicht. Het begrip 'zorg' is veranderd vanwege het niet meer bestaan van de AWBZ. Het is nu niet meer gekoppeld aan de Wlz. Het begrip is geharmoniseerd met de Wvvgz. Klopt het dat een cliënt met een Wlz indicatie wel onder de reikwijdte van de wet valt? En dat een cliënt zonder Wlz indicatie in principe er niet onder valt. Dat dit voor deze groep nog wordt bepaald door een nader in te vullen AMvB?

Artikel 1 eerste lid onderdeel g: wijziging zorgverantwoordelijke

In de aangepaste Wzd vervalt de zorgverlener en zijn taken worden overgenomen door de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke wordt "verantwoordelijk voor de zorg" (voor alle vrijwillige en onvrijwillige zorg) van de cliënt. In de toelichting wordt aangegeven dat hij zijn taken kan delegeren aan een andere zorgverlener maar dat hij eindverantwoordelijk is voor de zorg.

In de begeleidende brief hebben wij al aangegeven dat wij de nu gekozen constructie onduidelijk vinden en hebben daarbij aangegeven dat voor de uitvoerbaarheid een duidelijker onderscheid tussen de verschillende actoren moet worden gemaakt.

Hieronder staan vragen waarop in ieder geval een antwoord moet komen voor de praktijk, indien het ministerie vasthoudt aan de nu gekozen constructie van zorgverantwoordelijke in plaats van te kiezen voor de door ons aangegeven constructie in de begeleidende brief.

Hoe verhoudt de eindverantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke zich tot de eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder? Dit mede in het licht van de Kwaliteitswet waarin wordt bepaald dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet bieden en daarom dus ook moet zorgen voor een goede toedeling van taken en verantwoordelijkheden over de medewerkers. Dit impliceert dat een zorgverantwoordelijke niet de eindverantwoordelijkheid kan hebben.

Op welke wijze houdt de zorgverantwoordelijke zicht op alle gedelegeerde taken? Dat een zorgverantwoordelijke kan delegeren staat overigens niet in de wettekst, dus is dit feitelijk dan wel mogelijk? Gaat het hier niet om mandateren in plaats van delegeren en gaat het niet om bevoegdheden in plaats van taken? Immers, delegeren betekent het overdragen van bevoegdheden, je bent ze dan dus kwijt. En wat wordt eigenlijk precies bedoeld met dat een zorgverantwoordelijke eindverantwoordelijke is: welke bevoegdheden heeft hij om de verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor het handelen van zorgverleners?

Is het praktisch en financieel gezien wel haalbaar voor bijvoorbeeld grote organisaties om gezien de eisen die aan de zorgverantwoordelijke worden gesteld, zoveel zorgverantwoordelijken aan te stellen? Voor grote organisaties zullen dit er snel tientallen zijn.

Is het mogelijk om in een instelling één zorgverantwoordelijke aan te stellen die vervolgens alles mandateert aan andere zorgverleners?

Tot slot ontstaat er (in artikel 10 lid 3 sub a en b) met de nieuwe deskundigheidseisen die aan de zorgverantwoordelijke wordt gesteld in het opschalingsmodel een stapeling van eisen van deskundigheid waarvan het de vraag is of dit nog wel de bedoeling is of dat dit wetsartikel nog aan de nieuwe situatie moet worden aangepast.

Artikel 1 tweede lid : definitie ernstig nadeel

De definitie van ernstig nadeel is vanwege de harmonisatie met de Wvggz aangepast. Wij zijn daar geen voorstander van. Uit de tweede wetsevaluatie Bopz in 2002 bleek juist dat de term 'gevaar' niet aansloot bij de zorgpraktijk van de gehandicaptensector. Nu komt "dat de algemene veiligheid van personen en goederen in gevaar is" en "levensgevaar" terug in de definitie. Is er behalve het harmonisatieargument ook een inhoudelijke reden waarom dit is toegevoegd? Tevens roepen de begrippen psychische en immateriële schade de vraag op wat het verschil is tussen die twee.

Artikel 2 eerste lid: aanpassing definitie onvrijwillige zorg

De definitie van onvrijwillige zorg is in het kader van harmonisatie aangepast. Er zijn GGZ elementen toegevoegd. Wij zijn hier geen voorstander van en zien graag de oorspronkelijke definitie terug. De huidige formulering roept de nodige vragen op. Welke medische handelingen en therapeutische maatregelen worden bijvoorbeeld bedoeld? Ook lijken er nu dubbelingen in te zitten. Opvallend is dat het begrip insluiting wordt toegevoegd. Onduidelijk blijft wat hier precies onder wordt verstaan. Valt niet iedere vorm van insluiting binnen 'het beperken van de bewegingsvrijheid'? Waarom moet dit afzonderlijk worden benoemd. Dit roept verwarring op. In het verlengde hiervan: insluiting wordt niet genoemd in het nieuwe tweede lid, wat op zich zelf vreemd is, zeker als er onder uitsluiting bijvoorbeeld ook separatie wordt verstaan.

Het nieuwe tweede lid is een aanpassing van de huidige verwarrende formulering dat bepaalde vormen van vrijwillige zorg als onvrijwillig worden beschouwd. Betekent dit dat we dus spreken van vrijwillige zorg in deze gevallen? En betekent dit dan ook dat deze vormen van zorg niet geregistreerd hoeven te worden?

In de verplichte ggz is er geen sprake van verplichte zorg als de vertegenwoordiger instemt met de zorg indien de cliënt wilsonbekwaam is en zich niet verzet. Waarom is dit bijvoorbeeld niet geharmoniseerd?

Artikel 3: minderjarigen

Het bepaalde in artikel 1.1. lid 4 over de schorsende werking van de zorgmachtiging bij opname in een gesloten jeugdinstituut van de Wvggz staat niet in de Wzd. Is dit een omissie?

Artikel 20: aanpassingen openbaar register

Hoe verhoudt dit artikel zich tot de al bestaande situatie dat zorginstellingen verplicht zijn iedere vestiging te registreren in het Handelsregister? Daarin staan toch ook al alle locaties. Bij registratie in het Handelsregister kan dan toch al worden aangegeven of zij vestigingen hebben die een accommodatie is in de zin van de Wzd?

Artikel 28a: forensische zorg

In de algemene toelichting is een speciale paragraaf (3) gewijd aan de wijzigingen voor de Wvggz met betrekking tot de afstemming met het voorstel voor de Wet forensische zorg. Een gelijksoortige paragraaf gewijd aan de wijzigingen voor de Wzd met betrekking tot de afstemming met het voorstel voor de Wet forensische zorg is echter niet aanwezig. Er zijn echter ook forensische cliënten in de VG-sector en er zijn ook VG cliënten in de forensische sector. Het ligt voor de hand om de toelichting op dit punt aan te vullen, alsmede te bezien in hoeverre in de Wfz ook in alle opzichten rekening is gehouden met

deze groep cliënten. Op dit moment wordt in Wfz bijvoorbeeld alleen gesproken over een psychiater. In instellingen uit de gehandicaptensector is niet altijd een psychiater werkzaam. Dient hier niet de Arts Verstandelijk Gehandicapten aan toegevoegd te worden?

Artikel 44 schadevergoeding

Het is onduidelijk waarom deze bepaling is toegevoegd, in de toelichting staat geen verduidelijking. Ook vanuit het oogpunt van harmonisatie roept het vragen op omdat het in de Wvz, ondanks dat het daaruit is overgenomen, niet gelijklopend is. Ook het tweede lid roept vragen op. De zorgverantwoordelijke is immers net als de geneesheer-directeur in dienst van de zorgaanbieder en heeft daarmee een arbeidsrechtelijke relatie. Waarom is de zorgverantwoordelijke wel aansprakelijk naast de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur niet?

Artikel 52 e.v.: klachtenprocedure

De klachtenprocedure is ook aangepast in het kader van de harmonisatie met de Wvz. Nu wordt het klachtrecht toegekend aan iedere belanghebbende. Wij zien daarvan niet de noodzaak in. Dit wordt ook nergens onderbouwd en er valt ook op af te dingen, bijvoorbeeld vanuit privacy oogpunt. Wij zien graag terug dat door of namens een cliënt een klacht kan worden ingediend. Ook het vereiste dat dit schriftelijk dient te gebeuren ondersteunen wij niet. Sommige cliënten kunnen door middel van totale communicatie (computer, picto's gebaren etc.) ook goed aangeven wat hun klacht is.

In artikel 56 g wordt de klachtencommissie de bevoegdheid gegeven om ambtshalve schadevergoeding toe te kennen. De onderbouwing daarvoor ontbreekt in de toelichting. Als de klachtencommissie dat ambtshalve doet, heeft de zorgaanbieder dus niet de gelegenheid gehad zijn visie te geven op de vraag of en zo ja hoeveel schade er is geleden. Het roept overigens dan de vraag op waarom de rechter deze bevoegdheid dan niet ook in artikel 44 is gegeven?

Artikel 57: cliëntvertrouwenspersoon:

De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) regelt dat de zorgaanbieder er voor moet zorgen dat er een functionaris is die cliënten advies en bijstand verleent bij klachten. De taak van deze functionaris en de cliëntvertrouwenspersoon zijn hetzelfde en volgens de Wkkgz moet de zorgaanbieder waarborgen dat deze klachtenfunctionaris zijn functie onafhankelijk kan uitvoeren. Deze bepaling lijkt op artikel 57 lid 3 van de Wz. Betekent dit dat beide functies door dezelfde persoon kunnen worden uitgeoefend, met andere woorden kan een klachtenfunctionaris tevens cliëntvertrouwenspersoon zijn?

De VGN is voor een onafhankelijke cliëntvertrouwenspersoon en tegenstander van gedwongen winkelnering bij één organisatie: zorgaanbieders moeten de ruimte houden om uit meerdere gekwalificeerde aanbieders te kunnen kiezen.

Artikel 60a: verplicht melden bij IGZ bij ernstig tekortschieten zorg.

Vraag die dit artikel oproept is of dit artikel niet overbodig is, nu in de Kwaliteitswet immers al een meldplicht heeft als er sprake is van een calamiteit. Dit staat los van het feit of het om vrijwillige of onvrijwillige zorg gaat. Indien dit artikel niet overbodig is, is de vraag waarom de meldplicht niet bij de zorgaanbieder is gelegd, maar bij de zorgverantwoordelijke. Waarom moet een gegrond vermoeden (en niet het feit) worden gemeld en wat wordt daar onder verstaan?