

Internetconsultatie gedwongen zorg 's Heeren Loo

In deze memo de vragen en bevindingen van 's Heeren Loo inzake de AMvB Wzd. Deze informatie mag openbaar gemaakt worden.

Artikel 1.1

- Een definitie van het begrip insluiten ontbreekt. Dit is nodig om te kunnen vaststellen waar beperking in de bewegingsvrijheid ophoudt en insluiten begint, zeker omdat insluiting in ambulante onvrijwillige zorg is uitgesloten. Is bijvoorbeeld de voordeur van een groepswooning op slot doen insluiten of niet, is er verschil met dag of nacht, hoe verhoudt dat zich tot het beschermen tegen indringers? En het 's nachts op slot doen van een slaapkamerdeur? En het afsluiten van een tuinhek? Of het afsluiten van de deur van de keuken?

Artikel 2.1

- Fixatie en insluiting – komen terug bij de specifieke vraag hierover.

Artikel 2.2

- Het artikel begint met lid 2. Dit is verwarrend, want artikel 2.1 begint niet met lid 1.
- Onder b staat vermeld dat genoteerd moet worden hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn om verantwoorde ambulante onvrijwillige zorg te verlenen. Dit suggereert dat er minstens twee zorgverleners aanwezig moeten zijn. In de praktijk wordt ambulante zorg regelmatig verleend door één medewerker per keer. De vraag is of dit lid juist is geformuleerd.
- Onder c staat dat een ter zake deskundige zorgverlener permanent bereikbaar moet zijn voor verzoeken om hulp. Dat is in de praktijk lastig uitvoerbaar, omdat de locatie waar ambulante zorg wordt verleend over het algemeen een stand-alone locatie is.

Artikel 3.1

- Onder lid 1.a staat vermeld wie een externe deskundige kan zijn. Ons inziens mist in de opsomming de gedragswetenschapper/ orthopedagoog.
- Onder lid 3. staat dat de externe deskundige niet in dienst van of gedetacheerd bij de zorgaanbieder van de cliënt kan zijn. 's Heeren Loo is een grote aanbieder die bestaat uit meerdere regio's. Onze arts uit Bedum die deskundigheid biedt in Monster, is wel bij dezelfde aanbieder in dienst, maar geheel onafhankelijk mede door de grote afstand. Daarbij heeft 's Heeren Loo in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar het verantwoord afbouwen van vrijheidsbeperkingen een expertiseteam vrijheidsbeperkingen opgericht dat een aantoonbaar significant positief effect heeft op het afbouwen van vrijheidsbeperkingen. Uiteraard is dat beschikbaar voor andere zorgaanbieders, maar dit artikel zou betekenen dat 's Heeren Loo niet zelf van dit kwalitatief hoogwaardige expertiseteam kan profiteren.

U stelt verder een aantal specifieke vragen.

Vraag 1: Is de term accommodatie voldoende duidelijk en kunt u zich vinden in de afbakening?

Antwoord: De term accommodatie is nog steeds niet helder. Er staat bij een accommodatie *dat moet worden gedacht aan een instelling van een zorgaanbieder, dat wil zeggen een pand (en daarbij behorend terrein)*. Echter in de praktijk heeft elke woning op een terrein een eigen postcode en moet voor die postcode een aanmerking worden aangevraagd (om later omgezet te worden in geregistreerde accommodatie). Het begrip accommodatie lijkt gestoeld op het oude instellingsterrein, terwijl het aantal zorg- en woonvormen veel diverser is. Denk aan een gezinshuis in de wijk (privéwoning van mensen die in dienst zijn bij zorgaanbieder en

24uurszorg leveren aan cliënten) of een dagbestedinglocatie (theehuis in een bos). Ook die zouden moeten kunnen worden geregistreerd als accommodatie. En kan het zo zijn dat een woning op een terrein geen onderdeel is van een geregistreeerde accommodatie maar als ambulante woonvorm wordt beschouwd, waarvoor deze AMvB dus ook geldt?

Vraag 2: Fixatie en insluiting kunnen buiten een accommodatie niet worden toegepast. Zou het Bvggz en het Bzd het mogelijk moeten maken om fixatie kortdurend toe te staan ter uitvoering van bepaalde vormen van onvrijwillige zorg? Zo ja, voor welke zorgvormen zou dat moeten gelden?

Antwoord: Kortdurende fixatie zou juist mogelijk moeten zijn onder strikte voorwaarden. Iemand de hand pakken om te voorkomen dat hij zich brandt, of iemand helpen bij het innemen van medicatie zou bijvoorbeeld mogelijk moeten zijn. Dit zijn bij uitstek handelingen die ambulante voorkomen.

Wat betreft insluiting is het lastig de vraag te beantwoorden aangezien we niet weten wat daar precies onder wordt verstaan (zie opmerking onder Artikel 1.1).

Vraag 3: De in het Bvggz en het Bzd genoemde voorwaarden aan het toepassen van dwangzorg buiten de accommodatie zijn een aanvulling op hetgeen al in de wet is geregeld. Zijn er naar uw mening andere voorwaarden denkbaar en noodzakelijk en zo ja, welke?

Antwoord: wellicht zijn er eerder teveel aanvullende eisen gesteld dan te weinig. De vraag is of deze eisen allemaal goed uitvoerbaar zijn in een ambulante setting.

Overig:

- Wie is de ter zake kundige arts die een verklaring afgeeft dat een cliënt is aangewezen op zorg op grond van zijn verstandelijke beperking en hoe ziet die verklaring eruit?
- We missen de AMvB die ziekten en aandoeningen, zoals Niet-Aangeboren-Hersenletsel aanwijst die voor de toepassing van deze wet worden gelijkgesteld.
- We missen de AMvB met daarin de deskundigheidseisen waaraan het CIZ dient te voldoen.
- Onder toelichting op pagina 11, artikel 1.1 vierde alinea staat *psychische* stoornis. Dit moet zijn *psychogeriatrische stoornis of verstandelijke beperking*.
- Onder toelichting op pagina 33, tweede alinea staat, dat zolang er sprake is van vrijwillige zorg, de Wgbo van toepassing is. Wij hebben altijd gedacht dat het onderscheid Wgbo en Wzd zou gaan verdwijnen voor cliënten die onder de reikwijdte van de Wzd vallen. Voor vrijwillige zorg is uiteraard het Informed Consent uitgangspunt op basis van de Wgbo maar hoe verhoudt het wetsvoorstel zorg en dwang zich dan tot de toepassing van 7:465 lid 6 BW?
- Komt er nog een mandatiebepaling in de wet waardoor de Wzd-arts taken kan mandateren aan bijvoorbeeld een gedragswetenschapper of een arts? De vele taken die nu aan de Wzd-arts zijn toebedeeld, zal hij/zij niet persoonlijk allemaal kunnen uitvoeren. Te denken valt aan het beoordelen van gewijzigde zorgplannen (dat zou dus ook betekenen als het aantal maal dat een deur op slot gaat afneemt de Wzd-arts dit moet beoordelen) en aan het bekijken van de evaluaties van een zorgplan waarbij een externe deskundige is betrokken. Tot slot kan onvrijwillige zorg sterk variëren, bijvoorbeeld ook het beperken van het aantal sigaretten valt onder onvrijwillige zorg. Moet de Wzd-arts zich daar ook mee bezig houden?
- Ons is ter ore gekomen dat er discussie bestaat over de invulling van de WZD-arts. Wij pleiten ervoor dat de eindverantwoordelijkheid voor onvrijwillige zorg blijft bij de WZD-arts/AVG en dat via een mandaatregeling taken kunnen worden uitgevoerd door andere professionals, waaronder een GZ-psycholoog of orthopedagoog.

22-01-2018

Monica de Visser, senior jurist
Danielle Immers, senior beleidsmedewerker

0800-355555
info@sheerenloo.nl

