

Eerste Kamer der Staten-Generaal  
Leden van de Vaste Kamercommissie van VWS  
T.a.v. de heer mr. W. de Boer (griffier)  
Postbus 20017  
2500 EA DEN HAAG

Datum 4 januari 2018  
Uw kenmerk -  
Ons kenmerk xxxx/xxxxxx/XX/xx  
Betreft Reactie LHV en InEen plenaire behandeling Wet Zorg en Dwang (31.996) en de  
Wet Verplichte GGZ (32.399)

Geachte Leden,

Op 15 en 16 januari 2018 behandelt uw Kamer de Wet Zorg en Dwang (Wzd) en de Wet Verplichte GGZ (Wvvgz). Huisartsen hebben echter zorgen over de uitvoering van deze wetten. Als Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en InEen, namens de georganiseerde eerstelijns waaronder huisartsenposten en gezondheidscentra, brengen wij u hiervan graag op de hoogte. Wij vragen u om de bewindspersonen van VWS te verzoeken daar waar mogelijk een en ander goed te regelen in de Algemene Maatregelen van Bestuur en het implementatietraject. Ook dan kunnen naar mening van de LHV en InEen deze wetten alleen werken zoals zij zijn bedoeld, als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Wij verzoeken uw Kamer erop toe te zien dat de verantwoordelijke bewindspersonen daartoe treffende maatregelen nemen.

### **Risico voor huisartsen**

Het risico bestaat dat huisartsen verantwoordelijk worden gemaakt voor medisch zorg voor:

- cliënten die thuis onvrijwillige zorg krijgen die eerder alleen binnen een instelling werd gedaan waar toezicht en tussenkomst gegarandeerd kon worden  
*en*
- kwetsbare ouderen of gehandicapten waar thuis onvrijwillige gespecialiseerde zorg toegepast dient te worden door een specialist ouderenzorg of een AVG-arts. Uit de brief van minister De Jonge d.d. 19 december 2017 werd duidelijk dat ook een GGZ-psycholoog of orthopedagoog de opdracht hiertoe kan geven.

Als er sprake is van onvrijwillige zorg onderschrijven vinden huisartsen het essentieel dat de SO/AVG of psychiater het hoofdbehandelaarschap moet overnemen. Zo is de integraliteit van zorg geborgd. Tegelijk ziet zien de LHV en InEen echter een tekort aan deze drie beroepsgroepen en een tekort aan plekken als in nood mensen moeten worden opgenomen. Daardoor dreigen onbedoeld patiënten die geen huisarts maar specialistische zorg nodig hebben terecht te komen bij de huisarts.

De toepassing van onvrijwillige zorg in de thuissituatie brengt dus extra risico's met zich mee. De LHV en InEen vinden het een essentieel dat bij Algemene Maatregel van bestuur duidelijke regels en waarborgen worden gesteld omtrent het toepassen van en toezicht op onvrijwillige zorg bij een betrokkene thuis.

### **Uitgangspunt is patiënt langer thuis**

Huisartsen delen het uitgangspunt van de nieuwe wetten om de zorgvraag van de patiënt leidend te maken. Veel patiënten zijn beter af als zij in hun vertrouwde thuissituatie zorg kunnen ontvangen. Zonder goede waarborgen voor de uitvoerbaarheid van deze zorg doemen echter grote problemen op die niet in het belang zijn van deze patiënten.

Nu al merken huisartsen dat patiënten tussen wal en schip vallen. Uit een peiling van de LHV onder huisartsen naar hun recente ervaringen met de GGZ blijkt dat er veel te lange wachtlijsten zijn, dat de GGZ niet goed bereikbaar is voor overleg en dat er onvoldoende samenwerking en overleg is, onder andere in de zorg voor de groep patiënten met een chronische psychische aandoening. Voorts is de ambulantisering van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts verstandelijk beperkten (AVG) nog in volle gang. Garantie van 24/7-beschikbaarheid van deze artsen is er op veel plaatsen nog niet. Onze zorg is of die er überhaupt wel komt. Uit de **arbeidsmarktmonitor** blijkt dat er een groot tekort is aan psychiaters (22,7%), specialisten ouderengeneeskunde (16,7%) en artsen voor verstandelijke gehandicapten (12,5%). Zij vormen gezamenlijk de top drie (Medisch Contact 46, 16 november 2017).

Daarom delen we onze zorgen over de effecten van beide wetten met u. In deze laatste fase van de behandeling van deze wetten in uw Kamer vragen wij u om aandacht voor de praktische gevolgen voor patiënten en hun naasten, gezien vanuit de dagelijkse praktijk van de huisarts.

### **Wet Zorg en Dwang**

Al eerder is de Tweede Kamer op de hoogte gebracht van ons standpunt dat **... de verantwoordelijkheid voor onvrijwillige zorg bij een ter zake deskundig arts dient te liggen (brief KNMG, Verenso en LHV d.d. 6 september 2011)**. Het specialistische karakter van deze zorg, waarvan de consequenties groot kunnen zijn, behoort niet tot het competentiegebied van huisartsen.. We zijn blij dat – middels een op 14 februari 2017 aangenomen amendement – in de wet is vastgelegd dat een ter zake deskundig arts toestemming moet geven voor de toepassing van onvrijwillige zorg.

Patiënten met dementie dan wel een verstandelijke beperking gaan vallen onder het regime van de Wzd. Deze wet maakt het mogelijk om onvrijwillige zorg toe te passen in de thuissituatie. Ambtenaren van VWS vroegen zich af of dit al gebeurt?

De LHV heeft daarop het ministerie laten weten dat wij horen dat thuiszorgmedewerkers regelmatig aan huisartsen vragen om toestemming voor de uitvoering van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen. De LHV adviseert huisartsen hiervoor nooit de verantwoordelijkheid te nemen: het behoort niet tot hun competentiegebied en is dus eenvoudig niet toegestaan. Dit is ook vastgelegd in de Wet BIG: bekwaam is bevoegd, ergo: je mag alleen (opdracht geven) een handeling uit (te) voeren als je ter zake kundig bent.

Dit betekent dat ook in de toekomst de huisarts geen “ter zake deskundig arts” is, zoals de Wzd het formuleert. De specialist ouderengeneeskunde (SO) dan wel arts verstandelijk gehandicapten (AVG) dient hiervoor de verantwoordelijkheid te nemen. Probleem is echter dat er een groot tekort aan deze artsen is, zeker voor het leveren van zorg thuis.

Het ministerie van VWS bleek hiervan ambtelijk niet van op de hoogte.

### **Voorbeeld casus huisarts**

*“Momenteel lever ik de zorg aan zo'n 15 dementerende bejaarden in een kleinschalige woonvorm (financiering vanuit PGB). Momenteel zit er 1 patiënt met ernstige gedragsproblemen. De psychiater is hierbij medebehandelaar. Nu wordt er, in overleg met de psychiater, gebruik gemaakt van beddekken en een bewegingssensor. De psychiater wil echter geen handtekening zetten voor deze vrijheidsbeperkende maatregelen. Nu wordt dit dus vanuit mijn naam gedaan maar ik voel me hier niet senang bij en vraag me af of dit wel mag?”*

In de thuissituatie dient het besluit tot het inzetten van gedwongen zorg opgenomen te zijn in een zorgplan en volgens een stappenplan te verlopen. Uitgangspunten in de Wzd zijn dat onvrijwillige zorg als ultimum remedium wordt ingezet, niet verder mag strekken dan nodig en zo snel mogelijk moet worden afgebouwd. Het zorgplan wordt opgesteld door de ‘zorgverantwoordelijke’. Die kan de externe deskundige om advies vragen en legt het zorgplan vervolgens ter beoordeling voor aan de Wzd-arts.

De LHV isen InEen zijn van mening dat onvoldoende is nagedacht over de praktische uitvoerbaarheid van de Wzd in de thuissituatie. Indien aan bovenstaande punten in de thuissituatie van een patiënt niet wordt voldaan, is diens veiligheid bij de inzet van onvrijwillige zorg onvoldoende gewaarborgd. De praktische verantwoordelijkheid dreigt bovendien terecht te komen bij andere zorgverleners (huisarts, wijkverpleging, verzorgenden, e.d.) dan de door de Wzd bedoelde hoofdbehandelaar. In een dergelijke situatie zou volgens de LHV LHV en InEen dan ook een gedwongen opname aan de orde moeten zijn. Wij vragen uw Kamer daarom de minister op te roepen dit te regelen in een AMvB.

### **Wet Verplichte GGZ**

Het traject rond de wet Verplichte GGZ is, logischerwijs, vooral gericht geweest op de GGZ-sector. Een aantal te verwachten effecten van deze wet op hun praktijk geeft aanleiding tot zorg bij huisartsen. Dat vloeit mede voort uit heeft te maken met de ervaringen van huisartsen met de GGZ tot nu toe is aanleiding hiervoor: nu al ervaren zij weinig steun als het gaat om terugverwijzen, terugkoppelen etc. bij thuiswonende patiënten met chronisch psychische aandoeningen. Zoveel te meer maken huisartsen zich zorgen over de nieuwe Wvvgz: hoe zal het uitwerken op de patiënt en diens naasten als sprake is van verplichte behandeling in de thuissituatie en zich problemen voordoen?

Toename van het aantal thuiswonende psychiatrische patiënten heeft zeker consequenties voor huisartsen. Ook zij moeten immers huisartsgeneeskundige zorg krijgen en bovendien is de huisarts als gezinsarts verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning aan of signalering van overbelasting van de naasten van deze patiënten.

De LHV vraagt zich af van ons is ook Wij vragen ons af of van de huisarts verwacht kan worden dat hij huisartsenzorg biedt aan patiënten die in de thuissituatie gespecialiseerde GGZ ontvangen waarbij 'dwangtoepassing' nodig is. Niet de huisarts, maar de geneesheer-directeur die opdracht geeft voor onvrijwillige zorg moet immers de veiligheid van de patiënt door toezicht en tussenkomst garanderen.

De AMvB die nu in consultatie is, beschrijft naar mening van de LHV en InEen onvoldoende de voorwaarden voor de toepasbaarheid van onvrijwillige zorg in de thuissituatie en het voorkomen van problemen bij de huisarts. Naast de beschrijving van de patiëntenpopulatie en wie de zorgverantwoordelijke is, vindent de LHV en InEen het van groot belang dat de minister heldere randvoorwaarden aangeeft voor bijvoorbeeld de begeleiding naar gedwongen zorg (zie onderstaande casus) en het toezicht door en de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de psychiater/ GGZ voor patiënt, naasten en familie.

#### **Voorbeeld casus huisarts**

*"Ik heb vanaf januari 2017 drie patiënten aangemeld bij de crisisdienst. Twee keer in verband met psychose, een keer depressie met suïcidaliteit. Het valt mij op dat deze patiënten intensieve (huisartsen)zorg behoeven tot het moment dat ze medicatie slikken en in een rustiger vaarwater komen, meestal enkele weken. Mijn ervaring dit jaar is dat de GGZ deze patiënten wel ziet, maar geen ingang bij hen krijgt, en "dus niets kunnen doen". Deze patiënten blijven wel een beroep doen op mij. Evenals hun naasten/steunsysteem (d.w.z. 1x de kinderen, 1x broer, 1x moeder). Zij vormen het vangnet van patiënt maar worden niet geïnformeerd door de GGZ i.v.m. privacy en taakopvatting. In al deze gevallen kwam het erop neer dat ik de medicatie naar binnen moest zien te praten, steeds in overleg met GGZ en steunsysteem. Deze zorg is eigenlijk nog intensiever dan terminale zorg."*

#### **AMvB's en implementatie**

De toepassing van onvrijwillige zorg in de thuissituatie brengt extra risico's met zich mee. Wij vinden het een goede zaak dat bij AMvB nadere regels en waarborgen zullen worden gesteld omtrent het toepassen van en toezicht op onvrijwillige zorg bij een betrokkene thuis. LHV zal en InEen zullen dan ook zeker op korte termijn nog reageren op de openbare consultatie over de Bvvgz en Bzd.

We vragen u om onze zorgen mee te nemen in uw voorbereiding van het plenaire debat en om de bewindspersonen van VWS hierop een reactie te vragen. **Hier belangrijke voorwaarden formuleren.**

Samengevat komen deze op het volgende neer:

- Het hoofdbehandelaarschap voor deze patiëntengroepen moet ook in de thuissituatie bij de SO/AVG/Psychiater liggen;
- De huisarts moet betrokken worden bij het besluit om onvrijwillige zorg toe te passen in de thuissituatie;
- De hoofdbehandelaar moet 24/7 beschikbaar zijn voor toezicht en tussenkomst;
- Patiënten moeten gelijk opgenomen kunnen worden indien de situatie hierom vraagt (opschaling).

Met vriendelijke groet,

Ella Kalsbeek  
voorzitter LHV

Martin Bontje  
voorzitter InEen