

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie van Justitie en Veiligheid
Type consultatie: AMvB
Internetconsultatie Besluit zorg en dwang

Datum: 1 februari 2018

Betreft: Reactie Verenso op concept Besluit zorg en dwang, in kader van internetconsultatie

Geachte heer/ mevrouw,

In aanvulling op de beantwoording van de drie vragen bij de consultatie gesteld, brengen wij het volgende graag onder uw aandacht. Op 23 januari heeft de Eerste Kamer ingestemd met de Wet Zorg en Dwang (Wzd), de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet Forensische Zorg (Wfz). Wij concentreren ons in onze reactie op de Wzd en het nu voor consultatie voorliggende concept Besluit Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Samenvatting

Het concept Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) biedt de nadere uitwerking van artikel 2a eerste lid van de wet Zorg en Dwang, naast een aantal andere artikelen en heeft daarmee met name betrekking op ambulante onvrijwillige zorg buiten een accommodatie. Verenso maakt zich zorgen over de uitvoerbaarheid in de thuissituatie en acht het concept Besluit op dit moment nog onvoldoende om een verantwoorde invoering in de thuissituatie mogelijk te maken: de te reguleren en toe te stane vormen van onvrijwillige zorg zijn nog onvoldoende helder afgebakend, de waarborgen voor patiëntveilige zorg zijn onvoldoende aanwezig in relatie tot het benodigde toezicht en deels nog ontbrekende duidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is. Tenslotte zijn ook de procedurele en praktische voorwaarden voor het verantwoord kunnen toepassen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie nog onvoldoende uitgekristalliseerd en houdt het concept Besluit nog onvoldoende rekening met die aspecten.

Goede en patiëntveilige zorg dient –zeker bij onvrijwillige zorg- het uitgangspunt te zijn. Verenso ziet mogelijkheden om ambulante onvrijwillige zorg mogelijk te maken, maar uitsluitend middels een gefaseerde invoering en door klein te beginnen middels gereguleerde pilots. Ook dienen de voorwaarden waaronder een dergelijke beperkte en gefaseerde invoering mogelijk gemaakt wordt vooraf in kaart te zijn gebracht door een impactanalyse onder specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Hieronder gaan wij op een aantal specifieke punten uit het concept Besluit in en vragen of zorgen die het concept Besluit nog oproepen.

Fixatie, bedekken en andere vormen van onvrijwillige zorg

De reikwijdte van het begrip fixatie is onvoldoende uitgewerkt in het concept Besluit, hierna te noemen Bzd. Artikel 2.1 onder b Bzd meldt dat ambulante onvrijwillige zorg het beperken van de bewegingsvrijheid omvat, met uitzondering van fixatie. De definitie van fixatie is opgenomen in artikel 1.1 Bza: *Het beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van de cliënt.* Deze omschrijving kent dus een grote variatie: van even een hand vasthouden (bij het geven van bijvoorbeeld een injectie of ADL handelingen) tot het met veel kracht vastzetten van iemand. Onderzocht moet worden of de lichte vormen, het even vasthouden, wel mogelijk gemaakt moeten worden aangezien anders mogelijk ongewenste situaties ontstaan waarin dit kort vasthouden in thuissituaties in geen enkel geval toegestaan is. Een verdere uitwerking tussen het veld van specialisten ouderengeneeskunde en het ministerie van VWS is hier noodzakelijk.

Ook over andere vormen van onvrijwillige zorg laat het Bzd onduidelijkheid bestaan, zoals over de inzet van bedekken. Onderdeel b van de Bza op pagina 15 geeft het volgende voorbeeld: *‘Met name*

op het moment dat de onvrijwillige zorg daadwerkelijk door zorgverleners wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld als tegen de wil van de cliënt een keukenkastje of de gaskraan wordt afgesloten, een bedhek omhoog wordt gezet, medicatie wordt toegediend, een cliënt wordt gedoucht e.d. is er een risico op een uiting van verzet van de cliënt. 'Kunnen we uit dit voorbeeld opmaken dat het omhoog zetten van bedheksen als onvrijwillige zorg thuis wel mag of te overwegen is, terwijl er zo strikt en streng naar het gebruik hiervan intramuraal gekeken wordt? Het tegen de wil plaatsen van bedheksen is immers weer van een andere –en ingrijpender- orde dan het afsluiten van een keukenkastje. Door middel van deze toelichting en voorbeelden in het Bza ontstaat eerder minder dan meer duidelijkheid over de aangewezen vormen van onvrijwillige zorg. Ook hier concluderen wij dat het Bzd niet voldoet en eerst een onderzoek en impactanalyse onder specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten noodzakelijk is. De uitkomsten hiervan kunnen de input en onderbouwing vormen voor een nieuw te ontwikkelen AMvB.

Accommodatie versus ambulant

Ook de afgrenzing tussen intramuraal/accommodatie enerzijds en ambulant anderzijds wordt met de uitleg in het Bzd niet geheel duidelijk. Dat een accommodatie een gebouw is dat door de zorgverlener wordt gebruikt om zorg te verlenen is wel duidelijk. De term *verblijven* blijft echter onduidelijk, wat ook geldt voor 'zeggenschap tot de toegang van de eigen woning'. Als voorbeeld kan genoemd worden de eenpersoonskamer in een intramurale instelling. Deze zou gelden als niet-ambulant. Probleem is de zeggenschap van de eenpersoonskamer (tegenwoordig soms bestaande uit 1 of 2 kamers met douche). Het criterium 'zeggenschap over het binnentreden van de kamer' helpt hier niet. Ook in een gebruikelijke verpleeghuissetting heeft een cliënt normaliter wel de zeggenschap over wie er mag binnentreden. Zo heeft de politie voor deze kamers een huiszoekingsbevel nodig. Het als 'woon-/slaapkamer' gebruiken laat de zeggenschap ontstaan. Kortom ook op de vraag van wat als ambulant geldt en wat als accommodatie laat het Bzd onduidelijkheid ontstaan en voldoet het Bzd dus niet.

Permanente bereikbaarheid deskundige zorgverlener (art. 2.2 lid 1 c)

Artikel 2.2 lid 1 c introduceert een eis die eveneens onduidelijkheid schept en die voor de uitvoerbaarheid in de thuissituatie een groot probleem vormt. De eis is de volgende. *Er dient permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar te zijn voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg, welke zorgverlener zo nodig zorgdraagt voor ondersteuning op de locatie waar de cliënt zich bevindt.* Los van de vraag of voor de uitvoerbaarheid een dergelijke permanente bereikbaarheid in de thuissituatie gewaarborgd kan worden –dit is immers onvoldoende onderzocht- is het laatste onderdeel (zorgdragen voor ondersteuning op de locatie) onduidelijk. Wordt hier bedoeld de plaats waar de cliënt zich bevindt op het moment dat de hulp ingeroepen wordt of de plaats waar de zorg verleend wordt?

Cliënt met een beginnende dementie die thuis woont ontvangt vormen van onvrijwillige zorg conform Wzd en Bzd. Op een bepaald moment loopt hij geagiteerd weg en verdwaald. Uiteindelijk wordt hij teruggevonden in het volgende dorp. Inmiddels ligt er een verzoek om hulp bij de zorgverlener. Moet deze zorgdragen voor ondersteuning in het volgende dorp of in de thuissituatie van de cliënt?

Artikel 2.2 lid 6 betreft toezien op grensoverschrijdend gedrag: Op welke wijze wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener in geval van ambulante onvrijwillige zorg. Dit zou in een beleidsplan voor de cliënt moeten worden opgenomen. Gezien de kwetsbare situatie zou in het beleidsplan ook zeker aandacht verdienen hoe toegezien wordt op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag van mantelzorgers.

Externe deskundige (art. 3.1 lid 1 b): Wie mogen als extern deskundige optreden?

Artikel 3.1 lid 1 b van het Bzd stelt eisen aan degenen die als externe deskundigen mogen optreden. Vereist is dat zij tot een van de hier genoemde categorieën behoren. Specialisten ouderengeneeskunde (SO's), artsen verstandelijk gehandicapten (AVG's), gezondheidszorgpsychologen en psychiaters worden gezien hun specialisatie geschikt geacht, mits zij voldoen aan de eis uit het tweede lid. In

beginsel voldoen zij hieraan als zij werkzaam zijn voor de Stichting Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

Voor de uitvoerbaarheid van deze regeling is deze laatste invulling –het werkzaam zijn bij de stichting- onwerkbaar en ook inhoudelijk overbodig. Specialisten ouderengeneeskunde mogen gezien hun opleiding per definitie geschikt geacht worden om als extern deskundige te kunnen optreden voor psychogeriatrische cliënten aangezien psychogeriatricie en overige relevante vaardigheden een groot onderdeel uitmaken van hun opleiding. Het Bzd dient niet op dit detailniveau te worden ingevuld, dit werkt onuitvoerbaarheid op dit punt sterk in de hand. Bovendien laat het geen ruimte voor goede initiatieven in het veld, waarbij bijvoorbeeld al pilots zijn gedaan waarbij specialisten ouderengeneeskunde met een kaderopleiding psychogeriatricie bij wijze van proef werkzaamheden als extern deskundige verrichten.

Samenloop WZD met WGBO onduidelijk

Wanneer geldt de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en wanneer de WZD? Dit is nog altijd onduidelijk en de toelichting neemt die onduidelijkheid niet weg. De toelichting meldt bijvoorbeeld: ‘...als er dus sprake is van onvrijwillige zorg is er ter zake geen behandelingsovereenkomst.’ Dit is een niet gangbare uitleg van de WGBO. De gebruikelijke uitleg is dat er op basis van de WGBO een overeenkomst is, ongeacht of je wel of niet tot overeenstemming op onderdelen van het onderzoek of behandeling bent gekomen tussen arts en patiënt. Als je op een punt van de behandeling geen toestemming krijgt (informed consent) dan vervalt de overeenkomst niet, maar wordt er iets dat je als arts voorstelde niet uitgevoerd.

De toelichting vermeldt het volgende: *‘Wellicht ten overvloede wordt hier benadrukt dat zolang er sprake is van vrijwillige zorg, de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) geldt. Op het moment dat sprake is van verzet van de cliënt, treedt de WGBO terug en is de Wzd van toepassing. Dit kan dus verschillend zijn voor onderdelen van het zorgplan: als de cliënt zich bijvoorbeeld alleen verzet tegen medicatie, maar niet tegen begeleiding, is de WGBO wel van toepassing op begeleiding.’*

In de oorspronkelijke versie van de Wzd was de Wzd lex specialis ten opzichte van de WGBO en golden de regels van de WGBO niet op het moment dat de Wzd gold. Nu kan –zo lijkt het- voor onderdelen de WGBO van toepassing zijn en voor andere de Wzd. Stel dat cliënte zich verbaal verzet tegen het controleren van de bloedsuikers. Verder geen verzet vertoont tegen verzorging en het geven van andere medicatie. Dan zou controle van de bloedsuiker wel onder de Wzd vallen, het geven van medicatie en veranderingen daarvan niet? Deze onduidelijkheid moet weggenomen worden en in de toelichting moet helder gemaakt worden wanneer welk wettelijk regime van toepassing is.

Praktische randvoorwaarden

In de position paper die Verenso op 11 januari jongstleden aan de Eerste Kamer stuurde, hebben wij een overzicht gegeven van de randvoorwaarden waaraan minimaal voldaan moet zijn om een beperkte en verantwoorde inzet van onvrijwillige zorg in de thuissituatie mogelijk te maken. Deze randvoorwaarden moeten eerst vervuld worden en kunnen pas daarna naar ons oordeel als basis dienen voor een hierop aansluitende en uitgewerkte AMvB. Om een goede en patiëntveilige zorg in de thuissituatie mogelijk te maken zijn de volgende randvoorwaarden essentieel:

- Een impactanalyse met als doel de consequenties en mogelijke risico's voor het toezicht en de veiligheid van te leveren onvrijwillige zorg in thuissituaties in kaart te brengen;
- Een goede samenwerking tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten moet mogelijk gemaakt worden, zonder bureaucratische of financiële drempels. De LHV stelt dat het hoofdbehandelaarschap bij onvrijwillige zorg ook in de thuissituatie bij de specialist ouderengeneeskunde (SO)/arts verstandelijk gehandicapten (AVG)/ psychiater moet liggen.
- De SO moet de huisarts van de patiënt kunnen consulteren over de mogelijkheden of onmogelijkheden om onvrijwillige zorg in de thuissituatie toe te passen;
- Een passende tariefstelling om de inzet van SO's en AVG's mogelijk te maken;

- Een uitgewerkt Plan van aanpak dat de voorwaarden en eventueel beperkte inzet van onvrijwillige zorg in de thuissituatie nader beschrijft, gevolgd door een daarop aangepaste AMvB;
- Tot die tijd het toepassingsbereik van de Wzd beperken tot intramurale settings;
- Hanteren of inbouwen van een reële overgangsperiode om de voorwaarden voor een verantwoorde uitvoerbaarheid in de thuissituatie te onderzoeken en nader uit te werken.

Conclusie : Goede en patiëntveilige zorg centraal

Het voor consultatie voorliggende concept Besluit Zorg en dwang roept veel vragen op ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de Wzd en de inzet van onvrijwillige zorg in de thuissituatie. Verenso wijst op de knelpunten en heeft middels deze brief aangegeven op welke punten er duidelijkheid moet komen. Het Besluit komt te vroeg en is in de huidige vorm nog volstrekt ontoereikend om een verantwoorde invoering van de Wzd in de thuissituatie mogelijk te maken.

De te reguleren en geoorloofde vormen van onvrijwillige zorg thuis zijn nog onvoldoende helder afgebakend. De waarborgen voor patiëntveilige zorg zijn onvoldoende aanwezig in relatie tot het benodigde toezicht en deels nog ontbrekende duidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is. Tenslotte zijn ook de procedurele en praktische voorwaarden voor het verantwoord kunnen toepassen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie nog onvoldoende uitgekristalliseerd en houdt het concept Besluit nog onvoldoende rekening met die aspecten.

Goede en patiëntveilige zorg dient –zeker bij onvrijwillige zorg- het uitgangspunt te zijn. Verenso ziet mogelijkheden om ambulante onvrijwillige zorg mogelijk te maken, maar uitsluitend middels een gefaseerde invoering en door klein te beginnen middels gereguleerde pilots. Ook dienen de voorwaarden waaronder een dergelijke beperkte en gefaseerde invoering mogelijk gemaakt wordt vooraf in kaart te zijn gebracht door een impactanalyse onder specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Verenso dringt aan op een spoedig overleg tussen het ministerie en Verenso, om dit onderzoek en impactanalyse in gang te zetten en de door ons genoemde randvoorwaarden te bespreken met als doel hier heldere afspraken over te maken. Los van het implementatietraject Wzd van Vilans, dient dit overleg tussen het ministerie en Verenso met prioriteit te worden opgepakt om een zorgvuldige invoering mogelijk te maken en geen onnodige vertraging op te lopen.

Verenso, 1 februari 2018