

Consultatiereactie van ActiZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) op het concept Besluit zorg en dwang (Bzd)

Vooraf

In deze notitie beantwoorden ActiZ en VGN eerst de drie consultatievragen, daarna voorzien wij de consultatieversie van het Bzd artikelsgewijs van commentaar. Hieraan voorafgaand maken wij zes algemene opmerkingen.

1. Ten eerste constateren wij dat in het algemeen deel van de toelichting bij het Bzd wordt vermeld dat ambulante onvrijwillige zorg iets nieuws is. Op basis van de Bopz kan inderdaad alleen in een accommodatie met een Bopz aanmerking onvrijwillige zorg worden verleend. Wij wijzen er echter op dat dit niet impliceert dat onvrijwillige zorg buiten die accommodaties niet kan worden toegepast. Onvrijwillige zorg kan immers op basis van de Wgbo verleend worden, ook in een ambulante setting. De Wgbo bepaalt dat aan wilsonbekwame cliënten zorg verleend kan worden ondanks dat zij zich daartegen verzetten mits hun vertegenwoordiger daarvoor toestemming heeft gegeven. Verzet de cliënt zich tegen een ingrijpende verrichting, dan kan deze alleen worden uitgevoerd als dit kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. Wij zouden graag zien dat dit in de volgende versie van de toelichting vermeld wordt, zodat duidelijk is dat ambulante onvrijwillige zorg niet nieuw is, maar dat het wettelijk kader waarbinnen het plaatsvindt verandert als het cliënten betreft die onder de Wzd vallen.

2. Ten tweede wijzen wij erop dat toepassing van ambulante onvrijwillige zorg in de praktijk door een cliënt simpel onmogelijk gemaakt kan worden. Als de cliënt een zorgverlener geen toegang tot zijn woning verschaft, is daarmee de verlening van ambulante onvrijwillige zorg feitelijk onmogelijk geworden. De Wzd geeft zorgverleners niet de mogelijkheid om een woning van een cliënt tegen diens wil te betreden en toepassing van ambulante onvrijwillige zorg af te dwingen. In de Wvvggz bestaat deze mogelijkheid wel (zie artikel 8:2 Wvvggz).

3. Ten derde vragen wij aandacht voor de praktische uitvoerbaarheid van onvrijwillige zorg buiten accommodaties, in het bijzonder als het zorgaanbieders betreft waar geen artsen werkzaam zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor veel aanbieders van thuiszorg. Bij de uitvoering van onvrijwillige zorg buiten accommodaties wordt artsen drie keer een rol toegedacht:

a. een 'ter zake kundige arts' moet een verklaring afgeven waaruit blijkt dat de cliënt is aangewezen op zorg als bedoeld in de Wzd (artikel 1, lid 1, onderdeel c Wzd);

b. een 'bij de zorg betrokken arts' moet toestemming geven voor opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan als deze bestaat uit medisch / therapeutisch handelen of beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting, indien dit wordt toegevoegd aan artikel 2 Bzh (artikel 10, lid 3 Wzd);

c. een 'ter zake kundige arts' moet de rol van Wzd-arts op zich nemen, wat onder meer inhoudt dat hij de verantwoordelijkheid draagt voor het algemene gang van zaken met betrekking tot onvrijwillige zorg en dat bovendien ieder zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen aan

hem ter beoordeling moet worden voorgelegd (artikel 1, onderdeel m Wzd jo artikel 2b Wzd en artikel 11a Wzd).

Wij benadrukken dat aanbieders van thuiszorg bij de inzet van onvrijwillige zorg afhankelijk zijn van de inzet van artsen. Is die inzet niet gewaarborgd, dan impliceert dat dat cliënten moeten worden opgenomen in een accommodatie zodra onvrijwillige zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.

4. Domotica kan verantwoorde toepassing van onvrijwillige zorg in de thuissituatie sterk bevorderen. Opname in een accommodatie kan hierdoor voorkomen worden. Dit vergt echter wel investeringen van zorgaanbieders. Onderzocht zal moeten worden welke investeringen noodzakelijk zijn voor verantwoorde toepassing van onvrijwillige zorg thuis en hoe deze gefinancierd kunnen worden.

5. Wij constateren dat de vraag wanneer onvrijwillige zorg in thuissituaties acceptabel is en wat de grenzen hiervan zijn, onderwerp is van maatschappelijke discussie. Wat technisch mogelijk is, is wellicht niet (of nog niet) maatschappelijk acceptabel. Wij vinden het van belang dat de veldpartijen, waaronder de IGJ, zich beraden op richtlijnen die zorgorganisaties houvast kunnen geven bij de inschatting of onvrijwillige zorg in thuissituaties maatschappelijk acceptabel is.

6. De consultatieversie van het Bzd sluit onvrijwillige toepassing van fixatie en insluiting uit. Wij stellen in deze reactie voor om deze uitsluiting te schrappen. Mocht dit voorstel niet worden overgenomen, dan zouden wij graag zien dat in de toelichting vermeld wordt dat uitsluiting van deze vormen van zorg in het Bzd vrijwillige toepassing niet in de weg staat. Als een wilsbekwame cliënt daarmee instemt, dan wel een vertegenwoordiger instemt namens een wilsonbekwame cliënt en deze zich niet tegen toepassing verzet, is fixatie en insluiting derhalve mogelijk. In zo'n situatie is artikel 2, lid 2 Wzd van toepassing, wat inhoudt dat het stappenplan gevolgd moet worden.

Beantwoording consultatievragen

Vraag 1 Is helder wat een accommodatie is en wanneer dus zorg buiten een accommodatie wordt geboden?

In de toelichting bij artikel 1 wordt ingegaan op het begrip accommodatie. Wij vinden deze toelichting bepaald niet verhelderend. Met name de stelling dat een belangrijk kenmerk van een accommodatie is dat zorgverleners 'altijd zonder meer toegang hebben tot de woon- of verblijfsruimte van de betrokken cliënt' en de stelling dat geen sprake kan zijn van een accommodatie als de cliënt 'zeggenschap heeft over de toegang tot de woning' zijn naar onze indruk verwarrend en kunnen naar onze indruk bovendien niet op de wet gebaseerd worden.

De Wzd definieert een accommodatie als volgt: 'bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend' (art. 1, eerste lid, onderdeel b Wzd). De vraag wie zeggenschap heeft over de toegang tot de privéruimte van de cliënt is hierbij niet relevant. In de praktijk is dit evenmin een onderscheidend criterium. Cliënten die in een verpleeghuis wonen hebben zeggenschap over wie toegang krijgt tot hun privéruimte en cliënten die in een huurwoning of eigen huis wonen kunnen zorgverleners de mogelijkheid geven om zo nodig 'zonder meer' hun woning te betreden.

Niet alleen de toelichting bij het Bzd is onduidelijk, de begripsbepaling uit de Wzd is dat eveneens. Die onduidelijkheid betreft de zinsnede 'van de zorgaanbieder'.

De zinsnede 'van de zorgaanbieder' is middels de tweede nota van wijziging Wvoggz aan de begripsbepaling toegevoegd. Ter toelichting wordt gesteld dat het uit oogpunt van consistentie van wetgeving wenselijk is om het begrip accommodatie in de Jeugdwet, de Wvoggz en de Wzd gelijk te definiëren. Dit doet vermoeden dat in de begripsbepaling uit de Jeugdwet de formulering 'van de jeugdhulpaanbieder' is opgenomen. Dit is echter niet het geval¹. De wetgeving is dus op dit punt juist niet consistent. Bovendien heeft de toevoeging dat het gebouw van de zorgaanbieder moet zijn, als consequentie dat gebouwen die eigendom zijn van een woningcorporatie of vastgoedstichting niet als accommodatie kunnen worden geregistreerd. Deze consequentie vinden wij ongewenst. Wij wijzen erop dat het ook voor de vraag of een Bopz-aanmerking kan worden verleend niet relevant is wie eigenaar is van het gebouw waarvoor een aanmerking wordt gevraagd.

Wij wijzen in dit verband op de vele geclusterde woonvormen voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking waarin wonen en zorg zijn gescheiden. Deze zijn bestemd voor cliënten met een indicatie voor langdurige zorg die kiezen voor het persoonsgebonden budget als leveringsvorm. Zij huren in zo'n woonvorm een woning (bijvoorbeeld van een woningcorporatie) en financieren de zorg die zij bij de zorgaanbieder inkopen met hun pgb. Dergelijke locaties kunnen nu een Bopz-aanmerking krijgen en zouden wat ons betreft in de toekomst als accommodatie in de zin van de Wzd geregistreerd moeten kunnen worden. Dit ongeacht of de cliënt zijn woning heeft gekocht, gehuurd of daar verblijft op basis van een zorgverleningsovereenkomst.

Wij vinden verduidelijking voor de praktijk van groot belang. Wij stellen daarom een variant van de definitie uit de Jeugdwet voor: een accommodatie is een bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het eventueel daarbij behorende terrein dat bestemd is voor zorg, waaronder onvrijwillige zorg is begrepen, door of namens een zorgaanbieder. Vervolgens zouden accommodaties waar cliënten niet-vrijwillig / gedwongen worden opgenomen als subcategorie moeten worden onderscheiden.

Op deze manier sluit de definitie onzes inziens aan bij de registratie van artikel 20 Wzd, dat als doel heeft om voor de IGJ inzichtelijk te maken waar onvrijwillige zorg wordt geboden. En bij artikel 21 Wzd dat bepaalt dat een cliënt met een besluit tot opname en verblijf uitsluitend kan worden opgenomen in een geregistreerde accommodatie.

In de voorgestelde definitie is het niet relevant wie eigenaar is van de bouwkundige voorziening. Door in de definitie op te nemen dat de bouwkundige voorziening bestemd moet zijn voor zorgverlening wordt onderscheid gemaakt met de thuissituaties. Het element 'waaronder onvrijwillige zorg' onderscheidt een accommodatie van een locatie. Door een bouwkundige voorziening als locatie te registreren geeft de zorgaanbieder aan dat hij daar geen onvrijwillige verleent. Wordt in een bouwkundige voorziening wel onvrijwillige zorg verleend, dan moet de zorgaanbieder deze registreren als accommodatie.

Binnen accommodaties kan onvrijwillige zorg worden verleend op basis van de Wzd, buiten accommodaties kan onvrijwillige zorg worden verleend op basis van het Bzd, mits het een vorm van onvrijwillige zorg is die in het Bzd is benoemd en voldaan wordt aan aanvullende voorwaarden die het Bzd stelt.

Wij stellen voor de alinea's waarin wordt toegelicht wat een accommodatie is te schrappen. Wij stellen verder voor om aan de begripsbepalingen toe te voegen dat onder een accommodatie wordt

¹ Artikel 1.1 Jeugdwet:
accommodatie: bouwkundige voorziening of deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein, waar jeugdhulp wordt verleend door of namens een jeugdhulpaanbieder.

verstaan een accommodatie als bedoeld in artikel 1 van de wet. Wij stellen tot slot voor om de aangekondigde wijzigingswet Wzd te benutten om de begripsbepaling van een accommodatie te herzien, daarbij het bovenstaande alternatief te betrekken en in ieder geval de formulering 'van de zorgaanbieder' te laten vervallen.

Vraag 2 Moeten insluiting en fixatie ook in de thuissituatie mogelijk zijn?

De toelichting bij het Bzd vermeldt dat 'het veld' heeft gevraagd om geen opties uit te sluiten en dus de mogelijkheid te bieden om alle in de Wzd genoemde vormen van onvrijwillige zorg ook buiten een accommodatie te kunnen toepassen. Het Bzd kiest er niettemin voor om insluiting en fixatie uit te sluiten. Ter toelichting wordt niet meer vermeld dan dat vragen gesteld kunnen worden over de uitvoerbaarheid daarvan in een ambulante situatie. Wij vinden dat toepassing van beide vormen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie niet bij voorbaat uitgesloten moet worden, zodat per cliënt beoordeeld kan worden of deze vormen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie verantwoord toegepast kunnen worden. Soms zal dat mogelijk zijn, soms ook niet. Wij kunnen ons bijvoorbeeld voorstellen dat insluiting waartegen een cliënt zich verzet in principe niet verantwoord toegepast kan worden. In situaties waarin de cliënt zich niet verzet is verantwoorde toepassing van insluiting wel denkbaar, mits voldaan wordt aan alle eisen die de Wzd stelt aan de besluitvorming over toepassing van onvrijwillige zorg. Op beide vormen van onvrijwillige zorg gaan wij hieronder nader in.

Insluiting

Het begrip insluiting is noch in de Wzd, noch in de Wvvgz gedefinieerd. Het begrip is geïntroduceerd in de tweede nota van wijziging Wvvgz, het verving de eerder in de Wvvgz gebruikte formulering 'afzondering of separatie in een daartoe geschikte ruimte'. In het kader van de harmonisatie van beide wetsvoorstellen is dit begrip ook in de Wzd opgenomen. In het Bzd wordt het nu in een heel andere context geplaatst, kennelijk moet het nu worden opgevat als: maatregel waardoor een cliënt zijn huis niet kan verlaten. In de toelichting wordt vermeld dat hiervan bijvoorbeeld sprake is als de deur door toepassing van domotica niet opengaat als een cliënt naar buiten wil.

Als insluiting ook in deze betekenis moet worden opgevat, roept dat de vraag op of ook van insluiting sprake is als de cliënt zijn woning wel kan verlaten, maar dan in een ruimte komt die hij niet kan verlaten, bijvoorbeeld een afgesloten binnentuin of een gang die uitkomt op een centrale ingang die afgesloten is.

Het is ons niet duidelijk waarom het onmogelijk zou moeten zijn om een cliënt te beletten zijn woning te verlaten als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, te meer niet omdat de consequentie doorgaans zal zijn dat de cliënt om ernstig nadeel te voorkomen moet worden opgenomen (wat inhoudt: ingesloten wordt in een accommodatie).

Wij wijzen er nog op dat veel thuiswonende ouderen bij het opstaan uit bed hulp nodig hebben van de thuiszorg. Zij kunnen 's nachts hun woning niet verlaten en zijn dus feitelijk ingesloten. Deze insluiting is niet gebaseerd op een besluit van de zorgaanbieder, maar doet zich feitelijk wel voor. Wij zouden graag zien dat in de toelichting wordt vermeld dat de Wzd en het Bzd alleen betrekking hebben op insluiting die gebaseerd is op een besluit van de zorgaanbieder. Het Bzd staat dan niet in de weg aan feitelijke insluiting, ook niet als insluiting niet wordt opgenomen in artikel 2, lid 1 Bzd. Zou dit wel zo zijn, dan impliceert dit dat iedere oudere die hulp nodig heeft bij het opstaan in een accommodatie moet worden opgenomen.

Fixatie

Ook onvrijwillige fixatie kan onzes inziens in principe verantwoord toegepast worden in de thuissituatie. Wij zien bijvoorbeeld niet in waarom de vorm van fixatie die in de Jeugdwet als vastpakken en vasthouden wordt omschreven, buiten een accommodatie nooit verantwoord toegepast zou kunnen worden. Ook buiten een accommodatie kunnen zich situaties voordoen waarin toepassing van deze vorm van fixatie nodig is om ernstig nadeel te voorkomen en dus gerechtvaardigd is.

Wij wijzen er verder op dat onder de definitie van fixatie ook bijvoorbeeld een gipsverband valt, of een band die gebruikt wordt om te voorkomen dat een spastische cliënt ongewilde bewegingen maakt of een band die gebruikt wordt om te voorkomen dat een cliënt, die niet meer in staat is om rechtop te zitten, uit zijn rolstoel zakt. Wij zijn van mening dat dergelijke vormen van fixatie volstrekt legitiem zijn en ook toegepast moeten kunnen worden als een wilsonbekwame cliënt zich daartegen verzet.

Als het Bzd uitsluit dat fixatie als onvrijwillige zorg wordt toegepast, houdt dit in dat zodra een wilsonbekwame cliënt zich tegen fixatie verzet de cliënt in een accommodatie zal moeten worden opgenomen. Daar zal hij alsnog gefixeerd worden omdat het voor de noodzaak van toepassing niet uitmaakt waar de cliënt verblijft. Een cliënt die thuis niet in staat is om zonder fixatie in zijn rolstoel te blijven zitten zal dat immers in een accommodatie ook niet kunnen.

Tot slot vragen wij nog aandacht voor situaties waarin een cliënt zich fysiek verzet tegen toepassing van onvrijwillige zorg. Fixatie is dan doorgaans nodig om onvrijwillige zorg te kunnen verlenen. Wordt fixatie dus uitgesloten, dan wordt feitelijk alle onvrijwillige zorg uitgesloten waartegen een cliënt zich fysiek verzet.

Vraag 3 Zijn, naast de in het Bzd al genoemde voorwaarden voor toepassing van onvrijwillige zorg in een ambulante situatie, nog aanvullende voorwaarden noodzakelijk?

De Wzd bepaalt dat onvrijwillige zorg, behoudens onvoorziene situaties, alleen toegepast mag worden als het zorgplan hierin voorziet. Om onvrijwillige zorg in het zorgplan te kunnen opnemen moet de zorgverantwoordelijke dit besproken hebben met een deskundige van een andere discipline, als hij zelf geen arts is moet hij de toestemming verkregen hebben van een arts, hij moet bovendien advies gevraagd hebben van een externe deskundige en de goedkeuring hebben verkregen van de Wzd-arts. Er zijn dus tenminste vier en vaak vijf professionals betrokken bij de besluitvorming. De cliënt en zijn vertegenwoordiger worden bovendien nauw bij de besluitvorming betrokken. Desgewenst kunnen zijn een beroep doen op de klachtenfunctionaris, de cliëntondersteuner of de cliëntenvertrouwenspersoon. Wordt uiteindelijk besloten om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, dan kan de cliënt of zijn vertegenwoordiger hierover direct, dus nog voor de onvrijwillige zorg ook daadwerkelijk is toegepast, een klacht indienen bij de klachtencommissie die hierover een bindende uitspraak doet. Wijst de klachtencommissie de klacht af, dan kan de cliënt of zijn vertegenwoordiger vervolgens hierover tot aan de Hoge Raad toe doorprocederen.

Nu dit alles onverkort van toepassing is als het onvrijwillige zorg in een ambulante setting betreft en het Bzd daaraan nog enkele voorwaarden toevoegt die specifiek betrekking hebben op een ambulante setting, lijken aanvullende voorwaarden ons niet noodzakelijk.

Artikelsgewijs commentaar

Artikel 1.1

Bij de beantwoording van de eerste consultatievraag hebben wij voorgesteld aan artikel 1.1 een definitie van het begrip accommodatie toe te voegen, te weten: accommodatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b van de wet.

Zoals blijkt uit de beantwoording van de tweede consultatievraag, zijn wij van mening dat fixatie zo nodig moet kunnen worden toegepast buiten accommodaties. Hiervan uitgaande is de begripsbepaling van fixatie overbodig.

Overigens wijzen wij erop dat waar in de toelichting bij artikel 1.1 sprake is van 'mensen met een psychische stoornis' bedoeld zal zijn: 'mensen met een psychogeriatrische stoornis of verstandelijke handicap'.

Artikel 2.1

Zoals blijkt uit de beantwoording van de tweede consultatievraag zijn wij van mening dat fixatie en insluiting in principe ook buiten accommodaties mogelijk moeten zijn. Hiervan uitgaande stellen wij voor om bij onderdeel d 'met uitzondering van fixatie' te schrappen en 'insluiten' toe te voegen aan de opsomming van zorgvormen die als ambulante onvrijwillige zorg kunnen worden ingezet.

Artikel 2.2, lid 1

Aanhef

Wij stellen voor de tekst te vervangen door: 'Ambulante onvrijwillige zorg kan uitsluitend in het zorgplan worden opgenomen indien:'.

Deze wijziging maakt duidelijk dat het eerste lid geen betrekking heeft op ambulante onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties (art. 15 Wzd). In lid 2 kan dan onderdeel a. vervallen.

Onderdeel a (toezicht)

Dit onderdeel lijkt ons overbodig. Artikel 11a, lid 4 Wzd bepaalt immers dat in het zorgplan vermeld moet worden hoe toezicht wordt gehouden op de uitvoering van onvrijwillige zorg. Dit impliceert dat het toezicht tijdens de besluitvorming over onvrijwillige zorg aan de orde komt. Deze bepaling is ook van toepassing op ambulante onvrijwillige zorg.

Onderdeel c (achterwacht)

Wij zijn van mening dat het niet in alle gevallen waarin ambulante onvrijwillige zorg wordt toegepast nodig is dat een zorgverlener permanent beschikbaar is voor hulpvragen en voor ondersteuning ter plekke kan zorgen. Wij stellen daarom voor om deze beschikbaarheid niet als algemene eis te formuleren, maar te bepalen dat in het overleg over het zorgplan besproken wordt of deze beschikbaarheid redelijkerwijs noodzakelijk is. De koppeling aan de besluitvorming over het zorgplan waarborgt dat hierover een weloverwogen besluit genomen wordt waarbij meerdere professionals betrokken zijn.

Wij stellen tevens voor om in de toelichting te vermelden dat de achterwacht niet noodzakelijkerwijs door de zorgaanbieder georganiseerd hoeft te worden. Als de cliënt gebruik maakt van personenalarmering kan dit een adequate vorm van achterwacht zijn en hoeft de zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent geen aanvullende voorziening te treffen. Er is dan

immers iemand beschikbaar met wie de cliënt kan overleggen en die zo nodig kan zorgen voor hulpverlening ter plekke. Wij wijzen er in dit verband op dat domotica inmiddels zo ver is ontwikkeld dat met behulp van sensoren gesignaleerd kan worden dat iets mis gaat. Hierdoor is het mogelijk om zelfs hulp te bieden als de cliënt niet in staat is om iemand te alarmeren.

Onderdeel d (beleidsplan)

Bij 1° wordt uitgegaan van een keuze tussen opname en ambulante onvrijwillige zorg. Die keuze bestaat alleen als de cliënt een indicatie heeft voor intramurale zorg (of daarvoor in aanmerking komt), dat is lang niet altijd het geval. Wij stellen daarom voor om 'de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie' te vervangen door 'de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg verantwoord kan worden verleend'.

Bij 6° wordt bepaald dat in het beleidsplan moet zijn vastgelegd op welke wijze wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Ter toelichting wordt vermeld dat het om zeer kwetsbare cliënten gaat die moeilijk voor zichzelf kunnen opkomen en zich soms ook moeilijk kunnen uiten. Dit is echter niet anders bij cliënten die thuis vrijwillige zorg ontvangen. Grensoverschrijdend gedrag is ten aanzien van hen even ongewenst. Wij zien daarom geen aanleiding om dit onderwerp te regelen in het beleidsplan onvrijwillige zorg en stellen voor onderdeel 6 te schrappen.

Lid 2 (ambulante onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties en noodsituaties in de periode voorafgaand aan vaststelling zorgplan)

Wij hebben hiervoor voorgesteld de aanhef van lid 1 te wijzigen, uitgaande van dit voorstel kan onderdeel a van het tweede lid vervallen. Het lijkt ons dat de tekst hierdoor duidelijker wordt.

Wij stellen verder voor om in de tekst van de toelichting bij deze bepaling de verwijzing naar het stappenplan te schrappen. Het stappenplan wordt immers nooit gevolgd bij toepassing van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties (ook niet als het onvrijwillige zorg in een accommodatie betreft).

Verder wordt bepaald, dat de zorgverantwoordelijke in zijn beslissing ook moet opnemen op welke wijze toezicht wordt gehouden op de cliënt en hoe dit toezicht plaats moet vinden. Het verschil tussen 'op welke wijze toezicht moet worden gehouden' en 'hoe dit toezicht plaats moet vinden' is ons niet duidelijk. Bovendien lijkt deze bepaling ons overbodig omdat al in artikel 15, lid 1, onderdeel e Wzd is bepaald dat in de beslissing om onvrijwillige zorg te verlenen moet worden vermeld dat de zorgverantwoordelijke heeft vastgesteld dat op verantwoorde wijze in toezicht op de toepassing van onvrijwillige zorg is voorzien. Het lijkt ons dat dit ook geldt als in onvoorziene situatie in een ambulante setting onvrijwillige zorg wordt verleend.

Alternatieve bepaling voor onvrijwillige zorg in noodsituaties

Een zorgverlener die ambulante onvrijwillige zorg verleent, bevindt zich doorgaans als enige zorgverlener in het huis van de cliënt. In zo'n situatie kunnen zich acute noodsituaties voordoen waarin een zorgverlener zich moet kunnen verdedigen als de cliënt hem agressief bejegent en waarin besluitvorming van de zorgverantwoordelijke, zoals bedoeld in artikel 15 Wzd, niet afgewacht kan worden. Wij stellen daarom voor in het Bzd een bepaling op te nemen met de strekking dat een zorgverlener in noodsituaties (ongeacht of deze zich voordoen in de periode voor vaststelling van het zorgplan of daarna) ambulante onvrijwillige zorg kan verlenen, zonder dat daaraan een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke ten grondslag ligt. Deze kan immers in acute noodsituaties niet afgewacht worden. Tevens zou bepaald moeten worden dat de

zorgverlener toepassing van onvrijwillige zorg in acute noodsituaties terstond meldt aan de zorgverantwoordelijke.

Wij wijzen erop dat de mogelijkheid om in acute noodsituaties onvrijwillige zorg te verlenen ook in de Wvggz bestaat (artikel 8:11 ev Wvggz). Dergelijke situaties kunnen zich uiteraard ook voordoen onder de Wzd een regeling is hier dus even noodzakelijk.

Artikel 3.1

Het eerste lid van artikel 3.1 beperkt de mogelijkheid om als externe deskundige op te treden tot enkele beroepsgroepen. Wij wijzen erop dat in het competentieprofiel dat het CCE heeft opgesteld voor consultants en casemanagers een dergelijke beperking niet wordt gemaakt, ook bijvoorbeeld verpleegkundigen en orthopedagogen / gedragswetenschappers kunnen aan het competentieprofiel voldoen. De ouderenzorg en gehandicaptenzorg werken al jaren naar volle tevredenheid met het CCE en wij willen daarom aansluiten bij bestaande profielen die hun waarde hebben bewezen in onze sectoren. Wij vinden het daarom dus niet wenselijk dat in het Bzd een eis gesteld wordt waardoor personen die voldoen aan het competentieprofiel van het CCE desondanks niet als externe deskundige kunnen optreden. Wij stellen derhalve voor het eerste lid te schrappen.

Met betrekking tot de toelichting bij dit artikel maken wij nog de volgende opmerkingen:

- * Dat het niet de bedoeling is dat de externe deskundige slechts optreedt om het voortzetten van de onvrijwillige zorg te verantwoorden lijkt ons dermate vanzelfsprekend dat deze zin geschrapt kan worden.
- * Gesteld wordt dat het van belang is dat de externe deskundige niet wordt beïnvloed door eventuele andere belangen van de zorgaanbieder en dat belangenverstrengeling moet worden vermeden. Het is ons niet duidelijk welke eventuele andere belangen van de zorgaanbieder hier verondersteld worden. Wij stellen daarom voor ook deze zin te schrappen.
- * In de laatste zin van de toelichting bij dit artikel wordt specifiek 'een arts' genoemd waar in het algemeen een deskundige bedoeld is.

Artikel 3.2

Geen opmerkingen.

Artikel 4.1

Artikel 4.1 voorziet in een regeling op basis van art. 18c Wzd. Het eerste lid bepaalt dat de verwerkingsverantwoordelijke de nodige voorzieningen van technische en organisatorische aard treft om persoonsgegevens te beveiligen. Het tweede lid beschrijft welke voorzieningen in ieder geval in dat kader getroffen moeten worden en het vierde lid geeft de minister de mogelijkheid om hierover nadere regels te stellen. De toelichting geeft aan dat hierbij gedacht kan worden aan het stellen van de eis dat gegevensverwerking voldoet aan een NEN-norm.

Het is ons niet duidelijk geworden wat deze bepalingen toevoegen aan de Wbp / AVG. Het is ons bovendien niet duidelijk waarom überhaupt voor verwerking van gegevens met betrekking tot onvrijwillige zorg meer of andere regels zouden moeten gelden dan voor verwerking van gegevens met betrekking tot vrijwillige zorg.

Wij wijzen er nog op dat zorgaanbieders op basis van het Besluit elektronische verwerking door zorgaanbieders al verplicht zijn om te voldoen aan het bepaalde in NEN 7510 en NEN 7512 zorg te dragen voor een veilig en zorgvuldig gebruik van het zorginformatiesysteem (art. 3, tweede lid Besluit elektronische verwerking door zorgaanbieders).

De bepalingen met betrekking tot beveiliging van persoonsgegevens kunnen naar onze indruk dan ook geschrapt worden.

Het derde lid bepaalt dat geeft de verwerkingsverantwoordelijke de opdracht om de gegevensverwerking zo in te richten dat wordt geborgd dat gegevensverstrekking tijdig en doelmatig plaatsvindt en dat de gegevens actueel, juist en volledig zijn. Ook hierover kunnen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld. Het spreekt onzes inziens vanzelf dat gegevens tijdig versterkt moeten worden en actueel, juist en volledig moeten zijn. Wat de toegevoegde waarde is van deze bepaling is ons niet duidelijk. Het is ons evenmin duidelijk wat hierover mogelijk nog nader geregeld zou moeten worden. Wij adviseren daarom het derde en vierde lid te schrappen.

Het zesde lid bepaalt dat de verwerker tevens uitvoering geeft aan de verplichtingen die de verwerkingsverantwoordelijke in dit artikel heeft gekregen. Ook dit lijkt ons een overbodige bepaling. Art. 28 AVG regelt de verhouding tussen verwerkingsverantwoordelijke en verwerker al afdoende. Deze bepaling kan derhalve ook geschrapt worden.

Het viel ons overigens op dat het Bvggz en het Bfz in identieke bepalingen voorzien (art. 3.1 Bvggz en art. 2.5 Bfz) met dien verstande dat in de bepaling uit het Bfz het zesde lid ontbreekt. Waarom deze bepaling in het Bfz gemist kan worden maar in het Bzd en het Bvggz kennelijk noodzakelijk wordt geacht, is ons niet duidelijk.

Artikel 4.2

Artikel 4.2 bepaalt onder meer dat zorgaanbieders het overzicht van de verleende onvrijwillige zorg, dat zij halfjaarlijks moeten opstellen ten behoeve van het risicogestuurd toezicht door de IGJ, aan een door de minister aan te wijzen instantie moeten verstrekken en daarbij gebruik moeten maken van een bij ministeriële regeling vastgesteld format.

Het Zorginstituut is al belast is met het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar maken van informatie over de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut doet dit mede ten behoeve van het toezicht door de IGJ. Zorgaanbieders zijn verplicht informatie te verstrekken aan het Zorginstituut op basis van door het Zorginstituut geregistreerde meetinstrumenten (art. 66d Zvw). Voor de ouderenzorg geldt als meetinstrument de Indicatorenset Verpleeghuiszorg, die is opgesteld op basis van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Deze indicatorenset heeft mede betrekking op onderwerpen die de Wzd betreffen, zoals gebruik van psychofarmaca en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor de gehandicaptensector geldt als meetinstrument de kerngegevens op organisatieniveau, wat gelieerd is aan het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Deze vragenlijst heeft mede betrekking op onderwerpen die de Wzd betreffen zoals de toepassing van vrijheidsbeperkingen.

Gelet op het expliciete doel van de wetgever om de informatie-uitvraag en de toezichtslasten voor zorgaanbieders zoveel mogelijk te beperken, vinden wij dat bij het opstellen van de ministeriële regeling optimale aansluiting gezocht wordt bij de bestaande kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten.

Artikel 5.1 en artikel 5.2

Wij stellen voor om aan artikel 5.1, sub a de gz-psycholoog toe te voegen.

Wij stellen tevens voor om in de toelichting te vermelden dat deze bepaling niet inhoudt dat iedere klacht behandeld wordt door ieder van de twee of, als ons voorstel wordt overgenomen, drie genoemde hulpverleners. De klachtencommissie kiest per klacht of een orthopedagoog dan wel een avg, dan wel (als ons voorstel wordt overgenomen) een gz-psycholoog de klacht mede beoordeelt. Overigens kunnen zich ook klachten voordoen waarbij bijvoorbeeld zowel een AVG als een orthopedagoog aan de beoordeling van de klacht deelneemt.

Artikel 6.1, artikel 6.2 en artikel 6.3

Hoofdstuk 6 voorziet in drie artikelen met betrekking tot de cliëntenvertrouwenspersoon. Het hoofdstuk uit het Besluit vggz waarin het vertrouwenswerk is geregeld kent één bepaling, te weten een bepaling met dezelfde strekking als artikel 6.2 van het Bzd. Wij zijn van mening dat in het Bzd ook volstaan kan worden met deze bepaling en stellen voor artikel 6.1 en artikel 6.3 te schrappen.

Uitgaande van de beleidsvisie vertrouwenswerk (25 424, nr. 327) wordt vertrouwenswerk aangeboden door meerdere aanbieders, de zorgkantoren kopen bij hen vertrouwenswerk in ten behoeve van cliënten in hun werkgebied. Het is wat ons betreft aan de inkopers en aanbieders van vertrouwenswerk om te bepalen aan welke eisen iemand moet voldoen om werkzaam te kunnen zijn als vertrouwenpersoon. Om die reden is artikel 6.1 ongewenst.

Het is ons overigens niet duidelijk wat in artikel 6.1 wordt bedoeld met 'het toepassen van methoden voor vraag- en probleemherkenning bij cliënten', te meer niet omdat de taak van een vertrouwenpersoon beperkt is tot het verlenen van advies en bijstand 'indien een cliënt of diens vertegenwoordiger daarom verzoekt' (art. 57, lid 1 Wzd). Het is derhalve niet de taak van een vertrouwenpersoon om zelf op onderzoek uit te gaan en gedrag van cliënten ongevraagd te duiden.

Artikel 57 Wzd geeft de mogelijkheid om bij AMvB nadere regels te stellen met betrekking tot de in de wet genoemde taken van de cliëntenvertrouwenpersoon. Het biedt niet de mogelijkheid om taken toe te voegen. Niettemin doet artikel 6.3 dat. Nu hiervoor geen wettelijke basis bestaat, behoort artikel 6.3 ook om die reden geschrapt te worden.

Het is ons overigens niet helemaal duidelijk waarom in artikel 6.2, tweede lid expliciet bepaald is dat een cliëntenvertrouwenpersoon niet werkzaam is voor het CIZ. Is er überhaupt sprake van dat het CIZ wellicht vertrouwenswerk wil gaan aanbieden? Zo ja, waarom is dat onwenselijk en kan de minister het CIZ hiervan alleen weerhouden door deze bepaling in het Bzd op te nemen? En waarom ontbreekt een bepaling met deze strekking in de Wvggz?

Tot slot wijzen wij erop dat in de toelichting bij artikel 6.2 ten onrechte wordt gesteld dat in het daar genoemde verslag van een schriftelijke overleg staat dat de zorgkantoren 'namens de zorgaanbieders' vertrouwenswerk inkopen. In het verslag komt deze formulering niet voor, dat zou ook niet passen bij de visie die daarin wordt verwoord. Als de zorgkantoren immers namens de zorgaanbieders vertrouwenswerk zouden inkopen zou een contractuele relatie tussen de aanbieder van vertrouwenswerk en de zorgaanbieder tot stand komen en dat beoogt de beleidsvisie nu juist te voorkomen.

Artikel 7.1 en artikel 7.2

Geen opmerkingen.