

Reactie vanuit GGZ Rivierduinen. Verzameld vanuit bureau GD en coördinator Dwang en drang

De categorieën van personen die Zorgverantwoordelijke mogen zijn is de zelfde als in het KS

- psychiater;
- klinisch psycholoog;
- klinisch neuropsycholoog;
- specialist ouderengeneeskunde;
- arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het door het College Geneeskundig Specialismen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst ingestelde profielregister verslavingsgeneeskunde;
- gezondheidszorgpsycholoog;
- klinisch geriater;
- verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg

Dit lijkt praktisch maar roept vragen op:

In hoeverre sluit dat aan bij het uitgangspunt dat hoog complexe zorg betrokkenheid van een psychiater of KP vraagt? Is VZ niet altijd hoog complexe zorg?

Beslissingen mogen alleen met instemming van de GD worden genomen als de ZV geen psychiater is, het kiezen voor een ruime kring van ZV brengt dus extra belasting mee voor de GD-en.

Iedere locatie van waaruit Verplichte Zorg ( VZ) wordt verleend zal moeten worden geregistreerd.

Hierbij wordt aansluiting gezocht bij het Handelsregister. Via onze KVK inschrijving zijn ( als het goed is) alle afzonderlijke locaties vermeld met een vestigingsnummer.

Dit is van bijzonder belang omdat wij bij de registratie en verantwoording van de VZ aan IGJ dit per locatie zullen moeten doen! ( dus ieder afzonderlijk FACT team of ook de poli of CD!)

Welke administratieve belasting brengt dit voor ons met zich mee?

Dit allemaal naast onze aanmerking als “accommodatie”

Registratie

Opvallend in de regeling is alle vrijwillige verplichte zorg **niet** hoeft te worden geregistreerd. Ook niet als er sprake is van een CM of ZM waarbij insluiting/fixatie etc. niet in het zorgplan is opgenomen en cliënt dit “vrijwillig” ondergaat.

1. De categorie overig is **niet** in de regeling opgenomen. Dat betekent dat als er bijvoorbeeld sprake is van een andere vorm van insluiten (buiten de subcategorieën)dit volgens VWS (navraag gedaan) onder de hoofdcategorie moet worden geregistreerd (in dit geval betekent dat onder insluiten).
2. Registratie van verplichte zorg versus het toetsingskader terugdringen separatie en afzondering 2016.

Het toetsingskader zegt het volgende:

Het toetsingskader geldt voor alle situaties, dus ongeacht de juridische status van de patiënt; ongeacht de duur van de separatie/afzondering; ongeacht of het gaat om een continue separatie/afzondering of om een onderbroken separatie/afzondering en ongeacht of de patiënt zich tegen de separatie/afzondering heeft verzet of niet, of er zelf om heeft verzocht.

Dit schept onduidelijkheid en we verwachten dat hierdoor een grijs gebied ontstaat.  
Hoe vrijwillig is vrijwillig?

Daarnaast zijn er praktische hindernissen. Is het controleerbaar of er aan alle eisen is voldaan als iemand vrijwillig ingesloten(separatie/afzondering) wordt? Zijn de benodigde formulieren aanwezig, heeft consultatie plaatsgevonden, is er geëvalueerd etc.?

3. De terminologie tussen de ministeriele regeling en de definitie en registratie set Verplichte Zorg komt niet overeen. Wenselijk is dat deze wel overeenkomen.  
Voorbeelden: Zo wordt er bij uitoefenen van toezicht op betrokkene bij de één gesproken over cameramonitoring en andere elektronische middelen en bij de ander over toezicht door cameramonitoring en toezicht andere audiovisuele middelen.
4. Wat verder opvalt is dat er verschillen zijn over de tijdregistratie. Ambtelijke versie spreekt over starttijd + eindtijd of starttijd. Argus 2.0 spreekt over starttijd + eindtijd, moment van toepassing, dag van toepassing.
5. In de ministeriele regeling mist of er sprake is van zichtbaar of merkbaar verzet. Wij zijn er voorstander van dit wel te registreren.

#### gistratie

#### De analyse van de GD

Los van de enorme administratieve belasting en de personele inzet ( afdeling onderzoek en GD en anderen) is de vraag welke informatie en conclusies deze exercitie gaat opleveren. Ging IGJ niet uit van vertrouwen en zelfsturing? Waarom deze nodeloos gecompliceerde en op deze wijze gestructureerde analyse?

Hangt veel niet af van verschil in locaties, zorgzwaarte, gebied waarin de instelling ligt? ( biedt dit meer info dan de vraag waar bloemkool of broccoli wordt gegeten?)

- a. het aantal unieke betrokkenen op wie de vorm van verplichte zorg is toegepast;
  - b. stijgingen of dalingen in de toepassing van verplichte zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages;
  - c. de mediaan van de duur en de frequentie van de toegepaste verplichte zorg.
  - d. de verhouding van het aantal betrokkenen dat verplichte zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal betrokkenen dat geen verplichte zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages;
  - e. per vorm van verplichte zorg: de verhouding van het aantal betrokkenen dat die vorm van verplichte zorg heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal betrokkenen dat verplichte zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage; en
  - f. het totaal aantal betrokkenen met een zelfbindingsverklaring als bedoeld in artikel 4:1 van de wet, alsmede de verhouding van dit aantal betrokkenen ten opzichte van het aantal betrokkenen dat verplichte zorg ontvangt zonder zelfbindingsverklaring, uitgedrukt in een percentage.
2. In de analyse, bedoeld in het eerste lid, vermeldt de zorgaanbieder tevens:
- a. een duiding van verschillen in de toepassing van verplichte zorg ten opzichte van een voorgaande analyse, alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet;
  - b. indien van toepassing, een duiding van verschillen in de toepassing van verplichte zorg tussen verschillende locaties van de zorgaanbieder;
  - c. welke maatregelen zijn getroffen ter teruggdringing van verplichte zorg; en
  - d. een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen

Daarnaast heb ik vragen over de termijnen die lijken niet te kloppen.

De zorgaanbieder verstrekt het digitale overzicht uiterlijk 6 weken na afloop van ieder halfjaar .

De zorgaanbieder verstrekt zijn analyse uiterlijk 8 weken na de periode waarop de analyse betrekking heeft.

De CR heeft vier weken de tijd om op de analyse te reageren en deze reactie moet worden toegevoegd.

Dit lijkt niet te passen.....

IGJ denkt de pijn te verzachten door te melden dat er niet meer van iedere maatregel een besluit naar IGJ hoeft te worden gezonden.

Dit is echter slechts een handeling per post verzending.

Van iedere patiënt moet echter wel bijgaand formulier worden ingevuld