

Reactie op internetconsultatie regeling wet Zorg en Dwang:

Reactie op begripsbepaling (artikel 1):

De keuze wordt gemaakt in de regeling om de registratie en daarmee de analyse van onvrijwillige zorg per locatie te clusteren.

Het lijkt praktisch om dit zo vorm te geven, echter locaties kunnen zeer verschillend zijn wat betreft doelgroepen en grootte, waardoor het moeilijk is vergelijkingen te maken.

Dit geldt zowel voor diverse locaties van één zorgaanbieder als voor de benchmark tussen zorgaanbieders onderling.

Het lijkt logischer om onderscheid te maken tussen de geregistreerde accommodaties, andere onderdelen van zorginstellingen waar onvrijwillige zorg wordt verleend en de thuissituaties in engere zin.

Reactie op zorgverantwoordelijke (artikel 2):

De oorspronkelijk wettekst gaat voor deze rol uit van een arts.

In de voorliggende regeling is er een grote diversiteit aan functionarissen die deze rol mogen vervullen vanaf een opleidingsniveau MBO 3.

Wij maken ons zorgen of hiermee de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de cliënt voldoende worden gewaarborgd.

In de artikelsgewijze toelichting bij dit artikel worden vooral de taken rondom het zorgplan belicht, die in de ouderenzorg nu inderdaad vaak bij medewerkers met opleidingsniveau MBO 3 belegd zijn.

De zorgverantwoordelijke heeft echter ook vergaande bevoegdheden bij de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering, evaluatie en beëindiging van gedwongen zorg en bij gedwongen zorg in de onvoorziene situatie. Voor deze zaken zijn zij onvoldoende toegerust.

Tevens worden in de WZD hogere eisen gesteld aan de invulling van het zorgplan om de onvrijwillige zorg te verantwoorden. Ook hierbij is het de vraag of een medewerker met opleidingsniveau MBO 3 hiertoe voldoende in staat is.

Het is dus wenselijk de rol van zorgverantwoordelijke te beleggen bij minimaal MBO 4 opgeleide medewerkers.

Reactie op gegevensverwerking (hoofdstuk drie):

De regeling Zorg en Dwang richt zich vooral op het registreren van onvrijwillige zorg op een kwantitatieve wijze.

Het aanleveren van de gevraagde gegevens zal een behoorlijke inspanning vragen van de zorgverleners, waarbij het de vraag is of dit de moeite waard is.

Zoals eerder benoemd bij artikel 1 is het de vraag hoe bruikbaar de aangeleverde gegevens zijn in het vergelijken van instellingen en locaties.

Daarnaast zeggen de aangeleverde gegevens niets over het proces waarmee gekomen wordt tot de keuze voor onvrijwillige zorg.

De artikelen 16 en 17 verplichten de zorgaanbieder tot het vastleggen en beschikbaar hebben van een groot aantal gegevens die meer geschikt zouden zijn om inzicht te krijgen in de processen rond en omgang met onvrijwillige zorg.

Het lijkt ons zinvol om te zoeken naar een andere manier van registratie en analyse die niet enkel cijfermatig is, maar inzicht geeft in het proces.

De aangehouden termijnen wat betreft het aanleveren van de registratie en analyse lijken onlogisch:

De registratie dient te worden aangeleverd binnen 6 weken na afloop van de betreffende periode. De analyse dient te worden aangeleverd binnen 8 weken na afloop van de periode en daartussen dient een reactie van de cliëntenraad gevraagd te worden, waarbij een reactietermijn van 4 weken geldt.

Overigens is het de vraag of een termijn van 4 weken reëel is voor de cliëntenraden. Tevens is het de vraag hoeveel waarde deze reactie toevoegt voor de IGJ. Het doel van deze reactie zou vooral moeten zijn dat de instelling leert en verbetert.

Is het niet voldoende als de instelling op vraag kan aantonen dat deze reactie van de cliëntenraad is gevraagd en dat er op geacteerd is?

Het zou verder logischer zijn als registratie en analyse gelijktijdig bij de inspectie kunnen worden aangeleverd.

Reactie op het format(artikel 5):

In het format wordt gesproken over een ambulante situatie als cliënten niet in een locatie verblijven, maar wel onvrijwillige zorg ontvangen.

In de wettekst wordt ambulante onvrijwillige zorg gedefinieerd als:

onvrijwillige zorg, anders dan die in een accommodatie aan een cliënt wordt verleend.

Aangezien locatie en accommodatie niet hetzelfde hoeven te zijn, scheidt dit verwarring.

Als de definitie van de voorliggende regeling wordt gehandhaafd, ontstaat tevens een rechtsverschil tussen cliënten die op een (zorg)locatie, maar buiten de geregistreerde accommodatie wonen en cliënten die daadwerkelijk buiten de locatie wonen.

Wat wordt verstaan onder aantal keren onvrijwillige zorg? De toelichting spreekt over aantal toepassingen per cliënt: is in dit kader bijvoorbeeld 'dagelijks het bedhek omhoog' gedurende een periode één toepassing of moet elke individuele keer dat het hek omhoog gaat worden geteld?

De categorieën blijven, ook met de toelichting aan interpretatie onderhevig, wat de betrouwbaarheid van de gegevens niet en goed komt.

De categorie 'Het toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening' heeft een subcategorie 'Toediening van psychofarmaca in afwijking van professionele richtlijnen'. Deze valt in de wet onder artikel 2 lid 2 en is daarmee geen onvrijwillige zorg in strikte zin.

Bij categorieën 'beperking van bewegingsvrijheid en insluiten' is in het format is niet expliciet duidelijk of hier ook de maatregelen gemeld dienen te worden die onder artikel 2 lid 2 vallen en geen onvrijwillige zorg in strikte zin zijn.

In artikel 7 lid f worden deze maatregelen wel expliciet genoemd, waarmee de suggestie gewekt wordt dat deze ook in de registratie dienen te worden meegenomen. Dit lijkt in tegenspraak met de wettekst, die slechts de artikelen 10, 11, 11a en 13 van overeenkomstige toepassing verklaart op deze categorieën.

In de categorie 'insluiting' wordt insluiten binnen de locatie aangemerkt als subcategorie. Het mogen verlaten van de locatie heeft bij een onvrijwillige opname echter een directe link met de opname en de regels voor verlof en ontslag.

Het aanmerken van de dichte deur van de locatie als insluiting zal leiden tot veel extra administratieve last zonder duidelijke meerwaarde.

Dit laat overigens onverlet dat kritisch wordt omgegaan met het bieden van zoveel mogelijk vrijheid mits de cliënt dit aankan.

In de categorie 'aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten' zijn alleen de subcategorieën beperking in gebruik communicatiemiddelen en beperking in ontvangen van bezoek opgenomen in de registratie. Er zijn echter legio andere voorbeelden van beperkingen denkbaar die even ingrijpend zijn voor de cliënt en waar dus even zorgvuldig mee moet worden omgegaan.

Reactie op de analyse (artikel 7):

Uit de toelichting op dit artikel blijkt dat van de zorginstelling verwacht wordt om duidelijk te maken of sprake is van substitutie van zwaardere naar lichtere maatregelen. Substitutie kan echter alleen per individuele cliënt worden vastgesteld, omdat de zwaarte van een maatregel voor de ene cliënt anders kan zijn dan voor de andere. Het antwoord op deze vraag zal dus niet blijken uit de kwantitatieve gegevens, zoals deze volgens artikel 5 dienen te worden aangeleverd, maar vraagt alsnog de inspanning om de gegevens op cliëntniveau te analyseren. Dit sluit aan bij onze algemene opmerkingen over hoofdstuk drie van deze regeling.

In onderdeel f van dit artikel worden de maatregelen volgens artikel 2 lid 2 aangemerkt als onvrijwillige zorg, hetgeen niet overeenkomt met de wettekst. Artikel 17 van de wet verplicht ook enkel het registreren van onvrijwillige zorg. Er is een wezenlijk verschil tussen onvrijwillige zorg met verzet en de maatregelen onder artikel 2 lid 2 zonder verzet als het gaat om de impact op de cliënt. Wij pleiten er daarom voor om de verplichting tot registratie van deze maatregelen te laten vervallen. Als toch wordt gekozen voor registratie van deze maatregelen lijkt ons van belang om dit verschil helder te laten worden in de registratie en analyse.