

Utrecht, 3 juli 2020
Referentie: 2020-034
Betreft: **Internetconsultatie Wet zorg en dwang**

Geachte heer, mevrouw,

Namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), treft u onderstaand een reactie aan op de internetconsultatie ten aanzien van de Wet zorg en dwang, gepubliceerd op 4 juni 2020.

Tot een toelichting zijn wij uiteraard graag bereid en mocht deze reactie leiden tot aanvullende vragen, kunt u contact opnemen met ondergetekenden.

Wet zorg en dwang **Wilsbekwaamheid**

De beoordeling van de wilsbekwaamheid gebeurt in de praktijk door een bij de zorg betrokken arts, orthopedagoog of psycholoog in nauwe samenwerking met de vertegenwoordiger. De betrokken arts, orthopedagoog of psycholoog kennen zowel de cliënt, de vertegenwoordiger als het systeem. Zij hebben de meeste zicht op de zorgbehoefte in zijn totaliteit juist vanwege de langere en intensievere betrokkenheid. Wij stellen daarom voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake *niet* te beperken tot alleen de BIG-geregistreeerde deskundigen, maar de ruimte te laten dat ook de universitair opgeleide orthopedagoog of psycholoog de wilsbekwaamheid ter zake kan beoordelen. Dit sluit aan bij de bestaande praktijk en de ruimte die zorgaanbieders hebben om te bepalen welke zorgverleners in staat zijn de wilsbekwaamheid te beoordelen.

Daarbij geldt dat de deskundige in geval van twijfel of wanneer geen overeenstemming is met de vertegenwoordiger, een onafhankelijke deskundige kan inschakelen. De door u voorgestelde toevoeging, inhoudende dat dit een BIG geregistreeerde deskundige zou moeten zijn, volgen wij niet. Het is aan de zorgaanbieders om te bepalen welke zorgverleners in deze gevallen in staat zijn de wilsbekwaamheid te beoordelen. Wel is het goed denkbaar dat gezien de complexiteit van de beoordeling in deze gevallen er bij voorkeur een BIG-geregistreeerde deskundige betrokken wordt. Het huidige voorstel van wet en de toelichting daarop sluiten overigens naar ons idee niet op elkaar aan en wij vragen u dat in lijn te brengen met elkaar en met bovenstaande.

Verder geven wij u nu of uiterlijk bij de evaluatie van de wet, ter overweging mee om ook verzet van ter zake wilsonbekwame cliënten onder de 16 jaar mee te laten wegen en daar de conclusie aan te verbinden dat bij dit verzet het stappenplan doorlopen moet worden. Dat betekent dat voor cliënten (onder 16) in alle gevallen, dus ongeacht de wilsbekwaamheid ter zake, de hoofdregel zou moeten zijn: toestemming voor de zorg en bij verzet van vertegenwoordiger en/of de client, het stappenplan volgen. Dit vraagt een aanpassing en verduidelijking van het huidige artikel 3a van de Wzd.

Raakvlak Wzd en Wvoggz

U heeft verzocht de reactie ook te richten op de raakvlakken Wzd en Wvoggz. In dat kader geven wij u mee dat de aanwezigheid van twee wetten het voor zorgprofessionals niet altijd makkelijk maakt om een client op zorginhoudelijke gronden goed en snel geplaatst te krijgen. Ook bemoeilijkt het tekort aan beschikbare bedden deze samenwerking.

We krijgen regelmatig het signaal dat de gerontopsychiatrische patiënten of cliënten met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek die wonen in een vg-instelling of

psychiatrische cliënten met een verstandelijke beperking die binnen ggz verblijven, tussen wal en schip dreigen te vallen. Zo kan er bijvoorbeeld geen RM worden aangevraagd omdat de rechter vindt dat deze cliënten onder de GGZ vallen, terwijl ze in PG instelling verblijven onder Wlz indicatie. Ook (een toekomstige) overplaatsing van een Wvggz locatie naar een Wzd locatie is moeizaam. De GGZ vraagt in dat geval een RM aan op grond van de Wzd, maar levert op de bewuste locatie alleen Wvggz-zorg. De desbetreffende client zal echter nog wel even op de wachtlijst staan, want de turnover is zeer laag. In dit geval 'zit' een Wzd client op een Wvggz-locatie. Ook het tijdelijk opnemen van Wzd-cliënten in de GGZ en weer terug verloopt moeizaam omdat de RM binnen de Wzd moet worden omgezet. Bij terugplaatsing moet opnieuw de RM procedure worden doorlopen.

Wij vragen u te overwegen of een schorsing van de RM mogelijk is voor de duur van de behandeling of onderzoek toe doen naar de mogelijkheden in dit kader die ook door VGN en Actiz zijn aangegeven in hun gezamenlijke brief.

Definitie locatie

De reparatiewet omvat een wijziging van de definitie van locatie. In beginsel onderschrijven we de poging tot verhelderen van de termen accommodatie/locatie. Echter het gebruik van de termen locatie en accommodatie leidt ook tot verwarring over de vraag of er sprake is van verzet tegen verblijf of verzet tegen zorg. We lichten dit toe. Als een cliënt de instelling wil verlaten is er op grond van de Wzd sprake van onvrijwillige zorg en zal de zorgorganisatie, lees de zorgverantwoordelijke, het stappenplan moeten gaan toepassen. Maar is er nu sprake van verzet tegen verblijf of tegen de zorg als een cliënt de accommodatie wil verlaten of als deze de locatie wil verlaten?

Cliënten zouden zich vrijelijk moeten kunnen bewegen binnen de gehele locatie. Echter, niet alle delen van de locatie zijn mogelijk geschikt voor het bieden van onvrijwillige zorg als ook het daar werkzame personeel niet. Dit kan wellicht leiden tot nadeel voor de client of ten koste gaan van de rechtsbescherming van de client. Kortom de vraag is of de voorgestelde wijziging bovenstaande voldoende dekt. Zie ook wat betreft dit punt de reactie van Actiz en VGN op de reparatiewet.

Insluiting en beperking van de bewegingsvrijheid

De reparatiewet is tevens bedoeld de uitvoerbaarheid van de wet te vergroten. In dat kader zouden we de aandacht willen vragen voor het volgende. Het besluit tot insluiting of beperking van de bewegingsvrijheid zou heel goed ook genomen kunnen worden door een ter zake bekwame gedragswetenschapper. Dit besluit dient daarbij uiteraard vergezeld te gaan van het oordeel van een ter zake bekwaam arts dat de cliënt deze maatregel zonder ernstig fysiek gevaar kan ondergaan.

Nu gaat de Wzd ervan uit dat dergelijke ingrijpende maatregelen genomen dienen te worden door een arts. Dit strookt echter niet met de werkelijkheid en de vigerende praktijk, zeker bij kleinere locaties zonder vaste arts. Het is juist vaak het zeer complexe gedrag van de client dat zorgt dat in een uiterste geval moet worden overgegaan tot deze vorm van onvrijwillige zorg. Het is dan juist de deskundigheid van de gedragswetenschapper om dit gedrag te beoordelen en te kwalificeren zodat onvrijwillige zorg kan worden voorkomen of afgebouwd.

Een dergelijke werkwijze beperkt de administratieve lastendruk. Een aanpassing in dit kader zou naar onze mening dan ook goed passen binnen de doelstellingen van deze reparatiewet

Reikwijdte begrip onvrijwillige zorg: artikel 2.2 Wzd

Artikel 2 lid 2 bepaalt dat bij sommige vormen van onvrijwillige zorg (a. toediening medicatie buiten de richtlijn; b. beperken in de bewegingsvrijheid en c. insluiten) altijd het stappenplan gevolgd moet worden, ook als de cliënt zich niet verzet/vertegenwoordiger instemt. Het gaat hier om wilsonbekwame cliënten. Vanwege de ingrijpendheid van deze onvrijwillige zorgvormen waarbij wilsonbekwame cliënten onvoldoende kunnen aangeven wat zij hiervan vinden en het mogelijk optreden van hospitalisatie, is het zeer begrijpelijk dat het stappenplan wordt doorlopen.

Tegelijkertijd vraagt dit veel in de uitvoering en zijn er situaties denkbaar waarin het doorlopen van het stappenplan minder of wellicht niet geïndiceerd is.

Wij vragen u na te denken over alternatieve mogelijkheden die recht doen aan de rechtsbescherming van de cliënt, kwalitatief goede zorg én uitvoerbaarheid. Gedacht kan worden aan het opnemen van een aantal criteriavragen die bv. de zorgverantwoordelijke en de deskundige van de andere discipline samen doorlopen om te bepalen of het geïndiceerd is om het stappenplan te doorlopen. Denk bijvoorbeeld aan de duur waarop een maatregel reeds wordt ingezet, hoeveel pogingen tot afbouw er zijn gedaan, de impact op de cliënt en dergelijke. Op deze manier wordt een actieve houding van betrokkenen gewaarborgd om actief iedere maatregel te doorlopen en kritisch af te wegen. En het biedt tegelijkertijd ruimte voor zorgprofessionals om vanuit hun expertise en verantwoordelijkheid een gedegen beslissing te maken.

In de Wvggz ontbreekt deze stap. Graag geven wij tevens ter overweging mee te onderzoeken of de Wvggz in deze gelijkgeschakeld kan worden met de Wzd.

Ambulant

De signalen dat sprake is van onduidelijkheid ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling in de ambulante dwangzorg verlening lijken blijvend. Aanbevolen wordt om ook in het traject van de reparatiewet aandacht hier voor te blijven houden.

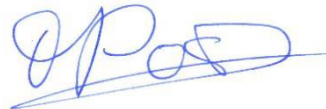
Tot slot,

In de beide wetten is de administratieve lastendruk (nog steeds) hoog. Bovengenoemde voorstellen dragen bij aan een gewenste verlaging van deze lastendruk omdat deze in lijn zijn met de huidige werkwijze in de praktijk en (daardoor) inefficiëntie voorkomt. Zie in dit kader ook de aanvullende voorstellen ter verbetering van de uitvoerbaarheid van de Wzd als door Actiz en VGN in de bijlage van hun gezamenlijke brief aangegeven. Wij denken graag constructief mee over de aldaar genoemde voorstellen.

Met vriendelijke groeten,



Monique Rook, directeur NIP



Marlies Post, directeur NVO