

POSITION PAPER

Aan

Tweede Kamer der Staten Generaal
Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport
Postbus 20018
2500 EA 'S-GRAVENHAGE

Utrecht, 7 juni 2019

Artsenfederatie KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051 3502 LB Utrecht

Onderwerp

Inbreng artsorganisaties plenair debat aanpassingswet Wet zorg en dwang

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie VWS,

Binnenkort voert u een plenair debat met minister De Jonge over de wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris – 35087. In dit position paper biedt de KNMG de inbreng van de betrokken artsorganisaties LHV, NVAVG en Verenso gebundeld aan.

Als artsorganisaties zijn we voorstander van een veilige en goede regeling als het gaat om vrijheidsbeperking. Het belang van goede kwaliteit van zorg staat daarbij niet ter discussie. Juist vanwege die kwaliteit én vanuit het belang van een goede rechtsbescherming voor kwetsbare groepen, hebben we zorgen over de voorgestelde aanpassingswet en over de implementatie van de Wzd.

Samenvattend vraagt de KNMG:

- De eindverantwoordelijkheid voor het toezicht op onvrijwillige zorg bij de WZD-arts te laten, met een mogelijkheid van mandatering van daarvoor geschikte taken aan een gz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist;
- Vast te laten leggen dat de zorgverantwoordelijke een zorgverlener moet zijn die minimaal HBO-niveau en een BIG-registratie heeft;
- De inwerkingtreding van de Wzd conform de toezeggingen te laten uitstellen tot anderhalf jaar nadat het wetgevingstraject is afgerond. In elk geval voor de ambulante setting.

Toezicht op onvrijwillige zorg door Wzd-arts

Vooropgesteld zijn wij het ten volle eens met de uitspraak van de minister dat een belangrijk deel van indiceren van onvrijwillige zorg uitstekend past binnen de competenties van de GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist. Samenwerking met de gedragskundige is dus essentieel. In sommige gevallen is betrokkenheid van een AVG of een SO essentieel om een medische oorzaak van probleemgedrag uit te sluiten om onnodige inzet van dwang te voorkomen. Bijvoorbeeld als een patiënt agressief reageert doordat hij pijn heeft. Je wilt dan de pijn kunnen verhelpen en nodeloze dwang voorkomen.

Omdat bij de inzet van onvrijwillige zorg niet altijd duidelijk is of medische oorzaken een rol spelen, is het van belang dat de besluitvorming op basis van het stappenplan getoetst wordt door iemand die onafhankelijk is én die de kennis en ervaring heeft om breed te toetsen. Een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en een specialist ouderengeneeskunde (SO) is zo breed toegerust. Zij beschikken beiden zowel over competenties op medisch inhoudelijk vlak, als gedragsmatig. Zij zijn dus beter in staat om de generieke rol van WZD-functionaris te vervullen dan de gz-psycholoog of de orthopedagoog-generalist.

De reactie op de schriftelijke vragen die Uw Kamer hierover gesteld heeft, biedt onvoldoende garantie voor kwaliteit. De minister stelt de volgende oplossing voor, die veel vragen oproept:

'Indien de Wzd-functionaris geen arts is en vanuit zijn toezichthoudende rol aanwijzingen wil geven voor inzet van onvrijwillige zorg waarbij betrokkenheid van een arts verplicht is (toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles, andere medische handelingen of therapeutische maatregelen, het beperken van de bewegingsvrijheid of insluiting, hierna te noemen 'medische onvrijwillige zorg') dan kan dit pas na overleg met en instemming van een niet bij de zorg betrokken arts. Dat wil zeggen: als de Wzd-functionaris een beslissing van een arts tot medische onvrijwillige zorg wil overrulen, dan moet hij eerst afstemmen met een andere arts die niet bij de zorg betrokken is.'

Wij hebben de volgende bedenkingen bij dit voorstel:

- Toezicht houden op inzet van medische onvrijwillige zorg vraagt specifieke expertise en ervaring. Artsen die de verantwoordelijkheid van Wzd-arts op zich nemen ontwikkelen zich door scholing, intervisie en het werk zelf tot competente toetsers. De Wzd-arts zal een AVG of SO moeten zijn met aantoonbare klinische ervaring en extra scholing op het gebied van de Wzd. Wanneer er geen verdere eisen gesteld zouden worden aan de deskundigheid van een 'niet bij de zorg betrokken arts', bestaat het risico dat een arts met onvoldoende specifieke kennis van de doelgroep zou kunnen worden ingezet. Vooral in de ambulante setting is dit risico groot.
- Afstemming door de Wzd-functionaris met een niet bij de zorg betrokken arts is een extra stap in het toch al zeer uitgebreide stappenplan. Het is omslachtig en belastend hier een extra schakel toe te voegen.

Volgens het voorstel van de minister moet de Wzd-functionaris de inschatting maken of de toepassing van medische onvrijwillige zorg niet juist is en als aanwijzingen/aanpassingen nodig zijn, moet hij een arts inschakelen om dit oordeel te toetsen. Als de Wzd-functionaris instemt met de gemaakte keuzes, is een medische toets niet nodig, aldus het voorstel. Per saldo ontbreekt in deze laatste gevallen dus een onafhankelijke deskundige toets. Van een gedragskundige kan immers niet verwacht worden dat die lichamelijke oorzaken herkent.

- **Wij verzoeken u de minister te vragen: laat de eindverantwoordelijkheid voor het toezicht op onvrijwillige zorg bij de Wzd-arts, met mogelijkheden voor mandatering van taken die zich daarvoor lenen aan een gz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist. Zo blijft in alle gevallen duidelijk bij wie de eindverantwoordelijkheid belegd is, ook in het 'grijze gebied'.**

Zorgverantwoordelijke minimaal HBO-niveau en BIG-geregistreerd

De AVG en de SO zijn voor hun werk afhankelijk van de begeleiders van hun cliënten. Als die niet over de competenties beschikken die nodig zijn om goed te signaleren en te rapporteren, kunnen zij hun werk niet goed en veilig doen. Ook voor de rechtsbescherming van cliënten vinden wij het van groot belang dat het niveau van de zorgverantwoordelijke hoog genoeg is.

Er zit een grijs gebied tussen maatregelen die alleen gedragskundig zijn en medische handelingen die de expertise van een arts vergen (gedwongen medicatie, voeding of vocht en beperking van de bewegingsvrijheid). Vooral in het grijze gebied speelt de zorgverantwoordelijke een cruciale rol in het betrekken van de juiste deskundigheid om de oorzaak van probleemgedrag te achterhalen en passende maatregelen in te zetten. Het opleidingsniveau van de zorgverantwoordelijke is van cruciaal belang voor de verantwoordelijkheid die deze centrale persoon kan dragen.

In de huidige concepten van de ministeriële regeling waarin dit wordt vastgelegd, wordt het niveau van de zorgverantwoordelijke teruggebracht tot MBO-niveau 3. In de praktijk heeft de begeleider op dit

moment (doorgaans niveau 4 of HBO) een vergelijkbare verantwoordelijkheid, maar met supervisie/ onder eindverantwoordelijkheid van de betrokken behandelaar (een arts). De conceptregeling betekent dus in potentie een ernstige vermindering van de kwaliteit van zorg. Ook ontstaat een onaanvaardbaar groot verschil met de Wvvgz. In de Wvvgz wordt de zorgverantwoordelijke omschreven als beroepsbeoefenaar die een inschrijving heeft in het BIG register (artikel 3).

- **Wij verzoeken u de minister te vragen: leg in de ministeriële regeling vast dat de zorgverantwoordelijke minimaal HBO-niveau en een BIG-registratie heeft.**

Om de implementatie verantwoord te laten verlopen en chaos alsmede toename van dwang te voorkomen, moet de inwerkingtreding van de Wzd conform de toezeggingen worden uitgesteld tot anderhalf jaar nadat het wetgevingstraject is afgerond. Dit in elk geval voor de ambulante zorg.

In de afgelopen jaren heeft het veld zich voor zover mogelijk voorbereid op de komst van deze wet, onder meer door programma's als 'Ban de band' en andere initiatieven gericht op het tot een minimum beperken van onvrijwillige zorg. Dit sluit aan bij het 'nee-tenzij' principe van de Wzd.

Diverse essentiële onderdelen van de Wzd zijn echter nog steeds niet vastgesteld.

- Wie de rol van de Wzd-functionaris vervult, is door de voorliggende aanpassingswet nog niet definitief;
- Hoe omgegaan moet worden met de samenloop van de Wzd en de Wet verplichte ggz (Wvvgz) staat nog niet vast. Hierbij speelt dat nog onduidelijk is hoe de crisiszorg moet vaststellen onder welk wettelijk regime de patiënt moet worden opgenomen. Bovendien leunt de acute zorg nu nog zwaar op de infrastructuur van de GGZ die straks binnen de WLZ moet worden aangeboden. Daar is nog lang niet voldoende capaciteit voor beschikbaar (onvoldoende bedden, artsen, et cetera);
- Hoe de wet voor thuiswonende cliënten zijn beslag moet krijgen, is nog onduidelijk. Dit kan leiden tot een grote druk op – naar verwachting gedwongen - intramurale bedden, terwijl dergelijke meer ingrijpende dwangopnames nu juist moeten worden voorkomen én intramurale bedden als bekend schaars zijn. Bovendien is nog onduidelijk welke rol het CIZ hierbij precies heeft en welke rol het CIZ speelt bij het zeker stellen van financiering van onvrijwillige zorg;
- Wie de rol van zorgverantwoordelijke mag vervullen is nog niet zeker (zie hierboven);
- Onduidelijk is nog welke ziektebeelden onder welke wet vallen;
- Daarnaast zijn randvoorwaarden voor een goede implementatie nog niet gerealiseerd. Een belangrijk onderdeel hiervan is dat het technisch niet mogelijk is om op 1 januari 2020 de Elektronische Patiëntendossiers (EPD's) zo te hebben ingericht dat onvrijwillige zorg niet alleen goed kan worden geregistreerd, maar ook gemakkelijk getoetst en gemeld kan worden. Dit is nodig om enerzijds administratieve lasten te beperken en anderzijds om optimaal toezicht te kunnen houden op de ingezette onvrijwillige zorg, zowel intern door de Wzd-functionaris als door de IGJ.

Ons inziens heeft het veld hiermee onvoldoende tijd gehad en ook veel minder tijd dan was toegezegd om de implementatie van de wet voldoende voor te bereiden.

Hierdoor was en is het veld feitelijk nog steeds niet in staat de inwerkingtreding van het wetsvoorstel afdoende voor te bereiden. Dit kan ertoe leiden dat de doelstellingen van het wetsvoorstel – cliëntvolgend, en met zo min mogelijk onvrijwillige zorg – juist worden ondermijnd.

Bij de behandeling van de Wzd in de Eerste Kamer heeft minister De Jonge een implementatietermijn toegezegd van anderhalf jaar. Die tijd is ook nodig om de kwaliteit van zorg en veiligheid van kwetsbare cliënten te kunnen waarborgen.

Het implementatieproject onder coördinatie van het ministerie van VWS, met daarin o.a. de ontwikkeling van handreikingen, is pas begin dit jaar enigszins op gang gekomen. Diverse partijen hebben nog maar recent uitsluitel en anderen zijn nog in afwachting van toekenning van subsidie voor de ontwikkeling van een handreiking door het ministerie van VWS.

En waar al wel gewerkt wordt aan handreikingen kunnen deze nog niet definitief gemaakt worden gezien bovengenoemde onduidelijkheden. Of laten deze lang op zich wachten vanwege de benodigde goedkeuring van VWS.

Voor zorgorganisaties is het niet mogelijk personeel goed voor te bereiden op de inwerkingtreding van de nieuwe wet, zeker nu nog niet duidelijk is wie welke rol gaat spelen en hoe moet worden samengewerkt over de grens van organisaties heen.

De minister was voornemens om de Aanpassingswet en de uitvoeringsbesluiten in de zomer van 2018 bekend te maken. Dit is niet gelukt. De besluiten moeten nog worden voorgehangen bij Uw en de Eerste Kamer, de aanpassingswet wordt nu pas in Uw Kamer behandeld, de ministeriële regeling is nog niet gereed, pilots om ervaring op te doen zijn uitgesteld en roadshows om zorgverleners te informeren over alle wijzigingen zijn ook uitgesteld tot dit najaar.

Overgangsjaar is geen oplossing

Niettemin houdt het ministerie nog steeds vast aan inwerkingtreding op 1 januari 2020. Voor de implementatie achten wij dit niet verantwoord. Wel is de minister in gesprek met het veld over een overgangperiode waarin kan worden geleerd en slechts beperkt zal worden gehandhaafd. De IGJ heeft echter aangegeven te gaan handhaven zodra de wet ingaat. Gelet op de wettelijke taak van de IGJ is dat een logische keuze. De KNMG is dan ook geen voorstander van een overgangsjaar. De bestaande onduidelijkheden en nog niet afgeronde implementatieactiviteiten kunnen zorgen voor chaos en onzekerheid bij cliënten en zorgverleners. Het gaat bovendien om uiterst kwetsbare cliënten. Ook als de IGJ gedeeltelijk zou handhaven neemt dit de genoemde onrust niet weg. De verwachting van het veld is dat ogenschijnlijk kleine samenwerkingsproblemen grote gevolgen voor cliënten kunnen hebben.

- **Wij verzoeken u de minister te vragen: doe uw eerder gedane toezegging van een implementatietijd van 1,5 jaar gestand, in gaande op het moment dat de wet- en regelgeving is afgerond.**

Tot zover ons position paper. Wij verzoeken u dit te betrekken bij het debat over de aanpassingswet Wzd op woensdag 12 juni 2019.

Voor meer informatie kunt u contact met ons opnemen via Emily Kraaijenbrink, Adviseur Public Affairs KNMG, telefoon 06 - 23 975 238 of e-mail e.kraaijenbrink@fed.knmg.nl.

Met vriendelijke groet,



René Héman, arts M&G
voorzitter KNMG