

## Inbreng schriftelijk overleg over de Aanpassingswet zorg en dwang en Wet BIG

(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)

De KNMG biedt hierbij de inbreng van de betrokken artsorganisaties LHV, NVAVG, NVvP en Verenso gebundeld aan voor het schriftelijk overleg op 16 januari 2019. De inbreng betreft met name vragen met betrekking tot de verbreding van Wzd-arts naar Wzd-functionaris. Hierover hebben we nog grote zorgen.

### Capaciteit versus kwaliteit

In de memorie van toelichting benoemt de minister capaciteitsproblemen onder artsen als een van de belangrijkste redenen voor de verbreding van Wzd-arts naar Wzd-functionaris.

- Vindt de minister het niet zeer onwenselijk dat capaciteitsproblemen bij deze aanpassingswet leidend zijn bij keuzes over de kwaliteit van zorg?
- Hoe kijkt de minister aan tegen de oplossing om de Wzd-arts eindverantwoordelijk te houden, maar mandaat mogelijk te maken voor andere disciplines om op deze manier het capaciteitsprobleem het hoofd te bieden?

### Inboeten op kwaliteit van zorg en rechtsbescherming cliënt

De minister beoogt in de toelichting duidelijk te maken dat deze aanpassing niet leidt tot vermindering van kwaliteit van zorg en rechtsbescherming van de cliënt. Wij zijn van mening dat het essentieel is om een medische oorzaak van probleemgedrag uit te sluiten en daarmee onnodige inzet van dwang te voorkomen. Bijvoorbeeld als een patiënt agressief reageert of vervelende geluiden maakt, kan dat worden veroorzaakt doordat iemand pijn heeft. Je wilt dan voorkomen dat zo iemand een onnodige dwangmaatregel krijgt opgelegd in plaats van geholpen wordt aan de pijn. Bovendien draagt de Wzd-arts bij aan de afbouw van onvrijwillige zorg/vrijheidsbeperking, formuleert een visie/ beleid op zorg om dwang te voorkomen en werkt daarnaast voorwaardenscheppend. Specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten hebben de kennis en ervaring om juist in samenhang vrijheidsbeperking af te bouwen of te voorkomen.

Wij hebben daarom nog vragen over de volgende argumenten die de minister aandraagt:

- 'Gedragskundigen zijn in de regel in die situaties [bij inzet van minder ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg] net zo goed als artsen in staat om te kunnen beoordelen wat nodig is.'
- *'Waar het om gaat is dat het besluit van de zorgverantwoordelijke om onvrijwillige zorg toe te passen door een onafhankelijke functionaris getoetst wordt. Deze onafhankelijke rol kan zowel door een arts als door een gz-psycholoog worden vervuld zonder dat dit afdoet aan de mate van rechtsbescherming.'*

- Kan de minister aangeven hoe iemand die niet medische onderlegd is het integrale zorgplan kan toetsen, waar de medische zorg onderdeel van is?

De minister geeft verder aan dat:

- 'Juist om te voorkomen dat er te snel voorbij wordt gegaan aan eventuele somatische of psychosomatische problematiek van de cliënt is de betrokkenheid van artsen reeds goed geborgd in het stappenplan.'

- 'Bij al deze belangrijke beslissingen is dus steeds een arts betrokken; het daarnaast wettelijk voorschrijven van een Wzd-arts is bij deze beslissingen dubbelop.'
- Niet bij alle vormen van onvrijwillige zorg is direct een arts betrokken. Daarbij is het net zo zeer essentieel dat eventueel medische oorzaken van het probleemgedrag achteraf worden uitgesloten. Kan de minister hierbij aangeven, hoe iemand die niet medisch onderlegd is, gaat toetsen of eventueel medische oorzaken over het hoofd zijn gezien?
- Waarom vindt de minister het wettelijk voorschrijven van een Wzd-arts bij belangrijke beslissingen dubbelop, aangezien de taak van de Wzd-arts is om de afwegingen van de betrokkenen te toetsen? Om de medische overwegingen van de betrokken arts te kunnen toetsen is medische kennis nodig.

### **Vershil rechtsbescherming Wzd en Wvggz**

In de Wet verplichte ggz is niet gekozen voor een uitbreiding van beroepsbeoefenaren die kunnen optreden als geneesheer-directeur. Dit blijft een arts. In de Wet zorg en dwang wordt hier nu wel voor gekozen. Dit leidt tot een onwenselijk verschil in rechtsbescherming tussen mensen met een verstandelijke beperking of dementie en psychiatrische patiënten. De Raad van State heeft in eerdere adviezen gewezen op dat er zo min mogelijk verschil moet zijn.

Wellicht houdt dit opmerkelijke verschil verband met de visie dat het hier niet om gelijke doelgroepen in de zorg gaat. In die visie wordt ten onrechte gemeend dat binnen de psychiatrie behandeld wordt en binnen de VG-sector slechts begeleiding geboden. Niets is minder waar, zeker bij de cliënten met een hogere ZZP is sprake van de complexe behoefte aan zowel een goed orthopedagogisch begeleidingsklimaat als aan professionele medische en/of psychiatrische behandeling. Bovendien gaat het bij beide groepen om inbreuken op de rechtspositie. In de PG is ook bij uitstek sprake van complexe medische zorg en medische problematiek.

- Kan de minister aangeven waarom er, tegen het advies van de Raad van State in, toch onderscheid wordt gemaakt tussen het toezicht in de Wvggz en de Wzd?
- Zou de minister de rechtsbescherming niet gelijk moeten houden, omdat het in beide gevallen om inbreuken op de rechtspositie van mensen gaat?

### **Ter zake kundige arts**

In de aanpassingswet wordt wederom de term 'ter zake kundige arts' gebruikt. Dit impliceert dat er sprake is van specifieke expertise. In de betreffende sectoren zijn de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten de experts op dit gebied.

- Klopt het dat de minister specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten beschouwt als de 'ter zake kundige arts'? Zo nee, wat verstaat de minister dan onder de term 'ter zake kundige arts'?

### **De orthopedagoog-generalist**

In genoemd wetsvoorstel wordt tevens voorgesteld (nog) een beroep als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG te introduceren te weten de orthopedagoog-generalist. Daarvoor zijn goede redenen genoemd, zoals het feit dat zij individuele zorg verlenen aan kwetsbare groepen patiënten en het onderbrengen onder het tuchtrecht, maar deze stap biedt geen oplossing voor de benodigde expertise bij het vervullen van de rol van Wzd-functionaris.

- Hoe denkt de minister dat het toetreden van de orthopedagoog-generalist tot artikel 3 van de wet BIG bijdraagt aan de benodigde expertise om de rol van Wzd-functionaris te kunnen vervullen?

#### **Rol van de Wzd-arts bij een voorwaardelijke machtiging**

Bij de omzetting van de voorwaardelijke machtiging naar een opname is er geen enkele rol voor de Wzd-arts. Dit zou betekenen dat de zorgverantwoordelijke tot opname kan besluiten. Terwijl dit ook een zorgmedewerker van niveau 3 kan zijn, zoals de minister schrijft in de beantwoording van de besluiten Wzd en Wvgez. Een dergelijk besluit behoort nooit tot het takenpakket van de begeleider of verzorgende.

- Is de minister van mening dat de Wzd-arts de verantwoordelijkheid moet hebben bij het omzetten van een voorwaardelijke rechterlijke machtiging, zoals gebruikelijk is bij dergelijke ingrijpende beslissingen? Zo ja, is de minister van mening dat dit alsnog in de aanpassingswet moet worden opgenomen? Zo nee, waarom niet?
- Kan de minister toelichten waarom hij denkt dat zorgmedewerkers van niveau 3 voldoende expertise hebben om de (regisserende en signalerende) taken van een zorgverantwoordelijke te gaan vervullen?

#### **Informereren over klachtrecht en mogelijkheid van ondersteuning door de cliëntvertrouwenspersoon**

In de Wet Zorg en Dwang is artikel 40.a van de Wet Bopz (art.40 a) niet opgenomen. Dit artikel regelt een verplichting om de client of zijn vertegenwoordiger in geval van dwangtoepassing te informeren over de gronden daarvoor, de mogelijkheid om een klacht in te dienen en om ondersteuning te krijgen van de patiëntenvertrouwenspersoon. In de rechtspraak is hier eerder steeds veel waarde aan gehecht.

Nu dit artikel niet in de Wzd staat opgenomen wordt de client of vertegenwoordiger slechts geïnformeerd over onvrijwillige zorg door de zorgverantwoordelijke. De cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) wordt alleen bij opname geïnformeerd over de client, althans zijn gegevens worden met toestemming van de client of vertegenwoordiger aan de cvp overhandigd. Op het moment dat onvrijwillige zorg wordt toegepast worden client of vertegenwoordiger niet gewezen op hun klachtrecht en ook niet op de cvp.

- Hecht de minister er ook zoveel waarde aan dat de client goed wordt geïnformeerd?
- Is de minister bereid om artikel 40a van de Wet Bopz in de Wzd op te nemen, om zo de rechtsbescherming van de client die met onvrijwillige zorg wordt geconfronteerd, een wettelijke basis te geven? Waarom wel of niet?