

VELDPARTIJEN KRITISCH: 'STEL AF OF STEL UIT'

Ophief over nieuwe Wet zorg en dwang

Er heerst veel onrust over de Wet zorg en dwang die op 1 januari 2020 in werking treedt. Veldpartijen maken zich grote zorgen over zowel de inhoud als de geplande invoeringsdatum van de wet. Hoe kunnen zij zich goed voorbereiden op een wet waar nu nog volop aan gesleuteld wordt?

Over iets meer dan een halfjaar moet de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht zijn. Die wet vervangt de bestaande Wet Bopz en maakt het onder meer mogelijk dat dwangmaatregelen voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten ook in de thuissituatie kunnen worden toegepast (zie *kader* op blz. 20). In een brief aan het ministerie van VWS uitten zeven zorgorganisaties vorige maand hun zorgen over de wet. Zij pleiten voor uitstel van de invoeringsdatum, omdat er nog te veel onduidelijkheden zijn. Verschillende aspecten van de Wzd moeten nog nader worden uitgewerkt in ministeriële regelingen, Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) en een aanpassingswet. Tot nu toe lijkt hier weinig voortgang in te zitten, terwijl de invoeringsdatum steeds dichterbij komt.

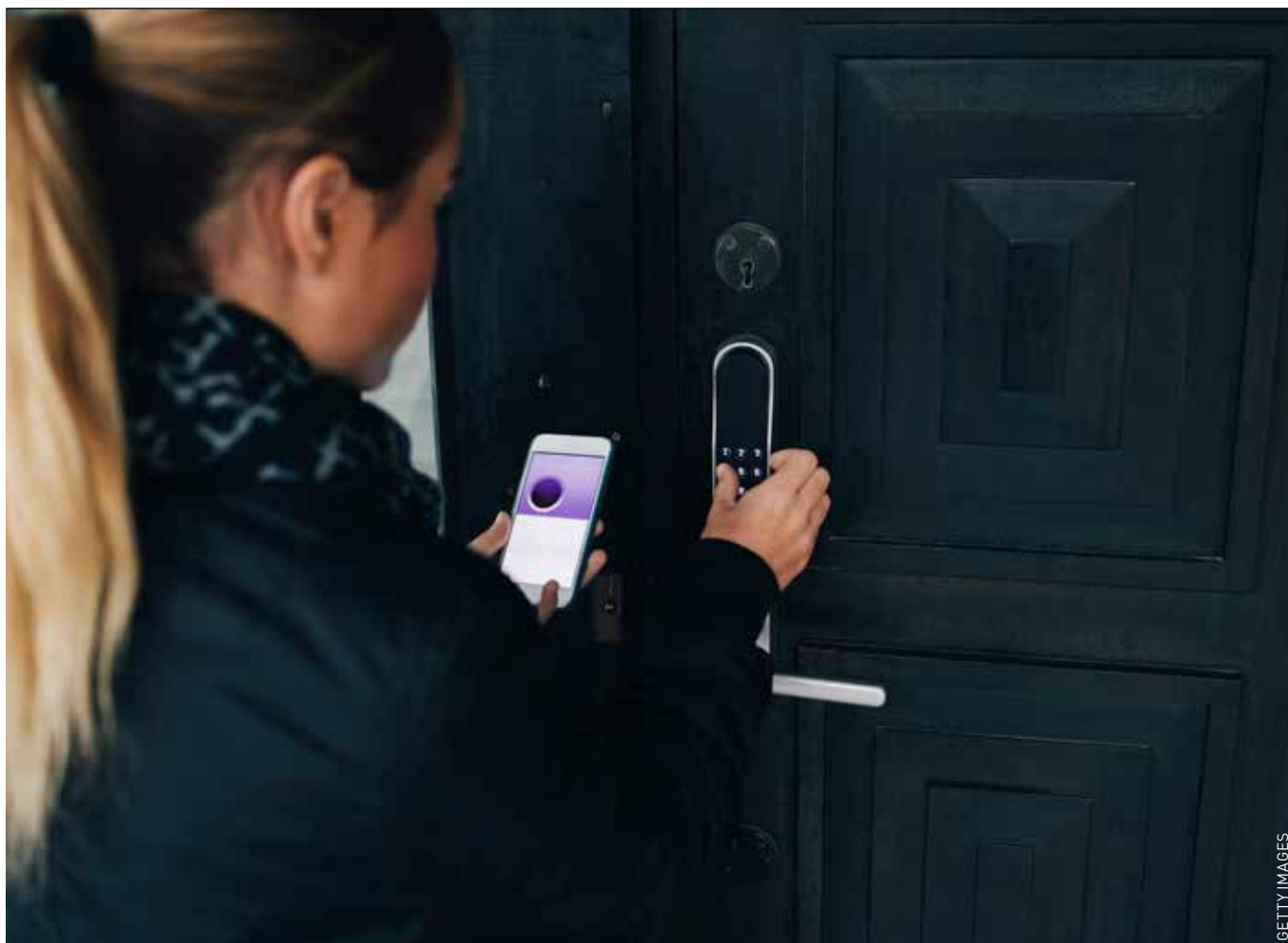
Ongelijke rechtsbescherming

In de aanpassingswet stelt de minister van VWS bijvoorbeeld voor om de functieervulling van Wzd-arts (de onafhankelijke arts die toezicht houdt op de uitvoering van dwangzorg, zie *kader*) uit te breiden en te hernoemen naar Wzd-functionaris. Daarmee zou deze functie ook vervuld kunnen worden door een gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog-generalist. Een van de argumenten vóór deze uitbreiding van beroepsgroepen is het gebrek aan artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's) en specialisten ouderengeneeskunde (SO's). Een belangrijk kritiekpunt van de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandi-

capten (NVAVG), LHV en Verenso is dat dit leidt tot ongelijke rechtsbescherming. In de geestelijke gezondheidszorg blijft middels de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) het toezicht op onvrijwillige zorg voor psychiatrische patiënten namelijk wél voorbehouden aan een arts. Juist bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking is het vaak moeilijk om in te schatten waarom zij bepaald gedrag vertonen, aldus de beroepsverenigingen. Agressief gedrag bij iemand met dementie kan een uiting zijn van pijn en aan verward gedrag kan ook een delier ten grondslag liggen. Het is belangrijk dat een arts toezicht houdt op dwangzorg om te beoordelen of de ingezette maatregelen subsidiair, proportioneel en effectief zijn. Afgelopen week stuurde minister Hugo de Jonge een aantal wijzigingen van de aanpassingswet naar de Kamer. Belangrijkste aanpassing is dat als de Wzd-functionaris zelf geen arts is, deze 'slechts na overleg met en instemming van een niet bij de zorg betrokken arts' aanwijzingen tot aanpassing van het zorgplan mag geven (zie ook het nieuwsbericht op blz. 8).

Gezondheidsjurist Brenda Frederiks is deskundige op het terrein van dwangwetgeving en vindt dat een capaciteitsprobleem geen reden zou moeten zijn om de wet aan te passen. Zij wijst erop dat er ook een tekort aan psychiaters is, maar dat in de Wvggz niet voor een uitbreiding van de toezichtsfunctie is gekozen. Er zouden eerder meer opleidingsplekken voor AVG's en SO's moeten komen. De minister zegde afgelopen week een uitbreiding hiervan toe per 2019. Een andere oplossing is volgens Frederiks een mandaatconstructie, waarbij een arts (AVG, SO of psychiater) eindverantwoordelijk blijft. Er moet dan wel goed gekeken worden welke taken gemandateerd kunnen worden en welke niet.

'Iedereen heeft recht op dezelfde bescherming van zijn grondrechten'



Het merendeel van de mensen met dementie of een verstandelijke beperking verblijft in een kleinschalige wooninstelling of gewoon thuis.

Michiel Vermaak is arts voor verstandelijk gehandicapten, Bopz-arts en gaf als lid van de Commissie Wet- en Regelgeving van de NVAVG advies aan de Eerste en Tweede Kamer over de Wzd. Hij vindt het 'schandalig' dat de rechtsbescherming van zijn patiënten in de Wzd fundamenteel verschilt van die van psychiatrische patiënten in de Wvggz. 'Wat mij betreft hoeven er geen nieuwe wetten te komen. De huidige Wet Bopz waarborgt goede en gelijke rechtsbescherming voor zowel psychiatrische patiënten als verstandelijk gehandicapten en ouderen met dementie. Iedereen heeft recht op dezelfde bescherming van zijn of haar grondrechten. Het is heel vreemd dat dit in de twee nieuwe wetten voor verschillende patiëntengroepen anders is geregeld.'

Randvoorwaarden nodig

Vermaak merkt op dat er bovendien een belangrijke verschuiving plaatsvindt in de populatie binnen de verstandelijkgehandicaptenzorg. Deze bestaat namelijk in toenemende mate uit licht verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek, zoals verslaving en angststoornissen. De nieuwe wetten trekken dit kunstmatig uit elkaar. In de praktijk zorgt een instelling voor

verstandelijk gehandicapten dus zeker niet alleen voor ernstig meervoudig complex gehandicapten, maar ook voor veel licht verstandelijk beperkten met psychiatrische stoornissen. Afhankelijk van of deze patiënten eerst een psychiater of een AVG tegenkomen, vallen ze straks onder de Wvggz of de Wzd. Vermaak: 'De nieuwe wetten sluiten niet aan bij de praktijk. Niet iedereen kan simpelweg in het hokje psychiatrie of verstandelijkgehandicaptenzorg worden geduwd. Daarvoor is er te veel overlap tussen de twee sectoren.' Voor de psychogeriatric geldt dit net zo goed, want valt iemand met dementie én schizofrenie straks onder de Wzd of Wvggz?

Nienke Nieuwenhuizen, specialist ouderengeneeskunde en voorzitter van Verenso, heeft ook bedenkingen. 'Om de wet extramuraal te kunnen uitvoeren, heb je goede randvoorwaarden nodig. Die zijn er op dit moment nog niet. Intramuraal werken wij al in de geest van de Wzd, dus daar hebben we geen nieuwe wet voor nodig.' Zij benadrukt dat het doel van de wet – kwaliteitsverbetering in de zorg en het voorkómen van dwang en drang – niet ter discussie staat, maar dat het maar de vraag is of de Wzd hieraan gaat bijdragen.

Een ander probleem dat speelt is dat het nog onduidelijk is welke beroepsgroepen de taak van 'zorgverantwoordelijke' (de coördinator van de dagelijkse zorg, tevens gemachtigd om dwangzorg in te zetten, zie *kader*) kunnen vervullen. Op dit moment staat in de Wzd dat dit in ieder geval een 'ter zake deskundige arts' kan zijn. Bij ministeriële regeling zouden hier nog meer beroepsgroepen aan kunnen worden toegevoegd, zoals een mbo-4-opgeleide begeleider of een mbo-3-opgeleide verzorgende. De gedachte hierachter is dat zij nu vaak een schakelrol vervullen in het coördineren van de zorg voor de individuele cliënt. Het gevaar is echter dat de rechtsongelijkheid hierdoor verder toeneemt. In de Wvggz moet de zorgverantwoordelijke namelijk minimaal een BIG-geregistreerde hbo'er zijn.

Hoofdbehandelaarschap

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is één van de artsenorganisaties die de eerdergenoemde brief aan het ministerie van

VWS heeft ondertekend. Zij vreest dat huisartsen straks ongewild hoofdverantwoordelijkheid dragen voor dwangzorg in de ambulante setting, terwijl die zorg niet tot hun competentiegebied behoort. Huisarts Garnt Postma had als voormalig LHV-bestuurslid het onderwerp dwangzorg in zijn portefeuille. Postma: 'Dwangzorg hoort niet thuis bij de huisarts. Op het moment dat er zich een situatie voordoet waarin dwangzorg noodzakelijk is, kunnen wij daar als huisartsen nooit de eindverantwoordelijkheid voor dragen, omdat we daar simpelweg niet voor zijn opgeleid.' Hij vindt dat de wet expliciet moet benoemen dat het hoofdbehandelaarschap bij dwangzorg in de thuissituatie bij een AVG, SO of psychiater ligt. Het probleem is echter dat juist aan deze artsen een groot tekort is. Het is dus maar de vraag of continue beschikbaarheid van deze artsen voor toezicht en tussenkomst gegarandeerd kan worden en of de veiligheid van patiënten bij de inzet van dwangzorg dus voldoende is gewaarborgd. De LHV heeft hier de afgelopen jaren meerdere brieven

WET ZORG EN DWANG: INHOUD EN ACHTERGROND

De Wzd heet voluit de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Deze gaat samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) per 1 januari 2020 de Wet Bopz vervangen. In de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking zijn vrijheidsbeperkende maatregelen soms noodzakelijk. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van domotica, beddekken of een knip op de voordeur. Dit soort vrijheidsbeperkingen mogen niet zomaar worden opgelegd, want vrijheid is een fundamenteel mensenrecht. Dit is vastgelegd in artikel 15 van de Grondwet. De Wet Bopz vormt een uitzondering op dit grondrecht. Die regelt dat zorginstellingen met een Bopz-aanmerking onder strikte voorwaarden wél vrijheidsbeperkende maatregelen mogen toepassen. Bijvoorbeeld als de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen en dit niet met minder ingrijpende maatregelen kan worden afgewend. De wet is gericht op opname in een psychiatrische instelling. Het merendeel van de mensen met dementie of een verstandelijke

beperking verblijft echter in een kleinschalige wooninstelling of gewoon thuis. Volgens de Wet Bopz zijn vrijheidsbeperkende maatregelen daar niet toegestaan.

Tweede evaluatie Wet Bopz

De conclusie van de tweede evaluatie van de Wet Bopz uit 2002 luidde dat die wet niet toereikend was om de rechtspositie van mensen met dementie of een verstandelijke beperking voldoende te waarborgen. De Wzd en de Wvggz moesten de Wet Bopz gaan vervangen. Ruim negen jaar nadat het wetsvoorstel werd ingediend, stemde de Eerste Kamer op 23 januari 2018 in met de Wzd. Inmiddels wijkt de Wzd sterk af van de wet die in 2013 door de Tweede Kamer werd aangenomen. Dit komt onder andere doordat de Wzd moest worden afgestemd met de Wvggz. De basis van de Wzd blijft dat zorg voor deze kwetsbare groepen zoveel mogelijk op vrijwillige basis moet plaatsvinden. Onvrijwillige zorg is het ultiemum remedium. Een belangrijk verschil met de Wet Bopz is dat onvrijwillige zorg bij de Wzd niet alleen intramuraal maar ook in de thuissituatie,

logeeropvang en kleinschalige woonvormen mag worden toegepast.

Zorgverantwoordelijke

De zorginstelling wijst voor iedere cliënt iemand aan die verantwoordelijk is voor het coördineren van de dagelijkse zorg. Dit wordt in de wet 'de zorgverantwoordelijke' genoemd. Deze persoon kan tevens toestemming verlenen voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Daarvoor moet hij of zij wel eerst een stappenplan doorlopen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar vrijwillige alternatieven en worden (externe) deskundigen ingeschakeld voor overleg en advies.

Wzd-arts

De Wzd introduceert ook de Wzd-arts. Deze is als het ware de opvolger van de geneesheer-directeur, ook wel Bopz-arts. Deze arts is onafhankelijk en beoordeelt het zorgplan als de zorgverantwoordelijke hier onvrijwillige zorg in wil opnemen. Ook houdt de Wzd-arts toezicht op de algemene gang van zaken omtrent dwangzorg in een zorginstelling.

Of VWS de invoerings- termijn zal uitstellen, is maar de vraag

over geschreven en gesprekken over gevoerd met het ministerie van VWS en Tweede Kamerleden. Desondanks is de positie van de huisarts in de huidige wet nog steeds niet duidelijk omschreven. Postma vindt dat dit opgehelderd moet worden vóórdat de Wzd in werking treedt. 'Geen enkele huisarts zit te wachten op een tuchtzaak naar aanleiding van een situatie die is ontstaan omdat de verantwoordelijkheden niet helder zijn vastgelegd of bij de verkeerde zorgverlener zijn belegd.'

Iedereen wacht op VWS

Bovenal zouden alle betrokken partijen het liefst maar één wet hebben die over onvrijwillige zorg gaat. Maar dat er twee wetten komen, staat vast. Of het ministerie van VWS gehoor zal geven aan de dringende oproep van de verschillende zorgorganisaties om de invoeringstermijn uit te stellen, is maar de vraag. De eerste geluiden uit Den Haag wijzen er in ieder geval niet op. Tijdens de behandeling van de Wzd in de Eerste Kamer heeft de minister het veld een implementatietermijn van anderhalf jaar toegezegd. Hij ging er toen vanuit dat alle regelgeving bekend zou zijn rond de zomer van 2018. Vooralsnog is de aanpassingswet nog niet geagendeerd voor behandeling in de Tweede Kamer. De bekostiging van de uitvoering is überhaupt niet in beeld. De zorgorganisaties schrijven in eerdergenoemde brief dat het niet meer dan redelijk zou zijn om alsnog een implementatietermijn van anderhalf jaar te hanteren nadat de wet op eerdergenoemde essentiële punten is ingevuld.

Overigens is de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) niet voor uitstel. Zij stelt voor om 2020 als overgangsjaar te beschouwen. VGN is bang dat uitstel alleen maar tot meer onduidelijkheid zal leiden. Verenso pleit daarnaast al langere tijd tevergeefs voor een uitvoeringsonderzoek om inzicht te krijgen in de toepassing van vrijheidsbeperkingen en de eventuele toegevoegde waarde van de Wzd in het terugdringen hiervan. Als het dan eenmaal zover is, wil Verenso een gefaseerde invoering: eerst intramuraal proefdraaien. Voorzitter Nienke Nieuwenhuizen: 'Vervolgens kunnen we kijken hoe we dit in de ambulante setting kunnen invoeren en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn.' Vooralsnog wacht iedereen op een reactie van VWS. Eén ding is zeker: zolang er niks gebeurt, zal de (deels onuitgewerkte) wet gewoon ingaan op 1 januari 2020, met alle gevolgen van dien... ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE FORENSISCH ARTS



JEROEN TIMMERMAN werkt bij de GGD in Amsterdam

Narcostaat Nederland

Het congres van mijn beroepsgroep gaat deze keer over 'drugs'. In de politiecel passeren zoveel drugsproblemen dat ik denk dat ik wel zo'n beetje alles gezien heb. Ik nestel me in een comfortabele stoel en bekijk het programma. De sprekers zijn van politie, NFI, Trimbos-instituut en GGD'en. Hier komt alles over drugsellende samen, zagezegd.

Al gauw wordt het een aaneenschakeling van feiten, cijfers en citaten waar ik toch weer bijna van uit mijn stoel val. Soms van het lachen trouwens. Een spreker van het NFI toont een krantenbericht waarin Colombia-

nen zich beklagen over de stortvloed aan Nederlandse synthetische drugs (zoals xtc) in hun land. Dus Colombia, marktleider cocaïne, klaagt over Nederland, marktleider xtc.

COLOMBIA KLAAGT OVER NEDERLAND. HILARISCH

Hilarisch. Je kunt ook niets aan de markt overlaten: altijd gezeik.

We horen over explosieve mobiele drugslabs die in Vinex-wijken worden gezet (moeilijker op te sporen). Ontplofte labs die 'geboobytrapped' zijn met explosieven (idem). De rol van China, waar echt álles te bestellen is: van grondstoffen voor drugs tot en met het eindproduct, verpakt in flesjes cosmetica. Een anekdote over studenten, zittend in een kring in hun studentenhuis, iedereen lepelt wat xtc uit een plastic zak op tafel. Vrijwel alle geweld tegen hulpverleners zoals ambulancebemanningen is drank- en drugsgerelateerd.

Nog wranger wordt het als een collega vanuit de zaal vraagt wat we moeten doen om het voor kinderen veilig te houden. Een van de sprekers is weinig hoopvol: 'Die strijd hebben we al verloren.' Nederland is een narcostaat en incidenten met kinderen nemen toe. Maar ook: voorlichting blijft nuttig. Waar je nog mee moet oppassen, want berichten over nieuwe drugs leiden tot meer experimenteergedrag. Zo is het altijd wat.