

Vergaderjaar 2018–2019

35 087

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

Nr. 21

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2019

Tijdens de plenaire behandeling van de Aanpassingswet Wzd op 12 juni jl. heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over het overgangsjaar 2020 (Kamerstuk 35 087; Handelingen II 2018/19, nr. 92, item 9). In deze brief geef ik aan hoe ik het overgangsjaar wil invullen en samen met de bij de uitvoering van de Wet zorg en dwang (Wzd) betrokken partijen aan de slag wil gaan om de wet goed te laten landen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek. Ook ga ik op verzoek van enkele leden van Uw Kamer in op een aantal onderwerpen dat zij tijdens dit debat aan de orde hebben gesteld.

Overgangsjaar

Op 26 juni heb ik bestuurlijk overleg gevoerd met ActiZ, Alzheimer Nederland, Ieder(in), KansPlus, LFB, LHV, LOC, LSR, LHV, NIP, NVAVG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso, VGN en ZorgthuisNL. Dit overleg was een vervolg op het eerdere overleg op 5 juni met deze partijen over de inwerkingtreding van de Wzd. Belangrijke conclusie uit het overleg is dat het veld de Wzd ziet als instrument dat kan bijdragen aan veilige en goede zorg, maar dat er nog praktische vraagstukken zijn die moeten worden opgelost om de wet goed uit te kunnen voeren. Ik herken deze vraagstukken en wil het overgangsjaar benutten om gezamenlijk met het veld aan praktische oplossingen te werken. Ik hecht er aan om de Wzd per 1 januari 2020 in werking te laten treden. Ten principale vind ik immers dat cliënten moeten kunnen rekenen op rechtsbescherming bij onvrijwillige zorg.

Samen met het veld wil ik het overgangsjaar optimaal benutten. Ik zie het overgangsjaar als een mogelijkheid voor zorgaanbieders, -professionals en cliënten om in de praktijk te starten met de nieuwe wet, ervaring op te doen met en te leren van situaties die tot dan toe alleen droog konden

worden geoefend. Dit laatste geldt bijvoorbeeld voor onvrijwillige zorg in de thuissituatie of binnen kleinschalige woonvormen. Onder de huidige wetgeving is het immers in beginsel niet toegestaan om dwang toe te passen buiten de Bopz-aangemerkte zorglocaties¹. Voorts biedt het overgangsjaar de mogelijkheid om zorgaanbieders en -professionals te ondersteunen bij het verder inrichten van de noodzakelijke infrastructuur en bij het beter in de eigen organisatie verankeren van alle praktische aspecten van de wet.

Met zorgaanbieders, professionals en cliëntenorganisaties heb ik de afgelopen twee weken nader verkend op welke wijze zorgaanbieders en professionals goed kunnen worden ondersteund bij de implementatie en hoe het toezicht in het overgangsjaar vorm krijgt. In de gesprekken kwamen de volgende thema's naar voren: helderheid over de wet- en regelgeving, informatievoorziening, scholing en opleiding, overgang van Bopz naar Wzd, administratieve lasten, de uitvoering van de Wzd buiten de instelling, uitvoeringskosten en het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ). Over het laatste thema heb ik overleg gevoerd met de IGJ.

Dwars door deze thema's liep een duidelijke rode draad: de mogelijke knelpunten bij de uitvoering van de Wzd in de ambulante setting (thuis of bij kleinschalig wonen). Partijen benadrukten dat het ontbreken van een infrastructuur zoals die in een accommodatie voorhanden is, het lastig maakt achter de voordeur van de cliënt het stappenplan juist te doorlopen. Dit komt doordat niet altijd de vereiste deskundigheid direct voorhanden is of niet duidelijk is wie de functie van Wzd-functionaris kan vervullen. Om die reden is er volgens de partijen meer tijd nodig om de wet verantwoord te kunnen implementeren. Bovengenoemde thema's en rode draad zijn verwerkt in een aanpak om gezamenlijk uit te voeren, de roadmap.

Roadmap Wzd

De roadmap Wzd heeft als doel het veld ondersteuning te bieden bij de implementatie van de wet in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek. Belangrijke elementen van de roadmap zijn: creëren van meer duidelijkheid over de praktische toepassing van de Wzd, zorgen dat cliënten en hun naasten, zorgaanbieders en -professionals goed geïnformeerd zijn over deze wet, en faciliteren van de infrastructuur voor de uitvoering ervan.

De roadmap bevat ook acties die op zichzelf geen betrekking hebben op de implementatie van de Wzd, maar die de uitvoering van de wet vergemakkelijken.

De voorbereidende werkzaamheden voor de implementatie die reeds na de Kamerbehandeling zijn gestart zijn ook meegenomen in de roadmap. Gelet op de rode draad uit de laatste gesprekken met veldpartijen ligt bij de extra ondersteuning het accent vooral op de inbedding van de Wzd in de ambulante zorgverlening.

De roadmap bevat de volgende onderwerpen:

A. Helderheid vooraf

Deze zomer wordt helderheid gegeven over de inhoud van de laatste onderdelen van de lagere regelgeving. Ook wordt ten behoeve van het

¹ Zie ook: Verzoek uit Regeling van werkzaamheden inzake het bericht dat thuiszorginstellingen zich op ruime schaal bezondigen aan verboden dwangmaatregelen bij thuiswonende cliënten d.d. 7 juni 2019; Kamerstuk 23 235, nr. 182.

veld nadere uitleg gegeven over de interpretatie van specifieke onderdelen van de wet.

B. *Informatie en communicatie*

Samen met het veld worden diverse informatieproducten ontwikkeld en informatiebijeenkomsten belegd. Voorts is er een speciale website en helpdesk beschikbaar en komen er digitale vraag- en antwoordsessies.

C. *Infrastructuur*

Zorgaanbieders en -professionals in de intramurale en de ambulante setting worden ondersteund bij het versterken van de infrastructuur die voor een goede uitvoering van de Wzd benodigd is.

D. *Leren en doen*

Aan de hand van gerichte pilots, programma's en actieonderzoeken wordt het veld ondersteund bij de voorbereiding op dan wel het werken met de Wzd. Daarnaast wordt samen met de IGJ en de zorgaanbieders aan een praktische oplossing gewerkt voor de registratie en het aanleveren van de gegevens voor het toezicht op onvrijwillige zorg en voor het omzetten van de zorgplannen.

E. *Bekostiging*

De NZa zal worden gevraagd zo mogelijk nog in 2019 een specifiek onderzoek uit te voeren naar de (meer)kosten van de Wzd. Voorts wordt de mogelijkheid van een afzonderlijke bekostigingstitel voor de functie van Wzd-functionaris onderzocht.

F. *Toezicht*

Met de IGJ zijn afspraken gemaakt over het toezicht op de uitvoering van de Wzd in het overgangsjaar.

G. *Monitoring*

Vanaf de datum van inwerkingtreding wordt de uitvoering van de Wzd gemonitord. Onder meer op de administratieve lasten. Gedurende de monitoring worden periodieke Wzd-tafels belegd.

De grote lijnen van de roadmap treft u aan in de bijlage². Ik ben blij dat de partijen met deze grote lijnen kunnen instemmen.

Op dit moment ben ik nog met de zorgaanbieders en -professionals in gesprek over de verdere verdieping en concretisering van de roadmap. Ik wil hier de komende zomerperiode voor gebruiken. In dit kader wil ik samen met hen oplossingsgericht kijken naar de timing, prioritering en de impact die de uitvoering van de voorgestelde acties voor de betrokken partijen heeft. Er zal van hen immers ook de nodige inzet worden gevraagd. Bij de verdere uitwerking van de roadmap zullen ook de cliëntenorganisaties hier uiteraard bij worden betrokken voor de voor hen relevante onderdelen. Ik ben voornemens Uw Kamer na de zomer nader te informeren over de voortgang.

Onderwerpen naar aanleiding van de Kamerbehandeling Aanpassingswet

Hieronder ga ik in op enkele vragen die mij gesteld zijn tijdens de plenaire behandeling van de Aanpassingswet Wzd op 12 juni jongstleden in Uw Kamer.

Positie huisartsen bij ambulante dwang

Het lid Hermans (VVD) vroeg mij de positie van de huisarts bij ambulante dwang uiteen te zetten.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Wanneer ouderen of mensen met een verstandelijke beperking zelfstandig of in een geclusterde setting wonen, zullen zij voor medisch generalistische zorg veelal een beroep doen op een huisarts. In geval van verwardheid of ander onbegrepen gedrag kan de huisarts nagaan of er sprake van een somatische oorzaak is. Bij somatische problematiek kan de huisarts die óf zelf behandelen, óf de patiënt voor verder onderzoek doorsturen naar de tweede lijn. Mocht de huisarts constateren dat de verwardheid/het onbegrepen gedrag veroorzaakt wordt door dementie of een andere psychogeriatrische aandoening, zal hij de patiënt doorverwijzen voor verdere diagnose. Ook wanneer de dementie of een andere psychogeriatrische aandoening is vastgesteld, kan een patiënt voor de medisch generalistische zorg in principe bij zijn huisarts terecht, zeker voor zover die zorg niet samenhangt met de dementie of andere psychogeriatrische aandoening. Indien de zorg vanwege de dementie of de andere psychogeriatrische problematiek (of de verstandelijke beperking) zwaarder is dan redelijkerwijs van een huisarts kan worden verwacht, kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde (SO) (of een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG)) of een gedragsdeskundige raadplegen dan wel daarnaar doorverwijzen.

Wanneer een cliënt met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening die zelfstandig of in een geclusterde setting woont *onvrijwillige* zorg nodig heeft, kan de huisarts er in alle gevallen zelf voor kiezen welke rol hij in het kader van het stappenplan Wzd op zich wil nemen.

De Wzd kent de volgende rollen bij het verlenen van onvrijwillige zorg:

- *bij de zorg betrokken arts*. Deze is nodig voor instemming met opname in het zorgplan van gedwongen vocht, voeding of medicatie of van maatregelen die de cliënt in zijn bewegingsvrijheid beperken, of van insluiting, indien de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is.
- *deskundige*. Deze wordt als deskundige van een andere discipline of als niet bij de zorg betrokken deskundige bij de verschillende stappen in het stappenplan gevraagd om vanuit zijn positie mee te denken over het voorkomen dan wel afbouwen van onvrijwillige zorg.
- *zorgverantwoordelijke*. Deze draagt zorg voor het opstellen, vaststellen, het uitvoeren en evalueren en zo nodig het periodiek aanpassen van het zorgplan. Hij is verantwoordelijk voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en het uitvoeren daarvan. De zorgverantwoordelijke ziet dus primair toe of de processtappen (correct) worden doorlopen.
- *Wzd-functionaris*. Deze functie kan alleen door een ter zake kundige arts, gezondheidspsycholoog of orthopedagoog-generalist worden ingevuld. Hij is verantwoordelijk voor het beleid en de gang van zaken rond onvrijwillige zorg bij een zorgaanbieder. De Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zo veel mogelijk te voorkomen. Hij ziet toe op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de (zo snel) mogelijke afbouw ervan.

Het bovenstaande betekent voor de mogelijke rol van de huisarts bij ambulante onvrijwillige zorg het volgende.

- a. *Wanneer een andere zorgverlener oordeelt dat ambulante onvrijwillige zorg nodig is, en zelf die zorg wil gaan verlenen*. In deze situatie is het aan de zorgaanbieder wie hij aanstelt of extern inhuurt om de rol van de zorgverantwoordelijke of Wzd-functionaris binnen de organisatie te vervullen. De betreffende zorgverlener kan dus de huisarts vragen de rol te vervullen van **zorgverantwoordelijke** of eventueel van

Wzd-functionaris. Als de huisarts hierin bewilligt, neemt hij de verantwoordelijkheid op zich die bij de desbetreffende functie hoort. De rol van zorgverantwoordelijke impliceert dat de huisarts alle zaken rondom het verlenen van onvrijwillige zorg initieert, coördineert en evalueert. De rol van Wzd-functionaris is bijvoorbeeld voorstelbaar wanneer een aanbieder die wijkverpleegkundige zorg biedt afspraken maakt met een huisarts of hij voor die zorgaanbieder als Wzd-functionaris wil fungeren. De huisarts wordt daarmee tevens verantwoordelijk voor het beleid en de algemene gang van zaken rond onvrijwillige zorg binnen die organisatie. Gelet op de inhoud van beide rollen/functies is het niet waarschijnlijk dat de huisarts deze rol veelvuldig op zich zal nemen, maar op grond van de Wzd is het mogelijk.

Ook is het mogelijk dat de huisarts wordt gevraagd een rol te vervullen als **deskundige** in het (uitgebreid) multidisciplinair overleg zoals dit conform het stappenplan Wzd moet worden belegd.

Wanneer de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, zou de huisarts kunnen worden gevraagd mee te kijken en **in te stemmen** met de door een zorgverantwoordelijke noodzakelijk bevonden gedwongen toediening van medicatie, voeding of vocht of beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting. Dit om een eventuele medische oorzaak uit te sluiten. Deze taak zal logischerwijs vaak in het verlengde liggen van wat de huisarts reeds doet in het kader van de reguliere medische zorg aan de betreffende cliënt. Doordat de huisarts de cliënt en diens situatie vaak kent, kan dit voor hem bijvoorbeeld relatief gemakkelijk zijn.

- b. *Wanneer de huisarts zelf oordeelt dat ambulante onvrijwillige zorg nodig is.* In dat geval dient hij van tevoren de afweging te maken of hij de ambulante onvrijwillige zorg veilig en verantwoord kan en wil leveren. Op grond hiervan kan het zijn dat de huisarts kiest:
1. de ambulante onvrijwillige zorg zelf te verlenen. Hij kan er voor kiezen om zelf als **zorgverantwoordelijke** op te treden en daarbij het stappenplan van de Wzd te volgen. In geval van complexe problematiek kan hij zich dan laten adviseren door een SO of AVG en/of een gedragsdeskundige.
 2. de ambulante onvrijwillige zorg niet zelf te verlenen. Hij zal dan worden geacht de cliënt door te verwijzen naar een zorgaanbieder die de onvrijwillige zorg verantwoord kan leveren.

In alle gevallen kiest de huisarts er zelf voor of hij de desbetreffende rol bij de verlening van onvrijwillige zorg op zich wil nemen.

Wanneer de vraag zich voordoet of in een bepaalde situatie de benodigde onvrijwillige zorg in een ambulante setting kan worden geboden of dat de cliënt hiervoor is aangewezen op opname in een accommodatie, is het hoe dan ook wenselijk dat de huisarts bij die afweging wordt betrokken. Dit omdat de huisarts vaak al langere tijd bekend is met de cliënt en zijn situatie.

Belangrijk uitgangspunt/randvoorwaarde bij de hierboven geschetste invulling van de betrokkenheid van huisartsen bij onvrijwillige zorg is de door hen ervaren bekwaamheid op dit terrein. Als algemeen beginsel bij het verlenen van zorg geldt immers dat men alleen zorg verleent als men zichzelf hier ook daadwerkelijk toe bekwaam acht. Doet men dat niet, dan levert men geen goede zorg. Men moet niet doen wat men niet kan.

Rol van het ClZ bij onvrijwillige zorg thuis.

Op verzoek van het lid Bergkamp (D66) geef ik een verduidelijking van de samenhang tussen gedwongen zorg thuis en de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (ClZ) voor de Wet langdurige zorg (Wlz).

De Wzd en de Wlz kennen een eigen afwegingskader. Als het gaat om de toepassing van onvrijwillige zorg in de thuissituatie, heeft het ClZ geen rol.

Het ClZ heeft wel een taak als cliënten worden opgenomen in een instelling zonder dat zij daar toestemming voor geven. Het ClZ onderzoekt bij een aanvraag voor opname of verblijf op grond van artikel 21 Wzd, net als bij artikel 60 van de Wet Bopz, of het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap leidt tot ernstig nadeel. Daarnaast beoordeelt het ClZ of de opname noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel af te kunnen wenden, waarbij de opname in redelijke verhouding tot het doel daarvan moet staan. Net zoals onder de Wet Bopz, gaat de onderzoeker van het ClZ op huisbezoek bij de cliënt. Tijdens het huisbezoek toetst de onderzoeker of de cliënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en verblijf in een instelling en zich daartegen ook niet verzet. Vervolgens geeft het ClZ al dan niet een besluit tot opname en verblijf af.

De belangrijkste taak die het ClZ met de inwerkingtreding van de Wzd erbij krijgt, is dat het ClZ bij verzet van een cliënt tegen opname en verblijf de rechter verzoekt een rechterlijke machtiging te verlenen en in spoedsituaties een machtiging tot verlenging van een inbewaringstelling.

Het afwegingskader dat het ClZ hanteert voor de uitvoering van de indicatiestelling voor de Wlz, is een ander afwegingskader. Voor de toegang tot de Wlz is bepalend of een cliënt een blijvende behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht ter voorkoming van ernstig nadeel voor hemzelf. Bij het komen tot een oordeel daarover weegt het ClZ de gehele zorgbehoefte. Ook de behoefte aan eventuele onvrijwillige zorg wordt daarin meegenomen. Dit is echter een onderdeel van de gehele weging en niet op voorhand een indicator voor het wel of niet in aanmerking komen voor een Wlz indicatie. Sociale context wordt bij beoordeling van het ClZ niet meegewogen, net als de eventuele leveringsvorm die een cliënt kiest of de plaats waar de cliënt diens zorg wil ontvangen (bijvoorbeeld de keuze voor zorg in natura of pgb of zorg thuis of in een instelling).

Tot slot

Met haar bijzondere wetsgeschiedenis is de Wzd geen wet als veel andere wetten. In de afgelopen tien jaren hebben veel leden van Uw Kamer zich over deze wet gebogen. Met het overgangsjaar en met de ontwikkeling van de roadmap hoop ik het veld de juiste ondersteuning en het comfort te kunnen bieden om ook op dit vlak met vertrouwen verder uitwerking te kunnen geven aan deze wet. Graag doe ik een beroep op alle in de roadmap genoemde partijen om gezamenlijk de hierboven genoemde onderdelen en acties verder vorm te geven.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge