

Vergaderjaar 2003–2004

**28 950**

## **Dementerenden en de Wet BOPZ**

### **Nr. 4**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 23 oktober 2003

#### <sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Duivesteijn (PvdA), Giskes (D66), ondervoorzitter, Crone (PvdA), Rouvoet (CU), De Vries (VVD), voorzitter, De Haan (CDA), Atsma (CDA), Vendrik (GL), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), Ten Hoopen (CDA), Balemans (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), Van As (LPF), Rambocus (CDA), Gerkens (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA), Varela (LPF), De Nerée tot Babberich (CDA), Aptroot (VVD), Blom (PvdA), Douma (PvdA), Stuurman (PvdA), Heemskerk (PvdA), Van Dam (PvdA) en Schippers (VVD).  
Plv. leden: Noorman-den Uyl (PvdA), Bakker (D66), Fierens (PvdA), Van der Vlies (SGP), De Grave (VVD), Mosterd (CDA), Kortenhorst (CDA), Van Gent (GL), Duyvendak (GL), De Ruiter (SP), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Schreijer-Pierik (CDA), Hofstra (VVD), Ferrier (CDA), Eerdmans (LPF), Vacature (CDA), Vergeer (SP), De Vries (CDA), Hermans (LPF), Mastwijk (CDA), De Krom (VVD), Smeets (PvdA), Van Heemst (PvdA), Smits (PvdA), Boelhouwer (PvdA), Kalsbeek (PvdA) en Van Beek (VVD).

#### <sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).  
Plv. leden: Luchtenveld (VVD), Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA),

De commissie voor de Rijksuitgaven<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>2</sup> hebben een aantal vragen aan de regering voorgelegd over het rapport «Dementerenden en de Wet BOPZ» (kamerstuk 28 950, nrs. 1 en 2). De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze vragen beantwoord bij brief van 23 oktober 2003. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De Voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
B. M. de Vries

De Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Terpstra

Adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Noordsij

Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Van Loon-Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd

(CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

1

*Waar denkt de regering aan bij een ander wettelijk kader voor zowel de psychogeriatric als de verstandelijk gehandicaptenzorg?*

Een andere regeling voor mensen met dementie of een verstandelijke handicap zal in ieder geval recht moeten doen aan de bijzondere omstandigheden die met deze ziekte of handicap gepaard gaan. Op dit moment richt ik mij vooral op die inhoudelijke kant: hoe kunnen de geconstateerde problemen het beste worden opgelost? Anders gezegd: wat is een sluitende en uitvoerbare regeling, en biedt daarnaast voldoende rechtsbescherming? Het is helaas te vroeg om daar al inhoudelijke uitspraken te kunnen doen, of om te kunnen aangeven of die regeling uiteindelijk zal vallen binnen het kader van de Wet Bopz.

2

*Wat is het tijdspad dat is verbonden aan de mogelijkheid voor een ander wettelijk kader voor zowel de psychogeriatric als de verstandelijk gehandicaptenzorg?*

Indien de normale termijnen voor het ontwerpen van een voorstel van wet in acht worden genomen, zou een voorstel voor een ander wettelijk kader naar verwachting eind 2006 bij de Tweede Kamer kunnen worden ingediend.

3

*Waarom beschikt de regering niet over een volledig beeld van respectievelijk de aanwezige psychogeriatric capaciteit, de toereikendheid daarvan in de regio's en het aantal aangemerkte Bopz-plaatsen?*

Over het algemeen is per verpleeghuis bekend welke de toegelaten capaciteit is voor somatische patiënten en welke voor psychogeriatric patiënten. In een beperkt aantal gevallen is echter in het verleden een gecombineerde capaciteit, zonder verdere uitsplitsing, toegelaten, zodat geen volledig overzicht bestaat van de psychogeriatric capaciteit. Door het inzicht dat ik heb gekregen in de regionale wachtlijstgegevens, waarover ik de Kamer regelmatig informeer, is het goed mogelijk uitspraken te doen over toereikendheid van capaciteit en daarop te sturen. Het in overeenstemming met elkaar brengen van de vraag naar en het aanbod van psychogeriatric capaciteit is in beginsel een zaak van het regionale zorgkantoor. Dit dient op basis van de regionale wachtlijstgegevens en de te verwachten ontwikkelingen de betreffende zorg in te kopen. Voor zover daarvoor onvoldoende capaciteit aanwezig is, dient het zorgkantoor het realiseren daarvan te stimuleren. Zorgkantoren kunnen dan ook in overleg met instellingen ten alle tijden voorstellen doen voor gewenste capaciteitsuitbreiding, die VWS dan op de bouwprioriteitenlijst zal plaatsen.

Dat niet kan worden beschikt over een volledig inzicht in de het aantal BOPZ aangemerkte plaatsen is het gevolg van het feit dat in het verleden niet van iedere afzonderlijke instelling bij de afgifte van een Bopz-aanmerking is geregistreerd om hoeveel plaatsen het exact ging. Overigens is dat de afgelopen jaren wel het geval geweest, waardoor mijn beeld redelijk nauwkeurig is. Bovendien kan ik exact aangeven welke locaties Bopz-aangemerkt zijn.

4

*Wat heeft de regering gedaan met de reeds bekende signalen dat in niet-Bopz instellingen mensen met een Bopz-status verblijven en dat in deze instellingen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast?*

Voor zover het in het rapport gaat om niet-Bopz aangemerkte instellingen waar dementerende ouderen verblijven, betreft het voornamelijk verzorgingshuizen. Na de eerste evaluatie van de Wet Bopz bestaat sinds 1 december 1999 voor verzorgingshuizen de mogelijkheid een Bopz-aanmerking aan te vragen. Op de korte termijn is door het geven van extra voorlichting getracht de kennis over de Wet Bopz in de sector te vergroten. Het ministerie van VWS heeft in januari 2002 een drietal brochures uitgebracht, gericht op familie, artsen en verplegend en verzorgend personeel. Daarnaast organiseerde VWS, in samenwerking met de koepel van de verzorgings- en verpleeghuizen Arcares, het Landelijk Overleg Cliëntenraden (LOC) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in november en december 2002 vier regionale voorlichtingsmiddagen over dwang en vrijheidsbeperkingen in verzorgingshuizen. Het feit dat niet alle verzorgingshuizen noch alle instellingen voor verstandelijk gehandicapten niet altijd een Bopz-aanmerking aanvragen, terwijl zij wel Bopz-cliënten opnemen en vrijheidsbeperkingen toepassen, heb ik per brief onder de aandacht gebracht bij de koepelorganisaties VGN<sup>1</sup> en Arcares<sup>2</sup>. In deze brieven heb ik de koepelorganisaties verzocht hun lidinstellingen aan te sporen een Bopz-aanmerking aan te vragen indien zij:

- structureel cliënten met een Bopz-indicatie (willen) opnemen en/of
- middelen en maatregelen/dwangbehandeling willen (kunnen) toepassen.

5

*Is naar het oordeel van de regering sprake van dwangbehandeling wanneer instellingen gebruik maken van vrijheidsbeperkende maatregelen waartegen de bewoners of diens wettelijk vertegenwoordiger zich niet verzet?*

Bij een cliënt die verblijft in een instelling – zowel Bopz-aangemerkt als niet-aangemerkt – en die zich niet verzet tegen een behandeling is geen sprake van dwang.

6

*Is het in de toekomst noodzakelijk om voor ouderen met een Bopz-indicatie afzonderlijke Bopz-plaatsen aan te wijzen, danwel dat verzorgingshuizen over een Bopz-aanmerking beschikken?*

Indien een oudere of een verstandelijk gehandicapte over een Bopz-indicatie beschikt, mag hij of zij ook alleen worden opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling. Afzonderlijke (aangemerkte) Bopz-plaatsen bestaan in principe al. Vrijwel iedere psychogeriatrische verpleeghuisplaats is Bopz-aangemerkt. Verzorgingshuizen kunnen sinds enkele jaren eveneens een Bopz-aanmerking aanvragen. Het aanvragen van een Bopz-aanmerking gebeurt op initiatief van de instelling zelf. Het aanwijzen van Bopz-plaatsen in de toekomst acht ik niet noodzakelijk.

7

*Hoe moet de Bopz-toets in de functiegerichte indicatiestelling worden ingebed?*

Een BOPZ-toets kan aan de orde zijn bij een indicatiestelling voor de functie verblijf, namelijk wanneer voor een cliënt verblijf in een instelling noodzakelijk is op grond van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Een BOPZ-toets door een regionaal indicatieorgaan (RIO) is in die gevallen evenwel alleen aan de orde wanneer de cliënt geen bereidheid toont voor die opname maar zich ook niet daartegen verzet. De procedure rond een BOPZ-toets houdt in dat het RIO eerst aan cliënt dient mee te delen dat deze bedenkingen kan inbrengen

<sup>1</sup> Brief van 1 augustus 2002 aan de koepelorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

<sup>2</sup> Brief van 26 juli 2002 aan Arcares.

tegen de opnemng in een BOPZ-aangemerkte instelling. Als dan uit cliënt's reactie noch bereidheid, noch verzet blijkt voert het RIO de BOPZ-toets uit en rapporteert op grond daarvan de aard van de stoornis van de geestvermogens van de cliënt, de omstandigheden die meebrengen dat de cliënt zich ten gevolge van die stoornis niet zelfstandig buiten een BOPZ-aangemerkte instelling kan handhaven, de wijze waarop aan de cliënt is meegedeeld dat hij/zij bedenkingen kan inbrengen tegen de opnemng en verblijf en diens reactie daarop.

8

*Kan de regering zich vinden in de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de faciliterende rol ten aanzien van de Wet Bopz niet optimaal vervult?*

Ik onderken dat de Wet Bopz en de praktijk – voor zover het gaat om de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke handicap – op een aantal punten uit elkaar liggen. Tot op heden heb ik getracht vooral via voorlichting en begripsverheldering de wet en praktijk meer op elkaar te laten aansluiten. Verdere facilitering door begripsverheldering lijkt echter niet de aangewezen oplossing. Daarom sta ik positief tegenover de mogelijkheid van een andere regeling voor de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric.

9

*Beschouwt de regering de onderzoeksresultaten als representatief en betrouwbaar? Acht de regering nader vervolgonderzoek nodig?*

Zoals ik in mijn schriftelijke reactie van 29 april jl. op het rapport van de Algemene Rekenkamer reeds heb aangegeven, komen de conclusies en aanbevelingen grotendeels overeen met die uit het betreffende deelonderzoek van de tweede evaluatie van de Wet Bopz. Op een aantal punten heb ik in het rapport echter onjuistheden geconstateerd. Om die reden heb ik bij mijn schriftelijke reactie destijds een bijlage gevoegd, waarin ik die onjuistheden heb benoemd en gecorrigeerd. Ik zal een kopie van die bijlage bij mijn antwoorden meesturen.

In een eerder stadium had ik reeds opdracht gegeven onderzoek te doen naar een tweetal onderwerpen die ook in het rapport van de Rekenkamer worden genoemd. Dat betreft de toepassing van vrijheidsbeperkingen buiten Bopz-aangemerkte instellingen en het verschil in kwaliteit van zorg voor dementerenden die enerzijds op aparte afdelingen verblijven en verspreid in de instelling wonen anderzijds. Beide onderzoeken zullen naar verwachting op korte termijn worden afgerond. Nadere onderzoeken acht ik op dit moment niet nodig.

10

*Waarom is voor de psychogeriatric en de gehandicaptenzorg een ander wettelijk kader dan de Bopz nodig en zijn er dan nog situaties denkbaar waarin de Bopz nog wel van toepassing zou zijn in deze sectoren?*

Er bestaat een kloof tussen de bepalingen van de Wet Bopz en de praktijk. De Bopz werkt niet goed in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten omdat mensen met dementie of een verstandelijke handicap niet passen in de Bopz-termen, die meer op de psychiatric zijn geënt. Zorgverleners kunnen lang niet altijd met de termen van de wet uit de voeten, waardoor onbedoeld mensen in Bopz-aangemerkte instellingen niet de rechtsbescherming krijgen die de Bopz beoogt. Het verschil tussen wet en praktijk blijkt in de zorg voor dementerenden en verstandelijk gehandicapten zo groot, dat het de vraag is of die kloof nog te dichten is. Een ander wettelijk kader kan dan de oplossing zijn. Welke vorm of plaats een mogelijk ander wettelijk kader

zou kunnen krijgen, ook in relatie tot de eventuele gevolgen voor de Bopz, kan ik op dit moment nog niet aangeven.

11

*Waarom kunnen vrijheidsbeperkingen alleen worden toegepast op een aparte afdeling en wat betekent dat voor het woongenot en de mogelijkheid tot zelfstandig blijven wonen van dementerenden.*

De eis van een aparte afdeling in een verzorgingshuis hangt samen met de kwaliteit van zorg. Het is mijn opvatting dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen alleen kan gebeuren indien 24-uurs toezicht aanwezig is. Indien psychogeriatrische bewoners in een verzorgingshuis verblijven kan dat toezicht, overdag en 's nachts, het beste op een aparte afdeling worden vormgegeven. Ook de personele bezetting kan op die manier het beste worden georganiseerd. Het feit dat bewoners hun kamer of appartement op één afdeling hebben, hoeft overigens niet te betekenen dat zij de hele dag gedwongen op die afdeling moeten blijven. Integendeel, ik juich het toe wanneer instellingen hun zorg zo kunnen organiseren dat bewoners overdag de mogelijkheid hebben om ook andere ruimten in hun verzorgingshuis op te zoeken. Op die manier levert een bewoner niets in op zijn woongenot. Vrijheidsbeperkingen mogen echter alleen in de Bopz-aangemerkte afdeling worden toegepast, die daartoe dus ook afsluitbaar is. Het woongenot van de betrokkene die te maken heeft met een dergelijke vrijheidsbeperking hoeft hierdoor evenmin te worden aangetaast: de verzorging kan met een onrustige bewoner die aan de deur «morrelt» een wandeling maken. Het toepassen van een vrijheidsbeperking – het woord zegt het al – staat echter altijd op gespannen voet met de mogelijkheid te gaan en staan waar je wilt; één van de aspecten van woongenot. In dergelijke gevallen vind ik het belang van kwaliteit van zorg en zorgvuldigheid zwaarder wegen.

Niet elke dementerende zal zelfstandig kunnen blijven wonen, maar ook niet elke dementerende wordt aan vrijheidsbeperkingen onderworpen. Een dementerende die met aanvullende hulp en zorg nog thuis kan blijven wonen zonder dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen nodig is, moet daar vooral zo lang mogelijk blijven. Ook de, in aantal toenemende, kleinschalige woonvormen voor dementerenden laten zien dat kleinschalige zorg en eigen betrokkenheid bij het wonen, de bewoners «goed» doet. Wanneer het voor de dementerende, voor zijn eigen veiligheid, echter noodzakelijk is om vrijheidsbeperkingen toe te passen, is het zelfstandig wonen als regel geen goede optie.

12

*Behoort het tot de verantwoordelijkheid van de regering om beleid ten aanzien van zorg voor dementerenden af te stemmen op de zorgvraag? Zo ja, hoe denkt de regering beleidsmaatregelen te kunnen nemen zonder inzicht in de zorgvraag? Zo nee, waarom niet?*

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de regering beleid te formuleren op basis waarvan toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, ook die voor dementerenden, kan worden gewaarborgd. Het afstemmen van het aanbod op de vraag is ten principale de verantwoordelijkheid van de verzekeraars. Wel behoort het stimuleren en faciliteren tot de overheidstaak. Voor dementerenden wordt het «Landelijk Dementieprogramma» ontwikkeld. Hierin worden de meest voorkomende vragen en problemen van dementerenden en hun mantelzorgers verwoord. Met de mogelijke antwoorden op die vragen zal, in de vorm van aanbod op het terrein van wonen, welzijn en zorg in de ruimste zin van het woord, de zorgvraag meer centraal komen te staan. Tegelijkertijd laat ik TNO een «Simulatiemodel Dementerendenzorg» ontwikkelen aan

de hand waarvan partijen in de regio, daar waar de zorg voor dementerenden daadwerkelijk vorm en inhoud moet worden gegeven, inzicht krijgen op de effecten van hun beleid. Met andere woorden, zichtbaar wordt welke zorgvragen wel, maar vooral ook welke zorgvragen niet (volledig) worden beantwoord en welke gevolgen dat heeft voor de zorgvrager en diens mantelzorger(s).

Zowel de gemeenten (welzijnstaken, diensten) als de zorgkantoren (care) en ook de verzekeraars (cure) kunnen ieder voor hun deel, maar in samenhang met elkaar die zorg inkopen die «gevraagd» wordt.

13

*Is het noodzakelijk dat alle vrijheidsbeperkingen worden genoteerd, is dat in de praktijk uitvoerbaar en worden instellingen gecompenseerd voor deze aanvullende administratieve lasten?*

In principe worden alle vrijheidsbeperkingen genoteerd. Vaak zullen ze in het zorgplan zijn opgenomen. Centrale registratie van vrijheidsbeperkingen is slechts voorgeschreven indien het dwangbehandeling of de toepassing van middelen en maatregelen in tijdelijke noodsituaties op grond van de Wet Bopz betreft. Ik ben echter van mening dat instellingen die vrijheidsbeperkingen uit het zorgplan eveneens centraal registreren daardoor een instrument in handen hebben om de kwaliteit van de geboden zorg te evalueren en te verbeteren. Het systematisch vastleggen, bewaken en beheersen van de toepassing van vrijheidsbeperkingen behoort tot de normale kwaliteitszorg van een instelling, waarvoor die instelling dan ook zelf verantwoordelijk is.

14

*Wat is het tijdpad met betrekking tot het voornemen het landelijk centrum indicatiestelling te vragen voorstellen te doen voor een meer uniforme toepassing van de BOPZ-toets door de indicatieorganen?*

Vooruitlopend op het formeel van start gaan van het Landelijk Centrum Indicatiestelling hebben de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO) en het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) inmiddels het initiatief genomen om de procedures rond de BOPZ-toets zoals die nu gehanteerd worden in de psychogeriatric en de gehandicaptenzorg, nader op elkaar af te stemmen.

15

*Wat is het tijdpad met betrekking tot het inrichten van een consultatiebureau voor geriatrie? Wanneer wordt de Tweede Kamer hierover geïnformeerd?*

De Algemene Rekenkamer heeft in het onderzoeksrapport geadviseerd te onderzoeken of het wenselijk is consultatiebureaus voor dementie in te stellen of de voorlichting aan familie van dementerenden te verbeteren. In mijn reactie op dit advies van 29 april 2003 ben ik kort op de problematiek ingegaan. Ik heb aangegeven dat er enerzijds sprake is van een veelheid aan beroepsgroepen, organisaties en financiële stromingen. Anderzijds raakt dementie niet alleen het terrein van de gezondheidszorg, maar ook het terrein van welzijn en diensten. Mijn conclusie is dat daarom op (sub)regionaal niveau de zorgketen organisatorisch versterkt moet worden. Dat is een van de redenen dat ik opdracht heb verleend om het Landelijk Dementieprogramma te ontwikkelen. Dit programma bevat allereerst de problemen waarmee dementerenden meestal gelijktijdig geconfronteerd worden. Naast de meest voorkomende problemen, die niet alleen op het gebied van gezondheidszorg liggen, bevat dit programma ook de meest verantwoorde oplossingen. Met deze gegevens in de hand kan men op (sub)regionaal niveau de zorg aan een analyse

onderwerpen: doen we de dingen die gedaan moeten worden, is er voldoende capaciteit en moeten er meer samenhangen worden georganiseerd. In 2004 worden op basis van dit instrument pilots gedaan in een beperkt aantal regio's. Ik heb in mijn reactie willen aangeven dat dit beleid goed aansluit bij de door haar geconstateerde problematiek en dat ik om die reden vooralsnog niet voornemens ben consultatiebureaus voor geriatricie op te (laten) zetten.

In mijn brief met kenmerk DVVO-U-2369140, d.d. 19 mei 2003 heb ik u onder meer geïnformeerd over het Landelijke Dementieprogramma (toen nog Landelijk Zorgprogramma Dementie).