

Vergaderjaar 2003–2004

28 950

Dementerenden en de Wet BOPZ

Nr. 3

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 1 oktober 2003

De commissie voor de Rijksuitgaven¹ de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² hebben een aantal vragen aan de Algemene Rekenkamer voorgelegd over het rapport «Dementerenden en de Wet BOPZ» (kamerstuk 28 950, nrs. 1 en 2). De Algemene Rekenkamer heeft deze vragen beantwoord bij brief van 30 september 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

De Adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,
Noordsij

¹ 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 Ruiters (SP), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Schreijer-Pierik (CDA), Hofstra (VVD), Ferrier (CDA), Eerdmans (LPF), Vacature (CDA), Vergeer-Mudde (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).

² Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker

(D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Smilde (CDA), Omtzigt (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF) en Schippers (VVD).
Plv. leden: Luchtenveld (VVD), Rouvoet (CU),

Verdaas (PvdA), Griffith, MPA (VVD), Van der Ham (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Mosterd (CDA), Eski (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiters (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Van Loon-Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF) en Hirsi Ali (VVD).

1

Waarom is ervoor gekozen in de opbouw van het rapport om feiten, interpretaties, conclusies en aanbevelingen door elkaar te laten lopen?

Naar de mening van de Algemene Rekenkamer is niet voor een dergelijke opbouw gekozen. Feiten en interpretaties lopen niet door elkaar, maar worden in de hoofdstukken 2 tot en met 5 systematisch behandeld. De gehanteerde normatiek (het wettelijk kader) is in hoofdstuk 2 uiteengezet. De bevindingen, namelijk hoe de betrokken actoren invulling geven aan hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de Wet BOPZ voor psychogeriatrische patiënten, zijn beschreven in de hoofdstukken 3 tot en met 5. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies en aanbevelingen.

2

Hoe representatief zijn de onderzoeksresultaten gelet op de selectiecriteria voor de zorgkantorregio's en de respondenten, en mede gelet op het feit dat in de weergave van de onderzoeksresultaten gebruik wordt gemaakt van termen als «veel», «meestal», «weinig», etcetera?

Het onderzoek geeft geen representatief beeld van Nederland, maar wel is een beeld verkregen van de mate waarin de verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen op dementerenden in de vijf geselecteerde zorgkantorregio's toegepast worden. Vooronderstelling bij de selectie was: vrijheidsbeperkende maatregelen worden minder vaak ongeoorloofd toegepast in die regio's waar instellingen een relatief groot aantal BOPZ-plaatsen en korte wachtlijsten hebben dan in regio's met relatief weinig BOPZ-plaatsen en lange wachtlijsten voor psychogeriatric verpleeghuisopname. In dat opzicht was sprake van een spreiding over Nederland.

Uit het onderzoek blijkt dat weinig instellingen uit de geselecteerde regio's een totaaloverzicht konden leveren van de toegepaste vrijheidsbeperkingen in 2001. De registratie werd niet centraal bijgehouden (ook niet van toepassingen van middelen of maatregelen in noodsituaties, wat verplicht is), maar uitsluitend in de individuele patiëntendossiers. Van de meeste instellingen is daardoor informatie over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen verkregen van de stand van zaken op het moment van onderzoek. Volledige, cijfermatige informatie ontbrak bij de meeste bezochte instellingen. Daarom is gebruikt gemaakt van termen als «meestal».

3

Hoe betrouwbaar zijn de onderzoeksresultaten die zijn afgeleid uit de gesprekken met de actoren? Zijn deze gesprekken volgens een standaardvragenlijst afgenomen?

Alle gesprekken zijn volgens een standaardvragenlijst afgenomen om de onderzoekresultaten met elkaar te kunnen vergelijken. In die lijst zaten controlevragen om de consistentie van de antwoorden van de respondenten te kunnen controleren. Naar de mening van de Algemene Rekenkamer zijn zodoende betrouwbare onderzoeksresultaten verkregen. Tijdens het onderzoek zijn verpleegen verzorgingshuizen met (gesloten) afdeling(en) waar dementerenden wonen en recreëren bezocht. Dit is gebeurd op basis van vrijwillige medewerking.

4

Moet de toelichting op de begrippen zo worden begrepen dat de Algemene Rekenkamer elke vrijheidsbeperking als dwangbehandeling ziet, ook als de bewoner of diens wettelijke vertegenwoordiger zich daar niet uitdrukkelijk tegen verzet?

Neen, onder de gehanteerde begrippen «vrijheidsbeperking» en «vrijheidsbeperkende maatregelen» verstaat de Algemene Rekenkamer die middelen of maatregelen die een inbreuk zijn op de bewegingsvrijheid van bewoners. Dwangbehandeling is in deze optiek één van de situaties waarin krachtens de Wet BOPZ vrijheidsbeperking is toegestaan. Dit is alleen het geval als de onvrijwillig opgenomen bewoner zich verzet tegen, of diens vertegenwoordiger geen toestemming geeft voor, de uitvoering van (delen van) het zorgplan. Het zorgplan mag dan niet worden uitgevoerd, tenzij behandeling ernstig gevaar voor de bewoner zelf of voor anderen voorkomt. Hierover beslist de arts/behandelaar. Daarnaast biedt de Wet BOPZ in twee andere situaties ruimte aan aangemerkte instellingen om bij onvrijwillig opgenomen bewoners vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen toe te passen. Namelijk met toestemming van de bewoner, of wanneer deze wilsonbekwaam is, van diens vertegenwoordiger en verder in geval van nood.

5

Heeft de Algemene Rekenkamer in dit onderzoek de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), die vooral is bedoeld voor het regelen van gedwongen opnames, vooral beoordeeld als behandelwet?

Neen, de Wet BOPZ bepaalt wanneer iemand onvrijwillig opgenomen mag worden, aan welke eisen instellingen moeten voldoen en aan welke regels hulpverleners zich bij de behandeling moeten houden. Bij deze regels voor hulpverleners gaat het met name om het toepassen van maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken. In het onderzoek van de Algemene Rekenkamer is – wat betreft de sector psychogeriatric – naar alle drie aspecten gekeken.

6

Betekent artikel 40 van de Wet BOPZ dat elke beperking van bewegingsvrijheid van bewoners via de Wet BOPZ moet worden geregeld, of worden hier regels gegeven voor het omgaan met bewegingsvrijheid in het geval van geen instemming of verzet?

Neen, artikel 40 van de Wet BOPZ heeft, anders dan als middel of maatregel, betrekking op de in dit artikel genoemde vrijheidsbeperkingen in en rond de instelling van onvrijwillig opgenomen patiënten. Het gaat hier om controle op poststukken op meegezonden voorwerpen, beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek, beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid (in z'n algemeenheid wordt hieronder het aanbrengen van een codeslot op de deur verstaan) en beperkingen in het recht op vrij telefoonverkeer. Het gaat, met andere woorden, te ver om te zeggen dat dit artikel betrekking heeft op «elke» beperking. Evenmin worden in dit artikel regels gegeven voor het omgaan met bewegingsvrijheid in geval van geen instemming of verzet.

7

Wat wordt bedoeld met dat niet de intentie, maar de interventie bepalend is geworden voor vrijheidsbeperkende maatregelen?

Vóór de inwerkingtreding van de Wet BOPZ in 1994 werd een onderscheid gemaakt tussen zogenoemde «beschermende» maatregelen en dwangmaatregelen. Het kon feitelijk om eenzelfde maatregel gaan, bijvoorbeeld fixatie. Er gold een onderscheid in de intentie voor de toepassing (bescherming van de patiënt tegen lichamelijk letsel versus afwending van ernstig gevaar). Met de inwerkingtreding van de Wet BOPZ was de intentie niet meer bepalend: vanaf die tijd staat de aard van de interventie voorop, bijvoorbeeld fixatie.

8

Hoe kan bij 96% van de psychogeriatrische plaatsen sprake zijn van onvrijwillige opname op grond van geen bereidheid en geen verzet als de regionale indicatieorganen het BOPZ-noodzaakcriterium niet afzonderlijk blijken te toetsen? Hoe verhoudt dat zich tot de latere opmerking dat er altijd sprake is van een toets?

Artikel 60 van de Wet BOPZ bepaalt dat, als het gaat om een opname in een pg-verpleeghuis van een persoon die noch bereidheid tot, noch verzet tegen opname laat blijken, het Regionaal Indicatie Orgaan moet toetsen of een opname van deze persoon noodzakelijk is. Dat wil zeggen of deze persoon zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven. De vijf onderzochte Regionale Indicatie Organen gaven aan dat de indicatie «opname pg verpleeghuiszorg» volgens hen al impliceert dat er een noodzaak voor opname is. Hiermee veronderstellen zij de «BOPZ-toets» (dat wil zeggen de toets van het noodzaakcriterium) al te hebben uitgevoerd op het moment dat de AWBZ-indicatie voor opname in een pg-verpleeghuis wordt afgegeven. Dit «verklaart» het percentage van 96% (ongeveer 2% van de pg-patiënten is vrijwillig opgenomen en 2% met een rechterlijke machtiging danwel inbewaringstelling). Door deze koppeling wordt de BOPZ-toets meestal niet opnieuw uitgevoerd kort voordat betrokkene daadwerkelijk wordt opgenomen, alleen wanneer aanvankelijk uitdrukkelijk sprake was van verzet tegen de opname. Deze handelwijze is in strijd met het juridisch kader van de Wet BOPZ.

9

Waaruit blijkt dat de zorgkantoren geen systematisch toezicht houden op de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg en wat is het bezwaar als psychogeriatrische producten die zij inkopen erg van elkaar verschillen?

De zorgkantoren hebben de taak om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen en erop toe te zien of die ook daadwerkelijk geleverd wordt. De vijf onderzochte zorgkantoren gaven aan deze taak nog maar beperkt in te vullen. Zij waren wel bezig met het ontwikkelen van een kwaliteitsvisie. De geleverde kwaliteit zou getoetst kunnen worden door het uitvoeren van werkbezoeken aan en visitaties van de betrokken instellingen, of nauwe samenwerking danwel contacten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Op zichzelf hoeft diversiteit in psychogeriatrische producten die door de zorgkantoren worden ingekocht geen bezwaar te zijn als deze voortkomt uit verschil in vraag of behoefte van verzekerden. De door de Algemene Rekenkamer geconstateerde verschillen in psychogeriatrische zorg hangen echter niet samen met de vraag of behoefte van verzekerden, maar met het aanbod van zorg door de verzorgingshuizen en de afspraken die daarover met het zorgkantoor worden gemaakt. Waar in het onderzoek gesproken wordt van 12 uren meerzorg, varieert dit in de praktijk door het inkoopbeleid van het desbetreffende zorgkantoor van 8 tot 16 uren meerzorg per dag.

10

Mag uit de onderzoeksresultaten geconstateerd worden dat er sprake is van een toenemend aantal dementerenden dat zonder toezicht thuis woont en begeleiding nodig heeft?

Neen, hier is geen onderzoek naar gedaan, dus dat kan niet uit de onderzoeksresultaten geconstateerd worden.

11

Waren de geraadpleegde verpleeghuisartsen op de hoogte van welke psychogeriatrische patiënten in hun huis onvrijwillig via de Wet BOPZ waren opgenomen?

Ja, de geraadpleegde verpleeghuisartsen waren op de hoogte van welke psychogeriatrische patiënten in hun huis onvrijwillig via de Wet BOPZ waren opgenomen.

12

Betekenen de onderzoeksresultaten dat in verzorgings- en verpleeghuizen nauwelijks dwangbehandeling wordt toegepast?

Ja, de onderzoeksresultaten betekenen dat in de vijf verpleeg- en negentien verzorgingshuizen, die de Algemene Rekenkamer onderzocht heeft, dwangbehandeling nauwelijks wordt toegepast. Daarbij moet opgemerkt worden dat niet elk verzet tegen opgelegde vrijheidsbeperkingen als zodanig wordt herkend.

13

Wanneer is er volgens de Algemene Rekenkamer sprake van een correct onderscheid tussen een afweging in het kader van de Wet BOPZ en een afweging in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)?

Onder de Wgbo is vrijheidsbeperking toegestaan wanneer er een medische of somatische noodzaak is om lichamelijk lijden te verhelpen. De Wet BOPZ spreekt van afwending van ernstig gevaar voor de patiënt die in zijn geestesvermogens gestoord is. Met andere woorden, toepassing van de Wet BOPZ moet in relatie staan tot de psychogeriatrische aandoening. In de praktijk blijkt in geval van dementie niet altijd helder te zijn of het bij toepassing van dwang of vrijheidsbeperking gaat om een BOPZ- of Wgbo-situatie. Door de meeste onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen wordt vrijheidsbeperking toegepast om de cliënt te beschermen tegen ernstig nadeel, zoals vallen of dwalen. Als een middel of maatregel om dergelijke medische redenen voorgeschreven wordt, is de algemene opvatting in deze instellingen dat in dat geval niet geregistreerd en gemeld hoeft te worden. Het onderscheid Wet BOPZ versus Wgbo is van belang voor de mate van rechtsbescherming voor de patiënt en de transparantie daarvan, met name wat betreft de registratie en melding van vrijheidsbeperkende maatregelen.

14

Waar is de constatering op gebaseerd dat in de ruime marge van 6 tot 38% van de dementerenden sprake is van toepassing van vrijheidsbeperking overigens zonder dat er sprake is van dwangbehandeling?

Als er geen sprake is van verzet kan de behandelaar met de bewoner, of wanneer deze wilsonbekwaam is met diens vertegenwoordiger, afspreken om vrijheidsbeperkende maatregelen als onderdeel van het behandel- of zorgplan op te nemen. Voorwaarde voor toepassing van deze maatregelen is dat zij gericht zijn op verbeteren of stabiliseren van de stoornis. Zolang er instemming is van de bewoner of diens vertegenwoordiger, mag dit zorgplan gewoon worden uitgevoerd. In de vijf verpleeg- en negentien onderzochte verzorgingshuizen waar dit voorkwam, gebeurde dit bij minimaal 6% en maximaal 38% van de dementerende bewoners. Zie verder het antwoord op vraag 2 voor wat betreft de betrouwbaarheid van de verkregen informatie op het moment van onderzoek.

De Algemene Rekenkamer hanteert het begrip «verzet» zoals in de Wet BOPZ is bedoeld. Verzet doet zich vooral voor in situaties, zoals die in het stroomschema (bijlage 2 van het rapport (p. 46)) zijn aangegeven. Uit de Kamerbehandeling van de Wet BOPZ blijkt dat «onder het maken van (toen nog gedefinieerd als) bezwaar moet worden verstaan het op enigerlei wijze kenbaar maken dat de opnemings- en verblijfskosten worden afgewezen. Voor het uiten van bezwaar geldt geen vormvereiste. Uitgangspunt is het feitelijk gedrag van betrokkene. Er moet daarbij niet alleen worden uitgegaan van verbale uitingen, maar ook van non-verbale. Bij twijfel over de bedoelingen van de patiënt zal deze de benefit of the doubt moeten krijgen in die zin dat er in het algemeen van moet worden uitgegaan dat uitingen die op bezwaar kunnen duiden als bezwaar worden aangemerkt» (Tweede Kamer 1991–1992, 21 239, nr. 20). In het onderzoek heeft de Algemene Rekenkamer geconstateerd dat zowel de Regionale Indicatie Organen als de zorgaanbieders moeite hebben met toepassing van dit begrip in de praktijk.

Zoals in het rapport *Dementerenden en de Wet BOPZ* is aangegeven, bleek in de onderzochte instellingen die centraal op instellingsniveau registreren, het bewustzijn rond vrijheidsbeperkend handelen groter te zijn dan in instellingen die dat niet deden. In de centraal registrerende instellingen werd kritischer naar het eigen vrijheidsbeperkende handelen gekeken en werden vaker alternatieven aangeboden.

Het feit dat enkele instellingen centraal een registratie bijhouden, toont aan dat het in de praktijk uitvoerbaar is (de informatie is in principe beschikbaar uit de individuele patiëntendossiers). Betere toerusting van instellingen op ICT-gebied zal registratie en totstandkoming van informatie vergemakkelijken.