

Vergaderjaar 2004–2005

28 950

Dementerenden en de Wet BOPZ

Nr. 5

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 juni 2005

1. Inleiding

Mevrouw de Wit woonde tot vorige maand nog in haar «oude» huis, waar zij de laatste jaren alleen woonde. Ze scharrelde 's nachts onrustig rond in het huis en heeft al eens het gas aangelaten. Mevrouw is volgens de huisarts al een tijdje aan het dementeren. In dezelfde plaats ligt een kleinschalige woonvorm voor dementerenden die bestaat uit een aantal huizen in een hofje. Mevrouw wilde wel naar het hofje verhuizen waar ze de woning van de woningbouwvereniging huurt en zo een eigen huishouden behoudt en haar privacy. Om te voorkomen dat mevrouw gaat dwalen, is de buitendeur van het hofje op slot.

Steeds meer zien we in de samenleving allerlei vormen van kleinschalig wonen verschijnen. Ik vind dat heel goed: dementie of een verstandelijke handicap hoeft niet per definitie samen te gaan met intramurale opname en, als het even tegen zit, hospitalisering. Het bovenstaande voorbeeld illustreert dit. Tegelijkertijd moeten we onder ogen zien dat een dergelijke woon/zorgsituatie met de huidige wet- en regelgeving niet steeds gerealiseerd kan worden. Voor de maatregelen die soms nodig zijn, is nieuwe wetgeving nodig. Want de buitendeur van het hofje uit het voorbeeld waarmee deze brief begint, mag nu niet op slot. Voor mevrouw De Wit is er op dit moment geen andere mogelijkheid dan te verhuizen naar een verpleeghuis of een afgesloten afdeling van een verzorgingshuis.

2. Waar gaat deze brief over?

In de jaren negentig van de vorige eeuw zijn verschillende patiëntenwetten ingevoerd die onder andere moesten bijdragen aan het verbeteren van de positie van het individu in de gezondheidszorg. Het gaat onder andere om de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

(Wet Bopz), regelingen over curatele, mentorschap en bewindvoering en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

Deze brief gaat over de aanpassing van één van die wetten: de Wet Bopz. Ik schets in deze beleidsbrief wat ik wil gaan regelen voor mensen met dementie en mensen met een verstandelijke handicap wanneer de vraag naar een mogelijke vrijheidsbeperking aan de orde komt. Deze beleidsbrief is dus niet van toepassing voor de psychiatrie. Vóór alles geldt dat het hier bijzonder kwetsbare groepen betreft, die dan ook bijzondere bescherming verdienen. Zij zijn vaak niet (meer) in staat om zichzelf te beschermen in de maatschappij of kunnen door hun gedrag gevaar voor zichzelf of anderen veroorzaken. Het is dan aan de zorgverlening om dat dreigende gevaar af te wenden. Idealiter volstaat het om een dreigende escalatie van gedrag weg te nemen door een goede begeleiding, bijvoorbeeld door een rondje met een dementerende oudere te lopen. Maar dat zal niet altijd genoeg zijn; soms moet de hulpverlener ingrijpen in de persoonlijke vrijheid van de betrokkene. De gevallen waarin en de omstandigheden waaronder dit is toegestaan in de intramurale zorg, zijn geregeld in de Wet Bopz. De rechtsbescherming die de wet beoogt te bieden is in de praktijk voor deze doelgroepen gering en bovendien loopt de wet niet «in de pas» met nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van wonen en zorg, zoals hierboven geschetst. In deze brief geef ik aan hoe dat precies zit, waarom het nodig is de wet te wijzigen en op welke manier ik dat wil doen. Ook besteed ik aandacht aan het flankerend beleid dat nodig is om een omslag in het denken over vrijheidsbeperkingen te bereiken.

3. Waarom werkt de huidige Wet Bopz niet goed?

«Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen» behalve in een aantal met name genoemde situaties en «overeenkomstig een wettelijke voorgeschreven procedure», aldus artikel 5 van het Europees Verdrag voor de rechten van de Mens (EVRM), waarin het zelfbeschikkingsrecht is verankerd. De Wet Bopz werkt dat beginsel uit voor de gedwongen opname van mensen in een psychiatrisch ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten. Daarnaast geeft de Wet Bopz aan onder welke voorwaarden een aantal vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen mag worden toegepast.

In 2002 is de Wet Bopz geëvalueerd. Uit de evaluatie bleek dat er grote verschillen bestaan in de bedoeling van de wetgever enerzijds en uitvoering van de wet in de praktijk anderzijds¹. De huidige wet gaat er bijvoorbeeld van uit, dat voor de opgenomen cliënt een zorg- of behandelingsplan wordt opgesteld, dat gericht is op het verbeteren of wegnemen van de stoornis zodanig, dat het gevaar wordt weggenomen. Voor de mensen waar het hier om gaat, is evenwel geen sprake van het wegnemen of verbeteren van de stoornis. De gedragsuitingen en gedragsstoornissen die bij dementie of een verstandelijke handicap kunnen horen vragen dan ook om een andere beoordeling en begeleiding. Dat geldt vooral bij de beoordeling van de vraag of er noodzaak tot opname is, en of er sprake is van verzet.

4. Waarom is handhaven van de huidige wet geen optie meer?

De evaluatiecommissie was van oordeel dat de kloof tussen wet en praktijk zo groot is, dat voorlichtingstrajecten, die de afgelopen jaren al hebben gedraaid, niet voldoende verbetering kunnen brengen. Het niet, of niet goed toepassen van de Wet Bopz leidt ertoe dat de kwetsbare groepen waar het hier om gaat, niet de rechtsbescherming krijgen die ze verdienen. Dat vind ik in ieder geval reden genoeg om voor mensen met

¹ Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen 2002, deel 10, Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie.

dementie of een verstandelijke handicap een andere regeling te willen maken. Daarnaast doen zich ook andere maatschappelijke ontwikkelingen voor waar ik actief op in wil spelen. Op regelmatige basis worden namelijk vrijheidsbeperkingen toegepast buiten Bopz-instellingen. Uit onderzoek dat ik in 2003 heb laten doen, is gebleken dat minimaal de helft van de zorgaanbieders ook buiten instellingen te maken heeft met de vraag of een vrijheidsbeperkende maatregel moet worden toegepast bij een cliënt met dementie of een verstandelijke handicap¹. Een uniforme normering over welke maatregelen mogen worden getroffen en onder welke voorwaarden, ontbreekt in deze gevallen. In de praktijk moet de zorgverlener dan kiezen. Hij kan de vrijheidsbeperking toch toepassen, omdat hij meent dat dat in die concrete situatie verantwoorde zorgverlening is, maar dan ontbreken er bepaalde vormen van rechtsbescherming voor de cliënt. Het toepassen van een vrijheidsbeperking kan in dat geval zorginhoudelijk gezien een juiste keuze zijn, maar juridisch gezien niet. De zorgverlener kan de betrokkene ook overplaatsen naar een Bopz-aangemerkte, intramurale, instelling. Gelet op de voortgaande scheiding van wonen en zorg en de wens van veel mensen om langer thuis te wonen, ook als intensieve zorg nodig is, is een overplaatsing niet altijd wenselijk en naar mijn mening ook niet altijd nodig.

Ik ben dan ook van mening dat het tijd is voor mensen met dementie of een verstandelijke handicap een ander uitgangspunt dan de huidige locatiegebondenheid van de Wet Bopz. De cliënt moet centraal komen te staan. Op welke plek dergelijke, zeer ingrijpende maatregelen dan ook moeten worden genomen, hij verdient een zo goed mogelijke rechtsbescherming. Tegelijkertijd moeten zorgverleners weten wat wel en niet mag. Ik ben mij ervan bewust dat dit andere uitgangspunt een dilemma met zich meebrengt. Het volgen van maatschappelijke ontwikkelingen zoals hierboven geschetst, betekent namelijk niet dat ik een «vrijbrief» wil geven voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen – integendeel. Ik wil benadrukken en stimuleren dat de zorgverlening zich ervan bewust moet zijn dat hier grondrechten in het geding zijn, rechten van een heel kwetsbare groep mensen. Ik zal in paragraaf 10 nader ingaan op het belang dat ik daarom hecht aan «flankerend beleid».

5. Vrijheidsbeperking en vrijheidsbenaming in de nieuwe regeling: tot wie richten we ons?

Mensen met dementie of een verstandelijke handicap worden op allerlei plaatsen verzorgd en begeleid. De algemene bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn vanzelfsprekend van toepassing op die geleverde zorg. Bij het ontwerpen van de nieuwe regeling richt ik mij dan ook tot de professionele zorgverlener – en dus niet tot mantelzorgers, die in de praktijk vaak een belangrijke rol spelen. Ik kies daar bewust voor: aan professionals mag je nu eenmaal andere eisen stellen dan aan niet-professionele zorgverleners. Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is daar ook op ingericht. Bovendien, en minstens zo belangrijk, wil ik een familie- of vriendschappelijke relatie niet onnodig juridiseren. Dat betekent niet, dat er helemaal geen regels zijn: een mantelzorger die «over de schreef gaat» en bijvoorbeeld iemand tegen zijn wil zou fixeren kan, in het uiterste geval, op grond van het Wetboek van Strafrecht door het Openbaar Ministerie worden vervolgd.

¹ Beperkt door zorg, toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, maart 2004.

Bij het maken van een wettelijke regeling voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen moeten we ons één ding goed realiseren. Het moment waarop, noch de concrete omstandigheden waaronder een vrijheidsbeperking aan de orde is, zijn in een wet te vangen. Ook het voorstel van wet dat ik aan het voorbereiden ben, geeft daar dus geen vaste regels voor. Afhankelijk van de persoon, diens omgeving en de professio-

nele inschatting van de zorgverlener, kan goede zorg betekenen dat het noodzakelijk is een vrijheidsbeperking toe te passen. Wat bepaalt die regeling dan wel? Ik wil dat de nieuwe regeling klip en klaar aangeeft welke stappen een zorgverlener moet zetten en aan welke criteria hij moet toetsen voordat een vrijheidsbeperking als laatste redmiddel kan worden ingezet. In de volgende paragrafen zal ik dit toelichten.

6. Wat zijn vrijheidsbeperkingen?

De huidige Wet Bopz kent de volgende vormen van vrijheidsbeperking:

- fixatie
- afzondering
- gedwongen of gecamoufleerd toedienen van medicatie
- gedwongen toedienen van voedsel en vocht
- separatie (uitsluitend in de zorg voor verstandelijk gehandicapten)

Deze vrijheidsbeperkingen vormen een inbreuk op iemands recht op lichamelijke integriteit. Uit de term inbreuk blijkt overigens dat het hier gaat om beperkingen waarmee een cliënt niet willens en wetens instemt, niet kan instemmen of waartegen een cliënt zich verzet. Veel discussies in multidisciplinaire overleggen worden echter gevoerd over hele andere beperkingen van iemands vrijheid: hoe vaak zetten we mevrouw Andriessen, die zich telkens verzet, toch onder de douche? Of, in de gehandicaptenzorg: zullen we Mark, die soms geen remmingen kent, gezien zijn overgewicht nu gaan verbieden nog langer twintig glazen cola per dag te drinken? Het betreft dan inbreuken op iemands recht op keuzevrijheid of privacy, en ook dit soort inbreuken vallen onder de bescherming van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Om die reden ligt het voor de hand het begrip vrijheidsbeperkingen uit te breiden tot de volgende categorieën:

- a. Fysieke vrijheidsbeperkingen:
 - fixatie
 - afzondering in een speciale ruimte
 - afzondering op de eigen kamer
 - verblijf op een gesloten afdeling/voordeur op slot
- b. Medicatie:
 - niet-vrijwillige medicatie als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperking
 - niet-vrijwillige medicatie gericht op somatische behandeling
- c. Overige inbreuken op het recht op zelfbeschikking, bijvoorbeeld:
 - verplicht dieet
 - verplicht douchen
 - financieel beheer
 - verbod op relaties

7. Wanneer mogen vrijheidsbeperkingen worden toegepast?

De vraag wanneer een inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht is geoorloofd, moet aan de hand van juridische, ethische en zorginhoudelijke noties worden beantwoord. Die komen samen in de volgende uitgangspunten, ook wel de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid genoemd:

- de vrijheidsbenamingen en -beperkingen mogen alleen worden opgelegd als het ter voorkoming van een onverantwoorde situatie noodzakelijk is om in te grijpen;
- er is geen redelijk alternatief met een minder ingrijpend karakter
- de vrijheidsbenamingen en -beperkingen moeten doelmatig zijn en in verhouding staan tot het doel dat wordt beoogd;

Ik ben me ervan bewust dat dit abstracte uitgangspunten zijn, die voor de mensen die de handen aan het bed vormen moeilijk te concretiseren zijn. Centraal staat steeds de vraag welke omstandigheid het ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer van iemand rechtvaardigt. Onderstaande voorbeelden illustreren dat de afweging over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen per instelling, per afdeling en per dag verschillend kan worden ingevuld.

Mevrouw Jansen is dement en opgenomen in een verpleeghuis. Ze scharrelt nog graag rond op de gangen, al loopt ze bibberig en vergeet ze steeds haar rollator mee te nemen. Het verpleeghuis vindt mobiliteit erg belangrijk en is ook ingericht op «lange wandelingen» en laat mevrouw haar gang gaan. Een gevoel van onrust kunnen ze op deze manier vermijden. Het risico dat mevrouw valt en haar heup breekt weegt niet op tegen haar behoefte aan bewegingsvrijheid.

Het verpleeghuis in een naastgelegen dorp maakt een andere afweging: het risico dat een van de bewoners die slecht ter been is valt, weegt, mede door druk van de familie, niet op tegen de wil om te wandelen. Om vallen te voorkomen, kiest de verzorging ervoor om mevrouw De Wit in een diepe stoel te plaatsen. Daar wordt ze onrustig van en de verpleeghuisarts schrijft kalmerende pillen voor.

Diede is een licht verstandelijk gehandicapte jongen van 18 en woont in een gezinsvervangend tehuis (gvt). Op de dagbesteding heeft hij een vriendinnetje ontmoet, dat hem nu te pas en te onpas op zijn mobiele telefoon belt en afspraakjes met hem wil maken. In zijn zorgplan staat echter dat hij 's avonds beter niet de deur uitkan, omdat hij zo makkelijk beïnvloedbaar is dat hij al herhaaldelijk in de problemen is gekomen. Diede houdt zich aan de afspraak, maar vindt het wel moeilijk. Soms moet het personeel van het gvt hem dus 's avonds nog eens extra overreden om toch maar thuis te blijven, en dat lukte tot gisteren altijd. Die dag had Diede echter iets heel vervelends meegemaakt, waardoor hij van het gesprek met de leiding over het niet doorgaan van zijn afspraakje zo over zijn toeren raakt, dat hij agressief wordt. Het personeel ziet geen andere mogelijkheid dan Diede met zachte, maar dwingende hand op zijn kamer af te zonderen voor een afkoelingsperiode.

De leiding van een ander gvt dat onder dezelfde stichting valt, heeft een soortgelijk geval meegemaakt. Zij hebben met de familie van de persoon in kwestie afgesproken dat hij geen mobiele telefoon meer krijgt, maar slechts op vaste momenten van de vaste telefoon gebruik kan maken. Op die manier wordt een hoop onrust weggenomen en escalatie voorkomen.

Uit de bovenstaande voorbeelden blijkt, dat het niet mogelijk is om een uniforme regeling te maken voor gedetailleerde situaties waarin vrijheidsbeperkingen mogen worden toegepast. Oftewel: het is niet mogelijk om te omschrijven wanneer het gevaar in de ene situatie alleen kan worden weggenomen door het ingrijpen in iemands persoonlijke vrijheid terwijl hetzelfde gevaar in een andere situatie met een alternatief ingrijpen kan worden voorkomen.

Wat wèl duidelijk is, is dat het moet gaan om gevaar of ernstig nadeel. Om dat transparant te maken stel ik voor dat een vrijheidsbeperking slechts mag worden toegepast indien in het zorgplan is omschreven welk gevaar of ernstig nadeel een cliënt of bewoner loopt. Bovendien moet in het zorgplan de relatie worden gelegd tussen het gevaar en specifieke vrijheidsbeperking.

Meneer Van Nes verblijft in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Hij heeft vaste structuren nodig, en raakt volledig van slag als er iets afwijkt van het gebruikelijke patroon. Dat uit zich door zelfverwonding: hij probeert voortdurend met zijn vuisten tegen zijn hoofd te slaan. Door het bieden van een vaste dagstructuur en vaste begeleiders wordt het gevoel van onveiligheid en onrust bij meneer Van Nes weggenomen. De team-

begeleiders weten echter ook dat hij, wanneer de vaste krachten ziek of op vakantie zijn, onmiddellijk weer zal beginnen met slaan. Alle mogelijke alternatieven om dat te voorkomen zijn al uitgeprobeerd. Om die reden is in het zorgplan van meneer Van Nes opgenomen dat wanneer de vaste begeleiders niet op de groep aanwezig zijn, er een gevaarlijke situatie kan ontstaan. Indien dat gevaar zich concreet voordoet, zal hij armkokers omkrijgen.

De manier waarop in dit voorbeeld wordt omgegaan met het verantwoordwoord in het zorgplan van een vrijheidsbeperking lijkt niet meer dan normaal, maar betekent een aanscherping van de huidige regeling. Daarin wordt het concrete gevaar pas benoemd indien een bewoner zich verzet tegen een vrijheidsbeperking. Veel mensen met dementie of een verstandelijke handicap kunnen zich echter niet verzetten. Ook gebeurt het nogal eens dat hun gedrag niet wordt herkend als verzet. Daar wil ik verbetering in aanbrengen. Het moet voor alle betrokkenen (cliënten, familie en vertegenwoordigers, zorgverleners en toezichthouders) via het zorgplan duidelijk zijn, op welke wijze een zorgaanbieder omgaat met vrijheidsbeperkingen.

De regelgeving rondom zorgverlening in een noodsituatie ondergaat in de nieuwe regeling geen wijziging ten opzichte van de huidige Wet Bopz: indien een vrijheidsbeperking buiten de context van het zorgplan om zou moeten worden toegepast, dan mag dat alleen – voor een maximumtermijn van zeven dagen – als dat noodzakelijk is ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie die door de stoornis van de cliënt wordt veroorzaakt. Van een noodsituatie is vaak sprake als de mantelzorger onverwacht uitvalt, waardoor acuut een gevaarlijke situatie ontstaat. Het spreekt voor zich dat het beleid van de zorgaanbieder er op gericht moet zijn, noodsituaties zoveel mogelijk te voorkomen, zodat een maatregel alleen in een uitzonderingssituatie hoeft te worden getroffen.

Uit het bovenstaande blijkt al dat het zorgplan centraal staat bij de vraag wanneer een vrijheidsbeperking mag worden toegepast. Rondom het zorgplan speelt nog een tweetal procedurele vereisten die naar mijn mening moeten worden gesteld. Eerste eis is dat de arts, of orthopedagoog in de gehandicaptenzorg, de beslissing neemt om vrijheidsbeperkingen in het zorgplan op te nemen. Tweede eis is dat hij dat pas doet nadat in multidisciplinair overleg alle alternatieven zijn overwogen.

8. Waar mogen vrijheidsbeperkingen worden toegepast?

Zoals gezegd is de huidige wet alleen van toepassing op verpleeghuizen, sommige afgesloten afdelingen van verzorgingshuizen en intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Dit terwijl beleid en praktijk steeds vaker semi- en extramurale woonvormen voorstaan, waar intensieve zorg wordt geboden aan mensen met een grote zorgbehoefte. Iedereen kent inmiddels wel de kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie, of het gedeconcentreerd wonen in de wijk voor mensen met een verstandelijke beperking. Een indicatie voor een functie verblijf hoeft niet meer per definitie te betekenen dat dat verblijf ook wordt «afgenomen» van een instelling. Ik ben voorstander van dit soort initiatieven. De zorg moet naar mijn mening de cliënt volgen; die staat immers centraal. Het bieden van extramurale zorg maakt dat mogelijk. En als de extramurale zorgverlener kan aantonen dat hij op gelijke wijze, en net zo zorgvuldig, kan omgaan met de vraag naar vrijheidsbeperkingen als zijn «intramurale collega», dan is dat naar mijn mening geen reden meer om de cliënt ineens de zorg te laten volgen door hem te verhuizen naar een intramurale instelling. In het veld wordt breed de opvatting gedeeld dat

het overplaatsen van een cliënt vaak niet de beste oplossing is en vaak wordt dat dan ook niet gedaan.

Om die reden zal de locatie in de nieuwe regeling niet langer doorslaggevend zijn voor de vraag of iemand onder de werking van die regeling, en de rechtsbescherming die er vanuit gaat, valt. Waar in de huidige Wet Bopz alleen intramurale locaties worden aangemerkt als instellingen waar vrijheidsbeperkingen mogen worden toegepast, zal de nieuwe regeling zich richten op alle zorgaanbieders – ongeacht de vraag of die zorgaanbieder ook een gebouw heeft waarin hij zorg verleent. Ik vind dat op deze manier het meeste recht wordt gedaan aan de cliënten waar het hier om gaat: mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Als de rechtsbescherming gewaarborgd is, kan het maken van een inbreuk op grondrechten gelegitimeerd zijn.

Vanzelfsprekend is er een grens aan wat in de extramurale situatie kan. Het past ook in de aard van de nieuwe regeling om te erkennen dat verantwoorde zorg en een verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperkingen niet in alle gevallen in de vertrouwde woonomgeving kan worden geboden en dat zorgverlening thuis dus z'n grens kent. Dat kan zich bijvoorbeeld voordoen indien verantwoord toezicht ontbreekt omdat iemand alleen woont. Dan kan een andere, meer op zorg ingerichte omgeving een beter alternatief zijn. Of in de thuissituatie verantwoorde zorg mogelijk is, zal steeds per individueel geval bekeken moeten worden. Naast de wens van de cliënt en zijn familie is de professionele inschatting van de zorgverlener over de extramurale mogelijkheden het uitgangspunt.

Kan nu zomaar iedere zorgaanbieder straks vrijheidsbeperkingen toepassen? Nee, in de nieuwe regeling moet iedere zorgaanbieder die straks zorg wil verlenen waarbij mogelijk vrijheidsbeperkingen moeten worden ingezet, zich in ieder geval van tevoren laten registreren. Bij die registratie zal hij moeten aantonen wat zijn beleidsvisie op vrijheidsbeperkingen is, op welke wijze hij alternatieven inzet en op welke wijze hij het toezicht wil vormgeven indien een vrijheidsbeperking daadwerkelijk wordt toegepast. Ik ga er vanuit dat een dergelijk beleidsplan de Inspectie voor de Gezondheidszorg straks een handvat zal bieden in het toezicht. Het feit dat deze verplichtingen worden opgenomen, betekent aan de andere kant dat de Inspectie veel strikter zal gaan optreden tegen zorgaanbieders die weliswaar vrijheidsbeperkingen toepassen, maar daarvoor geen adequaat beleidsplan hebben, of zich niet hebben aangemeld.

9. Wie oordeelt over de zorgbehoefte en eventueel opname?

Uit de evaluatie van de Wet Bopz is gebleken dat niet alle indicatiecommissies de taken die de wet hen opdraagt, goed uitvoeren. Dit is een ernstige zaak, gelet op het belang van een goede indicatie. Een opname die gepaard kan gaan met een fysieke vrijheidsbeperking en/of een opname waartegen iemand zich verzet, valt onder het begrip «vrijheidsbeneming» in de zin van artikel 5 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Dat betekent dat de opname omgeven moet worden met bepaalde waarborgen, zoals een wettelijke basis en toegang tot de rechter. Als een cliënt zich verzet tegen een opname, kan die dus alleen doorgang vinden met een rechterlijke machtiging. Het belang van een goede indicatie is dus groot.

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) moet een onafhankelijk oordeel geven over de zorgbehoefte, al dan niet in combinatie met opname. Wanneer het gaat om iemand met dementie of een verstandelijke handicap, voert het CIZ los van beoordeling van de zorgbehoefte op basis van de AWBZ de zogenoemde Bopz-toets uit. Dat wil zeggen dat zij moet

beoordelen of de mate van dementie of de verstandelijke beperking zo groot is, dat iemand zich niet buiten een instelling kan handhaven. In overleg met het CIZ wil ik oplossingen gaan zoeken die de indicatiestelling voor de Bopz verbeteren. Of dat ook aanleiding zal geven tot wetswijziging, kan ik nu nog niet aangeven.

10. Flankerend beleid

Een nieuwe wettelijke regeling, die is afgestemd op de speciale zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking, is zeker een stap vooruit. Maar daarmee alleen zijn we er niet. Ik streef naar een brede mentaliteitsverandering van zowel familie als zorgverleners wanneer het gaat om het toepassen van de soms zeer ingrijpende maatregelen die in deze brief worden behandeld. Zo'n mentaliteitsverandering, die moet leiden tot het minder vanzelfsprekend (vragen om) toepassen van een vrijheidsbeperking bij dreigend gevaar, is niet bij wet op te leggen, maar zal veel meer in het kwaliteitsbeleid moeten worden gepast. In het debat over de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen dat ik de afgelopen maanden met de Kamer heb gevoerd, is toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen terecht een terugkerend thema. Rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderkent de problematiek op de werkvloer en benadrukt de noodzaak van richtlijnen en scholing van medewerkers.

Dit alles maakt duidelijk dat de implementatie van een nieuwe regeling voor vrijheidsbeperkende maatregelen ondersteuning behoeft. Concreet betekent het dat ik, voorafgaand en parallel aan de inwerkingtreding van de regeling, binnen het Actieprogramma Kwaliteit een aantal activiteiten zal opstarten. Het gaat dan om:

- Aandacht voor vrijheidsbeperking bij het ontwikkelen van normen voor verantwoorde zorg zoals dat nu plaatsvindt in de V&V sector
- Aanscherpen van het IGZ-toezicht, zowel het gefaseerd toezicht als «calamiteitentoezicht». IGZ heeft risico-indicatoren ontwikkeld rond het onderwerp vrijheidsbeperkingen. Die hebben betrekking op registratie van maatregelen en de veiligheid er rondom. Ook in het document «maatschappelijke verantwoording» is dit onderwerp een thema.
- Binnen het programma bij ZonMw, gericht op verspreiding van goede voorbeelden in de gehandicaptenzorg en de V&V, is vrijheidsbeperking een prominent onderwerp. Goede voorbeelden van het voorkomen van vrijheidsbeperkingen in het kader van valpreventie maar ook bij gedragsstoornissen en agressie zijn geïnventariseerd en zullen in een serie «doorbraakprojecten» verder worden verspreid over de sectoren.
- Vergroten van kennis en kunde onder verzorgenden moet op meerdere wijzen vorm krijgen. Training on the job, ontwikkeling van richtlijnen samen met branche- en beroepsorganisaties, meer en betere aandacht binnen het initieel onderwijs en het binnen halen van niveau 5 verpleegkundigen voor meer coördinatie en continuïteit in de zorg.

Meer in het algemeen wil ik aandacht besteden aan het gegeven dat specifieke kennis en ervaring bij medewerkers rond deze problematiek niet altijd aanwezig is; er is soms sprake van «handelingsverlegenheid». Er zijn mogelijkheden om experts op dit terrein te consulteren. Binnen de gehandicaptenzorg bestaan vijf regionale Centra voor Consultatie en Expertise (CCE). Deze CCE hebben als doelstelling de kwaliteit van zorg voor mensen met een bijzondere zorgvraag te verbeteren. Van een bijzondere zorgvraag is sprake als de zorgverlening bij individuele cliënten wordt geconfronteerd met ernstige en aanhoudende problematiek, waar zij geen raad mee weet. De CCE verrichten consultaties en geven desgevraagd advies over de begeleiding en behandeling. Ook is het mogelijk een second opinion aan te vragen bij de CCE, bijvoorbeeld als er

twijfel bestaat over de te volgen aanpak. De CCE zijn een succes gebleken en er zijn de afgelopen jaren goede behandelresultaten bereikt. Daarom heb ik eind vorig jaar besloten de CCE voortaan ook open te stellen voor cliënten uit de ouderenzorg en ggz met een bijzondere zorgvraag, voorzover deze cliënten behoren tot de doelgroep van de CCE.

Om onaanvaardbare risico's in de verpleeghuiszorg te voorkomen is meer ondersteuning nodig dan de CCE vanuit de huidige taak kunnen bieden. Daarom heb ik opdracht gegeven tot vorming van consulente teams. Deze zijn sinds 19 april 2005 operationeel en richten zich op situaties waar de zorg voor cliënten tekort schiet, omdat er een individuele zorgvraag is waarvoor de instelling niet over de benodigde deskundigheid beschikt of omdat de organisatie van de zorg in een instelling onvoldoende is. De expertise uit de consulente teams komt uit de praktijk, «van de werkvloer», om het zo uit te drukken. De consulente teams gaan eerst aan de slag in de verpleeghuizen, na evaluatie zal ik beslissen of uitbreiding naar andere sectoren zinvol is.

11. Tot slot

Ik heb in deze brief een schets willen geven van een voorstel van wet dat ik naar verwachting aan het einde van het jaar voor advisering kan voorleggen aan de Raad van State. Door het feit dat er straks een regeling van toepassing wordt binnen én buiten intramurale instellingen, wil ik transparant maken wat er op dit moment allemaal al in de praktijk gebeurt. Een deel van die praktijk zal een wettelijke basis krijgen; een ander deel zal straks niet meer toelaatbaar zijn waar nu nog wordt gedoogd. In beide gevallen wil ik bereiken dat de mensen waar het om gaat een juiste vorm van rechtsbescherming krijgen. Die rechtsbescherming bestaat voor een belangrijk deel uit het volgen van een zorgvuldige procedure en een transparante besluitvorming. Maar daar hoort vanzelfsprekend een officiële gang op te volgen. Een cliënt of zijn vertegenwoordiger kan tegen een besluit dat zijn vrijheid beperkt opkomen door gebruik te maken van zijn klachtrecht. Indien de klacht wordt afgewezen staat de toegang tot de rechter open. Om het klachtrecht zo optimaal mogelijk te laten functioneren onderzoek ik of, naast cliëntondersteuning, de introductie van een vertrouwenspersoon gewenst is. Graag kom ik daar in een later stadium op terug.

Uiteindelijk hoop ik een regeling te maken die steeds minder hoeft te worden toegepast. Vrijheidsbeperkingen zijn helaas niet uit te bannen. Ik ben er echter van overtuigd dat ze een stuk minder vaak kunnen worden toegepast dan nu het geval is. Vanzelfsprekend ben ik bereid reeds op voorhand met u van gedachten te wisselen over de contouren van het voorstel van wet, zoals in deze brief geschetst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp