

Zorgtechnologie: toepassen voor vrijheidsverruiming

# Whitepaper

## Zorgdomotica en Wet zorg en dwang

**Whitepaper met de visie van Tim van Santen**

Themaspecialist zorg & technologie bij Leertouwer

# Whitepaper Privacy, wet- en regelgeving zorgdomotica

Deuren sluiten voor mensen met een psychogeriatrische indicatie of verstandelijke handicap: niet meer vanzelfsprekend. Vanaf 2020 is er nieuwe wetgeving rondom de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Slimme sensoren, camera-verificatie, locatiebepaling en leefcirkels: dit zijn een aantal veelbelovende technologische toepassingen voor zorginstellingen. Veel zorgorganisaties zetten deze middelen in ter vervanging van fysieke vrijheidsbeperking, omdat zorgdomotica een minder ingrijpende maatregel is.

Tegelijkertijd roept het gebruik ervan moeilijke vragen op. Wat zegt de wet over zorgdomotica? Wat vinden cliënten en mantelzorgers en hoe zetten we dit verantwoord in?

*Voor de wetenschappelijke onderbouwing van dit artikel gebruikten we regelmatig het onderzoek van VUmc, geschreven door Alistair Niemeijer et, al.: Toezichhoudende domotica, een handreiking voor zorginstellingen (2012).*

Dat je als cliënt continu in beeld bent, roept soms angst op. De term 'big brother' horen we veel in de discussie over camera's en sensoren. De inzet van deze middelen vraagt daarom om een zorgvuldige aanpak. Daarbij is de wetgeving meestal ondersteunend. Hoe is de wetgeving op dit gebied?

# Verandering van wetten

Toezichthoudende domotica valt onder de noemer: vrijheidsbeperkende maatregelen. De wetgeving die de rechten van cliënten regelt is de Wet Zorg en Dwang (WzD). Deze wet is actief vanaf 2020 en is gericht op mensen met een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking. Nieuw aan deze wet is dat er een aantal nieuwe functies en functiebenamingen worden geïntroduceerd, zoals de zorgverantwoordelijke en de Wzd-arts. De wet voorziet in de regeling van besluitvorming over onvrijwillige zorg en omschrijft hoe om te gaan met vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder zorgdomotica. Omdat mensen met dementie langer thuis blijven wonen is de wet van toepassing voor mensen die zorg ontvangen in een instelling, maar ook in een dagbehandeling en thuis.

## Wetten omtrent gedwongen zorg

Op 23 januari 2018 zijn drie wetten aangenomen omtrent gedwongen zorg: De wet zorg en dwang (Wzd) de wet verplichte GGZ (Wvggz) en de wet forensische zorg (Wfz). Hieronder vindt u een korte samenvatting van de inhoud van deze wetten. Na de toelichting wordt verder toegespitst op de Wet zorg en dwang.

### 1. Wet zorg en dwang

De wet is gericht op psychogeriatrische cliënten en cliënten met een verstandelijke beperking. De kern van de wet is 'nee, tenzij' en gaat om het uitgangspunt dat dwangmaatregelen niet thuis horen in de zorg voor ouderen en verstandelijk beperkten. Gevaarlijke situaties moeten altijd met vrijwillige zorg worden opgelost, ook bij ernstig probleemgedrag. De wet geldt niet alleen in instellingen, maar ook voor zorg aan huis. De wet regelt dat cliënten alleen zorg krijgen die in het zorgplan is opgenomen en waar de cliënt mee instemt. Onvrijwillige zorg is zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

- het toedienen van vocht, voeding en medicatie, en medische controles/handelingen;
- beperken van de bewegingsvrijheid;
- insluiten;
- toezicht houden op de cliënt;
- onderzoek aan de kleding of het lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen;
- controleren op de aanwezigheid van middelen die het gedrag beïnvloeden;
- beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of nalaten (inclusief het gebruik van communicatiemiddelen);
- beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek.

Het inzetten van onvrijwillige zorg is het laatste redmiddel. Vrijwillige zorg moet vanzelfsprekend worden (VWS, 2018).

## 2. Wet verplichte GGZ

Deze wet regelt dat verplichte zorg ook buiten de instelling opgelegd kan worden. De cliënt krijgt meer invloed op de behandeling en in de behandeling moet er meer aandacht worden besteed aan de maatschappelijke participatie van de cliënt. Ook is de wet veel meer gericht op het voorkómen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang. Hierdoor moeten behandelingen minder ingrijpend worden.

Cliënten krijgen meer invloed tijdens de verplichte zorg. Hulpverleners moeten regelmatig met de cliënt overleggen en de zorg samen evalueren. De cliënt heeft het recht om aan te geven welke zorg en behandeling zijn voorkeur heeft en hier moet zoveel mogelijk aan worden voldaan (VWS, 2018).

## 3. Wet forensische zorg

De forensische zorg is een combinatie van beveiliging en behandeling of verpleging. Op dit moment kunnen mensen met een psychische of verstandelijke beperking terechtkomen in de gevangenis of een andere justitiële inrichting, met beperkte middelen voor behandeling. De Wet forensische zorg regelt dat cliënten op de juiste plek terecht komen en de juiste zorg krijgen. Daarnaast wordt de aansluiting tussen het strafstelsel en de GGZ verbeterd.

## Onvrijwillige zorg

Zoals in de omschrijving van de Wet zorg en dwang staat, wordt het begrip 'onvrijwillige zorg' geïntroduceerd. Dit bevat negen categorieën onvrijwillige zorg. Op al deze categorieën is dezelfde besluitvorming van toepassing, het zogeheten 'stappenplan wet zorg en dwang'.

Een vorm van onvrijwillige zorg is een maatregel waarmee zorgmedewerkers toezicht op de cliënt houden. Zorgdomotica is hier een onderdeel van.

De traditionele fysieke vrijheidsbeperkingen en toezichthoudende domotica worden in het wetsvoorstel niet op één lijn gesteld. Dit wetsvoorstel kwalificeert fysieke vrijheidsbeperkingen altijd als onvrijwillige zorg. Ook al heeft de cliënt toestemming gegeven. Toezichthoudende domotica echter, wordt alleen als onvrijwillige zorg gekwalificeerd als de cliënt, of zijn vertegenwoordiger, verzet vertoont of niet heeft ingestemd met de maatregel. Een chip in een schoen plaatsen, uit bed detectie, of uitluisteren, mag alleen nadat de cliënt begrijpelijk is geïnformeerd en toestemming heeft gegeven (Niemeijer, Depla, Frederiks, & Hartogh, 2012).

# Privacy

De ethiek en het recht onderscheiden twee typen privacy die relevant zijn voor zorgdomotica.

- In de eerste plaats privacy ten aanzien van gevoelige informatie, zoals persoonsgegevens.
- In de tweede plaats privacy in de zin van ongehinderd alleen kunnen zijn (ook wel de ruimtelijke privacy genoemd).

Men argumenteert soms dat GPS technologie alleen de privacy schaadt wanneer de desbetreffende cliënt zich probeert te verstoppen en niet gevonden wil worden. Echter is er veel bezorgdheid over het feit dat het gebruik van zorgdomotica beide vormen van privacy van de cliënt kan schaden.

De eerste zorg betreft de vraag wat er met de verzamelde data wordt gedaan en of het materiaal wel veilig wordt opgeslagen. In principe verdient het aanbeveling video-opnames niet- of slechts beperkte tijd (bijvoorbeeld 1 week) te bewaren. Toch kunnen er legitieme redenen zijn om van zo'n bewaringstermijn af te wijken, zoals na een incident. Hierbij moet de instelling gegevens kunnen overleggen in de vorm van een logboek. Niet alleen om goed na te kunnen gaan wat er precies heeft plaatsgevonden, maar ook om te controleren of de zorgdomotica wel op de juiste manier is toegepast. Stond de camera wel aan? Zat er iemand achter het beeldscherm tijdens het incident? (Niemeijer, Depla, Frederiks, & Hartogh, 2012).

Privacy kan in het geding zijn wanneer extra toezicht onvrijwillig wordt toegepast. Hiervoor is het 'nee tenzij' principe relevant. Zo is het standaard gebruiken van video-ondersteuning bij elke cliënt geen weloverwogen besluit. Het overgaan op video ondersteuning moet de zorgverlener per cliënt afwegen en de best passende maatregel kiezen voor het risico. Aan de andere kant heeft toezicht op afstand ook een verruimende werking op de vrijheid van de cliënt. Medewerkers hoeven bijvoorbeeld minder vaak langs te gaan op de kamer van de cliënt. Ook kan de zorgmedewerkers bij een alarm de afweging maken of het écht nodig is om actie te ondernemen, of dat de cliënt op een verantwoorde manier van haar vrijheid en privacy geniet.

# Algemene en individuele toepassing van zorgdomotica

Het is van belang een onderscheid te maken tussen algemene en individuele toepassingen van zorgdomotica. Algemene toepassingen worden vrijwel nooit als een vrijheidsbeperking beschouwd. Toch kunnen zij ook gevolgen hebben voor de individuele (bewegings-)vrijheid van de cliënten en hun privacy. Algemene toepassingen zijn toepassingen in de instelling waar alle cliënten (en vaak ook het zorgpersoneel) onderhevig aan zijn, zoals: camerabewaking in de gang/buiten, gesloten deuren en centrale deurvergrendeling.

## Verantwoordelijkheid

De verantwoording van de inzet van zorgdomotica is de taak van de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke draagt zorg voor het opstellen, vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. Daarbij hoort ook het voeren van overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger voorafgaand aan het inrichten van een dossier voor de cliënt.

Deze verantwoordelijkheid kan in ieder geval een arts zijn. Andere zorgverleners kunnen deze rol vervullen als een uitvoeringsregeling daarin voorziet.

Volgens de wet kan een zorgverantwoordelijke vanaf niveau 3 MBO geschikt zijn. In het geval de zorgverantwoordelijke geen arts is, moet bij onvrijwillige zorg toestemming komen van de arts.

# Praktijkaanpak met het oog op de toekomst

Om maximale privacy en vrijheid te waarborgen, begint de zorgverlener altijd met een nuloptie: alle functies van zorgdomotica staan standaard uit. Afhankelijk van de (zorg)behoefte van de cliënt en de noodzaak in zijn situatie, schakelt de zorgverlener verschillende functies in. Hierbij is de minst ingrijpende functie de eerste keus. De functies krijgen een plek in het zorgleefplan en hebben een vast evaluatiemoment in het multidisciplinair overleg (MDO). Om de maximale vrijheid te bieden geldt de zelfde nuloptie voor het sluiten van afdelingen: in principe zijn alle afdelingen open. Vanuit dit startpunt kan de leefwereld worden verkleind waar nodig, vanwege het ziektebeeld van de individuele cliënt.

Voordat de inzet van zorgdomotica daadwerkelijk start, is geïnformeerde toestemming nodig van de cliënt. Het principe van geïnformeerde toestemming is een kernstuk van de moderne ethiek en het gezondheidsrecht en is ook van toepassing op mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Om toestemming te kunnen verlenen voor zorg en behandeling moet de cliënt beschikken over goede en toereikende informatie. Een cliënt kan alleen geldige geïnformeerde toestemming verlenen als hij in staat is om de informatie te begrijpen en een betekenisvolle keuze te maken. Het is de taak van de zorgverlener om informatie te verstrekken en deze af te stemmen op het bevattingsvermogen van de cliënt. Aan dat afstemmen zit wel een grens: als iemand alleen nog heel eenvoudige informatie over een te nemen beslissing tot zich kan nemen, ontstaat de vraag of er nog sprake kan zijn van geïnformeerde toestemming. Maar ook als dat niet het geval is, blijft het nog steeds zaak om te streven naar instemming van de cliënt. Instemming kan men zien als een alternatief voor toestemming.

De behoefte aan privacy verschilt van persoon tot persoon en van situatie tot situatie. Zaak is daarom om steeds goed te kijken en cliënten echt te leren kennen. Hiervoor biedt de presentietheorie een uitkomst (Baart & Grypdonck, 2008). Wat de één als een inbreuk op zijn privacy ervaart, hoeft voor de ander geen enkel probleem te vormen. Dat betekent niet dat cliënten die op een bepaald punt geen gêne of schaamte kennen (bijvoorbeeld cliënten die naakt op de gang of in de woonkamer lopen) ongeremd gemonitord mogen worden. Het gaat hierbij namelijk niet alleen om het

respecteren van hun privacy, maar ook om de bescherming van hun waardigheid. Die is binnen de kaders van de huiskamer gemakkelijker te waarborgen dan bij het bekijken van video-opnames. Ook cliënten die gewend zijn hun privacy 'in te leveren' tijdens de persoonlijke verzorging (en dit contact niet als een aantasting van hun privacy ervaren), kunnen het onprettig vinden om gemonitord te worden. Zij ervaren dit dan wel als een aantasting van hun privacy. De persoonlijke verzorging vindt namelijk plaats door iemand met wie zij een wederkerige band hebben. De monitoring vindt plaats door een niet wederkerige elektronische toepassing. Hierbij is het de vraag of de cliënt weet wie er achter de monitor zit en in hoeverre die persoon hem goedgezind is.

Ook als een cliënt niet wilsbekwaam is ten aanzien van zorgdomotica moet hij een rol hebben in de besluitvorming. De zorgverlener moet streven naar zijn instemming. Dit vereist veel creativiteit en inlevingsvermogen van de zorgverlener, waarbij deze de informatie altijd aanpast aan het bevattingsvermogen van de cliënt.

Goede checkvragen die zorgprofessionals zichzelf kunnen stellen bij de inzet van zorgdomotica:

- Is dit de minst ingrijpende maatregel?
- Staat dit hulpmiddel in verhouding tot het gevaar?
- Bereiken we met dit hulpmiddel het doel dat we ook willen?

Een handige tool hiervoor is het stappenplan: Wet zorg en dwang (Actiz/VGN).

Omdat vanuit het 'nee, tenzij' principe wordt gehandeld, moet de zorgdomotica enorm flexibel zijn en per cliëntenkamer op een andere manier in te richten zijn. Dit vraagt om een kritische blik vanuit de wereld van techniek. Is de vrijheid en privacy altijd te waarborgen voor de cliënt? Is de techniek niet in strijd met het vrijheidsgevoel? Maakt de techniek het leven van de cliënt beter? Kan de zorgverlener met behulp van techniek present zijn?

# Samengevat

De wet zorg en dwang is van kracht vanaf 2020. Zorgorganisaties zullen zich bewust moeten zijn van de impact van deze wetgeving op hoe vrijwillige en gedwongen zorg geregeld moet worden. Zorgdomotica bevindt zich op het spanningsveld tussen vrijwillige- en gedwongen zorg. De Wzd geeft ruimte aan nieuwe technologische oplossingen voor cliënten die een gevaar voor zichzelf of anderen vormen. Met het ingaan van deze wet blijft het belangrijk dat de cliënt het uitgangspunt is voor de gekozen oplossing. Dat betekent dat de techniek zich gemakkelijk dient aan te passen aan de situatie van de cliënt. Dat vraagt om geavanceerde en toekomstgerichte zorgdomotica.

## Bibliografie

Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). Verpleegkunde en Presentie. Den Haag: Lemma.

Hardeman, F. (2013). Nieuw wet zorg en dwang. Opgehaald van Zorgverbeter: <http://www.zorgverbeter.nl/ouderenzorg/Nieuwsberichten-2013/Nieuwe-wet-Zorg-en-dwang.html>

Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., & Hartogh, C. (2012). Toezichthoudende Domotica. Amsterdam: VUmc.

VWS. (2018, januari). dwangindezorg. Opgehaald van dwangindezorg: <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang/?searchterm=zorg%20en%20dwang>

VWS. (2018, januari). dwangindezorg. Opgehaald van dwangindezorg: <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>

# Conview Care, de zorgoplossing van Leertouwer



Systemeintegrator in elektrotechniek, klimaat en ICT.

Meer weten? Neem gerust contact op.  
[info@conviewcare.nl](mailto:info@conviewcare.nl) - [conviewcare.nl](http://conviewcare.nl)  
t +31 342 42 51 51  
Albert Plesmanstraat 38, Barneveld



WONEN



WERKEN



ZORG



INDUSTRIE