

NVAVG
Van Deventerlaan 31-51
3528 AG Utrecht

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Langdurige Zorg
T.a.v. de heer C. Herstel
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Utrecht, 21-05-2025

Betreft: reactie op consultatie evaluatiewet Wzd

Geachte heer Herstel,

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) informeert u hiermee over onze reactie op de consultatie met betrekking tot de evaluatiewet Wzd. Deze brief betreft vooral onze algemene reactie op de Wzd in bredere zin en de tekortkomingen daarin en daarnaast enkele thema's en wijzigingvoorstellen die in onze optiek nadere aanpassing behoeven.

In de online consultatie gaan we meer in op de gestelde vragen en geven we meer achtergrond en argumentatie.

De NVAVG is teleurgesteld in de voorliggende evaluatiewet en de daarin voorgestelde aanpassingen. Deze komen niet tegemoet aan de herhaaldelijk gedane verbetervoorstellen van onze kant en bieden ook geen oplossing voor de vele praktijksituaties waarin we met toepassing van de huidige wet(ten) (WZD en Wvvggz) niet uit de voeten kunnen. De NVAVG pleit voor het samenvoegen van de twee gedwongen zorgwetten tot één gezamenlijke wet omdat de fundamentele rechtsbescherming tussen de twee wetten ongelijk is. Dat iedereen, onafhankelijk van zijn beperking of aandoening, gelijk behandeld dient te worden is een universeel goed (Universele verklaring voor rechten van de mens, Grondwet, VN-verdrag handicap). Dat mensen vanwege hun verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening een andere rechtsbescherming krijgen dan andere burgers in ons land blijft naar onze mening onacceptabel. De splitsing op basis van symptomen veroorzaakt een onnatuurlijke segregatie die geen recht doet aan de werkelijkheid en regelmatig ook schadelijk is voor patiënten omdat het goede passende zorg hindert.

Er zitten goede elementen in de Wzd (zoals bijvoorbeeld het stappenplan), maar het blijft een gegeven dat er geen externe toetsing door een rechter plaatsvindt voor toepassing van ernstige vormen van vrijheidsbeperking, wat een basale rechtsongelijkheid is. Dat deze externe juridische toetsing en daarmee ook bescherming door een advocaat wel in de Wvvggz is opgenomen is niet voor niets. Hier hebben mensen met een verstandelijke beperking net zo veel recht op als mensen met een psychiatrische aandoening. Dit geldt ook voor mensen die geen verstandelijke beperking hebben, maar toch beter af zouden zijn in de setting van de VG zorg of ouderenzorg.

Dat zorgverleners handelen vanuit goede intenties zal zeker het geval zijn, echter dit is niet anders in de psychiatrie. Goede intenties staan naast het basisprincipe van gelijke

behandeling en gelijke rechten. Het is paternalistisch om hiervan af te wijken. Inclusiviteit is een breed gedragen waarde, ook binnen de verstandelijk gehandicapten zorg. Vaak kan de verstandelijke beperking ook niet van psychiatrische klachten gescheiden worden. In een gezamenlijke wet kan er aandacht zijn voor het voorkómen van gedwongen zorg door goed aan te sluiten bij de cliënt en de beslisvaardigheid te vergroten. Er kan ten aanzien van psychiatrische klachten bijvoorbeeld in redelijk stabiele fase samen met de cliënt gewerkt worden aan een crisisplan om gedwongen zorg tijdens crisis in de toekomst te voorkomen of te verminderen. Als er toch ernstige vormen van gedwongen zorg noodzakelijk zijn bij cliënten met een verstandelijke beperking en psychische klachten (zoals gedwongen medicatie of insluiten) zou er ook voor mensen met een verstandelijke beperking een zorgmachtiging moeten worden aangevraagd om meer rechtsgelijkheid te creëren. De wetgever heeft gepoogd de wetten meer te harmoniseren, dit brengt echter nog steeds geen gelijke rechtsbescherming met zich mee. Daarnaast merken wij op dat hiermee de uitvoeringsproblemen die de twee wetten met zich meebrengen niet zijn opgelost en het nieuwe uitvoeringsproblemen met zich meebrengt.

Hieronder belichten wij enkele thema's uit de evaluatiewet, waarvan wij menen dat ze aanpassing behoeven.

Overgang tussen Rechterlijke Machtiging (RM; Wzd) en Zorg Machtiging (ZM; Wvggz):

- Bij opname in psychiatrie: zorgplan Wzd kan tijdelijk worden uitgevoerd in een Wvggz- accommodatie. Onduidelijk is beschreven wat de rol van de arts is; wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van de arts VG/SO en idem voor een Wzd-functionaris? Onduidelijk is hoe het proces is rond onvrijwillige zorg die in het zorgplan Wzd is opgenomen. Daarnaast zijn niet tijdelijke overplaatsingen niet geregeld. Dit zou aangepast kunnen worden door de formulering aan te passen naar 'al dan niet tijdelijk'.
- Vice versa is nog niet geregeld: ZM vervalt nog steeds bij opname met RM Wzd. Dus bij overplaatsing psychiatrie naar VG/ouderenzorg. Dit is administratief lastig en geeft een hoop gedoe. Het kost bovendien veel tijd en geld.

Artikel 21:

- Opname mag plaatsvinden als: cliënt geen blijk geeft van bereidheid tot opname en geen verzet pleegt. Huisarts of andere ter zake kundige arts plus ten minste 2 ter zake kundige zorgverleners van andere disciplines dienen in overleg te hebben vastgesteld dat aan criteria voor opname is voldaan. Één vertegenwoordiger instemt. Artsen VG zien hier geen rol wegens gemis aan relevantie en bovendien is het niet haalbaar. Wij vragen ons ook af of huisartsen hiertoe bereid zijn?

Gezamenlijke crisismaatregel:

- De NVAVG maakt zich zorgen over de crisisbeddenproblematiek. Beschikbaarheid van crisisbedden moet verbeterd worden; idealiter in samenwerkingsverbanden met de psychiatrie maar de verschillende wetten werken dit juist tegen.
- Versoepelde overgang tussen de twee wetten is op zich een goed idee, maar het uitvoeren van een stuk Wvggz binnen de Wzd is absoluut onwerkbaar (2 regimes op 1 afdeling).

- Lengte van 3 weken in plaats van 6 weken: dit is onwerkbaar. De gemiddelde opnameduur is 6 weken. Het aanvragen van een RM na 3 weken zal een enorme belasting van cliënten en professionals veroorzaken.
- Onduidelijk nog: wie bepaalt de plek van opname (OM? CIZ?) en dus ook onduidelijkheid voor een medische verklaring bij niet passende Wlz-indicatie.
- De crisismaatregel binnen de Wzd wordt alleen werkbaar als deze geldt als opnametitel (conform de huidige IBS), waarbij noodmaatregelen en gedwongen zorg nog steeds in het zorgplan kunnen worden opgenomen via artikel 15 en het stappenplan. Het is ondoenlijk om de administratieve verplichtingen uit de Wvggz uit te voeren binnen Wzd instellingen.

Nadere toelichting negatieve effecten gezamenlijke crisismaatregel:

De crisismaatregel en machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel gaat gelden voor de Wvggz en de Wzd. Het voordeel hiervan is dat tijdens de crisismaatregel de cliënt geplaatst kan worden in de instelling die het best bij zijn problematiek past en nog gemakkelijk overgeplaatst kan worden gedurende die periode. Een nadeel ervan is dat – zoals de regeling nu voorstelt - Wvggz-werkwijze (deels) in de Wzd-accommodatie moet worden uitgevoerd. We voorzien dat dit laatste tot verschillende uitvoeringsproblemen kan leiden. Dan gaat het voornamelijk over de uitvoering van gedwongen zorg (niet zijnde opname). De Wzd-werkwijze gaat uit van de uitvoering van gedwongen zorg via het zorgplan of in urgente situaties via artikel 15. De gezamenlijke crisismaatregel gaat uit van gedwongen zorg via de maatregel, die vervolgens met een specifieke beslissing van de zorgverantwoordelijke ten uitvoer moet worden gelegd.^[1]

Het toevoegen van de Wvggz-werkwijze tijdens de duur van de crisismaatregel brengt extra werk mee en is verwarrend voor de medewerkers en cliënten in de Wzd-accommodatie. Daarnaast is het wat ons betreft ook overbodig. Waarom kan niet worden volstaan met een (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel met benodigde gedwongen zorg op papier, die in de Wzd praktijk enkel een gedwongen opname legitimeert (net zoals de (machtiging tot voortzetting van de) IBS nu doet)? De Wzd-werkwijzen kunnen gewoon van toepassing zijn tijdens opname in de accommodatie op basis van deze crisismaatregel. Een dergelijke crisismaatregel kan ook ten uitvoer worden gelegd in de GGZ. Als een cliënt wordt overgeplaatst, moet de zorgverantwoordelijke toch zijn eigen afwegingen maken en beslissingen nemen ten aanzien van de uitvoering van de gedwongen zorg.

Voor cliënten die met een (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel zijn opgenomen in de Wzd-accommodatie moet alsnog altijd een zorgplan worden opgesteld, dat is immers de basis voor de zorgverlening. Daarbij hoort ook gedwongen zorg.^[2]

Tijdens de crisismaatregel - zoals deze nu wordt voorgesteld - zou de zorgverantwoordelijke ook allemaal tenuitvoerleggingsbeslissingen ten aanzien van de gedwongen zorg moeten nemen. Dit is wat ons betreft dubbelop. Het is wat ons betreft ook niet verdedigbaar dat de gedwongen zorg in het zorgplan tijdens de (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel niet mag legitimeren tot de inzet van onvrijwillige zorg (niet zijnde gedwongen opname), terwijl dat daarna (wellicht zelfs slechts een dag later) en voor alle overige cliënten wel het geval is.

Ook is in de voorgestelde crisismaatregel een bijzondere procedure voorgesteld voor het geval een vorm van gedwongen zorg moet worden toegepast die niet in de crisismaatregel is opgenomen. Tijdelijk kan worden volstaan met de toepassing van artikel 15 Wzd, maar daarna moet een wijziging van de crisismaatregel worden aangevraagd. Wat ons betreft is dit omslachtig en tijdrovend, vooral omdat er waarschijnlijk inmiddels al een vastgesteld zorgplan ligt.

De voorgestelde termijn van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel is drie weken. Dit is volgens ons te kort en kan leiden tot uitvoeringsproblemen. De crisis

systematiek in de langdurige zorg is gericht op een periode van zes weken. Dat geldt zowel voor de crisisbeddenregeling als voor de crisisinterventies. Dit is zo ingericht omdat het in de langdurige zorg niet gaat om relatief kortdurende interventies zoals in de GGZ (meestal iemand instellen op medicatie en dan met ontslag sturen), maar om het organiseren van extra steun in het systeem, zoeken naar een andere woonplek, etc. Dat kost meer tijd. In de praktijk wordt meestal gelijk bij het afgeven van een IBS de machtiging tot voortzetting van de IBS aangevraagd. Bijna altijd wordt de volledige termijn van de IBS en machtiging tot voortzetting van de IBS benut. Een enkele keer wordt één of twee dagen eerder ontslag verleend als alles is georganiseerd en de maatregel expireert op een dag dat terugkeer logistiek niet georganiseerd kan worden. Maar dat is eerder uitzondering dan regel.

De voorgestelde korte termijn van drie weken zal ertoe leiden dat voor vrijwel alle cliënten die een crisismaatregel krijgen een RM moet worden aangevraagd. Dat leidt tot een grote verhoging van administratieve lasten en werkdruk, aangezien de tijd om deze aan te vragen nog maar heel kort is (drie weken in plaats van zes weken). Ook zal toch het stappenplan voor al deze cliënten moeten worden gestart, omdat voor de zorgverlening maar ook voor de aanvraag van de RM een zorgplan inclusief de maatregelen noodzakelijk is (dus hier krijg je dan ook een overlap in Wvvgz en Wzd systematiek tijdens de looptijd van de crisismaatregel).

[1] Volgens een bepaling die is opgenomen in artikel 8:9 Wvvgz, maar voor de Wzd vooralsnog ontbreekt.

[2] Ook voor de aanvraag van de rechterlijke machtiging is een vastgesteld zorgplan (inclusief onvrijwillige zorg) vereist. De aanvraag van de rechterlijke machtiging dient al vrij snel na de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel plaats te hebben, helemaal als wordt uitgegaan van de nu voorgestelde termijn van 3 weken voor de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel.

Reikwijdte verklaring: ter zake kundige artsen:

- 2 verschillende artsen van 2 disciplines: arts VG en psychiater is onwerkbaar, omdat beide schaars zijn. In principe is dit een gecreëerd probleem door de invoering van twee verschillende gedwongen zorgwetten.

Wzd-functionaris:

- Nog steeds verantwoordelijk voor alle onvrijwillige zorg.
- Voorgestelde artikel 1 lid 1 sub k Wzd: een Wzd-functionaris is degene die toeziet op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige gedwongen zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige gedwongen zorg. Een dergelijke verantwoordelijke functie vereist naar onze mening minimaal een deskundigheid op het niveau van een OG, GZpsych. of arts. Verpleegkundige moet voor deze functie verwijderd worden. Het medisch toezicht betreft immers complexe medische zorg.
- Wij zijn van mening dat de Wzd-functionaris BIG geregistreerd moet zijn (het gaat over benemen van vrijheid: dus let op rechten van de mens). Ook de inzet van de verpleegkundig specialist (VS) en PA zijn in dit verband niet nodig in de verstandelijk gehandicaptenzorg.
- In het nieuwe artikel 48b is de rol van de Wzd-functionaris vergeten bij de overplaatsing. Deze zou in overeenstemming met de rol bij verlof en ontslag moeten zijn. Deze moet worden toegevoegd.
- Voorgestelde artikel 47 lid 5 Wzd: wij vragen ons af waarom de toestemming van de Wzd-functionaris voor het weigeren van het verlof is

verwijderd. De Wzd-functionaris heeft naar onze mening ook een rol bij het weigeren van verlof.

Rechterlijke machtiging via de Wfz, artikel 28a:

- Artikel 28c zou wat ons betreft verwijderd kunnen worden nu toegewerkt wordt naar het volledig civiel maken van de kenmerken van deze maatregel.
- Waarborgen van minister eraf; opnameplicht binnen een week staat er nog.

Met de meeste hoogachting,

namens het bestuur van de NVAVG

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Suzanne Duffels', with a long horizontal stroke extending to the right.

Suzanne Duffels,
arts verstandelijk gehandicapten
Voorzitter NVAVG