



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
(digitaal ingediend)

Onderwerp:
Internetconsultatie Wet zorg en
dwang

Kenmerk:
V&VN/2025/AS/2

Datum:
22-05-2025

Geachte heer/mevrouw,

Met interesse heeft V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden IG en verpleegkundig specialisten, via de internetconsultatie kennisgenomen van het concept wetsvoorstel Evaluatiewet Wvggz en Wzd. De Evaluatiewet bestaat uit voorstellen ter verbetering van beide wetten, naar aanleiding van het eindrapport van de wetsevaluatie uit 2022. Destijds was de conclusie dat de wetten erg complex en lastig toe te passen zijn en zorgen beide wetten voor een extra grote administratieve belasting. Hierdoor komt het beschermen van de rechtspositie van cliënten en patiënten onvoldoende uit de verf.

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om over beide onderdelen van de Evaluatiewet onze reactie te geven. Hieronder treft u onze reactie aan met betrekking tot de Wet zorg en dwang. Onze reactie op de Wet verplichte GGZ wordt separaat ingediend.

De Wet zorg en dwang beoogt de rechtsbescherming te regelen bij gedwongen zorg van (met name) mensen met een psychogeriatrische aandoening en mensen met een verstandelijke beperking. V&VN onderschrijft dit doel sinds jaar en dag van harte, maar voor rechtsbescherming is, zoals in het evaluatierapport wordt benadrukt, goede, duidelijke en uitvoerbare wetgeving nodig. Gebaseerd op vertrouwen in de professionaliteit van zorgverleners benadrukten wij in de afgelopen jaren het belang om de Evaluatiewet beter op het zorgproces aan te laten sluiten. Als geen goede aansluiting plaatsvindt ervaren zorgprofessionals de gevraagde verantwoording als extra en bijkomende (administratieve) last. Dat gebeurt met de huidige Wzd.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Orteliuslaan 1000, 3528 BD Utrecht
Postbus 8212, 3503 RE Utrecht
T. (030) 291 90 50
www.venvn.nl info@venvn.nl

Wij zien in de voorliggende Evaluatiewet dat getracht is om een betere aansluiting te realiseren tot het zorgproces door het mogelijk maken van maatwerk. Helaas moeten wij constateren dat in de begrijpelijke poging om zoveel als mogelijk de rechtsbescherming van kwetsbare cliënten goed te regelen, de balans opnieuw is doorgeslagen naar een overdaad van verantwoordingsregels, die niet alleen een goede uitvoerbaarheid in de weg staan, maar ook het risico van ervaren administratieve last vergroten. Een voorbeeld hiervan is de rol en procedure van de onafhankelijk deskundige, zoals die nu in de Evaluatiewet is opgenomen.

Wij constateren dat de nadruk ligt op het verantwoorden van enkelvoudige beslissingen, terwijl er nog te weinig aandacht is voor de kwaliteit van het vaak complexe zorgproces dat leidt tot die beslissingen, alsof goede zorg maakbaar is. Het zorgproces voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking is vaak complex én langdurig. Goede zorg is gebaseerd op een relationeel, dialogisch en cyclisch proces, met aandacht, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit, vertrouwen en solidariteit als morele elementen (zorgethiek).

De Evaluatiewet ademt het gedachtegoed van het medische model, dat niet meer aansluit bij de praktijk in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Daar staat het sociaal model centraal, met als juridische grondslag het VN-verdrag Handicap. Het gaat in de langdurige zorg niet primair om een medische behandeling, maar veel meer over de vraag hoe de cliënt en zijn naasten goed kunnen omgaan met de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke beperking, hierbij ondersteund door zorgverleners. Het goed kennen van de cliënt, zijn levensverhaal en zijn wensen is fundamenteel van belang in het voorkomen van onvrijwillige zorg. En het bevorderen van het door vertegenwoordigers en zorgverleners ondersteunen van cliënten om zo lang mogelijk eigen besluiten te kunnen nemen. Daarom bevreemdt het ons dat in de Evaluatiewet nog steeds zoveel belang wordt gehecht aan de rol van artsen.

Gezamenlijke reactie van een aantal branche- en beroepsorganisaties

In onze reactie gaan wij in op een aantal voor ons belangrijke punten, maar de Evaluatiewet roept veel meer vragen op. Wij ondersteunen de gezamenlijke reactie van een aantal branche- en beroepsorganisaties (hierna te noemen: de gezamenlijke reactie). Op een aantal punten hebben wij behoefte om extra aandacht te vragen c.q. af te wijken, zoals hieronder verder uitgewerkt.

Gedwongen zorg

Om meer synergie tussen de Wvggz en de Wzd te verkrijgen, wordt onder meer voorgesteld om in beide wetten in het vervolg te spreken van *gedwongen zorg* in plaats van *onvrijwillige*

zorg, ook om eventuele overstappen tussen beide wetten te vergemakkelijken.

Commentaar:

Wij zijn geen voorstander van de introductie van de term *gedwongen zorg*. Wij pleiten voor behoud van de term *onvrijwillige zorg*. Inmiddels is na vijf jaar tijd de term *onvrijwillige zorg* in de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg ingeburgerd. Invoering van deze nieuwe terminologie heeft praktische consequenties: weer wennen aan de nieuwe benaming voor cliënten, naasten en zorgverleners, zonder dat de inhoud juridisch is veranderd. En niet te vergeten: de aanpassing van alle IT-administratie hieromtrent. Tevens schuurt de term *gedwongen zorg*. Wat roept deze term op? Verliezen we hiermee niet uit het oog dat de inbreuk op de rechten van cliënten ook een positief doel nastreeft, namelijk het beschermen van de cliënt voor ernstig nadeel. *Gedwongen zorg* legt de nadruk op de negatieve kant van beïnvloeding, terwijl de term *onvrijwillige zorg* de nadruk legt op het verzet door de cliënt. Desalniettemin zullen wij hieronder wel spreken van *gedwongen zorg*, aangezien die term ook in de Evaluatiewet wordt gebruikt.

Extramurale setting

De Wzd geldt voor een intramurale en extramurale setting. Wij ondersteunen het voorstel in de Evaluatiewet om de extra eisen waaraan voldaan moet worden bij extramurale gedwongen zorg (zoals opgenomen in het Besluit zorg en dwang) te schrappen. Zorgaanbieders zullen echter wel in het beleidsplan moeten aangegeven hoe gedwongen zorg op verantwoorde wijze extramuraal uitgevoerd kan worden. Dit voorstel leidt tot een minder gedetailleerde verplichting dan nu in het Besluit zorg en dwang is opgenomen. Wij denken dat hiermee de uitvoerbaarheid wordt verbeterd. Aandachtspunt is echter dat in artikel 10 lid 2 van de Evaluatiewet de verplichting voor zorgverleners is opgenomen om bij het overwegen van onvrijwillige zorg te bespreken of de woonsituatie van de cliënt geschikt is voor gedwongen zorg. Dit is een overbodige bepaling. Vanuit zijn professionaliteit onderzoekt en bespreekt elke zorgverlener immers of de woonsituatie geschikt is voor (gedwongen) zorg. Daarom stellen wij voor om dit artikellid te schrappen, in lijn met de gezamenlijke reactie.

Wij constateren echter dat de Wzd in zijn totaliteit veel meer gericht is op een intramurale setting dan extramuraal. Een extramurale setting vraagt om een andere benadering, ook in wetgeving. Wij vragen aandacht voor de rol van mantelzorgers, die niet gebonden zijn aan de verplichtingen van de Wzd ten aanzien van gedwongen zorg.

Voorstel:

Wij gaan graag met u in gesprek over de gevolgen van de Wzd voor de extramurale setting, met name over de samenwerking tussen zorgverleners en mantelzorgers in verband met het

feit dat gedwongen zorg, geïnitieerd en uitgevoerd door mantelzorgers niet onder de Wzd (en ook niet onder de Evaluatiewet) valt.

Wzd-functionaris

Wij zijn verheugd dat in het wetsvoorstel is opgenomen dat de rol van Wzd-functionaris wordt uitgebreid met de beroepen van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Er werd in 2020 de mogelijkheid geboden om een pilot door een aantal VVT-organisaties op te zetten. In deze pilot konden verpleegkundig specialisten in de rol van Wzd-functionaris worden ingezet. Uit onderzoek van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en later door onderzoek van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) bleek dat verpleegkundig specialisten prima in staat zijn om de rol van Wzd-functionaris te vervullen.

Extramuraal zien wij dat met name wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie deze rol vanuit hun deskundigheid en ervaring goed kunnen vervullen. Zij zijn meestal jarenlang betrokken bij een cliënt en zijn naasten. Hierbij vindt continu in afstemming met de cliënt en zijn naasten een zoektocht plaats naar goede zorg in relatie tot de (wisselende) zorgbehoefte van de cliënt, waarbij de nadruk ligt voor de cliënt en zijn naasten op het goed kunnen omgaan met de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke beperking. Belangrijk is om te beseffen dat een extramurale setting een andere kennis en ervaring vergt dan een intramurale setting. Deze kennis en ervaring nemen wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie mee als zij in de rol van Wzd-functionaris het zorgplan van andere cliënten (waar zij geen zorg aan verlenen) onafhankelijk beoordelen. Naast een belangrijke rol als Wzd-functionaris voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en natuurlijk voor rechtsbescherming, zien wij dit ook als een mooie vorm van leren en verbeteren voor verschillende zorgprofessionals (door de achteraf check en intervisie). Zo bezien leidt de mogelijkheid om deze rol door diverse beroepen te laten vervullen tot verdere professionalisering van en samenwerking tussen de (verschillende) beroepen die de rol van Wzd-functionaris uitvoeren.

Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke voert de coördinatie over de opname, de evaluatie van gedwongen zorg in het zorgplan en ook de coördinatie over de opname van gedwongen zorg buiten het zorgplan. Naast coördinatie, neemt de zorgverantwoordelijke volgens de Evaluatiewet ook op een aantal momenten een besluit. Dit is nu ook al in de huidige wet het geval. Uit de praktijk horen wij dat de rol van zorgverantwoordelijke divers wordt ingevuld. De rol van coördinator in combinatie met een besluitvormende rol past vaak niet, omdat deze taken van de zorgverantwoordelijke (voortvloeiende uit de Wzd en nu ook uit de Evaluatiewet) bij verschillende zorgprofessionals worden belegd, bijvoorbeeld door de rol van zorgverantwoordelijke 'op te knippen' en te beleggen bij verschillende zorgverleners. Hier ligt een fundamenteel probleem onder. De rol van zorgverantwoordelijke is gecreëerd in de Wzd, maar eigenlijk bestaat deze taakomschrijving (functie) niet in de zorgpraktijk. Inmiddels heeft de intramurale setting hier een eigen draai aan gegeven, maar wij hebben de indruk dat dit (nog) niet zo is voor de extramurale setting. De onderliggende vraag is: hoe kan de rol van *zorgverantwoordelijke* voor de praktijk worden verduidelijkt en daadwerkelijk aansluiten bij de zorgpraktijk?

Voorstel:

Wij stellen voor om de rol van *zorgverantwoordelijke* duidelijk te definiëren en te beperken tot degene die de coördinatie voert over de opname, evaluatie van gedwongen zorg in het zorgplan. Dit komt overigens reeds mooi tot uiting in artikel 10 lid 3 van de Evaluatiewet. Daarin is opgenomen dat: *'Nadat in het overleg is besloten gedwongen zorg op te nemen in het zorgplan beschrijft de zorgverantwoordelijke in het zorgplan in elk geval....'*

De reikwijdteverklaringen

De Wzd kent twee verklaringen op grond waarvan iemand onder de reikwijdte van de Wzd gebracht kan worden. De eerste verklaring is de verklaring voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, die geen indicatie voor langdurige zorg hebben (artikel 1 lid 4 sub 2 Evaluatiewet).

Wij begrijpen dat de reikwijdteverklaring bedoeld is om te voorkomen dat mensen 'zomaar' onder het dwangkader van de Wzd kunnen vallen; als een bewuste stap om vast te stellen dat de cliënt een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking heeft én dat hij daardoor is aangewezen op Wzd-zorg. Wij ondersteunen het belang van een diagnose. Ook al geven wijkverpleegkundigen het dilemma aan dat regelmatig mensen in de thuissituatie ervoor kiezen om zich niet te laten onderzoeken, omdat de diagnose voor een psychogeriatrische aandoening grote persoonlijke gevolgen heeft.

Vaak is er al een tijd een diagnose voordat onvrijwillige zorg als optie in beeld komt. Dat betekent dat de reikwijdteverklaring *een moment* markeert, maar niet meer dan dat. De verklaring staat verder helemaal los van een mogelijke beoordeling van onvrijwillige zorg. Vanuit de praktijk horen wij dat deze verklaring nauwelijks wordt gebruikt en dat deze eis wordt ervaren als een administratieve last.

Voorstel:

Wij stellen voor om de wettelijke verplichting voor een reikwijdteverklaring te laten vervallen, in afwijking van de gezamenlijke reactie.

Mocht deze in de Evaluatiewet gehandhaafd blijven, dan gaan wij ervan uit dat in de Evaluatiewet wordt opgenomen dat deze verklaring niet alleen door een arts, maar ook door een verpleegkundig specialist kan worden opgesteld. In de praktijk stelt de verpleegkundig specialist als zelfstandig behandelaar regelmatig de (medische) diagnose voor een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Een wijkverpleegkundige of casemanager dementie kan deze verklaring ook opstellen ten aanzien van de vraag of Wzd zorg nodig is, nadat de (medische) diagnose is gesteld door een arts of verpleegkundig specialist.

De tweede reikwijdteverklaring gaat over de verklaring ten aanzien van mensen met een gelijkgestelde aandoening (artikel 1b lid 3 Evaluatiewet).

Voorstel:

In aanvulling op de gezamenlijke reactie, stellen wij voor dat deze verklaring ook door een verpleegkundig specialist conform haar wettelijke bevoegdheid kan worden opgesteld. Wij gaan ervan uit dat dit in de Evaluatiewet wordt opgenomen.

Op basis van de *Wet BIG* en de wettelijke *Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig*

specialisten is de verpleegkundig specialist een zelfstandig behandelaar. Zij heeft de zelfstandige bevoegdheid tot het uitvoeren van een aantal voorbehouden handelingen. Hieronder valt het stellen van indicaties voor deze voorbehouden handelingen, zoals het voorschrijven van medicatie. Het zelfstandig behandelaarschap is ook vastgelegd in het vigerende beroepsprofiel, dat met instemming van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is opgenomen in het *Algemeen besluit specialismen verpleegkunde*. Dit beroepsprofiel beschrijft de deskundigheid van de verpleegkundig specialist Algemene gezondheidszorg (AGZ) en de verpleegkundig specialist Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Gedwongen zorg in zorgplan (artikel 9 en 10 Evaluatiewet)

In het wetsvoorstel is opgenomen dat een zorgverantwoordelijke bij bepaalde vormen van gedwongen zorg *een ter zake kundige arts* bij het overleg betreft en dat voor opname van die gedwongen zorg in het zorgplan instemming van die arts is vereist. Deze voorwaarde is opgenomen indien de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is.

Het gaat om de volgende zorgvormen: artikel 2, eerste lid, onderdelen a, b, c of d of zorg als bedoeld in artikel 2, derde lid:

- a. Toedienen van medicatie alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen dan wel ter behandeling van een somatische aandoening (*kort weergegeven*);
- b. toedienen van vocht- en voeding, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen die daarmee verband houden;
- c. beperken van de bewegingsvrijheid;
- d. insluiten.

Commentaar:

In het kader van vertrouwen in de professionaliteit van de zorgprofessional zou het uitgangspunt moeten zijn dat de zorgverantwoordelijke als coördinator bepaalt welke deskundigheid nodig is om een weloverwogen besluit te nemen over de inzet van onvrijwillige zorg.

Bovendien is het ten aanzien van het beperken van de bewegingsvrijheid of insluiten maar de vraag of een arts *per definitie* de zorgprofessional is met de meeste kennis op dit terrein in huis. Laat aan de zorgverantwoordelijke over wie zij inschakelt.

Tenslotte is het wettelijk opnemen van de verplichting om een arts te betrekken voor de in a. en b. genoemde zorgvormen overbodig. Immers, betrokkenheid vloeit reeds voort uit de indicatiestelling c.q. het voorschrijven van een recept door een behandelaar, zoals de arts, verpleegkundig specialist of physician assistant. Dit staat los van de rol van zorgverantwoordelijke.

Bovendien wordt bij de eis *dat een arts betrokken moet zijn en instemming moet geven als de zorgverantwoordelijke geen arts is* totaal voorbijgegaan aan de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist. Het kan toch niet zo zijn dat de verpleegkundig specialist als zorgverantwoordelijke (en zelfstandig behandelaar) de arts moet betrekken én om instemming moet vragen?

In de Wzd en de Evaluatiewet wordt uitgegaan van het principe van multidisciplinair overleg en besluitvorming. Het is daarom inconsequent om de verplichting voor 'instemming' te behouden in de Evaluatiewet. Bovendien moet deze verplichting ook weer extra verantwoord

worden in het toch al met verschillende waarborgen gestapeld besluitvormingsproces. En dat levert weer administratieve last op bij alle betrokken zorgprofessionals. Wij zien hier niet de toegevoegde waarde van in.

Conclusie: de eis dat een arts betrokken moet zijn én instemming moet geven bij deze drie vormen van gedwongen zorg is een voorbeeld van overregulering.

Voorstel:

Wij stellen voor om de verplichting om bij bepaalde vormen van zorg *een ter zake kundige arts* bij het overleg te betrekken én instemming te vragen te schrappen.

Mocht deze verplichting in de Evaluatiewet gehandhaafd blijven, dan gaan wij ervan uit dat deze bepaling zodanig wordt geformuleerd dat ook een verpleegkundig specialist deze rol wettelijk kan vervullen. Dit betekent voor alle duidelijkheid dat naast de arts ook de verpleegkundig specialist betrokken wordt én gevraagd kan worden voor instemming. In de praktijk gebeurt dit overigens reeds onder de huidige Wzd. Wij gaan er verder vanuit dat als de verpleegkundig specialist zorgverantwoordelijke is, zij geen instemming van een arts dient te vragen.

Wij vinden het verschil in wettelijke positie van de verpleegkundig specialist in de Wzd en de Wvvggz onverklaarbaar. In de Wvvggz worden de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist veel meer op waarde geschat. Helaas zien wij dat niet terug in de Wzd, met positieve uitzondering van de rol van Wzd-functionaris in dit wetsvoorstel. Hier vragen we dringend uw aandacht voor. Maak gebruik van de mogelijkheden van de verpleegkundig specialist.

Instemming zorgverantwoordelijke

In artikel 10 onder c van het wetsvoorstel is opgenomen: *‘in het overleg wordt in elk geval besproken bij welke vormen van gedwongen zorg de instemming van de zorgverantwoordelijke nodig is voor het verlenen ervan’*.

Voorstel:

Deze bepaling sluit niet aan bij de praktijk. Het vormt een administratieve last en wij stellen dan ook voor om dit voorstel te schrappen. Dit geldt dus ook voor artikel 13 lid 1 onder c en lid 2 van de Evaluatiewet.

Evaluatie gedwongen zorg

In artikel 11 lid 4 van de Evaluatiewet is opgenomen dat voorafgaand aan iedere evaluatie de zorgverantwoordelijke, de cliënt of diens vertegenwoordiger een onafhankelijke deskundige om advies kunnen vragen over de verlening van de gedwongen zorg.

Commentaar en voorstel:

Wij verwijzen naar de gezamenlijke reactie. Ten aanzien van artikel 11 lid 7 van de Evaluatiewet willen wij aanvullend opmerken dat bijzondere persoonsgegevens (zoals gedefinieerd in de AVG) slechts aan deskundigen ter beschikking worden gesteld, die gehouden zijn aan het beroepsgeheim. Indien de gegevens aan andere deskundigen in het kader van de evaluatie moeten worden verstrekt kan dit onzes inziens alleen na toestemming van de cliënt of de vertegenwoordiger.

Gedwongen zorg buiten zorgplan om

Wij kunnen ons voorstellen dat er situaties zich kunnen voordoen waarbij de inzet van gedwongen zorg niet kan wachten totdat het zorgplan is vastgesteld c.q. het zorgplan is aangepast.

Wij stellen het op prijs dat er een apart voorstel voor *acute situaties* in de Evaluatiewet is opgenomen. Ten aanzien van vragen hierover verwijzen wij naar de gezamenlijke reactie.

Commentaar

De voorgestelde procedure in de Evaluatiewet sluit niet voldoende aan bij de praktijk. En wij vragen ons af of deze procedure voldoende soelaas biedt bij een urgente situatie.

Het is opvallend dat het startpunt in de Wzd bij de verschillende procedures de zorgverantwoordelijke is. Terwijl de zorgverantwoordelijke in de praktijk vaak zal worden geïnformeerd door een andere zorgverlener, die op een bepaald moment de zorg verleent. Dat is een extra betrokkene in de overleg- en besluitvormingsprocedures over onvrijwillige zorg.

Voorstel

In het gezamenlijke voorstel is een nieuwe conceptprocedure opgenomen. Wij stellen voor om op korte termijn via een pilot met zorgprofessionals te onderzoeken of deze conceptprocedure in de praktijk het beoogde doel bereikt. Zie ook onze opmerkingen over een experimenteerartikel aan het eind van deze reactie.

Artikel 21 Wzd procedure

De voorgestelde procedure in de Evaluatiewet voor een besluit tot opname komt er, kort gezegd, op neer dat een (huis)arts met twee ter zake kundige zorgverleners van een andere discipline overlegt of opname noodzakelijk is. Hij betreft de cliënt en zijn vertegenwoordiger, geeft informatie over de mogelijkheid tot ondersteuning en registreert de uitkomst van het overleg in het cliëntdossier. Vervolgens is er in een aantal situaties het besluit van het CIZ mogelijk.

Commentaar:

Wij waarderen dat in de Evaluatiewet een voorstel wordt gedaan om de huidige artikel 21-procedure minder belastend te maken voor cliënten en hun naasten. Toch ondersteunen wij dit concrete voorstel niet. Wij zijn van mening dat het in kader van rechtsbescherming niet nodig is om drie zorgverleners hierbij te betrekken. Bovendien is dit voorstel met de huidige krapte aan zorgprofessionals onuitvoerbaar. In 2024 hebben wij een voorstel gedaan, dat, kort gezegd, neerkwam op het volgende. De vertegenwoordiger neemt het besluit. De cliënt en de vertegenwoordiger worden hierbij ondersteund door een bij de zorg betrokken zorgprofessional. Dit kan bijvoorbeeld de huisarts, wijkverpleegkundige of casemanager dementie zijn. Op basis van professionele overwegingen kan de betrokken zorgprofessional een andere discipline betrekken. Dit is echter niet nodig om wettelijk vast te leggen. Indien er behoefte is aan een onafhankelijk besluit ofwel er is geen vertegenwoordiger, dan kan het CIZ gevraagd worden om een besluit te nemen. Dit laatste betekent overigens dat de in de Evaluatiewet opgenomen voorwaarden '*geen consensus over de noodzaak dat client moet worden opgenomen*' of '*de zorgverlener heeft ernstige twijfels of de vertegenwoordiger een goed vertegenwoordiger is*', kunnen vervallen.

In overleg met cliëntenorganisaties hebben wij een aangepast voorstel opgesteld:

Voorstel artikel 21 Wzd Evaluatiewet

Opname bij geen bereidheid en geen verzet

1. Opname in een accommodatie van een cliënt van 12 jaar of ouder die geen blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe, maar zich er ook niet tegen verzet, vindt uitsluitend plaats met instemming van diens vertegenwoordiger indien een bij de zorg betrokken ter zake kundige zorgverlener heeft vastgesteld dat:

- a. de cliënt geen blijk geeft van bereidheid tot opname, maar zich er ook niet tegen verzet;
- b. het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
- c. de opname noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; en
- d. er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden.

2. De zorgverlener overlegt met de client en zijn vertegenwoordiger of wordt voldaan aan de criteria voor opname en wijst hen op de mogelijkheid om zich te laten ondersteunen door een familielid, naaste en/of een cliëntenvertrouwenspersoon.

3. De zorgverlener legt de uitkomst van de beoordeling of wordt voldaan aan de criteria voor opname en dat de vertegenwoordiger heeft ingestemd met opname vast in het dossier van de client.

4. In afwijking van het eerste lid kan opname plaatsvinden op basis van een akkoordverklaring tot opname van het CIZ indien:

- a. de cliënt of de vertegenwoordiger of de bij de zorg betrokken ter zake kundige zorgverlener dat wenst dan wel dat zij dit gezamenlijk wensen;
- b. de cliënt geen vertegenwoordiger heeft, op verzoek van een bij de zorg betrokken ter zake kundige zorgverlener.

5. Het CIZ neemt uitsluitend een akkoordverklaring tot opname indien het CIZ oordeelt dat wordt voldaan aan de criteria, bedoeld in het eerste lid. Het CIZ raadpleegt hierbij de bij de zorg betrokken zorgverlener, cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

Toekomstige ontwikkelingen Wlz in verhouding tot artikel 21 Wzd

Wij benadrukken dat bij de aanpassing van de artikel 21-procedure rekening moet worden gehouden met de ontwikkelingen ten aanzien van het aanpassen van de Wlz over toegang tot de Wlz. De gevolgen voor ons voorstel kunnen op dit moment nog niet worden voorzien.

Experimenteerartikel

De huidige Wzd kent geen experimenteerartikel. Dat werd gemist, bijvoorbeeld bij de pilots voor de verpleegkundig specialist als Wzd-functionaris, maar ook bij diverse andere pilots waarbij verpleegkundigen, verzorgenden IG en verpleegkundig specialisten betrokken zijn geweest. Door extra voorwaarden te stellen aan de pilot over de Wzd-functionaris kon deze alsnog plaatsvinden, maar dat was geen optimale situatie.

In de vorige paragraaf doen wij een voorstel voor een alternatieve artikel 21-procedure. Het zou waardevol zijn om met deze procedure alvast tijdens de verdere ontwikkeling van de Evaluatiewet in een pilot te experimenteren. Een experimenteerartikel had hiervoor de wettelijke basis kunnen zijn.

Voorstel:

Teneinde de Wzd toekomstgericht te maken, stellen wij voor om een experimenteerartikel in de Evaluatiewet op te nemen. Immers, dit geeft ruimte en een juridische basis aan nieuwe initiatieven, die wellicht op dit moment nog niet kunnen worden voorzien. Hierover treden wij graag met u in overleg.

Ofschoon in de huidige Wzd geen experimenteerartikel is opgenomen, stellen wij voor om een pilot op te zetten om met het voorstel voor een nieuw artikel 21 Wzd te experimenteren met als doel om te onderzoeken hoe cliënten, naasten en zorgprofessionals deze nieuwe werkwijze ervaren.

Afronding

Wij realiseren ons dat het een moeilijke, misschien zelfs onmogelijke, opgave is om het complexe zorgproces 'te vangen' in wetgeving over gedwongen zorg. Toch is het belangrijk om hier samen verder mee aan de slag te gaan. Duidelijke en uitvoerbare wetgeving is essentieel voor goede rechtsbescherming voor cliënten en voor de uitvoering van goede zorg door zorgverleners, waaronder verzorgenden IG, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in grey ink, appearing to read 'Jaap Kappert'.

Jaap Kappert
Bestuurder V&VN