

Inbreng Verenso Evaluatiewet Wet zorg en dwang

Internetconsultatie Wzd

Inleiding

Verenso, beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, heeft de voorgenomen gewijzigde Wet zorg en dwang, hierna de Evaluatiewet met belangstelling doorgenomen. Verenso heeft actief gewerkt aan de Bestuurlijke afspraken Wzd die in 2024 samen met andere veldpartijen tot stand zijn gekomen en die concrete voorstellen bevatten om de Wzd minder complex en beter uitvoerbaar te maken. Een aantal voorstellen daaruit is nu ook in de voorgenomen Evaluatiewet overgenomen. De verwachting was dat de voorgenomen wijzigingen in de Evaluatiewet deze lijn verder door zou trekken. In plaats daarvan constateren wij echter dat de complexiteit op sommige punten zelfs toeneemt en ook de uitvoerbaarheid op sommige punten zelfs verslechtert door voorgenomen invoering van nieuwe procedures. Samen met andere partijen van professionals en zorgaanbieders, waaronder ActiZ hebben wij een gezamenlijke reactie opgesteld en ingebracht in de internetconsultatie. In deze gezamenlijke reactie lopen wij de wijzigingen integraal langs en doen een groot aantal verbetervoorstellen. Wij vinden het echter ook van groot belang om als Verenso te wijzen op een aantal punten die in deze gezamenlijke reactie nog niet aan bod komen of die naar ons oordeel extra belicht moeten worden in het kader van een goede uitvoering en uitvoerbaarheid van de wet. Dat doen we in deze inbreng.

Uitbreiding disciplines Wzd functionaris

De rol en functie van Wzd functionaris binnen de Wzd, omvat de taak en verantwoordelijkheid om op onafhankelijke wijze onvrijwillige zorg -die voorgesteld wordt ter opname in het zorgplan- te beoordelen en om toezicht te houden op alle vormen van onvrijwillige zorg. De disciplines die hiervoor op basis van hun deskundigheid en competenties in aanmerking komen zijn in de huidige wet: specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG, GZ-psychologen en orthopedagogen-generalist. Hiervoor is bewust gekozen vanwege de taken en verantwoordelijkheden van de Wzd-functionaris, gekoppeld aan het vereiste niveau van deskundigheid op het gebied van de cliëntendoelgroep en het kunnen geven van een oordeel over mogelijke afbouw van onvrijwillige zorg. Voor dat oordeel dienen immers alle in te zetten vormen van onvrijwillige zorg in samenhang afgewogen te worden.

De Evaluatiewet kiest ervoor de bovenstaande disciplines niet onder omschreven voorwaarden uit te breiden naar verpleegkundig specialisten en physician assistants, maar om de functie van Wzd-functionaris zelfs uit te breiden naar verpleegkundigen algemeen. Verenso acht deze uitbreiding niet alleen onnodig, maar ook in het kader van de rechtsbescherming voor cliënten en

verantwoordelijkheid van de Wzd-functionaris onverantwoord. Onnodig omdat wij geen signalen ontvangen dat er specifiek tekorten zouden zijn voor Wzd-functionarissen. Bovendien zou vereiste kwaliteit en niet capaciteitstekorten leidend moeten zijn voor het vervullen van de rol van Wzd-functionaris. In de Toelichting benoemt de wetgever dat competenties voor de functie van Wzd-functionaris het meest belangrijk zouden zijn. Bij een beoordeling en het toezicht door een Wzd-functionaris zal naar de bio-, psycho- en sociale factoren in samenhang gekeken moeten worden.¹ Naast competenties zijn hiervoor kennis en brede (ouderengeneeskundige) medische deskundigheid voor deze rol onmisbaar.

Wij stellen voor de huidige regeling op dit punt in stand te laten en de beschreven disciplines niet uit te breiden. Alternatief zou zijn een uitbreiding te laten plaatsvinden met de verpleegkundig specialist (VS) en PA waarbij de VS of PA aantoonbare kennis en ervaring heeft:

- In de ouderenzorg.
- Van het voorkomen, inzet en afbouw van onvrijwillige zorg.
- Van de Wet zorg en dwang en bijbehorende procedures.
- De VS of PA als Wzd-functionaris werkt binnen zijn/haar deskundigheidsgebied.
- Naast een VS of PA als Wzd-functionaris is er altijd minstens één specialist ouderengeneeskunde Wzd-functionaris binnen de instelling werkzaam.
- Er worden binnen de instelling schriftelijke afspraken gemaakt over de wijze van samenwerking met andere Wzd-functionarissen.

Indien de Evaluatiewet op dit punt niet gewijzigd wordt en de voorgenomen uitbreiding met verpleegkundigen (algemeen) wordt aangenomen, dan kan de situatie zich voordoen dat binnen een zorgorganisatie de rol van Wzd-functionaris uitsluitend wordt vervuld door een verpleegkundige, zonder medische expertise. Voor de vergaande verantwoordelijkheid van de Wzd-functionaris op alle vormen van onvrijwillige zorg en daarmee voor de rechtsbescherming van cliënten, zou dit ontoelaatbaar zijn.

Taakverzwaringen Wzd-functionaris

In de voorgenomen gewijzigde wet, de Evaluatiewet, zijn diverse bepalingen opgenomen die een verzwaring betekenen in de uitvoering ten opzichte van de huidige Wzd. Ook als het gaat om de taak van de Wzd-functionaris is dit het geval.

¹ <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie/methodisch-en-multidisciplinair-werken-bij-probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie/overwegingen>

Op basis van de huidige regeling moet de Wzd-functionaris geïnformeerd worden over een besluit van de zorgverantwoordelijke op basis waarvan onvrijwillige zorg kan worden verleend. De Wzd-functionaris neemt dan kennis van het besluit en, als hij daartoe aanleiding ziet, kan hij actie ondernemen. Hij kan bijvoorbeeld in overleg treden met de zorgverantwoordelijke en besluiten dat de onvrijwillige zorg beëindigd moet worden. Dit is niet expliciet in de wet opgenomen, maar vloeit voort uit zijn functie als toezichthouder op onvrijwillige zorgverlening.

De Evaluatiewet lijkt ervan uit te gaan dat de Wzd-functionaris bij ieder besluit om gedwongen zorg te verlenen op basis van artikel 15 beoordeelt of de zorgverantwoordelijke terecht heeft geconstateerd dat aan de criteria voor gedwongen zorgverlening is voldaan. Bovendien lijkt verondersteld te zijn dat hij dit snel doet, namelijk nog binnen de looptijd van het besluit en die is maximaal een week. Om (niet vaak voorkomende) kortere periodes van bijvoorbeeld een dag een beoordeling te kunnen borgen, zou in de weekeinden een extra beschikbaarheidsdienst van Wzd-functionarissen nodig zijn. Dit zou een substantiële verzwaring van de taak van de Wzd-functionaris inhouden.

Wij zien geen aanleiding om de rol van Wzd-functionaris bij deze besluiten te wijzigen. Ook in het evaluatierapport worden geen wijzigingen op dit punt aanbevolen. Bovendien voorziet ook de Wvvgz niet in een beoordeling door de geneesheer-directeur van besluiten die een zorgverantwoordelijke op basis van artikel 8:11 neemt. De Wzd-functionaris heeft op basis van zijn toezichthoudende taak voldoende mogelijkheden om in te grijpen als hij vindt dat ten onrechte besloten is om gedwongen zorg te verlenen. Wij stellen daarom voor om artikel 15 lid 5 te schrappen.

Gemeenschappelijke crisisregeling

In paragraaf 15.13 van onze gezamenlijke reactie met ActiZ en de andere partijen gaan wij uitgebreider in op dit onderwerp en doen hierbij concrete voorstellen. Het voorstel om de inbewaringstelling te vervangen door de aan de Wvvgz ontleende crisismaatregel heeft voor de praktijk grote consequenties. Van zorgorganisaties in de PG en VG wordt gevraagd om zich voor een relatief kleine groep cliënten een specifieke, sterk van de gangbare werkwijze afwijkende, methodiek eigen te maken. Evidente voordelen voor de cliënt zouden dit kunnen rechtvaardigen, maar die zien wij vooralsnog niet. Het voorstel om de geldigheidsduur van de machtiging voortzetting crisismaatregel te halveren zien wij als een evident nadeel voor cliënten. Het bijkomen van een crisissituatie met gedwongen opname vraagt tijd bij een kwetsbare oudere. Het verkorten van deze periode zal in de praktijk leiden tot aanvragen van vervolgmachtigingen in situaties waarin dat niet nodig geweest zou

zijn als wat meer tijd beschikbaar zou zijn geweest waarin de gezondheidstoestand van de cliënt kon verbeteren.

Dit alles neemt niet weg dat voor de huidige problemen om bij gedwongen crisisopnamen van sector te wisselen een oplossing gevonden moet worden. Dit kan echter ook zonder een gezamenlijke crisismaatregel in te voeren. Wij stellen voor om uit te blijven gaan van verschillende regelingen voor gedwongen crisiszorg op basis van de Wzd en op basis van de Wvggz. In de gezamenlijke reactie stellen wij onder meer voor:

1. Ten aanzien van de medische verklaring, op basis waarvan een inbewaringstelling (Wzd) of crisismaatregel (Wvggz) kan worden afgegeven, hoeft niets te veranderen.
2. In de verklaring wordt niet vermeld welke zorgorganisatie de cliënt zal opnemen. Het vooraf zoeken naar welke zorgorganisatie bij het daadwerkelijk afgeven van een inbewaringstelling opneemt, zal in de praktijk de uitvoering van de beoordeling vertragen. Daarnaast is het zoeken van een plek voor de cliënt geen taak van de arts die de verklaring opstelt.
3. De burgemeester die op de medische verklaring besluit, draagt zorg voor de tenuitvoerlegging van de inbewaringstelling of de crisismaatregel.
4. In de Wzd wordt opgenomen dat iemand op basis van een crisismaatregel in een geregistreeerde Wzd-accommodatie kan worden opgenomen en dat diegene voor de duur van de opname wordt gelijkgesteld met een cliënt in de zin van de Wzd. In de Wvggz wordt opgenomen dat iemand op basis van een inbewaringstelling in een geregistreeerde Wvggz-accommodatie kan worden opgenomen en dat diegene voor de duur van de opname zo nodig ook gedwongen zorg kan worden verleend op basis van artikel 9:3 e.v. Wvggz.

Met deze voorstellen, die wij in onze gezamenlijke reactie verder uitwerken en toelichten, wordt de overplaatsing tussen sectoren vergemakkelijkt, zonder dat een voor cliënten, professionals en zorgaanbieders disproportioneel verzwarende en niet passende gemeenschappelijke crisismaatregel wordt ingevoerd. Een alternatief zou zijn om de crisismaatregel in de Wvggz aan te passen aan de Wzd.

Artikel 21 Wzd en CIZ procedure

De Wzd voorziet in een regeling van de opname van cliënten die niet *'de nodige bereidheid tot opname tonen'*, maar zich ook niet tegen opname verzetten. Deze cliënten kunnen worden opgenomen als het CIZ een besluit opname en verblijf heeft afgegeven. Het gaat om cliënten met een indicatie voor langdurige zorg.

In de beleidsreactie kondigde de minister aan dat zij de huidige procedure ter verkrijging van een besluit opname en verblijf zou vervangen: *'Ik ben voornemens om voor cliënten die geen bereidheid en ook geen verzet ten aanzien van de opname laten zien het besluit tot opname en verblijf te laten vervallen en te vervangen door een andere procedure. Uit de evaluatie blijkt dat de toegevoegde waarde van een formeel besluit beperkt is'*.

In de Evaluatiewet wordt teruggekomen op dit voornemen. Het besluit opname en verblijf wordt omgedoopt tot *'besluit opname'* en zo'n besluit kan op basis van de Evaluatiewet als vanouds worden aangevraagd bij het CIZ.

Met de afschaffing van de CIZ-procedure en beleidsreactie van de minister waren wij het van harte eens. Deze procedure wordt nu echter in de Evaluatiewet niet afgeschaft of vervangen. Aan de mogelijkheid om het CIZ te vragen een besluit opname af te geven, voegt de Evaluatiewet een tweede mogelijkheid toe. Ook de huisarts of een ter zake kundige arts kan gevraagd worden om te beoordelen of voldaan wordt aan de genoemde criteria voor opname. De huisarts of ter zake kundige arts beoordeelt dit niet alleen, hij moet dit bespreken met ten minste twee ter zake kundige zorgverleners van een andere discipline. Bij dit overleg betreft hij de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Als voldaan is aan de genoemde criteria voor opname, legt de huisarts of ter zake kundige arts dit vast in het dossier.

Van belang is een duidelijk onderscheid te maken tussen de reguliere indicatiestelling voor opname in het kader van de Wlz enerzijds en de procedure voor indicatiestelling en beoordeling in het kader van artikel 21 Wzd anderzijds. De gewone en reguliere indicatiestelling is erop gericht om te beoordelen welke zorg iemand nodig heeft. Verenso ziet hier een logische en duidelijke taak voor de betrokken hulpverleners, ook voor specialisten ouderengeneeskunde als het gaat om hun cliëntenpopulatie. Deze indicatiestelling en besluitvorming kan dan ook naar ons oordeel prima door professionals in een MDO gedaan worden. De artikel 21 Wzd-procedure heeft echter een ander doel. Deze artikel 21 beoordeling is oorspronkelijk in het leven geroepen om een onafhankelijke instantie de wilsonbekwame burger te beschermen tegen opname in een accommodatie en mede ingegeven om dit vanwege het aantal beoordelingen niet bij de rechter onder te brengen. De voorgestelde regeling in de Evaluatiewet is echter onduidelijk en

lijkt op twee gedachten te hinken. Enerzijds blijft de rol van het CIZ bij het besluit tot opname in het kader van de Wzd, anderzijds wordt een tweede mogelijkheid geopend waarin huisartsen of andere ter zake kundige artsen gevraagd kan worden criteria voor opname te beoordelen. Volstrekt onduidelijk is hoe deze tweede mogelijkheid zich verhoudt tot de rol van het CIZ. Wij dringen erop aan het onderscheid en verhouding tussen deze twee mogelijke paden te verhelderen, zodat cliënten en professionals in de praktijk weten waar zij aan toe zijn. Indien de nieuw voorgenomen procedure van artikel 21 bedoeld is om een onafhankelijk oordeel te geven en het CIZ de rol houdt zoals nu het geval lijkt te zijn in de Evaluatiewet, dan kan ook onderzocht worden of een vergelijkbare constructie zoals bij het opstellen van een geneeskundige verklaring (GV) in het kader van een RM of IBS tot de mogelijkheden behoort. Bij betrokkenheid van professionals in een formele procedure zal hoe dan ook de rol en verantwoordelijkheid van de betrokken professionals duidelijk moeten zijn. Daarnaast zullen de benodigde capaciteit en noodzakelijke randvoorwaarden op orde moeten zijn.

Concluderend op artikel 21

Met de afschaffing van de CIZ-procedure en beleidsreactie van de minister op dit punt is Verenso het van harte eens. Deze procedure wordt nu echter in de Evaluatiewet niet afgeschaft of vervangen. Aan de mogelijkheid om het CIZ te vragen een besluit tot opname af te geven, voegt de Evaluatiewet een tweede mogelijkheid toe. Volstrekt onduidelijk is hoe deze zich tot elkaar verhouden. Dit maakt de gevolgen voor de uitvoerbaarheid onmogelijk te overzien. Wij dringen aan op verheldering. In de gezamenlijke reactie gaan wij uitgebreider op dit deelonderwerp in.

Stel zorg zonder verzet en met instemming niet gelijk aan onvrijwillige zorg: schrap artikel 2 lid 3 Evaluatiewet

De Wzd voorziet in een bepaling op grond waarvan bepaalde vormen van zorg alleen in het zorgplan van cliënten die ter zake wilsonbekwaam zijn kunnen worden opgenomen als daarbij de regels worden gevolgd voor opname van gedwongen zorg in het zorgplan: het stappenplan. Dit geldt ook als de vertegenwoordiger heeft ingestemd met de zorg en de cliënt zich niet verzet. Het betreft beperking van de bewegingsvrijheid, insluiting en sederende medicatie in afwijking van de professionele richtlijn.

In de beleidsreactie kondigde de minister aan deze bepaling te willen schrappen. Zij vond de bepaling te rigide, bovendien was zij van mening dat goede besluitvorming

over deze vormen van zorg niet in één standaardprocedure te vatten was. Wij citeren uit de beleidsreactie: *'Met het opnemen van deze bepalingen (bedoeld is huidig artikel 2, lid 2) is beoogd om rechtsbescherming te bieden aan een kwetsbare cliëntengroep die niet goed in staat is om de eigen wensen en voorkeuren te uiten. De onderzoekers concluderen dat de beoogde rechtsbescherming niet goed aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk en kan leiden tot (administratieve) verplichtingen die door zorgverlener en vertegenwoordiger van cliënt als belastend en onnodig worden ervaren. Ik ben van mening dat de positie van cliënten die zich niet kunnen verzetten op een betere, minder rigide manier, geborgd kan worden'.*

De minister kondigt dan ook aan dat zij dit artikel gaat schrappen: *'Ik wil de verplichting dat het stappenplan in de hiervoor genoemde situaties gevolgd moet worden vervangen door een verplichting dat de zorgaanbieder ten aanzien van deze groep waarborgen opneemt in het beleidsplan. Hiermee volg ik aanbeveling 63 van de evaluatie'.*

De minister benadrukt vervolgens nogmaals dat artikel 2 lid 2 geschrapt moeten worden omdat deze bepaling goede besluitvorming in de weg staat: *'In de praktijk blijkt namelijk dat er een grote variatie bestaat aan situaties die onder de reikwijdte van artikel 2 lid 2 kunnen vallen, afhankelijk van de specifieke doelgroep en de vorm van zorg. Ik noem als voorbeeld de situatie van iemand met dementie die geen verzet vertoont en soms zelfs aangeeft het prettiger en veiliger te vinden om met de bedhekken omhoog te slapen en waarbij de vertegenwoordiger instemt. Ik ben van mening dat goede besluitvorming over zorg in deze situatie niet in één standaardprocedure te vangen is'.*

Met deze zienswijze van de minister zijn wij het van harte eens. Bovendien is onlogisch dat zorg die zonder verzet wordt verleend, gelijkgesteld wordt aan onvrijwillige zorg. Deze koers, die de minister in de beleidsreactie helder uitstippelde, blijkt in de Evaluatiewet echter te zijn verlaten. In de Evaluatiewet blijft de betreffende bepaling ongewijzigd van kracht. Een motivering hiervoor ontbreekt in de toelichting.

Het verbaast ons dat nu in de Evaluatiewet de beleidsreactie van de minister niet wordt overgenomen. Voor de cliënt uit de beleidsbrief, die aangeeft zich prettiger en veiliger te voelen als de bedhekken omhoog gaan, is het gevolg simpel: dat mag niet. Ook als de vertegenwoordiger instemt en de zorgverantwoordelijke het verantwoord vindt om de bedhekken omhoog te zetten, mag de zorgverantwoordelijke dit niet in het zorgplan opnemen. Dat de cliënt dit prettiger en veiliger voelt is niet relevant. De bedhekken mogen alleen omhoog als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Zou het echter om een cliënt gaan

die ter zake wilsbekwaam is, dan zouden de bedekken zonder probleem omhoog gezet kunnen worden. Overigens is hierbij van groot belang te benadrukken dat cliënten wilsbekwaam zijn, tenzij het tegendeel is vastgesteld. Wilsbekwaamheid is uitgangspunt. Bij iemand die daadwerkelijk vraagt of bedekken omhoog mogen, mag aangenomen worden dat dit in beginsel een wilsbekwame vraag is. Niet te snel moet aangenomen worden dat iemand wilsonbekwaam ter zake is.

Dit voorbeeld illustreert in elk geval waarom de huidige regeling te rigide is en waarom niet met één standaardregeling volstaan kan worden. Wij constateren dat in de praktijk te weinig draagvlak bestaat voor deze regeling.

Wij stellen voor om te doen wat in de beleidsreactie is aangekondigd en derhalve huidig artikel 2 lid 2 (Evaluatiewet artikel 2 lid 3) te schrappen en aan de bepaling over het beleidsplan toe te voegen dat dit moet voorzien in waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming over opname van de genoemde vormen van zorg in het zorgplan van ter zake wilsonbekwame cliënten.

Instemming arts

De Evaluatiewet handhaaft de vereiste instemming door de arts bij de in de wet omschreven categorieën onvrijwillige zorg. Wij ondersteunen dit. Deze vereiste instemming biedt immers een belangrijke waarborg voor cliënten en is voor de praktijk bovendien niet onnodig belastend.

Enkele organisaties zullen -ook bij de internetconsultatie- pleiten voor het schrappen van artikel 9 lid 3 Evaluatiewet (huidig artikel 10 lid 3 Wzd) waarin de instemming door de arts voor de vormen van onvrijwillige zorg staat opgenomen. Daarbij stellen zij voor deze instemming in zijn geheel te laten vervallen, dus zelfs bij de eerste categorie, kortgezegd de onvrijwillige medische zorg. Argument voor het laten vervallen van de instemming, dat enkele organisaties eerder hebben genoemd is dat zij geen reden zien om voor te schrijven dat in bepaalde gevallen altijd een arts betrokken moet worden bij de besluitvorming. Zij stellen dat het overbodig zou zijn om de arts toestemming te vragen voor zorg waartoe hij zelf het initiatief heeft genomen.

Om meerdere redenen gaat deze argumentatie echter niet op en is de in de wet opgenomen instemming door de arts allerm minst overbodig. De redenering dat de arts zelf het initiatief heeft genomen voor bepaalde onvrijwillige zorg, veronderstelt dat dit eenmalig is en dat hiermee diens rol ophoudt. Het veronderstelt dat je als arts-behandelaar bij je advies aan de cliënt geen rekening houdt met de wijze

waarop de behandeling wordt toegepast en dat je dus per definitie de behandeling zal blijven adviseren en uitvoeren. Deze veronderstelling is niet juist. Bij het afwegen van een behandeling zal een verandering van de belasting die de cliënt bij de behandeling ervaart, zoals bij verzet tegen uitvoering, tijdig meegewogen moeten worden. De veronderstelling is niet alleen strijdig met de praktijk, maar is ook strijdig met de verantwoordelijkheid en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid die je als arts hebt. De behandelend arts staat haar cliënten bij en is uiteraard niet eenmalig en ook niet alleen in het begin, bij het inzetten van de behandeling, betrokken. Bij de in de wet vermelde categorieën van onvrijwillige zorg spelen gezondheidsrisico's doorgaans een grote rol bij de feitelijke uitvoering. Handhaven van de instemming is daarom cruciaal en levert bovendien geen onnodige belasting in de uitvoering op.

Daarnaast wijzen wij erop dat indien de disciplines die in aanmerking komen om de Wzd-functionaris functie te vervullen worden uitgebreid, waardoor én de zorgverantwoordelijke én de Wzd-functionaris niet-artsen kunnen zijn, de vereiste instemming zelfs nog relevanter is.

Conclusie

Verenso is voorstander van een begrijpelijke, minder complexe Wet zorg en dwang die voldoende ruimte geeft aan professionals om ook bij onvrijwillige zorg samen met cliënten te komen tot goede en passende zorg. Een wet die minder gedetailleerd is dan de huidige en die goede zorg op maat mogelijk maakt. Helaas constateren wij dat de Evaluatiewet en voorgenomen wijzigingen hier nog onvoldoende in slagen. Samen met ActiZ, andere brancheorganisaties en organisaties van professionals doen wij daarom een groot aantal verbetervoorstellen in de gezamenlijke reactie.

Met deze inbreng vraagt Verenso speciale aandacht voor punten die wij het meest van belang vinden voor het verbeteren van de uitvoerbaarheid. Wij gaan ervan uit dat deze punten meegenomen worden in de volgende fase en zien daarom met belangstelling uit naar een aangepaste versie.

Namens Verenso

mr R.B.J. Knuiman, 23 mei 2025