

Reactie op ‘Verkenning Evaluatiewet’ Wzd van VGN en ACTIZ

ACTIZ en VGN schetsen in bovengenoemd document de belangrijkste voorstellen uit de ‘Evaluatiewet’ en geven daar hun mening over.

Amarant is het in grote lijnen eens met deze verkenning en onderschrijft de meeste opmerkingen van ACTIZ en VGN. Hieronder geven we een toelichting namens Amarant op de verkenning van de twee brancheorganisaties. We nemen alleen items op in deze lijst als Amarant een andere mening heeft of een inhoudelijke toevoeging heeft. Per item geven we het paginanummer van de verkenning van VGN en ACTIZ aan en, tussen haakjes, het artikel uit de Evaluatiewet (Wzd).

Voorstel Evaluatiewet	Reactie ACTIZ/VGN	Reactie Amarant
Pagina 4: voorgesteld wordt om de term ‘onvrijwillige zorg’ te wijzigen naar de term ‘gedwongen zorg’.	Dit voorstel wordt niet gesteund.	Ook Amarant steunt dit voorstel niet. De term onvrijwillige zorg is inmiddels ingeburgerd en verandering van de term levert enkel verwarring op en vraagt om omdenken. Ook beleid, protocollen en werkinstructies en het ECD zijn ingericht met de huidige terminologie.
Pagina 5 (artikel 1, lid 1, onderdeel k, artikel 2b): voorgesteld wordt om de functie van Wzd functionaris ook open te stellen voor verpleegkundigen en physician assistants.	ACTIZ en VGN stellen voor om ook psychologen en orthopedagogen op te nemen in de lijst van functionarissen die Wzd functionaris mogen zijn.	We snappen de vraag van ACTIZ en VGN, maar onze vraag is of deze twee beroepsgroepen altijd een BIG registratie hebben. Volgens ons is het de bedoeling van de Wzd dat de persoon in kwestie een BIG registratie heeft.
Pagina 6 (artikel 1, lid 1, onderdeel k, artikel 2b): de Wzd functionaris zou in het nieuwe voorstel verantwoordelijk zijn voor de algemene gang van zaken bij gedwongen zorg. Dat levert verwarring op met de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder	Voorgesteld wordt om de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg te schrappen bij de Wzd functionaris om verwarring te voorkomen.	Amarant steunt deze opmerking en dat kan mogelijk ook enige schroom wegnemen bij potentiële Wzd functionarissen omdat de verantwoordelijkheid anders wel heel groot is (groot gevoeld wordt). Dat kan helpen om (nieuwe) Wzd functionarissen te vinden.
Pagina 7/8 (artikel 1, lid 4 onderdeel 2): de reikwijdteverklaring, om een persoon die (nog) geen vastgestelde VB heeft en/of geen indicatie Wlz VG heeft onder de Wzd te brengen), zou, naast een arts ook door een orthopedagoog generalist kunnen worden opgesteld. Alleen een diagnose volstaat; de zorgbehoefte, het ernstig nadeel en dergelijke wordt niet meer belangrijk geacht	Voorgesteld wordt om ook een GZ psycholoog, orthopedagoog of psycholoog te kunnen inzetten voor de reikwijdteverklaring en de eis dat er sprake dient te zijn van ernstig nadeel te laten bestaan.	Grotendeels mee eens, maar als de psycholoog of orthopedagoog dit zelf kan invullen voor zijn/haar cliënt, is dan afstemming nodig met een GZ psycholoog, een OG of een arts voor het beschermen van de rechten van de cliënt en om te voorkomen dat dezelfde persoon beslist over OVZ en de reikwijdteverklaring? Daarmee bescherm je ook de gedragsdeskundige.
Pagina 12 (art 2, lid 1 onderdeel a en b, Evaluatiewet): er is gedwongen somatische behandeling die onder de Wzd valt en er is gedwongen somatische behandeling die onder de WGBO valt	ACTIZ en VGN stellen voor om alle vormen van gedwongen somatische zorg onder één wet te laten vallen: de Wzd of de WGBO. Ze vragen de veldpartijen wat hun voorkeur heeft	Voor de zorg binnen de VG sector lijkt het mij handig om dat onder de Wzd te laten vallen. Dat is de vorm van OVZ die iedereen nu begrijpt. Zou het onder de WGBO moeten vallen, dan heb je mogelijk een tweede formulier nodig (versie WGBO). Dat is verwarrend en onwenselijk.

Voorstel Evaluatiewet	Reactie ACTIZ/VGN	Reactie Amarant
Pagina 12 (art 2, lid 1 onderdeel a en b, Evaluatiewet): In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om categorie a en b te wijzigen met nieuwe omschrijvingen	De hernoeming van deze twee categorieën lijkt arbitrair en verwarrend. Voorgesteld wordt om er een kortere benaming van te maken voor beide categorieën samen: 'behandeling van een psychische stoornis of somatische aandoening'	De formulering van VGN/ACTIZ laat naar onze mening te veel over aan invulling. Om goed te kunnen sturen op data geven wij er de voorkeur aan om de volgende subcategorieën te houden: - Medische behandeling of onderzoek - Voeding en vocht - Medicatie
Blz 12/13 (artikel 2, lid 1, onderdeel i, Evaluatiewet): deze categorie behelst 'het aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten'.	Deze categorie is heel ruim, en VGN en ACTIZ stellen voor om een onderscheid te maken tussen het niet tegemoet komen aan wensen van de cliënt en het om zorginhoudelijke redenen opleggen van beperkingen aan een cliënt.	Binnen Amarant wordt onvrijwillige zorg hoofdzakelijk ingezet om zorginhoudelijke redenen. De categorie i is binnen Amarant onderverdeeld in: - Beperking gebruik communicatiemiddelen - Verplicht dagprogramma - Beperking in omgang met anderen - Beperking in beheer van materiële zaken
Blz 13 (artikel 2, lid 3 Evaluatiewet): Hier wordt de term 'sederende medicatie' gebruikt		De term 'sederende medicatie' is misleidend. Gedrag beïnvloedende medicatie is lang niet altijd sederend. Dus graag de term 'gedrag beïnvloedende medicatie' gebruiken.
Blz 14 (artikel 2, lid 3 Evaluatiewet): In de Evaluatiewet wordt de extra rechtsbescherming voor wilsonbekwame cliënten voortgezet, waardoor voor sommige vormen van zorg (zonder verzet) toch het stappenplan gevolgd dient te worden.	ACTIZ en VGN stellen voor om dit artikel te schrappen en op een andere manier zorgvuldige besluitvorming over deze zorg toe te staan.	Amarant kan zich daarin vinden. Minimaal 30 % van alle verantwoorde maatregelen binnen Amarant, vallen onder dit artikel.
Blz 18 (artikel 6, lid 2 Evaluatiewet): Bij wilsbekwame cliënten mag in principe geen onvrijwillige zorg worden toegepast om de cliënt tegen zichzelf te beschermen	Dit kan leiden tot forse uitvoeringsproblemen, omdat voortdurend een toetsing op de wilsbekwaamheid noodzakelijk is.	Binnen Amarant worden cliënten met een LVB doorgaans wilsbekwaam geacht voor de meeste keuzes in de zorg. Met deze regel zou niet preventief gewerkt kunnen worden. Hoe moet dat dan bij cliënten met een verslaving (gamen, gokken, seks, middelengebruik)? Dat gaat leiden tot handelingsverlegenheid en externe partijen (o.a. de politie) vraagt ons juist om méér te doen om bepaald gedrag te voorkomen. Dat gedrag kan de veiligheid binnen een locatie negatief beïnvloeden en wordt namelijk ook vertoond in de maatschappij. Dat kan storend of shockerend zijn voor anderen.
blz 24 (artikel 11, Evaluatiewet): bij de evaluatie van de gedwongen zorgverlening is geen rol meer toebedeeld aan de deskundige van een andere discipline of een arts.		Dat is een verlichting van het stappenplan, al zal in de praktijk wel vaak een deskundige van een andere discipline aansluiten (een PBer of senior begeleider).

Voorstel Evaluatiewet	Reactie ACTIZ/VGN	Reactie Amarant
Blz 24 (artikel 11, Evaluatiewet): 'de zorgverantwoordelijke, cliënt en vertegenwoordiger maken voorafgaand aan iedere evaluatie zelf de afweging of zij behoefte hebben aan een advies van een onafhankelijke deskundige'.	Er is instemming over meer flexibel inzetten van een onafhankelijk deskundige. Voorgesteld wordt om de onafhankelijk deskundige te schrappen en alleen een niet bij de zorg betrokken deskundige te handhaven	Een flexibele inzet van een onafhankelijk deskundige kan prima werken, maar kan wel een probleem worden als de cliënt bij iedere evaluatie een onafhankelijk deskundige vraagt. Hoe kunnen we blijven garanderen dat de deskundigen die aansluiten (of die de cliënt mag meenemen) verstand hebben van de Wzd en constructief kunnen meewerken aan evaluatie en waar mogelijk afbouw van onvrijwillige zorg.
Blz 27 (artikel 11a Evaluatiewet): Artikel 6 regelt het volgende: 'b. wilsbekwaam verzet moet in principe worden gehonoreerd'		Naar onze mening dient ieder verzet te worden gehonoreerd. Ook dat van wilsonbekwame cliënten.
Blz 27-28 (artikel 11a Evaluatiewet): Er worden nieuwe criteria voorgesteld om onvrijwillige zorg te evalueren.	ACTIZ/VGN vinden de nieuwe criteria onvoldoende helder en halen de nu gangbare criteria aan als de juiste en helder criteria.	Amarant onderschrijft de mening van ACTIZ/VGN nadrukkelijk. Het is belangrijk om te blijven beoordelen op criteria van ernstig nadeel, doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit.
Blz 30 (artikel 15 Evaluatiewet): In de Evaluatiewet wordt de term noodsituaties vervangen door 'urgente zorg'. De termijn waarin gedwongen zorg op grond van dit artikel kan worden verleend is ingekort van 2 weken (noodsituaties) tot 1 week. Het gaat hierbij niet om situaties waarin direct gehandeld dient te worden vanwege het afwenden direct gevaar		Dit artikel kan makkelijk verwarring opleveren in de praktijk en Amarant pleit er daarom voor om het huidige artikel 'onvoorziene of noodsituaties' te behouden en de taak van de Wzd functionaris niet te verzwaren (binnen een week beoordelen of de maatregel terecht wordt toegepast).
Blz 34/35 (artikel 20 Evaluatiewet): De verplichting voor zorgaanbieders die onvrijwillige zorg aanbieden blijft bestaan in de Evaluatiewet, ondanks de (blijvende) verwarring over wat een locatie en wat een accommodatie is	ACTIZ en VGN willen een eind aan de begripsverwarring en vragen zich af wat de zin van de registratie is. Zijn pleiten voor schrappen van deze bepaling. Cliëntvertrouwenspersonen kunnen ook op een andere manier worden geïnformeerd over waar onvrijwillige zorg wordt toegepast.	Amarant is het in principe eens met de VGN. Registratie in het locatieregister is niet eenvoudig, omdat er een eis is om bij de KVK, per locatie een vestigingsnummer aan te vragen. Daarvoor is een bewijs van eigendom of huurrecht verplicht en dat is niet altijd voorhanden (zeker niet voor oude locaties of voor terreinlocaties). Heb je eenmaal alle vestigingsnummers dan kost registreren in het locatieregister niet veel tijd. In de praktijk moeten we de CVP's toch nog handmatig informatie leveren vanuit het locatieregister.

Voorstel Evaluatiewet	Reactie ACTIZ/VGN	Reactie Amarant
Blz 36 (artikel 21,22 en 23): Ook een huisarts op een ter zake kundige arts kan gevraagd worden om een artikel 21* aanvraag te beoordelen. Nu is deze beoordeling aan het CIZ. * een artikel 21 is voor cliënten die niet kunnen aangeven of ze wel of niet bij Amarant willen worden opgenomen of het verblijf willen voortzetten	Hier worden vragen over gesteld. Wie stelt de vraag aan de huisarts en de arts dient minimaal twee ter zake kundige zorgverleners van een andere discipline te raadplegen voor zijn beoordeling. Hoe is dit te organiseren en wie betaalt dat? ACTIZ en VGN stellen voor om het artikel 21 te laten vervallen in de Wzd. De Wlz indicatie geeft immers al toegang tot de zorg/opname.	Onze ervaring is dat huisartsen doorgaans niets willen doen binnen de Wzd, dus lijkt ons deze route niet passend. Het artikel 21 voegt in de praktijk inderdaad niet veel toe.
Blz 39/40 (artikel 25, lid 2): Er is een probleem om een medische verklaring te regelen van een onafhankelijk, ter zake kundige, arts voor cliënten die nog niet in zorg zijn (thuis wonen). Die is nodig voor de aanvraag van een RM. De Evaluatiewet stelt voor dat een huisarts of een casemanager dementie hiervoor een ter zaken kundige arts zou moeten kunnen raadplegen	ACTIZ en VGN geven aan dat een onafhankelijke, ter zake kundige arts niet makkelijk te vinden is, wegens schaarste en dat een bepaling als deze daar geen verandering in brengt.	Amarant beaamt dat. Op dit moment hebben we zelf ook te weinig artsen VG en psychiaters die hieraan kunnen en willen meewerken. In het verleden heeft Amarant een ziekenhuis en een daklozen opvang geholpen door een ter zake kundige arts beschikbaar te stellen, onder de voorwaarde dat de cliënt niet door Amarant zou worden opgenomen. In beide situaties is echter de RM direct op onze naam gezet en is Amarant gedwongen om deze, niet passende, cliënten op te nemen. Daarom is Amarant hier heel terughoudend in (en nu ivm onze eigen schaarste helemaal geen optie).
Blz 40-47 (Paragraaf 2.5 Evaluatiewet): In de evaluatiewet wordt de inbewaringstelling vervangen door de crisismaatregel uit de Wvvgz. Dit om overstappen tussen de Wvvgz en de Wzd te vergemakkelijken. Dat houdt in dat ook de eventuele toe te passen onvrijwillige zorg (vooraf!) in de crisismaatregel dient te worden opgenomen en wordt beoordeeld door de rechter. Binnen 3 dagen dient de crisismaatregel bekrachtigd te worden en deze kan dan tegelijk voor maximaal 3 weken worden verlengd.	Er zijn nog veel onduidelijkheden in het voorstel ten aanzien van rollen en bevoegdheden en er ontstaat makkelijk verwarring over welke arts dan ter zake kundig is als geen onderscheid meer gemaakt wordt tussen een persoon met een verstandelijke beperking of een psychische stoornis. De verlenging van maximaal 3 weken is te krap.	Hoe wordt getoetst binnen welke sector de cliënt het best past? Zonder informatie in de crisismaatregel of de beoordeling ervan over de grondslag van de problematiek wordt dat lastig. Is er inzicht in de verdeling van crisisplaatsen naar de diverse sectoren? Om dat evenwicht in de toekomst te behouden, opdat niet onevenredig veel crisisplaatsingen naar 1 sector gaan? De GGZ heeft de beste lobby om cliënten buiten de deur te houden. Verlenging van een crisismaatregel met maar 3 weken is te kort. Cliënten met een verstandelijke beperking hebben regelmatig langer tijd nodig om te stabiliseren dan iemand zonder VB.