

Reactie 's Heeren Loo op de Evaluatiewet Wvggz en Wzd

's Heeren Loo maakt graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op de ontwerpversie van de Evaluatiewet. Onze reactie beperkt zich tot de wetsartikelen die betrekking hebben op de Wzd.

Doelstelling van het wetsvoorstel

's Heeren Loo onderschrijft de doelstellingen van dit wetsvoorstel om effectievere rechtsbescherming te bieden aan cliënten en om de uitvoerbaarheid van de wet in de praktijk te vergroten. Deze twee uitgangspunten zijn wat ons betreft onlosmakelijk met elkaar verbonden. Onderdelen waarin we dit terugvinden zijn onder andere het voorstel om de mogelijkheid te bieden om cliënten op basis van hun actuele zorgbehoefte, ongeacht hun diagnose, onder de reikwijdte van de Wzd te kunnen brengen (artikel 1b). En in het voorstel om meer beroepsgroepen de mogelijkheid te geven om de functie van Wzd-functionaris te vervullen (artikel 1 lid 1, k). Dit zijn voorstellen die we van harte ondersteunen.

Begrijpelijkheid en uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel

Echter zien we ook dat in algemene zin het wetsvoorstel de uitvoerbaarheid van de Wzd maar nauwelijks verbetert en op een aantal punten juist bemoeilijkt. Wij hopen dan ook op aanpassing van deze voorstellen en verwijzen in dit kader naar de reactie en verbetervoorstellen die de VGN op deze punten heeft geformuleerd. In aanvulling op de consultatiereactie van de VGN willen we specifiek aandacht vragen voor onderstaande tien punten die naar ons idee de meeste impact hebben op de praktijk.

1. Opname en evaluatie van gedwongen zorg in het zorgplan (artikel 9 lid 3 en artikel 11)

In de Evaluatiewet zijn in artikel 11 wijzigingsvoorstellen opgenomen rondom de evaluatie van gedwongen zorg. Tot onze teleurstelling zien we dat deze wijzigingen de procedure niet vereenvoudigen en verduidelijken, maar dat juist meer complexiteit en detaillering wordt toegevoegd ten opzichte van de huidige 'Bestuurlijke afspraken Wzd'. We doelen dan met name op de werkwijzen rondom de niet bij de zorg betrokken deskundige en de onafhankelijk deskundige. We pleiten voor een vereenvoudiging van dit proces, om zo de begrijpelijkheid voor medewerkers, cliënten en hun naasten te vergroten, de uitvoerbaarheid te verbeteren en daarmee de rechten van cliënten beter te borgen.

Wat ons betreft zouden de leidende principes moeten zijn dat:

- de onvrijwillige zorg multidisciplinair wordt geëvalueerd, met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger;
- de zorgverantwoordelijke bij de evaluatie een deskundige betreft met relevante kennis en ervaring, in afstemming met de cliënt/vertegenwoordiger;
- de cliënt/vertegenwoordiger ondersteuning kan vragen aan o.a. een cliëntvertrouwenspersoon;
- de cliënt/vertegenwoordiger indien gewenst een second opinion kan inschakelen.

Verder valt ons op dat bij de opname van bepaalde vormen van gedwongen zorgverlening in het zorgplan niet alleen de instemming is vereist van een ter zake kundige arts, maar dat deze arts ook betrokken moet worden bij het overleg (art. 9 lid 3). Dit impliceert dat de arts verplicht bij het overleg aanwezig moet zijn. Vanuit het oogpunt van uitvoerbaarheid zien we graag dat vastgehouden wordt aan de huidige formulering in de Wzd, welke ruimte biedt om op



verschillende manieren invulling te geven aan de betrokkenheid van de arts (aanwezig bij het overleg of op een andere manier).

Daarnaast is ons voorstel om aan dit artikel toe te voegen dat ook een ter zake kundige verpleegkundig specialist, physician assistant of verpleegkundige bij de besluitvorming betrokken zou kunnen worden in plaats van de arts. Gezien hun verantwoordelijkheid, expertise en betrokkenheid bij de zorgverlening kunnen deze beroepsgroepen evengoed optreden in dit besluitvormingsproces en vraagt dit niet altijd om betrokkenheid van de arts. We zien graag dat de wet de vrijheid biedt om per cliënt/situatie te bepalen wat passend is.

2. Vrijwillige zorgverlening aan ter zake wilsonbekwame cliënten (artikel 2 lid 3)

In het huidige artikel 2 lid 2 worden bepaalde vormen van vrijwillige zorg gelijkgesteld aan onvrijwillige zorg, indien het wilsonbekwame cliënten betreft. Het verbaast ons dat dit artikel (in de Evaluatiewet opgenomen als art. 2 lid 3) ongewijzigd is gebleven, ondanks eerdere toezeggingen van de minister om deze bepalingen aan te passen. Uit de evaluatie van de Wzd bleek dat de wetgeving op dit punt niet goed aansluit bij de dagelijkse praktijk en dat het kan leiden tot onnodige administratieve lasten en verplichtingen voor zowel de zorgverlener als de vertegenwoordiger van de cliënt. Dit is ook onze ervaring. We steunen de gedachte dat bepaalde vormen van vrijheidsbeperkingen bij wilsonbekwame cliënten vragen om extra waarborgen. We vragen echter om ruimte om dit op maat, situatie- en cliëntafhankelijk vorm te geven, in plaats van hierin één rigide werkwijze te volgen. We pleiten ervoor om de aanbeveling vanuit de wetsevaluatie op te volgen en zorgaanbieders in hun beleidsplan te laten opnemen in welke extra waarborgen wordt voorzien voor de kwetsbare cliënten.

3. Uitbreiding van beroepsgroepen (artikel 1, k en artikel 1 lid 4)

In de Evaluatiewet zijn in artikel 1 onderdeel k de beroepsgroepen verpleegkundige en physician assistant toegevoegd aan de functies die de rol van Wzd-functionaris mogen uitvoeren. We zien dat daarmee wordt vastgehouden aan de BIG-registratie als voorwaarde voor deze rol. Dit zorgt er echter voor dat we goed gekwalificeerde medewerkers uitsluiten. Dat is een belangrijk knelpunt in de praktijk omdat we zien dat deskundige en gemotiveerde mensen nu niet aangesteld kunnen worden als Wzd-functionaris terwijl er tegelijkertijd moeilijk vervulbare vacatures zijn voor Wzd-functionarissen in verschillende regio's. We zouden graag psychologen en orthopedagogen toegevoegd willen zien aan de beroepsgroepen. Daarbij willen we opmerken dat veel van deze functies ook onder het tuchtrecht vallen vanuit hun lidmaatschap bij een beroepsvereniging of SKJ-registratie. Daarnaast vallen psychologen en orthopedagogen altijd onder het klachtrecht en kan ook op die manier hun handelen getoetst worden.

In het verlengde hiervan zijn wij van mening dat ook ter zake kundige psychologen en orthopedagogen voldoende gekwalificeerd zijn om te beoordelen of een cliënt onder de reikwijdte van de Wzd gebracht kan worden (artikel 1 lid 4). Wij zien dat deze beroepsgroepen in de praktijk hierin al een belangrijke rol vervullen en zien daarom graag deze beroepsgroepen toegevoegd in de Evaluatiewet.



4. Crisismaatregel

In de Evaluatiewet wordt het voorstel gedaan om de samenloop tussen de Wvvgz en de Wzd te verbeteren in crisissituaties door het introduceren van één gezamenlijke crisismaatregel. We waarderen dat op deze manier gezocht wordt naar meer synergie tussen deze twee wetten. Echter zien we dat nu alleen vanuit het oogpunt van harmonisatie de wetgeving op punten gelijk wordt getrokken, zonder dat het een inhoudelijke verbetering betekent voor cliënten in de VG. We zien dat op verschillende onderdelen terug, zoals bij het voorstel om de geldigheidsduur van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel terug te brengen tot drie weken. Binnen de VG is deze termijn te kort om voldoende inzicht te krijgen in de situatie, de crisis te stabiliseren en het juiste perspectief (waaronder daginvulling, behandeling en vervolgplek) voor de cliënt te bepalen.

Het werken vanuit één gezamenlijke regeling zou in de praktijk enkele knelpunten kunnen oplossen, echter vragen we ons af of de brug tussen de twee wetten in crisissituaties niet op een andere, meer eenvoudige wijze geslagen kan worden. Voor ons is het voornaamste dat de crisisregeling goed uitvoerbaar moet zijn in de praktijk, waarbij de (over)plaatsing van cliënten tussen VG en GGZ niet wordt bemoeilijkt door regelgeving.

We zijn van mening dat de knelpunten die we momenteel ervaren niet alleen opgelost kunnen worden door veranderende wetgeving. Het betreffen ook uitvoeringsproblemen die veel dieper liggen dan alleen op het vlak van gescheiden wetgeving. We denken daarbij aan organisatorische aspecten (waaronder capaciteit), de samenwerking en aan de financiering. Het zal veel meer en ook andersoortige interventies vragen om daar verbetering in te brengen. Om de onderlinge samenwerking tussen GGZ en VG en het samenbrengen van expertise in crisissituaties verder uit te werken denken wij bijvoorbeeld aan een gesubsidieerde proeftuin. Mochten daar mogelijkheden toe zijn dan zouden we daar graag onze medewerking aan verlenen.

5. Geen onvrijwillige zorg bij ter zake wilsbekwame cliënt (artikel 6 lid 2)

In artikel 6 lid 2 wordt gesteld dat het toepassen van gedwongen zorg bij een wilsbekwame cliënt alleen mogelijk is in situaties van acuut levensgevaar voor de cliënt of bij gevaar voor een ander. Onze zorg is dat door deze bepaling er situaties van handelingsverlegenheid ontstaan. Het uitgangspunt is uiteraard dat de wens van een wilsbekwame cliënt gerespecteerd wordt. Er kunnen echter situaties ontstaan waarin ernstig nadeel voor een cliënt dreigt (met name op het vlak van maatschappelijke teloorgang, onder invloed raken van een ander, automutilatie, etc.) zonder dat er sprake is van acuut levensgevaar. Op dat moment zou onze plicht tot goed hulpverlenerschap botsen met onze plicht om de wet zorgvuldig uit te voeren.



6. Informatieverplichtingen

(artikel 3 lid 7, artikel 5 lid 2, artikel 9 lid 4, artikel 11 lid 2, artikel 15 lid 3, artikel 15a lid 2, artikel 45 lid 5, artikel 46 lid 2, artikel 47 lid 8 en lid 9, artikel 48 lid 11, artikel 48b lid 4, artikel 52 lid 1 en lid 2, artikel 57a lid 2)

Net als in de huidige Wzd, schrijft de Evaluatiewet gedetailleerd voor waar de zorgverlener de cliënt of zijn vertegenwoordiger over moet informeren en op welke momenten. We verwijzen naar bovengenoemde artikelen. In het kader van de uitvoerbaarheid pleiten we voor een vereenvoudiging van deze informatieplicht. Uiteraard is van belang dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger op de hoogte zijn van hun rechten en de mogelijkheden rondom klachten en ondersteuning door een cliëntenvertrouwenspersoon. Dit is essentieel om de rechten van de cliënt goed te kunnen waarborgen en voor de cliënt/vertegenwoordiger om op te kunnen treden als gelijkwaardig gesprekspartner in het overleg over onvrijwillige zorg. Volstaan zou kunnen worden met één of enkele wettelijke bepalingen die hierin voorzien. De wijze waarop deze informatieplicht wordt uitgevoerd kan uitgewerkt worden in het beleidsplan van de zorgaanbieder, in afstemming met de cliëntenraad.

7. Informatieverstrekking aan de IGJ en het locatieregister (artikel 17 en artikel 20)

We constateren dat met artikel 17 de verplichting om digitale overzichten aan te leveren bij de IGJ over de onvrijwillige zorg gehandhaafd blijft. Echter verantwoorden we ons jaarlijks ook middels een analyse over de toegepaste onvrijwillige zorg. We zien dan ook niet wat de meerwaarde is van de halfjaarlijkse, digitale aanlevering ten opzichte van de jaarlijkse analyse, waarin de aangeleverde cijfers worden geduid en van context voorzien. In het kader van het verminderen van onnodige administratieve lasten pleiten we ervoor de halfjaarlijkse aanlevering te stoppen.

Hetzelfde geldt voor het locatieregister (artikel 20), waarin bijgehouden moet worden op welke locaties c.q. accommodaties onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van toepassing is. Naast alle praktische en technische problemen waar we tegenaan lopen bij dit register, zien we ook onvoldoende de meerwaarde van het locatieregister. Indien het gaat om crisislocaties waar een IBS-opname kan plaatsvinden, kunnen we ons het nut van een centraal inzichtelijk register voorstellen. Voor de overige locaties ligt dat anders. De Wzd is cliëntvolgend en daarmee kan onvrijwillige zorg, afhankelijk van de zorgbehoefte van de cliënten op dat moment, op alle locaties plaatsvinden.

8. Rol Raad van Toezicht (artikel 2b lid 3 en artikel 7 lid 5)

In de Evaluatiewet zijn de nieuwe verplichtingen opgenomen dat een advies gevraagd moet worden aan de Raad van Toezicht over de benoeming van een Wzd-functionaris (artikel 2b lid 3) en over de vaststelling van het beleidsplan (artikel 7). De Raad van Toezicht is echter geen medezeggenschapsorgaan. Deze bepalingen zijn in strijd met de statuten van veel zorginstellingen en zijn niet goed verenigbaar met de Governancecode Zorg 2022.



9. Besluit opname (artikel 21)

In artikel 21 wordt beschreven hoe een besluit tot opname tot stand komt bij een cliënt die geen bereidheid toont maar zich ook niet verzet tegen opname. We vinden het van belang dat de besluitvorming over een eventuele opname van een ter zake wilsonbekwame cliënt zorgvuldig plaatsvindt en dat daarin gehandeld wordt vanuit het belang van de cliënt. We hebben er geen bezwaar tegen als er een laagdrempelige route komt om de noodzaak tot opname te toetsen. Het zou echter voldoende zijn als de huisarts of ter zake kundige arts met de vertegenwoordiger en één andere discipline tot besluitvorming komt. En dat de route naar het CIZ open blijft indien men via de eerder genoemde route niet tot overeenstemming komt. Het besluit zou een eenmalige uitspraak moeten zijn die levenslang geldig is, tenzij de situatie wijzigt en een nieuwe beoordeling op zijn plaats is.

10. De term 'gedwongen zorg'

Als laatste willen we aandacht vragen voor het vervangen van de term 'onvrijwillige zorg' naar 'gedwongen zorg'. Vanuit de memorie van toelichting begrijpen we dat hiervoor is gekozen om meer eenheid van taal aan te brengen tussen de Wzd en de Wvggz. Dit gaat echter ten koste van de huidige bekendheid die de term 'onvrijwillige zorg' heeft gekregen bij zorgverleners, cliënten en hun vertegenwoordigers. Daarbij is de overkoepelende term in veel situaties niet passend bij de vorm van de zorgverlening. Waar 'gedwongen zorg' associaties oproept met ingrijpende maatregelen, doet de huidige term 'onvrijwillige zorg' ook recht aan de meer subtielere vormen van vrijheidsbeperkingen. Vanuit het kader van bewustwording van ook deze vormen van onvrijwillige zorg, zien we graag dat vastgehouden wordt aan de huidige terminologie.