



Consultatiereactie

Evaluatiewet Wvggz en Wzd

**10 voorstellen ter verbetering van
de Wet zorg en dwang,
in aanvulling op de 190 voorstellen
die wij hebben gedaan samen met
Verenso, de NVO en het NIP**

26 mei 2025

Inleiding

In aanvulling op de reactie die wij gezamenlijk met andere veldpartijen hebben opgesteld, brengen ActiZ, de VGN, Zorgthuisnl, de Federatie Landbouw en Zorg en BVKZ nog enkele punten onder uw aandacht die wij van belang vinden in de discussie over aanpassing van de Wet zorg en dwang. Wij zijn uiteraard graag bereid om deze reactie, en de reactie die wij gezamenlijk met andere veldpartijen hebben opgesteld, toe te lichten en met u te bespreken hoe de door ons voorgestane fundamentele wijzigingen van de Wet zorg en dwang gerealiseerd kunnen worden.

De voorstellen die wij in deze reactie doen zijn genummerd met een V en een volgnummer. De nummering begint bij 191. Hiermee maken wij duidelijk dat deze voorstellen een aanvulling zijn op de 190 voorstellen die wij samen met Verenso, de NVO en het NIP hebben gedaan.

Beroepsgroepen die de functie van Wzd-functionaris kunnen vervullen (artikel 1, lid 1, onderdeel k)

Op basis van de Wzd kan de functie van Wzd-functionaris vervuld worden door ter zake kundige artsen, gezondheidspsychologen en orthopedagogen-generalist. In het evaluatierapport is de aanbeveling gedaan om meer beroepsgroepen de mogelijkheid te geven deze functie te vervullen. Hiervoor bestaat volgens het evaluatierapport breed draagvlak. In de Evaluatiewet wordt voorgesteld de mogelijkheid te openen dat ook verpleegkundigen en physician assistants de functie van Wzd-functionaris kunnen vervullen.

Wij steunen dit voorstel. Wie zien hier een parallel met de keuze van de zorgverantwoordelijke. In de Regeling zorg en dwang worden veel verschillende beroepsgroepen genoemd die de rol van zorgverantwoordelijke op zich kunnen nemen. Dat houdt niet in dat iedere beroepsgroep voor iedere cliënt als zorgverantwoordelijke aangewezen kan worden. Per cliënt of groep cliënten moet beoordeeld worden welke beroepsgroep gekwalificeerd is om als zorgverantwoordelijke te fungeren. Ook bij de Wzd-functionaris is dit van belang, per cliëntengroep zal beoordeeld moeten worden welke beroepsgroep gekwalificeerd is om als Wzd-functionaris te fungeren.

Wij kunnen ons voorstellen dat naast de genoemde beroepsgroepen ook andere beroepsgroepen gekwalificeerd zijn om de rol van Wzd-functionaris kunnen vervullen, hierbij denken wij bijvoorbeeld aan psychologen (ook als zij geen gz-psychologen zijn) en orthopedagogen (ook als zij geen orthopedagogen generalist zijn) (**V191**). Wij wijzen er in dit verband op dat leden van de NVO en het NIP gebonden zijn aan de beroepscode en ook onder het tuchtrecht van (ortho)pedagogen c.q. psychologen vallen. Daarmee is de kwaliteit van hun beroepsuitoefening geborgd.

Ook vragen wij aandacht voor de positie van casemanagers dementie. Voor zover dit verpleegkundigen zijn, kunnen zij op basis van het voorstel uit de Evaluatiewet als Wzd-functionaris optreden. Niet iedere casemanager dementie is echter verpleegkundige. Wij geven in overweging om de mogelijkheid te creëren dat ook casemanagers dementie, die

geen verpleegkundige zijn, als Wzd-functionaris kunnen fungeren, mits zij geregistreerd zijn in het Beroepsregister casemanagers dementie **(V192)**.

Wij geven verder in overweging om niet op wetsniveau te regelen welke beroepsgroepen gekwalificeerd zijn om als Wzd-functionaris te fungeren, maar zorgaanbieders de ruimte te geven of zelf te bepalen wie gekwalificeerd is voor deze functie **(V193)**. Deze ruimte wordt uiteraard begrensd door de algemene verplichting uit de Wkkgz om de zorgverlening zo te organiseren en verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsverplichtingen zo toe te delen dat dit redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg (art. 3 Wkkgz).

Reikwijdteverklaringen (artikel 1, lid 4, sub 2° en artikel 1b, lid 3)

De Wzd kent twee verklaringen op grond waarvan iemand onder de reikwijdte van de Wzd gebracht kan worden. De verklaring ten aanzien mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening maar zonder indicatie voor langdurige zorg en de verklaring ten aanzien van mensen met een gelijkgestelde aandoening. Beide verklaringen kunnen worden opgesteld door een arts. In de Evaluatiewet wordt voorgesteld dat de eerstgenoemde verklaring ook opgesteld kan worden door een orthopedagoog-generalist. In de reactie die wij samen met een beroepsverenigingen hebben opgesteld bepleiten wij daar de gz-psycholoog aan toe te voegen. Ten aanzien van de tweede verklaring geven wij in die reactie in overweging om te onderzoeken of ook anderen dan een arts deze kunnen opstellen.

Wij stellen voor de mogelijkheid te openen dat beide verklaringen kunnen worden opgesteld door orthopedagogen (niet zijnde orthopedagogen generalist) en psychologen (niet zijnde gezondheidszorgpsychologen) **(V194)**. Waarbij uiteraard de algemene beperking tot handelen binnen hun deskundigheidsgebied van kracht blijft.

Een reikwijdteverklaring met betrekking tot iemand met een psychogeriatrische aandoening zou naar onze indruk ook opgesteld kunnen worden door een verpleegkundig specialist **(V195)**.

Besluitvorming over opname van gedwongen zorg in het zorgplan (artikel 9 en artikel 10)

In de Evaluatiewet begint de besluitvormingsprocedure over opname van gedwongen zorg in het zorgplan op het moment, waarop de zorgverantwoordelijke heeft geconcludeerd dat gedwongen zorg noodzakelijk is. Of gedwongen zorg noodzakelijk is, zou wat ons betreft juist een gespreksonderwerp moeten zijn in het multidisciplinair overleg **(V196)**. Doorgaans zal het vertrekpunt van de procedure één van de volgende situaties zijn:

- over het zorgplan wordt geen overeenstemming bereikt;
- over het zorgplan is overeenstemming bereikt, maar de ter zake wilsbekwame cliënt dan wel zijn vertegenwoordiger komt daarop terug, of de ter zake

wilsonbekwame cliënt verzet zich tegen de uitvoering van zorg die op vrijwillige basis in het zorgplan is opgenomen;

- de zorgbehoefte van de cliënt is veranderd, waardoor opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan overwogen moet worden.

In deze situaties zal de zorgverantwoordelijke of één van de bij de zorg betrokken disciplines het initiatief nemen om de optie van gedwongen zorgverlening te bespreken. Het is dan de taak van de zorgverantwoordelijke om een multidisciplinair overleg te organiseren waarin dit besproken wordt. Bij dit overleg wordt altijd de zorgverlener betrokken die de vraag aan de orde heeft gesteld of gedwongen zorgverlening noodzakelijk is. Verder betreft de zorgverantwoordelijke alle deskundigen daarbij die nodig zijn om verantwoord een besluit te kunnen nemen over opname van gedwongen zorg in het zorgplan. Wij vinden dat het aan de professionele inschatting van de zorgverantwoordelijke overgelaten moet worden om per cliënt te bepalen welke deskundigen dat zijn **(V197)**.

Wij zien geen reden om te bepalen dat in bepaalde gevallen altijd een arts betrokken moet worden bij de besluitvorming. Van een zorgverantwoordelijke mag verwacht worden dat hij zelf de inschatting kan maken of het al dan niet wenselijk is om de arts bij de besluitvorming te betrekken.

Blijft de verplichting om toestemming van een arts te vragen niettemin gehandhaafd, dan stellen wij voor een uitzondering te maken voor de situaties waarin een verpleegkundig specialist of physician assistant zorgverantwoordelijke is **(V198)**. Wij stellen tevens voor dat in situaties waarin een zorgverantwoordelijke toestemming moet vragen van een arts, ook toestemming gevraagd kan worden van een verpleegkundig specialist of een physician assistant **(V199)**. Wij zien geen reden voor verzwaring van de rol van de arts in die zin dat niet alleen diens toestemming gevraagd hoeft te worden, maar dat hij ook betrokken moet worden bij het multidisciplinair overleg waarin opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt besproken. De ervaring van de afgelopen vijf jaar leert dat dit veelal niet nodig is. Wanneer dit wel nodig is staat het uiteraard de zorgverantwoordelijke altijd vrij om de arts uitnodigen.

Wij vragen nog aandacht voor de formulering van het derde lid van artikel 10. Daar staat nu: *'nadat in het overleg is besloten gedwongen zorg in het zorgplan op te nemen'*. Hiermee wordt gesuggereerd dat de deelnemers aan het overleg gezamenlijk een besluit nemen over de gedwongen zorgverlening. In artikel 9 wordt ervan uitgegaan dat de zorgverantwoordelijke dit besluit neemt, gehoord ieders inbreng tijdens het multidisciplinaire overleg. Wij stellen voor om dit punt te verduidelijken. Wij geven in overweging om de praktijk de ruimte te laten om te kiezen uit verschillende opties, te weten: het mdo neemt het besluit, de zorgverantwoordelijke neemt het besluit of de vertegenwoordiger van de discipline die de onvrijwillige zorg verleent of daarvoor verantwoordelijke is, neemt het besluit **(V200)**. In alle gevallen wordt het besluit ter beoordeling voorgelegd aan de Wzd-functionaris.