

Overzicht standpunten ActiZ inzake uitvoering Wet Zorg en Dwang (Wzd)

1. Géén stappenplan bij vrijwillige zorg of bij verlaten instelling

Dwang alleen als het echt niet anders kan is het adagium van de Wzd. Zorgvuldige besluitvorming over onvrijwillige zorg vormt de kern van de wet. Die moet worden rechtgedaan. Als een zorgverlener zorg noodzakelijk vindt en de *wilsonbekwame cliënt* zich daartegen verzet of de vertegenwoordiger niet instemt mag van zorgverleners worden verwacht dat zij multidisciplinair het voornemen kritisch bespreken en toetsen, en alternatieven zoeken voor onvrijwillige zorg.

De Wzd kent echter de uitzondering waarin ook bij *vrijwillige zorg* het stappenplan gevolgd moet worden, dus als de cliënt zich niet verzet en de vertegenwoordiger instemt met de zorg. Dat is bijvoorbeeld het geval bij beperking van de bewegingsvrijheid (zoals een bedhek of het gesloten houden van een afdeling). Inzet van het stappenplan leidt daarbij tot onbegrip bij professionals en verwanten en noodzaakt tot dezelfde inzet van schaarse professionals als bij onvrijwillige zorg.

- ActiZ meent dat de branche zich bij de inzet van schaarse mensen en middelen primair moet richten op onvrijwillige zorg.
- Evenmin moet het stappenplan doorlopen worden wanneer cliënten die met een Rechterlijke Machtiging (RM) of een Besluit van het CIZ zijn opgenomen de instelling willen verlaten, maar dit niet mogen. Om te voorkomen dat deze cliënten de instelling zonder verlof of ontslag verlaat (dus zonder dat de zorgverantwoordelijke met instemming van de Wzd-functionaris heeft geconstateerd dat dit verantwoord is) zal de voorkeur voor hen op slot moeten zitten. Dit is nu eenmaal het gevolg van de rechterlijke uitspraak of het besluit van het CIZ.

2. Registratie en rapportage pas ná oktober 2020

Het toepassen van onvrijwillige zorg aan de hand van het stappenplan moet in de ECD's worden geregistreerd. Over aard, omvang en frequentie van de onvrijwillige zorg moet halfjaarlijks aan de IGJ worden gerapporteerd. De contouren van de registratie- en rapportageplicht zijn al langer bekend, maar de (sub)categorieën van onvrijwillige zorg die geregistreerd moeten worden zijn pas onlangs met de publicatie van de [Regeling Wzd](#) op 7 november 2019 bekend geworden.

- Dat betekent dat de ECD-leveranciers hun pakketten nog moeten aanpassen, daarna moeten zorgverleners leren met deze aanpassingen te werken. ActiZ meent dat de rapportageverplichting daarom pas op zijn vroegst kan ingaan op 1 oktober 2020.

Een halfjaarlijkse rapportage en analyse per locatie is een forse administratieve last die bovendien overbodig is: de Inspectie (IGJ) heeft ook als ze één keer per jaar een overzicht krijgt van onvrijwillige zorg voldoende zicht op wat zorgaanbieders doen. Daarnaast is de IGJ altijd welkom om bij de zorgaanbieder zelf te gaan kijken. Natuurlijk is de analyse die de zorgaanbieder moet maken ook van belang om van te leren. Het stappenplan waarborgt echter dat iedere individuele toepassing van onvrijwillige zorg al regelmatig en met inzet van verschillende deskundigen wordt geëvalueerd, zodat de organisaties daardoor continu al heel veel leren.

- Uit oogpunt van leren en verbeteren vindt ActiZ één rapportage en analyse per jaar genoeg. Wat ActiZ betreft verplicht de branche zich tot de 9 vormen van onvrijwillige zorg die in de Wzd zijn genoemd en niet tot de 17 subvormen die VWS later heeft toegevoegd. Het is aan zorgorganisaties om desgewenst gedetailleerder te registreren.

3. Overgang Wet Bopz-behandelplannen naar Wzd-zorgplannen

De Wzd schrijft voor dat alle Bopz-behandelplannen binnen een halfjaar na 1 januari 2020 moeten zijn omgezet in Wzd-zorgplannen. Ook de zorgplannen van de andere cliënten die onder de Wzd vallen moeten worden opgesteld conform de Wzd. Dit vergt een forse tijdsinvestering van zorgorganisaties.

- Voor 2020 wil ActiZ aansluiten bij de huidige mdo-cyclus (evaluatie Wlz-zorgplan) en niet de kortere termijn van de Wzd. Dat houdt in dat zorgaanbieders in het overgangsjaar er niet door de IGJ op worden aangesproken als zij langer dan drie maanden onvrijwillige zorg verlenen op basis van het eerste Wzd-zorgplan of na de eerste verlenging daarvan, zolang deze periode niet langer is dan zes maanden.

4. Ambulante Wzd, financiering, beroepsgroepen

Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, verzorgenden en verpleegkundigen hebben grote twijfels over de uitvoerbaarheid van de Wzd in de thuissituatie, met name over de inrichting van taken en verantwoordelijkheden bij de uitvoering van het stappenplan. Daarnaast ontbreken nog steeds de financieringstitels voor de Wzd. Daar waar sterke samenwerkingsverbanden zijn met huisartsen en de GGZ lijkt de ambulante Wzd voorzichtig van de grond te komen. Maar dit is slechts in een beperkt aantal regio's.

- ActiZ raadt haar leden daarom aan om uiterst terughoudend te zijn bij de uitvoering van de ambulante Wzd.
- Bovendien is de uitvoering van de Wzd geen verplichting. Zorgverleners in de wijkverpleging kunnen voor het toepassen van dwang nog steeds een beroep doen op de Wgbo als wettelijke grondslag. Cliënten komen pas onder de reikwijdte van de Wzd met een indicatie van het CIZ (met de grondslag psychogeriatricie).

5. Geen twee wetten in een instelling

VWS heeft aangekondigd cliënten met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) onder voorwaarden gelijk te willen stellen met cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatric aandoening. Gelijkstelling aan een psychogeriatric aandoening betekent dat niet het rechtsregime van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (de Wvggz, de opvolger van de Wet Bopz voor de psychiatrie) maar dat de Wzd van toepassing is op deze groepen cliënten. Bij deze doelgroepen moet ook de doelgroep met een grondslag GGZ (indien en voor zover het gaat om cliënten gaat die zijn aangewezen op Wlz-verblijf) toegevoegd worden.

- Het hanteren van zowel de Wzd als de Wvggz binnen een verpleeghuis vraagt om een even kostbare als nodeloze investering in kennis, in menskracht en in ICT. ActiZ vindt dat dat met ingang van 1 januari 2020 voor genoemde doelgroepen de Wzd, en niet de Wvggz moet worden toegepast.

6. Crisisdiensten en crisisplaatsen

De crisisdiensten worden veelal verzorgd door grote GGZ-organisaties die 24/7 een infrastructuur voor opvang en beoordeling van crisissituaties in stand houden en in dat kader zorgen voor de geneeskundige verklaring (van de psychiater) ten behoeve van dwangopname (de inbewaringstelling, IBS). Vanaf 1 januari 2020 stoppen enkele crisisdiensten met de beoordeling van cliënten met een psychogeriatric aandoening. Of zij geven aan de beoordeling alleen voort te zetten als de verpleeghuizen bereid en in staat zijn deze cliënten gedwongen op te nemen. Dat geldt niet alleen voor cliënten die met een IBS, maar ook voor cliënten die met een Rechterlijke Machtiging (RM) met spoed gedwongen opgenomen moeten worden. Hierdoor dreigen uiterst kwetsbare cliënten tussen wal en schip te vallen. De leden van ActiZ willen er voor die cliënten zijn. De hiervoor benodigde capaciteit is in onze branche echter niet of nauwelijks voorhanden, omdat de crisisplaatsen niet zijn gecontracteerd.

- ActiZ stimuleert regionaal overleg waarin afspraken gemaakt worden over de samenwerking rond crisiszorg en indicatiestelling. Mochten er situaties zijn waarin regionaal geen overeenstemming kan worden bereikt, dan doet ActiZ een dringend beroep op VWS en de zorgverzekeraars om GGZ-organisaties te hun huidige werkwijze rond crisisdiensten en crisisplaatsen ook na 1 januari as. voort te laten zetten.
- ActiZ vraagt GGZ-organisaties om samen met onze leden op te trekken richting zorgverzekeraar en zorgkantoor om goede afspraken te maken over de organisatie en de financiering van de crisisbeoordeling en de crisisplaatsen. VWS vragen wij om de regie te pakken als het in de regio niet lukt om goede afspraken te maken hierover.