

## **Inbreng VerenSo en NVAAG ten behoeve van de wetsevaluatie Wzd-Wvggz-Wfz**

Graag reageren VerenSo en de NVAAG bij deze op het verzoek om in het kader van de wetsevaluatie van de Wet zorg en dwang (Wzd), Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet forensische zorg (Wfz) input te geven op de ervaringen en punten voor deze evaluatie in te brengen.

Daarbij zullen wij ons met name richten op de Wzd, aangezien specialisten ouderengeneeskunde (PG) en artsen verstandelijk gehandicapten (VG) met name met deze wet en de uitvoering hiervan te maken hebben, in samenhang met de Wvggz.

### **VerenSo en NVAAG onderschrijven de uitgangspunten Wzd en brengen deze ook in praktijk**

Allereerst delen VerenSo en de NVAAG de doelstelling en uitgangspunten van de Wzd volledig. Het versterken van de rechtspositie van de cliënt, het zoeken naar alternatieven voor onvrijwillige zorg en toepassing van onvrijwillige zorg uitsluitend als laatste redmiddel (nee, tenzij), worden door VerenSo en NVAAG volledig onderschreven. Op het punt van de CVP wordt de rechtspositie van de cliënt in elk geval versterkt. Of de Wzd in zijn huidige vorm die doelstelling en uitgangspunten ook daadwerkelijk realiseert, is sinds de invoering op 1 januari 2020 nog niet definitief te bepalen, zeker ook gelet op het uitzonderlijke jaar 2020 en ook dit jaar waarin de werkzaamheden rond Covid-19 dominant waren en veel tijd en aandacht opeisten in de gehele zorg en zeker ook onder onze achterban, de specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Duidelijk is wel dat sinds de invoering, vanuit onze achterbannen herhaaldelijk gewezen wordt op kanttekeningen en knelpunten ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de Wzd en Wvggz. Deze gaan met name over samenloop en dubbelproblematiek (Wzd-Wvggz), administratieve belasting en verantwoordelijkheidsverdeling. Hierna zullen wij deze punten nader toelichten en daarbij ook oplossingsrichtingen voorstellen. Het draagvlak voor en uitvoerbaarheid van de Wzd vereist in onze visie dat deze punten worden geadresseerd en opgelost. Dit is naar ons idee van groot belang voor de realisering van de wettelijke doelstelling.

Samenloopproblemen tussen Wzd en Wvggz doen zich in de praktijk onder meer voor rond de crisisopnames, waarbij nog altijd ongewenste verschillen zijn tussen aanvraagprocedures IBS en RM onder de Wvggz enerzijds en Wzd anderzijds, waardoor niet alleen de administratieve belasting voor specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten en onduidelijkheid ten aanzien van de te volgen procedure toeneemt, maar ook risico's ontstaan voor cliënten die niet of niet tijdig op de voor hen meest geschikte behandelplek terecht dreigen te komen. De procedure voor crisisopnames zou daarom verregaand geharmoniseerd en gelijkgetrokken dienen te worden in beide wetten. Het afgelopen jaar hebben NVAAG en VerenSo daarbij expliciet aandacht gevraagd bij het ministerie van VWS, de NZa, ZN en andere veldpartijen voor het op orde brengen van de randvoorwaarden om de crisisdienstverlening op basis van Wzd en Wvggz te kunnen uitvoeren.

### **VerenSo en NVAAG zijn implementatie gestart en hebben pro-actief samenwerkingsafspraken met veldpartijen gemaakt**

Positief effect van de Wzd en zeker ook van een aantal activiteiten rond de implementatie hiervan, is dat hierdoor in elk geval een duidelijke bewustwording is ontstaan om onvrijwillige zorg te voorkomen en als laatste redmiddel toe te passen. Sinds de invoering van de Wzd en Wvggz hebben VerenSo en de NVAAG de landelijke handreiking Wzd ontwikkeld en zijn vervolgens een implementatietraject gestart. Voor specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten hebben VerenSo en NVAAG webinars ontwikkeld en georganiseerd, is een e-learning module ontwikkeld en zijn Q&A's ontwikkeld en op diverse manieren gedeeld. Positief is ook dat beide beroepsverenigingen hierin gezamenlijk optrekken en de verantwoordelijkheid nemen om de implementatie te starten, knelpunten bij de uitvoering te signaleren en samen met andere veldpartijen actief naar oplossingen te zoeken. Zo hebben VerenSo en de NVAAG in het afgelopen jaar structureel overleg gevoerd met het ministerie van VWS, met ActiZ en VGN, met V&VN, met de KNMG, LHV, met de IGJ en andere veldpartijen, maar bijvoorbeeld ook met het CIZ. In

december hebben Verenso en de NVAVG samenwerkingsafspraken gemaakt met de NVvP, ActiZ, VGN, ZN en het ministerie van VWS op het gebied van de crisisdienstverlening IBS en RM in de Wzd en Wvggz en de daartoe noodzakelijke randvoorwaarden met deze partijen beschreven. Verenso en de NVAVG stellen zich in de implementatie van de Wzd proactief en ook constructief op.

Tegelijkertijd signaleren wij een aantal verbeterpunten die structureel betrekking hebben op de inhoud van beide wetten. Hierna zullen wij allereerst in algemene zin ingaan op de Wzd en de Wvggz. Vervolgens zullen we op een aantal deelaspecten ingaan, oplossingsrichtingen aandragen en tenslotte tot een conclusie komen.

### **Algemeen: Wzd en Wvggz sinds de invoering op 1 januari 2020**

Sinds de invoering van de Wzd en Wvggz op 1 januari 2020 is een aantal reparatiewetsvoorstellen ingediend en -deels- aangenomen waardoor een aantal technische verbeteringen is doorgevoerd om de uitvoeringslast te verlichten. Ondanks dit, blijft deze last nog steeds erg groot. De keuze om voor twee onderscheiden patiëntgroepen, twee verschillende regelingen te maken, moet naar ons inzicht worden heroverwogen. Ook in eerdere stadia hebben wij hiervoor gepleit, ook samen met andere veldpartijen waaronder de KNMG. Beide wetten, Wzd en Wvggz, betreffen weliswaar andere patiëntgroepen, maar regelen in de kern hetzelfde, namelijk zorg onder dwang. Zowel vanuit het opzicht van een uniforme rechtspositie voor patiënten als vanuit opzicht van uitvoerbaarheid voor professionals, zou één wettelijke regeling met eenduidige en vereenvoudigde procedures en minimale administratieve lasten, de voorkeur verdienen. Dit dient in de evaluatie van de wetten in elk geval te worden meegenomen.

### **Administratieve lasten**

Vanaf de invoering van de Wzd en Wvggz zien we dat de administratieve lasten als hoog worden ervaren. Daarnaast is de wet tussentijds meerdere keren aangepast, hetgeen de duidelijkheid en uitvoerbaarheid voor professionals niet ten goede komt. Overigens ontbreekt op dit moment nog een integrale wettekst van de Wzd waarin de meest recente wijzigingen zijn verwerkt. Ook missen we één overzicht van de wijzigingen sinds de invoering van de Wzd, inclusief communicatie hiervan op de website. Dit overzicht en integrale wettekst zou hoe dan ook op korte termijn beschikbaar moeten zijn.

De administratieve lasten zien we onder meer als gevolg van de toepassing van het Wzd-stappenplan, voorgeschreven evaluatietermijnen, inschakelen externe deskundigen en andere disciplines. In de evaluatie is dus in elk geval aandacht vereist voor de administratieve lasten. Het gaat daarbij dus niet alleen om de administratieve lasten in strikt financiële zin, maar ook de lasten die de uitvoering van de Wzd meebrengt op het gebied van tijdsbelasting voor professionals, op basis van de Wzd benodigde overleggen en afstemmingsmomenten met diverse disciplines, met name belasting in de verantwoording en als gevolg van de uitvoering van het stappenplan.

### **Ambulante toepassing (nog) niet op verantwoorde wijze mogelijk**

De Wzd beantwoordt op dit punt -nog- niet aan de oorspronkelijke doelstelling. De mogelijkheden van beide wetten om onvrijwillige respectievelijk verplichte zorg ambulant toe te passen, roepen in de praktijk nog veel vragen op. Zo zijn essentiële randvoorwaarden ten aanzien van de financiering van bij ambulante dwang te betrekken specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en andere professionals nog niet geregeld. Ook andere cruciale randvoorwaarden zoals duidelijkheid ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling en het benodigde 24/7 toezicht is nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Kennis op het gebied van de Wzd aan de zijde van huisartsen, kan ook gestimuleerd worden om te snelle of onnodige crisisopnames op basis van de Wzd te voorkomen. Als Verenso en NVAVG hebben wij, overigens ook met andere veldpartijen als de KNMG meerdere malen gewezen op de noodzaak dat eerst de randvoorwaarden duidelijk en op orde moeten zijn, alvorens de Wzd op verantwoorde wijze ook ambulant ingevoerd zou kunnen worden. Overigens zou in de evaluatie van de wetten naar ons oordeel ook fundamenteel aandacht besteed moeten worden aan de vraag of het überhaupt mogelijk en haalbaar is om ambulante dwang verantwoord toe te passen en dit in regelgeving op te nemen.

### **Verantwoordelijkheidsverdeling**

De Wzd en Wvggz kennen een groot aantal functionarissen en disciplines, die allen voor een deel verantwoordelijk zijn voor de uitvoering in de praktijk. Uiteindelijk is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een goede toepassing van de wetten, maar de wet kent op deelaspecten onder meer de zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris, de extern deskundige, de zorgverlener, de behandelend arts, de CVP en andere met de uitvoering belaste functionarissen. De professionele disciplines die voor deze functies in aanmerking komen, zijn in de Wzd en Wvggz niet altijd gelijk.

Voor de praktijk is daarmee lang niet altijd duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Voor de evaluatie van beide wetten, vragen wij er daarom aandacht voor, te veel versnippering van verantwoordelijkheden te voorkomen en tot een heldere verantwoordelijkheidsstructuur te komen, die -als beide wetten afzonderlijk blijven bestaan- in beide wetten eenduidig zijn.

### **Samenloop Wzd-Wvggz**

Vooralsnog is er veel onduidelijkheid en zien we knelpunten als gevolg van het bestaan van twee verschillende wetten voor het regelen van gedwongen opname en behandeling. Waarom verschillende procedures en terminologie, overlap in patiëntdoelgroepen/ dubbelproblematiek waardoor onduidelijk blijft welk wettelijk regime van toepassing is, gebrek aan eenduidigheid ten aanzien van de crisisdiensten GGZ, IBS-en en procedures voor aanvraag RM.

Door het vormgeven van twee regimes kan het gebeuren dat cliënten met Multi problematiek die de goede zorg op de juiste plek krijgen toch van behandelplek moeten wisselen, doordat zij een maatregel onder het andere rechtsregime opgelegd krijgen.

Het overplaatsen van cliënten tussen PG/VG en GGZ is zeer bemoeilijkt. Naast de grote administratieve lasten die het met zich mee brengt om een nieuwe maatregel aan te vragen blijken opnames moeilijk te realiseren, doordat de timing van het aanvragen van een nieuwe maatregel niet altijd overeenkomt met de beschikbaarheid van een bed binnen het andere regime. Het kan daardoor gebeuren dat cliënten vrijwillig komen te verblijven (als zij als een Wzd maatregel hebben opgelegd gekregen, maar het bed is nog niet vrij, dan zijn zij vanaf dat moment vrijwillig binnen de GGZ), waardoor zij uit zorg raken. Ook kan het zeer vertragend werken in overplaatsingen, waardoor cliënten lang moeten wachten op de juiste zorg op de juiste plek, terwijl die wel beschikbaar is.

Oplossingsrichting hiervoor zou zijn om een dakpanconstructie mogelijk te maken, waardoor een maatregel uit het ene regime nog enige tijd -bijvoorbeeld minimaal 6 weken- geldig te laten zijn in het andere rechtsregime, waardoor de cliënt tijdig de juiste zorg op de juiste plek kan krijgen en de gedwongen opnametitel daarop volgend is.

### **Samenloop Wzd-Wfz**

Met de invoering van het schakelartikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) zien we een instroom van een andere en diverse cliëntengroep ten opzichte van de vroegere art 37 Sr. Door de vrije toegang naar de Wzd leidt dit tot wachtlijstomzeiling en plaatsing op onjuiste plekken, waardoor niet altijd voldaan wordt aan het doelmatigheidsprincipe van de RM. Om aan de principes van de Wzd te kunnen voldoen is het wenselijk dat de ontvangende zorgorganisatie zeggenschap krijgt over de plaatsing via het schakelartikel. Nu is dat niet het geval binnen de Wzd, waar dit binnen de Wvggz wel het geval is (art. 5:19 Wvggz bepaalt dat art. 5:4 Wvggz van overeenkomstige toepassing is, waarin is bepaald dat de OvJ met de GD overleg pleegt in de voorbereiding van de zorgmachtiging). Een zelfde soort constructie zou wenselijk zijn binnen de Wzd.

Vervolgens is er geen terugplaatsmogelijkheid richting een setting met een hoger beveiligingsniveau (niveau 4), mocht dit noodzakelijk zijn. In Wvggz zijn twee plaatsingsmogelijkheden FPC (niveau 4) in de zorgmachtiging:

- Rechter kan bepalen dat crisisplaatsing in FPC van ten hoogste 8 weken mogelijk is (art. 6:4 lid 4 Wvggz)
- Rechter kan bepalen dat de zorgmachtiging wordt uitgevoerd in een FPC indien dat in verband met de veiligheid noodzakelijk is (art. 6:5 lid 5 Wvggz)

De Wzd kent beide mogelijkheden niet, er is geen mogelijkheden tot (tijdelijke) plaatsing in FPC, waar dit wel wenselijk is, gezien de bredere instroom van cliënten richting de Wzd.

De beoogde reparatiewetgeving (beoogd zomer 2021) baart ons grote zorgen: 'reparatie' van artikel 50 Wzd (doorstrepen eerste lid, waardoor verwezen naar art. 49 lid 1 en 2 Wzd) is onjuist. Bij vrijwillig verblijvende cliënten kan niet worden gesproken over verlof. De reclasseringsmedewerker houdt toezicht op naleven van de voorwaarden (ontslag). Voorts zal dit een grote toename geven van administratieve lasten bij cliënten die onder deze titel verblijven.

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Specifieke punten ter vereenvoudiging en verbetering Wzd</b> |
|-----------------------------------------------------------------|

De uitvoerbaarheid van de Wzd dient naar ons inzicht vereenvoudigd te worden, waarbij voor zowel cliënten als professionals onnodige en te complexe regelingen geschrapt dan wel vereenvoudigd moeten worden. Dit bevordert de duidelijkheid, de uitvoerbaarheid van de wet en naar ons oordeel ook de rechtspositie van cliënten. Hieronder doen wij op vier deelthema's voorstellen die deze vereenvoudiging en uitvoerbaarheid naar ons idee in elk geval dichterbij brengen, met concrete oplossingsrichtingen voor aanpassing van de Wzd op deze punten.

## **1. Voorkom oneigenlijk gebruik RM en IBS procedure**

Zowel in de Wvvgz als in de Wzd is de beslissing om in een gedwongen opname te voorzien door een Rechterlijke Machtiging -en zeker een IBS- aan te vragen (in de Wvvgz zorgmachtiging en crisismachtiging), een laatste redmiddel. Er moet overduidelijk sprake zijn van consistent verzet in de zin van de Wzd (dan wel Wvvgz), dat gericht is op de opname en afwijkt van het reguliere ziektebeeld en gedragspatroon dat daarbij hoort. In de praktijk zien we echter met regelmaat dat 'verzet' wordt aangenomen daar waar geen sprake is van verzet in de zin van de wet, waardoor een medische verklaring niet kan worden afgegeven, een ingezette RM-procedure moet worden teruggedraaid of de rechter geen RM afgeeft. Met alle emotionele en tijdsbelasting van dien voor cliënten en hun naasten en ook voor de betrokken professionals. Hierna stellen wij voor dit punt een aantal oplossingen voor.

In de Wzd heeft het CIZ een ten opzichte van de voorgaande wet Bopz andere, meer initiërende rol gekregen bij de aanvraagprocedure voor een opname: art. 21 dan wel een Rechterlijke Machtiging (art. 24) (RM)-procedure. In toenemende mate wordt daarbij in het afgelopen jaar signaleerd dat door soms sturende vraagstelling en ontbreken van afstemming met behandelaren, te snel of beter gezegd ten onrechte verzet lijkt te worden aangenomen. Althans niet van het structurele verzetsbegrip uit de Wzd (Memorie van Toelichting en artikelsgewijze toelichting) uitgegaan wordt, waardoor een reeds opgestarte RM-procedure teruggedraaid moet worden of omgezet naar een art. 21 Wzd. De RM-procedure blijkt dan achteraf niet geschikt voor de betrokken cliënt. Met alle belasting voor met name cliënten en ook tijdsbelasting voor betrokken SO en AVG behandelaren en andere professionals tot gevolg. Voor de rechtspositie van cliënten en ook voor het beperken van onnodige belasting in de uitvoering voor SO's, AVG's en andere professionals, is het belangrijk dat een wisselend beleid en onduidelijkheid op dit punt zoveel mogelijk wordt voorkomen. Ook voor het CIZ zelf is uiteraard van belang dat de juiste procedure, passend bij de cliënt wordt ingezet. Om niet geconfronteerd te worden met rechters die geen Rechterlijke Machtiging afgeven omdat bijvoorbeeld de medische verklaring geen verzet heeft kunnen aantonen. Een juiste procedure passend bij de cliënt voorkomt onnodige belasting bij de cliënt, maar ook onnodig werk en bureaucratie en belasting aan de zijde van het CIZ.

De Wzd biedt bovendien ruimte aan het CIZ om de inschatting en het oordeel van een behandelend SO of AVG over het ziektebeeld en over de vraag of er sprake is van verzet, mee te wegen voordat het besluit door CIZ genomen wordt of een RM-procedure, een art.21 of anderszins moet worden opgestart.

### **Oplossingsrichting:**

- Ontwikkel een eenduidig en landelijk CIZ beleid, procedure en werkwijze om te komen tot het besluit of in het kader van de Wzd een RM-procedure aangewezen is, of een art. 21 procedure. Onderdeel daarvan maakt ook uit een scholing aan CIZ-beoordelaars op deze elementen.
- Betrek standaard voorafgaand aan het besluit de inschatting/ oordeel van de behandelend arts. Voor de duidelijkheid: het gaat hier niet om het oordeel van de verklarend arts die de medische verklaring moet afgeven. Dan is het besluit door het CIZ immers al genomen om een RM-procedure in te zetten. Hieraan voorafgaande afstemming met de behandelaar voordat de besluitvorming door CIZ plaatsvindt, zorgt voor meer eenduidigheid ten aanzien van de interpretatie van verzet en het inzetten van de juiste procedure voor de juiste cliënt.
- Ontwikkel een kader of stroomschema dat inzichtelijk maakt wie in welke fase welke verantwoordelijkheid heeft bij de opnameprocedures, waarin ook -maximum- doorlooptijden zijn opgenomen.

- Bij het vormgeven van het eenduidig beleid: bewaak dat niet sturend of strijdig met de Wzd gevraagd wordt. De vraag; 'Wilt u op een gesloten afdeling worden opgenomen?' is daarbij niet alleen te sturend, maar ook niet in overeenstemming met de Wzd. De Wzd kent in beginsel immers geen gesloten afdelingen meer, maar kijkt individueel en persoonsgericht naar de vraag of opsluiting als een van de vormen van onvrijwillige zorg noodzakelijk en proportioneel is.
- Geef de rechter de mogelijkheid om een RM, die vanwege het ontbreken van verzet afgewezen wordt, om te zetten door een art. 21 besluit af te geven (als er wel een opname noodzaak bestaat).

## **2. Verbeter de uitvoerbaarheid van het stappenplan op het punt van de extern deskundige**

De Wzd voorziet in een procedure -het zogeheten stappenplan- dat waarborgt dat besluiten over onvrijwillige zorgverlening zorgvuldig worden genomen en regelmatig worden geëvalueerd door meerdere gekwalificeerde zorgverleners. Een daarvan is de extern deskundige, die een adviserende rol heeft. Een externe deskundige mag niet werkzaam zijn bij de zorgorganisatie die zorg verleent aan de cliënt. De voorwaarde dat deze deskundige niet werkzaam mag zijn bij de zorgaanbieder kan in de praktijk tot onnodige problemen leiden. Het enkele feit dat een professional werkzaam is voor de zorgorganisatie die zorg verleent aan een cliënt, impliceert niet dat hij niet gekwalificeerd is om een goed advies te geven over de zorgverlening aan die cliënt. Zorgprofessionals hebben een eigen professionele verantwoordelijkheid om hun beroep uit te oefenen conform de normen van hun beroepsgroep, ongeacht voor welke zorgorganisatie zij werkzaam zijn. De uitvoering van de Wzd kan vereenvoudigd worden door de eis dat extern advies ingewonnen moet worden te vervangen door de eis dat onafhankelijk advies moet worden ingewonnen. Hiervoor kan (ook) een beroep gedaan worden op een professional uit de in de in het Besluit Zorg en Dwang voorgeschreven categorie professionals, die werkzaam is voor de zorgorganisatie waar de cliënt verblijft. Naar analogie kan daarbij gekeken worden naar de bepaling die in de regeling van de Wzd ook is aangepast voor de arts die de medische verklaring opstelt op basis waarvan de cliënt gedwongen kan worden opgenomen. Ook hierbij geldt niet langer de eis dat deze opgesteld moet worden door een niet aan de zorgorganisatie verbonden arts, maar door een arts die tenminste één jaar geen zorg heeft verleend aan de cliënt en zich onafhankelijk kan opstellen ten opzichte van de zorgorganisatie. Een vergelijkbare regeling voor de extern deskundige, draagt bij aan de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om dit advies op een inhoudelijk goede en uitvoerbare wijze in te richten.

### **Oplossingsrichting:**

- Pas het Besluit Zorg en Dwang zodanig aan dat de extern deskundige werkzaam kan zijn bij de zorgorganisatie waar cliënt verblijft en zich onafhankelijk kan opstellen ten opzichte van de zorgorganisatie.

## **3. Verduidelijk informatie-uitwisseling bij uitvoering van het stappenplan in Wzd**

In de Memorie van Toelichting wordt aangegeven dat overwogen is om de informatie-uitwisseling met de extern deskundige een wettelijke basis te geven, dat echter besloten is hiervan af te zien. Dat bovendien een wettelijke regeling ook niet nodig zou zijn, omdat ook zonder expliciete wettelijke basis informatie uitgewisseld kan worden met de externe deskundige. Over de mogelijkheid om informatie uit te wisselen mag echter geen misverstand bestaan, zeker gelet op het feit dat er voor de informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgverleners in de Wzd een expliciet artikel is opgenomen. We wijzen erop dat de informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgverleners bij de uitvoering van het stappenplan, is geregeld in artikel 10 lid 9 Wzd. Dit artikel is echter niet van toepassing op de uitwisseling van gegevens met de externe deskundige en de Wzd-functionaris. Voor de toepassing van de Wzd is het wat ons betreft van groot belang dat buiten twijfel staat dat gegevens van de cliënt uitgewisseld kunnen worden met alle deskundigen die een rol spelen bij de uitvoering van het stappenplan, in elk geval ook expliciet met de extern deskundige en de Wzd-functionaris.

Oplossingsrichting:

- Vul artikel 10 lid 9 Wzd zodanig aan, dat dit artikel ook betrekking heeft op de informatie-uitwisseling met de externe deskundige en de Wzd-functionaris.

#### **4. Samenloop Wzd-Wgbo behandeling**

De afgrenzing en samenloop van de Wzd ten opzichte van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) is op een aantal punten nog altijd niet geheel duidelijk. Met name bij opnamen in een Wzd accommodatie is onduidelijk of een regulier zorgplan ook alle somatische en Wgbo-medische zorg omvat en wie hiervoor de verantwoordelijkheid draagt. Is de zorgverantwoordelijke in dit geval bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het geheel of alleen voor dat deel van het zorgplan waarin de onvrijwillige zorg is opgenomen? Dient de Wgbo behandelaar de verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke over te nemen in geval van een acute somatische ziekte, zoals een val of longontsteking? De notitie van het ministerie van VWS inzake dit thema is hierover nog altijd niet geheel duidelijk of consequent.

Oplossingsrichting:

- Verduidelijk de afgrenzing tussen Wgbo en Wzd, met name waar het gaat om de verantwoordelijkheid voor het zorgplan, in relatie tot somatische behandelingen.

### **Conclusie**

Verenso en de NVAVG constateren dat er veel samengewerkt wordt om de implementatie van de Wzd en Wvggz in de PG en VG sector tot een succes te maken. Daar zijn ook door Verenso en NVAVG zelf veel initiatieven voor genomen, producten voor ontwikkeld en samenwerkingsafspraken in gang gezet. Tegelijkertijd is de samenloop van Wzd en Wvggz en het bestaan van twee verschillende wettelijke regelingen voor de uitvoerbaarheid een structureel probleem. In deze inbreng hebben wij de belangrijkste punten voor evaluatie van de wetten aangegeven en ook concrete voorstellen gedaan. Met name op het terrein van samenloop, administratieve belasting en ambulante toepassing.

Verenso en de NVAVG onderschrijven de uitgangspunten en doelstelling van de Wzd volledig. In de praktijk zien wij goede initiatieven om kennis te delen, onvrijwillige zorg te evalueren en alleen toe te passen als dit noodzakelijk, geschikt en proportioneel is en hiervoor geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de wet zien wij in het afgelopen jaar echter met regelmaat dat knelpunten en zorgen door specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners gesignaleerd worden. In deze notitie hebben we deze toegelicht. Voor het realiseren van de uitgangspunten van de Wzd achten Verenso en de NVAVG het daarom van groot belang dat deze punten in de evaluatie van de wetten aan de orde komen en er gewerkt wordt aan structurele oplossingen. Verenso en de NVAVG zijn graag bereid hieraan bij te dragen.