Eerste evaluatie

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1

ZonMw

In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
8 Evaluatie Kwaliteitszorg zorginstellingen
9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
18 Evaluatie Wet op de dierproeven
19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
20 Evaluatie Embryowet
21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag
28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg
29 Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging
30 Tweede evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
31 Sterfgevallenonderzoek 2010
32 Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
33 Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
34 Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg
35 Achtergrondstudies Zelfbeschikking in de zorg
36 Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen
37 Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
38 Thematische Wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg
39 Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg
40 Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Evaluatie

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang
Deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid

J. Legemaate [1]
J. Nuijen [2]
Y. Voskes [1]
M.C. Ploem [1]
M. Kroezen [2]
S. Gerritsen [1]
G.A.M. Widdershoven [1]
J.K.M. Gevers [1]
A.J. van der Ham [1]
C.G.R. Muusse [2]
J.C.J. Dute [1]
M.A.S. de Wit [3]
E. Stobbe [2]
H. van der Roest [2]
H. Kroon [2]

1 Amsterdam UMC, afdeling Ethiek, recht en humaniora
2 Trimbos-instituut Utrecht
3 GGD Amsterdam/Academische werkplaats OGGZ, G4-USER

Den Haag: ZonMw, december 2021
Reeks evaluatie regelgeving: deel 51

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.
ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.
Voor meer informatie over het programma Evaluatie Regelgeving kunt u contact opnemen met het secretariaat via er@zonmw.nl.

ZonMw
Laan van Nieuw Oost Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag

T 070 349 5111
F 070 349 5100
www.zonmw.nl

200/12/2021/Jeugd, ISBN 9789057631627

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer
(T 06 5534 7977, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Katja Hilberg, Rotterdam
(T 06 1735 6488, info@katjahilberg.nl)
Fotografie Dieter Schütte

Druk: Schultenprint, Zoetermeer
(T 079 362 3612, info@schultenprint.nl)

De gebruiker mag het werk kopiëren, verspreiden en doorgeven, dan wel remixen (afgeleide werken maken), onder de volgende voorwaarden: *Naamsvermelding* (de gebruiker dient bij het werk de door de maker of de licentiegever aangegeven naam te vermelden, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat zij daarmee instemmen met uw werk of uw gebruik van het werk), *Niet-commercieel* (de gebruiker mag het werk niet voor commerciële doeleinden gebruiken) en *Gelijk delen* (indien de gebruiker het werk bewerkt kan het daaruit ontstane werk uitsluitend krachtens dezelfde licentie als de onderhavige licentie of een gelijksoortige licentie worden verspreid) *met inachtneming van*: afstandname van rechten (de gebruiker mag afstand doen van een of meerdere van deze voorwaarden met voorafgaande toestemming van de rechthebbende), publiek domein (indien het werk of een van de elementen in het werk zich in het publieke domein onder toepasselijke wetgeving bevinden, dan is die status op geen enkele wijze beïnvloed door de licentie), overige rechten (onder geen beding worden volgende rechten door de licentie-overeenkomst in het gedrang gebracht: (i) het voorgaande laat de wettelijke beperkingen op de intellectuele eigendomsrechten onverlet; (ii) de morele rechten van de auteur en (iii) de rechten van anderen, ofwel op het werk zelf ofwel op de wijze waarop het werk wordt gebruikt, zoals het portretrecht of het recht op privacy.
Let op: Bij hergebruik of verspreiding dient de gebruiker de licentievoorwaarden van dit werk kenbaar te maken aan derden.

Inhoudsopgave

Woord vooraf 7

Samenvatting 9

Afkortingen 15

1 Inleiding 17
- 1.1 Achtergrond van het onderzoek 17
- 1.2 Fasering van het onderzoek 18
- 1.3 De onderzoeksvragen 19
- 1.4 Onderzoeksmethoden 19
- 1.5 Betrokkenheid van het veld 20
- 1.6 De evaluatie van de Wet forensische zorg door het WODC 21
- 1.7 Opbouw van het rapport 21

2 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg 23
- 2.1 Inleiding 23
- 2.2 Voorgeschiedenis, parlementaire behandeling en wijzigingen na inwerkingtreding 24
- 2.3 Doelstellingen en inhoud op hoofdlijnen 31
- 2.4 Nadere bespreking van onderdelen 45
- 2.5 Verhouding met aanpalende wet- en regelgeving 85
- 2.6 Ter afsluiting 87

3 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: uitvoering in de praktijk in cijfers 89
- 3.1 Inleiding 89
- 3.2 Zorgmachtiging 90
- 3.3 Crisismaatregel en verlenging crisismaatregel 121
- 3.4 Patiëntenvertrouwenspersoon 138
- 3.5 Familievertrouwenspersoon 148
- 3.6 Klachtenprocedure en schadevergoeding 151
- 3.7 Ter afsluiting 161

4 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: bevindingen uit kwalitatief onderzoek 163
4.1 Inleiding 163
4.2 Juridische complexiteit 164
4.3 Administratieve last 168
4.4 Zorgmachtiging 170
4.5 Ambulante verplichte zorg 178
4.6 Crisismaatregel 181
4.7 Samenwerking 184
4.8 Klachtrecht 191
4.9 Samenloop met de Wzd 195
4.10 Forensische zorg 200
4.11 Samenvatting 203

5 Wet zorg en dwang: juridische analyse 207
5.1 Inleiding 207
5.2 De Wzd in het algemeen 208
5.3 Nadere bespreking van onderdelen 215
5.4 Samenloop met andere regelgeving 245

6 Wet zorg en dwang: uitvoering in de praktijk in cijfers 249
6.1 Inleiding 249
6.2 Besluit tot opname en verblijf 250
6.3 Rechterlijke machtiging 257
6.4 Inbewaringstelling en voortzetting inbewaringstelling 272
6.5 Cliëntenvertrouwenspersoon 282
6.6 Klachtenprocedure en beroep 292
6.7 Ter afsluiting 297

7 Wet zorg en dwang: bevindingen uit kwalitatief onderzoek 299
7.1 Inleiding 299
7.2 Reikwijdte van de wet 300
7.3 Juridisering en administratieve last: het stappenplan 306
7.4 Rollen en verantwoordelijkheden op de werkvloer 310
7.5 Ambulante onvrijwillige zorg 315
7.6 Rechtspositie van de cliënt 319
7.7 Samenloop met de Wvggz 325
7.8 Forensische zorg 330
7.9 Samenvatting 331

8 Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming 335
8.1 Inleiding 335
8.2 Verschillen tussen beide wetten en harmonisatie 336
8.3 Wettelijke bepalingen die een regimewisseling faciliteren 337
8.4 Overige grenskwesties bij regimewisseling 341

9 Artikel 2.3 Wfz en de strafrechtelijke onderdelen van Wvggz en Wzd 345
9.1 Inleiding 345
9.2 Artikel 2.3 Wet forensische zorg 345
9.3 Hoofdstuk 9 Wvggz en hoofdstuk 3A Wzd 364

10 Conclusies en aanbevelingen 367
10.1 Inleiding 367
10.2 Algemene thema's 370
10.3 De Wvggz 376
10.4 De Wzd 391
10.5 Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming 401
10.6 De relatie met de Wfz 404
10.7 Enkele algemene conclusies 407

A Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving 411

B Overzicht aanbevelingen 413

C Methodologische verantwoording empirisch onderzoek 419

Woord vooraf

Op 1 januari 2020 traden de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) in werking. Deze beide wetten kwamen in de plaats van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) uit 1994.

Vanaf de inwerkingtreding hadden veldpartijen grote zorgen dat beide wetten tot uitvoeringsproblemen en toename van administratieve last zouden leiden. Die zorgen hebben inmiddels tot twee reparatiewetten geleid. De coronapandemie die ons kort na de inwerkingtreding van de Wvggz en Wzd overviel, leverde ernstige hinder op bij de implementatie van beide weten, in het bijzonder in de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Beide wetten bepalen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste evaluatie plaatsvindt over de doeltreffendheid en de effecten van beide wetten in de praktijk. Vanwege de impact van de coronapandemie op de zorg en het ontbreken van voldoende kwantitatieve gegevens, hebben het ministerie van VWS en ZonMw na overleg met de veldpartijen en de onderzoekers besloten deze eerste evaluatie op te delen in twee fases.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de eerste fase. Daarin is een brede analyse gemaakt van de thema's die de uitvoerbaarheid en de implementatie van Wvggz en Wzd beïnvloeden. Ook de samenhang met de Wfz, in het bijzonder art. 2.3 daaruit, is onderzocht.

In de tweede fase komen naar verwachting meer kwantitatieve gegevens beschikbaar over de mate waarin verplichte (Wvggz) en onvrijwillige (Wzd) zorg is toegepast en zullen een aantal thema's nader worden verdiept. De tweede fase richt zich vooral op de doeltreffendheid en de (neven)effecten van de wetgeving. De rapportage met betrekking tot de tweede fase verschijnt medio 2022.

De inhoud, conclusies en aanbevelingen van de eerste fase - die nu voorliggen - spreken voor zich. Vermeldenswaard is de intensieve betrokkenheid van de veldpartijen en de inzet, openheid en vruchtbare, onderlinge samenwerking van de onderzoekers van het Amsterdam UMC, het Trimbos-instituut en het WODC.

Voor deze evaluatie was de inzet van velen onmisbaar, patiënten/cliënten, hun vertegenwoordigers, zorgverleners, leden van de rechterlijke macht, advocaten, vertrouwenspersonen, toezichthouders, vertegenwoordigers uit het openbaar bestuur en van maatschappelijke organisaties. Wij danken iedereen die dit rapport mede heeft mogelijk gemaakt.

De Begeleidingscommissie van deze evaluatie spreekt haar waardering uit voor het werk van de onderzoekers en voor het uiteindelijke resultaat.

Robbin A. Thieme Groen, voorzitter begeleidingscommissie

Samenvatting

Achtergrond

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) traden op 1 januari 2020 in werking. Beide wetten bepalen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste evaluatie plaatsvindt. Dit rapport is het eerste van twee delen waarin verslag wordt gedaan van deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd. Beide wetten hebben een relatie met de Wet forensische zorg (Wfz). Begin 2021 startte ook een evaluatie van deze wet, uitgevoerd door het WODC.

Aan de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd ging een langdurige parlementaire behandeling vooraf. Tijdens dat proces werden de betreffende wetsvoorstellen talrijke malen aangepast. Input vanuit het veld speelde daarbij een grote rol. Deze aanpassingen namen niet weg dat de inwerkingtreding vergezeld ging van een intensief debat over mogelijke uitvoeringsproblemen en verwachte administratieve druk ten gevolge van beide wetten. Daarover bestonden op het moment van de inwerkingtreding bij verschillende partijen grote zorgen. Dat leidde tot een omvangrijke hoeveelheid ondersteunende teksten, maar ook tot een tweetal reparatiewetten. Kenmerkend was en is de intensieve betrokkenheid van de veldpartijen bij de inwerkingtreding en implementatie van beide wetten, in samenspraak met de betrokken ministeries.

Fasering van deze eerste evaluatie

Eind 2020 werd besloten de eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd te faseren: een eerste rapportage eind 2021 en een tweede medio 2022. De aanleiding daarvoor was met name dat door de coronacrisis in bepaalde sectoren sprake was van een implementatie-achterstand en dat belangrijke kwantitatieve gegevens niet tijdig beschikbaar zouden zijn (en wel beschikbare gegevens een te voorlopig karakter zouden hebben).

In deze eerste fase is een brede analyse gemaakt van de thema's die de uitvoerbaarheid en de implementatie van beide wetten beïnvloeden. Ten behoeve van deze eerste fase waren kwantitatieve gegevens over de verschillende procedures van de Wvggz en de Wzd beschikbaar. Ook is in de eerste fase de samenhang met de Wfz, in het bijzonder art. 2.3 daaruit, onderzocht. Hiertoe is samengewerkt met het WODC. In de tweede fase komen gegevens beschikbaar over de mate waarin

verplichte (Wvggz) en onvrijwillige (Wzd) zorg is toegepast, en zullen enkele belangrijke thema's nader worden uitgediept. De tweede fase richt zich vooral op de doeltreffendheid en de (neven)effecten van de nieuwe wetgeving.

Opzet van het onderzoek

In de eerste plaats is een uitvoerige analyse gemaakt van de inhoud en de totstandkoming van de betreffende wettelijke regelingen (het juridische deelonderzoek). Daarbij is een veelheid aan bronnen betrokken: niet alleen parlementaire stukken, wetgeving en rechtspraak, maar ook gegevens uit literatuur, eerder onderzoek e.d.
In de tweede plaats zijn beschikbare gegevens verzameld en geanalyseerd uit verschillende landelijke databronnen met betrekking tot de Wvggz en de Wzd (het kwantitatieve deelonderzoek). Aldus is inzicht verkregen in de mate waarin procedures en mogelijkheden uit de Wvggz en de Wzd daadwerkelijk worden toegepast.

In derde plaats zijn, in een aantal stappen, de meningen en ervaringen van de bij de uitvoering van de wetgeving betrokken partijen geïnventariseerd (het kwalitatieve deelonderzoek): door een e-mail-uitvraag van positieve en negatieve ervaringen en door het houden van individuele en groepsgesprekken.
De hoofdbevindingen uit deze deelonderzoeken zijn in september 2021 besproken tijdens een drietal duidingssessies waaraan vertegenwoordigers van de veldpartijen en een aantal deskundigen deelnamen. Vervolgens zijn voorlopige conclusies en aanbevelingen op 12 november 2021 besproken met partijen uit het veld, teneinde draagvlak na te gaan en laatste reacties te vernemen.

Algemene thema's

Het onderzoek levert een aantal thema's op die niet specifiek betrekking hebben op een van beide wetten, maar die wel van belang zijn voor een goed begrip van de ontwikkelingen en ervaringen die in dit eerste deel van het evaluatieonderzoek naar voren zijn gekomen.

Tijdens de langdurige parlementaire behandeling van beide wetsvoorstellen zijn deze wetsvoorstellen enkele malen (ingrijpend) aangepast. In vergelijking met de wetsvoorstellen zoals die indertijd bij de Tweede Kamer zijn ingediend zijn de thans van kracht zijnde wetten veel gedetailleerder en daarvoor veel complexer geworden. De oorspronkelijke systematiek van de wetsvoorstellen is daardoor onder druk komen te staan en niet alle aanpassingen waren geheel in lijn met eerder geformuleerde uitgangspunten en doelstellingen van de wetgeving.

De implementatie van Wvggz en Wzd ondervindt de gevolgen van het zojuist beschreven totstandkomingsproces. Dat proces had bovendien een dubbel gezicht: enerzijds werden door partijen voortdurend thema's benoemd die in de wet zouden moeten worden opgenomen, anderzijds werden in de loop van de tijd steeds meer vraagtekens geplaatst bij de uitvoerbaarheid van beide wetten, mede vanwege de vrees voor zeer aanzienlijke administratieve lasten. Er was zowel in de jaren voor de formele inwerkingtreding als in de twee jaren daarna sprake van een omvangrijke

stroom van activiteiten, waarmee werd beoogd de implementatie en uitvoerbaarheid te bevorderen. De bekendheid van die ondersteunende producten laat nog te wensen over.

Meer in het algemeen laat het onderzoek zien dat, mede door de ingewikkeldheid van beide wetten, de kennis over de wetgeving bij de mensen die de Wvggz en de Wzd moeten uitvoeren nog tal van lacunes bevat. Betrokkenen zijn lang niet altijd op de hoogte van de inhoud van de wet of denken soms dat de wet van toepassing is terwijl dat niet het geval is (en omgekeerd). Gebrek aan kennis over de wetgeving kan in de uitvoeringspraktijk tot fouten leiden, en een goede implementatie van de wetgeving belemmeren. Dat speelt met betrekking tot beide wetten een rol.

Een goede implementatie van wetgeving vereist vaak buiten de wet gelegen randvoorwaarden. Ontbreken een of meer van die randvoorwaarden, dan kunnen niet alleen de uitvoerbaarheid en implementatie van de wetgeving maar ook de kwaliteit van de geleverde zorg ernstig onder druk komen te staan. Daarbij gaat het niet alleen om het zojuist besproken belang van voldoende kennis onder de uitvoerders van de wet, maar ook om voldoende financiering en de beschikbaarheid van capaciteit, zowel waar het gaat om plaatsen en bedden als om personeel. Het onderzoek levert tal van indicaties op voor het (nog) ontbreken van noodzakelijke randvoorwaarden. Te denken valt aan het tekort aan crisisbedden in het Wzd-domein, het ontbreken van beveiligde bedden/plaatsen in beide sectoren (in relatie tot plaatsingen op grond van art. 2.3 Wfz), allerlei geschillen over de beschikbaarheid of de hoogte van financiering, personeelstekorten e.d. Bezien vanuit de optiek van benodigde randvoorwaarden was het veld begin 2020 bepaald nog niet klaar voor de inwerkingtreding van Wvggz en Wzd. Eind 2021 zijn nog niet alle knelpunten op dat gebied opgelost.

Alle betrokkenen ervaren door de komst van de Wvggz en de Wzd een sterke toename van administratieve lasten. In vergelijking met de Wet Bopz hebben de Wvggz en de Wzd geleid, zo is de ervaring, tot een sterke toename van papierwerk. Het nut daarvan is voor veel betrokkenen lang niet altijd duidelijk. Aan het ervaren 'papierwerk' wordt ook in sterke mate bijgedragen door de talrijke momenten waarop met name in de Wvggz, en in iets mindere mate in de Wzd, gegevensuitwisseling tussen bepaalde partijen of functionarissen noodzakelijk is. Een breed gedeelde mening is dat beide wetten tot een zeer sterke stijging van de regeldruk hebben geleid, dat het accent te veel op formele vereisten en op 'vastleggen en verantwoorden' wordt gelegd en dat het belang van vertrouwen en van cliëntcontacten voor het bereiken van de wettelijke doelstellingen wordt onderschat.

Een belangrijke doelstelling van zowel de Wvggz als de Wzd is het beschermen van de rechtspositie van patiënten/cliënten. Tussen de concepten van rechtsbescherming die aan beide wetten ten grondslag liggen bestaan grote verschillen (accent op de rechter in de Wvggz, accent op het stappenplan in de Wzd); verschillen overigens die ten dele ook al in de Wet Bopz zichtbaar waren. De keuze van de wetgever om de Wet Bopz te vervangen door twee aparte wetten blijkt in dit onderzoek een grotere rol te spelen dan verwacht. Tal van respondenten blijken over de bedoelde keuze van de wetgever duidelijke opvattingen te hebben, hetzij omdat principieel getwijfeld wordt over de gekozen vormen van rechtsbescherming, hetzij omdat die keuze tal van consequenties heeft in de uitvoeringspraktijk van beide nieuwe regelingen. Het lijkt erop dat deze verschillen in de weg staan aan het bereiken van een belangrijke doelstelling van beide regelingen, namelijk het bewerkstelligen

van zorgcontinuïteit en van ‘de juiste zorg op de juiste plaats’. Juist in het grensgebied tussen Wvggz en Wzd is sprake van problematische situaties.

Belangrijk is de rol van de rechtspraak. In 2020 en 2021 zijn door lagere rechters en door de Hoge Raad al een groot aantal uitspraken gedaan. In veel gevallen laten deze uitspraken de reguliere verhouding tussen wetgeving en rechtspraak zien: de wetgeving stelt de kaders, en de rechters interpreteren de wettelijke regels in specifieke situaties. Aldus draagt de rechtspraak bij aan verduidelijking, implementatie en uitvoerbaarheid van de wetgeving. Maar ook komen door de rechtspraak knelpunten in beeld die alleen door de wetgever kunnen worden verholpen.

Wat gaat er goed en wat niet?

Hoewel de implementatie en de toepassing van Wvggz en Wzd in het algemeen gesproken bepaald niet zonder problemen verlopen, zijn er ook positieve ontwikkelingen te melden. Het onderzoek laat zien dat beide wetten allerlei vormen van samenwerking tussen ketenpartners stimuleren, dat er meer wordt nagedacht over de motivering van verplichte of onvrijwillige zorg in concrete situaties (en naar mogelijkheden voor op- en afschaling), dat er (vooral in de Wvggz) systematischer wordt gekeken naar wensen en voorkeuren van de patiënt en dat (vooral in de Wzd) nieuwe mogelijkheden zijn ontstaan voor cliëntondersteuning (door de cvp). Het lijkt erop dat de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de klachtenprocedures uit Wvggz en Wzd overeenkomt met de situatie onder de Wet Bopz. Kennelijk zijn er geen omstandigheden in beide wetten die zodanig problematisch zijn voor de rechtspositie van de patiënt/cliënt dat deze (of, onder de Wzd, een vertegenwoordiger) vaker gebruik zou moeten maken van het klachtrecht.

Maar er zijn ook tal van thema’s die nog niet voldoende uit de verf komen. Zo is er nog maar in beperkte mate sprake van ambulante gedwongen zorg, en is met name de Wvggz nog niet de ‘behandelwet’ die deze zou moeten zijn. Onduidelijk is nog of beide wetten al hebben geleid, of eigenlijk wel kunnen leiden tot een vermindering van dwang. Of de rechtspositie van de patiënt/cliënt door beide wetten daadwerkelijk is verbeterd, of alleen op papier, is ook nog niet duidelijk. De wettelijke bepalingen over het informeren van patiënten (vooral in de Wvggz) lijken daar in elk geval nog onvoldoende aan bij te dragen. De wettelijke mogelijkheden om recht te doen aan de wensen en voorkeuren van patiënten (zoals de zorgkaart en het plan van aanpak), ook met het doel om gedwongen zorg te voorkomen, worden nog niet ten volle benut. Dat geldt ook voor het betrekken van familie en naasten. Zowel de onderlinge verhouding tussen de Wvggz en de Wzd als de relatie tussen beide wetten en art. 2.3 Wfz leveren in de praktijk tal van vragen en problemen op.
De in dit hoofdstuk geformuleerde aanbevelingen kunnen behulpzaam zijn om een aantal problemen in de sfeer van de implementatie en de uitvoerbaarheid van beide wetten te verbeteren. In de tweede fase van deze evaluatie, die medio 2022 wordt afgerond, zal uitvoeriger gerapporteerd worden over de vraag of de doelstellingen van Wvggz en Wzd worden bereikt.

Aanbevelingen

In deze eerste fase van de evaluatie van de Wvggz en de Wzd ligt het accent op ontwikkelingen en knelpunten inzake de uitvoerbaarheid en de implementatie van beide wetten. Op basis van het onderzoek worden 43 aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen hebben onder meer betrekking op:

Algemeen:

- de voorlichting aan en de scholing over de Wvggz en de Wzd onder de uitvoerders van deze wetten;
- het screenen van beide wetten op onnodige administratieve belasting, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving;
- het screenen van de in beide wetten de voorgeschreven momenten van gegevensuitwisseling op uitvoerbaarheid en nut/noodzaak, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving.

Wvggz:

- het zodanig herpositioneren van het plan van aanpak dat effectievere mogelijkheden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen;
- het vereenvoudigen van de informatievoorziening aan patiënten, zowel waar het gaat om de inhoud als om de wettelijke vormgeving;
- het schrappen van de hoorplicht van de burgemeester bij de crisismaatregel;
- het automatisch verstrekken van gegevens over patiënten die met een crisismaatregel of zorgmachtiging te maken krijgen automatisch aan de patiëntenvertrouwenspersoon;

Wzd:

- de verheldering van de inhoud van de in de wet genoemde vormen van onvrijwillige zorg;
- het verduidelijken van de rechtsgevolgen van het CIZ besluit tot opname en verblijf en van de juridische status van de op grond van dat besluit opgenomen cliënt;
- het wettelijk regelen van de bevoegdheid van de cliëntenvertrouwenspersoon om algemene locatiebezoeken te mogen afleggen.

De relatie tussen Wvggz en Wzd:

- het verbeteren van de mogelijkheden om patiënten/cliënten te kunnen overplaatsen van het ene wettelijke regime naar het andere.

De relatie van beide wetten met de Wfz:

- het maken van een beter onderscheid tussen patiënten waarbij de nadruk ligt op zorgbehoefte en patiënten waarbij het (vooral) gaat om delictpreventie.

Afkortingen

AMvB	Algemene maatregel van bestuur
AOV	Ambulante onvrijwillige zorg
AP	Autoriteit Persoonsgegevens
Avg	Algemene verordening gegevensbescherming
AVG	arts voor verstandelijk gehandicapten
Awb	Algemene wet bestuursrecht
BJ	Bopz-Jurisprudentie
Bggz	Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BSN	Burgerservicenummer
BW	Burgerlijk Wetboek
B&W	College van burgemeesters en wethouders
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CM	Crisismaatregel (Wvggz)
cvp	cliëntenvertrouwenspersoon
DenD	Delikt en Delinkwent
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EK	Eerste Kamer
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
fvp	familievertrouwenspersoon
GD	Geneesheer-directeur
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
IBS	Inbewaringstelling (Wzd)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
JGGZR	Journaal GGZ en Recht
JGZ	Jurisprudentie Gedwongen Zorg
KCOT	Klachtencommissie onvrijwillige zorg
KCT	Ketencoördinatieteam
LFCVP	Stichting landelijke faciliteit cliëntenvertrouwenspersonen

LSFVP	Familievertrouwenspersonen in de GGZ en de verslavingszorg
MvT	Memorie van Toelichting
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
PG	Psychogeriatrie
Pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
Rb	Rechtbank
RM	Rechterlijke machtiging (Wzd)
SOG	Specialist ouderengeneeskunde
Stb.	Staatsblad
Stcrt	Staatscourant
TK	Tweede Kamer
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
UvA	Universiteit van Amsterdam
VCM	Machtiging tot voortzetting crisismaatregel
VG	Verstandelijk gehandicaptenzorg
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
VWM	Voorwaardelijke machtiging (Wzd)
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wgbo	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie en Veiligheid
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang
ZBV	Zelfbindingsverklaring
ZM	Zorgmachtiging (Wvggz)
ZVW	Zorgverzekeringswet

1

Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Op 1 januari 2020 traden de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) in werking. Deze beide wetten kwamen in de plaats van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), een wet die sinds 1994 van kracht was. De Wvggz en de Wzd handhaven belangrijke uitganspunten van de eerdere wet, waaronder het mogelijk maken van dwangmaatregelen in situaties waarin dat niet anders kan en het beschermen van de rechtspositie van de patiënt terzake. Maar de Wvggz en de Wzd voegen ook tal van nieuwe elementen toe, waaronder een veel sterker accent op het uitvoeren van verplichte (Wvggz) of onvrijwillige (Wzd) zorg buiten een instelling en het zoveel mogelijk honoreren van de wensen en voorkeuren van de patiënt/cliënt. Materie die tot 2020 in één wet was geregeld, overigens al met enige mate van differentiatie tussen sectoren, is nu verdeeld over twee separate wetten. Tussen die wetten bestaan, bijvoorbeeld waar het gaat om de gekozen vormen van rechtsbescherming, aanzienlijke verschillen.

Aan de inwerkingtreding van de beide nieuwe wetten ging een langdurige parlementaire behandeling vooraf. Tijdens dat proces werden de betreffende wetsvoorstellen talrijke malen aangepast. Input vanuit het veld speelde daarbij een grote rol. Deze aanpassingen namen niet weg dat de inwerkingtreding vergezeld ging van een intensief debat over mogelijke uitvoeringsproblemen en verwachte administratieve druk ten gevolge van beide wetten. Daarover bestonden op het moment van de inwerkingtreding bij verschillende partijen grote zorgen. Dat leidde tot een omvangrijke hoeveelheid ondersteunende teksten (te vinden op www.dwangindezorg.nl), maar ook tot een tweetal reparatiewetten. Kenmerkend was en is de intensieve betrokkenheid van de veldpartijen bij de inwerkingtreding en implementatie van beide wetten, in samenspraak met de betrokken ministeries.

Vrij kort na de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd deden zich onverwachte en zeer ingrijpende maatschappelijke ontwikkelingen voor, in de vorm van de coronacrisis. De gevolgen van deze pandemie waren ten tijde van het afsluiten van dit rapport nog steeds merkbaar, maar hadden vooral een effect op de implementatie van de nieuwe wetgeving in 2020, en dan met name in de Wzd-sectoren. Die implementatie werd door de gevolgen van de coronacrisis ernstig gehinderd.

Beide wetten bepalen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste evaluatie plaatsvindt, die moet leiden tot een aan de Staten-Generaal te zenden verslag over de doeltreffendheid en de effecten van beide wetten in de praktijk. Dit rapport is het eerste van twee delen waarin verslag wordt gedaan van deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd. Beze beide wetten hebben een relatie met de Wet forensische zorg (Wfz). Begin 2021 startte ook een evaluatie van deze wet, uitgevoerd door het WODC. Beoogd werd de evaluatie van Wvggz/Wzd en die van de Wfz in samenhang uit te voeren.

1.2 Fasering van het onderzoek

Vooral naar aanleiding van de coronacrisis werd in de programmatekst van ZonMw uit mei 2020 de mogelijkheid opengehouden om de evaluatie van Wvggz en Wzd met een jaar uit te stellen. Na overleg met de veldpartijen besloten de betrokken ministeries en ZonMw eind 2020 het evaluatietraject niet uit te stellen, maar wel te faseren. De aanleiding daarvoor was met name dat door de coronacrisis in bepaalde sectoren sprake was van een implementatie-achterstand en dat belangrijke kwantitatieve gegevens niet tijdig beschikbaar zouden zijn (en wel beschikbare gegevens een te voorlopig karakter zouden hebben). Over de fasering liet de regering de Tweede Kamer in een brief van 17 december 2020 het volgende weten:[1]

> "Eind 2021 zal de eerste fase van de evaluatie Wvggz en Wzd worden afgerond. Dit omvat ook op onderdelen het schakelartikel 2.3 van de Wfz. Op grond van kwalitatieve en de dan beschikbare kwantitatieve gegevens zullen de onderzoekers hun bevindingen aanbieden ten aanzien van de implementatie, uitvoerbaarheid van de verschillende wetten en hun samenhang. Hierbij is de verwachting dat er voor de Wvggz eind 2021 meer data beschikbaar zijn dan voor de Wzd. Dit vanwege de grote impact van COVID-19 op de ouderen- en gehandicaptenzorg. De tweede fase van het ZonMw-traject wordt medio 2022 afgerond. Dan zullen de resultaten een nadere verdieping krijgen, onder meer op grond van dan beschikbare kwantitatieve gegevens. De onderzoekers geven aan dat deze gefaseerde aanpak noodzakelijk is om tot een goed onderbouwde evaluatie te komen".

In dit rapport wordt verslag gedaan van de eerste fase van de evaluatie. In deze eerste fase is een brede analyse gemaakt van de thema's die de uitvoerbaarheid en de implementatie van beide wetten beïnvloeden. Ten behoeve van deze eerste fase waren kwantitatieve gegevens over de verschillende procedures van de Wvggz en de Wzd beschikbaar. Ook is in de eerste fase de samenhang met de Wfz, in het bijzonder art. 2.3 daaruit, onderzocht. Hiertoe is samengewerkt tussen de bij de wetsevaluaties betrokken partijen (het AUMC, het Trimbos-instituut en het WODC).
In de tweede fase komen naar verwachting gegevens beschikbaar over de mate waarin verplichte (Wvggz) en onvrijwillige (Wzd) zorg is toegepast, en zullen enkele belangrijke thema's nader worden verdiept. De tweede fase richt zich vooral op de doeltreffendheid en de (neven)effecten van de wetgeving. In het slothoofdstuk van dit rapport wordt nader ingegaan op de onderwerpen die in fase 2 zullen worden belicht. De rapportage met betrekking tot fase 2 verschijnt medio 2022.

1 *Kamerstukken II*, 2020-21, 35370, nr. 5.

1.3 De onderzoeksvragen

In deze evaluatie staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

a Hoe verloopt de implementatie van de Wvgzz en de Wzd en hoe staat het met de uitvoerbaarheid van beide wetten in de praktijk?
b Hoe pakt de relatie uit tussen de Wvggz en de Wzd en tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en andere wetgeving anderzijds?
c Bewegen de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen?
d Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van (eventuele) wetswijzigingen, implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd in de praktijk, teneinde de doeltreffendheid van beide wetten te vergroten?

In dit rapport worden conclusies geformuleerd en aanbevelingen gedaan en zullen voorlopige conclusies worden getrokken. In het medio 2022 op te leveren onderzoeksrapport zullen met betrekking tot de onderzoeksvragen meer definitieve conclusies worden geformuleerd.

1.4 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden.

In de eerste plaats is een uitvoerige analyse gemaakt van de inhoud en de totstandkoming van de betreffende wettelijke regelingen (het juridische deelonderzoek). Daarbij is een veelheid van bronnen betrokken: niet alleen parlementaire stukken, wetgeving en rechtspraak, maar ook de uitkomsten van eerdere relevante evaluaties (waaronder de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg uit 2014), kritische publicaties over aspecten van beide wetten, handreikingen waarin onderdelen van de wetgeving nader worden uitgewerkt of toegelicht en reacties die zijn gegeven door de bij de uitvoering van de wetgeving betrokken partijen.[2] Deze analyse richt zich op de doelstellingen van beide wetten, op specifieke onderdelen daarvan en op mogelijke knelpunten in de regelgeving of in de voor een goede uitvoering daarvan benodigde randvoorwaarden.

In de tweede plaats zijn beschikbare gegevens verzameld en geanalyseerd uit verschillende landelijke databronnen met betrekking tot de Wvggz en de Wzd (het kwantitatieve deelonderzoek). Aldus is inzicht verkregen in de mate waarin procedures en mogelijkheden uit de Wvggz en de Wzd daadwerkelijk worden toegepast. Voor de Wvggz gaat het bijvoorbeeld om het aantal verzoekschriften voor een zorgmachtiging dat wordt voorbereid en ingediend bij de rechter, de toepassing van de hoorplicht van de burgemeester bij de crisismaatregel en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de klachtenregeling. Ten aanzien van de Wzd richtte het onderzoek zich onder meer op het aantal CIZ-besluiten tot opneming en verblijf op grond van art. 21 Wzd, de gegevens inzake rechterlijke machtigingen en, eveneens, de mate waarin van het klachtrecht gebruik wordt

2 Met dank aan mr. J.I. Eijpe voor het samenstellen van een uitvoerige database (parlementaire stukken, rechtspraak, literatuur) ten behoeve van het juridische deelonderzoek.

gemaakt. Aan de orde komen ook gegevens met betrekking tot vertrouwenswerk zoals uitgevoerd door de patiëntenvertrouwenspersoon, de familievertrouwenspersoon (een al bestaande functie, maar nieuw opgenomen in de Wvggz) en de cliëntenvertrouwenspersoon (ook een al bestaande functie, maar nu opgenomen in de Wzd).

In derde plaats zijn de meningen en ervaringen van de bij de uitvoering van de wetgeving betrokken partijen geïnventariseerd (het kwalitatieve deelonderzoek). Hiertoe zijn verschillende stappen gezet. Begin 2021 is alle betrokken partijen gevraagd een schriftelijke opgave te doen van goede en minder goede ervaringen met de toepassing van de Wvggz en de Wzd. Deze uitvraag is gebruikt om de thema's te selecteren waarover in volgende fase met vertegenwoordigers van deze partijen gesprekken zijn gevoerd, in de vorm van een interview of een groepsgesprek. In dat kader is een groot aantal bijeenkomsten belegd, waarin is gesproken over een breed scala van ervaringen met beide wetten (en met de relevante onderdelen van de Wfz).

De hoofdbevindingen uit deze drie deelonderzoeken zijn in september 2021 besproken tijdens een drietal duidingssessies waaraan vertegenwoordigers van de veldpartijen en een aantal deskundigen deelnamen. Hen werd de vraag voorgelegd of zij deze hoofdbevindingen herkenden en welke oplossingen denkbaar waren met betrekking tot de daaruit naar voren komende knelpunten. Dit heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het trekken van conclusies en het formuleren van aanbevelingen. Voorlopige conclusies en aanbevelingen zijn op 12 november 2021 besproken met partijen uit het veld, teneinde draagvlak na te gaan en laatste suggesties te vernemen. Vervolgens zijn de conclusies en aanbevelingen geformuleerd die zijn te vinden in hoofdstuk 10 van dit rapport.

1.5 Betrokkenheid van het veld

Zowel de totstandkomingsprocedure van beide wetten als dit evaluatieonderzoek werden en worden gekenmerkt door een intensieve betrokkenheid van de partijen uit het veld. Deze partijen hebben voorafgaand aan de inwerkingtreding van beide wetten uitvoerige commentaren gegeven op zowel de inhoud als de te verwachten uitvoerbaarheid van beide wetten. In de periode na 1 januari 2020 waren zij ook nauw betrokken bij het opstellen van reparatiewetgeving, bij andere activiteiten ter bevordering van de implementatie en uitvoerbaarheid van beide wetten en bij het bepalen van de focus van deze wetsevaluatie. Zowel op verzoek van de onderzoekers als op eigen initiatief zijn door de veldpartijen talloze vraag- en knelpunten betreffende de Wvggz en de Wzd op tafel gelegd, variërend van principiële kwesties tot gedetailleerde beschouwingen over kleinere onderdelen van beide wetten. Deze informatie is bijzonder waardevol geweest bij het selecteren van de thema's waarop deze evaluatie zich het beste zou kunnen richten. Het was in het kader van deze evaluatie niet mogelijk om in te gaan op alle door de veldpartijen aangedragen thema's, hetgeen aan het belang van de daarover verstrekte informatie niet afdoet. Het ligt voor de hand deze informatie nauw te betrekken bij het uitvoeren van de aanbevelingen die in het slothoofdstuk van dit rapport worden gedaan.

1.6 De evaluatie van de Wet forensische zorg door het WODC

Deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd moet worden gezien in samenhang met de evaluatie van de Wet forensische zorg (Wfz) door het WODC. Het WODC startte begin 2021 een vijfjarige evaluatie van de Wfz. De eerste fase daarvan was een studie naar art. 2.3 Wfz, de bepaling uit de Wfz die een schakel vormt tussen de Wfz enerzijds en de Wvggz en de Wzd anderzijds. Daarover publiceert het WODC gelijktijdig met het onderhavige rapport een deelstudie.[3]

Over de taakverdeling tussen beide onderzoeken werd in de ZonMW-programmatekst het volgende opgemerkt:

> "Het WODC onderzoekt hierbij het strafrechtelijke aspect van art. 2.3 Wfz. Het civielrechtelijk aspect van art. 2.3 Wfz is onderdeel van deze evaluatie (Wvggz/Wzd) om tot een geharmoniseerde juridische analyse van de Wvggz en de Wzd, in samenhang met art. 2.3 Wfz te komen. Daarnaast kan de evaluatie van het WODC relevante informatie opleveren voor de evaluatie van de Wvggz en Wzd en vice versa".

Gaandeweg het onderzoek is deze taakverdeling aangepast, omdat het genoemde onderscheid niet altijd makkelijk te maken was. Wij hebben met het WODC nauw samengewerkt, onder meer door het uitwisselen van informatie en door het afstemmen van werkzaamheden, met name om onnodige belasting van respondenten en dubbel werk te voorkomen. Het WODC voerde de regie met betrekking tot de onderdelen over de Wfz tijdens de hiervoor genoemde duidingssessies. In dit rapport is een juridische analyse opgenomen van de relatie tussen Wvggz/Wzd en Wfz en wordt beperkt verslag gedaan van kwalitatieve bevindingen. Tussen beide onderzoeken bestaat onvermijdelijk een zekere mate van overlap, maar omdat het WODC een veel uitvoeriger empirisch onderzoek heeft gedaan met betrekking tot art. 2.3 Wfz dan in het kader van dit onderzoek mogelijk was zijn beide rapporten vooral complementair.

1.7 Opbouw van het rapport

Met betrekking tot elk van beide wetten wordt achtereenvolgens verslag gedaan van het juridische, het kwantitatieve en het kwalitatieve deelonderzoek (Wvggz> hoofdstukken 2, 3 en 4; Wzd> hoofdstukken 5, 6 en 7). Vervolgens wordt aandacht besteed aan twee specifieke onderwerpen, namelijk de samenhang en afstemming tussen de Wvggz en de Wzd (hoofdstuk 8) en de relatie met de Wfz (hoofdstuk 9). Ten slotte worden in hoofdstuk 10 conclusies en aanbevelingen geformuleerd, op basis van de resultaten uit de drie deelonderzoeken.

De bijlagen bevatten de samenstelling van de begeleidingscommissie (bijlage A), een overzicht van de gedane aanbevelingen (bijlage B) en een methodologische verantwoording (bijlage C).

---

3 C.H. de Kogel, J.J. van der Ree, A.M. Burger, *Artikel 2.3 wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding*. Den Haag: WODC, 2021.

2

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

2.1 Inleiding

Op 1 januari 2020 trad er in de GGZ een nieuw tijdperk in: de Wet Bopz maakte plaats voor twee nieuwe regelingen in die sector: de Wvggz en de Wzd. In dit hoofdstuk wordt de Wvggz besproken.[4] Die wet maakt gedwongen behandeling en andere dwangmaatregelen mogelijk bij psychiatrische patiënten wier gedrag leidt tot ernstig nadeel voor henzelf, anderen of goederen. De wet regelt de rechtspositie van betrokkenen en bevat criteria en procedures voor het starten en beëindigen van gedwongen zorg (in acute en niet-acute situaties). De Wvggz heeft in twee opzichten een principieel andere insteek dan de Wet Bopz. Ten eerste omdat zij de weg opent voor toepassing van 'ambulante dwang', dat wil zeggen dwang buiten de instelling, mogelijk zelfs bij de betrokkene thuis. De gedachte is dat, wanneer de rechter een zorgmachtiging (ZM) afgeeft die strekt tot lichtere ambulante vormen van verplichte zorg strekt, '(...) in een eerder stadium een lichtere interventie kan worden toegepast, die voorkomt dat de geestelijke gezondheid [van de betrokkene] danig verslechtert dat een ingrijpende vorm van verplichte zorg noodzakelijk wordt of een crisismaatregel moet worden genomen'.[5] Deze insteek sluit beter aan bij de huidige visie op wat goede of passende psychiatrische zorg is[6] en de premisse dat extramurale dwang minder ingrijpend voor betrokkenen is, althans kan zijn dan dwang binnen een instelling.
Ten tweede omdat de Wvggz verlangt dat alle vormen van dwang – dus niet alleen gedwongen opname, maar bijv. ook dwangmedicatie – aan rechterlijke toetsing worden onderworpen.[7] Met name het tweede element heeft in de literatuur al veel aandacht gekregen.[8] De vraag rijst immers of deze, in vergelijking met de Wet Bopz meer geformaliseerde procedure ruimte laat voor snelle en gerichte

4 Zie over de Wzd hoofdstuk 5.

5 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3. p. 2.

6 De eerdere 'opnamewet' heeft plaats gemaakt voor een 'zorgwet'. Zie ook J. Legemaate, Afscheid van de Wet Bopz: wat staat ons te wachten?, *TvGR 2019, afl. 5, p. 319-321.*

7 Onder de Wet Bopz besliste de behandelend zorgverlener in beginsel over gedwongen behandeling en andere maatregelen, met voor de betrokkene de mogelijkheid van beroep op de rechter. Legemaate, *TVGR* 2019, p. 319-321.

8 Zie o.a. Legemaate, *TvGR* 2019, p. 319-321, T.P. Widdershoven, De Wet verplichte ggz: over oud en nieuw bij dwangpsychiatrie, *TvGR 2019, afl. 5, p. 322-336* en W.J.A.M Dijkers, De geboorte van de Wvggz: een schouwspel in vele bedrijven, *TvGR* 2017, afl. 1, p. 29-34.

dwangbehandeling wanneer dat nodig is.[9] Meerdere auteurs wijzen op de mogelijkheid dat de zorgmachtiging (waarin de noodzakelijke verplichte zorg moet worden omschreven) uit voorzorg ruim geformuleerd zal worden zodat niet voor iedere vorm van dwang een nieuwe rechterlijke procedure nodig is.[10] Dat laatste is immers het risico van een strikt(er) omschreven machtiging die overigens wel weer het beste lijkt aan te sluiten bij de uitgangspunten van de wet: zo veel mogelijk zelfbeschikking en zo min mogelijk dwang.

De beschrijvingen en beschouwingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op literatuur- en documentenonderzoek. Het gaat daarbij om een veelheid van bronnen, zoals relevante parlementaire documenten, aanpalende (nationale en internationale) wet- en regelgeving, internationale en nationale jurisprudentie, (internationale) wetenschappelijke publicaties, eerder uitgevoerd (evaluatie)onderzoek, beleidsrapporten et cetera.
De opzet van het hoofdstuk is als volgt. In par. 2.2 worden eerst de voorgeschiedenis en de wetswijzigingen na inwerkingtreding van de Wvggz in beeld gebracht. In par. 2.3 volgt een beschrijving van de doelstellingen van de wet en de inhoud van de wet op hoofdlijnen. In par. 2.4, de meest omvangrijke paragraaf, wordt dieper op de inhoud van verschillende onderdelen van de wet ingegaan, waarbij ook aandacht wordt geschonken aan (in deze fase al) te verwachten uitvoeringsproblemen. In par. 2.5 wordt ten slotte de samenloop van de wet met andere wetgeving, zoals de kwaliteitswetgeving, besproken.[11]

2.2 Voorgeschiedenis, parlementaire behandeling en wijzigingen na inwerkingtreding

2.2.1 Voorgeschiedenis

Op 1 januari 2020 zijn de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bggz) in werking getreden.[12] Op hetzelfde moment werd ook de hiermee samenhangende wet- en regelgeving inzake psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten van kracht. De betreffende regelgeving heeft de afgelopen 50 jaar veel maatschappelijke en politieke aandacht gekregen. Dit moge niet verbazen omdat de kern van gedwongen zorg is dat – mogelijk vergaand – inbreuk wordt gemaakt op fundamentele rechten van kwetsbare mensen (patiënten/cliënten). Alleen al daarom, maar ook in het licht van de systematiek van mensen- en grondrechten behoeft hun rechtspositie passende wettelijke regulering.[13]

---

9 Zie ook Dijkers, *TvGR* 2017, p. 32 die terecht opmerkt dat '[d]e toekomst (...) zich bij het verlenen van een machtiging niet steeds voldoende [laat] kennen, juist omdat het gaat om zoiets onvoorspelbaars als het verloop van een geestesstoornis.'

10 Zie o.a. Widdershoven *TvGR* 2019, p. 330-331 en W.J.A.M Dijkers, De geboorte van de Wvggz: een schouwspel in vele bedrijven, *TvGR* 2017, afl. 29, p. 29-34. Dijkers merkt terecht op dat '[d]e toekomst (...) zich bij het verlenen van een machtiging niet steeds voldoende [laat] kennen, juist omdat het gaat om zoiets onvoorspelbaars als het verloop van een geestesstoornis.'

11 De samenloop van de Wvggz en de Wzd wordt besproken in hoofdstuk 8.

12 Besluit van 21 november 2019, *Stb.* 2019, 437.

13 Zie voor een overzicht tot 2014 Legemaate, Ploem e.a., *Thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014, p. 19-51. Zie voor een recentere stand van zaken ook H. van Kolfschoten, M. Spaander en J. Legemaate, De autonome patiënt na 70 jaar EVRM. Van dwangpsychiatrie naar gentechnologie?, *NTM/NJCM-bull.* 2021, afl. 2, p. 114-118.

Kritische reflectie op en discussie over toepassing van dwang bij psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke handicap kwam de vorige eeuw goed op gang toen de regering begin jaren 70 duidelijk maakte dat zij de sterk gedateerde Wet tot regeling van het Staatstoezicht op de krankzinnigen (Krankzinnigenwet) uit 1884 wilde vervangen. Voor het realiseren van die plannen, leidende tot de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), had de wetgever niettemin – zo leert de geschiedenis – nog ruim twee decennia nodig: de nieuwe wet verscheen pas in 1992 in het Staatsblad en trad vervolgens nog weer twee jaar later in werking.[14]

De Wet Bopz bevatte met name op het stuk van de rechtsbescherming bij dwangtoepassing meer waarborgen dan de daarvoor geldende Krankzinnigenwet. Die hingen samen met het onderliggende uitgangspunt van de wet – het zoveel mogelijk respecteren van zelfbeschikking van betrokkenen – en hielden in dat patiënten alleen aan dwangbehandeling konden worden onderworpen als zij gedwongen waren opgenomen, en alleen gedwongen konden worden opgenomen als de rechter daartoe een machtiging had afgegeven. De Wet Bopz, die in dat licht met recht als een 'opnamewet' wordt getypeerd, onderging in de 26 jaar dat zij van kracht was, de nodige wijzigingen. Die hadden met name te maken met nieuwe inzichten over het belang van het behandelperspectief en voldoende mogelijkheden voor gedwongen behandeling.[15]
Hiernaast kwam in de loop der jaren ook de (brede) reikwijdte van de Wet Bopz – zich uitstrekkend tot de psychiatrie, de psychogeriatrie (PG) en de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) – ter discussie te staan. Uit evaluatieonderzoek[16] bleek dat de bepalingen van de Wet Bopz met name veel vragen opriepen binnen de praktijk van de PG en VG. Nadat de tweede evaluatie (2002) had uitgewezen dat beroepsbeoefenaars in die laatste twee sectoren met substantiële uitvoeringsproblemen kampten (met name ten aanzien van de interne rechtspositie van betrokkenen), hakte de regering een knoop door en kondigde een aparte wettelijke regeling voor deze sectoren aan.[17] Die is er uiteindelijk – in de vorm van de Wzd – gekomen.

Afgezien van het 'reikwijdteprobleem' kwam uit met name de laatste (derde) wetsevaluatie naar voren dat de Wet Bopz, mede ten gevolge van verschillende wijzigingen, een uiterst complexe wet was geworden, en – meer fundamenteel – dat de beginselen van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit onvoldoende door de wet werden gewaarborgd. Een belangrijk aandachtspunt bleek ook de continuïteit van zorg: die wordt door de systematiek van de Wet Bopz en haar aansluiting op aanpalende wet- en regelgeving onvoldoende gewaarborgd.

---

14 *Stb.* 1992, 669 (ondertekening); *Stb.* 1993, 755 (inwerkingtreding). De begeleidingscommissie van de tweede evaluatie van de Wet Bopz (2002) schreef dit in haar deelrapportage 'Conclusies en aanbevelingen' (p. 7) toe aan het feit dat in de wet principiële en ethisch beladen keuzen worden gemaakt die '(...) rechtstreeks [raken] aan de autonomie van individuen, (...), bewegingsvrijheid, (zorg voor de) gezondheid, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en lichamelijke integriteit en het recht om gevrijwaard te blijven van onmenselijke en vernederende behandeling of bestraffing'.

15 Zie bijv. de invoering van de voorwaardelijke machtiging, de zelfbindingsverklaring en de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling.

16 De Wet Bopz is op grond van art. 71 Wet Bopz drie keer geëvalueerd; de bijbehorende rapporten verschenen in 1996, 2002 en 2007.

17 *Kamerstukken II* 2003/04, 25763 en 28950, nr. 4.

Na het verschijnen van het derde evaluatierapport (2007) werd steeds duidelijker dat de Wet Bopz door de maatschappelijke ontwikkelingen was ingehaald en onvoldoende in staat was om die goed te accommoderen. Wederom, maar nu al na zo'n 13 jaar bleek een nieuwe wettelijke regeling nodig. Duidelijk was dat deze zich (weer) exclusief zou moeten richten op mensen met een geestelijke stoornis en ervoor moest zorgdragen dat betrokkenen, waar ze zich ook bevinden, passende, flexibele en continue zorgverlening krijgen (met resocialisatie als 'eindpunt' van het zorgtraject). De opgelegde maatregel (civiel- of strafrechtelijk) dient daarbij geen verschil te maken
Het op 4 juni 2010 ingediende voorstel van Wet vggz[18] heeft als kerndoelstelling de rechtspositie van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend te versterken door hun voorkeuren en preferenties meer centraal te stellen (via mogelijkheid van een zelfbindingsverklaring, zorgkaart en eigen plan van aanpak),[19] langdurige dwang zoveel mogelijk te voorkomen, integrale zorg op maat te bieden (bij gedwongen opname: ook nazorg) en de kwaliteit van de verleende verplichte zorg te verhogen.[20] Om die doelen te bereiken was in het wetsvoorstel aanvankelijk een centrale rol bedacht voor de – door de derde evaluatiecommissie bepleitte – 'commissie psychiatrische zorg'. De taak van die commissie zou zijn de rechter over het afgeven dan wel beëindigen van een ZM te adviseren waarmee zij de rol van het OM en de geneesheer-directeur (GD) in die procedures zou overnemen. Het voorstel hield echter, met name vanwege kritiek op de situatie van dubbele toetsing (door commissie en rechter)[21] en te verwachten hoge administratieve lasten,[22] niet lang stand: via de in 2013 ingediende nota van wijziging werd de commissie uit de wet geschrapt.[23] Het kabinet argumenteerde dat de doelen van de nieuwe wet ook wel met de bestaande instituties bereikt konden worden en dat daarvoor niet een geheel 'nieuw instituut' nodig was.[24] Dat standpunt werd niet of althans niet volledig gedeeld door de indertijd functionerende stuurgroep pilot Wvggz-commissies die in de eindrapportage van de pilot benadrukte dat '(...) de positieve ervaringen van patiënten en familie, en de te verwachten kwaliteitsverbetering van de informatie over de patiënt en daarmee van de besluitvorming over verplichte GGz, (...) belangrijke verbeteringen

18 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nrs. 1-4.

19 Onder 'plan van aanpak' wordt verstaan dat de betrokkene of de vertegenwoordiger tezamen met familie en naasten een eigen plan van aanpak opstelt om verplichte zorg te voorkomen.

20 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 1-2.

21 Gevreesd werd voor een topzwaar en bureaucratiserend systeem; dat zou alleen voorkomen kunnen worden als was gekozen voor een besluitvormende commissie of een multidisciplinaire rechtbankkamer; zie J. Legemaate, Besluiten over dwang in de psychiatrie: ken je klassieken, *NJB* 2008, p. 1852-1856. Vgl. Dijkers die niet zoveel moeite had met een dubbele procedure, maar wel met de figuur van een besluitvormede commissie, en Widdershoven die principiële bezwaren had tegen multidisciplinaire besluitvorming over gedwongen zorg (J.A.M. Dijkers, Een besluitvormende commissie, voor als het moet, *JGGZR* 2011, p. 23-30; T.P. Widdershoven, Armoe troef, *JGGZR* 2011, p. 30-31). Zie over de taakstelling van de commissie ook T.P. Widdershoven, Opvolger Wet Bopz: goed op weg, maar we zijn er nog niet, *TvGR* 2009, p. 180.

22 Van die kosten was een inschatting gemaakt op basis van een in 2009 uitgevoerde pilotstudie naar het functioneren van de commissie in een viertal proefregio's.

23 Zie *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nrs. 9 en 10.

24 *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10, p. 44.

(...) [van een nieuwe wet]' konden zijn die in haar visie moeilijk zonder commissies te realiseren zouden zijn.[25]

2.2.2 Parlementaire behandeling; nota's van wijziging

De behandeling van het wetsvoorstel, dat voor wat betreft doelstellingen, uitgangspunten en systematiek nauw aansloot op de voorstellen van de derde evaluatiecommissie, vangt aan in 2010. Voorafgaand aan de indiening organiseerde de regering een aantal bijeenkomsten met betrokken veldpartijen en (ervarings)deskundigen om over de contouren van een nieuwe regeling voor verplichte zorg in een 'open en constructieve sfeer' van gedachten te wisselen. Deze informele consultaties zijn, aldus het kabinet, van grote waarde geweest voor het bepalen van de uitgangspunten en de inhoud van het wetsvoorstel.[26] Niettemin heeft de parlementaire behandeling toch nog negen jaar in beslag genomen waardoor er ook weer ruimte ontstond om eerder gekozen uitgangspunten opnieuw ter discussie te stellen, soms leidend tot amendementen of moties in die richting. Zie bijvoorbeeld het amendement van Leijten dat ertoe strekte het voorbereiden van de zorgmachtiging toch weer bij een multidisciplinaire commissie te beleggen '(...) omdat dit inhoudelijk en organisatorisch betere waarborgen biedt dan deze bevoegdheid bij het Openbaar Ministerie te beleggen' en om te '(...) voorkomen dat rondom verplichte zorg een strafrechtelijk kader ontstaat'.[27] Na publicatie van het wetsvoorstel in 2010 heeft het tot aan aanvaarding door de Eerste Kamer viermaal substantiële wijzigingen ondergaan.

2013: (eerste) nota van wijziging[28]

Een significant onderdeel van de eerste nota van wijziging betrof de – hiervoor al besproken – verwijdering van de commissies verplichte geestelijke gezondheidszorg uit het wetsvoorstel vanwege de met dit instituut verbonden hoge kosten en bureaucratie.[29] Dit impliceerde wel aanpassing van het oorspronkelijke wetsvoorstel op een aantal punten, zoals een nieuwe centrale rol voor de GD,[30] uitgebreidere regeling van het zorgplan (met hierin ook aandacht voor essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven, zoals huisvesting en inkomen) en de introductie in het wetsvoorstel van een 'plan van aanpak' om langs die weg het 'multidisciplinaire perspectief' – dat bij het opstellen van een verzoek tot een ZM een essentiële randvoorwaarde is – te kunnen blijven waarborgen.

---

25 *Advies van de Stuurgroep Commissies Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg*, Den Haag: 3 februari 2010, p. 16-17. Eveneens in (positieve) zin R.C. Kips & C. van der Hoeven-Molenaar, De adviserende Commissie verplichte ggz; een haalbaar voorstel, *JGGZR* 2011, p. 31-36.

26 *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 3, p. 5-9.

27 Gewijzigd amendement van lid Leijten ter vervanging van nr. 53, *Kamerstukken II* 2016/17, 32399, nr. 76.

28 (Eerste) nota van Wijziging (1 oktober 2013), *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10.

29 De regering meende dat de doelstellingen, uitgangspunten en criteria van het wetsvoorstel ook via de bestaande instituties en praktijk gerealiseerd konden worden. *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10, p. 38.

30 Die nieuwe rol strekte zich ook uit tot regie over het proces van totstandkoming van de zorgmachtiging en de inhoud daarvan. Zie *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10, p. 40-41.

2016: tweede, derde en vierde nota van wijziging[31]

Een belangrijke aanleiding voor indiening – een kleine drie jaar later – van een tweede nota van wijziging ten aanzien van het wetsvoorstel (alsmede de voorstellen zorg en dwang en forensische zorg) was om de verschillende wetten voor verplichte zorg beter op elkaar te laten aansluiten, dit mede naar aanleiding van aanbevelingen in die richting in het rapport 'Thematische evaluatie gedwongen zorg'.[32] Het ging in dat laatste verband enerzijds om wijzingen gericht op het zoveel mogelijk harmoniseren van definities[33] en klacht- en beroepsmogelijkheden voor betrokkenen binnen die wetten, en anderzijds om het verbeteren van het grensverkeer tussen de Wzd en de Wvggz voor patiënten die tijdelijk worden overgeplaatst van een Wzd-accommodatie naar een GGZ-instelling en vice versa.

De tweede nota van wijziging werd echter ook benut om een aantal andere wijzigingen in het voorstel aan te brengen, zoals het weer terugdraaien van de positionering van de geneesheer-directeur (GD) als centrale actor binnen de wet. Tijdens een 'Rondetafelgesprek' op 20 januari 2014[34] hadden sommige deskundigen hierover al zorgen geuit. Bevatte het voorstel voldoende waarborgen om de GD onafhankelijk te kunnen laten functioneren?[35] De Commissie Hoekstra, die in 2015 een rapport uitbracht over de zaak-Bart van U,[36] had over deze keuze van de regering ook de nodige twijfels en verbond daaraan de aanbeveling deze toch maar weer bij het OM te leggen, mede vanuit de geachte dat het OM beter dan de GGZ in staat moet worden geacht veilige en goed toegankelijke infrastructurele voorzieningen op te zetten die immers nodig zijn om het wettelijk systeem goed te laten functioneren. De regering nam de aanbeveling over waarbij zij ook nog als voordeel zag dat de GD door het wegvallen van diens regietaak zich weer meer zou kunnen concentreren op zijn zorginhoudelijke kerntaak.[37]

Een ander voorbeeld betreft het schrappen van de regeling van hoger beroep tegen een ZM, zoals die was opgenomen in het oorspronkelijke wetsvoorstel uit 2010; in de praktijk bleek aan die mogelijkheid niet of nauwelijks behoefte te bestaan, enerzijds vanwege de bestaande mogelijkheid

---

31 Tweede nota van wijziging (8 juli 2016), *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25; derde nota van wijziging (8 september 2016), *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 27; vierde nota van wijziging (21 december 2016), *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 39.

32 Legemaate e.a. 2014.

33 Zie i.h.b. wijziging van het schadecriterium zoals dat in (art. 3:3 van) het oorspronkelijke wetsvoorstel uit 2010 was geformuleerd, namelijk als gedrag dat leidt tot '(...) een aanzienlijk risico op ernstige schade voor [de patiënt] (...) of voor een ander (...)'. Via de tweede nota van wijziging werd 'ernstige schade' vervangen door 'ernstig nadeel'. De regering benadrukte in de bijbehorende toelichting dat met deze verandering, die noodzakelijk was om de Wvggz- en de Wzd-terminologie gelijk te trekken, geen materiële wijziging werd beoogd. *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 146-147.

34 *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 13.

35 Zie ook Dute (deskundige namens het College voor de Rechten van de Mens) die op p. 10 van het verslag van het Rondetafelgesprek (*Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 13) ook bij voldoende waarborgen voor onafhankelijkheid nog wel enige problemen voorziet. Van de zijde van het OM werd tijdens dezelfde bijeenkomst als bezwaar naar voren gebracht het ontbreken van een landelijke overzicht of registratiesysteem van aanvragen tot ZM (p. 27).

36 R.J. Hoekstra, E. van Hoorn, L. de Wit & R. Zuijderhoudt, R*apport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U.*, Steenwijk, 2015.

37 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 94 e.v. De NVvP kon zich goed vinden in deze rolverschuiving, maar had wel vragen over de financiële en praktische haalbaarheid ervan binnen het OM (p. 117).

van cassatie bij de Hoge Raad, en anderzijds omdat via de nieuwe wet de rechtspositie van betrokkenen toch al substantieel verbeterd leek, onder meer in de vorm van voorafgaande toetsing door de rechter van alle vormen van verplichte zorg.[38] Aan de Tweede Kamer is echter wel toegezegd dat bij de eerste evaluatie van de wet zal worden bezien of deze keuze de juiste is geweest.[39] Andere (kleinere) wijzigingen hielden onder andere in het vormgeven van mogelijkheden tot samenwerking op lokaal en regionaal niveau en het versterken van de positie van familieleden binnen het wetsvoorstel.
De tweede nota van wijziging leidde overigens niet alleen tot het schrappen van bepaalde elementen uit het wetsvoorstel. Aan het arsenaal van dwangmogelijkheden werd een nieuwe toegevoegd: de observatiemaatregel of wel een door de burgemeester opgelegde maatregel om onderzoek naar de toestand van de betrokkene te verrichten.[40] Die maatregel was vooral bedoeld om 'verwarde personen' – '(...) met een duidelijk gebrek aan zelfredzaamheid, die regelmatig schade toebrengen aan zichzelf of anderen' en waarover vanuit verschillende hoeken (familie, buren) meldingen bij diverse instanties (politie, wijkteams, gemeente et cetera) binnenkomen – tot medewerking aan observatieonderzoek te kunnen verplichten. Het criterium hiervoor was dat 'met voldoende mate van aannemelijkheid kan worden aangenomen dat de betrokkene aan een psychische stoornis lijdt, het ernstige vermoeden bestaat dat die stoornis ernstig nadeel doet veroorzaken en de situatie dermate ernstig is dat de procedure voor een zorgmachtiging niet kan worden afgewacht'.[41] De maatregel, die veel weerstand opriep,[42] heeft echter niet lang stand gehouden; zij werd nog geen jaar later (op 14 februari 2017) – via (een door de Tweede Kamer aangenomen) amendement van Kamerleden Leijten, Tanamal, Voortman, Dijkstra, Klever, Faber en Ouwehand[43] – weer uit de wet geschrapt. De indieners hadden vooral het bezwaar dat deze bevoegdheid niet overeenstemde met de behandeldoelstelling van de Wvggz; er werd met de maatregel immers geen behandeling beoogd, maar louter onderzoek.

De derde en de vierde nota van wijziging werden eveneens in 2016 gepubliceerd en behelsden minder grote wijzigingen dan de eerste twee nota's. De wijzigen van derde nota hadden vooral betrekking op de aansluiting van de Wfz op de Wvggz (zie hoofdstuk 9) en die van de vierde nota waren vooral technisch van aard. Hier zij alleen expliciet genoemd de via de derde nota gewijzigde lijst van personen die zich bij de OvJ kunnen melden met een verzoek tot het afgeven van ZM;[44] daaraan was

---

38 Vgl. de oude situatie onder de Wet Bopz waarin alleen gedwongen opname vooraf werd getoetst. Zie *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 93.

39 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 94

40 Zie art. 3:1 lid 2 ('Verplichte zorg is tevens het in een accommodatie verrichten van onderzoek ter uitvoering van een observatiemaatregel en het ontnemen van de vrijheid voorafgaand aan een observatiemaatregel (...)') en hoofdstuk 7A van het toenmalige wetsvoorstel.

41 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 97-100.

42 Zie o.a. Dijkers, *TvGR* 2017, p. 33-34. Dijkers herinnert eraan dat de onder de Wet Bopz (tijdelijk) geldende observatiemachtiging ook al geen succes was gebleken; er werd weinig gebruik van gemaakt en door de uitspraak van de Hoge Raad uit 2006 (Hoge Raad 15 december 2006, *BJ* 2007/2, m.nt. W. J.A.M. Dijkers, *NJ* 2007, 132, m.nt. J. Legemaate) werden haar toepassingsmogelijkheden nog verder ingeperkt. Daarom besloot de minister van VWS het experiment met deze machtiging niet te verlengen (de machtiging kon tot en met 31 december 2008 worden ingezet).

43 *Kamerstukken II* 2016/17, 32399, nr. 49.

44 Zie art. 5:3.

‘de zorgaanbieder van forensische zorg’ toegevoegd teneinde te waarborgen dat dergelijke zorgaanbieders uitvoering konden geven aan de op hun schouders rustende verplichting voorbereidingen te treffen voor noodzakelijke zorg in aansluiting op een strafrechtelijke titel, althans indien de betrokkene zich daartegen zou verzetten.[45]

2.2.3 Wijzigingen na inwerkingtreding

Ook na de inwerkingtreding van de Wvggz op 1 januari 2020 is zij geen rustig bezit gebleken. Van de reparaties die intussen zijn doorgevoerd, wordt in deze paragraaf een beknopt overzicht gegeven. De details van de doorgevoerde wetswijzigingen komen zo nodig terug bij de bespreking van de inhoud van de wet.

Eerste spoedreparatiewet[46]

Al voor inwerkingtreding van de Wvggz werd door de Staatssecretaris van VWS aangegeven dat mocht na het van kracht worden van de wet naar voren komen dat bepaalde onderdelen van de wet aan een goede wetsuitvoering in de weg staan, hij direct (en niet na de wetsevaluatie) tot aanpassing van de wet zou overgaan. Ruim vier maanden na inwerkingtreding bleek het reeds zo ver: tegemoetkomend aan – soms dringende – verzoeken van ketenpartijen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en GGZ Nederland,[47] werd een voorstel voor een ‘spoedreparatiewet’ bij de Tweede Kamer ingediend.[48] Met deze eerste reparatiewet die op 31 oktober 2020 in werking trad, beoogde de regering een eerste stap te zetten in het verbeteren van de uitvoerbaarheid van de Wvggz (en de Wzd) – door een aantal administratieve handelen te vereenvoudigen of te schrappen – zonder de algemene uitgangspunten van de wet of de rechtspositie van betrokkene aan te tasten.[49] Zo werd de procedure tot wijziging van een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (CM) gewijzigd. Die gaf problemen omdat voor ontbrekende vormen van verplichte zorg opnieuw een CM moest worden aangevraagd met alle administratieve rompslomp van dien.[50] Hierdoor kwamen zorgbehoefte en rechtspositie van betrokkenen onder druk te staan. Een soortgelijk probleem deed zich voor bij de continuering van een CM, in die zin dat ‘(...) niet tijdig een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel kan worden afgegeven, waardoor deze persoon verstoken blijft van de noodzakelijke zorg en er vervolgens een nieuwe crisismaatregel moet worden aangevraagd’.[51] Ook dit knelpunt leidde tot wetswijziging. Voorts bleek ook de situatie dat de rechter in zijn beslissing geen andere vormen van verplichte zorg kon opnemen dan die in het verzoekschrift van de OvJ worden vermeld, een knelpunt waarvoor een voorziening werd getroffen.

---

45 Zie art. 2.5 Wfz.

46 *Stb.* 2020, 404.

47 Om de visie van ketenpartners over knelpunten en mogelijke oplossingen rond de uitvoering van de Wvggz en de Wzd goed in beeld te krijgen, werden daartoe in maart en april 2020 drie bijeenkomsten georganiseerd.

48 *Kamerstukken II* 2019/20, 35456, nrs. 1-3.

49 *Kamerstukken II* 2019/20, 35456, nr. 3, p. 2.

50 Tenzij in de betreffende machtiging voor alle zekerheid ruime mogelijkheden tot verplichte zorg waren opgenomen.

51 *Kamerstukken II* 2019/20, 35456, nr. 3, p. 2.

Tweede spoedreparatiewet[52]

Voor het realiseren van oplossingen voor een aantal andere uitvoeringsproblemen had de regering iets meer tijd nodig. Eind 2020 diende zij daartoe een tweede (meer omvangrijke) reparatiewet bij de Tweede Kamer in, die op 28 september 2021 door de Eerste Kamer werd aangenomen en spoedig daarna (op 29 oktober 2021) in werking trad. De tweede reparatiewet bevat allereerst een nieuwe bevoegdheid van de IGJ, namelijk om – in het kader van haar toezichthoudende taak op de uitvoering van beide wetten – het Burgerservicenummer (BSN) van betrokkenen te mogen 'verwerken' teneinde tijdig over alle relevante informatie over de uitvoering van verplichte/onvrijwillige zorg bij hen te kunnen beschikken.[53] Andere wijzigingen betreffen onder meer de positie van de rechter. Deze beschikt thans over de mogelijkheid om ook andere vormen van verplichte zorg in de ZM op te nemen dan die in het verzoekschrift van de OvJ vermeld worden, en om af te wijken van de maximale beslistermijn van drie weken als de rechter besluit een deskundigenonderzoek te laten uitvoeren (de rechter heeft dan maximaal drie weken extra om uitspraak te doen).[54] Ook zijn de regels voor het tussentijds beëindigen van verplichte zorg in het kader van een CM of een machtiging tot voortzetting van een CM iets versoepeld vanwege signalen uit het veld dat enkele procedurele normen, zoals dat de GD hierover eerst met de burgemeester moet overleggen en dat er een aanvullende medische verklaring nodig is van een onafhankelijke psychiater,[55] voor vertragingen zorgen respectievelijk niet in het belang van betrokkenen zijn.

2.3 Doelstellingen en inhoud op hoofdlijnen

2.3.1 Doelstellingen van de wet

Na de derde evaluatie van de Wet Bopz in 2007 werd duidelijk dat deze wet zijn beste tijd had gehad; er moest een nieuwe regeling voor dwangtoepassing in de psychiatrie komen, met doelstellingen die beter aansloten op de huidige visie op zorg voor patiënten met een psychische stoornis, en met een duidelijkere plek voor de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. De regering heeft aan die oproep gehoor gegeven, en formuleert in de memorie van toelichting de volgende (vijf) doelstellingen.[56]
Ten eerste wordt met de Wvggz beoogd de rechtspositie van personen aan wie verplichte zorg wordt

52 Besluit van 28 oktober 2021, *Stb.* 2021, 468.

53 De regering wijst erop dat de informatie over verplichte zorg die de IGJ nodig heeft om (ook proactief) toezicht te houden afkomstig is van meerdere zorgaanbieders en instanties, dit omdat zorgverlening onder de Wvggz en de Wzd persoonsvolgend is, en ook ambulant en bij betrokkenen thuis wordt geleverd. De IGJ moet niet alleen over de juiste gegevens van betrokkenen kunnen beschikken, maar zij moet ook gegevens kunnen koppelen; daarvoor is het gebruik van het BSN onontbeerlijk. *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 3, p. 3.

54 Die verruiming impliceerde echter ook verlenging van de geldigheid van de lopende machtiging tot voortzetting van de CM of RM tot aan de uitspraak van de rechter. Zie ook par. 2.4.8.3, onder *Uitspraaktermijn*.

55 Bij crisisopname kan bijv. sprake zijn van een kortdurend psychotisch beeld of middelengebruik waardoor de noodzaak van verplichte zorg na relatief korte tijd kan komen te vervallen. De medische verklaring die voor het afgeven van de (machtiging tot voortzetting van de) CM is opgesteld, is dan nog actueel. *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 3, p. 6.

56 Zie ook *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 1-3.

verleend (ten opzichte van de Wet Bopz) te versterken via een zorgvuldiger procedure die leidt tot verplichte zorg, met name door de betrokkene beter te horen en meer rekening te houden met diens voorkeuren.
Een tweede doel is het voorkomen van dwang, en waar dat niet mogelijk is, de duur van dwang te beperken ('ultimum remedium-beginsel'). Dat laatste veronderstelt dat steeds wordt nagegaan of alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput voordat dwang in beeld komt, en dat via regelmatige evaluatie van dwang de duur ervan tot een minimum wordt beperkt. Ook het uitgangspunt dat binnen de mogelijkheden van verplichte zorg voor de minst ingrijpende vorm van dwang wordt gekozen (ambulante verplichte zorg in plaats van een opname in een instelling) draagt bij aan deze tweede doelstelling.
Een derde doel betreft het waarborgen van een goede kwaliteit van verplichte zorg.[57] Dat laatste is voor betrokkenen die dergelijke zorg krijgen van groot belang omdat ze niet zelf kunnen kiezen voor een zorgaanbieder of een bepaalde vorm van zorg. De wet beoogt de kwaliteit van zorg te borgen door enerzijds procedurele eisen aan verplichte zorg te stellen, en anderzijds te verlangen dat zij op basis van professionele standaarden wordt verleend. Die standaarden of richtlijnen moeten betrokkenen de zekerheid geven '(...) dat waar en door wie de zorg ook wordt verleend, de zorg voldoet aan de veldnormen', aldus de regering in de MvT.[58] Mocht de kwaliteitsdoelstelling langs deze weg evenwel onvoldoende gerealiseerd worden, dan heeft de regering de optie van een algemene maatregel van bestuur als stok achter de deur.[59]
Een vierde doel is het waarborgen van een integrale benadering binnen verplichte zorg, verankerd in twee belangrijke principes, te weten: 'wederkerigheid'; en een 'ZM op maat'.[60] Wederkerigheid houdt in dat toepassing van dwang bij een patiënt (zoals gedwongen opname) niet los kan worden gezien van diens terugkeer naar het maatschappelijk leven. Anders gezegd: toepassing van dwang betekent altijd ook een verantwoordelijkheid voor het scheppen van randvoorwaarden om de betrokkene weer aan het maatschappelijke leven te laten deelnemen.
Een vijfde en laatste doel is intensivering van het inspectietoezicht op een juiste en zorgvuldige toepassing van verplichte zorg. De Wvggz voorziet in het benodigde instrumentarium daarvoor, zoals de plicht voor zorgaanbieders om een groot aantal gegevens aan te leveren in verband met het verlenen van verplichte zorg,[61] een meldingsplicht bij tekortkomingen in de verplichte zorg[62] en een signaleringfunctie voor de PvP en de FvP indien – bij de uitvoering van verplichte zorg – afbreuk wordt gedaan aan de rechten van de betrokkene.[63] Ook bij het toezicht op verplichte zorg spelen de door het veld te ontwikkelen richtlijnen een belangrijke rol in die zin dat de IGJ deze zal gebruiken als handhavingsnormen.

---

57 De regering heeft het over het 'verhogen van de kwaliteit van zorg'; *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 3, p. 2.

58 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 2.

59 Zie art. 8:6 lid 1 Wvggz.

60 De regering licht in de MvT toe: 'Zorg op maat veronderstelt dat [de] betrokkene voldoende ruimte krijgt om zijn zienswijze, voorkeuren en wensen kenbaar te maken. (...) (...). Pas als voldoende aandacht wordt besteed aan de persoonlijke beleving en ervaring van een psychische stoornis, kan adequaat worden ingespeeld op de zorgbehoefte van een persoon.' *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 4.

61 Art. 8:25 e.v..

62 Art. 13:2 lid 1.

63 Art. 11:1 lid 3, onderdeel a en art. 12:1 lid 2, onderdeel a.

Tijdens de parlementaire behandeling werd door de ministers van VWS en VenJ al een aantal toezeggingen voor nader onderzoek gedaan naar het bereiken van bovenstaande doelstellingen.[64] Zo werd evaluatie toegezegd van de wenselijkheid van de mogelijkheid van hoger beroep, het functioneren van de rechtsbijstand, de aanwezigheid van de OvJ ter zitting (meerwaarde?), het effect van de wet op het terugdringen van dwang (bijv. via vrijwillige zorg voorafgaand aan verplichte zorg en continuïteit van zorg is nadien), mogelijke knelpunten in de capaciteit en de beschikbaarheid van voorzieningen, en mogelijke knelpunten bij de samenwerking tussen de verschillende actoren, dit laatste om te voorkomen dat de juiste zorg niet van de grond komt.[65]

2.3.2 Inhoud op hoofdlijnen

Wettelijk systeem

De Wvggz heeft betrekking op het verlenen van verplichte zorg aan mensen (volwassenen en minderjarigen) met een psychische stoornis, niet zijnde een verstandelijke handicap of psychogeriatrische stoornis. Zij regelt de bevoegdheid tot uitvoering van verplichte zorg bij deze mensen,[66] de daarbij te volgen procedures en hun rechten. Het basissysteem van de Wvggz is kernachtig te omschrijven als een combinatie van rechterlijke machtigingen en laagdrempelig klachtrecht waarbij betrokkenen enerzijds worden beschermd door een aan dwang voorafgaande toetsing door de rechter en de burgemeester (proactief), en anderzijds door mogelijkheden van schorsing en verweer bij klachtencommissie en rechter zodra van dwangtoepassing feitelijk sprake is (reactief).[67]

De Wvggz heeft het karakter van een bestuursrechtelijke regeling; zij kan derhalve niet los worden gezien van de algemene regels van het bestuursrecht zoals opgenomen in de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Die algemene wet regelt de bevoegdheden voor bestuursorganen waartoe ook Wvggz-actoren zoals de burgemeester, de GD en de zorgverantwoordelijke behoren.[68] De verhouding tussen de Awb en de Wvggz is die van lex generalis-lex specialis. Zaken die niet (of niet uitputtend) in de Wvggz geregeld zijn, zoals bijv. de voorbereiding van besluiten (art. 3:2 Awb), vallen onder de algemene bepalingen van de Awb.
De Wvggz wijkt op één belangrijk punt af van de Awb: de rechtsbescherming van de betrokkene. Normaal gesproken heeft de burger in het publiekrecht de mogelijkheid van bezwaar en beroep bij de bestuursrechter. In de context van dwangtoepassing bij psychiatrische patiënten is van oudsher de burgerlijke rechter bevoegd. In tegenstelling tot de Wet Bopz is dit laatste overigens niet in de Wvggz

64 Zie o.a *Handelingen II* 2016/17, nr. 48, item 10 en *Handelingen I* 2017/18, nr. 14, item 3/nr. 15, item 3/nr. 16, item 4.

65 Zie ook bijlage 1 van de ZonMw-subsidieoproep *Evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang*, 12 mei 2020.

66 De Wvggz is daarom '(...) eerst en vooral een regeling die – uiteraard onder voorwaarden – psychiatrische dwang legitimeert en faciliteert', aldus Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 325.

67 Zie Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 326.

68 Zie hierover B. Frederiks & A. Hendriks, De Wet Bopz wordt vervangen door twee nieuwe wetten. Maar er zijn nog de nodige vragen, *NJB* 2019, afl. 32, p. 2372-2379 (p. 2373) en A.J.A.M. Dijkers & T.P. Widdershoven, *Teksten Gedwongen Zorg*, Den Haag 2021, aant. 1.4.

zelf geregeld, maar volgt dit uit de plaatsing van de Wvggz-procedure op de 'negatieve lijst' van art. 8:5 Awb, implicerend dat de bezwaarschriftprocedure en het beroep bij de bestuursrechter niet van toepassing zijn.[69]

Algemene uitgangspunten

Centraal in de wet staan het zelfbeschikkingsrecht van patiënten met een psychische stoornis dat '(...) alleen bij zeer dringende redenen en alleen op basis van een zorgvuldig voorbereide beslissing' door middel van verplichte zorg kan worden ingeperkt[70] en het beginsel dat verplichte zorg alleen als laatste redmiddel mag worden ingezet.[71] De in art. 2:1 geformuleerde 'algemene uitgangspunten' voor verplichte zorg zijn hierop terug te voeren en houden, samengevat, in:

— Er worden voldoende mogelijkheden voor vrijwillige zorg aan betrokkenen geboden.
— Verplichte zorg kan alleen worden overwogen als er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn.
— Binnen alle fasen van verplichte zorgverlening:
  - worden de proportionaliteit, de subsidiariteit en de doelmatigheid van verplichte zorg beoordeeld, mede in het licht van mogelijke nadelige effecten op lange termijn van verplichte zorg (waarbij zo mogelijk advies wordt gevraagd aan deskundigen);
  - wordt rekening gehouden met de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen;
  - worden wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van verplichte zorg vastgelegd;
  - worden familie, directe naasten van betrokkene en de huisarts zoveel mogelijk betrokken;
  - worden – in geval van kinderen en jeugdigen – zo nodig aanvullende zorgvuldigheidseisen aan verplichte zorg gesteld in verband met eventuele nadelige lange-termijn effecten van verplichte zorg op hun lichamelijke en geestelijke ontwikkeling en latere deelname aan het maatschappelijk leven.
— De wensen en voorkeuren van de betrokkene over verplichte zorg worden gehonoreerd, tenzij a. de betrokkene niet wilsbekwaam is, b. er acuut levensgevaar voor de betrokkene dreigt, of c. er een aanzienlijk risico is op gevaar voor anderen, de algemene veiligheid of goederen.

De bedoeling van de wetgever is dat bovengenoemde uitgangspunten zoveel mogelijk in beleid en praktijk van de zorgverlening aan mensen met een psychische stoornis verankerd zijn. Hiertoe dient enerzijds de bepaling in de Wvggz dat zorgaanbieders een beleidsplan over de toepassing van verplichte zorg opstellen (art. 2:2),[72] en anderzijds dat veldpartijen terzake van de toepassing van

69 Zie bijlage 2 bij de Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak); zie ook Dijkers & Widdershoven 2021, aant. 1.4.

70 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 3.

71 In de Wvggz is het ultimum remedium-beginsel verankerd in art. 2:1, zie i.h.b. lid 2.

72 Over het beleidsplan moet de cliëntenraad – bedoeld in art. 3 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 – advies uitbrengen. Een voorbeeld is het GGNet-Beleidsplan Wvggz, 17 december 2019. https://ggnet.nl/downloads/137-beleidsplan-wvggz-ggnet-versie-1-0-besluit-rvb/file.

verplichte zorg een multidisciplinaire richtlijn opstellen (art. 8:5).[73] Zomer 2021 was een dergelijke richtlijn nog niet gepubliceerd. Wel is er in 2019 – op initiatief van de NVvP – een 'Handreiking ambulante verplichte zorg' tot stand gekomen die ertoe strekt primaire zorgverleners adviezen te geven bij het duiden van basisprincipes en overwegingen behorende bij de toepassing van ambulante verplichte zorg.[74] Hiernaast geldt vanaf 2012 al de onder de Wet Bopz tot stand gekomen Richtlijn 'Dwang en drang in de ggz', die mede op initiatief van de NVvP werd opgesteld.[75]

Doelen van verplichte zorg

De wet noemt de volgende vijf doelen waarvoor verplichte zorg kan worden ingezet (art. 3:4):

a afwenden van een crisissituatie;
b afwenden van een aanzienlijk risico op ernstig nadeel;
c stabiliseren van de geestelijke gezondheid van betrokkene;
d herstellen van de geestelijke gezondheid van betrokkene opdat deze zijn autonomie zoveel mogelijk herwint;
e stabiliseren of herstellen van de fysieke gezondheid van betrokkene in het geval diens gedrag als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot ernstig nadeel daarvoor.

Verplichte zorg; grondslagen

Verplichte zorg is zorg die ondanks verzet[76] van de betrokkene of diens vertegenwoordiger kan worden verleend (art. 3:1, aanhef).

Voor het verlenen van verplichte zorg is een wettelijke grondslag vereist (art. 3:1). Die kan zijn:

a een zorgmachtiging of ZM (verzoek OvJ, beslissing rechter; art. 6:1 e.v.);[77]
b een crisismaatregel of CM (beslissing burgemeester; art. 7:1 e.v.);
c een machtiging tot voortzetting van de CM (verzoek OvJ, beslissing rechter; art. 7:7 e.v.);
d een beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een CM (beslissing zorgaanbieder, GD, zorgverantwoordelijke of andere partij; art. 7:3 e.v.);

---

73 Die richtlijn moet gericht zijn op het voorkomen van verplichte zorg, kiezen voor minst bezwarende vorm van verplichte zorg, beperken van duur en frequentie van verplichte zorg, veiligheid van betrokkene en zorgverleners en voorkomen van nadelige effecten op korte en lange termijn voor betrokkene.

74 *Handreiking ambulante verplichte zorg onder de Wet verplichte ggz*, versie 1.0, vastgesteld door de Bestuurlijke Ketenraad op 20 december 2019.

75 Zie ook de voorganger van deze richtlijn uit 2008 (*Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*); zie ook A. Blok die daaraan in haar bijdrage Rechtvaardig gebruik van de schorsingsbevoegdheid bij psychiatrische dwang, *JGGZR* 2021, afl. 3, p. 165-170 (p. 166-167) aandacht besteedt.

76 Zie par. 2.4.1.

77 Meerdere partijen, waaronder de GD, een persoon die beroepsmatig zorg verleent aan de betrokkene of een ambtenaar van de politie, kunnen een aanvraag indienen bij de OvJ tot indiening van een verzoekschrift tot de afgifte van een ZM.

e een beslissing tot tijdelijke zorg in een noodsituatie (beslissing zorgverantwoordelijke; art. 8:11 e.v.).

Criteria

Het verlenen van verplichte zorg is alleen geoorloofd indien het gedrag van de betrokkene leidt tot (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel voor de betrokkene zelf, een ander, de algemene veiligheid of goederen, en er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn (art. 3:3). [78] Voorts geldt dat (art. 3:3):

— er voor de betrokkene geen minder bezwarende alternatieven zijn met hetzelfde effect;
— de verplichte zorg evenredig is aan het doel van die zorg; en
— redelijkerwijs te verwachten is dat het verlenen van verplichte zorg effectief is.

Afgezien van het voorafgaande moet verplichte zorg ook aansluiten op de zorgbehoefte die betrokkene op dat moment heeft ('zorg op maat'). Om verplichte zorg mogelijk te maken die aan al de voornoemde eisen voldoet, voorziet de Wvggz in een breed scala van interventiemogelijkheden die ook ambulant kunnen worden toegepast, uiteenlopend van medische handelingen,[79] zoals toediening van medicatie en het verrichten van medische controles, tot handelingen die vooral een toezichthoudend of orde bewakend karakter hebben, zoals het controleren op aanwezigheid van gedrags-beïnvloedende middelen, onderzoek aan kleding of lichaam of het beperken van het recht op bezoek.[80] Uiteraard is opname in een accommodatie[81] ook één van de mogelijke dwanginterventies, maar zoals gezegd ook één van de meest ingrijpende; hierdoor komt deze mogelijkheid pas in beeld als de mogelijkheden tot ambulante verplichte zorg uitgeput zijn.

Verschillende actoren

Er is een groot aantal actoren bij de uitvoering van de wet betrokken. De belangrijkste worden hieronder besproken.[82]

Om te beginnen de betrokkene en diens vertegenwoordiger (de door betrokkene gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger). Vanaf 12 jaar is het uitgangspunt dat de patiënt – tot 16 jaar samen met diens ouders of voogd – in beginsel zelf beslist over de zorgverlening en zijn rechten en plichten kan uitoefenen. Echter, als de zorgverantwoordelijke van oordeel is dat de betrokkene (ten aanzien

---

78 Opgemerkt zij dat zolang de zorg op vrijwillige basis wordt verleend, het handelen van de daarbij betrokken zorgaanbieder en professionals onder de WGBO valt.

79 Verplichte zorg kan bestaan uit bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging, nader uitgesplitst in 11 soorten interventies (art. 3:2).

80 Het contact van de betrokkene met diens vertegenwoordiger, de IGJ of de justitiële autoriteiten mag echter nimmer worden beperkt (art. 8:9 lid 5).

81 Hieronder wordt ex art. 1:1, onder b verstaan: 'bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend'.

82 In par. 2.4 zal op sommige aspecten van (de rollen en taken van) de verschillende actoren dieper worden ingegaan.

van bepaalde beslissingen) wilsonbekwaam is,[83] treedt er namens de betrokkene een vertegenwoordiger op (art. 1:3). Dat kan ook een door de betrokkene gemachtigde persoon zijn mits dat niet leidt tot belangenverstrengeling[84] en die vertegenwoordiger meerderjarig en wilsbekwaam is; omdat de rol van vertegenwoordiger onder de Wvggz potentieel groot is en veel verantwoordelijkheden met zich kan brengen, is in de wet een extra waarborg opgenomen, namelijk dat de door de patiënt gemachtigde persoon zich schriftelijk bereid moet verklaren om de hem toebedeeld taak op zich te nemen (art. 1:3 lid 5). Ontbreekt een vertegenwoordiger, dan doet de zorgaanbieder een verzoek voor een mentorschap ex artikel 451 lid 2 Boek 1 BW.
Wilsonbekwaamheid in de context van de Wvggz betekent uiteraard niet dat de betrokkene niet in rechte kan optreden.
Een belangrijke rol voor de betrokkene (en zijn vertegenwoordiger) is duidelijk te maken wat zijn voorkeuren en wensen omtrent zorg zijn. Over de verschillende instrumenten die hij daarvoor ter beschikking heeft (zoals het opstellen van een zorgkaart of een zelfbindingsverklaring) zie par. 2.4.6.

Mocht de betrokkene, de vertegenwoordiger of een nabestaande ontevreden zijn over de nakoming van bepaalde verplichtingen of beslissingen uit hoofde van de Wvggz, dan kan hij daarover een schriftelijke en gemotiveerde klacht indienen bij de bevoegde klachtencommissie (10:3), met de mogelijkheid van beroep bij de rechter als betrokkene het niet eens is met de uitspraak van de klachtencommissie of indien een uitspraak uitblijft (10:7). Tegen de beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open (10:9 lid 3); betrokkene kan alleen in cassatie bij de Hoge Raad. Het beroep van betrokkene tegen een machtiging of maatregel heeft geen schorsende werking.
De betrokkene kan bij het indienen van een klacht bij de klachtencommissie of het beroep bij de rechter ook om een schadevergoeding door de zorgaanbieder verzoeken; de klachtencommissie en de rechter kunnen overigens ook ambtshalve tot een schadevergoeding door de zorgaanbieder besluiten (10:11). Hiernaast voorziet de wet nog in de mogelijkheid van een zelfstandig verzoek tot schadevergoeding door de betrokkene of diens vertegenwoordiger (art. 10:12).[85] Opmerkelijk is dat, indien de wet niet in acht is genomen door de GD of de zorgverantwoordelijke, niet alleen de zorgaanbieder, maar ook de zorgverantwoordelijke (in persoon) voor de ontstane schade aansprakelijk kan worden gesteld (art. 10:12 lid 2). De rechter kent een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe.

---

83 De zorgverantwoordelijke legt schriftelijk vast welke beslissingen de betrokkene niet zelf kan nemen evenals datum en tijdstip van de vastgestelde wilsonbekwaamheid (art. 1:5).

84 Bij de zorg betrokken professionals, zoals de zorgverantwoordelijke en de GD, mogen niet als (gemachtigd) vertegenwoordiger optreden (art. 1:3 lid 6).

85 Art. 10:12 voorziet in een schadevergoedingsmogelijkheid indien:

— de wet niet in acht is genomen bij een CM of toepassing van tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een CM (gemeente of organisatie onder wiens verantwoordelijkheid betrokken professionals hebben gehandeld is mogelijk aansprakelijk);

— de wet niet in acht is genomen door de GD of de zorgverantwoordelijke (zorgaanbieder of zorgverantwoordelijke is mogelijk aansprakelijk);

— de wet niet in acht is genomen door de OvJ of de rechter (staat is mogelijk aansprakelijk).

Beslissingen van de rechter op dergelijke verzoeken zijn in de Wvggz *niet* uitgezonderd van hoger beroep.

Vanuit de context van de zorg zijn er drie belangrijke actoren: de zorgbaanbieder; de geneesheer-directeur; en de zorgverantwoordelijke.[86]
De zorgaanbieder – op grond van art. 1:1 lid 1, onderdeel w gedefinieerd als een rechtspersoon, een organisatorisch verband van natuurlijke personen of een natuurlijke persoon die bedrijfsmatig of beroepsmatig verplichte zorg verleent of doen verlenen – heeft in het kader van de wet een groot aantal (uiteenlopende) taken.[87] Hiervoor is al genoemd het opstellen van een beleidsplan gericht op het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid (waarvoor de zorgaanbieder ook voldoende mogelijkheden moet bieden). Andere kerntaken zijn:

— het opstellen van huisregels voor veiligheid en een ordelijke gang van zaken binnen de accommodatie, passend bij de doelgroep (8:15 lid 1);[88]
— het geven van schriftelijke informatie aan de betrokkene en de vertegenwoordiger, onder andere betreffende de zorgverantwoordelijke en de GD, de huisregels, het klachtrecht en de mogelijkheid van bijstand door de pvp (art. 8:3 lid 1);
— het vastleggen van informatie over de betrokkene in zijn medisch dossier, onder andere over diens wensen en voorkeuren, welke verplichte zorg aan hem is verleend en wat de uitkomsten waren van evaluaties van die zorg (art. 8:4 lid 1);
— het – mede ten behoeve van het toezicht door de IGJ – digitaal beschikbaar hebben en stellen van informatie over de betrokkene en de bij hem toegepaste verplichte zorg (8:24 lid 1);[89]
— het aangesloten zijn bij een klachtencommissie die zodanig is samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op een klacht gewaarborgd is (art. 10:1 lid 1);
— het ervoor zorgdragen dat familie of naasten – in verband met de continuïteit van zorg – een beroep kunnen doen op een fvp (art. 12:1);
— het houden van toezicht op de uitvoering van verplichte zorg binnen de accommodatie en in ambulante omstandigheden;[90]

86 Hier zou ook nog de psychiater kunnen worden genoemd die de medische verklaring opstelt, maar deze actor is niet bij *het verlenen van* verplichte zorg betrokken. Zie daarover par. 2.4.8.1.

87 Zorgaanbieders moeten bij de minister van VWS een aantal gegevens aanleveren, zoals over hun rechtsvorm en vormen van verplichte zorg die zij verlenen.

88 In de praktijk blijken de huisregels per instelling behoorlijk te kunnen variëren, zo bleek uit onderzoek van de Stichting PVP en dat heeft grote implicaties voor het verblijf van betrokkenen in de instelling. Het oorspronkelijke wetsvoorstel stelde modelhuisregels in het vooruitzicht, maar daarvan is uiteindelijk toch afgezien (het is een facultatieve wetsbepaling geworden; zie art. 8:15 lid 5). Flim en Widdershoven menen dat een dergelijk model er vanwege de geconstateerde verschillen niettemin moet komen en dat de wet dat ook moet waarborgen: 'Niet alleen is nadere normering nodig om te voorkomen dat er via huisregels te veel standaardbeperkingen gelden, ook is (...) [zij] nodig om relevante vrijheidsrechten anderszins te waarborgen. Zo is het bijvoorbeeld van belang dat er op gesloten afdelingen ruimschoots mogelijkheden zijn om van nieuwsvoorzieningen, zoals internet, gebruik te maken. N. Flim & T.P. Widdershoven, Bezorgdheid over de 2e nota van wijziging Wvggz: dwang bij wilsbekwaamheid, huisregels en forensische zorg, *JGGZR* 2020, afl. 5.

89 De zorgaanbieder verstrekt de IGJ eens per zes maanden – digitaal – de voor het toezicht benodigde overzichten resp. analyses van gegevens over betrokkenen resp. de bij hen toegepaste verplichte zorg (art. 8:24 lid 2 en art. 8:25 lid 1). Zie voor meer detail over de wijze waarop de betreffende overzichten en analyses moeten worden aangeleverd de artt. 6 t/m 9 Regeling vggz.

Als laatste zij gewezen op de bepaling in de wet die stipuleert dat de zorgaanbieder verplicht is '(...) de zorg, genoemd in de CM, de machtiging tot voortzetting van de CM of de zorgmachtiging, te verlenen' (art. 8:7 lid 1). Er rust met andere woorden uit hoofde van de Wvggz een zorgplicht op de zorgaanbieder.

De *geneesheer-directeur* is op grond van art. 1:1 onder i een arts in dienst van de zorgaanbieder[91] die als belangrijkste verantwoordelijkheid heeft: regie over en toezicht op de algemene gang van zaken ten aanzien van de zorgverlening, en in het bijzonder de verlening van verplichte zorg, binnen de instelling. Binnen de GGZ wordt de taak van GD vervuld door een psychiater.[92] Het is voor een goede uitvoering van die taak om te beginnen van belang dat de GD die in volledige onafhankelijkheid kan uitvoeren (de zorgaanbieder mag hem geen aanwijzingen geven; art. 2:3). Voorts moet de GD beschikken over alle relevante informatie over de zorgverlening, in het bijzonder de toegepaste verplichte zorg. Daarom is op vele plaatsen in de wet bepaald dat de GD van bepaalde zaken en beslissingen (door onder andere de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke en de OvJ) op de hoogte wordt gesteld. Voorts regelt de wet op diverse plaatsen ook overleg tussen de GD, de zorgaanbieder en/of de zorgverantwoordelijke; zie bijv. art. 5:14 lid 4 dat bepaalt dat '[i]ndien de zorgverantwoordelijke van oordeel is dat gelet op de noodzakelijke zorg een andere zorgaanbieder dan degene onder wiens verantwoordelijkheid de zorgmachtiging wordt voorbereid, belast zou moeten worden met de uitvoering van de zorgmachtiging, (...) hij hiertoe overleg [pleegt] met de geneesheer-directeur en de beoogde zorgaanbieder'.
Naast de taak van intern toezicht vervult de GD bij de voorbereiding van een zorgmachtiging (alsmede de uitvoering, wijziging en beëindiging daarvan) een centrale en coördinerende rol. Zo verstrekt hij de relevante informatie en documenten aan de OvJ en informeert hij de betrokkene over (voor)genomen besluiten en hun rechten.[93] Hiernaast zijn hem nog een aantal specifieke rollen toebedeeld, zoals besluitvorming over een verzoek van betrokkene om een eigen plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te voorkomen (art. 5:5), het aanwijzen van een zorgverantwoordelijke voor de betrokkene als die er nog niet is (5:6) en het zorgdragen voor een medische verklaring van een (onafhankelijke) psychiater waarin is aangegeven wat de actuele gezondheidstoestand van betrokkene is, en of uit het gedrag van betrokkene als gevolg van zijn psychische stoornis ernstig nadeel voortvloeit (art. 5:8).[94]

---

90 Deze plicht is niet expliciet in de Wvggz opgenomen, maar kan daaruit wel worden afgeleid; zie m.n. art. 5:14 lid 1, onderdeel 9, art. 5:17 lid 4, onderdeel d en art. 8:6 waarin is bepaald dat bij AMvB regels kunnen worden gesteld over o.a. de wijze van toezicht door de zorgaanbieder op de verplichte zorg in de accommodatie en over de kwaliteit van de verplichte zorg.

91 De zorgaanbieder wijst de GD aan *nadat* hij de cliëntenraad (bedoeld in art. 3 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen) om advies heeft gevraagd (art. 2:3). Binnen instellingen kunnen meerdere GD's worden aangewezen.

92 In de eerste nota van wijziging wordt overigens gesteld dat het '(...) ook denkbaar [is] dat de geneesheer-directeur een verslavingsarts, een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten is, hoewel de laatstgenoemden vooral te vinden zullen zijn in resp. instellingen voor geriatrische ouderen en instellingen voor verstandelijk beperkte mensen.' *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10, p. 41-42.

93 Zie bijv. art. 8:9 lid 3 en art. 8:13 lid 3 die bepalen dat de GD de betrokkene, vertegenwoordiger en advocaat een afschrift geeft van de genomen beslissingen en hen schriftelijk in kennis stelt van de klachtwaardigheid van de beslissing en de mogelijkheid van advies en bijstand door de pvp en de fvp.

94 Zie over de nadere inhoud van de medische verklaring art. 5:9.

Ten slotte rusten op de schouders van de GD ook taken die hij gezamenlijk met de zorgaanbieder (en de zorgverantwoordelijke) heeft, zoals het voorzien in voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen, en het geven van alle verlangde inlichtingen en medewerking aan de pvp binnen de door hem gestelde redelijke termijn (art. 11:13).

De *zorgverantwoordelijke* is een arts of andere – op grond van art. 3 Wet BIG geregistreerde – professional[95] met als kernverantwoordelijkheid het verlenen van verplichte zorg en het – samen met de GD – organiseren van de daarvoor noodzakelijke samenwerking. De zorgverantwoordelijke wordt aangewezen door de GD (waardoor die laatste niet zelf deze positie kan bekleden; art. 9:3), en is in veel gevallen tevens de regiebehandelaar. De belangrijkste deeltaken van de zorgverantwoordelijke zijn:

— het gezamenlijk met betrokkene opstellen van het 'zorgplan' (art. 5:13);96
— het – op initiatief van de betrokkene – gezamenlijk met betrokkene opstellen van een zorgkaart (art. 5:12 lid 1) of zelfbindingsverklaring (art. 4:1 lid 2);
— het verschaffen van inzage in het zorgplan, eventuele zelfbindingsverklaring en dossier van de betrokkene aan de (onafhankelijke) psychiater die de medische verklaring moet opstellen (art. 8:26);
— het uitvoeren van een machtiging of maatregel (CM, machtiging tot voortzetting van een CM of een ZM),97 of van interventies die noodzakelijk zijn ter voorbereiding van een CM (art. 7:3) of ter afwending van een noodsituatie ('tijdelijke verplichte zorg' ex art. 8:11 en 'veiligheidsonderzoek' ex art. 8:14).[98]

De zorgverantwoordelijke legt zijn beslissingen over de uitvoering van verplichte zorg (in het kader van een ZM of op grond van een andere bevoegdheid) doorgaans schriftelijk vast en neemt die niet dan nadat hij (art. 8:9 lid 1):

— zich op de hoogte heeft gesteld van de actuele gezondheidstoestand van de betrokkene;
— met de betrokkene over de voorgenomen beslissing heeft overlegd; en
— (als hij geen psychiater is) hierover overeenstemming heeft bereikt met de GD (art. 8:9).

Ook dient de zorgverantwoordelijke de betrokkene en diens vertegenwoordiger zo spoedig mogelijk na de afgifte van een CM of machtiging schriftelijk te informeren over zijn plicht tot dossiervorming ex art. 7:454 BW en dat in het kader van evaluatie en bewaking van de uitvoering van verplichte zorg – ook zonder hun toestemming – een aantal aanvullende gegevens zal worden geregistreerd (art. 8:4

95 De betreffende groep wordt nader afgebakend via art. 2 Regeling Wvggz; op grond daarvan kan de zorgverantwoordelijke ook een gezondheidszorgpsycholoog of een verpleegkundig specialist zijn, maar geen verpleegkundige of psychotherapeut.

96 Onder de Wet Bopz: 'behandelingsplan'. Zie uitvoeriger over de inhoud van het zorgplan par. 2.4.8.1.

97 De 'uitvoering' van een ZM, CM of machtiging tot voorzetting van een CM moet worden onderscheiden van de 'tenuitvoerlegging' daarvan die daaraan altijd voorafgaat. Tenuitvoerlegging is ex art. 1:1, onder s er voor zorg dragen dat de zorgaanbieder kan beginnen met de uitvoering van een machtiging of maatregel.

98 In een aantal situaties adviseert hij desgevraagd ook andere actoren, zoals de GD; zie bijv. 8:20 lid 3.

lid 2). Het is ook de verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke om de betrokkene en vertegenwoordiger een mondelinge toelichting te geven op de huisregels van de instelling (art. 8:15 lid 4).

Van de zijde van het openbaar bestuur en de rechterlijke macht zijn ten slotte het college van burgemeester en wethouders (college van B en W), de burgemeester, de officier van justitie (OvJ) en de rechter bij de uitvoering van de wet betrokken. Hun verantwoordelijkheden komen uitvoerig in de par. 2.4 aan de orde waarin de verschillende grondslagen voor verplichte zorg en de bijbehorende procedures worden besproken. Derhalve wordt hier volstaan met een korte beschrijving van hun rollen in het kader van de wet.

Het college van B en W heeft een belangrijke taak in het kader van de voorbereiding van een ZM. Het dient van eenieder meldingen in behandeling te nemen '(...) voor wie de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg zou moeten worden onderzocht, het verrichten van onderzoek naar die noodzaak, het informeren van degene die een melding heeft gedaan en het zo nodig indienen van een aanvraag voor de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de officier van justitie' (art. 5:1). In de praktijk is deze taak gemandateerd aan een dienst binnen de gemeente (veelal aangeduid 'meldpunt verplichte GGZ'). Het college dient binnen een redelijke termijn, maar in elk geval binnen 14 dagen zorg te dragen voor een onderzoek naar de noodzaak van het verlenen van verplichte zorg (art. 5:2 lid 2). De familie van de betrokkene heeft dus niet langer de mogelijkheid zich rechtstreeks tot de OvJ te richten om de voorbereiding van een machtiging te verzoeken, zoals onder de Wet Bopz het geval was, dit proces loopt via het college van B en W.

De burgemeester beslist – net als onder de Wet Bopz – over verplichte zorg in crisissituaties. Hij kan daartoe een CM nemen, of die bevoegdheid mandateren aan een wethouder; de betreffende bevoegdheid kan alleen worden uitgeoefend indien: 1) is zorggedragen voor een medische verklaring van een psychiater en 2) de betrokkene, voor zover mogelijk, in de gelegenheid is gesteld om te worden gehoord (art. 7:1). De Raad voor de Rechtspraak had zich in de consultatiefase van het wetsvoorstel over handhaving van de positie van de burgemeester overigens kritisch uitgelaten (deze is, mede gelet op zijn beperkte materiedeskundigheid en focus op de openbare orde, daarvoor niet geschikt).[99] Omdat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) zich er wel goed in kon vinden en verschillende partijen benadrukten dat de procedure van inbewaringstelling goed verliep,[100] werd op dit punt door de regering geen koerswijziging ingezet. [101]

---

99 De Raad voor de Rechtspraak adviseerde om de beslissing over een CM te beleggen bij functionarissen met meer inhoudelijke expertise, zoals een landelijk opererende ggz-rechter. *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 21-22.

100 De VNG meende dat de rol van de burgemeester, juist vanwege diens verantwoordelijkheid voor de openbare orde en veiligheid, behouden moest blijven omdat deze anders in crisissituaties niet slagvaardig zou kunnen optreden. Bovendien beschouwde zij het '(...) als een meerwaarde dat aan een niet medicus helder moet worden uitgelegd waarom verplichte zorgnoodzakelijk is (...)'. *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 21-22.

101 Burgemeesters beschouwen hun taak in het kader van de wet overigens niet alleen als een uitvloeisel van hun verantwoordelijkheid voor de openbare orde en veiligheid binnen de gemeente, maar ook van hun positie als 'burgervader of -moeder' resp. vertegenwoordiger van de gemeenschap.

De OvJ heeft diens oude rol van 'verzoeker' van een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz onder de Wvggz behouden (art. 5:17). Dat ging niet zonder slag of stoot. Nadat deze rol eerst aan de commissie verplichte ggz en vervolgens aan de GD was toebedeeld (zie hiervoor, in par. 2.2.2), kwam de regering uiteindelijk toch weer uit bij het OM die zelfs een iets actievere rol kreeg. Belangrijke overwegingen daartoe betroffen dat het opsporingsapparaat, in vergelijking met de GD, beter in staat zou zijn om de gegevensuitwisseling tussen de verschillende actoren gecoördineerd te laten verlopen en dat de GD zich hierdoor weer meer op zijn kerntaak – regie over en toezicht op het voorbereiden, uitvoeren, onderbreken en beëindigen van verplichte zorg ('zorgregie') – kon concentreren.[102] Dat de procesregie bij het OM ligt betekent in de kern dat het zorg draagt voor: het voorbereiden en indienen van een verzoekschrift voor een machtiging bij de rechter en, daarmee samenhangend, het aanleggen van een compleet dossier met alle relevante informatie (5:17); en als de rechter de machtiging heeft afgegeven: de tenuitvoerlegging daarvan (art. 8:1). Dat de OvJ onder de Wvggz een actievere rol vervult (de noodzaak daartoe werd door de evaluatoren van de derde wetsevaluatie vastgesteld) komt onder meer tot uitdrukking in diens plicht om bij de zitting aanwezig te zijn, tenzij evident is dat '(...) een nadere toelichting of motivering van het verzoek door de officier van justitie niet nodig is' (art. 6:1 lid 4; zie ook par. 2.4.8.3).

Ook *de (civiele) rechter* heeft een belangrijke rol binnen de wet gehouden, te weten het verlenen van machtigingen tot verplichte zorg (ZM: art. 6:4; machtiging tot voorzetting van een CM: art. 7:8). Hiernaast beslist de rechter over het beroep tegen een CM (art. 7:6) resp. over een verzoekschrift van betrokkene tot beëindiging van verplichte zorg (8:19). In het kader van haar oordeelsvorming is de rechter gehouden de betrokkene te 'horen' (art. 6:1 lid 1),[103] en kan deze zo nodig tot deskundigenonderzoek bevelen en/of getuigen oproepen (6:1 lid 5).[104] Om twee redenen kan worden gesteld dat de rol van de rechter is uitgebreid ten opzichte van diens rol onder de Wet Bopz. Enerzijds omdat de rechter thans over de toelaatbaarheid van alle vormen van verplichte zorg oordeelt (en niet alleen over gedwongen opname); anderzijds omdat de rechter kan besluiten om, in afwijking van het zorgplan resp. het verzoekschrift van de OvJ, andere vormen van verplichte zorg in de machtiging op te nemen (art. 6:4 lid 4; art. 7:8 lid 2). De bevoegde rechter is meestal die van de woonplaats van betrokkene, of van de plaats waar deze hoofdzakelijk of daadwerkelijk verblijft; zaken met betrekking tot minderjarigen worden behandeld door de kinderrechter of door een meervoudige kamer waarvan de kinderrechter deel uitmaakt (1:6 lid 1). Als de betrokkene in het kader van een procedure tot afgifte van een machtiging of een door hem ingesteld beroep[105] nog geen advocaat heeft, geeft de rechter onverwijld een last aan het bestuur van de Raad voor Rechtsbijstand tot toevoeging van een advocaat (art. 1:7).[106] Tegen de beschikking van de rechter – die bij voorraad uitvoerbaar is (of wel, die

102 *Kamerstukken II* 32399 2015/16, nr. 25, p. 109.

103 De 'hoorplicht' geldt alleen niet bij besluitvorming over een verzoekschrift tot beëindiging van verplichte zorg.

104 De rechter kan de OvJ, de GD, de vertegenwoordiger, de psychiater die de medische verklaring heeft opgesteld, de zorgaanbieder of de zorgverantwoordelijke, een ambtenaar van politie die bekend is met de betrokkene en de gezinsvoogdijwerker verplichten te verschijnen (art. 6:1 lid 6).

105 Dat ingestelde beroep kan betrekking hebben op een CM, een beslissing van de GD over beëindiging van verplichte zorg (of het uitblijven daarvan) of een beslissing van de klachtencommissie.

106 De rechter wordt door de OvJ erover geïnformeerd dat een verzoekschrift voor een ZM in voorbereiding is en dat betrokkene in dat verband nog geen advocaat heeft (art. 5:4 lid 1, onderdeel d).

ongeacht een eventueel ingesteld rechtsmiddel, terstond voor tenuitvoerlegging vatbaar is; art. 1:6 lid 4) – kan geen hoger beroep worden ingesteld (art. 6:3; art. 7:8 lid 5), doch alleen cassatie in het belang der wet.[107]

Belangrijke actoren binnen de wet zijn voorts de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en de familievertrouwenspersoon (fvp).
Allereerst *de pvp* (hoofdstuk 11). De regering heeft vanwege de 'allerwegen grote waardering (...) voor het werk van de patiëntenvertrouwenspersoon (...)'[108] niet getwijfeld over het behoudt van deze positie in de wet. De conclusie van de derde evaluatiecommissie was duidelijk, namelijk dat de pvp, vanwege diens laagdrempelige aanpak, een wezenlijke bijdrage levert aan de rechtsbescherming van psychiatrische patiënten, door problemen (op informele wijze) op de werkvloer op te lossen (veel problemen blijken – vastgelopen – communicatieproblemen) en de gang naar de klachtencommissie of de rechter in een aantal situaties te voorkomen. De wet draagt de pvp een tweeledige taak op. Ten eerste het verlenen van advies en bijstand aan patiënten voor wie een verzoek voor een ZM of CM wordt voorbereid of is afgegeven resp. die vrijwillig in een accommodatie verblijven over het uitoefenen van hun rechten. Ten tweede het signaleren en aan de IGJ rapporteren van tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg (ook bij mensen met een strafrechtelijke titel) voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van betrokkenen. De pvp vervult deze rol onafhankelijk van de zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke (art. 11:1 lid 4). Als personen aan wie op grond van een ZM of een CM verplichte zorg wordt verleend, zich niet op eigen initiatief bij de pvp melden, kan deze hen ook zelf benaderen (art. 11:2),[109] althans als ze hebben ingestemd met het verstrekken van hun contactgegevens door de GD aan de pvp (art. 5:4 lid 2, onderdeel b).
De fvp (hoofdstuk 12) is een nieuwe actor in de Wvggz. Deze figuur, die in sommige instellingen al functioneerde voor de wet tot stand kwam, vertoont qua positionering en takenpakket de nodige paralellen met de pvp. De zorgaanbieder moet ervoor zorgdragen dat naasten en familieleden een beroep op een fvp kunnen doen (art. 12:1 lid 1), die – net als de pvp – onafhankelijk van de zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke functioneert (12:1 lid 4). De taak van de fvp is dat deze op verzoek van de (voor de continuïteit van zorg relevante) familie en naasten van de betrokkene (voor wie een verzoek voor een ZM wordt voorbereid of aan wie verplichte zorg wordt verleend door een zorgaanbieder) informatie of advies geeft en hen ondersteunt of bijstand verleent in verband met een klachtenprocedure (art. 12:1 lid 1). Daaraan kan in het bijzonder behoefte zijn als de belangen van de betrokkene en diens familie conflicteren, bijv. in een situatie waar de familie opname of medicatie als de laatst overgebleven stap ziet om de betrokkene te helpen terwijl de betrokkene zelf van behandeling niets wil weten. Voorts moet door de zorgaanbieder, de GD, de zorgverantwoordelijke (en alle anderen die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn) alle door de fvp gevraagde informatie (de wet spreekt van 'verlangde inlichtingen') worden verstrekt en medewerking worden verleend binnen de door de fvp gestelde redelijke termijn, voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is. Voor het verstrekken van de verlangde inlichtingen moet van de betrokkene of de vertegenwoordiger wel expliciet toestemming zijn verkregen. Dat laatste geldt ook voor het

107 Zie ook art.7:6 lid 6: geen hoger beroep mogelijk bij een beslissing van de rechter op beroep tegen CM; en art. 8:19 lid 11: geen hoger beroep mogelijk bij een beslissing van de rechter op verzoekschrift tot beëindiging verplichte zorg.

108 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 24-25.

109 Na hierover door de GD, zorgverantwoordelijke, burgemeester of zorgaanbieder, te zijn geïnformeerd.

benaderen van de betrokkene door de fvp; daartoe is deze alleen gerechtigd als de familie daarom vraagt, het redelijkerwijs nodig is voor de vervulling van diens taak en de betrokkene daarmee uitdrukkelijk instemt (art. 12:2). Er is ten slotte ook een regeling opgenomen die de fvp tot geheimhouding verplicht en hem een verschoningsrecht toekent (12:4 lid 2). In de betreffende regeling zijn tegelijkertijd ook ruime gronden voor doorbreking van die plicht opgenomen, te weten: er is sprake van een wettelijk voorschrift om tot mededeling over te gaan; mededeling is noodzakelijk vanwege de taak van de fvp; de betrokkene geeft schriftelijk toestemming om vertrouwelijke informatie met familie of naasten te delen (en daardoor wordt de persoonlijke levenssfeer van derden niet geschaad); familie en naasten geven toestemming om vertrouwelijke informatie te delen (en daardoor de persoonlijke levenssfeer van betrokkene of derden niet wordt geschaad); of er is sprake van een zwaarwegend belang ter zake voor de nabestaanden.

Ter afsluiting aandacht voor *de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd* (IGJ, de actor die extern toezicht houdt op de uitvoering van de wet (art. 13:1 lid 1). Dat toezicht is een essentieel sluitstuk van de regeling, niet in de laatste plaats omdat zij ook verplichte zorg in de thuissituatie mogelijk maakt. De Wvggz bevat in aanvulling resp. afwijking van de Awb[110] twee bijzondere bevoegdheden die de IGJ nodig heeft om ook in de ambulante setting toezicht te kunnen houden. Ten eerste kan de met het toezicht belaste ambtenaar zonder toestemming van de bewoner een woning of verblijfsruimte binnentreden, waarbij de benodigde apparatuur mag worden meegenomen (art. 13:1 lid 2); ten tweede mag de ambtenaar het door het medisch beroepsgeheim beschermde dossier van de betrokkene inzien, waarbij de plicht tot geheimhouding mede op de schouders van de betreffende toezichthouder komt te rusten (art. 13:1 lid 3). Om het toezicht door de IGJ te vergemakkelijken is voorts (in hoofdstuk 13 van de wet) bepaald dat:

- alle vanuit de zorg betrokken actoren (zorgaanbieder, GD en zorgverantwoordelijke en alle anderen die bij de uitvoering van deze wet betrokken zijn) de met het toezicht belaste ambtenaren alle door hen verlangde inlichtingen geven, voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is;
- de zorgaanbieder de met het toezicht belaste ambtenaren in de gelegenheid stelt met betrokkene te spreken, al of niet op verzoek van betrokkene;
- de zorgaanbieder, GD of zorgverantwoordelijke, die het gegronde vermoeden heeft dat de uitvoering van de verplichte zorg ernstig tekortschiet, daarvan melding doen aan de inspectie;
- de pvp en fvp bij de inspectie kunnen melden dat de zorgaanbieder, GD of zorgverantwoordelijke onvoldoende, niet of niet tijdig reageert op hun klachten over de uitvoering van de verplichte zorg.

Hiervoor werd, tot slot, al gewezen op het belang van richtlijnontwikkeling (zodat de inspectie die normen als handhavingsnormen bij het toezicht kan gebruiken) en het registreren en digitaal beschikbaar maken van gegevens over de uitvoering van de verplichte zorg zodat de IGJ op basis daarvan analyses kan maken.

110 De IGJ-ambtenaren beschikken ook over de in de Awb opgenomen algemene bevoegdheden ex titel 5.2, uitgezonderd die zijn opgenomen in art. 5:18 en 5:19 Awb (art. 13:1 lid 2).

2.3.3 Internationale context

In de thematische evaluatie Gedwongen zorg is uitvoerig ingegaan op het internationaalrechtelijke kader van (de regulering van) gedwongen zorg.[111] In dat verband is aandacht besteed aan de betekenis van relevante internationale verdragen en richtlijnen, zoals tot stand gebracht door de Raad van Europa (RvE) en de Verenigde Naties (VN), en af te leiden uit de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM). De algemene conclusie van die evaluatie was dat uit het internationale recht duidelijke kaders zijn af te leiden, enerzijds bestaande uit 'harde' (hoofd)normen (volgend uit verdragen),[112] en anderzijds uit 'zachte' normen (volgend uit richtlijnen).[113] Een harde internationale norm (volgend uit art. 5 EVRM) is bijv. dat vrijheidsontneming in het kader van verplichte zorg alleen gerechtvaardigd is als op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld, de stoornis zo ernstig is dat dwangopneming noodzakelijk is en periodiek wordt beoordeeld of de stoornis nog steeds aanwezig is. De zachte normen hebben een meer getailleerd karakter en zijn, hoewel juridisch niet bindend, voor de praktijk van gedwongen zorg van groot belang. Dat werd ook afgeleid uit bijv. het feit dat het EHRM alsmede toezichthoudende instanties er met enige regelmaat naar verwijzen. Bij het bespreken van onderdelen van de wet in par. 2.4 zal, indien daartoe aanleiding is, ook aandacht worden geschonken aan de voor die onderdelen relevante internationale normen.

2.4 Nadere bespreking van onderdelen

2.4.1 Enkele centrale begrippen

'Psychische stoornis'

De wet richt zich op de toepassing van verplichte zorg bij mensen met een psychische stoornis, niet zijnde een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Van een 'psychische stoornis' is sprake wanneer een psychiater (of andere terzake deskundige professional) vaststelt dat een persoon lijdt aan een psychische stoornis (of stoornis van de geestvermogens).[114] De term wordt in artikel 1:1 Wvggz niet nader omschreven; de regering verwijst in de memorie van toelichting naar het zogeheten 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM), het handboek dat onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association tot stand is gekomen. Dat een stoornis

---

111 Zie Legemaate e.a., 2014, hoofdstuk 2 (p. 19-51).

112 RvE: *European Convention on Human Rights*; *Convention on Human Rights and Biomedicine*; *European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment*.
VN: *International Treaty on Civil and Political Rights*; *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*; *Convention on the Rights of the Child*; *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

113 VN: *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care 1991; Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (Beijing Rules, 1985); Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty (Havana Rules, 1990*). Zie over de verhouding tussen de Wvggz en de Convention on the Rights of Persons with Disabilities de bijdrage van N.V. Alexandrov & Natalie Schuck, Coercive interventions under the new Dutch mental health law: Towards a CRPD-compliant law?, *International Journal of Law and Psychiatry* (76) 2021, 101685 en S.P.K. Welie & T.P. Widdershoven, VPH en dwangpsychiatrie: hoe verder? Een aanzet voor een principieel debat, *TvGR* 2018, afl. 1, p. 6-22.

114 Dijkers & Widdershoven 2021, aant. art. 3:3 Wvggz.

in de DSM-5 is opgenomen, betekent echter niet automatisch dat de betrokkene voor verplichte zorg in aanmerking komt, zo stelt de regering. Daarvoor is vereist dat '(...) de psychische stoornis dermate ernstige vormen aanneemt dat zij betrokkene zodanig in zijn greep heeft, dat er ernstige schade voor hem of zijn omgeving ontstaat of dreigt te ontstaan'.[115] Volgens vaste jurisprudentie van de Hoge Raad geldt dit laatste zeker ook voor een verslaving aan middelen, zoals drugs of alcohol. Die leidt op zichzelf niet tot toepassing van de wet, maar pas als zij '(...) gepaard gaat met (andere) psychische stoornissen van zodanige ernst dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen daardoor zo ingrijpend worden beïnvloed dat de betrokkene het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend, omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de betrokkene overwegend beheerst'.[116] Het ligt in de rede dat deze vaste jurisprudentielijn onder de Wvggz wordt voortgezet.[117] Opmerkelijk is dan ook dat de Rechtbank Overijssel in een uitspraak van 18 februari 2021 een andere koers inzette door ten aanzien van verslaving niet meer dat voorbehoud te maken.[118] Annotator Zuijderhoudt meent dat de argumentatie van de Rechtbank aan helderheid te wensen overlaat. Hij betreurt dat er geen cassatie is ingesteld en wijst erop dat de ingezette koers niet alleen moeilijk te rijmen valt met de rechtspraak van de Hoge Raad, maar dat die ook wringt met uitspraken van het Europese Hof voor Rechten van de Mens.[119]

'Verzet'

Onder de Wvggz geldt niet langer het bereidheidscriterium van de Wet Bopz, maar het verzetscriterium. Onder verplichte zorg wordt verstaan '(...) zorg die ondanks verzet (...)' kan worden verleend. Het vaststellen van verzet kan lastig zijn, want welke uitingen kunnen als zodanig worden aangemerkt? Uit de jurisprudentie (met name tot stand gekomen onder de Wet Bopz) volgt dat als verzet kan worden beschouwd iedere duidelijke en duurzame uiting van de betrokkene – verbaal of non-verbaal (weglopen, afwenden, nee-knikken, niet naar afspraken komen) – dat deze geen zorg

---

115 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 11. Dijkers & Widdershoven merken op dat het '(...) derhalve minder juist [is] om te spreken over 'een stoornis in de zin van de wet'', nu dat suggereert dat een bepaalde stoornis altijd kwalificeert voor toepassing van de Wvggz.' Dijkers & Widdershoven 2021, aant. art. 3:3 Wvggz.

116 Zie bijv. Hoge Raad 13 oktober 2017, ECLI:NL:HR:2017:2630 en Hoge Raad 12 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1936.

117 Zie de annotatie van Zuijderhoudt bij ECLI:NL:RBOVE:2021:847, *JGGZ* 2021/29 waarin hij zich aansluit bij het standpunt van Dijkers dat '[o]nder de Wvggz (...) de door de Hoge Raad eerder ingezette lijn eenvoudigweg [kan] worden voortgezet.' W.J.A.M. Dijkers, Sdu Commentaar Gedwongen zorg, Den Haag 2020, aant. C.2.3. bij art. 3:3. Zie ook R.B.M. Keurentjes, *De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Handleiding voor de praktijk*, Den Haag: Sdu uitgevers 2021, p. 28 die vaststelt dat de Rechtbank Rotterdam ook na inwerkingtreding van de Wvggz (uitspraak van 24 februari 2020; ECLI:NL:RBROT:2020:3559) de door de Hoge Raad onder de Wet Bopz uitgezette koers volgt.

118 Rechtbank Overijssel 18 februari 2021, ECLI:NL:RBOVE:2021:847, *JGGZR* 2021/29, m.nt. R.H. Zuijderhoudt. De Rechtbank wijst in haar uitspraak op de MvT van de Wvggz waarin de regering heeft gesteld: 'Verslaving aan alcohol en drugs valt daarmee onder de reikwijdte van het wetsvoorstel. Dit maakt een einde aan de nu nog heersende verschillen in opvatting of verslaving aan verdovende middelen of excessief alcoholgebruik het al dan niet toepassen van dwang en drang kunnen rechtvaardigen'. *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 15-16. Zie ook Legemaate e.a., 2014, p. 97-98.

119 Zuijderhoudt verwijst naar de zaken Varbanov (EHRM 5 oktober 2000, Varbanov v. Bulgarije, *BJ* 2001/36, m.nt. W.J.A.M. Dijkers) en Litwa (EHRM 4 april 2000, Witold Litwa v. Polen, *BJ* 2001/1, m.nt. J.C.J. Dute.

wil.[120] Uit de rechtspraak onder de Wvggz over 2020 volgt dat verzet ook kan volgen uit 'een ambivalente houding' of 'ambivalent gedrag'.[121] Wanneer de betrokkene zich op de een of andere manier verzet, kan er alleen psychiatrische behandeling plaatsvinden als daaraan een maatregel of machtiging ten grondslag ligt. Wie zich kan 'verzetten' hangt af van de leeftijd van de betrokkene en of er een vertegenwoordiger optreedt (zie art. 1:4). Kinderen beneden de 12 jaar kunnen zich niet tegen noodzakelijke zorg verzetten (dat kunnen alleen hun vertegenwoordigers); in alle andere gevallen kan de betrokkene dat wel, en als er een vertegenwoordiger is, kan ook die zich ook tegen het verlenen van verplichte zorg verzetten.

Vraag is hoe in relatie tot de definitie van verplichte zorg en het daarin centraal staande verzetscriterium tegen 'drangconstructies' (onder de Wet Bopz geldende voorwaardelijke machtiging) en 'assertieve zorg' moet worden aangekeken. Bij dat laatste gaat het, aldus de 'GGZ Standaarden',[122] '(...) om het actief contact zoeken, motiveren, onderhandelen en overhalen [van de patiënt]. Wanneer dit onvoldoende succes heeft en wanneer er risico op ernstig nadeel ontstaat, kan verplichte zorg als ultimum remedium noodzakelijk zijn om dit risico op ernstig nadeel af te wenden.'[123] Uit die en andere passages uit het document[124] lijkt te moeten worden afgeleid dat assertieve zorg – of die nu mild of meer verstrekkend van aard is – als vrijwillig verleende zorg kan worden beschouwd; gevolg daarvan is dat bij toepassing van die zorg niet de rechtsbescherming van de Wvggz, maar die van de Wgbo geldt. Het concept van assertieve zorg roept (net als dat van bemoeizorg) verschillende vragen op, zoals waar de exacte afgrenzing met verplichte zorg ligt, mede in relatie tot het verzetscriterium dat, zoals hierboven aangegeven, ruim moet worden uitgelegd.

'Wilsonbekwaamheid'

Wilsonbekwaamheid speelt op diverse plaatsen in de wet een rol. De wet geeft een summiere omschrijving van dit begrip in de context van verplichte zorg die gelijkenis vertoont met de omschrijving hiervan in de Wgbo. De betrokkene is wilsonbekwaam 'als deze niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de uitoefening van zijn rechten en plichten' in staat is. Het is de zorgverantwoordelijke, (hoofd)verantwoordelijk voor de uitvoering van de ZM, op wie de taak rust de wilsbekwaamheid van de betrokkene te beoordelen en hiervan (gedateerd) aantekening te houden in diens dossier (art. 1:5 en 8:9 lid 4).[125] Het betreft hier niet louter een algemene beoordeling bij aanvang van de behandeling; (steeds) als de betrokkene zich tegen een interventie verzet, zal zijn

120 Keurentjes 2021, p. 29.

121 Zie genoemde jurisprudentie in het overzicht van E. Plomp, Kroniek Wvggz en Wzd, *TvGR* 2021, p. 492-519.

122 Zie https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/assertieve-en-verplichte-zorg. Document is gedownload op 25 oktober 2021.

123 Zie p. 9 van het document.

124 Zie p. 45 van het document.

125 Uit art. 8:9 lid 4 volgt dat de zorgverantwoordelijke in het dossier aantekening houdt van a. of de betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, en b. of er een acuut levensgevaar dreigt voor betrokkene dan wel een aanzienlijk risico op gevaar voor anderen of goederen.

of haar wilsbekwaamheid ten aanzien van die interventie beoordeeld moeten worden.[126] Om van het oordeelsvermogen van de betrokkene een goed beeld te kunnen krijgen, zal de zorgverantwoordelijke (of de onder zijn verantwoordelijkheid werkzame hulpverlener) in een voor hem begrijpelijke taal moeten uitleggen wat de bedoeling van de voorgestelde behandeling is en wat de gevolgen van die behandeling zullen zijn.[127] Nadere criteria ten aanzien van 'wils(on)bekwaamheid' treft men overigens in de MvT niet aan. Het door de KNMG opgestelde 'Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid'[128] geeft meer richting in dezen, zoals dat van belang zijn het vermogen om informatie te begrijpen en te waarderen en om (logisch) te beredeneren.

2.4.2 Wilsbekwaam verzet

Een nieuw uitgangspunt van de Wvggz is dat het verzet van een *wilsbekwame* patiënt (tegen een noodzakelijk geachte interventie) wordt gerespecteerd, tenzij betrokkene in acuut levensgevaar verkeert of sprake is van een aanzienlijke risico op ernstig nadeel voor derden of goederen; dan hoeven de voorkeuren en wensen van de betrokkene niet te worden gerespecteerd (art. 2:1 lid 6, onderdeel b). Opgemerkt zij dat in het oorspronkelijke wetsvoorstel de uitzondering op wilsbekwaam verzet aanzienlijk ruimer was geformuleerd: 'De wensen (...) van betrokkene worden gehonoreerd, tenzij (...) deze in strijd zijn met de zorg van een goed hulpverlener (...)'. Vanwege kritische reacties uit het veld besloot de regering de uitzondering (via de eerste nota van wijziging) nader te beperken tot acute noodsituaties, verwijzend naar het belang van suïcidepreventie. In de nota naar aanleiding van het tweede nadere verslag geeft de regering een uitvoeriger toelichting op de nieuwe formulering: 'Mensen die suïcidaal zijn zien vaak geen enkele andere uitweg meer (...). In veel gevallen is hier geen sprake van een heldere afgewogen besluitvorming maar van depressieve ontregeling, chaos in het hoofd en dwangmatige gedachten en beelden over zelfdoding. In dergelijke crisissituaties (...) is het zaak mensen tegen zichzelf in bescherming te nemen. De gevolgen van hun handelen in deze geestestoestand zijn onomkeerbaar. Het bieden van dergelijke bescherming weegt daarom zwaarder dan het recht op zelfbeschikking.' [129]
Echter, ook bij deze beperktere uitzondering hebben sommigen hun bedenkingen. Zo meent Widdershoven – die een grondiger onderbouwing van het voorbehoud op zijn plaats had gevonden[130] – dat er om principiële redenen geen ruimte voor afwijking van de wens van een wilsbekwame patiënt zou moeten zijn (als het althans om een aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor de

126 Niele ziet het (voortdurend) beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene bij verplichte zorg als een complexe taak van de zorgverantwoordelijke, mede omdat in de praktijk '(...) de scheidslijn tussen wilsonbekwaamheid en wilsbekwaamheid niet scherp te trekken [is] en het onderscheid (...) bovendien per fase [kan] verschillen'. Dit betekent, aldus Niele, dat het zorgplan hierop voortdurend aangepast moet worden. M. Niele, Wilsonbekwaamheid in de Wet verplichte ggz, *JGGZR* 2019, afl. 1.

127 Keurentjes 2021, p. 25-26.

128 Zie https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/stappenplan-wilsonbekwaamheid. Het betreft bijlage 9 van de uitgave 'Van wet naar praktijk'.

129 *Kamerstukken II* 2016/17, 32399, nr. 38, p. 6.

130 Aldus Widdershoven had '[v]erwacht (...) mogen worden dat een dergelijk voorbehoud inzichtelijk zou worden onderbouwd, maar de parlementaire toelichting volstaat met een verwijzing naar het suïcidepreventiebeleid, zonder verdere toelichting, en het vermelden van enige irrelevante voorbeelden van mogelijke casuïstiek waarbij varianten van wilsonbekwaamheid aan de orde zijn'; Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 328.

betrokkene zelf gaat); in bijv. de Wgbo is een dergelijke uitzondering immers ook niet opgenomen.[131] Men zou hieraan nog kunnen toevoegen dat de betreffende regeling indruist tegen het streven van de Wvggz-wetgever naar zoveel mogelijk zelfbeschikking voor betrokkenen. Een meer praktisch punt is dat het in de situatie van acuut suïcidegevaar voor de betrokken zorgverleners niet eenvoudig zal zijn om snel tot een duidelijk oordeel over de wilsbekwaamheid van de betrokkene te komen.[132] Als er reden tot twijfel is, zullen zij dan – vanwege hun zorgplicht – niet eerder van wilsonbekwaamheid uitgaan?

2.4.3 Mogelijke interventies

De interventies en handelingen die 'als verplichte zorg' kunnen worden toegepast, worden in de wet opgesomd (3:2 lid 2). [133] Zo kan een patiënt bijv. te maken krijgen met verplichte toediening van medicatie, vocht of voeding, of een verplichte medische controle, maar kan hij ook in zijn (bewegings)vrijheid worden beperkt, bijv. via opname in een accommodatie,[134] insluiten[135] of beperking van de vrijheid het eigen leven in te richten met als gevolg dat de betrokkene iets moet doen of nalaten. De opsomming in art. 3:2 lid 2 is weliswaar limitatief (11), maar sommige interventies zijn slechts globaal beschreven en behoeven in de praktijk nadere invulling.[136] Neem bijv. 'beperking van de bewegingsvrijheid' (b) en 'insluiting' (c) die niet alleen veel omvatten, maar ook lastig van elkaar te onderscheiden zijn. Dijkers wijst erop dat bijv. opname in een gesloten afdeling onder beide interventies kan worden geschaard.[137] Overigens blijkt uit de Regeling vggz dat de minister van VWS die interventie als een subcategorie van het beperken van de bewegingsvrijheid beschouwt. Om het probleem van overlapping en onduidelijkheid weg te nemen komt Dijkers met twee suggesties. Ten eerste om de twee interventies uit art. 3:2 lid 2 Wvggz (en art. 2 lid 1 Wzd) – insluiting en beperking van de bewegingsvrijheid – samen te brengen '(...) onder één opschrift *"Vrijheidsontneming en beperking van de bewegingsvrijheid"*. Want in de nadere wettelijke omschrijving, althans in ieder geval in de concrete toepassing, valt de zorg altijd in het een óf het ander', zo redeneert Dijkers.[138] Ten tweede om een lijst op te stellen met de verschillende

131 Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 328. Uit de Wgbo volgt dat een wilsbekwame patiënt behandeling mag weigeren, ook als die weigering betekent dat de betrokkene (op enig moment) komt te overlijden.

132 Zie ook Niele die benadrukt dat het voortdurend beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene een complexe taak van de zorgverantwoordelijke is, mede omdat in de praktijk '(...) de scheidslijn tussen wilsonbekwaamheid en wilsbekwaamheid niet scherp te trekken [is] en het onderscheid (...) bovendien per fase [kan] verschillen. Dat zou betekenen dat een zorgplan voortdurend aangepast zou moeten worden.' Niele, *JGGZ*R 2019, afl. 1.

133 Zie art. 3:2 lid 2 Wvggz.

134 Met 'accommodatie' wordt gedoeld op een gebouw (met terrein) van een zorgaanbieder en niet op een voorziening die door de minister van VWS is aangewezen. De definitie komt overeen met die van accommodatie in art. 1.1 Jeugdwet.

135 Onder insluiten valt ook het separeren van de betrokkene; dat laatste gebeurt in de praktijk altijd onder cameratoezicht omdat anders de veiligheid van betrokkene niet gegarandeerd kan worden.

136 Zie voor relevante jurisprudentie over de uitleg van art. 2:3 lid 2, onderdeel a ('toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen (...)' Plomp, *TvGR* 2021, p. 494.

137 W. Dijkers, Niet gaan en staan waar men wil: beperking van de bewegingsvrijheid in Wvggz en Wzd, *JGGZR* 2021, afl. 4, p. 221-227.

138 Dijkers, *JGGZR* 2021, p. 226.

modaliteiten die onder het inperken van de persoonlijke vrijheid vallen.[139]
Voorts is van sommige handelingen niet op voorhand duidelijk of ze als verplichte zorg in de zin van art. 2:3 lid 2 te beschouwen zijn. Een eerste voorbeeld is gedwongen anticonceptie. Daarover wordt verschillend gedacht,[140] maar de rechter heeft inmiddels de knoop doorgehakt en die vraag positief beantwoord.[141] Wat betreft de kwalificatie van verplichte anticonceptie – is dat verplichte toediening van medicatie (art. 2:3 lid 2, onderdeel a) of een beperking van iemands vrijheden (art. 2:3 lid 2, onderdeel h) – verschillen de rechtbanken in hun oordeel. De Rechtbank Amsterdam[142] houdt laatstgenoemde interpretatie aan, redenerend dat door de verplichting tot het gebruik van gewaarborgde anticonceptie[143] '(...) verzoekster beperkt [wordt] in haar vrijheid om zwanger te raken en een gezin te stichten. In dit geval leidt de gestelde verplichting ook tot een beperking van de bewegingsvrijheid, nu verzoekster geen verlof krijgt zolang zij geen geborgde anticonceptie accepteert'. Het ging hier in de ogen van de Amsterdamse rechtbank niet om verplichte toediening van medicatie '(...) omdat het geen behandeling betreft van een psychische stoornis of, vanwege die stoornis, van een somatische aandoening.' Die zienswijze wijkt af van die van andere rechtbanken die oordeelden dat een verplicht gestelde prikpil wel degelijk onder het 'toedienen van medicatie' kan worden geschaard. De Roode schaart zich achter de visie van de Amsterdamse rechtbank, maar tekent daarbij uitdrukkelijk aan dat ze ook binnen dat kader weinig ruimte ziet voor het toepassen van verplichte anticonceptie als onderdeel van GGZ-zorg (in elk geval kan het alleen gaan om het voorkomen van evident ernstig nadeel voor de vrouw zelf).[144]
Een tweede voorbeeld is het uitvoeren van een coronatest. Een zorgverantwoordelijke had deze, met name om veiligheidsredenen, in de vorm van verplichte zorg ex art. 2:3 lid 2, onderdeel a, e en h bij de betrokkene uitgevoerd. De rechter ging hier niet in mee: de onaantastbaarheid van het lichaam ex art. 11 Grondwet en art. 8 EVRM en respect voor autonomie staan bij het uitvoeren van een coronatest voorop; voor het beperken van dit vrijheidsrecht is een expliciete wettelijke basis nodig die niet wordt

---

139 Dijkers: '[A]ls de lijst er is, verplicht deze degene die de bevoegdheid toekomt tot vormgeving van de zorg, om specifiek te motiveren waarom juist déze (dwang)zorg voor déze patiënt is toegestaan c.q. wordt toegepast, of juist waarom er van wordt afgezien.' Dijkers, *JGGZR* 2021, p. 226.

140 Zie bijv. Rongen die over een dergelijke uitleg van de Wvggz haar twijfels heeft, mede wijzend op het feit dat de MvT er niets over zegt terwijl dat wel in de rede had gelegen gelet op de vergaande inbreuk op de lichamelijke integriteit van de betrokkene waarmee verplichte anticonceptie gepaard gaat. K. Rongen, Anticonceptie als vorm van verplichte zorg. *JGGZR* 2021, afl. 2, p. 117-124. Zie anders A.J.K. Hondius die in zijn noot bij Rechtbank Rotterdam 8 september 2020 en Rechtbank Noord-Nederland 20 oktober 2020 concludeert dat de Wvggz voldoende ruimte lijkt te bieden om in een klein aantal gevallen de mogelijkheid van verplichte anticonceptie te kunnen opleggen (*JGZ, 2021/16*, p. 94).

141 Rechtbank Rotterdam 12 maart 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:2489; Rechtbank Rotterdam 16 april 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:3948; Rechtbank Zeeland-West-Brabant 27 mei 2020, ECLI:NL:RBZWB:2020:6887; Rechtbank Rotterdam 8 september 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:9178; Rechtbank Noord-Nederland 20 oktober 2020, ECLI:NL:RBNNE:2020:3684; Rb. Amsterdam 2 december 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:6383.

142 ECLI:NL:RBAMS:2020:6383.

143 Dit is overigens strikt genomen geen gedwongen anticonceptie, maar een manier om betrokkene geborgde anticonceptie te laten accepteren, door aan het weigeren daarvan consequenties te verbinden (in dit geval het intrekken van verloven buiten de kliniek en het aanbrengen van een extra beperking in de bewegingsvrijheid binnen de kliniek).

144 R.P. de Roode, Meer ruimte voor verplichte anticonceptie?, *TvGR* 2021, p. 567-569.

geboden door de Wvggz.[145] De rechtbank stelde ter nadere onderbouwing dat geen sprake was geweest '(...) van handelingen ter behandeling van een psychische stoornis of somatische aandoening bij verzoekster. Zij vertoonde zelf ook geen symptomen van besmetting. De test is afgenomen om een eventuele besmetting met het coronavirus uit te sluiten of vast te stellen, met het doel de ontstane onrust in de instelling te beteugelen dan wel bij een positieve test maatregelen te treffen om een uitbraak in de instelling te voorkomen. Hoewel dit op zichzelf begrijpelijke doelen zijn, is deze bepaling daar niet voor bedoeld'. Hetzelfde gold voor onderdelen e (onderzoek aan kleding of lichaam) en h (beperking van vrijheden): 'Bij een coronatest is (...) geen sprake van onderzoek aan het lichaam, maar van onderzoek in het lichaam. Uit de wetsgeschiedenis blijkt verder dat deze bepaling niet bedoeld is voor medisch onderzoek maar om te onderzoeken of iemand gevaarlijke voorwerpen of middelen bij zich heeft, waarbij er nadrukkelijk voor is gekozen om geen onderzoek in het lichaam mogelijk te maken. (...) Tot slot betreft onderdeel h van genoemd artikel het 'aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten'. Deze bepaling ziet bijvoorbeeld op het meewerken aan toezicht door ambulante behandelaars, het dulden van huisbezoek of het accepteren van beperkingen in het gebruik van een telefoon. Een grondslag voor het ondergaan van een gedwongen coronatest kan daarin niet worden gevonden.' Annotator Hondius grijpt de casus van de coronatest aan om op het belang van nadere invulling van (onderdeel h van) art. 2:3 lid 2 te wijzen. 'Überhaupt is het tijd voor een pleidooi voor meer uniformiteit in de uitleg van de verschillende begrippen in art. 3:2 lid 2 Wvggz, en over de verschillende disciplines heen', aldus Hondius.[146]

Interventies gericht op somatische aandoeningen: Wvggz of Wgbo?

De Wvggz biedt ook een mogelijke grondslag voor 'verplichte somatische zorg';[147] dit is nieuw ten opzichte van de situatie onder de Wet Bopz waarin alleen de Wgbo[148] die mogelijkheid bood. Door Breteler e.a. wordt betoogd dat deze verruiming ertoe strekt dat de Wvggz de grondslag biedt voor dwangtoepassing bij somatische aandoeningen die verband houden met de psychische stoornis van de betrokkene en die 'voorzienbaar' zijn resp. waarover van tevoren met de betreffende somatische behandelaars kan worden afgestemd; in onvoorzienbare situaties zal de zorgverlener dan moeten terugvallen op de Wgbo.[149]
De regering geeft in de MvT de volgende toelichting: 'In die gevallen waar een duidelijke relatie bestaat tussen de psychische stoornis van betrokkene en ernstige risico's voor zijn fysieke gezondheid is het niet wenselijk om voor de behandeling van de fysieke gezondheid terug te moeten vallen op de

145 Rechtbank Noord-Holland 16 februari 2021, ECLI:RBNHO:2021:1269, *JGZ* 2021/27, m.nt. A.J.K. Hondius & L. Beij. De wettelijke basis voor een verplichte coronatest moet worden gezocht in de Wet publieke gezondheid (gericht op het opsporen en bestrijden van besmettelijke ziekten), aldus de rechtbank, die deze in uitzonderlijke omstandigheden onder strikte voorwaarden toelaat.

146 *JGZ* 2021/27, p. 142.

147 Zie art. 3:3, onder a: 'toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, *dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening*'.

148 Art. 7:465 lid 6 BW.

149 *Handreiking somatische zorg. In de Wet verplichte ggz* (versie 1.0), vastgesteld door de Bestuurlijke Ketenraad op 13 december 2019; zie ook L. Breteler e.a., Verplichte somatische zorg onder de Wet verplichte ggz. Overwegingen bij de Handreiking Somatische zorg in de Wvggz, *JGGZR* 2020, afl. 2.

Wgbo. De mogelijkheid om in de zorgmachtiging ook somatische zorg op te nemen, biedt het voordeel voor zowel betrokkene als de zorgverantwoordelijke dat een eenduidige procedure kan worden gevolgd en een en dezelfde rechtspositie van toepassing is. Voor betrokkene betekent dit een verbetering van zijn rechtspositie, aangezien de verplichte somatische zorg in dit geval vooraf door de commissie en rechter wordt getoetst en ook alle andere waarborgen van deze wet van toepassing zijn, die verder strekken dan de bepalingen in de Wgbo ten aanzien van dwangbehandeling ter voorkoming van ernstig nadeel (artikelen 450 en 465 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek)'.[150]
In zelfregulering ('Handreiking somatische zorg') gaat de Bestuurlijke Ketenraad nader in op de afgrenzing van de Wvggz ten opzichte van de Wgbo: 'Het Wvggz-handelen past in een geheel van maatregelen dat psychisch en fysiek herstel nastreeft. Somatisch nadeel afwenden kan echter niet het enige doel van een crisismaatregel of zorgmachtiging zijn. Het zal vaak voorkomen dat een somatisch probleem niet direct voortkomt uit de psychische stoornis (bijvoorbeeld een botbreuk of maligniteit), maar dat weigering van een somatische behandeling wel samenhangt met een psychische stoornis. Er dient zorgvuldig afgewogen te worden of er voldoende causaliteit bestaat tussen de psychische stoornis en de somatische aandoening om gedwongen zorg in het kader van de Wvggz te rechtvaardigen, of dat het somatische probleem en de bijbehorende behandeling een zorgvraag op zich is waarbij een zorgvuldige toetsing van de wilsbekwaamheid in het kader van de Wgbo noodzakelijk is'.[151] De regering geeft tijdens de parlementaire behandeling van de Wvggz het voorbeeld van een diabetespatiënt die behandeling weigert omdat hij denkt door de voorgeschreven medicatie vergiftigd te worden.[152] In dit soort situaties zal '(...) de zorgverantwoordelijke de voorzienbare en noodzakelijke somatische zorg in principe altijd in het zorgplan op moeten nemen (...). In het geval dat de somatische zorg niet voorzienbaar was ten tijde van het verzoek voor een zorgmachtiging en er een noodzaak ontstaat om acute somatische zorg te verlenen, kan ook gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid om in noodsituaties verplichte zorg te verlenen waar de zorgmachtiging of de crisismaatregel niet in voorziet (artikelen 8:9 tot en met 8:11)', aldus de regering.[153]
Is dit voorbeeld duidelijk, in de praktijk zullen zich ongetwijfeld situaties voordoen waarin het aanzienlijk lastiger is om de juiste grondslag van verplichte somatische te bepalen.[154] Dat dit niet zonder belang is, volgt uit het feit dat de betrokkene onder beide wetten een verschillende rechtspositie heeft: bij toepasselijkheid van de Wvggz is die met aanzienlijk meer waarborgen omkleed. De besluitvorming over verplichte somatische zorg ligt in dat laatste geval mede in handen van de rechter; bij de toepasselijkheid van de Wgbo is het alleen de zorgverlener die – normaal gesproken met instemming van de vertegenwoordiger – over dwang beslist.[155] Een en ander

150 *Kamerstukken II* 2009/10, nr. 3, p. 58.

151 *Handreiking somatische zorg. In de Wet verplichte ggz* (versie 1.0), vastgesteld door de Bestuurlijke Ketenraad op 13 december 2019, p. 7.

152 *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 9, p. 15.

153 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 58-59.

154 Zo oordeelde de rechter inmiddels over een situatie waarin de somatische problematiek de psychische problemen veroorzaakte en gaf deze een ZM af voor o.a. verplicht bloedonderzoek naar de schildklierwaarden. Rechtbank Den Haag 17 februari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:2068.

155 Zie uitvoeriger Breteler e.a., *JGGZR* 2021. Zie ook Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 328 die de wetgever aanspoort om '(...) die povere dwangbehandelingsregeling onder de WGBO nog eens kritisch onder de loep te nemen'.

onderstreept het belang van heldere zelfregulering (met voorbeelden) die betrokken instanties en zorgverleners ondersteunt bij het nemen (en onderbouwen) van beslissingen over het toepasselijke juridische kader ten aanzien van somatische verplichte zorg bij de betrokkene. De tot nu toe verschenen jurisprudentie kan bij het opstellen van die zelfregulering behulpzaam zijn.[156]

2.4.4 Ernstig nadeel-criterium

Art. 3.3 van het wetsvoorstel bevat het criterium voor verplichte zorg. Kern is dat het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot 'ernstig nadeel' voor hemzelf of voor anderen, of een aanzienlijk risico daarop (art. 3:3, aanhef jo. art. 1:1 lid 2, aanhef). Bij hen kan verplichte zorg als uiterste redmiddel worden ingezet. Volgens de regering is deze formulering geschikter dan het oude, onder de Wet Bopz geldende 'gevaarscriterium'. Overigens was aanvankelijk gekozen voor het begrip 'ernstige schade',[157] maar die term werd via de tweede nota van wijziging vervangen door 'ernstig nadeel'. De regering benadrukte in de bijbehorende toelichting dat deze verandering nodig was om de Wvggz- en de Wzd-terminologie gelijk te trekken, maar dat hiermee geen materiële wijziging werd beoogd.[158] De rede dat is afgestapt van de oude formulering ('gevaar') is dat het nieuwe criterium (aanzienlijk risico op ernstig nadeel) duidelijker tot uitdrukking brengt dat naast het afwenden van gevaar ook mogelijkheden tot het verbeteren van de psychische stoornis (inclusief herstel van de autonomie) reden kunnen zijn om tot toepassing van verplichte zorg over te moeten gaan. De regering benadrukte dat het niet haar bedoeling was de huidige invulling van het gevaarscriterium in de rechtspraktijk op te rekken en dat ook niet werd beoogd een grondslag te bieden voor een ruimere toepassing van dwang in het kader van de handhaving van de openbare orde en veiligheid.[159] Tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat het systeem van de wet zoals de regering dat voor ogen heeft ertoe kan leiden dat eerder (dan onder de Wet Bopz) kan worden ingegrepen omdat nu ook lichtere (ambulante) dwangvormen dan de meest vergaande vorm van dwang (dwangopneming) mogelijk zijn.[160]

2.4.5 Ambulante verplichte zorg

De grootste verandering die de Wvggz teweegbrengt, is dat dwanginterventies ook buiten (de omgeving van) de psychiatrische instelling, zoals bij de betrokkene thuis, kunnen worden toegepast, zelfs wanneer het tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een CM betreft.[161] Onder de Wet Bopz kon

---

156 Zie Plomp, *TvGR* 2021, p. 494-495.

157 Die formulering sloot aan bij Recommedation (2004)10 'concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder' van de Raad van Europa waarin wordt gesproken van 'significant risk of serious harm'.

158 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 146-147.

159 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 53-54.

160 In die zin ook Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 327, die aldaar o.a. verwijst naar *Kamerstukken I* 2017/18, 32399, D, p. 12.

161 Zie tweede nota van wijziging (*kamerstukken II* 2015/16, 32399, 25, p. 175) waarin de regering stelt: 'Tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel en de beoordeling in dat kader kunnen overigens ook thuis plaatsvinden via gespecialiseerde teams van de GGZ (...).. Van belang is [dan] dat de verplichte zorg plaatsvindt door gekwalificeerd personeel en dat er volgens protocollen en richtlijnen gewerkt wordt (...). Indien de veiligheid van de persoon, zijn omgeving of hulpverleners in gevaar komt,

– via de constructie van de voorwaardelijke machtiging[162] – ambulant wel sterke drang op de betrokkene worden uitgeoefend (door gedwongen opname in het vooruitzicht te stellen als deze zich niet aan de met hem gemaakte afspraken hield), maar was dwang pas mogelijk nadat de betrokkene gedwongen was opgenomen.
De regering ziet ambulante dwang als een belangrijk instrument om aan patiënten passende verplichte zorg te kunnen verlenen en het daarop gerichte Besluit vggz werpt daarvoor dan ook niet of nauwelijks belemmeringen op:[163] het laat alle interventies van verplichte zorg ex art. 3:2 lid 2 in de ambulante setting toe.[164] Het was aanvankelijk overigens de bedoeling om 'fixatie' en 'insluiting' van de lijst van mogelijke ambulante interventies uit te zonderen, maar de regering zag daar na consultatie van (ervarings)deskundigen toch weer vanaf. De deskundigen brachten naar voren dat het op voorhand beperken van dwangmogelijkheden conflicteerde met het streven naar zoveel mogelijk zeggenschap voor betrokkenen over gedwongen zorg.[165] 'Die zeggenschap zou zich zoveel mogelijk moeten uitstrekken tot de plaats waar die onverhoopte gedwongen zorg plaatsvindt. (...) Dat is een belangrijk uitgangspunt van de wet. Het impliceert ook dat elke vorm van ambulante gedwongen zorg bespreekbaar zou moeten zijn als daarmee opname kan worden voorkomen.[166] Dus ook als het gaat om fixatie (zowel kortdurende als langdurende fixatie) en insluiting zolang dit veilig, proportioneel en uitvoerbaar is.'[167] De regering tekende hierbij wel aan dat het voorkomen van verplichte opname in een accommodatie geen doel op zich is (of moet worden). Wanneer de betrokkene vrijheidsbeperkingen in de thuissituatie niet ziet zitten, kan gedwongen opname de enige mogelijkheid zijn.[168] Bovendien geldt, aldus de regering, dat de zorgaanbieder niet verplicht is om ambulante zorg te leveren.[169] Dit laatste standpunt roept vragen op, want hoe is dat te rijmen met

---

of wanneer thuis blijven leidt tot sterke onrust bij de persoon in crisis of zijn naasten, kan de persoon worden overgebracht naar een andere locatie (...)'.

162 Zie (oud) art. 14a lid 4 Wet Bopz. Zie hierover Legemaate e.a. 2014, p. 64-65.

163 Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg, 16 mei 2019, *Stb*. 2019, 198.

164 Alleen beperking van het recht op het ontvangen van bezoek kan in de ambulante setting niet worden toegepast (art. 2.1 Besluit vggz).

165 Een vergelijkbaar standpunt was in het kader van de parlementaire behandeling van de wet ingebracht door de patiëntenorganisaties.

166 Als bijv. (kortdurende) gedwongen fixatie in de ambulante setting niet mogelijk is, is verplichte toediening van medicatie of een injectie in die setting ook niet mogelijk. Ook is vanuit het veld aangegeven dat via het uitsluiten van bepaalde dwanginterventies nieuwe innovaties belemmerd kunnen worden, zoals draagbare sensoren en andere wearables.

167 Toelichting op Besluit vggz, p. 10-12 (p. 10).

168 Toelichting op Besluit vggz, p. 34.

169 De voorkeur van de betrokkene ten aanzien van de zorg hoeft door de zorgaanbieder niet gevolgd te worden wanneer deze meent dat '(...) die zorg niet op een goede en veilige manier in de ambulante situatie geboden kan worden. (...) (...). Eventueel kan onderzocht worden of een andere zorgaanbieder die zorg wel ambulant kan bieden. De uitkomst van overleg over de best passende zorg en de zorgaanbieder die het gaat uitvoeren is onderdeel van het verzoekschrift dat (...) [de OvJ] bij de rechter indient. De rechter geeft vervolgens de (...) ZM af, waarin de haalbaarheid van verantwoorde zorg buiten een accommodatie is afgewogen. Die haalbaarheid is afhankelijk van tal van factoren, waaronder de zorgbehoefte van betrokkene en zijn woonsituatie, en de mate waarin de zorgverantwoordelijke daarin kan faciliteren'. Is eenmaal een (...) [ZM] voor ambulante verplichte zorg door de rechter afgegeven is het vervolgens de zorgverantwoordelijke die beslist over het verlenen van verplichte zorg (...).' Toelichting op Besluit vggz, p. 9.

het zojuist weergegeven uitgangspunt dat de voorkeur van de betrokkene bij het vormgeven van verplichte zorg centraal moet staan resp. dat een bepaalde dwangtoepassing alleen gerechtvaardigd is als deze als laatste redmiddel wordt ingezet?[170]
Worden de mogelijkheden van ambulante interventies bij de betrokkene als zodanig niet door regelgeving ingeperkt, voor het *toepassen* van die interventies geldt (op grond van art. 2.2 van het Besluit) wel een aantal 'bijzondere voorwaarden'. Zo is de zorgverantwoordelijke ertoe verplicht om voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan met ten minste één andere deskundige (en – zo nodig – deskundigen van andere disciplines) te overleggen over onder andere de wijze waarop bij ambulante dwang toezicht op de veiligheid van de betrokkene wordt gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van daadwerkelijke uitvoering van ambulante verplichte zorg aanwezig moet zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en de positie van familieleden en naasten. Andere belangrijke voorwaarden zijn dat er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten naar aanleiding van de verleende verplichte zorg in de thuissituatie en dat de ambulant toegepaste interventies binnen maximaal binnen vier weken worden geëvalueerd.[171] De rechtspraak blijkt tot nu toe weinig consistent over wat de gevolgen van het niet-vastleggen van bovenstaande voorwaarden in het zorgplan (behorende bij ambulante verplichte zorg) moeten zijn. Plomp betwijfelt hun toegevoegde waarde: in de praktijk dient op het moment van toepassing van verplichte zorg altijd te worden beoordeeld welke maatregelen nodig zijn om de veiligheid van de betrokkene en/of anderen te garanderen en pleit voor het schrappen ervan.[172]

Laten wet en besluit de nodige ruimte voor toepassing van ambulante dwang, via de (in par. 2.3.2) al genoemde 'Handreiking ambulante verplichte zorg'[173] wordt die ruimte (nog) niet volledig benut. De beroepsorganisaties stellen zich voorzichtig op ten aanzien van ambulante dwanginterventies en ontraden het toepassen van dwanginterventies in de thuissituatie als patiënten zich fysiek tegen de zorgverlening verzetten.[174] In die situatie is '(...) opname in een accommodatie vrijwel altijd aangewezen (...). De reden dat er is gekozen voor het hanteren van het criterium van fysiek verzet is dat het in de thuissituatie veel lastiger is om snel te kunnen opschalen in personeel om de veiligheid te kunnen waarborgen. Enige vorm van medewerking door de betrokkene is zodoende benodigd om ambulante verplichte zorg in de ambulante situatie te kunnen toepassen'. In het verlengde hiervan ligt het advies in de Handreiking over kortdurend fixatie en insluiting van de betrokkene: dat is alleen in uitzonderlijke noodsituaties mogelijk. Zo kan kortdurende fixatie slechts aan de orde zijn als aan betrokkene bijv. medicatie moet worden toegediend om acuut gevaar voor hem of haar en/of

170 In vergelijkbare zin Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 329.

171 Zie art. 2:2 Besluit vggz.

172 Plomp, *TvGR* 2021, p. 503.

173 De Handreiking kwam op initiatief van de NVvP tot stand in overleg met de NIP, V&VN, Mind, Stichting PVP, GGZ Nederland, OM en de Politie, en geeft advies aan primaire zorgverleners bij het duiden van basisprincipes en overwegingen behorende bij de toepassing van ambulante verplichte zorg

174 Onder fysiek verzet wordt verstaan '(...) de mate waarin de verplichte zorg wel of niet op een (voor de betrokkene, diens naasten én de hulpverleners) fysiek veilige manier wordt toegestaan door de betrokkene. De grens hierbij is het moment waarop fysiek verzet voorzien wordt, niet noodzakelijkerwijs pas nadat de betrokkene daadwerkelijk fysiek verzet vertoont'. Zie Handreiking, p. 11.

anderen te voorkomen.[175] En mocht in een acute situatie tot insluiting van de betrokkene in een ruimte worden besloten, dan dient dat uitdrukkelijk eenmalig en zo kort mogelijk plaats te vinden, waarbij te allen tijde contact mogelijk is met de betrokkene en de risico's voor de betrokkene en de zorgverlener(s) vooraf goed zijn ingeschat.[176]

Hoe de nieuwe voorziening voor ambulante dwang in de praktijk uitpakt, moet worden afgewacht. Zal deze leiden tot een vermindering van het aantal gedwongen (her)opnames? Uit een – ten tijde van de Wet Bopz uitgevoerde – literatuurstudie van Hondius e.a. uit 2019 volgde dat door de inzet van ambulante interventies het aantal heropnames niet substantieel daalde.[177] Afgezien van de terughoudende opstelling van betrokken beroepsorganisaties, lijken ook financiële belemmeringen daaraan in de weg te staan.[178] Voorts is van belang hoe patiënten tegen deze nieuwe wijze van verplichte zorg aankijken. Uit een studie van De Waardt e.a. uit 2021 volgt dat ruim 60% van hen geen dwangtoepassing in de thuissituatie wil; een mogelijke reden hiervoor is verlies van autonomie en privacy ten opzichte van de bij zulke zorg betrokken professionals en familieleden.[179]
Komt het wel tot ambulante interventies, dan zullen er over de feitelijke uitvoering van dat handelen vele vragen zijn.[180] Onder welke precieze omstandigheden is het veilig en verantwoord om die zorg thuis te leveren, en wat is de positie van de mantelzorger in dit verband? Kan hem of haar worden gevraagd op het verlenen van verplichte zorg toezicht te houden? Wat als mantelzorgers bepaalde afspraken met de zorgverantwoordelijke niet nakomen of bij vragen geen contact zoeken met een deskundige achterwacht-hulpverlener waardoor schade bij de betrokkene ontstaat? En hoe zal de betrokkene ambulante verplichte zorg ervaren? Zoals de wetgever veronderstelt, als minder belastend en minder invasief dan gedwongen opname en intramurale dwang? Welke uitwerking heeft ambulante zorg op de arts-patiëntrelatie, in het bijzonder als onder de vlag van de ZM ook verplichte somatische zorg wordt verleend? En last but not least: wat wordt van de GD, als eindverantwoordelijke voor het interne toezicht, en de IGJ, als externe toezichthouder, verwacht?

2.4.6 Zorgkaart, zelfbindingsverklaring en eigen plan van aanpak

De Wvggz waarborgt op verschillende manieren dat bij verplichte zorg zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeuren van patiënten en het houden (of hernemen) van regie over het eigen leven.

---

175 Handreiking, p. 12.

176 Als waarden gelden verder dat het Insluiten gepaard moet gaan met professioneel toezicht (die verantwoordelijkheid kan niet worden overgedragen aan bijv. mantelzorgers). Ook dient de ruimte waarin ingesloten wordt veilig te zijn.

177 A.J.K. Hondius, C.M. Verhoeks, I.E.M.G. Willems, E.J.M. Penterman, Leidt verplichte ambulante zorg tot minder heropnames in de psychiatrische praktijk?, *JGGZR* 2019, afl. 4.

178 Zie in dit verband C. van Oort & A.J. Nederlof, Beddenreductie is gehaald, maar echte hervorming ggz is niet gelukt, *JGGZR* 2021, afl. 2, p. 138-139.

179 D.A. de Waardt, D. Meijnckens, A.I. Wierdsma, G.A.M. Widdershoven & C.L. Mulder, Dutch Mental Health Patients' and Significant Others' Perspectives on Compulsory Treatment at Home: One Size Does Not Fit All, *Journal of Patient Experience* 2021, p. 1-6.

180 Zie ook Niele, *JGGZ*R 2019.

Zorgkaart

Een eerste voorziening is dat de betrokkene zijn wensen over de zorg in een 'zorgkaart' kan vastleggen (art. 5:12) die hij samen met de zorgverantwoordelijke in een zo vroeg mogelijk stadium opstelt.[181] In de zorgkaart kan bijv. worden omschreven welke (wijze van toediening van) medicatie de betrokkene prefereert resp. met welke dwangmaatregelen hij het minst moeite heeft.[182] De zorgkaart vormt (als bijlage) een vast onderdeel van het zorgplan, ook al is de zorgverantwoordelijke niet voornemens de daarin neergelegde wensen te honoreren. De zorgverantwoordelijke legt in het zorgplan ook zijn eigen visie op de wensen van de betrokkene vast alsmede waarom hij daaraan al dan niet gehoor geeft. Het oorspronkelijke wetsvoorstel uit 2009 bepaalde overigens ook dat in de ZM wordt omschreven op welke wijze rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de betrokkene, maar die bepaling werd weer uit het voorstel geschrapt.[183] Uiteindelijk is het de rechter die via omschrijving van de ZM bepaalt in hoeverre aan de wensen van de zorgverantwoordelijke tegemoet kan worden gekomen.

Zelfbindingsverklaring

Daarnaast heeft de betrokkene van 16 jaar of ouder,[184] mits wilsbekwaam,[185] de mogelijkheid tot het opstellen van een zelfbindingsverklaring (art. 4:1 e.v.); hij stelt die samen met de zorgverantwoordelijke en eventueel een familielid op.[186] Een min of meer vergelijkbare voorziening kende de Wet Bopz in de vorm van de zelfbindingsmachtiging, waarvan echter vanwege een redelijk ingewikkelde en omslachtige procedure niet veel gebruik werd gemaakt.[187] Het is afwachten of dat onder de Wvggz anders zal zijn.[188] Via een zelfbindingsverklaring kan de betrokkene aangeven onder welke omstandigheden verplichte zorg aan hem mag worden verleend, welke vormen van verplichte zorg mogen worden toegepast (zoals toediening van bepaalde medicatie of het opleggen van bepaalde leefregels), hoelang die mogen worden toegepast en onder welke omstandigheden de verplichte zorg moet worden beëindigd. Ook wordt in de zelfbindingsverklaring opgenomen hoe lang deze geldig is.[189] De mogelijkheid van zelfbinding lijkt vooral van toegevoegde waarde voor patiënten

---

181 De zorgkaart vormt een integraal onderdeel van het verzoekschrift voor een ZM dat aan de rechter wordt toegezonden.

182 *Kamerstukken II* 32399, nr. 3, p. 65.

183 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 2 (art. 6:3 lid 3, onderdeel c).

184 Oorspronkelijk kon de betrokkene reeds vanaf 12 jaar (samen met diens vertegenwoordiger en de zorgverantwoordelijke) een zelfbindingsverklaring opstellen; later is die leeftijdsgrens toch opgehoogd naar 16 jaar.

185 De wilsbekwaamheid van de betrokkene moet worden vastgesteld door een onafhankelijke psychiater of een klinisch psycholoog; zie art. 4:1 lid 7 jo. art. 3 Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg. Zie ook *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 60.

186 De zelfbindingsverklaring moet worden ondertekend door de betrokkene, de zorgverantwoordelijke en de GD; die laatste verstrekt aan diverse partijen, waaronder de OvJ, een gewaarmerkt afschrift van de verklaring.

187 Dat was gemiddeld nog geen vijf keer per jaar. Keurentjes 2021, p. 35.

188 De eerste ervaringen met de Wvggz wijzen niet in die richting. Keurentjes 2021, p. 35. Zie ook Plomp, *TvGR* 2021, p. 504 die in haar kroniek vaststelt dat er in 2020 bij het OM 212 zelfbindingsverklaring waren geregistreerd, maar dat op basis daarvan slechts in 10 gevallen een ZM is afgegeven.

189 Op grond van de Wet Bopz gold een maximale termijn, maar die is in de Wvggz losgelaten, met name om onnodige belasting van de zorgverantwoordelijke en de betrokkene te voorkomen.

die langdurig in zorg zijn en die weten dat ze in een manische of psychotische episode alle zorg afwijzen; via de zelfbindingsconstructie kunnen ze voorafgaand bepalen naar welke vormen van verplichte zorg hun voorkeur in een dergelijke situatie uitgaat. Overigens moet er (net als onder de Wet Bopz) bij het intreden van de in de zelfbindingsverklaring omschreven omstandigheden nog steeds een ZM worden aangevraagd bij de rechter; nu die procedure niet in de wet geregeld wordt, neemt Keurentjes aan dat de beperkte jurisprudentie over de zelfbindingsmachtiging onder de Wet Bopz ook op de zelfbindingsverklaring van toepassing is.

Eigen plan van aanpak

Ten slotte is er de mogelijkheid voor betrokkene om een eigen 'plan van aanpak' (art. 5:5) op te stellen. Daarin geeft de betrokkene met hulp van naasten en familieleden, en mogelijk ook diens advocaat en zorgverlener, aan hoe verplichte zorg bij hem kan worden voorkomen (de pvp en de fvp vervullen hierbij althans formeel gesproken geen rol).[190] De betrokkene moet de GD van zijn voornemen schriftelijk op de hoogte stellen.[191] De GD beslist – na overleg met de OvJ en na de betrokkene en diens vertegenwoordiger te hebben gehoord – binnen een termijn van twee dagen of hij betrokkene de ruimte voor het opstellen van zo'n eigen plan wil geven (en daarvoor de voorbereiding van het verzoekschrift voor een ZM voor maximaal twee weken wil schorsen). Het eigen plan van aanpak (EPvA) is geen ongeclausuleerd recht van de betrokkene: de GD kan het verzoek daartoe afwijzen (art. 5:2, tweed lid), onder andere wanneer hij van oordeel is dat uitstel van de voorbereiding van de ZM niet verantwoord is; hij kan het opstellen van een EPvA ook afbreken als hij meent dat er te weinig voortgang wordt geboekt.[192]
In de praktijk lijken de eigen plannen van aanpak nog niet goed van de grond te komen. Mogelijk hangt dat laatste mede samen met het feit dat veel cliënten en zorgverleners het (door MIND tot stand gebrachte) stappenplan 'Eigen plan van aanpak'[193] niet kennen en derhalve geen goed beeld hebben van wat daarin moet staan. In het MIND-stappenplan wordt niet alleen aandacht geschonken aan ondersteuning bij het opstellen van een EPvA, maar ook aan de concrete inhoud daarvan. Zo wordt aangeraden dat betrokkenen hun persoonlijke situatie en zorgbehoefte in het plan beschrijven resp. aangeven welke afspraken zij met zorgverleners over de zorg en aanverwante zaken willen maken.

Maakt de betrokkene geen gebruik van de bovenstaande mogelijkheden, dan kan hij zijn voorkeuren nog naar voren brengen in het kader van het overleg met de zorgverantwoordelijke over het zorgplan (5:13 lid 1).

---

190 Zie hierover S. Melis, Het Eigen Plan van Aanpa', *JGGZR* 2021-afl. 3, p. 149-153. Melis doet in deze publicatie ook aanbevelingen die kunnen bijdragen aan een verbeterde inzet van het EPvA, zoals het bieden van voldoende ondersteuning en tijd om een goed plan te kunnen opstellen.

191 Binnen drie dagen nadat hij heeft vernomen dat er een verzoekschrift voor een ZM in voorbereiding is.

192 De betrokkene kan tegen dergelijke beslissingen niet in beroep gaan en hij kan er ook geen klacht tegen indienen.

193 Mind, Verplichte zorg voorkomen Hoe maak je een Plan van aanpak? Uitgave 2019-2020, MIND

2.4.7 Positie van familieleden

De Wvggz strekt er niet alleen toe de positie van de betrokkene zelf te versterken, maar ook die van hun familieleden en naasten.[194] Dat komt mede tot uitdrukking in één van de algemene uitgangspunten van de wet, namelijk dat de familie en directe naasten van de betrokkene zoveel mogelijk bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg worden betrokken (art. 2:1 lid 7); dit laatste mede vanuit de gedachte dat zij hun familielid kunnen helpen bij het zoveel mogelijk benutten of creëren van mogelijkheden voor vrijwillige zorg. Die rol kan een familielid of naaste in het bijzonder vervullen als deze bereid is om als 'persoonlijk gemachtigde' namens de betrokkene op te treden als die wilsonbekwaam is. Als de betrokkene, samen met diens familie, erin slaagt een overtuigend plan van aanpak op te stellen, kan dit ertoe leiden dat de GD een lopende procedure tot afgifte van een ZM stopzet. Tegen die achtergrond spelen de 'voor de continuïteit van zorg relevante' familie en naasten[195] op vele plaatsen in de wet een rol.[196] Zo kan de betrokkene zich bij het opstellen van een zorgkaart en/of het zorgplan door een familielid laten bijstaan (art. 5:12 lid 2; art. 5:13 lid 2) en moeten zij door de zorgverantwoordelijke bij het opstellen en evalueren van het zorgplan worden betrokken (art. 5:13 lid 3, onderdeel a; art. 5:14 onder i); ook volgt uit de bepalingen inzake de zelfbindingsverklaring dat met de daarin genoemde familieleden of naasten contact wordt opgenomen als de daarin bedoelde omstandigheden zich voordoen (art. 4:1 lid 2, onderdeel e). Zoals in par. 2.3.2 is besproken, wordt versterking van de positie van familieleden ook beoogd via de figuur van de fvp ('een zusje van de pvp'), die in het leven geroepen is om familieleden en naasten aan de hand van informatie, advies en bijstand te ondersteunen als zij daarom – in het kader van hun betrokkenheid bij procedures die leiden tot verplichte zorg – verzoeken. Overigens blijkt uit een onderzoek van MIND naar de ervaringen met de Wet verplichte gzz in 2020 van cliënten en hun naasten dat er op het gebied van informatie en communicatie, niet alleen richting betrokkenen, maar ook richting familieleden nog veel verbeterd kan worden. Zo zijn veel familieleden niet op de hoogte van de mogelijkheid om bij het eigen plan van aanpak van hun naaste betrokken te zijn of om de fvp voor advies te benaderen.[197]

Eén punt behoeft in deze paragraaf expliciet nadere bespreking. Dat betreft de mogelijkheid voor familie en naasten om te bewerkstelligen dat de rechter een machtiging tot verplichte zorg afgeeft.[198] Terwijl familieleden onder de Wet Bopz een daartoe strekkend verzoek direct bij de OvJ

194 Zie ook *Handelingen II* 2017/18, nr. 48, item 10, p. 29.

195 De zorgverantwoordelijke moet in het dossier bijhouden wie deze familieleden zijn (art. 8:4 onder e). In hoeverre ook verre familieleden de positie van 'voor de continuïteit van zorg belangrijke familieleden' kunnen innemen wordt op grond van de toelichting van de wet niet duidelijk en zal zich in de praktijk moeten uitkristalliseren; zie C. Huyser, De familie in de Wvggz, *JGGZR* 2018, afl. 4.

196 Ze dienen vanwege die rol ook van het verloop van (de procedure tot) verplichte zorg op de hoogte te worden gehouden. Overigens wordt bij een CM de familie pas geïnformeerd op het moment dat ze het afschrift van de beslissing tot voortzetting van de CM ontvangen (art. 7:8).

197 S. Melis & R. Kiefte, *Mind enquête december 2020. Ervaringen met de Wet verplichte ggz in 2020. Het perspectief van (voormalige) cliënten, familieleden en naasten*, MIND, 2021.

198 Zie ook A. van der Horst, Een half jaar Wvggz, vanuit naastenperspectief, *JGGZR* 2020, afl. 5, p. 13-14.

konden neerleggen, moeten ze hiervoor nu eerst een melding doen bij het college van B en W.[199] Het college dient vervolgens binnen een redelijke termijn zorg te dragen voor een verkennend onderzoek naar de noodzaak van verplichte zorg, en kan tot de conclusie komen dat die er niet is. Dit betekent echter niet dat de rol van familieleden is uitgespeeld. Indien de melding afkomstig is van een nader omschreven groep van familieleden en naasten (vertegenwoordiger, echtgenoot, geregistreerde partner of degene met wie een samenlevingscontract is gesloten, ouders dan wel een van hen, voor zover deze niet optreden of optreedt als vertegenwoordiger, of voor de continuïteit van zorg essentiële naasten)[200] en zij van mening zijn dat de noodzaak tot verplichte zorg aanwezig is, dient 'het college niettemin een aanvraag voor de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging, vergezeld van het verkennend onderzoek, bij de OvJ in'; mocht het college dit niet binnen 14 dagen na de melding doen, dan kan het familielid of de naaste zonder ingebrekestelling van het college in beroep bij de bestuursrechter (art. 5:2 lid 6). Ook de OvJ kan echter van oordeel zijn dat er voor indiening van een verzoek tot een ZM geen aanleiding is omdat niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg. Een familielid uit de betrokken groep (zie hierboven) kan dan nog steeds bereiken dat de rechter moet oordelen over het afgeven van een machtiging, op voorwaarde dat het betrokken familielid binnen 14 dagen een daartoe strekkend (schriftelijk) verzoek bij de OvJ neerlegt. Als dat voldoende gemotiveerd is en uit de medische verklaring blijkt dat de psychische stoornis van betrokkene noodzaakt tot verplichte zorg,[201] dient de OvJ alsnog een verzoekschrift voor een ZM bij de rechter in (art. 5:18 lid 2 en 3). Via de zogenoemde 'doorzettingsmacht' van naaste familieleden is gewaarborgd dat personen met – volgens hun familieleden – ernstige psychische (en lichamelijke) gezondheidsproblemen niet van de noodzakelijke (verplichte) zorg verstoken blijven.[202]
In de praktijk zal moet blijken hoe deze regeling functioneert. Vraag is bijv. of de 'omweg' via de gemeente door familieleden als een extra belasting wordt ervaren bij het doorlopen van een op zichzelf toch al (emotioneel) belastende procedure. Vraag is ook of familieleden zich voldoende vrij voelen om desnoods tweemaal tegen het besluit van een gezaghebbende instantie in te gaan (eerst de gemeente, dan de OvJ). In de literatuur wordt overigens ook rekening gehouden met een mogelijke toename van aanvragen door familieleden en naasten vanwege de mogelijkheid om tegen het oordeel van de OvJ in te gaan.[203]

199 Art. 5:2 lid 1: 'Eenieder kan een melding doen bij het college van (...) [B en W] over een persoon die woonachtig is in die gemeente of aldaar overwegend verblijft voor wie de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg, die mogelijk zou moeten worden verleend met verplichte zorg, zou moeten worden onderzocht.'

200 Bij 'essentiële naasten' is wederom ruimte voor interpretatie.

201 Die eis wordt gesteld om te voorkomen dat de OvJ verzoeken van naasten naar de rechter moet doorgeleiden die niet of onvoldoende onderbouwd zijn. Keurentjes 2021, p. 64.

202 Huyser vindt het opvallend dat alleen de vertegenwoordiger en niet het familielid ter zitting een expliciete plek heeft gekregen (art. 6:1 Wvggz). Huyser, *JGGZR* 2018, afl. 4.

203 Huyser, *JGGZR* 2018, afl. 4.

2.4.8 Zorgmachtiging

De verschillende machtigingen onder de Wet Bopz zijn in de Wvggz samengevoegd tot één machtiging: de ZM.[204] Kern van de machtiging is dat hierin de verschillende vormen van verplichte zorg (interventies en handelingen) worden omschreven die noodzakelijk zijn om het (aanzienlijk risico op) ernstig nadeel voor de betrokkene, anderen of goederen, dat wordt veroorzaakt door zijn psychische stoornis, af te wenden.

De procedure inzake de afgifte van een ZM door de rechter kan grofweg worden onderverdeeld in de volgende drie fasen:

— voorbereiding van de aanvraag dat al dan niet moet leiden tot een verzoekschrift;
— indiening van het verzoekschrift door de OvJ bij de rechter;
— beoordeling van het verzoekschrift door de rechter en afgifte van een ZM.

Hieronder wordt uitvoeriger op deze drie fasen alsmede de beëindiging van een ZM ingegaan.

2.4.8.1 Voorbereiding van aanvraag

In deze paragraaf worden besproken de verschillende onderdelen van de procedure leidend tot het al dan niet indienen door de OvJ van een verzoekschrift tot afgifte van een ZM bij de rechter.

Melding en verkennend onderzoek

De fase die gelegenheid biedt om verkennend onderzoek over de noodzaak van verplichte zorg uit te voeren is nieuw binnen de procedure die tot een ZM leidt. In die fase kan eenieder bij het college van B en W een melding (via een gemeentelijk meldpunt)[205] doen over een persoon die mogelijk verplichte geestelijke gezondheidszorg nodig heeft. Het college start vervolgens binnen ‘een redelijke termijn’ (uiterlijk 14 dagen) een verkennend onderzoek om te bezien of betrokkene die zorg – in het licht van diens psychische stoornis en het weigeren van behandeling daarvoor – daadwerkelijk nodig heeft. De gemeente is vrij in de inrichting van een dergelijk onderzoek, al zal ze voor een goede uitvoering ervan wel de juiste expertise moeten inschakelen.[206] Blijkt uit het onderzoek een noodzaak tot verplichte zorg, dan dient het college binnen 14 dagen na de melding een aanvraag tot het voorbereiden van een ZM bij de OvJ in (art. 5:2 lid 3, lid 5 en lid 6). Het besluit van de OvJ over het al dan niet indienen van een verzoek bij de rechter tot afgifte van een ZM wordt teruggekoppeld aan het college van B en W die de melder daarvan zo spoedig mogelijk op de hoogte stelt. Een negatief besluit

204 Er is alleen een klein verschil in de aanvraagprocedure voor een zelfstandige ZM resp. een ZM aansluitend op een voortgezette CM, maar inhoudelijk maakt dat geen verschil. Keurentjes 2021, p. 41.

205 De gemeente mag zelf bepalen hoe zij dat vormgeeft. Niet duidelijk is of een meldpunt 24/7 bereikbaar moet zijn dan wel alleen tijdens kantooruren. Keurentjes ziet het meeste in het laatste: ‘[v]oor echte noodsituaties is er immers de mogelijkheid van een (...) CM met de daarvoor geldende procedure. Het signaleren van de noodzaak van verplichte zorg ziet meer op een situatie die steeds zorgelijker wordt en die ingrijpen noodzakelijk lijkt te maken.’ Keurentjes 2021, p. 42.

206 Veelal zal het onderzoek worden uitgevoerd door een ‘FACT-team’ of soortgelijk team. Keurentjes 2021, p. 42.

van het college betekent voor de melder einde oefening tenzij deze behoort tot de groep van directe familieleden of essentiële naasten die doorzettingsmacht hebben en het besluit van het college kunnen *overrulen* (zie hiervoor; par. 2.4.7).
Het is overigens ook mogelijk om een anonieme melding, dus zonder opgave van persoonsgegevens, te doen (art. 5:2 lid 7). De regering voorzag in verband met deze mogelijkheid voor het verdere verloop van de procedure geen problemen,[207] maar Keurentjes betwijfelt of dat terecht is. Want waarom zou de advocaat van de betrokkene ter zitting niet aanvoeren dat het voor betrokkene van belang is te weten van wie de melding afkomstig is (komt die bijv. uit de thuissituatie?). Ook kan die informatie voor een juiste beeldvorming door de rechter van belang zijn, of zal hij de melder willen horen. Tegelijkertijd zou het in de praktijk wel eens kunnen meevallen met de anonieme meldingen, denkt Keurentjes; want als men van deze voorziening gebruik maakt, kan men niet tegelijkertijd aanvoeren dat men tot de groep van personen behoort die doorzettingsmacht heeft.

Opstellen verzoekschrift

Een volgende stap in de machtigingsprocedure is het opstellen van het verzoekschrift dat mogelijk door de OvJ bij de rechter wordt ingediend. Er zijn in dit verband twee belangrijke actoren die met elkaar samenwerken: de OvJ en de GD (art. 5:4).

De OvJ heeft de verzoekersrol (en kan worden gezien als 'procesregisseur');[208] hij coördineert de voorbereiding van het verzoekschrift en de daarvoor noodzakelijke informatieverzameling en -uitwisseling. Tot de voorbereiding kan ambtshalve worden besloten, of zij kan aansluiten op een aanvraag van het college van B en W (gebaseerd op een verkennend onderzoek), een persoon die op beroepsmatige basis zorg verleent aan betrokkene (zoals een zorgverlener van een FACT-team), een politieman of een zorgverlener afkomstig uit het forensische veld. De OvJ wijst vervolgens een GD aan, die de rol van 'zorgregisseur' op zich neemt, althans als deze de vereiste voorzieningen en zorgmogelijkheden kan leveren. De OvJ zorgt er vervolgens voor dat de voor diens taak relevante documenten en gegevens bij de GD terecht komen, zoals een eventuele zelfbindingsverklaring van de betrokkene, gegevens over eerdere machtigingen of maatregelen en eventuele politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens.[209] De wetgever had ook voor ogen dat het integrale verslag

---

207 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 121.

208 Zoals in par. 2.2 al besproken is er over de positie van verzoeker tijdens de parlementaire behandeling veel te doen geweest. Het oorspronkelijke idee was die rol te beleggen bij een multidisciplinaire commissie verplichte ggz die, aldus Dijkers, zich '(...) uitgebreid in elke casus zou verdiepen vóórdat deze door haar aan de rechter mocht worden voorgelegd (...). En uiteraard zou de commissie als verzoekende partij ter zitting volop meedoen'. Dijkers, *TvGR* 2017, p. 30. Toen de commissie (financieel) niet haalbaar bleek, kwam de verzoekersrol toch weer bij de OvJ terecht zoals dat ook al onder de Wet Bopz het geval was. Alleen functioneerde het OM onder de oude wet niet goed; zo was het bijv. te weinig zichtbaar in de machtingsprocedure (*Evaluatierapport: Voortschrijdende inzichten* ..., p. 42). Via onder andere een uitbreiding van het takenpakket van de OvJ moet worden voorkomen dat oude problemen weer de kop op steken.

209 Strafrechtelijke gegevens mogen echter niet zonder meer met de GD gedeeld worden; de OvJ moet bepalen welke relevant zijn voor de beoordeling van het ernstig nadeel en de te leveren zorg (ex art. 5:4 lid 1, onderdeel c). Keurentjes wijst erop dat niet-naleving van deze noodzakelijkheidseis op gespannen voet staat met (bescherming van) de privacy van de betrokkene; Keurentjes 2021, p. 48.

van het door de gemeente uitgevoerde verkennende onderzoek tot de aan te leveren informatie behoort, maar de OvJ krijgt in de praktijk beschikking over hetgeen er is genoteerd in de aanvraag om een verzoekschriftprocedure voor te bereiden.[210]

De aangewezen GD moet op zijn beurt een aantal partijen informeren over de voorbereiding van de aanvraag tot afgifte van een ZM, waaronder – als eerste – de betrokkene en zijn vertegenwoordiger en advocaat. Omdat de vier-wekentermijn van art. 5:16 lid 1 vanaf dat moment gaat lopen (binnen die termijn moet de OvJ schriftelijk en gemotiveerd beslissen of is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg; zie hierna) is van belang dat deze handeling zorgvuldig wordt vastgelegd. Hiernaast informeert de GD ook de persoon of instantie die de melding heeft gedaan, zoals de gemeente, een zorgverlener of de betreffende politiemedewerker over de voorbereiding van het verzoekschrift.

Heeft de betrokkene voor wie een ZM-procedure in gang is gezet nog geen zorgverantwoordelijke, dan wijst de GD die aan.

Zorgplan

De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen van het zorgplan (art. 5:14). Hierin worden alle – voor toepassing van verplichte zorg – relevante aspecten vastgelegd, zoals de psychische stoornis waaraan de betrokkene lijdt (diagnose), het door de stoornis veroorzaakte gedrag dat leidt tot ernstig nadeel, de zorg die nodig is om het ernstig nadeel weg te nemen en de toe te passen vormen van verplichte zorg en hun maximale duur. Van belang is dat het zorgplan zoveel mogelijk in overleg en afstemming met bij de ZM-procedure betrokken partijen tot stand komt (zie ook art. 4 en toelichting Regeling vggz). Dit zijn afgezien van de betrokkene (die zijn voorkeuren ten aanzien van verplichte zorg kan inbrengen): de familieleden of essentiële naasten; de huisarts en mogelijk andere zorgverleners; deskundigen met expertise binnen verschillende GGZ-(sub)disciplines als zich bij de betrokkene meer complexe psychische problematiek voordoet (bijv. bij combinatie van psychische stoornis en verstandelijke beperking of ouderenproblematiek); uitvoerend somatische behandelaar als zorgverantwoordelijke voornemens is somatische zorg in het zorgplan op te nemen (bijv. met verloskundige bij psychische problematiek van zwangere met dreigend ernstig nadeel voor moeder of kind); en de gemeente als bij de voorbereiding van het zorgplan blijkt dat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven van betrokkene ontbreken.
Eén aspect van het zorgplan verdient bijzondere aandacht, en wel de wijze waarop de verschillende vormen van verplichte zorg en hun maximale duur in het zorgplan resp. de ZM worden omschreven (ruim of specifiek). Enerzijds wordt gewezen op het punt dat het moeilijk te voorspellen is hoe het beloop van een psychische stoornis of de uitwerking van een bepaalde interventie zal zijn; in dat licht zal de zorgverantwoordelijke liever willen inzetten op een breed scala van mogelijkheden voor verplichte zorg voor een maximale termijn. Anderzijds biedt een ruime formulering in het zorgplan en een daarop gebaseerd verzoek tot een ZM '(...) het risico niet te worden geaccepteerd door de rechter omdat het te veel ruimte biedt en te weinig zekerheid en duidelijkheid biedt aan betrokkene, die immers moet weten welke verplichte zorg allemaal kan worden toegepast gedurende de looptijd van

210 Keurentjes 2021, p. 47.

de zorgmachtiging', zo stelt Keurentjes.[211] Overigens zijn de oordelen van rechtbanken tot nu toe wisselend: de ene rechter accepteert vele vormen van verplichte zorg en lange termijnen (een *carte blanche* dus), de andere verlangt een nauwgezette omschrijving van bepaalde modaliteiten. Widdershoven pleit voor de laatste benadering: 'een op de specifieke casus toegesneden beschikking biedt niet alleen ruimte, maar (juist) ook begrenzing. Afhankelijk van de situatie, waarbij in het bijzonder ook de wensen van de betrokkene relevant kunnen zijn, zal de rechter in meer of mindere mate specifiek kunnen zijn en concrete grenzen kunnen stellen'.[212] Keurentjes meent dat er voor beide benaderingen wat te zeggen valt: '[e]en *carte blanche* staat op gespannen voet met de uitgangspunten van de wet en te veel differentiatie maakt dat de rechter wel erg dicht tegen de zorg aanschurkt. Beide handelwijzen hebben ook wel een voordeel. De ruime toekenning qua modaliteit en duur biedt effectief meer mogelijkheden voor de zorgverantwoordelijke en kan gerechtvaardigd zijn omdat de zorgverantwoordelijke ze toch alleen maar mag inzetten, ook ondanks verzet, als er voldaan is aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid en omdat de mogelijkheid van klacht en schorsing bestaat. Het voordeel van het beperken en precies omschrijven wat de maximale toepassingstermijn per modaliteit is dat het meer rechtszekerheid en duidelijkheid biedt voor betrokkene. Wat de overhand zal krijgen, zal de toekomst ons leren.'[213] Ook Dijkers ziet die twee kanten van de medaille: een te krap bemeten ZM vraagt om de haverklap om een nieuwe zitting om de machtiging aan te passen; een te ruim bemeten machtiging biedt weinig rechtsbescherming.[214]

Zodra het zorgplan gereed is, wordt dat aan de GD overlegd die het moet goedkeuren. Vervolgens draagt de GD het zorgplan en – voor zover aan de orde – de zorgkaart en het eigen plan van aanpak over aan de OvJ. De GD geeft daarbij ook aan of het zorgplan voldoet aan de algemene uitgangspunten voor verplichte zorg, en of het eigen plan van aanpak (zie par. 2.4.6.) voldoet aan het uitgangspunt dat geen ernstig nadeel ontstaat (art. 5:15).

Medische verklaring[215]

Het is voorts de taak van de GD om zorg te dragen voor de medische verklaring en die aan de OvJ te doen toekomen. Dit document is essentieel voor de OvJ om goed te kunnen afwegen of hij een verzoek tot afgifte van een ZM bij de rechter zal indienen.
Aan de positie van de arts die de verklaring opstelt worden de nodige eisen gesteld (art. 5:7): hij moet psychiater zijn en over de bijbehorende specialistentitel beschikken (zie art. 14 Wet BIG);[216] hem mogen geen tuchtrechtelijke beperkingen of beperkingen van de bevoegdheid tot beroepsuitoefening zijn opgelegd; hij functioneert onafhankelijk ten opzichte van de zorgaanbieder (hij hoeft over de

211 Keurentjes 2021, p. 58.

212 Widdershoven, *TvGR* 2019, p. 330-331.

213 Keurentjes 2021, p. 58-59.

214 Dijkers, *TvGR* 2017, p. 32-33.

215 Zie hierover A.J.K. Hondius, De medische verklaring in de Wet Verplichte GGZ, *JGGZR* 2019, afl. 2.

216 Door deze eis wordt voldoende recht gedaan aan (de rechtspraak inzake) art. 5 EVRM. Gewezen kan worden op o.a. de arresten Winterwerp en Varbanov en de nationale jurisprudentie die daarop voortborduurt. Zie Keurentjes 2021, p. 54-55, die in noot 49 verwijst naar Hoge Raad 18 september 2015, ECLI:NL:HR:2015:2747, JGZ 2015/38, m.nt. Dijkers.

inhoud geen verantwoording af te leggen); en hij heeft minimaal één jaar geen zorg aan de betrokkene verleend.[217] Met die laatste voorwaarde (de 1-jaarseis) is niet iedereen gelukkig. Keurentjes, die zich overigens in de strekking van die bepaling goed kan vinden, meent dat vooral de duur van het behandelcontact en de intensiteit daarvan bepalende toetsstenen zouden moeten zijn. Onder de huidige regeling is er tot zijn spijt geen ruimte meer om '(...) na minder dan een jaar tijdsverloop na zorgverlening, hoe incidenteel en summier wellicht ook, een medische verklaring op te stellen'.[218] Van de psychiater, die overigens wel in dienst van de zorgaanbieder mag zijn,[219] wordt in essentie verwacht dat hij de actuele gezondheidstoestand van betrokkene in beeld brengt en aangeeft of uit het gedrag van betrokkene als gevolg van zijn psychische stoornis ernstig nadeel voor hemzelf of anderen voortvloeit (art. 5:8). De psychiater moet in diens verklaring (die hij moet ondertekenen)[220] aandacht schenken aan de symptomen die de betrokkene vertoont en de diagnose (of voorlopige diagnose) van zijn psychische stoornis, de (causale) relatie tussen de psychische stoornis en het gedrag dat tot het ernstig nadeel leidt en de zorg die noodzakelijk is om het ernstig nadeel weg te nemen (art. 4:9). Als de betrokkene een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld of als er relevante politiegegevens, strafvorderlijke of justitiële gegevens over de betrokkene zijn, is dat voor de psychiater die de verklaring opstelt van belang en zal hij daarover (via de GD) moeten beschikken en hierover zo nodig met de betrokken huisarts en zorgverleners moeten overleggen (art. 4:10). Over het onderzoek dat de psychiater in het kader van het opstellen van de verklaring moet uitvoeren heeft de Hoge Raad als uitgangspunt geformuleerd dat daarvan onderdeel moet uitmaken persoonlijk contact met de betrokkene, of wel dat de psychiater en de betrokkene elkaar persoonlijk treffen en met elkaar kunnen spreken; ook kan de psychiater de patiënt op die manier 'live' observeren. Het is echter geen absolute eis:[221] afwijking is toegestaan als aan deze voorwaarde in redelijkheid niet kan worden voldaan (die situatie deed zich de afgelopen twee jaar regelmatig voor vanwege Covid-19 maatregelen).[222] Bij het afzien van persoonlijk contact zal de medische verklaring echter duidelijk moeten vermelden waarom persoonlijk contact niet mogelijk was (en wat is ondernomen om dat toch mogelijk te maken; bijv. huisbezoek), en op welke gronden de psychiater niettemin heeft geconcludeerd dat verplichte zorg noodzakelijk is. Ten slotte het punt van voldoende actualiteit van

---

217 Hoge raad 5 juni 2020, Zie ook ECLI:NL:HR:2020:1012, *NJ* 2020/347 m.nt. J. Legemaate.

218 Keurentjes 2021, p. 54.

219 Zie *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10, p. 86. De Hoge Raad heeft in 2020 het standpunt van de wetgever (Kam*erstukken II* 2013/14, 32399, nr. 10, p. 42) bevestigd dat zelfs de GD de rol van onafhankelijke psychiater kan vervullen mits hij voldoet aan de eisen ex art. 5:9, o.a. aanvoerende dat de GD geen controlerende rol heeft t.a.v. de inhoud van de medische verklaring en dat derhalve geen sprake is van schending van art. 5 of 6 EVRM; zie Hoge Raad 2 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1545, *JGZ* 2021/1 m.nt. W.J.A.M. Dijkers; *TvGR* 2021, m.nt. R.H. Zuijderhoudt. Zie ook Hoge Raad 16 juli 2021, ECLI:NL:HR:2021:1159 waarin de Raad oordeelt dat de GD '(...) geen zorg (...) [mag hebben] verleend aan betrokkene'.

220 De Hoge Raad: 'Opmerking verdient dat in de Wvggz en de daarbij behorende uitvoeringsregelingen niet uitdrukkelijk is bepaald dat een medische verklaring moet worden ondertekend. In de (...) [Wzd] is dat wel het geval (...). Aldus is voor een ieder duidelijk dat de onafhankelijke psychiater de inhoud van de medische verklaring voor zijn rekening neemt. Er is in de wetsgeschiedenis van de Wvggz geen aanknopingspunt te vinden voor de gedachte dat op het punt van ondertekening iets anders zou gelden voor een medische verklaring, opgesteld ten behoeve van het verzoek tot verlening van een machtiging in het kader van die wet. Hoge Raad 16 juli 2021, ECLI:NL:HR:2021:1143 (rov. 3.3).

221 Hoge Raad 25 september 2020, ECLI:NL:HR:2020:1509, *NJ* 2020/402 m.nt. J. Legemaate.

222 Zie voor een bespreking van de rechtspraak in het licht van Covid-19, Plomp, *TvGR* 2021, p. 506 en 509.

de verklaring. Een niet-actuele verklaring zal niet zo snel op voorhand leiden tot niet-ontvankelijkheid; dat laatste zal mede afhangen van de mondelinge behandeling van de verklaring ter zitting (een medische verklaring kan soms ter zitting worden geactualiseerd).[223]

De GD zendt alle relevante documenten naar de OvJ, en doet daarbij ook een voorstel voor een ZM (in de praktijk komt dit veelal neer op een verwijzing naar het zorgplan of de medische verklaring waarmee de GD instemt).[224]

2.4.8.2 Indiening van verzoekschrift door OvJ

Op basis van alle stukken beslist de OvJ of deze al dan niet ertoe overgaat om een verzoek tot een ZM bij de rechter in te dienen. Kernvraag daarbij is of is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg. Dat is zo wanneer het gedrag van de betrokkene dat voortvloeit uit diens psychische stoornis leidt tot (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel dat niet is weg te nemen via zorg op vrijwillige basis of minder bezwarende interventies. Voorts dient de voorgestelde verplichte zorg evenredig en effectief te zijn. De OvJ heeft maximaal vier weken de tijd om een beslissing (art. 5:16 lid 1) te nemen. Hij informeert daarover de betrokkene en diens vertegenwoordiger en advocaat, de GD, de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke en de aanvrager. Als de betrokkene de gelegenheid heeft gekregen een eigen plan van aanpak op te stellen, is de maximale termijn zes weken. De OvJ heeft grote moeite met het halen van de 4-wekentermijn, zo is sinds inwerkingtreding van de wet gebleken; [225] dit omdat de OvJ in de voorbereidingsfase van het verzoekschrift mede afhankelijk is van de GD die daarvoor alle relevante stukken moet aanleveren, waaronder de medische verklaring. De GD is ook zelf weer afhankelijk van samenwerkende partijen, zoals de zorgverantwoordelijke die samen met de betrokkene en diens vertegenwoordiger het zorgplan moet opstellen. Overigens verbindt de rechter niet de consequentie van niet-ontvankelijkheid of afwijzing van het verzoek aan het overschrijden van de 4-wekentermijn; dit laatste omdat het starten van een nieuwe procedure niet in het belang van de betrokkene is.[226] Wel kan overschrijding van de termijn ertoe leiden dat de betrokkene de rechter om een schadevergoeding ex art. 10:12 lid 3 (ten laste van de Staat) verzoekt die dan in principe zal worden toegekend, resp. dat de rechter de duur van de ZM bekort met het aantal dagen dat de termijn is overschreden (tenzij het verzoek een aansluitende ZM betreft en de nog lopende ZM nog niet is geëxpireerd).[227] Het OM heeft – tijdens een in het kader van dit evaluatieonderzoek gehouden expertmeeting met juridische partijen – aangegeven het niet redelijk te vinden dat een termijnoverschrijding de OvJ steeds wordt toegerekend, dus onafhankelijk van de vraag hoe die is ontstaan. Stagnatie in de voorbereiding van het verzoekschrift kan ook ontstaan doordat de GD de medische verklaring of het zorgplan in een te laat stadium aanlevert of doordat de betrokkene zelf voor vertraging zorgt omdat deze voor overleg over het zorgplan niet bereikbaar is.
In het geval van een positief besluit, dient de OvJ onverwijld het verzoekschrift met bijbehorende stukken (zorgkaart, zorgplan met bijlagen, medische verklaring, zorgkaart, politie- en justitiële

223 Zie Plomp, *TvGR* 2021, p. 507.

224 Keurentjes leidt dit af uit art. 5:17 lid 4. Keurentjes 2021, p. 49.

225 Mogelijk heeft ook de coronapandemie hierbij een rol gespeeld.

226 Hoge Raad 5 maart 2021, ECLI:NL:HR:2021:349.

227 Plomp, *TvGR* 2021, p. 511.

gegevens etc.) bij de rechter in; in het verzoekschrift neemt hij ook het voorstel voor de ZM op en geeft hij aan waarom aan de uitgangspunten en criteria van verplichte zorg is voldaan.

2.4.8.3 Beoordeling van verzoekschrift door rechter; afgifte van ZM

Het laatste onderdeel van de procedure die leidt tot een ZM is beoordeling van het verzoekschrift door de rechter die al dan niet tot afgifte besluit.

Zitting; hoorplicht

De zitting speelt daarbij een belangrijke rol die vanwege het belang van de bescherming van de privacy van de betrokkene achter gesloten deuren plaatsvindt. Tijdens die zitting die meestal buiten het gerechtsgebouw wordt gehouden en die bij voorkeur mondeling is, wordt het verzoekschrift in aanwezigheid van betrokkene en diens advocaat behandeld. Een belangrijk onderdeel van de zitting is het horen van de betrokkene (art. 6:1 lid 1): de rechter hoort de patiënt voordat hij beslist, tenzij hij vaststelt dat betrokkene niet in staat is of niet bereid is te worden gehoord.[228] Duidelijk is de situatie waarin de advocaat namens de betrokkene schriftelijk verklaart geen hoorzitting te willen ('referteverklaring); dan blijft deze normaalgesproken achterwege; er zijn echter situaties waarin de wens van de betrokkene op dit punt minder duidelijk naar voren komt. Dan dient de rechter aan de hand van criteria als ondubbelzinnigheid, bewustheid en vrijwilligheid een (in de uitspraak goed gemotiveerd) besluit over het horen van de betrokkene te nemen.[229]
Om het OM een meer zichtbare rol in de machtigingsprocedure te geven (het moet de OvJ – en niet de zorgverantwoordelijke of de GD – zijn die met betrokkene en diens advocaat standpunten over de aanvraag uitwisselt),[230] is in de Wvggz geregeld dat hij in beginsel bij de zitting aanwezig is en alleen verstek kan laten gaan als 'evident is dat een nadere toelichting of motivering van het verzoek door (...) [hem] niet nodig is' (artikel 6:1 lid 4). In de praktijk is het echter precies andersom: de OvJ is doorgaans niet op de zitting aanwezig.[231] Dit sluit aan bij experimenten binnen sommige arrondissementen waaruit naar voren kwam dat de aanwezigheid van de OvJ ter zitting niet nodig is tenzij er een strafrechtelijk aspect in de zaak speelt. Volgens Keurentjes is dat niet het juiste criterium;

---

228 Zie in dit verband een uitspraak van de Hoge Raad waarin hij oordeelde dat het in het kader van de rechterlijke hoorplicht '(...) gaat om meer dan hetgeen reeds voortvloeit uit het fundamentele beginsel van een behoorlijke rechtspleging dat iedere partij de gelegenheid moet krijgen om haar standpunt naar voren te brengen voordat de rechter een beslissing neemt. Ook dient immers zoveel mogelijk gewaarborgd te zijn dat aan iemand niet zijn vrijheid kan worden ontnomen zonder dat hij, zo hij dit wenst, zelf door de rechter wordt gehoord.' Hoge Raad 11 december 2020, ECLI:NL:HR:2020:2016, *NJ* 2021/96 m.nt. J. Legemaate.

229 Bij het ontbreken van een duidelijke verklaring van (de advocaat van) betrokkene moet de rechter verdergaand onderzoek doen en uitgebreider motiveren waarom hij (desondanks) concludeert dat betrokkene – ook als die bekend was met tijd en plaats van de door de rechtbank te houden mondelinge behandeling – niet wil worden gehoord. Zie Dijkers & Widdershoven 2021, aantek. hoofdstuk 6 (zorgmachtiging); zie ook Hoge Raad 16 juli 2021, ECLI:NL:HR:2021:1165; Hoge Raad 11 juni 2021, ECLI:NL:HR:2021:880.

230 Dit volgt uit het (binnen het procesrecht fundamentele) beginsel van hoor en wederhoor.

231 Dit beleid volgt uit een standaardformulering op de ZM-aanvraag dat de OvJ niet voornemens is de zitting bij te wonen; deze kan daartoe niettemin besluiten als het aan de rechtbank overgelegde dossier nog niet volledig (gemotiveerd) is. Keurentjes 2021, p. 70-71.

het ligt zijns inziens meer in de rede de aanwezigheid van de OvJ '(...) te verlangen wanneer de betrokkene, de zorgverantwoordelijke of de (...) [GD] dit op voorhand heeft aangegeven, of wanneer de rechter dit noodzakelijk vindt'.[232]
Naast de betrokkene en diens advocaat, en in uitzonderingssituaties de OvJ, is het gebruikelijk dat op de zitting ook een 'medische informant' wordt gehoord; dit kan de behandelaar, de zorgverantwoordelijke, de GD of de opsteller van de medische verklaring zijn (art. 6:1 lid 6). Ook kan de rechter onderzoek door deskundigen bevelen en is hij bevoegd deze of andere deskundigen alsmede getuigen op te roepen (art. 6:1 lid 5).[233]

Uitspraaktermijn

Na de hoorzitting doet de rechter zo spoedig mogelijk uitspraak (art. 6:2), maar in elk geval binnen:

- drie weken na ontvangst van een verzoekschrift voor een ZM (nieuw; aansluitend op een CM of eerdere ZM; aangevraagd in het kader van art. 2.3 Wfz);[234]
- drie werkdagen na ontvangst van een verzoekschrift voor een ZM aansluitend op een zelfbindingsverklaring of een verzoek tot wijziging van een lopende machtiging.

De wetgever heeft niet voorzien in de mogelijkheid van verlenging van de beslistermijn na onderzoek door deskundigen (een omissie want via de rechtspraak van de Hoge Raad was daarin onder de Wet Bopz wel voorzien);[235] deze 'fout' wordt via de tweede reparatiewet hersteld. Het nieuwe art. 6:2 lid 4 luidde oorspronkelijk dat de rechter dan 'zo spoedig mogelijk' uitspraak doet (de rechterlijke macht kon geen vaste termijn noemen),[236] maar die termijn is intussen – via een met ruime meerderheid van stemmen aangenomen amendement van Van den Berg en Van de Laan – gewijzigd in een termijn van drie weken.[237] Het overschrijden van die termijn heeft – anders dan bij de overschrijding van de 4-wekentermijn door de OvJ – tot gevolg dat de ZM niet kan worden afgegeven dan wel dat een lopende machtiging eindigt.

Toetsing aan criteria; aanvulling ZM[238]

De rechter verleent de aangevraagde machtiging als naar zijn idee ten aanzien van de voorgestelde vormen van verplichte zorg en de daaraan gekoppelde termijnen is voldaan aan de wettelijke criteria en de in de aanvraag gestelde doelen van verplichte zorg (art. 6:4 lid 1). De rechter kan in het licht van

---

232 Keurentjes 2021, p. 70-71.

233 De rechter roept ook door de betrokkene opgegeven deskundigen en getuigen op, tenzij hij van oordeel is dat redelijkerwijs valt aan te nemen dat betrokkene door het achterwege blijven daarvan niet in zijn belang wordt geschaad. De door de rechter gemaakte kosten in dit verband komen ten laste van de staat.

234 De termijn van 3 weken wordt met maximaal 2 weken verlengd als de betrokkene een eigen plan van aanpak opstelt.

235 Keurentjes 2021, p. 72-73.

236 *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 6, p. 8.

237 Zie *kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 39. Art. 6:2 lid 4 Wvggz komt daardoor te luiden: 'Indien de rechter toepassing geeft aan het bepaalde in artikel 6:1 lid 5, kan de termijn, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a, b, c of e, met drie weken worden verlengd'.

238 Zie voor vraagstuk van verlangde mate van gedetailleerdheid van de ZM ook par. 2.4.8.1, onder 'Zorgplan'.

die toets bepaalde vormen van verplichte niet opnemen of nadere voorwaarden aan (bepaalde vormen van) verplichte zorg verbinden, dat wil zeggen dat de zorgverantwoordelijke betrokkene alleen in bepaalde omstandigheden of gedurende een bepaalde termijn tot een bepaalde vorm van zorg kan verplichten ('voorwaardelijke fiattering verplichte zorg').[239]

Op grond van de wet kan de rechter, indien deze van oordeel is dat aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan, maar met de in het zorgplan of de medische verklaring opgenomen vormen van verplichte zorg het ernstig nadeel niet kan worden weggenomen, kan hij in de ZM in afwijking van het zorgplan andere verplichte zorg opnemen (art. 6:4 lid 2). Deze bevoegdheid heeft de Hoge Raad in een arrest van januari 2021 echter wel ingeperkt in die zin dat het de rechter niet vrijstaat om aanvullende vormen van verplichte zorg (zoals gedwongen opname in een accommodatie) in de ZM op te nemen indien de OvJ daarom niet heeft verzocht, zelfs niet als de psychiater deze vorm in de medische verklaring heeft 'aangekruist' als noodzakelijke vorm van verplichte zorg. De Hoge Raad stelt dat hieraan art. 5 lid 1, aanhef en onder e EVRM, art. 15 lid 1 Grondwet en art. 23 Rechtsvordering in de weg staan.[240] De regering beoogt dit probleem via de tweede reparatiewet op te lossen door art. 6:4 lid 2 zodanig te wijzigen dat de rechter *in afwijking van het verzoekschrift van de OvJ* andere vormen van verplichte zorg in de ZM kan opnemen dan die zijn voorgesteld. Keurentjes benadrukt dat de rechter in de uitoefening van deze bevoegdheid buiten zijn expertiseterrein treedt en dus '(...) goed [zal] moeten luisteren naar wat de deskundigen hierover zeggen'.[241]

Looptijd ZM

De rechter is bij het afgeven van een machtiging gebonden aan maximumtermijnen (art. 6:5). Een nieuwe of eerste machtiging kan voor maximaal zes maanden worden afgegeven. Voor de berekening van de einddatum van de ZM wordt de dag waarop deze ingaat (de dag waarop de rechter de beschikking afgeeft) niet meegeteld. Indien op 1 februari, 15 maart of 30 juni een zorgmachtiging voor een periode van zes maanden ingaat, verstrijkt de geldigheidsduur van de zorgmachtiging op 1

37 WvSr (art. 6:5 onder b). Voor situaties van langdurige of chronische psychiatrische problematiek biedt de wet de mogelijkheid van een ZM voor maximaal twee jaar, mits aan de betrokkene gedurende vijf aaneengesloten jaren verplichte zorg is verleend (bij het berekenen van de termijn mogen ook de Wet Bopz-machtigingen of plaatsingen onder art. 37 WvSr worden meegeteld).[242]

Wijziging lopende ZM

In geval de zorgverantwoordelijke meent dat andere vormen van verplichte zorg noodzakelijk zijn dan waartoe hij op grond van een lopende machtiging bevoegd is en waartegen de betrokkenen zich verzet, kan wijziging van de machtiging plaatsvinden via een verzoekschrift aan de OvJ en goedkeuring daarvan door de rechter. De wet stelt daaraan wel de eis dat een dergelijke aanpassing aansluit op het verlenen van verplichte zorg in een tijdelijke noodsituatie (art. 8:12 lid 3). De zorgverantwoordelijke zal een ZM evenwel ook buiten de situatie van tijdelijke nood willen aanpassen; de lagere rechtspraak lijkt hiervoor ruimte te laten en de Hoge Raad heeft deze jurisprudentielijn inmiddels bevestigd.[243]

2.4.8.4 Beëindiging van ZM

Aan een ZM kan op verschillende manieren een einde komen. In de eerste plaats kan een machtiging expireren. Een ZM heeft een maximale looptijd (6 maanden, 12 maanden, 2 jaar) en vervalt bij het verstrijken van die termijn tenzij door de OvJ een aansluitende machtiging is aangevraagd (art. 6:6, onder a). De OvJ moet in dat laatste geval vier weken voor het aflopen van de gestelde termijn een verzoekschrift indienen voor een nieuwe machtiging; de looptijd van de ZM wordt dan verlengd met maximaal drie weken, de termijn die de rechter heeft om te beslissen op het nieuwe machtigingsverzoek.[244] In de tweede reparatiewet wordt de termijn voor indiening van een aansluitende machtiging op een *eerste* ZM (zes maanden) gewijzigd in: voor het einde van het verstrijken van termijn. Op deze wijze beoogt de wetgever aan het praktijkprobleem van termijnoverschrijdingen tegemoet te komen.[245]
Zodra de rechter de aansluitende ZM heeft afgegeven (voor maximaal 12 maanden; zie art. 6:5, onder b) vervalt de lopende machtiging van rechtswege (art. 6:6, onder d). Hiernaast komt een machtiging te vervallen als de GD meent dat deze beëindigd moet worden. Zodra het hiertoe strekkende besluit onherroepelijk is geworden houdt de ZM op te bestaan. Als de GD de ZM niet wil beëindigen, kan een aanvrager zich wenden tot de OvJ die de rechter kan verzoeken tot beëindiging van (alle vormen van verplichte zorg in) de ZM. Beëindiging van een machtiging impliceert dat hieraan geen verdere voorwaarden of beperkingen worden gesteld.[246]

---

242 Deze mogelijkheid is via de eerste reparatiewet gerealiseerd.

243 Hoge Raad 19 februari 2021, ECLI:NL:HR:2021:272, *NJ* 2021/162 m.nt. J. Legemaate, *JGZ* 2021/21 m.nt. W.J.A.M. Dijkers.

244 Zie ook Hoge Raad 4 juni 2021, ECLI:NL:HR:2021:818.

245 Zie nieuw art. 6:6 lid 2; zie *kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 2, p. 3.

246 Worden er nadere voorwaarden aan beëindiging van de ZM gesteld (de zegt er niets over, maar laat er wel ruimte voor) of worden bepaalde onderdelen, zoals het ontvangen van bezoek opgeheven, dan kan van formele beëindiging van de ZM dus niet worden gesproken. Zie Keurentjes 2021, p. 81.

2.4.9 Crisismaatregel door burgemeester

In een situatie van acuut gevaar (crisissituatie) moet door de GGZ snel kunnen worden ingegrepen. De betrokkene heeft dan onmiddellijk zorg nodig. Als deze zich in zo'n situatie tegen noodzakelijke zorg verzet en de situatie dermate zorgwekkend is (de betrokkene is ernstig ziek) dat de procedure voor een ZM niet kan worden afgewacht, kan het nemen van een CM noodzakelijk zijn (zie art. 7:1 e.v. Wvggz). De CM is de opvolger van de inbewaringstelling (IBS) onder de Wet Bopz. De CM vertoont vele parallellen met de vroegere IBS; zo is het wederom de burgemeester (en niet de rechter) die het besluit over de maatregel inzake verplichte zorg neemt, en zijn de termijnen en de daarbij in acht te nemen voorwaarden voor een groot deel gelijk gebleven. Zo is deze maatregel net als onder de Wet Bopz ten hoogste drie dagen geldig,[247] tenzij de OvJ voor afloop van de termijn bij de rechter een verzoek om voortzetting van de maatregel heeft ingediend. Als de rechter niet besluit tot voorzetting van de CM is de verlenging maximaal 3 dagen (zonder mee-telling van een weekenddag of een feestdag), als die daar wel toe besluit maximaal 3 weken. Vraag is overigens wel wanneer de termijn van de CM – die direct uitvoerbaar is en niet door beroep van de betrokkene kan worden geschorst – ingaat. Telt de dag van afgifte mee, of begint de termijn pas te lopen op de eerstvolgende dag?[248] Een verschil tussen de oude Wet Bopz-maatregel en de nieuwe CM is dat de burgemeester daarin moet aangeven welke verplichte zorg noodzakelijk is om de crisis af te wenden (dat doet hij op basis van de medische verklaring van de psychiater; zie hierna).
Over het voorstel van de regering om de burgemeester opnieuw de bevoegdheid tot het nemen van een CM te geven, is tijdens de parlementaire behandeling wel discussie gevoerd. De Raad voor de Rechtspraak had daar bedenkingen bij omdat de burgemeester in zijn visie niet over voldoende inhoudelijke expertise beschikt; de Raad adviseerde de beslissingsbevoegdheid in de nieuwe wet neer te leggen bij bijv. de OvJ of een landelijk opererende verplichte GGZ-rechter. Een tegenovergesteld standpunt werd ingenomen door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten die de burgemeester – vanwege diens taak de openbare orde en veiligheid te bewaken – juist wel geschikt voor die rol achtte. De regering had begrip voor beide standpunten, maar besloot uiteindelijk toch op de oude voet voort te gaan. Naast het 'openbare orde-argument' was voor de regering van belang dat tijdens de parlementaire behandeling door verschillende partijen was benadrukt dat de toenmalige IBS-procedure naar tevredenheid verliep, en dat dit mede kwam door de goede ICT-infrastructuur die het proces ondersteunde (het opzetten van een nieuwe piketdienst en faciliterend ICT-systeem betekent per definitie uitvoeringsproblemen).[249] Keurentjes waarschuwt dat niet uit het oog verloren moet worden dat een CM eerst en vooral bedoeld is '(...) voor iemand die psychisch ernstig ontregeld lijkt te zijn en voor wie zorg noodzakelijk is. Daar kan ook de openbare orde baat bij hebben maar dat is iets anders dan de maatregel te gaan hanteren als middel om de openbare orde te handhaven. Het is en blijft een noodmaatregel die mag worden ingezet als er geen tijd is om de normale procedure

247 De oorspronkelijke wettekst hield geen rekening met het feit dat de termijn ook in het weekend of op een feestdag kan eindigen. Om die weg te nemen is via de eerste reparatiewet aan art. 7:4 toegevoegd dat wanneer de termijn eindigt op een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet, deze wordt verlengd tot en met de eerstvolgende dag die niet een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag is.

248 Zie ook Keurentjes 2021, p. 91-92 die het logisch zou vinden wanneer die – net als onder de Wet Bopz – op de eerstvolgende dag aanvangt.

249 *Kamerstukken II 32399*, nr. 3, p. 21-22.

voorafgaand aan een zorgmachtiging af te wachten'.[250] In de praktijk zal het overigens zeker niet altijd de burgemeester zelf zijn die de maatregel uitvaardigt, maar zal hij deze taak mandateren aan één of meerdere wethouders (zie art. 7:1 lid 2).

Bij een CM geldt op grond van art. 7:1 lid 1 dat:

— sprake is van onmiddellijk dreigend ernstig nadeel;[251]
— er een ernstig vermoeden is dat het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis dit dreigend ernstig nadeel veroorzaakt;
— met de CM het ernstig nadeel kan worden weggenomen.

Medische verklaring

De burgemeester kan zich geen oordeel vormen over de tweede eis als hij niet beschikt over een medische verklaring van een psychiater waarin deze aangeeft hoe hij de actuele gezondheidstoestand van betrokkene beoordeelt, en in hoeverre sprake is van onmiddellijk dreigend nadeel waarvan ernstig wordt vermoed dat dit het gevolg is van het gedrag van de betrokkene dat voortvloeit uit een psychische stoornis (ook als het oordeel luidt dat niet aan de criteria voor een CM is voldaan, moet de verklaring worden opgesteld). In de medische verklaring moet de psychiater ook aangeven welke verplichte zorg noodzakelijk is om de crisissituatie zo snel mogelijk te doen keren.[252] Omdat er in een crisissituatie weinig tijd is om een diagnose bij betrokkene te stellen is het voldoende '(...) dat er een ernstig vermoeden bestaat dat betrokkene aan een psychische stoornis lijdt.'[253] Onder de Wet Bopz en de rechtspraak van het EHRM gold dat de medische verklaring door een psychiater of een arts-assistent in opleiding tot psychiater kon worden opgesteld (de verklaring van de assistent moest dan zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen 24 door de psychiater worden bevestigd). Deze norm is via art. 5:7, aanhef Wvggz aangescherpt: alleen een psychiater kan nog zorgdragen voor de medische verklaring. Mogelijk gaat dit problemen opleveren indien een medische verklaring buiten kantoortijden wordt gevraagd. De taak van psychiater is onafhankelijk te oordelen over de toestand van de betrokkene en hem in het kader van die beoordeling persoonlijk te onderzoeken.[254] Het verzaken van die verantwoordelijkheid kan ertoe leiden dat de CM onrechtmatig is genomen.[255] Zowel de burgemeester als de psychiater die de medische verklaring opstelt kunnen de OvJ om nadere informatie vragen (art. 7:1 lid 4 en lid 5). Die levert desgevraagd aan de burgemeester aan gegevens over een eerder opgelegde CM of voortzetting daarvan, ZM, IBS of RM (art. 7:1 lid 4), en aan de

250 Keurentjes 2021, p. 83.

251 Zie voor invulling van ernstig nadeel art. 1:1 lid 2.

252 Zie model Medische verklaring in het kader van een beoordeling t.b.v. de voorbereiding van een CM; zie https://www.dwangindezorg.nl/uitvoering/wvggz/producten/informatieproducten/nvvp.

253 Het criterium voor een CM wijkt af van het criterium voor een ZM. De rechter kan die alleen afgeven indien er met zekerheid een psychische stoornis is vastgesteld. *Kamerstukken II 32399*, nr. 3, p. 77.

254 Zie art. 5:7. Onafhankelijk betekent – net als bij de procedure tot afgifte van een ZM – dat de psychiater niet bij de behandeling van de persoon in kwestie betrokken mag zijn (geweest). Zie ook onder medische verklaring in par. 2.4.8.1.

255 Zie de door Plomp (*TvGR* 2021, p. 512) genoemde uitspraken (Rechtbank Noord-Holland 4 februari 2020, ECLI:NL:RBNHO:2020:1018, *JGZ* 2020/27; Rechtbank Midden-Nederland 14 mei 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:2006)

psychiater politiegegevens en justitiële gegevens voor zover die relevant zijn voor de beoordeling van het ernstig nadeel (de OvJ laat dit achterwege indien het belang van enig strafrechtelijk onderzoek zich daartegen verzet).

Hoorplicht

De Wvggz introduceert een nieuw onderdeel in de procedure die leidt tot een CM: het horen van betrokkene door de burgemeester (art. 7:1 lid 3, onderdeel b). Overigens is de hoorplicht van de burgemeester strikt genomen niet nieuw: in de oude situatie (onder de Wet Bopz) was ook al sprake van een (geclausuleerde) hoorplicht – die volgde uit de artikelen 4:8 en 4:11 Awb.[256] In de praktijk waren burgemeesters zich hiervan echter niet bewust. De gedachte achter de hoorplicht is dat personen die mogelijk in aanmerking komen voor een CM daardoor beter worden beschermd. De burgemeester moet de betrokkene de gelegenheid hebben gegeven te worden gehoord. Het horen van betrokkene hoeft uiteraard niet als de betrokkene daar geen prijs op stelt (betrokkene kan dit op diens zorgkaart hebben aangegeven waarmee dan rekening moet worden gehouden). De burgemeester mag deze plicht echter niet te licht opvatten: hij zal moeite moeten doen om betrokkene te horen, en (in zijn besluit) moeten kunnen motiveren waarom hij het horen achterwege heeft gelaten. Het horen is 'vormvrij' (het kan overal plaatsvinden) en hoeft niet door de burgemeester zelf plaats te vinden;[257] hij kan het ook overlaten aan een derde die op dat moment in de aanwezigheid van de betrokkene is; deze moet dan wel op die taak berekend zijn, en hij mag niet inhoudelijk betrokken zijn bij de aanvraag van de CM (zoals het geval is bij de psychiater die de medische verklaring opstelt). Het delegeren van de hoorplicht aan een derde ontslaat de burgemeester overigens niet van zijn verplichting '(...) het hoorproces zo in te richten dat hij een zo goed mogelijk beeld krijgt van de wens van de betrokkene om te worden gehoord en – als betrokkene wenst te worden gehoord – wat dan het standpunt van betrokkene is'.[258]
Het horen van de betrokkene komt in de praktijk nog niet goed van de grond; dat gebeurt volgens het empirische deelonderzoek van deze evaluatie daadwerkelijk in minder dan 50% van de gevallen.[259] In een onderzoek van Rotterdamse masterstudenten Recht van de Gezondheidszorg[260] wordt als verklaring gegeven dat het horen van personen in crisis vaak moeilijk en belastend is, er vrijwel nooit toe leidt dat de burgemeester een andere beslissing neemt en een extra belasting voor burgemeesters vormt die de maatregel toch al onder hoge (tijds)druk moeten nemen; zij laten het horen dan ook vaak over aan derden. Dat laatste is toegestaan, maar lijkt niet de rationale achter deze plicht die immers ertoe strekt de positie van de betrokkene tegenover de instantie die hem verplichte zorg oplegt te versterken.[261] Afgezien van fundamentele vragen roept de hoorplicht bij een CM ook praktische vragen op, zoals of derden mondeling of schriftelijk over het horen aan de burgemeester

256 Zie hierover W. Dijkers, Wie hoort de Wvggz-burgemeester? *NJB* 2019, p. 946-953.

257 Hoge Raad 20 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1806. Zie ook Plomp, *TvGR*, 2021, p. 512.

258 Plomp, *TvGR* 2021, p. 512-513.

259 Zie hoofdstuk 3.

260 *De hoorplicht van burgemeesters. Een fundamenteel recht of een wassen neus?* Onderzoek in opdracht van VeiligheidsAlliantie Regio Rotterdam, Erasmus School of Law, 31 maart 2021. Het onderzoek stond onder leiding van prof. M. Buijsen van de Erasmus School of Law.

261 In die zin bijv. ook Dijkers, *NJB* 2019.

moeten rapporteren, wat voor de betrokkene het beste moment is om te worden gehoord, of er opleidingseisen aan personen die betrokkene horen, zouden moeten worden gesteld et cetera.

Tenuitvoerlegging

De burgemeester gaat binnen 24 uur over tot de tenuitvoerlegging van de CM (hij kan dit ook mandateren aan hulpofficieren van justitie) en kan daarbij de hulp inroepen van op dit terrein deskundige zorgverleners en politieambtenaren (de tenuitvoerlegging van de maatregel gaat automatisch over in de uitvoering ervan). Keurentjes ziet hierbij als mogelijk knelpunt dat er discussie ontstaat over degene die de betrokkene naar de beoordelingslocatie moet vervoeren. 'De politie is hiertoe steeds minder genegen omdat het niet tot hun takenpakket zou behoren'.[262]

2.4.10 Tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan CM

De Wet Bopz bevatte geen grondslag voor verplicht zorg bij betrokkene in de periode dat de burgemeester nog geen maatregel heeft afgegeven., terwijl zij in die fase vaak wel nodig is om de psychiater die de medische verklaring opstelt in staat te stellen betrokkene te onderzoeken en/of te observeren, maar ook om te voorkomen dat betrokkene wegloopt voordat de burgemeester zijn besluit heeft genomen. Via art. 7:3 Wvggz is dit probleem gerepareerd: '(...) indien redelijkerwijs mag worden verondersteld dat een crisismaatregel zal worden genomen, [mag] gedurende korte tijd verplichte zorg aan een persoon worden verleend. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om tijdelijk verplicht verblijf op een daarvoor geschikte locatie (zoals een crisisdienst)[263] en/of het gedwongen toedienen van medicatie. De wet bepaalt dat op grond van deze titel alleen verplichte zorg mag worden verleend indien die zorg:

- noodzakelijk is voor de voorbereiding van de crisismaatregel;
- niet langer wordt verleend dan nodig is om de procedure voor de crisismaatregel af te ronden (die periode mag nooit langer dan 18 uur resp. 12 uur zijn gerekend vanaf het moment dat betrokkene door een psychiater wordt onderzocht);
- wordt verleend door daartoe bevoegde personen.[264]

Van het verlenen van tijdelijke verplichte zorg door betrokken professionals worden de zorgaanbieder en de burgemeester die de maatregel in voorbereiding heeft in kennis gesteld (art. 7:3 lid 7).

262 Keurentjes 2021, p. 97.

263 Uit art. 7:3 lid 6 volgt dat de betrokkene uitsluitend naar een politiecel of cel van de Koninklijke Marechaussee mag worden overgebracht als deze wordt verdacht van het plegen van een strafbaar feit.

264 Zie art. 7:3 lid 4. Bevoegd zijn: degene die is belast met de uitvoering van ambulancezorg; de zorgaanbieder; de GD; de zorgverantwoordelijken die zorg verlenen op basis van vrijwilligheid; personen behorende tot door de minister van VWS aangewezen categorieën van deskundigen; een ambtenaar van politie die is aangesteld voor uitoefening van de politietaak. Die laatste mag geen verplichte zorg verlenen ex art. 3:2 lid 2, onderdeel a, zoals dwangmedicatie, maar de betrokkene wel fouilleren, insluiten, beperken in zijn bewegingsvrijheid of laten opnemen in aan accommodatie.

2.4.11 Machtiging tot voorzetting van CM

Een CM kan door de rechter met (maximaal[265] drie weken[266] worden verlengd indien de OvJ – op basis van het door de burgemeester genomen besluit en de medische verklaring – van oordeel is dat de maatregel gegrond is (art. 7:7 lid 1). [267] Hij dient daartoe een verzoekschrift voor een machtiging tot voorzetting van de CM bij de rechter in, uiterlijk een dag na ontvangst van de stukken (niet zijnde een zaterdag, zondag of feestdag). De rechter kan, in afwijking van het verzoekschrift van de OvJ besluiten tot het opnemen van andere vormen van verplichte zorg, en doet zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk drie dagen na ontvangst van het verzoekschrift uitspraak. Verschillende partijen, zoals de betrokkene zelf, zijn vertegenwoordiger en advocaat, de zorgaanbieder, de IGJ en de OvJ, ontvangen een afschrift van die beslissing. Tegen het betreffende besluit staat geen hoger beroep open (doch alleen cassatie bij de Hoge Raad).

De machtiging tot voorzetting van de CM vervalt op het moment dat (art. 7:10):

- de geldigheidsduur is verstreken;
- de rechter heeft beslist op het verzoekschrift van de OvJ tot afgifte van een – op de verlengde CM – aansluitende ZM ex art. 7:11;[268]
- de GD tot onvoorwaardelijke beëindiging van alle vormen van verplichte zorg, verleend onder de machtiging tot voorzetting van de CM, heeft besloten (in dat geval kan de duur van de machtiging tot voortzetting ook korter zijn van drie weken).[269]

2.4.12 Beroep tegen (voorzetting van) een CM

De betrokkene heeft drie weken om tegen een door de burgemeester genomen CM in beroep te gaan (art. 7:6 lid 1); dat beroep richt zich tegen de burgemeester en de gemeente is mogelijk schadeplichtig. Het beroep heeft geen schorsende werking. De rechter, die de burgemeester ter zitting kan verplichten te verschijnen, moet uiterlijk vier weken nadat het beroepschrift is ingediend uitspraak doen (art. 7:6 lid 4). De betrokkene kan ook beroep instellen tegen de beslissing van de

---

265 De rechter verleent in sommige gevallen een machtiging met een kortere duur. Zie Plomp, *TvGR* 2021, p. 516.

266 Gerekend vanaf de dagtekening van de beschikking van de rechter. Als de Wet Bopz-jurisprudentie nog steeds geldig is op dit punt, gaat de termijn een dag later pas lopen. Keurentjes 2021, p. 94.

267 De Hoge Raad stelde in cassatie (5 maart 2021, ECLI:NL:HR:2021:350, rov. 4.2) dat het weliswaar strookt met het stelsel van de Wvggz om een machtiging tot voortzetting van de CM te bewerkstelligen indien er na afloop van de geldigheidsduur van de CM nog steeds verplichte zorg noodzakelijk is, maar oordeelde teven dat '(...) het stelsel van de Wvggz (...) niet eraan in de weg [staat] dat een nieuwe crisismaatregel op de voet van art. 7:1 Wvggz wordt genomen nadat de geldigheidsduur van een eerdere crisismaatregel is verstreken, mits op dat tijdstip is voldaan aan de voorwaarden van art. 7:1 Wvggz'.

268 Op grond van art. 6:2 lid 1, onderdeel b vervalt de termijn drie weken na ontvangst van het betreffende verzoekschrift voor een ZM als bedoeld in artikel 7:11 lid 1. Daardoor kan de totale termijn van een voortgezette CM in combinatie met een aanvraag voor een aansluitende machtiging maximaal zes weken betreffen. De Hoge Raad oordeelde dat wanneer van een dergelijke verlenging sprake is de betrokkene niet afzonderlijk hoeft te worden gehoord (de machtiging tot voortzetting van een CM heeft betrekking op de gehele geldigheidsduur daarvan, inclusief de verlenging daarvan); Hoge Raad 22 januari 2021, ECLI:NL:HR:2021:107, rov. 3.5.

269 Zie art. 8:18.

rechter tot voortzetting van de CM. Hoger beroep tegen de beslissing van de rechter op beroep is niet mogelijk (art. 7:6 lid 6; art. 7:8 lid 5). Is er dan wel cassatieberoep mogelijk? Die mogelijkheid volgt niet rechtstreeks uit de wet, maar de Hoge Raad maakte snel na inwerkingtreding duidelijk dat, gelet op de doelstellingen van de wet, cassatieberoep tegen een dergelijke beslissing mogelijk is.[270] Dat zij ten aanzien van de CM (en de voorzetting daarvan) niet adequaat in de wet geregeld is, kan als een omissie van de wetgever worden beschouwd.[271]

2.4.13 Tijdelijk verplichte zorg in noodsituaties

Soms voorziet de ZM of een (verlengde) CM niet in vormen van verplichte zorg die op een gegeven moment wel onmiddellijk nodig zijn. Zo kan bijv. een eetstoornis zich zo ontwikkelen dat fixatie en dwangvoeding, ofschoon niet voorzien, noodzakelijk zijn om levensbedreigende ondervoeding bij betrokkene te voorkomen.[272] Welke interventies in een noodsituatie ('middelen en maatregelen' genoemd) kunnen worden toegepast, wordt bepaald in art. 4.1 Besluit verplichte ggz; het betreffende artikel perkt overigens de lijst van mogelijke interventies in niet-spoedeisende situaties (ex art. 3:2 Wvggz) niet verder in. De zorgverantwoordelijke kan hiertoe beslissen (indien de betrokkene zich verzet), mits die zorg tijdelijk noodzakelijk is om: ernstig nadeel af te wenden; de veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar verplichte zorg wordt verleend, te waarborgen; de rechten en vrijheden van anderen te beschermen; te voorkomen dat de betrokkene strafbare feiten pleegt. De zorgverantwoordelijke neemt zo'n beslissing schriftelijk en gemotiveerd (en noteert hierin ook het tijdstip van evaluatie) en deelt dit zo snel mogelijk mede aan de GD (dat geldt ook voor de beëindiging ervan) die ervoor zorgt dat de betrokkene, diens vertegenwoordiger en diens advocaat een afschrift van de beslissing krijgen en die hen op de hoogte stelt van de mogelijkheid hiertegen een klacht in te dienen en advies en bijstand te vragen aan de pvp en de fvp. De duur van tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie mag nooit langer zijn dan drie dagen (de duur wordt ook vermeld in het besluit van de zorgverantwoordelijke), tenzij de GD een verzoek tot wijziging van zorgplan en ZM bij de OvJ heeft neergelegd om de betreffende interventie(s) daarin op te nemen. Als de OvJ dat verzoek volgt, dient

---

270 Hoge Raad 5 juni 2020, ECLI:NL:HR:2020:1012, rov. 3.1.3: 'In het wetsvoorstel (...) Wvggz was aanvankelijk in hoofdstuk 1 (algemene bepalingen) bepaald dat op de procedure bij de rechter de bepalingen inzake de verzoekschriftprocedure in eerste aanleg en inzake cassatie uit het eerste en derde boek van het (...) [Rv] van overeenkomstige toepassing zijn, tenzij in de Wvggz anders is bepaald. In de vierde nota van wijziging is deze bepaling anders geformuleerd en verplaatst naar art. 6:1 lid 10 Wvggz (...) over de zorgmachtiging. In de parlementaire toelichting is uiteengezet waarom art. 6:1 lid 10 Wvggz anders werd geformuleerd. Uit die toelichting blijkt echter niet dat met verplaatsing van deze bepaling (...) een beperking is beoogd van de mogelijkheid cassatieberoep in te stellen tegen andere rechterlijke beslissingen (...) dan die over de zorgmachtiging, waaronder beslissingen over de crisismaatregel (art. 7:6 Wvggz) of de voortzetting daarvan (art. 7:8 Wvggz). Integendeel, de minister heeft in de toelichting bij de vierde nota van wijziging opgemerkt dat het de bedoeling is dat voor de procedure bij de rechter het bepaalde in de Wvggz uitgangspunt is, waarbij de bepalingen inzake de verzoekprocedure in eerste aanleg en cassatie uit het eerste en derde boek van het (...) Rv aanvullend werken (...)'.

271 Hoge Raad 5 juni 2020, ECLI:NL:HR:2020:1012 (rov. 3.1.3); Hoge Raad 5 juni 2020, ECLI:LN:HR:2020:1806 (rov. 3.2.1).

272 Keurentjes 2021, p. 103 geeft het volgende voorbeeld: het kan '(...) voorkomen dat insluiten niet in de (...) ZM is opgenomen of slechts voor de duur van bijvoorbeeld twee weken. Tijdens een opname, die wel was voorzien in de (...) ZM blijkt echter dat insluiting wel noodzakelijk wordt vanwege ernstige agressie van betrokkene richting anderen en spullen op de afdeling waar hij verblijft. (...) (...). Dan kan dat [insluiten] alleen (...) in de vorm van tijdelijke verplichte zorg (...)'.

deze onverwijld een verzoek tot wijziging bij de rechter in die voor haar besluitvorming (en het organiseren van de zitting) maximaal drie werkdagen heeft. Het beslissen over wijziging van de ZM in aansluiting op verplichte zorg in een noodsituatie geschiedt onder grote tijdsdruk en vraagt om een zeer snelle beoordeling door alle actoren van de kwestie of langduriger toepassing van de betreffende interventie bij betrokkene aan de daarvoor geldende criteria voldoet.[273] Tijdelijke verplichte zorg moet onmiddellijk worden beëindigd indien:

— de termijn in het besluit van de zorgverantwoordelijke (maximaal drie dagen) voorbij is;
— als de OvJ besluit geen verzoek tot wijziging van de ZM bij de rechter in te dienen;
— als de driedagen-termijn waarin de rechter moet oordelen over het verzoekschrift voorbij is;
— als de rechter op het wijzigingsverzoek heeft beslist; bij een positief besluit kan de zorgverantwoordelijke doorgaan met de interventie(s), maar is de grondslag daarvoor gewijzigd).

2.4.14 Uitvoering van verplichte zorg

De uitvoering van de verplichte zorg wordt in hoofdstuk 8 van de wet geregeld. Aan de uitvoering van verplichte zorg gaat de tenuitvoerlegging van een machtiging of maatregel vooraf (zie daarvoor de eerste paragraaf van hoofdstuk 8 Wvggz) die inhoudt dat maatregelen worden getroffen zodat de zorgaanbieder daadwerkelijk in staat is uitvoering te geven aan een ZM of CM.
De zorgverantwoordelijke is degene die verantwoordelijk is voor de uitvoering van verplichte zorg (hij is tevens verantwoordelijk voor het opstellen van het zorgplan). De Wvggz voorziet niet alleen, binnen de grenzen van de wet, in een bevoegdheid tot het uitvoeren van verplichte zorg, maar verschaft cliënten ook een aanspraak daarop (zie art. 8:7 lid 1). In het kader van de uitvoering van verplichte zorg kunnen alleen interventies worden toegepast waarin de betreffende machtiging of maatregel voorziet, behoudens noodsituaties waarin voor korte duur ook andere interventies kunnen worden ingezet (zie par. 2.4.13).

In het algemeen geldt terzake van de uitvoering van verplichte zorg dat de betrokkene (door de zorgaanbieder resp. de zorgverantwoordelijke) wordt geïnformeerd over een aantal zaken (wie GD en zorgverantwoordelijke zijn, dat deze/diens familie zich voor advies en bijstand tot pvp of fvp kan wenden, mogelijkheid om klacht in te dienen bij klachtencommissie, huisregels etc.; zie art. 8:3), dat een dossier wordt bijgehouden (8:4) en dat verplichte zorg in beginsel op basis van een multidisciplinaire richtlijn wordt toegepast (8:5). Zo'n integrale richtlijn verplichte ggz is nog niet tot stand gekomen en dat wordt door sommigen betreurd omdat die bij uitstek geschikt lijkt om nader te omschrijven aan welke (processuele en inhoudelijke) voorwaarden een zorgvuldig besluitvormingstraject inzake de toepassing van verplichte zorg *in de dagelijkse praktijk* dient te voldoen.
Bij uitvoering van verplichte zorg dient de zorgverantwoordelijke, alvorens zijn besluit daarover te nemen, zich van de actuele gezondheidstoestand van de betrokkene op de hoogte te hebben gesteld en met de betrokkene over de voorgenomen beslissing te hebben overlegd (art. 8:9 lid 1). Vervolgens

273 Keurentjes 2021, p. 105.

zal hij zijn besluit moeten toetsen aan de algemene uitgangspunten en criteria van verplichte zorg.[274] en dat vervolgens – schriftelijk en gemotiveerd – in het dossier van de betrokkene moeten vastleggen. Ook behoort de zorgverantwoordelijke bij elke beslissing op de voet van art. 8:9 lid 1, voor zover die niet strekt tot opname in een accommodatie, te onderzoeken of de betrokkene, beoordeeld naar diens gezondheidstoestand op dat moment, in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de beoogde verplichte zorg (art. 8:9 lid 4).[275] Dit laatste mede in het licht van het uitgangspunt dat wilsbekwaam verzet tegen een voorgenomen interventie door de zorgverantwoordelijke zal moeten worden gehonoreerd als het dreigende ernstig nadeel (voor zover niet acuut) alleen de betrokkene zelf betreft (zie art. 1:2 lid 6; zie ook par. 2.4.2).
De algemene uitgangspunten zoals die gelden voor besluitvorming over de toepassing van verplichte zorg gelden ongeacht de locatie van de uitvoering: ambulant[276] of in een accommodatie. Bij het nemen van een besluit over toepassing in de ambulante setting gelden naast de uitgangspunten en voorwaarden van de wet nog enkele aanvullende eisen die zijn geformuleerd in (art. 2.2 van) het Bvggz, zoals verplicht overleg met tenminste één andere deskundige bij die besluitvorming. Van belang is ook dat op het moment van voorgenomen uitvoering nog steeds is voldaan aan het 'ernstig nadeel criterium', dat wil zeggen dat sprake is van een concreet aanwezig (dreigend) gevaar voor de betrokkene of anderen ten gevolge van de psychische stoornis die bij de betrokkene is vastgesteld of waarop bij hem een ernstig vermoeden bestaat.

Op grond van art. 8:9 lid 3 dient de GD de betrokkene schriftelijk te laten weten dat ten aanzien van hem een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg is genomen. De GD moet dat zo spoedig mogelijk doen, waarbij de Hoge Raad heeft bepaald dat de aanvaardbaarheid van de termijn waarbinnen die kennisgeving plaatsvindt, afhangt van de omstandigheden van het geval.[277]
Een belangrijk instrument van de betrokkene om tegen de uitvoering van verplichte zorg op te komen is dat deze daarover kan klagen en een schadevergoeding kan vorderen als hij van oordeel is dat de uitvoering niet binnen de ZM of CM valt, of indien deze het niet eens is met de wijze waarop de verplichte zorg wordt toegepast (zie ook par. 2.4.16). De Hoge Raad bepaalde dat ook kan worden geklaagd over het feit dat niet conform de algemene uitgangspunten van verplichte zorg over de uitvoering daarvan is besloten.[278] Via de procedure ex hoofdstuk 10 Wvggz kan echter niet tegen de afgifte van een ZM of CM als zodanig worden geklaagd (zie art. 10:6 lid 2).

---

274 Die zijn o.a. dat er geen mogelijkheden tot vrijwillige zorg en geen minder bezwarende alternatieven zijn en dat de verplichte zorg proportioneel en effectief is; zie hoofdstuk 2 van de wet en art. 3:3.

275 Zie in die zin ook Hoge Raad 18 december 2020, ECLI:NL:HR:2020:2096, *JGZ* 2021/8 m.nt. T.P. Widdershoven; *NJ* 2021/97 m.nt. J. Legemaate. Widdershoven geeft in zijn noot (onder 6.) aan niet goed te begrijpen waarom het algemene uitgangspunt van art. 2:1 lid 6 Wvggz (wilsbekwaan verzet respecteren, tenzij ...) niet geldt voor beslissingen over verplichte die strekken tot opname in een accommodatie en kan voor die gedachtegang ook geen onderbouwing in de MvT vinden.

276 Bij toepassing van ambulante verplichte zorg gelden naast de uitgangspunten en voorwaarden van de Wvggz ook nog enkele aanvullende eisen die zijn geformuleerd in (art. 2.2 van) het Besluit vggz.

277 ECLI:NL:HR:2020:2096.

278 ECLI:NL:HR:2020:2096.

2.4.15 Informatieverstrekking en -uitwisseling

Op het thema 'gegevensverwerking' ziet paragraaf 6 van de Wvggz; deze paragraaf regelt:

- de categorieën gegevens die mogen worden verwerkt (art. 8: 22; onder andere gezondheidsgegevens en strafvorderlijke gegevens);
- de bewaartermijn van gegevens (een groot aantal gegevens moet 20 jaar worden bewaard; art. 8:32);
- vernietiging en geheimhouding van gegevens (art. 8:33 en art. 8:34);
- terbeschikkingstelling van gegevens door de ene actor aan de andere in het kader het opleggen en uitvoeren van verplichte zorg: het OM aan de OvJ (art. 8:23); de zorgaanbieder aan de IGJ (8:24 en 8:25) en de psychiater die de medische verklaring opstelt (8:26); de GD, zorgverantwoordelijke, burgemeester, politie en OvJ over en weer (art. 8:29);
- het verlenen van inzage in gegevens van overledenen ten behoeve van een claim of klacht of een zwaarwegend belang (art. 8:27);
- verstrekking van gegevens voor onderzoek of statistiek (art. 8:28);
- terbeschikkingstelling van gegevens aan de overheid die zij nodig heeft om een zorgvuldig en samenhangend beleid ter zake van verplichte zorg te voeren en stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen (art. 8:30).

Voor de gegevensverwerking is voorts hoofdstuk 3 (art. 3.1) van het Bvggz van belang dat specifieke bepalingen bevat voor het waarborgen van een goed beveiligde, vertrouwelijke, doelmatige en tijdige gegevensuitwisseling via technische en organisatorische maatregelen en een systeem dat verstrekking van actuele, juiste en volledige gegevens mogelijk maakt.

Naar (het functioneren van) de regeling voor gegevensverwerking kan vanuit verschillende perspectieven worden gekeken.
Om te beginnen het – door de wetgever vooropgestelde – perspectief van een adequate gegevensuitwisseling. Het systeem van de wet, in het bijzonder de procedures die leiden tot het opleggen en verlenen van verplichte zorg en het toezicht daarop, vereisen intensieve informatie-uitwisseling tussen alle bij de wet betrokken actoren. Als informatieverstrekking of -uitwisseling niet of gebrekkig plaatsvindt – omdat wettelijke grondslagen of technische voorzieningen daarvoor ontbreken – komt zorgvuldige besluitvorming over verplichte zorg (conform de criteria daarvoor) in gevaar, resp. kunnen de uitvoerders van de wet hun wettelijke taken en verantwoordelijkheden mogelijk niet of minder goed nakomen (daardoor lopen ze bijv. het risico dat ze niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen of dat ze door de betrokkene op het niet-naleven van bepaalde termijnen of informatieplichten conform de wet worden aangesproken). In het bijzonder speelt hier het probleem dat uitwisseling van informatie tussen het medische domein en het justitiële domein op bijzondere problemen kan stuiten vanwege de bijzondere bescherming van medische gegevens door het medisch beroepsgeheim resp. van justitiële gegevens vanwege het belang van strafrechtelijke opsporing en -vervolging. De Wvggz voorziet in een aantal grondslagen voor het delen van dergelijke gegevens (de noodzaak daartoe vloeit voort uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming en

bijzondere wet- en regelgeving, zoals de Wgbo en de Wet politiegegevens),[279] maar vraag is of die sluitend zijn. Zo bevat (art. 7:7 van) de wet bijv. geen grondslag voor het verstrekken van relevante politie, strafrechtelijke en justitiële gegevens door het OM aan de rechter die over voortzetting van een CM beslist. Uit het kwalitatieve onderzoek volgt in meer algemene zin dat vrijwel alle bij de wet betrokken actoren problemen ondervinden bij het tijdig beschikken over noodzakelijke gegevens of de gegevensuitwisseling.

Een ander perspectief is dan van adequate privacybescherming. De gegevensuitwisseling die nodig is, is zoals gezegd zeer omvangrijk, verloopt hoofdzakelijk digitaal, en behelst de meest privacygevoelige gegevens van toch al kwetsbare mensen.[280] Ook komen die gegevens in handen van partijen als de burgemeester en diens directe medewerkers terecht; zij kunnen zich tegenover justitie niet op een verschoningsrecht beroepen (zoals medisch zorgverleners) en zijn overigens ook niet zo vertrouwd als zorgverleners met de regels voor geheimhouding. Zoals hiervoor gezegd, is in de wet ter bescherming van de privacy van betrokkenen een algemene geheimhoudingsbepaling opgenomen (art. 8:34), maar de mogelijkheid om die te doorbreken is dusdanig ruim geformuleerd (geheimhouding is niet vereist als het verstrekken van gegevens uit een wettelijk taak voortvloeit) dat de vraag rijst of deze (veel) toevoegt aan de bestaande beroeps- en ambtsgeheimen van betrokken actoren.[281] Ook de toelichting op de bepaling die ziet op gegevensuitwisseling tussen verschillende actoren in het kader van hun taakuitvoering (art. 8:29) lijkt te wijzen op ruime mogelijkheden tot doorbreking van het beroepsgeheim nu daarin wordt gesteld dat het goed hulpverlenerschap daarvoor als grondslag kan fungeren.[282] De wetsbepaling is uiteindelijk toch strikter in de wet terecht gekomen dan mogelijk aanvankelijk de bedoeling was (in die zin dat het verstrekken van gegevens aan de aanvullende voorwaarde moet voldoen dat zij strikt noodzakelijk is ter voorkoming of beperking van ernstig nadeel) waardoor zij alles bijeengenomen voldoende recht doet aan het subsidiariteitsbeginsel. Bij het opnemen in de wet van nieuwe grondslagen voor het uitwisselen van bijzondere gegevens, in het bijzonder gegevens die onder het beroepsgeheim vallen, zullen die steeds aan dit binnen het privacy-

---

279 Binnen de wettelijke kaders van de Wvggz hebben de betrokken ketenpartijen (onder coördinatie van het Ketenprogramma implementatie Wvggz) verschillende handreikingen opgesteld die gepubliceerd zijn op https://wvggz-kct.nl/ketenproducten/handreikingen-wvggz.

280 Voordat de Wvggz in werking trad is door de ketenpartijen afgesproken dat zij mede vanwege die context gebruik zullen maken van veilige mail tenzij voor informatie-uitwisseling al een systeemkoppeling of portaal aanwezig is (zoals bij gegevensverkeer tussen OM en politie resp. rechterlijke macht). Uit een brief van staatssecretaris van VWS, Paul Blokhuis, d.d. 8 juli 2021, aan de Tweede Kamer (Antwoord op de moties Van Toorenburg/Kuiken, Van Wijngaarden c.s. en De Lange/Kuiken, enkele toezeggingen en de Wvggz (kenmerk 2378062-1010955-CZ) blijkt echter dat uit een eerste inventarisatie naar voren is gekomen dat veilige mail nog niet bij alle ggz-instellingen, gemeenten en rechtbanken gerealiseerd lijkt waardoor mogelijk beveiligingsrisico's spelen en de gegevensuitwisseling met onnodige administratieve lasten gepaard gaat. De Ketenpartijen willen via nadere uitvraag bij betrokken partijen nagaan wat de precieze problemen zijn en zullen snel actie ondernemen als blijkt dat verbetering nodig is. Ze wijzen er wel op dat het uiteindelijk de verantwoordelijkheid van die partijen zelf is om te voldoen aan de wettelijke eisen. De staatssecretaris besluit zijn brief met de mededeling dat de IGJ is gevraagd om najaar 2021 een onderzoek te doen naar informatiebeveiliging in de Wvggz-keten, met de focus op veilige mail.

281 Veelzeggend is dat de paragraaf over gegevensverwerking eindigt met de geheimhoudingsverplichting in plaats van ermee te beginnen, aldus Keurentjes 2021, p. 128.

282 Zie *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, 10, p. 106. Zie ook K. Zetsma, Gegevensuitwisseling bij bemoeizorg: goed geregeld?, *TvGR* 2021, p. 340-349 voor kanttekeningen bij deze grondslag voor doorbreking van de geheimhoudingsplicht van zorgverleners.

en dataprotectierecht verankerde beginsel moeten worden getoetst.[283]
Een laatste perspectief is ten slotte hoe cliënten tegen de bescherming van hun gegevens aankijken. Uit onder de Wet Bopz uitgevoerd evaluatieonderzoek kwam naar voren dat zij daarover de nodige zorgen hadden.[284] Het blijft van belang de vinger ook op dit punt goed aan de pols te houden.

2.4.16 Klachtecht en schadevergoeding

Binnen het systeem van rechtsbescherming zoals neergelegd in de Wvggz nemen de in hoofdstuk 10 opgenomen regelingen voor indiening van een klacht en een verzoek tot schadevergoeding een essentiële plaats in.[285]

Klachtenprocedure

Ten eerste de klachtenprocedure. Die is uitdrukkelijk niet bedoeld om te klagen tegen een door de rechter of de burgemeester opgelegde ZM of CM; hiertegen is alleen beroep mogelijk conform de daarvoor geldende regels van de Wvggz en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.[286] De regeling voorziet in de mogelijkheid voor de betrokkene, diens vertegenwoordiger of nabestaande om te laten toetsen of de verplichte zorg binnen de grenzen van de ZM of CM is gebleven, resp. volgens de hiervoor geldende regels is verleend.[287] In art. 10:3 worden de klachtgronden aan de hand van een abstracte lijst van wetsbepalingen (a t/m x) opgesomd. Die zijn ten opzichte van de klachtgronden in de Wet Bopz aanzienlijk uitgebreid.[288] Een vertaling hiervan in concrete 'klachtgronden' lijkt voor cliënten derhalve essentieel.[289] Dergelijke informatie zal vermoedelijk niet door de zorgaanbieder worden gegeven die op grond van art. 8:3 lid 1 gehouden is het bestaan van een klachtregeling bij cliënten onder de aandacht te brengen. Het zal dus eerder de advocaat of de PVP/FVP zijn die dergelijke cruciale rechtspositionele informatie aan de betrokkene of diens familie geeft. Maar langs welke weg de informatievoorziening ook loopt, voldoende transparantie moet daarbij het uitgangspunt zijn.[290] Overigens geldt daarnaast dat in geval van een concrete klachtwaardige

283 Zie in dit verband ook de brief van 11 februari 2016 van de Autoriteit Persoonsgegevens (Advisering tweede nota van wijziging Wet verplichte ggz) waarin de Autoriteit kanttekeningen plaatst bij de in de wet opgenomen grondslagen voor met name verwerkingen van bijzondere persoonsgegevens.

284 Zie *Kamerstukken II* 2013/14, 32399, nr. 13, p. 20.

285 Zie ook T.P. Widdershoven, Naar een 'soepele' Wvggz-klachtenbehandeling en schadevergoeding, *JGGZR* 2020, afl. 6.

286 Zie art. 10:6 lid 2 dat bepaalt dat de klachtencommissie een dergelijke klacht niet-ontvankelijk verklaart.

287 *Kamerstukken II* 32399, nr. 3, p. 28.

288 De NVvP waarschuwt voor de praktische gevolgen hiervan: 'De procedures vragen veel tijd en doordat de klachtencommissie beslissingen kan schorsen, kunnen ze vertraging in de behandeling opleveren'. Zij heeft daarom voorgesteld met het veld na te gaan in hoeverre de klachtgronden kunnen worden beperkt resp. hoe de klachtenprocedure kan worden aangepast. NVvP, *Uitwerking voorstellen reparatiewetgeving, bijlage bij petitieaanbieding - uitvoerbaarheid Wet verplichte ggz*, 13 februari 2020.

289 Vanzelfsprekend zullen ook de klachtencommissies van alle mogelijke klachtgronden op de hoogte moeten zijn; zie ook H.J. Hangelbroek, Klachtrecht in de Wvggz, *JGGZR* 2018, afl. 5-6.

290 Zie ook Widdershoven, *JGGZR* 2020, p. 4-5 die pleit voor passende uitleg over klachtwaardige beslissingen en over de mogelijkheid om daartegen in verzet te komen.

beslissing, de betrokkene geïnformeerd dient te worden over die klachtwaardigheid en over de mogelijkheid van advies en bijstand door de pvp.

In het kader van de klachtvoorziening staan twee zaken voorop: dat zij goed toegankelijk is, dat wil zeggen dat er zo min mogelijk drempels worden opgeworpen voor de betrokkene om diens klacht(en) door een klachtencommissie te laten beoordelen;[291] en dat er in alle onafhankelijkheid over een klacht wordt geoordeeld. Dat laatste punt is in de Wvggz beter gewaarborgd dan in de Wet Bopz het geval was: de klachtencommissie mag niet langer aan de instelling verbonden zijn; [292] als gevolg hiervan zijn er meerdere regionale klachtencommissies opgericht.[293]
Als de klachtencommissie zich bevoegd verklaart en de klacht ontvankelijk acht, wordt de klacht in behandeling genomen. De klachtencommissie kan besluiten dat de klachtprocedure schorsende werking heeft (art. 10:5 lid 1); uitgangspunt van de wetgever is echter dat van die mogelijkheid spaarzaam gebruik wordt gemaakt;[294] zij is primair bedoeld voor het schorsen van onevenredige of onredelijke interventies.[295] Zowel klager als de professional tegen wie de klacht is gericht moeten van de commissie de mogelijkheid krijgen te worden gehoord op een locatie die in elke geval voor de klager op eenvoudige wijze bereikbaar is (art. 10:4). Beiden kunnen zich laten bijstaan door een persoon die zij daartoe hebben aangewezen. De klachtencommissie kan een klacht gegrond of ongegrond verklaren (art. 10:6). In het eerste geval vernietigt zij de bestreden beslissing en de rechtsgevolgen daarvan geheel of gedeeltelijk; zij kan ook opdracht geven tot het nemen van een nieuwe beslissing of een andere handeling te verrichten en daaraan een termijn verbinden. De klachtencommissie neemt een schriftelijke en gemotiveerde beslissing binnen 14 dagen na ontvangst van de klacht (art. 10:5 lid 2), of binnen vier weken na ontvangst van de klacht als de beslissing of nakoming van een verplichting waarover wordt geklaagd inmiddels geen gevolgen meer heeft (art. 10:5 lid 3). Zowel de betrokkene (en diens vertegenwoordiger/nabestaande) als de zorgaanbieder kunnen tegen een uitspraak van de klachtencommissie bij de rechter in beroep gaan (zie art. 10:7 e.v.; de Hoge Raad bepaalde in zijn arrest van 18 december 2020[296] dat aanvullend op de bepalingen van de Wvggz de regels inzake de verzoekschriftprocedure uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van toepassing zijn). Naast de betrokkene, diens vertegenwoordiger en advocaat

---

291 Om te bewerkstelligen dat de betrokkene zo snel mogelijk na afgifte van een ZM of CM op de hoogte geraakt van de mogelijkheid een klacht in te dienen is in de wet bepaald dat de zorgaanbieder de betrokkene zo snel mogelijk (schriftelijk) over de klachtregeling informeert; zie art. 8:3 lid 1, onderdeel e.

292 Art. 10:1 lid 1 bepaalt dat '(...) de zorgaanbieder is aangesloten bij een door (...) cliëntenorganisaties en (...) organisaties van zorgaanbieders ingestelde klachtencommissie die bestaat uit een oneven aantal van ten minste drie leden die niet werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder en die zodanig is samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht is gewaarborgd'.

293 Een voorbeeld is de regionale klachtencommissie Midden Nederland.

294 *Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 100-101.

295 Schorsing betekent dat de behandeling wordt onderbroken hetgeen vanuit oogpunt van continuïteit van zorg een ingrijpende beslissing is; in de praktijk blijken klachtencommissies verschillend met de schoringsbevoegdheid om te gaan. Zie C. Grezel, Goed gebruik van de schorsingsmogelijkheid, *JGGZR* 2021, afl. 2, p. 79-81. Zie voor (kritische) reactie hierop A. Blok, Rechtvaardig gebruik van de schorsingsbevoegdheid bij psychiatrische dwang, *JGGZR* 2021, p. 165-170.

296 ECLI:NL:HR:2020:2096.

krijgen de GD, de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke en de IGJ[297] van het oordeel van de klachtencommissie een afschrift. De speciale klachtenprocedure in de Wvggz sluit de mogelijkheid van het indienen van een klacht over gedragingen van de zorgaanbieder (of van voor hem werkzame zorgverleners in het kader van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector) niet uit.

Schadevergoeding

Afgezien van de mogelijkheid van klagen en de consequenties voor de zorgverlening die daaruit kunnen volgen, biedt de wet ook de optie om in het kader van een klachtenprocedure of beroep bij de rechter om schadevergoeding te verzoeken (art. 10:11). Overigens kan de klachtencommissie of de rechter de betrokkene ook uit eigener beweging een schadevergoeding toekennen. Voordat de klachtencommissie of de rechter over schadevergoeding besluit, dient zij de zorgaanbieder hierover te horen. Het belangrijkste knelpunt in relatie tot de schadevergoedingsregeling lijkt het punt van de hoogte: die dient naar 'billijkheid' te worden vastgesteld. Vraag is of de klachtencommissies, die onder de Wet Bopz op dit punt geen ervaring hebben opgedaan, de deskundigheid hebben om dat goed te kunnen bepalen.[298] Het was de bedoeling dat het – op initiatief van Stichting PVP en MIND – door de Universiteit Van Amsterdam ontwikkelde forfaitaire systeem van schadevergoedingen in het kader van het Wvggz-klachtrecht ondersteuning[299] zou kunnen bieden en willekeur zou kunnen voorkomen;[300] het stelsel heeft in de praktijk echter nauwelijks voet aan de grond gekregen.[301] Bij dat laatste speelt mogelijk ook een rol dat een door GGZ Nederland in 2020 uitgebrachte handreiking aangaande de Wvggz-klachtenprocedure[302] hantering van een dergelijk stelsel afwijst.[303] Ook Grezel

---

297 Op die manier kunnen klachten zo nodig ook een signalerende functie in het kader van het overheidstoezicht hebben; *Kamerstukken II* 32399, nr. 3, p. 28.

298 Hangelbroek, *JGGZR* 2018. De NVvP vreest in meer algemene zin voor de 'aanzuigende werking' die mogelijk van het recht op schadevergoeding uitgaat. NVvP, 2020.

299 R.P. Wijne, *Schadevergoeding vragen aan een klachtencommissie als bedoeld in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg; wat is billijk?*, UvA oktober 2019 en Een billijke schadevergoeding als bedoeld in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: volledig en deels forfaitair, *TvGR* 2019, afl. 6, p. 433-449. Inmiddels is er een 'stelsel 2.0' waarin bedragen voor vormfouten zijn verlaagd en cumulatie van fouten en bedragen aan een maximum zijn gebonden.

300 'Een forfaitair stelsel gaat uit van standaardvergoedingen, waardoor juridisch ingewikkelde en tijdrovende vraagstukken deels vermeden kunnen worden. (...) Een forfaitair stelsel kan voorts de kans op willekeur doen verminderen, wat mede van belang is vanuit het perspectief van rechtsgelijkheid. En ook kan een forfaitair stelsel vanwege de daarmee geboden duidelijkheid, formele klachtprocedures helpen voorkomen,' aldus Stichting PVP in de notitie *Schadevergoeding en de Wvggz-klachtenprocedure: over de inzet van de Stichting PVP*.

301 Widdershoven wijst op de jurisprudentie die een terughoudend beeld vertoont (rechters stellen de schade liever vast aan de hand van de individuele omstandigheden van de betrokkene dan via een forfaitair systeem) en kritische reacties op het stelsel van de hand van Zuijderhoudt en Keurentjes (zie o.a. Rechtbank Zeeland-West Brabant 5 juni 2020, *JGZ* 2020/72 m.nt. R.H. Zuijderhoudt en Rb. Zeeland-West Brabant 2 juli 2020, *JGZ* 2020/73 m.nt. R.B.M. Keurentjes.

302 *Wvggz-klachtenprocedure; een handreiking voor zorgaanbieders met betrekking tot de klachtenprocedure en eventuele rechterlijke procedure van de Wvggz, met bijzondere aandacht voor de mogelijkheid om schadevergoeding te vorderen* – is opgesteld door Dirkzwager legal & taks (L.A.P. Arends e.a.) en uitgegeven door GGZ-Nederland/ Dirkzwager, 2020.

303 De opsteller van de handreiking hebben ook een (van het UvA-rapport) afwijkende visie op de reikwijdte van de schadevergoedingsregeling ex Wvggz; bijv. materiële schade zou hier in principe niet onder vallen.

heeft bedenkingen bij een forfaitair stelsel. Hier wreekt zich '(...) dat een goed bedoeld abstract model moeilijk inpasbaar is in de reguliere praktijk van een Wvggz-klachtencommissie.[304] Tegelijkertijd, aldus Grezel, '(...) verdient de gedachte van een landelijke leidraad steun. Zo zouden de ministers van VWS en Justitie en Veiligheid individuele praktijkervaring en beslissingen van klachtencommissies en rechters kunnen ophalen om te onderzoeken of een landelijke richtsnoer in de rede ligt'.[305] Zij krijgt op dit punt bijval van Widdershoven die '(...) elke aanpak die zou kunnen leiden tot dat wat met het [forfaitaire] UvA-stelsel werd beoogd' aanmoedigt; het gaat er om dat '(...) ook dit aspect van de rechtspositie van de Wvggz-cliënt op een goede wijze wordt vormgegeven'.[306]

2.4.17 Toezicht

In hoofdstuk 13 van de wet wordt toezicht en handhaving geregeld. Net als onder de Wet Bopz ligt de externe toezichtstaak bij de IGJ. Belangrijk aandachtspunt is dat het toezicht van de IGJ onder de Wvggz voor een deel moet plaatsvinden buiten de instelling, bij mensen thuis ('toezicht op afstand'). Tijdens de parlementaire behandeling is door de regering niet concreet gemaakt hoe de inspectie aan deze nieuwe vorm van toezicht invulling zou moeten geven. Duidelijk is wel dat de IGJ hiervoor bij mensen thuis moet kunnen komen, ook als ze dat niet willen. Om dat mogelijk te maken heeft de IGJ een binnentredingsbevoegdheid gekregen (art. 13:1 lid 2).[307] Deze houdt kort gezegd in dat IGJ-ambtenaren een woning mogen binnentreden (waarbij ze de hulp van politie en medewerkers kunnen inschakelen), aan betrokkene mogen vragen zich te legitimeren dan wel inzage in relevante bescheiden te verschaffen.[308] De bevoegdheid kan echter alleen worden ingezet indien er in de te betreden woning of verblijfsruimte verplichte zorg wordt verleend of wanneer de IGJ 'een gegrond vermoeden heeft dat [daar] verplichte zorg wordt verleend'.
Of en zo ja, in welke mate de IGJ van deze bevoegdheid gebruik zal maken, moet worden afgewacht. Vooralsnog heeft de IGJ nog geen reële invulling gegeven aan haar toezichtstaak in de ambulante setting (dit sluit aan op de situatie dat de ambulante zorg nog niet goed van de grond is gekomen) en ligt het accent op algemeen toezicht via analyse van de gegevens over verplichte zorg die zij krijgt aangeleverd. Als die gegevens daartoe aanleiding geven of als er meldingen bij de IGJ binnenkomen dat de wet niet goed wordt nageleefd,[309] kan zij de bij die meldingen betrokken actoren, zoals de GD en de zorgverantwoordelijke, vragen om inlichtingen (die moeten ze geven voor zover dat voor de

304 C. Grezel, Pleidooi voor een landelijke aanpak van de Klachtenregeling in de Wvggz, *JGGZR* 2021, afl. 2, p. 74-78.

305 Grezel, 2021, p. 77.

306 T.P. Widdershoven, Schadevergoeding en Wvggz-klachtrecht: van forfaitair naar leidraad? *JGGZR* 2021, p. 160-164.

307 De IGJ beschikt niet over de bevoegdheden ex art. 5:18 en 5:19 Awb, zoals het doorzoeken van voertuigen of woningen of het onderzoeken van spullen (art. 13:1 lid 2).

308 Keurentjes geeft als voorbeeld het zorgplan waarin de toegestane vormen van verplichte zorg (zouden moeten) staan. Keurentjes 2021, p. 156.

309 Art. 13:2: 1. Indien bij de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de verplichte zorg ernstig tekortschiet, doet hij daarvan melding aan de inspectie. 2. Indien de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke onvoldoende, niet of niet tijdig reageert op de klachten van de (...) [pvp] of de (...) [fvp] over de uitvoering van de verplichte zorg, kan de patiëntenvertrouwenspersoon of familievertrouwenspersoon dit melden aan de inspectie.

uitvoering van de inspectietaak nodig is; art. 13:1 lid 4) of inzage in het dossier van de betrokkene verlangen (art. 13:1 lid 3).[310]

2.5 Verhouding met aanpalende wet- en regelgeving

2.5.1 Wvggz-Wgbo

Met de inwerkingtreding van de Wvggz is het trekken van en scherpe grens tussen het bereik van die wet en de Wgbo lastiger geworden, ook al heeft de eerste wet in beginsel betrekking op psychiatrische zorg en de tweede (doorgaans, maar niet uitsluitend) op somatische zorg. Onder de Wet Bopz was er geen ruimte om een persoon die ten gevolge van zijn psychische stoornis behandeling van een ernstige en (levens)bedreigende somatische aandoening weigert, in het kader van die wet te behandelen; voor somatische behandeling bood toen alleen de Wgbo ruimte. De Wvggz brengt hierin verandering in die zin dat verplichte zorg of een gedwongen interventie in de zin van die wet ook gericht kan zijn op stabilisatie of herstel van iemands fysieke gezondheid (artikel 3:4 lid 2, onderdeel e). In het zorgplan voor de betrokkene kan dan zowel worden voorzien in zorg en dwang ter behandeling van de psychische stoornis als van de somatische aandoening. Maar als somatische behandeling het primaire of zelfs exclusieve doel van verplichte zorg is, kan dat niet onder de vlag van een CM of ZM op grond van de Wvggz. Dan valt toepassing van dwang onder de uitgangspunten van (in het bijzonder art. 465 lid 6 van) de Wgbo. Zie uitvoeriger par. 2.4.3.
Over de verhouding tussen de Wgbo en de Wvggz ten slotte nog het volgende. Die is te karakteriseren als een lex generalis-lex specialis verhouding, hetgeen betekent dat – waar bepaalde aspecten door beide wetten worden geregeld – de regels van de speciale wet voor die van de algemene gaan. Dat geldt bijvoorbeeld voor de specifieke bepalingen die de Wvggz kent voor doorbreking van het beroepsgeheim en de zeer uitvoerige informatieplichten die uit de Wvggz voortvloeien. Sommige elementen worden echter niet door de Wvggz geregeld, zoals het inzagerecht van patiënten of het gebruik van lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek.

2.5.2 Wvggz-Jeugdwet

De Wvggz is ook van toepassing op jeugdigen, maar bevat ten aanzien van deze doelgroep slechts enkele specifieke bepalingen. In dat verband zijn met name te noemen art. 1:3 (dat bepaalt wie de jeugdige tot en met 15 jaar dan wel van 16-17 jaar kan vertegenwoordigen) en art. 1:4 (dat regelt wanneer bij jeugdigen sprake is van verzet of instemming in de zin van de wet). Verder is een bijzondere bepaling te vinden in art. 2:1 dat de algemene uitgangspunten van de wet bevat. Volgens lid 9 van dat artikel moeten bij verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen zo nodig aanvullende zorgvuldigheidseisen worden gesteld. Voorts dienen de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de jeugdige en op diens deelname aan het maatschappelijk leven te worden betrokken bij de beoordeling van subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid van de verplichte zorg en indien mogelijk met ter zake deskundigen te worden besproken.

310 De bevoegd om dossiers in te zien (en de daaraan gekoppelde zwijgplicht en verschoningsrecht voor de IGJ) is in algemene zin geregeld in art. 39 lid 1, onderdeel b Gezondheidswet.

Als jeugdhulp noodzakelijk is in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid ernstig belemmeren, en als opneming en verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan de noodzakelijke jeugdhulp onttrekt, dan kan gesloten jeugdhulp plaatsvinden op basis een al dan niet voorwaardelijke machtiging gesloten jeugdhulp in de zin van de Jeugdwet en gelden de regels van hoofdstuk 6 van die wet voor de betreffende hulpverlening. De toepasselijkheid van de Jeugdwet roept met name vragen op over de relatie tussen beide wetten als zo'n machtiging is verleend ten aanzien van een jeugdige bij wie tevens sprake is van multiproblematiek, dat wil zeggen dat er naast of in combinatie met de binnen het domein van de jeugdwet vallende problemen sprake is van een psychische stoornis in de zin van de Wvggz. Indien vanwege die stoornis wordt ingezet op het opnemen van de jeugdige in een Wvggz-accommodatie (op basis van een ZM), wat is daarvan dan het gevolg? Vervalt de op de Jeugdwet gebaseerde machtiging dan, wordt zij tijdelijk geschorst of loopt zij zonder meer door?[311] Het antwoord kan worden afgeleid uit art. 1:1 lid 4 Wvggz dat bepaalt dat in zo'n geval de machtiging die op grond van hoofdstuk 6 van de Jeugdwet is verleend, wordt geschorst. Op die manier kan de jeugdige cliënt, mocht dat voor hem of haar beter zijn, toch worden heropgenomen in de gesloten jeugdinstelling zonder dat een nieuwe jeugdhulp-machtiging hoeft te worden verleend. Om te voorkomen dat de cliënt tussen wal en schip valt, is daaraan toegevoegd dat die schorsing pas effectief is zodra deze is opgenomen in een Wvggz-accommodatie.

2.5.3 Wvggz-kwaliteitswetgeving

In de zorg voor Wvggz-cliënten is naast de Wgbo ook algemene gezondheidszorgwetgeving van toepassing. Van die wetten krijgt alleen de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) in deze paragraaf kort aandacht. Het komt erop neer dat ook de aanbieder van zorg aan personen die onder de Wvggz vallen aan alle eisen van de Wkkgz moet voldoen waarbij een belangrijk uitgangspunt is dat – conform art. 2 van die wet – 'goede zorg' wordt verleend, dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht. Dat houdt ook in dat zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende professionele standaarden, dat de rechten van de cliënt[312] zorgvuldig in acht worden genomen en dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld. De verplichting in de Wvggz om zich aan te sluiten bij een (externe) klachtencommissie doet niet af aan de verplichting voor de zorgaanbieder om te voldoen aan de in de Wkkgz opgenomen regeling inzake de behandeling van klachten en geschillen. Het is uiteraard wel van belang om te zorgen dat de cliënt kan weten waar hij met zijn klacht naar toe moet gaan. De pvp kan daarbij voor de cliënt en/of diens vertegenwoordiger een ondersteunende rol spelen.

2.5.4 Wvggz-Avg

Naast de toepasselijkheid van de Wkkgz zijn ook de Algemene verordening gegevensbescherming (Avg) en de daarmee samenhangende Uitvoeringswet onverkort van toepassing op het domein van de verplichte zorg, of wel de in dat verband vereiste verzameling, uitwisseling en bewaring van cliënt

311 Zie over deze kwestie ook de Handreiking Samenloop van het Ministerie van VWS, december 2019.

312 Die zijn overigens niet alleen opgenomen in de Wvggz maar ook in de Wgbo.

gegevens. In dat verband zij verwezen naar de beschouwingen in par. 2.4.15 ('Informatieverstrekking en -uitwisseling').

2.6 Ter afsluiting

De Wvggz is in de ongeveer tien jaar dat zij in voorbereiding was (en de nodige wijzigingen onderging) uitgegroeid tot een omvangrijke en complexe wet. De belangrijkste aanleiding voor nieuwe wetgeving in de GGZ was de maatschappelijk gevoelde noodzaak om dwangtoepassing bij mensen met een psychische stoornis beter (lees: meer vanuit hun perspectief en volgens het uitgangspunt van ultimum remedium) te regelen. Binnen het nieuwe wettelijke systeem staat niet langer gedwongen opname van een cliënt centraal, maar gedwongen behandeling (de Wvggz is een 'behandelwet'); in dat kader wordt gestreefd naar minder dwang, meer zelfbeschikking en zoveel mogelijk betrokkenheid van familieleden. Belangrijke instrumenten die daartoe moeten leiden zijn de introductie van de 'zorgmachtiging' die ook dwang buiten de accommodatie legitimeert, meer mogelijkheden voor de betrokkene om eigen wensen en voorkeuren ten aanzien van dwangtoepassing kenbaar te maken (zorgkaart, eigen plan van aanpak, zelfbindingsmachtiging) en de nieuwe figuur van de 'familievertrouwenspersoon' die familieleden in verband met hun nauwere betrokkenheid bij de verplichte zorgverlening aan hun dierbare ondersteunt.
Over de noodzaak van een nieuw wettelijk systeem zijn alle partijen het eens: die was en is er. Maar de nieuwe wet(ssystematiek) roept nog veel vragen op. Een groot aantal is in dit hoofdstuk de revue gepasseerd. In hoofdstuk 10 worden de belangrijkste vragen en problemen nader uitgediept en waar mogelijk van oplossingen voorzien.

3

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: uitvoering in de praktijk in cijfers

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is erop gericht om inzicht te verkrijgen in de mate waarin procedures en instrumenten in de Wvggz in de praktijk worden toegepast, en wat daarbij de inzet van actoren is. Daartoe zijn kwantitatieve gegevens uit landelijke registraties opgevraagd bij verschillende organisaties en instanties.[313] Bovendien is gebruik gemaakt van gegevens die bij elkaar zijn gebracht in het kader van de periodieke Ketenmonitor Wvggz. De verzamelde gegevens zijn door de onderzoekers verwerkt en geanalyseerd met behulp van statistische programma's. De bevindingen en interpretaties van de gegevens zijn ter verificatie voorgelegd aan de bronhouders.

In principe worden gegevens op maandbasis gepresenteerd en die betrekking hebben op de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz, zodat zichtbaar wordt in hoeverre zich ontwikkelingen in de periode van januari 2020 t/m juni 2021 hebben voorgedaan. Indien dat niet mogelijk was vanwege het ontbreken van gegevens, of geen meerwaarde had, is ervoor gekozen om gegevens te presenteren over een kortere tijdsperiode, al dan niet op halfjaarbasis. Opgemerkt dient te worden dat niet voor alle procedures, instrumenten et cetera landelijke kwantitatieve gegevens beschikbaar waren. Voorbeelden zijn de toepassing van de zorgkaart en het verlenen van rechtsbijstand door de advocaat aan betrokkenen die te maken krijgen met verplichte zorg.

Het hoofdstuk begint in par. 3.2 met het bespreken van gegevens omtrent de uitvoering van de opeenvolgende stappen binnen de procedure voor een zorgmachtiging (ZM). In deze par. wordt ook een vergelijking gemaakt met de situatie ten tijde van de Wet Bopz wat betreft het aantal rechterlijke uitspraken omtrent machtigingen. Daarna wordt in par. 3.3 stilgestaan bij gegevens over de toepassing van de procedure voor een crisismaatregel (CM), en de machtiging tot voortzetting daarvan. Ook wat betreft het aantal rechterlijke uitspraken aangaande voortgezette maatregelen wordt een vergelijking gemaakt met de situatie onder de Wet Bopz. Vervolgens wordt ingegaan op gegevens over het vertrouwenswerk zoals uitgevoerd door respectievelijk de patiëntenvertrouwenspersoon (par. 3.4) en de familievertrouwenspersoon (par. 3.5). In par. 3.6

313 Deze bronhouders worden in de paragrafen genoemd.

worden gegevens besproken over de mate waarin gebruik is gemaakt van de klachtenprocedure. Elke paragraaf eindigt met een samenvatting, terwijl het hoofdstuk eindigt met een korte afsluiter (par. 3.7).

3.2 Zorgmachtiging

In het geval er geen sprake is van een crisis met onmiddellijk dreigend ernstig nadeel, wordt de procedure van de ZM gevolgd om te komen tot verplichte zorg. Terwijl er onder de Wet Bopz nog verschillende rechterlijke machtigingen bestonden, is er in de Wvggz sprake van één machtiging. Een belangrijk verschil met de komst van de Wvggz is dat de rechter moet beoordelen of de betrokkene onderworpen mag worden aan verplichte zorg, en zo ja, aan welke vormen daarvan en voor welke duur. Daarbij kan het ook gaan om vormen van ambulante verplichte zorg. De rechter kan een verzoek tot een ZM toewijzen als voldaan wordt aan de volgende criteria:

- Er dient sprake te zijn van een psychische stoornis. Die zal moeten blijken uit de medische verklaring en de overige stukken, zoals het zorgplan en de bevindingen en het voorstel van de geneesheer-directeur (GD).
- Er zal ernstig nadeel moeten voortvloeien uit het gedrag van betrokkene, dat voortkomt uit die stoornis. Dat ernstig nadeel kan bestaan uit nadeel voor betrokkene zelf, maar ook, of alleen, uit nadeel voor andere personen of voor personen of goederen in het algemeen.
- Dat ernstig nadeel kan alleen worden weggenomen of verminderd door het toepassen van verplichte zorg. Die zorg moet doelmatig zijn, proportioneel en voldoen aan de subsidiariteitseis. Bovendien moet de veiligheid van betrokkene, maar ook van de zorgverleners, zoveel als mogelijk worden geborgd.
- Voldoende mogelijkheden voor zorg op vrijwillige basis moeten zijn geprobeerd.

Verschillende personen of instanties kunnen een aanvraag indienen bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden.[314] Nieuw daarbij is de gemeentelijke route die via een binnengekomen melding over een persoon die mogelijk verplichte zorg nodig heeft, en het daaropvolgend uit te voeren verkennend onderzoek, kan uitmonden in een aanvraag. De officier – die de verzoekersrol heeft – coördineert de voorbereiding van een ZM procesmatig, terwijl de GD het zorginhoudelijke deel van de voorbereiding regisseert. Nadat een GD de betrokkene schriftelijk heeft geïnformeerd dat een voorbereidingsprocedure is gestart, heeft de officier maximaal vier weken de tijd om te beslissen om het verzoekschrift al dan niet in te dienen bij de rechter.[315] De Wvggz biedt betrokkenen verschillende mogelijkheden om tijdens de voorbereiding voor een ZM hun eigen wensen en voorkeuren in te brengen, zoals het gebruikmaken van een zelfbindingsverklaring of het opstellen van een zorgkaart. Ook kan de betrokkene in de gelegenheid worden gesteld om verplichte zorg te voorkómen door een eigen plan van aanpak op te stellen.[316] Nadat de officier een

314 Een officier van justitie (ambtshalve), een college van burgemeester en wethouders, een GD, een persoon die op beroepsmatige basis zorg verleent aan betrokkene, een forensische zorgaanbieder, of een ambtenaar van de politie.

315 Overschrijding van de 4-wekentermijn leidt overigens niet tot het niet-ontvankelijk verklaren, of het afwijzen, van het verzoek door de rechter. Dit omdat het starten van een nieuwe procedure niet in het belang van de betrokkene is.

316 In dat geval wordt de beslistermijn voor de officier met twee weken verlengd, tot maximaal zes weken.

verzoekschrift voor een ZM bij de rechter heeft ingediend, heeft deze uiterlijk drie weken om te beslissen om al dan niet een ZM af te geven.[317] Een initiële ZM kan voor maximaal zes maanden worden verleend. Daarna kan de officier verzoeken om een aansluitende ZM, die voor maximaal 12 maanden kan worden afgegeven. Voor situaties van langdurige of chronische psychiatrische problematiek bestaat de mogelijkheid van een ZM voor maximaal twee jaar.[318]

In deze paragraaf wordt op basis van gegevens uit diverse bronnen (gemeenten/Khonraad[319], Raad voor de Rechtspraak en het Openbaar Ministerie) ingegaan op de diverse opeenvolgende stappen binnen de procedure voor de ZM:

— meldingen en verkennende onderzoeken;
— aanvragen bij de officier van justitie om een ZM voor te bereiden;
— de voorbereiding van een verzoekschrift voor een ZM;
— de besluitvorming van de rechter ten aanzien van een verzoek om een ZM;
— het wijzigen van een ZM; en
— het beëindigen van verplichte zorg.

De paragraaf besluit met het maken van een vergelijking van het aantal rechterlijke uitspraken omtrent een ZM of een rechterlijke machtiging (op grond van de Wzd) met de aantallen in de jaren 2015 tot en met 2019 ten tijde van de Wet Bopz.[320]

3.2.1 Melding en verkennend onderzoek

Iedereen kan een melding doen bij de gemeente over een persoon die mogelijk (verplichte) geestelijke gezondheidszorg nodig heeft. Het gaat om de gemeente waar betrokkene op dat moment verblijft. De gemeente is verplicht om naar aanleiding van een dergelijke Wvggz melding binnen 14 dagen een verkennend onderzoek af te ronden op basis waarvan wordt besloten om wel of niet een aanvraag bij de officier van justitie te doen om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden. De gemeente baseert zich daarbij op informatie van (ambulante) zorgverleners of de politie. De Wvggz biedt de mogelijkheid om anoniem een melding te doen. Essentiële naasten of familie[321] die een melding doen hebben doorzettingsmacht. Dit houdt in dat zij alsnog kunnen afdwingen dat de gemeente een aanvraag voor een ZM doet bij de officier, mocht de gemeente tot de conclusie zijn gekomen dat niet

317 De termijn van 3 weken wordt met maximaal 2 weken verlengd als de betrokkene een eigen plan van aanpak opstelt.

318 Indien de betrokkene gedurende een periode van vijf aaneengesloten jaren verplichte zorg gekregen.

319 Het betroffen gegevens zoals verzameld en gepubliceerd in het kader van de periodieke Ketenmonitor Wvggz. In de gegevens van Khonraad ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

320 Opgemerkt dient te worden dat gepresenteerde cijfers soms licht kunnen afwijken van de cijfers zoals gepubliceerd in de periodieke Ketenmonitor Wvggz. Dit heeft ermee te maken dat voor dit hoofdstuk gegevensbestanden zijn gebruikt die op andere tijdstippen zijn samengesteld door de bronhouders dan de gebruikte gegevensbestanden voor de Ketenmonitor Wvggz. Bovendien zijn voor dit hoofdstuk soms andere keuzes gemaakt qua te presenteren cijfers.

321 De vertegenwoordiger, de echtgenoot, de geregistreerde partner, of degene met wie een samenlevingscontract is gesloten, de ouders of de voor continuïteit van zorg essentiële naasten.

is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg. Wijst de officier de aanvraag af, dan kunnen essentiële naasten binnen 14 dagen bij de officier schriftelijk en gemotiveerd een aanvraag indienen om alsnog een verzoekschrift voor een ZM bij de rechter in te dienen.

Op basis van gegevens van gemeenten/Khonraad is vanaf juli 2020 tot en met juni 2021 een fluctuerende, maar licht dalende trend waarneembaar voor het aantal Wvggz meldingen en het aantal verkennende onderzoeken dat daaropvolgend werd verricht (zie **Tabel 3.2.1**). Het eerste halfjaar van 2020 liet een wisselender beeld zien met verhoudingsgewijs hoge aantallen meldingen en verkennende onderzoeken in de meeste maanden. Hierbij kan mogelijk de nieuwigheid van de procedure melding en verkennend onderzoek een rol hebben gespeeld.

Tabel 3.2.1 Aantal Wvggz meldingen en afgeronde verkennende onderzoeken (VO) in de periode januari 2020 t/m juni 2021

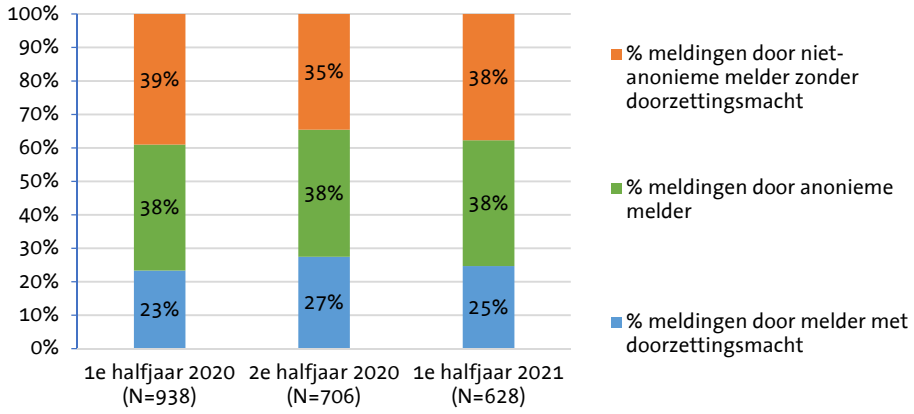
	2020		2021		Verschil '21-'20	
	Aantal meldingen	Aantal VO	Aantal meldingen	Aantal VO	Aantal meldingen	Aantal VO
Januari	185	175	108	105	77	70
Februari	156	157	95	92	61	65
Maart	224	221	121	112	103	109
April	109	111	122	119	-13	-8
Mei	105	106	76	75	29	31
Juni	159	149	106	90[a]	53	59
Subtotaal 1e halfjaar	*938*	*919*	*628*	*593*	*310*	*326*
Juli	130	129				
Augustus	110	114				
September	125	117				
Oktober	124	123				
November	117	115				
December	100	100				
Subtotaal 2e halfjaar	*706*	*698*				
Jaartotaal	1.644	1.617				

a Bij dit verhoudingsgewijs lage aantal in juni 2021 heeft meegespeeld dat sommige VO nog liepen.

Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

Figuur 3.2.1 laat zien dat in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz een stabiel percentage van 38% van de Wvggz meldingen op anonieme basis werd gedaan. Circa een kwart van de meldingen was afkomstig van essentiële naasten of familie met doorzettingsmacht, variërend van 23% tot 27% op halfjaarbasis.

Figuur 3.2.1 Verdeling van Wvggz meldingen in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar categorieën van melders



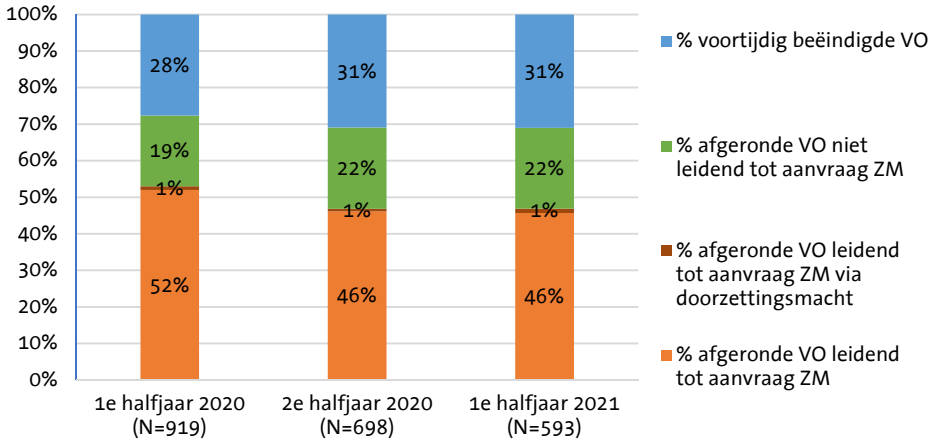
Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

Uit **Figuur 3.2.2** blijkt dat in het eerste halfjaar van 2020 ruim de helft (52%) van de afgeronde verkennende onderzoeken resulteerde in een aanvraag bij de officier om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden. Dit percentage daalde in het tweede halfjaar van 2020 naar 46%, om in het eerste halfjaar van 2021 stabiel te blijven.[322] In deze twee halfjaren leidde een relatief groter deel (53%) van de verkennende onderzoeken niet tot een aanvraag bij de officier, mede omdat onderzoeken voortijdig werden beëindigd, in vergelijking met het eerste halfjaar van 2020 (47%). **Figuur 3.2.2** laat verder zien dat essentiële naasten weinig gebruik hebben gemaakt van hun doorzettingsmacht om alsnog af te dwingen dat een aanvraag bij de officier werd ingediend (terwijl de gemeente van mening was dat er geen noodzaak aanwezig was voor verplichte zorg). In absolute aantallen resulteerden in het eerste halfjaar van 2020 487 verkennende onderzoeken in een aanvraag voor een ZM bij de officier, terwijl dit aantal in het tweede halfjaar van 2020 was gedaald naar 327, om vervolgens verder af te nemen naar 278 in het eerste halfjaar van 2021.[323]

322 In absolute aantallen verkennende onderzoeken die resulteerden in een aanvraag gaat het om resp. 478 (1e halfjaar 2020), 322 (2e halfjaar 2020) en 271 (1e halfjaar 2021).

323 Bij het verhoudingsgewijs lage aantal in het eerste halfjaar van 2021 heeft meegespeeld dat sommige verkennende onderzoeken nog liepen, niet waren afgerond.

Figuur 3.2.2 Verdeling van afgeronde verkennend onderzoeken (VO) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar uitkomst



Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

3.2.2 Aanvragen bij de officier van justitie om een ZM voor te bereiden

3.2.2.1 Aantallen aanvragen voor een ZM

Uitgaande van de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz, toont **Tabel 3.2.2** het aantal aanvragen dat bij de officier van justitie werd gedaan om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden. Hierbij is uitgegaan van aanvragen voor een initiële ZM (d.w.z. er is geen sprake van een voorafgaande en aansluitende Wvggz-titel), voor een ZM aansluitend op een voortzetting van een CM, voor een ZM aansluitend op een ZM, en voor een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring. Voor de diverse aanleidingen om een ZM aan te vragen zijn verschillende trends waarneembaar (zie **Figuur 3.2.3**), wat samenhangt met het gegeven dat in het overgangsjaar 2020 de nieuwe wetgeving in de praktijk moest worden doorgevoerd. Zo was het aantal aanvragen voor een initiële ZM vanaf januari 2020 (N=1.031) tot en met oktober 2020 (N=1.141) verhoudingsgewijs hoog, om daarna af te nemen. In het eerste halfjaar van 2021 varieerde het aantal aangevraagde initiële ZM'en tussen 297 (mei 2021) en 449 (maart 2021). Een eerste ZM kan voor maximaal zes maanden worden afgegeven. Overeenkomstig hiermee was er tussen mei en juli 2020 sprake van een sterke stijging in het aantal aanvragen voor een ZM aansluitend op een ZM (van 34 naar 624). De stijging vlakt daarna af tot 936 aanvragen in december 2020. In het eerste half jaar van 2021 schommelde het aantal aangevraagde ZM'en aansluitend op een ZM tussen 523 (mei 2021) en 775 (maart 2021). Voor het aantal aanvragen voor een ZM aansluitend op een voortzetting van een CM was reeds vanaf maart 2020 een betrekkelijk stabiel beeld waarneembaar, met maandelijkse aantallen die varieerden tussen 245 (maart 2020) en 384 (juli 2020). Dit wordt verklaard door de korte termijn (maximaal drie weken) waarmee een CM mag worden voortgezet. Ten slotte werden er nauwelijks aanvragen bij de officier gedaan om een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring voor te bereiden. Wel was er sprake van een toename van minder dan vijf in

het eerste halfjaar van 2020 naar 14 in het eerste halfjaar van 2021 (zie par. 3.2.2.4 voor een nadere bespreking).

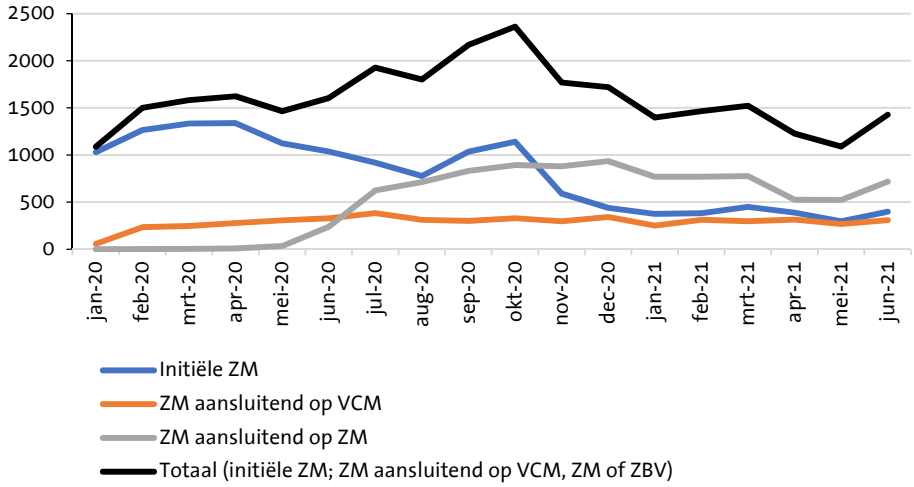
Tabel 3.2.2 Aantal aanvragen bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (ZM) voor te bereiden in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal

	Initiële ZM[a]	ZM aansluitend op ZM	ZM aansluitend op VCM	ZM aansluitend op ZBV	Totaal
jan-20	1.031	0	57	0	1.088
feb-20	1.265	<5	233	<5	1.501
mrt-20	1.335	<5	245	0	1.582
apr-20	1.337	8	278	0	1.623
mei-20	1.124	34	307	<5	1.466
jun-20	1.037	239	327	<5	1.604
1e halfjaar 2020	*7.129*	*284*	*1.447*	*<5*	*8.864*
jul-20	918	624	384	<5	1.928
aug-20	777	712	312	<5	1.802
sep-20	1.036	831	300	<5	2.168
okt-20	1.141	893	328	0	2.362
nov-20	591	880	296	<5	1.769
dec-20	440	936	343	<5	1.720
2e halfjaar 2020	*4.903*	*4.876*	*1.963*	*7*	*11.749*
Jaartotaal 2020	12.032	5.160	3.410	11	20.613
jan-21	375	769	250	<5	1.397
feb-21	381	769	312	<5	1.465
mrt-21	449	775	296	<5	1.523
apr-21	388	525	314	<5	1.228
mei-21	297	523	268	<5	1.090
jun-21	398	718	309	<5	1.427
1e halfjaar 2021	*2.288*	*4.079*	*1.749*	*14*	*8.130*

VCM: voortzetting van een crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

a Inclusief aanvragen voor een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz

Figuur 3.2.3 Aantal aanvragen bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (ZM) voor te bereiden in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal



VCM: voortzetting van een crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

3.2.2.2 Aanvragers van een ZM

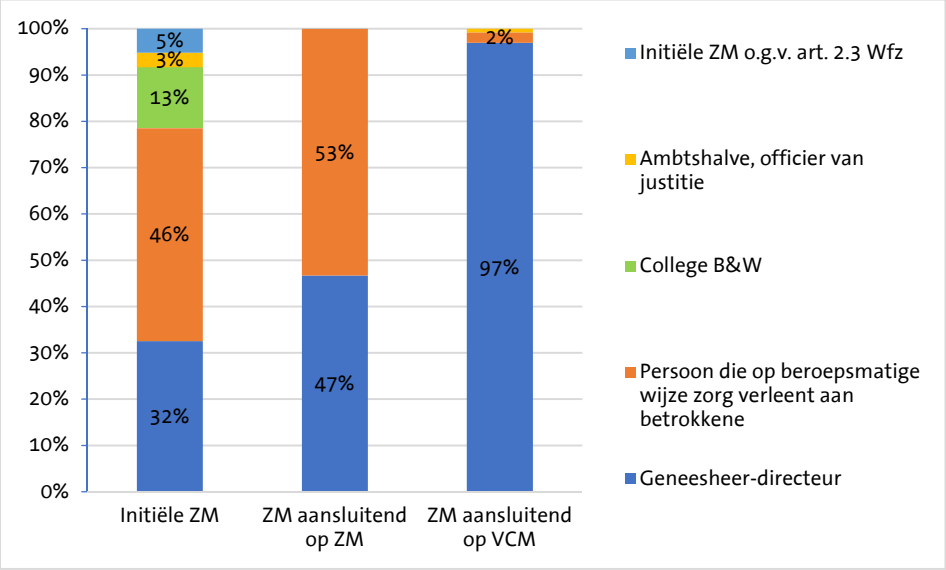
Verschillende personen of instanties kunnen een aanvraag indienen bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden (art. 5:3).[324] Uitgaande van het eerste halfjaar van 2021, laat **figuur 3.2.4** zien dat wie de aanvragers waren varieerde naar gelang de aanleiding om een ZM aan te vragen. Zo werd het merendeel (78%) van de initiële ZM'en bij de officier aangevraagd door een (ambulante) zorgverlener van betrokkene of door een GD.[325] 13% van de initiële ZM'en werden vanuit een college van burgemeester en wethouders (college van B&W) aangevraagd op basis van een verkennend onderzoek. In de resterende gevallen ging het om de officier zelf die ambtshalve een aanvraagprocedure startte voor een reguliere eerste ZM (3%). Of om de officier die een aanvraagprocedure begon voor een ZM op grond van art. 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz), of door de strafrechter was verzocht om een dergelijke ZM voor te bereiden (5%). Uit **figuur 3.2.4** blijkt verder dat alle aanvragen voor een ZM aansluitend op een ZM werden gedaan door een zorgverlener van betrokkene (53%) of een GD (47%). Ten slotte werden bijna alle (97%) ZM'en aansluitend op een voortzetting van een CM aangevraagd door een GD.

---

324 Een officier van justitie (ambtshalve), een college van burgemeester en wethouders, een GD, een persoon die op beroepsmatige basis zorg verleent aan betrokkene, een forensische zorgaanbieder, of een ambtenaar van de politie.

325 Op regionaal niveau kan de verdeling qua aanvragende personen of instanties anders zijn. In de regio Zuid-Gelderland werden bijvoorbeeld in 2020 veruit de meeste aanvragen voor een initiële ZM gedaan door een GD (82%), op afstand gevolgd door het college van B&W (13%). Slechts 2% van de aanvragen voor een initiële ZM was afkomstig van een persoon die op beroepsmatige wijze zorg verleende aan de betrokkene. Bron: V. de Berk, M. Jongerius, J. Nijhuis & A. Onstenk, *De evaluatie van de Wvggz in de regio Zuid-Gelderland*. Utrecht: Significant Public, 2021.

Figuur 3.2.4 Verdeling van het aantal aanvragen bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (ZM) voor te bereiden in het eerste halfjaar van 2021, naar aanleiding en aanvrager



Bron: Openbaar Ministerie

3.2.2.3 Aantal aanvragen voor een ZM op grond van art. 2.3 Wfz

Art. 2.3 Wfz biedt de strafrechter de bevoegdheid om voor, tijdens of aansluitend op het strafrechtelijke traject een ZM op grond van de Wvggz af te geven. Zoals hierboven al aangegeven ging het bij 5% van de aangevraagde initiële ZM'en in de eerste helft van 2021 om deze route, wat neerkwam op 119 aanvragen. Dit is een toename ten opzichte van 2020, toen respectievelijk 82 aanvragen (eerste halfjaar) en 87 aanvragen (tweede halfjaar) werden gedaan voor een eerste ZM met toepassing van art. 2.3 Wfz.[326] Het aandeel aanvragen dat door de strafrechter zelf werd gedaan[327], werd kleiner in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz. In het eerste halfjaar van 2020 ging het nog om 41% van de aanvragen, tegenover respectievelijk 23% in het tweede halfjaar van 2020 en 20% in het eerste halfjaar van 2021.

3.2.2.4 Zelfbindingsverklaring

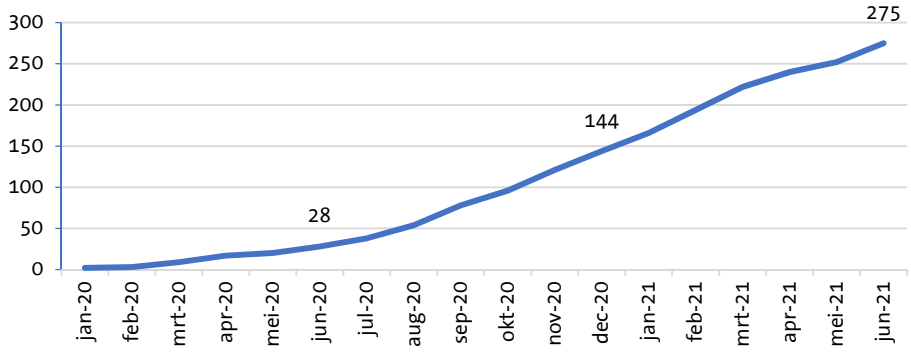
Zoals eerder beschreven werden er weinig aanvragen bij de officier van justitie gedaan om een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring voor te bereiden (zie **Tabel 3.2.2**). De

326 Volgens gegevens van het Openbaar Ministerie. De gepresenteerde aantallen kunnen licht afwijken van de aantallen zoals gepresenteerd in de rapportage van het WODC over haar eerste evaluatie van art. 2.3 Wfz in de praktijk. Dit heeft ermee te maken dat het Trimbos-instituut en het WODC andere bestanden hebben gebruikt die op verschillende tijdstippen zijn samengesteld door het Openbaar Ministerie.

327 De strafrechter overweegt ambtshalve een ZM o.g.v. art. 2.3 Wfz af te geven, en verzoekt de officier een ZM voor te bereiden.

zelfbindingsverklaring is een instrument wat de betrokkene kan gebruiken om haar of zijn voorkeuren en wensen omtrent zorg duidelijk te maken. In de verklaring staat aan welke vormen van verplichte zorg betrokkene zichzelf bindt, in het geval verplichte zorg aan de orde is. Opstellen gebeurt samen met de zorgverantwoordelijke, met eventuele ondersteuning van familie, naasten of de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). [328] Om meer achtergrond te geven bij het lage aantal ZM'en dat naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring werd aangevraagd, toont **Figuur 3.2.5** het aantal bij het Openbaar Ministerie geregistreerde actieve zelfbindingsverklaringen in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz. Te zien is dat het per juni 2020 ging om 28 zelfbindingsverklaringen, terwijl het een jaar later (juni 2021) 275 verklaringen betrof. Deze stijgende trend kan verklaren waarom het aantal aanvragen voor een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring toenam van minder dan vijf in het eerste halfjaar van 2020 naar 14 in het eerste halfjaar van 2021 (zie **Tabel 3.2.2**). Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen of de stijgende trend in het aantal actieve zelfbindingsverklaringen doorzet, en in hoeverre dit gepaard gaat met een verdere toename in het aantal aanvragen voor een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring.

Figuur 3.2.5 Aantal actieve zelfbindingsverklaringen in de periode januari 2020 t/m juni 2021



Bron: Openbaar Ministerie

3.2.3 Voorbereiding van een verzoekschrift voor een ZM

De officier van justitie coördineert de voorbereiding van een verzoekschrift voor een ZM, en de daarvoor noodzakelijke informatieverzameling en -uitwisseling. De officier wijst een GD aan, en zorgt ervoor dat deze relevante documenten en gegevens krijgt (zoals een eventuele zelfbindingsverklaring, gegevens over eerdere machtigingen of maatregelen, en eventuele politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens). De aangewezen GD informeert allereerst schriftelijk de betrokkene, de vertegenwoordiger en de advocaat, maar ook de aanvrager dat een verzoek voor een ZM wordt voorbereid. De GD coördineert verder het zorginhoudelijke deel van de voorbereiding van de ZM. Het gaat hierbij onder meer om het informeren van de betrokkene over de mogelijkheid om advies en bijstand te krijgen van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en het doorgeven van

328 Om een zelfbindingsverklaring te kunnen opstellen dient betrokkene 16 jaar of ouder en wilsbekwaam te zijn. De zelfbindingsverklaring wordt als bijlage bij de zorgkaart gevoegd.

persoonsgegevens aan de Stichting PVP indien betrokkene hiermee instemt (zie par. 3.4.1); het informeren van de betrokkene over de mogelijkheid van het opstellen van een zelfbindingsverklaring (zie par. 3.2.2.4) en een eigen plan van aanpak (zie par. 3.2.3.5); het aanwijzen van een onafhankelijk psychiater die verantwoordelijk is voor het opstellen is van een medische verklaring; het aanwijzen van een zorgverantwoordelijk die verantwoordelijk is voor het opstellen van het zorgplan, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de betrokkene; en het in overleg met de officier beslissen of de betrokkene een eigen plan van aanpak mag opstellen om een ZM te voorkómen. De GD stuurt het volledige dossier (met alle relevante stukken zoals het zorgplan, de medische verklaring, een eventuele zorgkaart, een eventueel plan van aanpak, haar/zijn bevindingen en voorstel, et cetera) naar de officier. Op basis hiervan beslist de officier om al dan niet een verzoekschrift voor een ZM in te dienen bij de rechter. Deze beslissing dient binnen maximaal vier weken te zijn genomen, gerekend vanaf het moment dat de GD de betrokkene schriftelijk heeft geïnformeerd (art. 5:16, eerste lid).[329] In het geval de betrokkene de gelegenheid heeft gekregen een eigen plan van aanpak op te stellen, gaat het om een zes-wekentermijn.

3.2.3.1 Aantallen in voorbereiding genomen verzoekschriften

Uitgaande van de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz, laat **Tabel 3.2.3** de aantallen aanvragen voor een ZM zien (uitgesplitst naar aanleiding) waarvoor officieren van justitie waren begonnen een verzoekschrift voor te bereiden. Logischerwijs waren hierbij dezelfde trends waarneembaar (zie **Figuur 3.2.6**) als bij de aantallen aanvragen voor een ZM (zie **Figuur 3.2.3**, p.96). Wel valt in **Figuur 3.2.6** op dat in het eerste halfjaar van 2020, en in het bijzonder in de maanden januari en februari, een deel van de aangevraagde ZM'en niet (direct) in voorbereiding werd genomen. Specifiek gezegd: in de eerste helft van 2020 werden in totaal 801 minder ZM'en voorbereid dan aangevraagd, wat neerkomt op 9% van alle ingediende aanvragen in deze zes maanden.[330] Hiervoor zijn verschillende mogelijke verklaringen te geven. Ten eerste kan het te maken hebben met het inregelen van de nieuwe manier van werken. Zo was er in de eerste maanden na de inwerkingtreding van de Wvggz in enkele arrondissementen van het Openbaar Ministerie vertraging ontstaan met het in voorbereiding nemen van ingediende aanvragen.[331] Bovendien kan de coronapandemie eraan hebben bijgedragen dat aanvragen minder snel konden worden behandeld. Een laatste verklaring is dat in het eerste halfjaar van 2020 verhoudingsgewijs meer aanvragen voor een ZM werden afgewezen door de officier (op grond van art. 5:3), en dus niet in voorbereiding werden genomen. Specifiek gezegd, werd 4,1% van alle aanvragen voor een ZM in het eerste halfjaar van 2020 afgewezen, tegenover respectievelijk 2,1% in het tweede halfjaar van 2020 en 1,7% in het eerste halfjaar van 2021.[332]

---

329 Overschrijding van de 4-wekentermijn leidt overigens niet tot het niet-ontvankelijk verklaren, of het afwijzen, van het verzoek door de rechter. Dit omdat het starten van een nieuwe procedure niet in het belang van de betrokkene is.

330 Zowel in het tweede halfjaar van 2020 als in het eerste halfjaar van 2021 lag het aantal in voorbereiding genomen ZM'en slechts een fractie lager dan het aantal aanvragen.

331 Ketenmonitor Wvggz, Januari-december 2020, mei 2021.

332 Dit hangt samen met het gegeven dat hoofdzakelijk aanvragen voor een initiële ZM werden afgewezen door de officier (o.g.v. art. 5:3) en dat in het eerste halfjaar van 2020 voornamelijk aanvragen voor een initiële ZM werden ingediend. In de tweede helft van

Tabel 3.2.3 Aantal door de officier van justitie in voorbereiding genomen verzoekschriften voor een zorgmachtiging (ZM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal

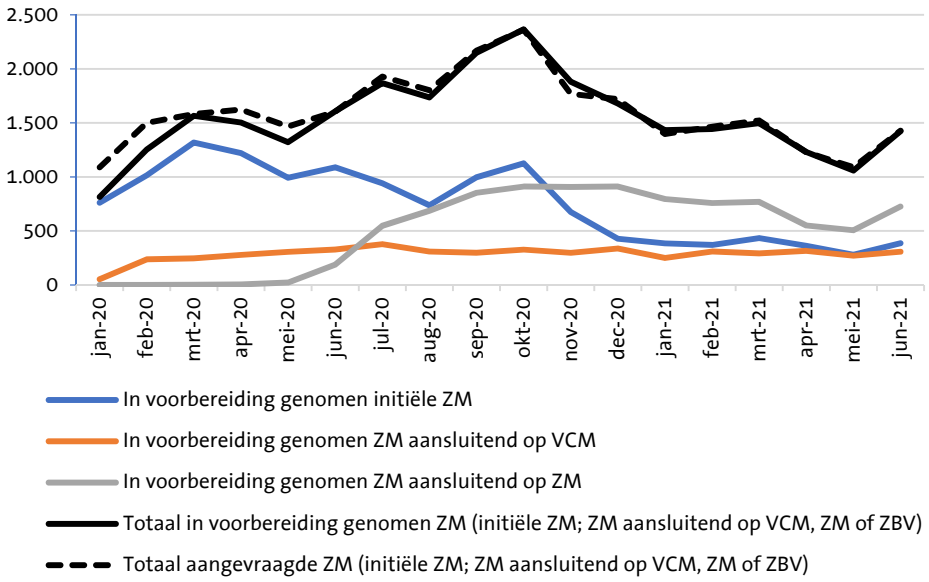
	Initiële ZM[a]	ZM aansluitend op ZM	ZM aansluitend op VCM	ZM aansluitend op ZBV	Totaal
jan-20	761	0	53	0	814
feb-20	1.014	0	237	<5	1.253
mrt-20	1.318	<5	246	0	1.566
apr-20	1.221	<5	278	0	1.503
mei-20	992	22	306	<5	1.321
jun-20	1.089	188	328	<5	1.606
1e halfjaar 2020	*6.395*	*216*	*1.448*	*<5*	*8.063*
jul-20	940	548	378	<5	1.868
aug-20	738	687	309	<5	1.735
sep-20	997	853	298	<5	2.149
okt-20	1.126	911	328	0	2.365
nov-20	675	906	298	<5	1.881
dec-20	428	911	338	<5	1.679
2e halfjaar 2020	*4.904*	*4.816*	*1.949*	*8*	*11.677*
Jaartotaal 2020	11.299	5.032	3.397	12	19.740
jan-21	385	795	250	<5	1.432
feb-21	371	759	309	<5	1.442
mrt-21	434	769	292	<5	1.498
apr-21	363	551	316	<5	1.231
mei-21	280	506	271	<5	1.059
jun-21	387	726	308	<5	1.423
1e halfjaar 2021	*2.220*	*4.106*	*1.746*	*13*	*8.085*

VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

a Inclusief in voorbereiding genomen verzoekschriften voor een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz

2020 en de eerste helft van 2021 ging het vaker om aanvragen voor een aansluitende ZM (zie Tabel 3.2.2), en deze aanvragen werden nauwelijks afgewezen door de officier (o.g.v. art. 5:3).

Figuur 3.2.6 Aantal door de officier van justitie in voorbereiding genomen verzoekschriften voor een zorgmachtiging (ZM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal. Ook weergegeven is het totaal aantal ingediende aanvragen voor een ZM.



VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

3.2.3.2 Aantallen bij de rechter ingediende verzoekschriften voor een ZM

Op basis van alle stukken zoals overgedragen door de GD, beslist de officier van justitie om al dan niet een verzoekschrift voor een ZM in te dienen bij de rechter. Daarbij is de kernvraag of al dan niet voldaan wordt aan de criteria voor verplichte zorg. Uitgaande van de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz, toont **Tabel 3.2.4** de aantallen bij de rechter ingediende verzoekschriften (uitgesplitst naar aanleiding van de ZM). Wederom zijn hierbij vergelijkbare trends te zien als eerder bij de aantallen aangevraagde en in voorbereiding genomen ZM'en. Wel is het zo dat vanwege de benodigde tijd om een verzoekschrift voor te bereiden (volgens de wet maximaal 4 tot 6 weken) de pieken qua aantallen in de tijd zijn opgeschoven. Zo was het totaal aantal bij de rechter ingediende verzoekschriften het hoogst in november 2020, terwijl dit voor het totaal aantal in voorbereiding genomen ZM'en een maand eerder was (zie **Figuur 3.2.7**).

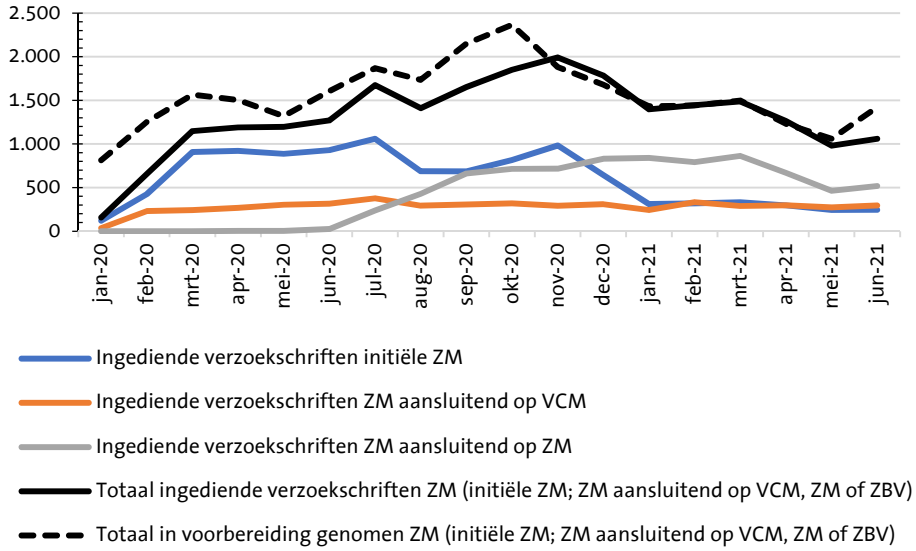
Tabel 3.2.4 Aantal bij de rechter ingediende verzoekschriften voor een zorgmachtiging (ZM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal

	Initiële ZM[a]	ZM aansluitend op ZM	ZM aansluitend op VCM	ZM aansluitend op ZBV	Totaal
jan-20	121	0	35	0	156
feb-20	424	0	230	<5	656
mrt-20	907	0	241	0	1.148
apr-20	920	<5	267	0	1.190
mei-20	888	<5	304	<5	1.196
jun-20	930	25	315	<5	1.271
1e halfjaar 2020	*4.190*	*31*	*1.392*	*<5*	*5.617*
jul-20	1.060	237	377	<5	1.675
aug-20	688	428	293	<5	1.410
sep-20	685	662	305	0	1.652
okt-20	816	715	318	<5	1.850
nov-20	983	716	290	<5	1.991
dec-20	643	831	310	<5	1.785
2e halfjaar 2020	*4.875*	*3.589*	*1.893*	*6*	*10.363*
Jaartotaal 2020	9.065	3.620	3.285	10	15.980
jan-21	311	840	244	<5	1.398
feb-21	318	791	333	<5	1.444
mrt-21	332	864	289	<5	1.487
apr-21	297	669	296	<5	1.263
mei-21	243	463	273	<5	981
jun-21	245	518	295	<5	1.060
1e halfjaar 2021	*1.746*	*4.145*	*1.730*	*12*	*7.633*

VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

a Inclusief verzoekschriften voor een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz

Figuur 3.2.7 Aantal bij de rechter ingediende verzoekschriften voor een zorgmachtiging (ZM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal. Ook weergegeven is het aantal in voorbereiding genomen ZM.



VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

3.2.3.3 Aantallen aanvragen die wel of niet resulteren tot bij de rechter ingediende verzoekschriften

Als rekening wordt gehouden met de benodigde voorbereidingstijd, kan een indruk worden verkregen van hoe vaak wel of niet een aanvraag voor een ZM leidde dat het indienen van een verzoekschrift bij de rechter. In **Tabel 3.2.5** is dit gedaan door uit te gaan van de aanvragen voor een ZM in de zesmaandsperiode van november 2020 t/m april 2021, en vervolgens te kijken naar de uitkomsten van de voorbereidingsprocedures voor een ZM in de zesmaandsperiode twee maanden later, dus in de periode januari t/m juni 2021.

Als gekeken wordt naar de aangevraagde initiële machtigingen, blijkt dat in bijna een kwart van de gevallen (24%) de officier op basis van de opgestelde medische verklaring had besloten om de voorbereiding van een verzoekschrift te beëindigen op grond van art. 5:11 of 5:16. In deze gevallen bleek kennelijk uit de medische verklaring dat er geen sprake was van een psychische stoornis, dat het gedrag dat voortvloeide uit de psychische stoornis niet leidde tot een ernstig nadeel, of dat verplichte zorg niet noodzakelijk was om het ernstig nadeel weg te nemen. Twee derde (67%) van de aanvragen leidde wel tot het indienen van een verzoekschrift bij de rechter. Voor 9% van de aangevraagde initiële machtigingen was de aanvraag afgewezen en niet in voorbereiding genomen door de officier (op grond van art. 5:3), of was de voorbereiding nog gaande en was nog geen beslissing door de officier genomen. Kijkend naar de personen of instanties die het vaakst een initiële ZM aanvroegen, valt op dat voor aanvragen vanuit een college van B&W (op basis van een verkennend onderzoek) de voorbereidingsprocedure verhoudingsgewijs vaker werd stopgezet door de officier op grond van art.

5:11 of 5:16 (34%) dan wanneer een zorgverlener van de betrokkene (21%) of een GD (22%) de aanvrager was. Bovendien was in bijna een kwart van de gevallen (23%) de aanvraag vanuit het college van B&W ofwel niet in voorbereiding genomen door de officier (op grond van art. 5:3), ofwel nog lopende. 43% van de aanvragen vanuit een college van B&W was ingediend bij de rechter, een beduidend lager percentage dan bij de aanvragen die waren ingediend door een zorgverlener van de betrokkene (73%) of door een GD (69%).

Uit **Tabel 3.2.5** blijkt verder dat veruit de meerderheid (89%) van de aanvragen voor een ZM aansluitend op een ZM resulteerde in het indienen van een verzoekschrift bij de rechter. In 7% van de gevallen besloot de officier om de voorbereiding van een verzoekschrift te beëindigen. Aanvragen voor een ZM aansluitend op een voortzetting van een CM leidden nog vaker tot het indienen van een verzoekschrift (96%).

Tabel 3.2.5 Aantal aanvragen bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (ZM) voor te bereiden in de periode november 2020 t/m april 2021, en het aantal en percentage aanvragen in de periode januari t/m juni 2021 waarvan de voorbereiding werd beëindigd, dat bij de rechter werd ingediend, en dat niet in voorbereiding werd genomen of waarvan de voorbereiding nog lopende was.

	November 2020 – april 2021	Januari 2021 – juni 2021		
Aanleiding ZM	Aantal aanvragen	Aantal (%) voorbereidingen beëindigd[a]	Aantal (%) verzoekschriften ingediend	Aantal (%) niet in voorbereiding genomen[b]/ onderhanden voorbereidingen
Initiële ZM	2.624	636 (24%)	1.746 (67%)	242 (9%)
Aanvrager: zorgverlener	1.266	261 (21%)	925 (73%)	80 (6%)
Aanvrager: geneesheer-directeur	817	183 (22%)	562 (69%)	72 (9%)
Aanvrager: college van B&W	340	115 (34%)	146 (43%)	79 (23%)
ZM aansluitend op ZM	4.654	306 (7%)	4.145 (89%)	203 (4%)
ZM aansluitend op VCM	1.811	36 (2%)	1.730 (96%)	45 (2%)

VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Openbaar Ministerie

a Door de officier op grond van art. 5:11 of 5:16

b Door de officier op grond van art. 5:3

3.2.2.4 Doorlooptijd vanaf informeren betrokkene tot indiening bij de rechtbank

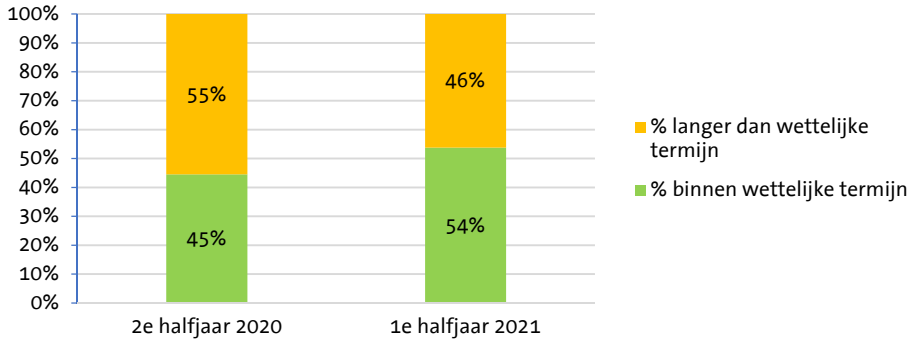
Nadat de officier van justitie een GD heeft aangewezen en deze betrokkene schriftelijk heeft geïnformeerd dat de voorbereidingsprocedure voor een ZM is gestart, heeft de officier maximaal vier weken de tijd om te beslissen om het verzoekschrift al dan niet in te dienen bij de rechter (art. 5:16, eerste lid).[333] Op basis van gegevens van het Openbaar Ministerie kan worden ingeschat hoe vaak het

333 In het geval de betrokkene in de gelegenheid is gesteld om een eigen plan van aanpak op te stellen, is de maximale termijn zes weken.

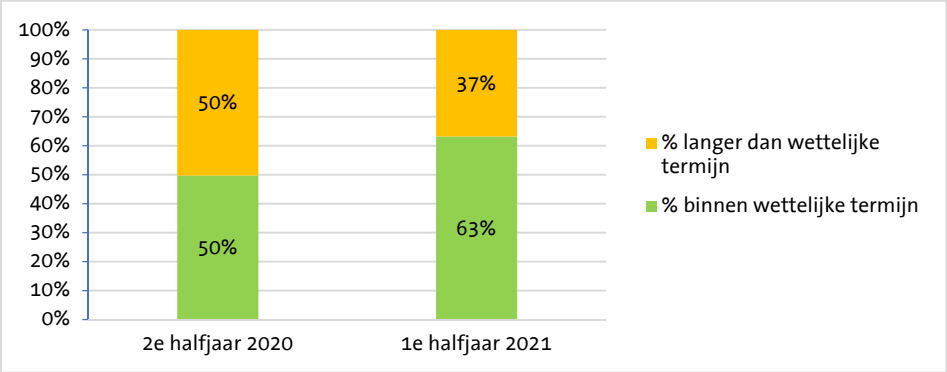
is gelukt om verzoekschriften voor een initiële ZM en voor een ZM aansluitend op een ZM binnen de vier-wekentermijn in te dienen. Daarbij is alleen gekeken naar het tweede halfjaar van 2020 en het eerste halfjaar van 2021, omdat voor het eerste halfjaar van 2020 geen betrouwbare schattingen konden worden gemaakt vanwege te weinig beschikbare gegevens over doorlooptijden. **Figuur 3.2.8a** laat zien dat een aanzienlijk deel van de verzoekschriften voor een initiële ZM niet binnen de vier-wekentermijn werden ingediend in de periode van juli 2020 tot en met juni 2021. Wel nam het percentage tijdig ingediende verzoekschriften toe, van 45% in het tweede halfjaar van 2020 naar 54% in het eerste halfjaar van 2021. Het beeld is wat positiever bij de verzoekschriften voor een ZM aansluitend op een ZM (zie **Figuur 3.2.8b)**: in het tweede halfjaar van 2020 werd de helft van de verzoekschriften binnen de vier-wekentermijn ingediend, terwijl dit percentage in de eerste helft van 2021 was toegenomen naar 63%. Dit gunstiger beeld is verklaarbaar omdat onder meer de GD al bekend is bij een verzoek om een aansluitende ZM.

Dat de 4-wekentermijn dikwijls werd overschreden, wijst erop dat het voorbereiden van een verzoekschrift voor een ZM in het algemeen bewerkelijk is en/of kwetsbaar is voor vertraging. Daarbij is de officier voor de benodigde informatie volledig afhankelijk van de GD, die op haar of zijn beurt weer afhankelijk is van onder andere de onafhankelijk psychiater (stelt de medische verklaring op) en de zorgverantwoordelijke (stelt samen met betrokkene en diens vertegenwoordiger het zorgplan op). Het is bovendien mogelijk dat de coronapandemie en bijbehorende maatregelen het lastiger hebben gemaakt om de 4-wekentermijn te halen. Wanneer de 4-wekentermijn wordt overschreden, heeft de betrokkene de mogelijkheid om een schadevergoedingsverzoek in te dienen bij de rechter (art. 10:12). Het blijkt dat in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz de rechter steeds vaker uitspraken heeft gedaan over schadevergoedingsverzoeken (zie par. 3.6.4). Het is mogelijk dat deze stijging mede samenhangt met de termijnoverschrijdingen in de voorbereiding van een ZM.

Figuur 3.2.8a Verdeling van verzoekschriften voor een initiële zorgmachtiging (ZM)[a] in de periode juli 2020 t/m juni 2021, naar wel of niet binnen de vier-wekentermijn[b] ingediend bij de rechter



Figuur 3.2.8b Verdeling van verzoekschriften voor een zorgmachtiging (ZM) aansluitend op een ZM[a] in de periode juli 2020 t/m juni 2021, naar wel of niet binnen de vier-wekentermijn[b] ingediend bij de rechter



Bron: Openbaar Ministerie

a Niet meegenomen zijn de ZM'en waarvan de voorbereidingsprocedure werd geschorst vanwege het opstellen van een plan van aanpak door betrokkene.

b Gerekend vanaf het moment dat de geneesheer-directeur betrokkene schriftelijk heeft geïnformeerd dat de voorbereidingsprocedure voor een ZM is gestart.

3.2.3.5 Eigen plan van aanpak

Om verplichte zorg te voorkómen kan betrokkene[334] bij de start van een voorbereiding voor een ZM aangeven zelf een plan van aanpak te willen opstellen, al dan niet met hulp van familie of naasten. Wanneer de GD na overleg met de officier van justitie besluit om betrokkene hiertoe in de gelegenheid te stellen, wordt de voorbereidingsprocedure geschorst. Indien de GD van oordeel is dat het opgestelde plan van aanpak het risico op ernstig nadeel weg zal nemen, dan overlegt hij of zij daarover met de officier, en kan laatstgenoemde de voorbereidingsprocedure definitief beëindigen

334 Of diens vertegenwoordiger.

(na ontvangst van de bevindingen van de GD). Als de GD van mening is dat het opgestelde eigen plan van aanpak onvoldoende is om het ernstig nadeel te voorkómen of af te wenden, dan wordt de voorbereiding voor een ZM hervat.

Tabel 3.2.6 laat zien dat het aantal voorbereidingen voor een ZM dat werd geschorst vanwege het opstellen van een plan van aanpak in het eerste halfjaar van 2021 (N=495) is gedaald ten opzichte van het eerste en tweede halfjaar van 2020 (resp. N=645 en N=654). Relatief gezien werd een voorbereidingsprocedure steeds minder vaak definitief gestaakt nadat een plan van aanpak was opgesteld. Terwijl in het eerste halfjaar van 2020 ruim een kwart (27%) van de gevallen resulteerde in het definitief stopzetten van de procedure, was dit percentage in de tweede helft van 2020 gedaald naar 20%, om in het eerste halfjaar van 2021 verder af te nemen tot 18% (zie **Tabel 3.2.6** en **Figuur 3.2.9**).

Afgezet tegen het totaal aantal in voorbereiding genomen ZM'en (zie **Tabel 3.2.3**, p.100), wordt duidelijk dat het plan van aanpak niet vaak werd opgesteld, en nog minder vaak leidde tot het definitief beëindigen van de procedure voor een ZM. In het eerste halfjaar van 2020 werd 8,0% van alle voorbereidingsprocedures geschorst vanwege het opstellen van een plan van aanpak.[335] Dit percentage was in het tweede halfjaar van de 2020 5,6%, en in het eerste halfjaar van 2021 6,1%.[336] In het eerste halfjaar van 2020 was 2,2% van alle voorbereidingsprocedures definitief stopgezet nadat een plan van aanpak was opgesteld, tegenover 1,1% in zowel de tweede helft van 2020 als de eerste helft van 2021.

Van invloed kan zijn geweest dat in het eerste halfjaar van 2020 voornamelijk verzoekschriften voor initiële ZM'en in voorbereiding werden genomen, terwijl het vanaf de tweede helft van 2020 ook relatief vaak ging om een voorbereiding voor een ZM aansluitend op een ZM. In het eerste halfjaar van 2021 hadden verhoudingsgewijs de meeste in voorbereiding genomen verzoekschriften betrekking op een aansluitende ZM. Het is mogelijk dat betrokkenen minder vaak door de GD in de gelegenheid werden gesteld (o.g.v. art. 5:5, lid 2) om bij de voorbereiding voor een aansluitende ZM een plan van aanpak op te stellen, omdat betrokkenen hier tijdens de voorbereiding van de initiële ZM al toe in staat waren gesteld met een 'negatief' resultaat.[337]

335 645/8.063=8,0%

336 Respectievelijk 654/11.677=5,6%; en 495/8.085=6,1%

337 Het lukte betrokkene niet om zelf een plan van aanpak op te stellen; of betrokkene had een plan van aanpak opgesteld, maar waarmee verplichte zorg niet kon worden voorkomen en de feiten en omstandigheden waren sindsdien weinig veranderd.

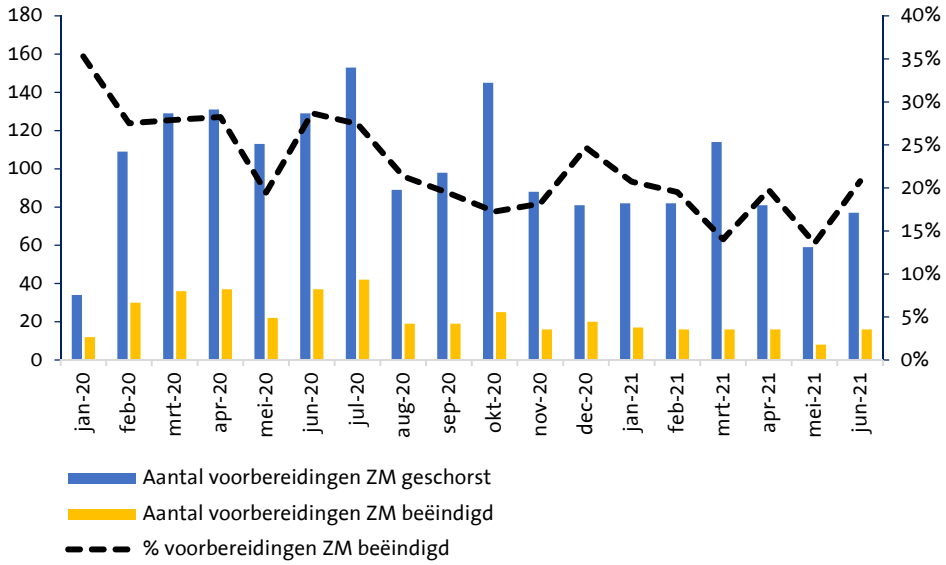
Tabel 3.2.6 Het aantal in voorbereiding genomen zorgmachtigingen (ZM) dat werd geschorst naar aanleiding van het opstellen van een eigen plan van aanpak in de periode januari 2020 t/m juni 2021, en het percentage ZM waarvoor de voorbereiding werd beëindigd nadat een plan van aanpak was opgesteld

	2020		2021		Verschil '21-'20	
	Aantal voor-bereidingen ZM geschorst	% voor-bereidingen ZM beëindigd	Aantal voor-bereidingen ZM geschorst	% voor-bereidingen ZM beëindigd	Aantal voor-bereidingen ZM geschorst	% voor-bereidingen ZM beëindigd
Januari	34	35%	82	21%	48	-15%[a]
Februari	109	28%	82	20%	-27	-8%
Maart	129	28%	114	14%	-15	-14%
April	131	28%	81	20%	-50	-8%
Mei	113	19%	59	14%	-54	-6%[a]
Juni	129	29%	77	21%	-52	-8%
1e halfjaar	*645*	*27%*	*495*	*18%*	*-150*	*-9%*
Juli	153	27%				
Augustus	89	21%				
September	98	19%				
Oktober	145	17%				
November	88	18%				
December	81	25%				
2e halfjaar	*654*	*20%*				
Jaartotaal	1.299	24%				

a Dat het verschil niet precies overeenkomt met het verschil tussen de gepresenteerde percentages voor 2021 en 2020 wordt verklaard door afronding.

Bron: Openbaar Ministerie

Figuur 3.2.9 Het aantal in voorbereiding genomen zorgmachtigingen (ZM) dat werd geschorst naar aanleiding van het opstellen van een eigen plan van aanpak in de periode januari 2020 t/m juni 2021, en het aantal en percentage ZM waarvoor de voorbereiding werd beëindigd nadat een plan van aanpak was opgesteld



Bron: Openbaar Ministerie

3.2.4 Besluitvorming van de rechter omtrent een verzoekschrift voor een ZM

Tijdens een hoorzitting wordt het verzoekschrift voor een ZM in aanwezigheid van onder andere de betrokkene en diens advocaat behandeld. De rechter heeft uiterlijk drie weken de tijd om een beslissing te nemen over het al dan toewijzen van de ZM.[338]

3.2.4.1 Aanwezigheid officier van justitie op zitting

Uit gegevens van het Openbaar Ministerie komt naar voren dat officieren van justitie zelden aanwezig waren op de zittingen waarin verzoeken voor een ZM werden behandeld. Afgezet tegen de aantallen rechterlijke uitspraken omtrent machtigingsverzoeken in het tweede halfjaar van 2020 en het eerste halfjaar van 2021[339], was een officier op respectievelijk 2,4% (tweede helft 2020) en 3,6% van de zittingen aanwezig. Dit is een indicatie dat bij de zitting betrokken partijen in de praktijk weinig meerwaarde zien in een structurele aanwezigheid van de officier op de zitting.

338 Vanaf het moment dat het verzoekschrift is ingediend door de officier van justitie. De termijn van 3 weken wordt met maximaal 2 weken verlengd als de betrokkene een eigen plan van aanpak opstelt.

339 Vanaf juli 2020 is het verplicht te registreren of een OvJ al dan niet aanwezig was op een zitting.

3.2.4.2 Beschikkingen inzake een ZM

Uitgaande van de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz, toont **Tabel 3.2.7** de aantallen rechterlijke uitspraken ten aanzien van verzoeken om ZM (uitgesplitst naar aanleiding van de ZM). Logischerwijs zijn hierbij overeenkomstige trends waarneembaar als bij de aantallen ingediende verzoekschriften. Wel is het zo dat vanwege de benodigde tijd voor de rechter om een besluit te nemen (maximaal 3 weken) de pieken qua aantallen weer verder in de tijd zijn opgeschoven. Zo is in **Figuur 3.2.10** te zien dat het totaal aantal rechterlijke uitspraken het hoogst was in december 2020, terwijl dit voor het totaal aantal ingediende verzoekschriften een maand eerder was.

Uit **Figuur 3.2.10** blijkt verder dat in de eerste maanden van 2020 nog veel rechterlijke uitspraken zijn gedaan omtrent rechterlijke machtigingen op grond van de Wet Bopz (januari: N=1.548; februari: N=479; en maart: N=143). Het gaat hier om beschikkingen inzake verzoekschriften die vóór 1 januari 2020 waren ingediend bij de rechter.

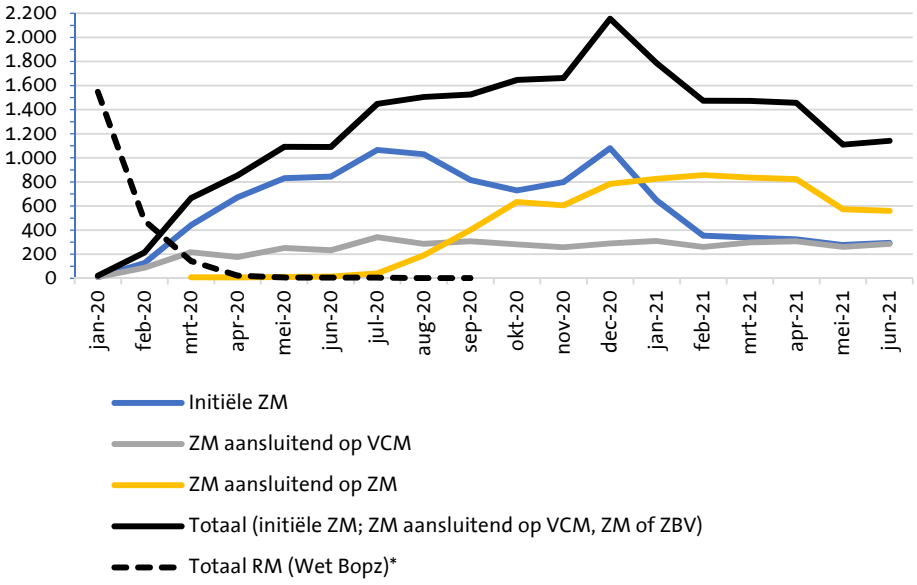
Tabel 3.2.7 Aantal beschikkingen inzake een zorgmachtiging (ZM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal

	Initiële ZM[a]	ZM aansluitend op ZM	ZM aansluitend op VCM	ZM aansluitend op ZBV	Totaal
jan-20	11	0	10	0	21
feb-20	126	0	88	0	214
mrt-20	441	8	217	0	666
apr-20	672	7	176	0	855
mei-20	830	10	251	0	1.091
jun-20	844	13	233	0	1.090
1e halfjaar 2020	*2.924*	*38*	*975*	*0*	*3.937*
jul-20	1.065	41	341	<5	1.449
aug-20	1.030	191	285	<5	1.506
sep-20	816	401	307	<5	1.525
okt-20	730	634	281	<5	1.646
nov-20	798	606	258	<5	1.662
dec-20	1.080	784	289	<5	2.155
2e halfjaar 2020	*5.519*	*2.657*	*1.761*	*6*	*9.943*
Jaartotaal 2020	8.443	2.695	2.736	6	13.880
jan-21	647	827	310	<5	1.786
feb-21	354	857	261	<5	1.473
mrt-21	337	836	298	<5	1.472
apr-21	323	823	307	<5	1.456
mei-21	276	572	261	<5	1.110
jun-21	293	559	286	<5	1.142
1e halfjaar 2021	*2.230*	*4.474*	*1.723*	*12*	*8.439*

VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring. Bron: Raad voor de Rechtspraak

a Exclusief beschikkingen inzake een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz

Figuur 3.2.10 Aantal beschikkingen inzake een zorgmachtiging (ZM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar aanleiding en totaal. Ook weergegeven is het aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz.*



VCM: verlenging crisismaatregel; ZBV: zelfbindingsverklaring.

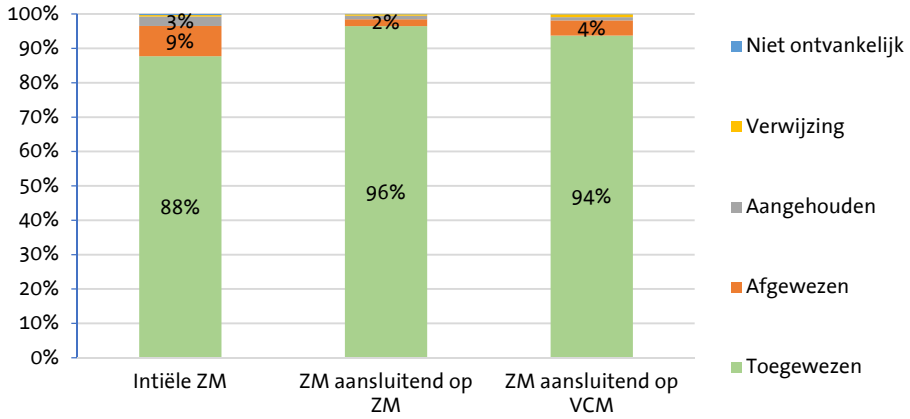
* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.2.4.3 Besluitvorming van de rechter

Gegevens van het Openbaar Ministerie geven zicht op welke beslissingen rechters hebben genomen omtrent verzoekschriften voor een ZM. Uitgaande van de eerste helft van 2021, laat **Figuur 3.2.11** zien dat verzoeken voor een initiële ZM verhoudingsgewijs vaker werden afgewezen dan verzoeken om een ZM aansluitend op een ZM of op een voortzetting van een CM. Opgemerkt dient te worden dat voor bijna 3% van de verzoeken om een initiële ZM nog een rechterlijke uitspraak moet volgen.

Figuur 3.2.11 Beslissing van de rechter ten aanzien van een verzoek om een zorgmachtiging in de periode januari 2020 t/m juni 2021



Bron: Openbaar Ministerie

3.2.5 Wijzigen van een ZM

De Wvggz geeft mogelijkheid aan de zorgverantwoordelijke om, indien er sprake is van verzet van betrokkene, te beslissen tot het verlenen van verplichte zorg waar een afgegeven ZM niet in voorziet. Deze verplichte zorg mag voor hooguit drie dagen worden toegepast. Als de zorgverantwoordelijke van oordeel is dat deze tijdelijke verplichte zorg moet worden voortgezet, dient een verzoekschrift voor een wijziging van de ZM te worden ingediend bij de rechter.

Tabel 3.2.8 laat zien dat een dergelijk verzoek nog weinig is behandeld door de rechter in de anderhalf jaar sinds de inwerkingtreding van de Wvggz. In eerste instantie steeg het aantal beschikkingen maandelijks tot 37 in juli 2020, om daarna tot en met juni 2021 een fluctuerend beeld te laten zien, waarbij het aantal beschikkingen per maand varieerde tussen 24 en 39. Deze lage aantallen impliceren dat er niet vaak aanleiding was voor een zorgverantwoordelijke om een aanvraagprocedure voor het wijzigen van een ZM te beginnen. Kennelijk voorziet in veruit de meerderheid van de gevallen een afgegeven ZM in voldoende vormen van verplichte zorg.

Opgemerkt dient te worden dat er wel een relatieve toename was in het aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van verzoeken om een wijziging van een ZM. Afgezet tegen het totaal aantal beschikkingen inzake verzoeken om een ZM, deed de rechter in het eerste halfjaar van 2020 in 1,1% van de gevallen ook een uitspraak over een wijziging van een ZM.[340] Dit percentage steeg in het tweede halfjaar van 2020 naar 1,9%, om vervolgens in het eerste halfjaar van 2021 verder toe te nemen naar 2,4%.[341] Hier kan een rol spelen dat de Hoge Raad in februari 2021 heeft aangegeven dat

340 42/3.937=1,1%

341 Respectievelijk 190/9.943=1,9% en 199/8.439=2,4%

een wijziging ook kan ter voorkoming van dreigende noodsituatie.[342] Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen in hoeverre de relatieve toename doorzet.

Tabel 3.2.8 Aantal beschikkingen inzake een verzoek om wijziging van een zorgmachtiging in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020	2021	Verschil
Januari	0	39	39
Februari	<5	34	32
Maart	<5	32	28
April	7	37	30
Mei	12	31	19
Juni	17	26	9
Subtotaal 1e halfjaar	*42*	*199*	*157*
Juli	37		
Augustus	32		
September	30		
Oktober	24		
November	30		
December	37		
Subtotaal 2e halfjaar	*190*		
Jaartotaal	232		

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.2.6 Beëindiging van verplichte zorg

3.2.6.1 Beëindiging van verplichte zorg door de GD

Een ZM vervalt na het verstrijken van de looptijd, of indien een nieuwe ZM ten uitvoer wordt gelegd. Hiernaast heeft ook de GD de bevoegdheid om de verplichte zorg op grond van een ZM te laten beëindigen, hetzij uit eigen beweging, hetzij op aanvraag van de betrokkene, de vertegenwoordiger, de advocaat of de zorgverantwoordelijke (art. 8:18). **Tabel 3.2.9** laat zien dat in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding het aantal besluiten van een GD tot het beëindigen van verplichte zorg duidelijk toenam. Ging het in de eerste helft van 2020 om maar 39 besluiten, in de eerste helft van 2021 was dit aantal toegenomen naar 200 besluiten. Het kan hier overigens ook gaan om het stopzetten van verplichte zorg op grond van een machtiging tot voortzetting van een CM; op basis van de beschikbare gegevens kan dit niet worden onderscheiden van verplichte zorg op grond van een ZM.

342 ECLI:NL:HR:2021:272, Hoge Raad, 20/02184 (rechtspraak.nl)

Tabel 3.2.9 Aantal besluiten door de geneesheer-directeur tot beëindiging van verplichte zorg op grond van zorgmachtiging of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020	2021	Verschil
Januari	0	24	24
Februari	0	15	15
Maart	8	52	44
April	<5	31	27
Mei	6	34	28
Juni	16	44	28
Subtotaal 1e halfjaar	*34*	*200*	*166*
Juli	29		
Augustus	15		
September	24		
Oktober	20		
November	21		
December	27		
Subtotaal 2e halfjaar	*136*		
Jaartotaal	170		

Bron: Openbaar Ministerie

3.2.6.2 Verzoek om beëindiging van verplichte zorg

Indien de GD afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot beëindiging van de verplichte zorg op grond van een ZM, kan degene die de aanvraag heeft ingediend bij de officier van justitie een aanvraag indienen om een verzoekschrift voor de beëindiging van de verplichte zorg bij de rechter in te dienen (art. 8:19). Hoewel het om lage aantallen gaat, kwam dit in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz steeds vaker voor. Zo werden in het eerste halfjaar slechts zes aanvragen voor het beëindigen van verplicht zorg op grond van een ZM ingediend bij de officier, terwijl het om 24 aanvragen ging in het tweede halfjaar van 2020, en om 33 aanvragen in het eerste halfjaar van 2021.

3.2.7 Vergelijking met situatie ten tijde van Wet Bopz

Kijkend naar de situatie ten tijde van de Wet Bopz, is er in de periode 2015-2019 jaarlijks een stijging te zien in het totaal aantal rechterlijke uitspraken omtrent een rechterlijke machtiging (zie **Tabel 3.2.10** en **Figuur 3.2.12**). Daarbij was er in 2019 sprake van een relatief sterke stijging van 15%. Daarentegen was er in 2020 – het jaar van de inwerkingtreding van de Wvggz en Wzd – juist sprake van een daling van 7% ten opzichte van 2019, uitgaande van het totaal aantal beschikkingen inzake een ZM op grond van de Wvggz, een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd, en een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz.

Een verklaring voor zowel de relatief sterke stijging in 2019 als de daaropvolgende daling in 2020, is het hoge aantal uitspraken dat rechters in december 2019 hebben gedaan aangaande een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz (zie **Figuur 3.2.13**). Dit hoge aantal geeft aan dat vaak gebruik is gemaakt van het zogeheten overgangsrecht Wet Bopz, en wat inhield dat de regels van de Wet Bopz van toepassing bleven voor machtigingen die vóór 1 januari 2020 werden aangevraagd of afgegeven.[343,344] Toepassing van dit overgangsrecht verklaart ook waarom vooral in januari 2020, en in minder mate in februari en maart 2020, nog steeds beschikkingen op grond van de Wet Bopz werden afgegeven (zie **Figuur 3.2.13**). Bovendien geeft het ook een verklaring voor de piek in december 2020: om niet te komen vervallen, diende voor een nog lopende Bopz-machtiging vanwege een psychiatrische aandoening vóór 1 januari 2021 een ZM op grond van de Wvggz te zijn aangevraagd.[345]

Naast het overgangsrecht Wet Bopz, kunnen ook andere factoren invloed hebben gehad op het aantal beschikkingen in 2020. Zo zouden het inregelen van de nieuwe of aangepaste Wvggz- en Wzd-procedures en de coronapandemie kunnen hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs minder vaak aanvragen van een machtiging op grond van de Wvgzz en/of Wzd in 2020.[346] Mede vanwege de impact van het overgangsrecht en de mogelijke invloed van andere factoren, kan vooralsnog niet worden vastgesteld of, en in hoeverre, met de komst van Wvggz en Wzd de aantallen beschikkingen aangaande machtigingen op grond van de Wvggz en Wzd structureel zijn veranderd ten opzichte van de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Monitoring over een langere periode na 2020 zal hier een duidelijker beeld over moeten gaan verschaffen.

343 Deze overgangsperiode gold zolang de Bopz-machtiging geldig was, maar maximaal 12 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wvggz, en maximaal 6 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wzd.

344 In voorgaande jaren onder de Wet Bopz was er geen sprake van een piek in december in het aantal beschikkingen, wat betekent dat de piek in december 2019 is veroorzaakt door toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz.

345 Dit gold niet voor de overgang naar de Wzd. Alle Bopz-machtigingen voor mensen met een verstandelijke beperking en voor mensen met een psychogeriatrische aandoening zijn van rechtswege omgezet. De zorgaanbieder/beroepsbeoefenaar hoefde dus geen nieuwe machtigingen aan te vragen indien de termijn nog niet verlopen was.

346 Deze factoren kunnen ook hebben bijdragen aan het verhoudingsgewijs hoge aantal machtigingen tot voortzetting van een crisismaatregel (o.g.v. de Wvggz) of een inbewaringstelling (o.g.v. de Wzd of de Wet Bopz) in 2020 (zie par. 3.3.6).

Tabel 3.2.10 Aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis

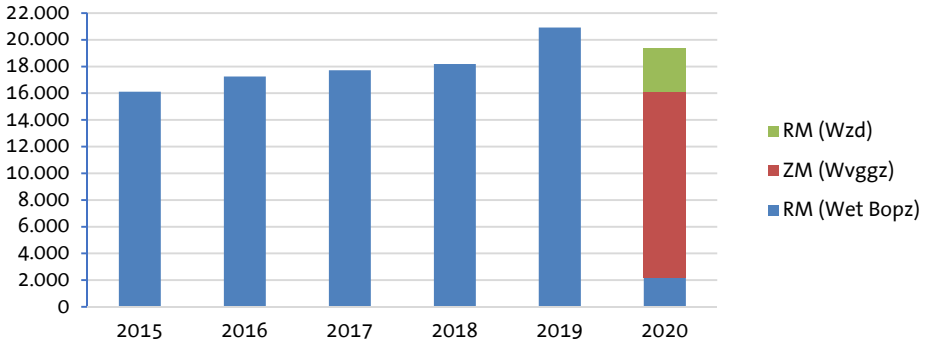
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RM (Wet Bopz)	16.114	17.251	17.714	18.189	20.925	2.210
ZM (Wvggz)[a]						13.880
RM (Wzd)[b]						3.279
Totaal	16.114	17.251	17.714	18.189	20.925	19.369
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	7%	3%	3%	15%	-7%

* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

a Exclusief beschikkingen inzake een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz. b Exclusief beschikkingen inzake een initiële RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

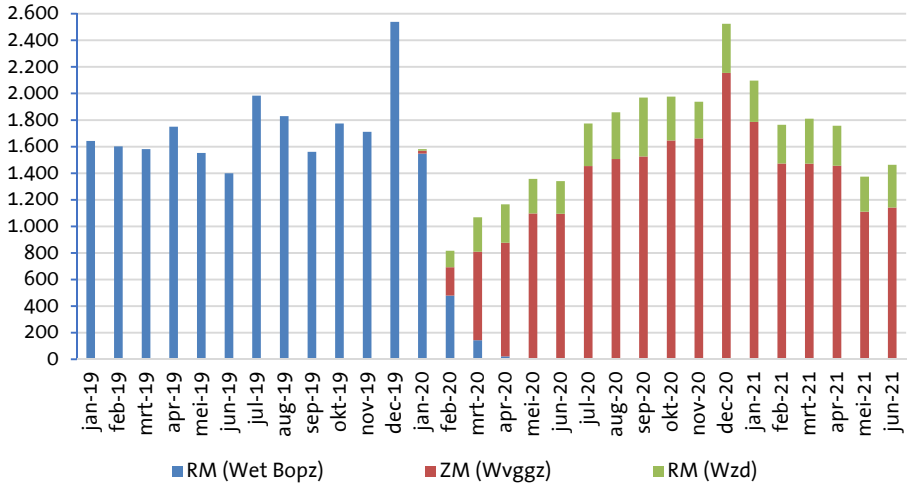
Figuur 3.2.12 Aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 3.2.13 Aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en een RM op grond van de Wzd in de periode januari 2019 t/m juni 2021, op maandbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.2.7.1 Aantal unieke betrokkenen

Als wordt gekeken naar de aantallen unieke betrokkenen voor wie de rechter op jaarbasis ten minste één uitspraak heeft gedaan omtrent een verzoek voor een machtiging op grond van de Wet Bopz, de Wvggz of de Wzd, is in de periode 2016 t/m 2020 een vergelijkbare ontwikkeling te zien als bij de aantallen beschikkingen (zie **Tabel 3.2.11** en **Figuur 3.2.14**). Wel is de piek qua aantallen unieke betrokkenen in 2019 verhoudingsgewijs wat minder hoog. Bovendien is er in 2020 geen sprake van een daling ten opzichte van 2019, maar van een duidelijke afvlakking van de sterke stijging in 2019. Ook hier geldt dat het nog te vroeg is om conclusies te kunnen trekken over de ontwikkeling van het aantal unieke betrokkenen dat te maken heeft met gedwongen zorg op grond van een Wvvz- of een Wzd-machtiging, in vergelijking met de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Hiervoor is monitoring over een langere periode na 2020 nodig.

Tabel 3.2.11 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en/of een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2016	2017	2018	2019	2020
RM (Wet Bopz)	13.816	14.232	14.621	15.970	2.145
ZM (Wvggz)[a]					11.039
RM (Wzd)[b]					3.030
Totaal	13.816	14.232	14.621	15.970	16.214
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	3,0%	2,7%	9,2%	1,5%

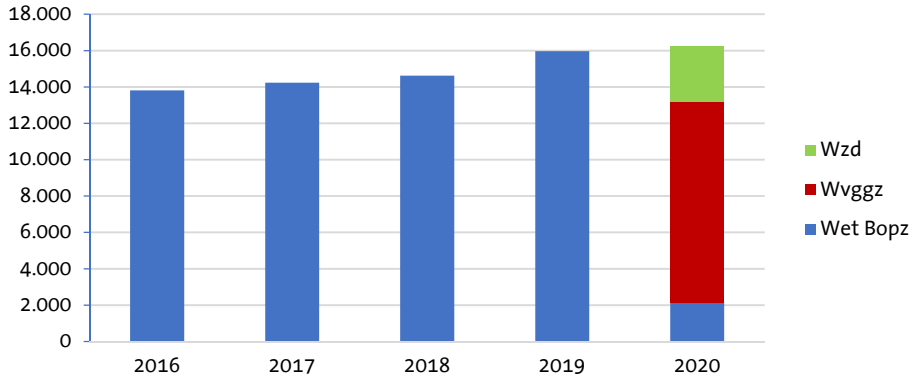
* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

a Exclusief beschikkingen inzake een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz.

b Exclusief beschikkingen inzake een initiële RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 3.2.14 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en/of een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.2.8 Samenvatting

In deze paragraaf is een groot aantal gegevens uit verschillende bronnen besproken over de uitvoering van de opeenvolgende stappen binnen de procedure voor een ZM. Een aantal bevindingen die opvielen worden hier nog eens op een rij gezet.

Het gegeven dat in het overgangsjaar 2020 de nieuwe wetgeving moest worden doorgevoerd komt duidelijk tot uitdrukking in de waargenomen ontwikkeling van het aantal door de officier van justitie in voorbereiding genomen verzoeken om een ZM, het aantal bij de rechter ingediende

verzoekschriften, en het aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van ingediende verzoekschriften. Zo werden meteen in het begin van 2020 veel aanvragen voor een initiële ZM in voorbereiding genomen, wat aanhield tot najaar 2020, om daarna af te nemen, en in het eerste halfjaar van 2021 betrekkelijk stabiel te blijven. Een ander voorbeeld is dat de aanvragen voor een ZM aansluitend op een ZM logischerwijs pas vanaf medio 2020 goed op gang kwamen, op het moment dat de looptijd van de eerste afgegeven initiële machtigingen verliep. Ook het overgangsrecht Wet Bopz had invloed. Enerzijds omdat in december 2019 nog een hoog aantal verzoeken voor een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz werd gedaan. Anderzijds omdat vóór 1 januari 2020 ZM'en werden aangevraagd voor nog lopende Bopz-machtigingen om te voorkómen dat deze zouden komen te vervallen. Tot slot kunnen knelpunten in het inregelen van de nieuwe procedure en de coronapandemie hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs minder vaak aanvragen van een ZM. Bij elkaar genomen geven de gegevens vooralsnog geen structureel beeld van hoe vaak ZM'en worden voorbereid en ingediend bij de rechter. Dit geldt ook voor het voor het aantal unieke betrokkenen dat te maken heeft met verplichte zorg op grond van een ZM. Monitoring over een langere periode na 2020 is hiervoor nodig.

Veruit het merendeel van de ZM'en werden bij de officier aangevraagd door een (ambulante) zorgverlener van betrokkene of door een GD. Een deel van de initiële ZM'en (13% in het eerste halfjaar van 2021) werd aangevraagd vanuit het college van B&W op basis van een verkennend onderzoek. Voor verhoudingsgewijs veel van deze door de gemeente aangevraagde ZM'en werd door de officier besloten om de voorbereidingsprocedure te beëindigen, en geen verzoekschrift in te dienen bij de rechter. Blijkbaar was er in deze gevallen volgens de officier onvoldoende onderbouwing voor de noodzaak tot verplichte zorg. Ruim de helft van de verkennende onderzoeken[347] leidde niet tot een aanvraag bij de officier, mede omdat onderzoeken voortijdig werden beëindigd. Deze bevindingen zijn lastig te duiden. Het is onduidelijk in hoeverre het verkennend onderzoek bijdraagt aan hetzij het voorkómen van verplichte zorg, en hetzij aan het vroegtijdig in het vizier krijgen van personen voor wie verplichte zorg nodig is.

Een andere bevinding die opvalt is dat betrokkenen nog weinig gebruikmaakten van instrumenten die beogen dat rekening wordt gehouden met hun wensen en voorkeuren. Zo werden er nauwelijks ZM'en naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring aangevraagd. En hoewel in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz het aantal actieve zelfbindingsverklaringen wel gestaag toenam, ging het nog om zeer lage aantallen ten opzichte van aantal aanvragen voor een ZM. Ook van het eigen plan van aanpak werd nog beperkt gebruikt gemaakt. Zo werd in het eerste halfjaar van 2021 rond de 6% van de voorbereidingsprocedures voor een ZM geschorst omdat de betrokkene in de gelegenheid was gesteld om een plan van aanpak op te stellen. Circa 1% van de procedures werd definitief stopgezet vanwege een opgesteld plan van aanpak.

Voorts wijzen de bevindingen erop dat de voorbereiding van een verzoekschrift voor een ZM in het algemeen bewerkelijk is en/of kwetsbaar is voor vertraging. In het eerste halfjaar van 2021 werd namelijk bijna de helft (46%) van de verzoekschriften voor een initiële ZM niet binnen de wettelijke

347 Uitgaande van het tweede halfjaar van 2020 en het eerste halfjaar van 2021.

termijn van vier weken[348] ingediend bij de rechter. Het beeld was wat positiever bij verzoekschriften voor een aansluitende ZM: in 37% van de gevallen werd de wettelijke termijn niet gehaald.

Uit de gegevens kwam verder naar voren dat officieren niet vaak aanwezig waren op de zittingen waarin verzoeken voor een ZM werden behandeld. Dit impliceert dat bij de zitting betrokken partijen in de praktijk weinig meerwaarde zien in een structurele aanwezigheid van de officier op de zitting. Ten slotte bleken er weinig verzoeken tot wijziging van een ZM te zijn behandeld door de rechter. In de eerste helft van 2021 ging het om ruim 2% van alle beschikkingen inzake een verzoekschrift voor een ZM. Dit wijst erop dat in veruit de meeste gevallen een afgegeven ZM voorziet in voldoende vormen van verplichte zorg.

3.3 Crisismaatregel en verlenging crisismaatregel

Wanneer er geen tijd is om de procedure voor een ZM te volgen omdat het ernstig nadeel onmiddellijk dreigend is, kan het nemen van een CM noodzakelijk zijn. Om dit te kunnen doen gelden de volgende aanvullende voorwaarden: het gedrag waaruit het onmiddellijk dreigend ernstig nadeel voortvloeit wordt vermoedelijk veroorzaakt door een psychische stoornis, het ernstig nadeel kan worden weggenomen met een CM, en betrokkene verzet zich tegen zorg. De procedure voor een CM vertoont veel gelijkenis met voorheen de inbewaringstelling onder de Wet Bopz. Net als bij de inbewaringstelling besluit de burgemeester over het al dan niet afgeven van een CM. Nieuw is dat de burgemeester daarbij moet aangeven welke vormen van verplichte zorg noodzakelijk zijn om de crisis af te wenden. Deze beslissingen neemt de burgemeester op basis van een medische verklaring zoals opgesteld door een psychiater. Zowel de burgmeester als de beoordelend psychiater kan bij de officier van justitie nadere benodigde informatie opvragen.[349] Nieuw met de komst van de Wvggz is ook dat de betrokkene door de burgemeester in de gelegenheid moet worden gesteld om te worden gehoord, om zodoende bij te dragen aan een betere rechtspositie voor de betrokkene. Daarnaast heeft betrokkene de mogelijkheid om beroep in te stellen tegen een afgegeven CM.

Als de officier van mening is dat de grondslag voor het nemen van een CM nog aanwezig is, kan zij of hij de rechter verzoeken om de CM (die ten hoogste drie dagen geldig is) voort te zetten. Als de rechter van oordeel is dat nog steeds wordt voldaan aan de voorwaarden voor een CM dan geeft zij of hij een machtiging tot voortzetting van de CM af, voor maximaal drie weken.

In deze paragraaf wordt op basis van gegevens uit diverse bronnen (gemeenten/Khonraad[350], Raad voor de Rechtspraak en het Openbaar Ministerie) achtereenvolgens ingegaan op:

348 Vanaf het moment van schriftelijk informeren van de betrokkene door de GD.

349 Burgemeester: overzicht van eerder afgegeven titels op grond van de Wvggz of Wet Bopz. Psychiater: politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens.

350 Het betroffen gegevens zoals verzameld en gepubliceerd in het kader van de periodieke Ketenmonitor Wvggz. In de gegevens van Khonraad ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

— de voorbereiding van een CM (medische verklaringen zoals opgesteld door de beoordelend psychiater; informatieverzoeken van de beoordelend psychiater en de burgemeester aan de officier; en het horen van betrokken patiënten);
— de besluitvorming van de burgmeester ten aanzien van een CM en van de rechter ten aanzien van het beroep dat is ingesteld tegen een afgegeven CM;
— de voorbereiding door de officier van een machtiging tot voorzetting van een CM;
— de besluitvorming van de rechter ten aanzien van een verzoek om een machtiging tot voorzetting van een CM;
— de wijziging van een machtiging tot voortzetting van een CM[351]; en
— een vergelijking van het aantal rechterlijke uitspraken omtrent een machtiging tot voortzetting van een CM of een inbewaringstelling (op grond van de Wzd) met de aantallen in de jaren 2015 tot en met 2019 ten tijde van de Wet Bopz.[352]

3.3.1 Voorbereiding van een CM

3.3.1.1 Medische verklaring

Zonder een medische verklaring van een psychiater kan de burgemeester geen beslissing nemen over in hoeverre sprake is van onmiddellijk dreigend nadeel waarvan ernstig wordt vermoed dat dit het gevolg is van het gedrag van de betrokkene dat voortvloeit uit een psychische stoornis. Ook als de beoordelend psychiater van mening is dat niet aan de criteria voor een CM wordt voldaan, dient een medische verklaring te worden opgesteld. Uit **Tabel 3.3.1** blijkt echter dat zo'n 'negatieve' medische verklaring weinig voorkwam in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz. In deze periode ging het op halfjaarbasis in 96% tot 98% van de gevallen om een 'positieve' medische verklaring, wat betekent dat er volgens de psychiater werd voldaan aan de criteria voor een CM.

351 Mogelijk sinds eind oktober 2020 de spoedreparatiewetgeving voor de Wvggz en Wzd in werking is getreden.

352 Opgemerkt dient te worden dat gepresenteerde cijfers soms licht kunnen afwijken van de cijfers zoals gepubliceerd in de periodieke Ketenmonitor Wvggz. Dit heeft ermee te maken dat voor dit hoofdstuk gegevensbestanden zijn gebruikt die op andere tijdstippen zijn samengesteld door de bronhouders dan de gebruikte gegevensbestanden voor de Ketenmonitor Wvggz. Bovendien zijn voor dit hoofdstuk soms andere keuzes gemaakt qua te presenteren cijfers.

Tabel 3.3.1 Het aantal crisismaatregelen (CM) waarover een burgemeester een besluit heeft genomen in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en het aantal en percentage CM met een 'positieve' medische verklaring (d.w.z. volgens de beoordelend psychiater werd voldaan aan de criteria voor een CM)

	2020			2021			Verschil		
	Aantal beschikkingen inzake CM	Aantal CM met positieve MV	% CM met positieve MV	Aantal beschikkingen inzake CM	Aantal CM met positieve MV	% CM met positieve MV	Aantal beschikkingen inzake CM	Aantal CM met positieve MV	% CM met positieve MV
Januari	791	727	92%	708	686	97%	-83	-41	5%
Februari	694	648	93%	618	609	99%	-76	-39	5%
Maart	825	784	95%	780	764	98%	-45	-20	3%
April	820	798	97%	720	710	99%	-100	-88	1%
Mei	814	799	98%	725	711	98%	-89	-88	0%
Juni	905	883	98%	789	779	99%	-116	-104	1%
1e halfjaar	*4.849*	*4.639*	*96%*	*4.340*	*4.259*	*98%*	*-509*	*-380*	*2%*
Juli	874	859	98%						
Augustus	810	799	99%						
September	751	741	99%						
Oktober	739	730	99%						
November	718	705	98%						
December	706	693	98%						
2e halfjaar	*4.598*	*4.527*	*98%*						
Jaartotaal	9.447	9.166	97%						

Bronnen: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

Tabel 3.3.1 laat verder zien dat in de eerste helft van 2020 (4.849) verhoudingsgewijs meer CM'en werden voorbereid dan in de eerste helft van 2021 (4.340). Hier heeft een rol gespeeld dat de CM in het overgangsjaar 2020 als terugvaloptie werd benut indien een procedure voor een ZM niet tijdig was opgestart.[353] Daarnaast is het mogelijk dat de coronacrisis of -maatregelen hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs vaker starten van de procedure voor een CM. In par. 3.4.2 wordt verder ingegaan op de besluitvorming van de burgemeester aangaande voorbereide CM'en.

3.3.1.2 Informatieverzoeken van de beoordelend psychiater en de burgemeester

De psychiater die de medische verklaring opstelt kan politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens opvragen bij de officier van justitie om goed te kunnen beoordelen of er bij de betrokkene sprake is van een ernstig nadeel. Kijkend naar de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz, laten **Tabel 3.3.2** en **Figuur 3.3.1** zien dat deze informatieverzoeken in het eerste half jaar van 2020 relatief vaker werden gedaan, zowel in absolute als in relatieve termen. Zo werden door psychiaters in

353 Ketenmonitor Wvggz, 1e halfjaar 2021, september 2021

het eerste halfjaar van 2020 in totaal 620 informatieverzoeken gedaan, ten opzichte van 405 in het eerste halfjaar van 2021. Relatief gezien daalde het aandeel beschikkingen inzake een CM waarbij sprake was van een informatieverzoek van een psychiater van 13% in de eerste helft van 2020 naar 9% in de eerste helft van 2021. De percentages wijzen er mogelijk op dat politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens vaak niet nodig zijn, omdat het ernstig nadeel al voldoende duidelijk is. Ook kan een rol spelen dat het lang kan duren (enkele uren) voordat deze gegevens überhaupt zijn verstrekt.

Tabel 3.3.2 Het aantal informatieverzoeken die door psychiaters zijn gedaan bij officieren van justitie voor de beoordeling of voldaan is aan de criteria voor een crisismaatregel (CM) in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en het percentage beschikkingen inzake een CM waarvoor een informatieverzoek is gedaan

	2020		2021		Verschil	
	Aantal informatieverzoeken	% beschikkingen CM met informatieverzoek	Aantal informatieverzoeken	% beschikkingen CM met informatieverzoek	Aantal informatieverzoeken	% beschikkingen CM met informatieverzoek
Januari	93	12%	71	10%	-22	-2%
Februari	102	15%	50	8%	-52	-7%
Maart	68	8%	65	8%	-3	0%
April	111	14%	78	11%	-33	-3%
Mei	126	15%	66	9%	-60	-6%
Juni	120	13%	75	10%	-45	-4%
1e halfjaar	*620*	*13%*	*405*	*9%*	*-215*	*-3%*
Juli	109	12%				
Augustus	112	14%				
September	67	9%				
Oktober	87	12%				
November	58	8%				
December	55	8%				
2e halfjaar	*488*	*11%*				
Jaartotaal	1.108	12%				

Bronnen: Openbaar Ministerie (aantal informatieverzoeken); gemeenten/Khonraad (aantal beschikkingen inzake CM)

De burgemeester kan in voorbereiding op het nemen van een beslissing over een CM bij de officier een historisch overzicht opvragen van eerder afgegeven CM'en of machtigingen op grond van de

Wvggz, alsmede van eerder afgegeven machtigingen op grond van de Wet Bopz.[354] **Tabel 3.3.3** en **Figuur 3.3.1** laten zien dat dit steeds minder vaak gebeurd is in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz, zowel in absolute als relatieve zin. Zo werden door burgemeesters in de eerste helft van 2020 in totaal 439 informatieverzoeken gedaan, tegenover 102 in de eerste helft van 2021. In relatieve termen daalde het percentage beschikkingen inzake een CM waarbij sprake was van een informatieverzoek van een burgemeester van 9% in het eerste halfjaar van 2020 naar 2% in het eerste halfjaar van 2021. Kennelijk is het historisch overzicht weinig relevant voor de burgemeester om te beslissen tot het afgeven van een CM. In de praktijk wijkt de burgemeester zelden of nooit af van het advies van de beoordelend psychiater (zie par. 3.3.2).

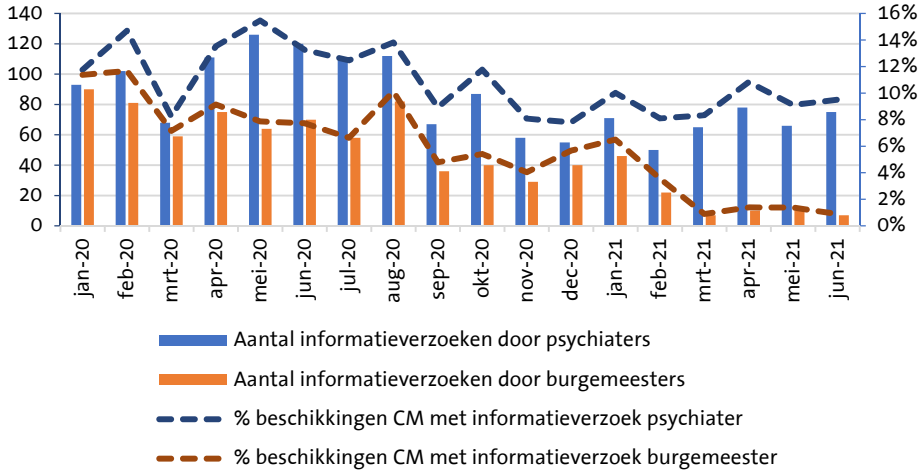
Tabel 3.3.3 Het aantal informatieverzoeken die door burgemeesters zijn gedaan bij officieren van justitie voor de beoordeling of voldaan is aan de criteria voor een crisismaatregel (CM) in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en het percentage beschikkingen inzake een CM waarvoor een informatieverzoek is gedaan

	2020		2021		Verschil	
	Aantal informatieverzoeken	% beschikkingen CM met informatieverzoek	Aantal informatieverzoeken	% beschikkingen CM met informatieverzoek	Aantal informatieverzoeken	% beschikkingen CM met informatieverzoek
Januari	90	11%	46	6%	-44	-5%
Februari	81	12%	22	4%	-59	-8%
Maart	59	7%	7	1%	-52	-6%
April	75	9%	10	1%	-65	-8%
Mei	64	8%	10	1%	-54	-6%
Juni	70	8%	7	1%	-63	-7%
Subtotaal 1e halfjaar	*439*	*9%*	*102*	*2%*	*-337*	*-7%*
Juli	58	7%				
Augustus	82	10%				
September	36	5%				
Oktober	40	5%				
November	29	4%				
December	40	6%				
Subtotaal 2e halfjaar	*285*	*6%*				
Jaartotaal	724	8%				

Bronnen: Openbaar Ministerie (aantal informatieverzoeken); gemeenten/Khonraad (aantal beschikkingen inzake CM)

354 Het kan gaan om een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling, een voorlopige machtiging, een machtiging tot voortgezet verblijf, een voorwaardelijke machtiging, een zelfbindingsmachtiging, of een machtiging op eigen verzoek.

Figuur 3.3.1 De aantallen informatieverzoeken die door psychiaters en burgemeesters zijn gedaan bij officieren van justitie voor de beoordeling of voldaan is aan de criteria voor een crisismaatregel (CM) in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en de percentages beschikkingen inzake een CM waarvoor een informatieverzoek is gedaan



Bronnen: Openbaar Ministerie (aantal informatieverzoeken); Khonraad (aantal beschikkingen inzake CM)

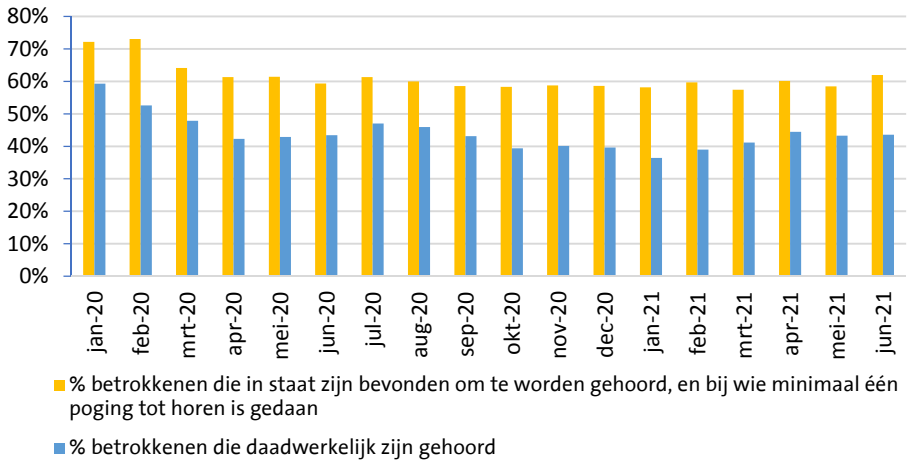
3.3.1.3 Horen van betrokkene

Met de komst van de Wvggz is een nieuw onderdeel in de procedure voor een CM dat betrokkenen in de gelegenheid worden gesteld om te worden gehoord door de burgemeester zelf, of door een door de burgemeester aangewezen andere persoon of partij. Met deze hoorplicht wordt beoogd bij te dragen aan een betere rechtspositie voor de betrokkenen. Het horen dient voor het afgeven van de CM te gebeuren, maar nadat de psychiater de medische verklaring heeft opgesteld.

Afgezet tegen het aantal beschikkingen inzake een CM per maand, laat **Figuur 3.3.2** zien dat het aandeel betrokkenen dat door de onafhankelijk psychiater in staat werd geacht om te worden gehoord, en bij wie vervolgens één of meer pogingen tot horen werden gedaan, vanaf april 2020 betrekkelijk stabiel rond de 60% lag. Ook het percentage betrokkenen dat daadwerkelijk werd gehoord bleef redelijk stabiel in de periode van april 2020 tot en met juni 2021: in de meeste maanden ging het om ruim 40%. Kijkend per halfjaar, daalde het percentage betrokkenen dat daadwerkelijk is gehoord van 48% in het eerste halfjaar van 2020 naar 43% in het tweede halfjaar van 2020, om vervolgens licht af te nemen naar 41% in het eerste halfjaar van 2021.

Het gegeven dat ruim vier op de tien betrokkenen werd gehoord heeft verder geen invloed gehad op de besluitvorming van de burgemeester. Het blijkt namelijk dat de burgemeester in bijna alle gevallen een aangevraagde CM heeft afgegeven aan de betrokkene. In de volgende paragraaf wordt hier nader op ingegaan.

Figuur 3.3.2 Het percentage betrokkenen bij wie één of meerdere pogingen tot horen zijn gedaan, en het percentage betrokkenen dat daadwerkelijk is gehoord in de periode van januari 2020 t/m juni 2021. Voor het bepalen van de percentages is uitgegaan van het aantal beschikkingen inzake een CM op maandbasis.



Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

3.3.2 Besluitvorming ten aanzien van een voorgenomen CM en beroep dat is ingesteld tegen een afgegeven CM

3.3.2.1 Besluitvorming van de burgemeester omtrent de CM

Uitgaande van de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz, laat **Tabel 3.3.4** zien dat nagenoeg alle gestarte procedures voor een CM leidden tot de beslissing van een burgemeester om de maatregel daadwerkelijk af te geven voor de betrokkene. Vanaf april 2020 besloot een burgemeester in slechts 2% tot 3% van de gevallen om af te zien van het nemen van een CM,[355] doorgaans omdat de beoordelend psychiater een “negatieve” medische verklaring had opgesteld. Het kwam nauwelijks voor dat een burgemeester toch een CM heeft genomen, ondanks een “negatieve” medische verklaring.[356] Dit gold ook voor het omgekeerde: het afwijzen van een CM door een burgemeester, terwijl de medische verklaring “positief” was.[357]

Uit **Tabel 3.3.4** blijkt verder dat het aantal afgegeven CM’en op halfjaarbasis afnam, van 4.616 in de eerste helft van 2020, naar 4.516 in de tweede helft van 2020, tot 4.247 in de eerste helft van 2021.

355 In de eerste 3 maanden van 2020 ligt het percentage afgewezen CM’en verhoudingsgewijs hoog (resp. 9%, 7% en 6%). Mogelijk speelt hier mee dat betrokken actoren nog moesten wennen aan de procedure voor een CM, ondanks dat deze voor een groot deel gelijk is gebleven aan de procedure voor een inbewaringstelling onder voorheen de Wet Bopz.

356 Bijvoorbeeld in het eerste halfjaar van 2021: 3 keer.

357 Bijvoorbeeld in het eerste halfjaar van 2021: 15 keer.

Ten opzichte van eerste halfjaar van 2020, is het aantal afgegeven CM'en met 6% gedaald in het eerste halfjaar van 2021. Dat de CM in het overgangsjaar 2020 als een terugvaloptie is gebruikt in het geval een procedure voor een ZM niet tijdig was opgestart, zal hier een rol hebben gespeeld.[358] Bovendien zou het kunnen dat de coronacrisis of -maatregelen hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs vaker afgeven van een CM. Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen in hoeverre het eerste halfjaar van 2021 representatief is voor een meer structureel niveau qua aantal afgegeven CM'en, of dat de daling verder doorzet, of dat er andere trend is te zien.

Tot slot laat **Tabel 3.3.4** zien dat er in februari verhoudingsgewijs weinig CM'en werden genomen door de burgemeester, terwijl in de zomermaanden juni en juli juist sprake was van een piek. Mogelijk houdt dit laatste deels verband met een mindere beschikbaarheid van 'vaste' zorgverleners van betrokkenen tijdens de zomervakantieperiode.

Tabel 3.3.4 Het aantal crisismaatregelen (CM) waarover een burgemeester een besluit heeft genomen in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en het aantal en percentage CM dat is afgegeven

	2020			2021			Verschil		
	Aantal beschikkingen inzake CM	Aantal CM afgegeven	% CM afgegeven	Aantal beschikkingen inzake CM	Aantal CM afgegeven	% CM afgegeven	Aantal beschikkingen inzake CM	Aantal CM afgegeven	% CM afgegeven
Januari	791	721	91%	708	685	97%	-83	-36	6%
Februari	694	647	93%	618	608	98%	-76	-39	5%
Maart	825	776	94%	780	762	98%	-45	-14	4%
April	820	796	97%	720	707	98%	-100	-89	1%
Mei	814	796	98%	725	708	98%	-89	-88	0%
Juni	905	880	97%	789	777	98%	-116	-103	1%
1e halfjaar	*4.849*	*4.616*	*95%*	*4.340*	*4.247*	*98%*	*-509*	*-369*	*3%*
Juli	874	854	98%						
Augustus	810	800	99%						
September	751	738	98%						
Oktober	739	729	99%						
November	718	703	98%						
December	706	692	98%						
2e halfjaar	*4.598*	*4.516*	*98%*						
Jaartotaal	9.447	9.132	97%						

Bron: gemeenten/Khonraad In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

358 Ketenmonitor Wvggz, 1e halfjaar 2021, september 2021

3.3.2.2 Beschikkingen van de rechter omtrent beroep ingesteld tegen een afgegeven CM

Betrokkene heeft de mogelijkheid om bij de rechter beroep in te stellen tegen de door een burgemeester afgegeven CM (art. 7:6). Uit het aantal rechterlijke uitspraken zoals geregistreerd door de Raad voor de Rechtspraak blijkt dat van deze mogelijkheid nog relatief weinig gebruik werd gemaakt in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz (zie **Tabel 3.3.5**). Afgezet tegen alle genomen CM'en, werd op halfjaarbasis van 0,8% (tweede halfjaar van 2020) tot 1,1% (eerste halfjaar zowel van 2020 als van 2021) van de gevallen beroep ingesteld tegen de CM. **Tabel 3.3.5** laat verder vooralsnog geen duidelijke dalende of stijgende trend zien in het aantal beschikkingen aangaande deze beroepsprocedure. De gegevens geven geen zicht op welke beslissingen rechters hebben genomen.

Tabel 3.3.5 Aantal beschikkingen inzake beroep tegen de beslissing van de burgemeester tot het nemen van een crisismaatregel, op kwartaalbasis

	2020	2021	Verschil
jan-mrt	31	19	-12
apr-jun	19	26	7
1e halfjaar	*50*	*45*	*-5*
jul-sep	17		
okt-dec	20		
2e halfjaar	*37*		
Jaartotaal	87		

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.3.3 Voorbereiding van een machtiging tot voortzetting van een CM

Nadat een CM is afgegeven, kan de officier van justitie binnen een werkdag aan de rechter vragen om de CM te verlengen met een machtiging tot voortzetting van een CM. Uitgaande van gegevens van het Openbaar Ministerie laat **Tabel 3.3.6a** zien dat in nagenoeg alle gevallen waarin een burgemeester een CM had genomen in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz[359], een officier is overgegaan tot het voorbereiden van een machtiging tot voortzetting van de CM.[360] Verder blijkt uit **Tabel 3.3.6b** dat in 2020 bijna alle in voorbereiding genomen machtigingen ook daadwerkelijk leidden tot het indienen van een verzoekschrift bij de rechter. Het percentage ingediende verzoekschriften is in de eerste helft van 2021 verhoudingsgewijs wat lager (ruim 95%). Het is onduidelijk hoe dit kan worden verklaard.

359 Opgemerkt moet worden dat de aantallen afgegeven crisismaatregelen o.b.v. van gegevens van het OM afwijken van de aantallen uitgaande van de gegevens van Khonraad (zie Tabel 3.3.4). Dit heeft ermee te maken dat het verschillende registraties betreffen met elk hun eigen wijze van gegevensverwerking. Bovendien ontbreken in de gegevens van Khonraad gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

360 In de eerste helft van 2020 lag het percentage in voorbereiding genomen machtigingen tot voortzetting van een CM lager t.o.v. de twee daaropvolgende halfjaren. Dit wordt verklaard doordat in de eerste drie maanden van 2020 een relatief hoog percentage aangevraagde crisismaatregelen werd afgewezen (resp. 9%, 7% en 6%) (zie Tabel 3.3.4).

Tabel 3.3.6a Het aantal crisismaatregelen (CM) zoals afgegeven door een burgemeester in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en het aantal en percentage in voorbereiding genomen machtigingen tot voortzetting van een CM (VCM)

	Aantal afgegeven CM	Aantal in voorbereiding genomen VCM	% in voorbereiding genomen VCM
1e halfjaar 2020	4.815	4.742	98,5%
2e halfjaar 2020	4.679	4.673	99,9%
1e halfjaar 2021	4.398	4.393	99,9%

Bron: Openbaar Ministerie

Tabel 3.3.6b Het aantal in voorbereiding genomen machtigingen tot voortzetting van een CM (VCM) in de periode van januari 2020 t/m juni 2021, en het aantal en percentage bij de rechter ingediende verzoekschriften voor een machtiging tot VCM

	Aantal in voorbereiding genomen VCM	Aantal bij rechter ingediende verzoekschriften VCM	% bij rechter ingediende verzoekschriften VCM
1e halfjaar 2020	4.742	4.719	99,5%
2e halfjaar 2020	4.673	4.657	99,7%
1e halfjaar 2021	4.393	4.193	95,4%

Bron: Openbaar Ministerie

3.3.4 Besluitvorming van de rechter omtrent een verzoek tot voortzetting van een CM

3.3.4.1 Aanwezigheid officier van justitie op zitting

Uit gegevens van het Openbaar Ministerie blijkt dat officieren van justitie bijna nooit aanwezig waren op de zittingen waarin verzoeken voor een machtiging tot voortzetting van een CM werden behandeld. Afgezet tegen het totaal aantal rechterlijke uitspraken omtrent deze verzoeken in de periode juli 2020 t/m jun 2021 na de inwerkingtreding van de Wvggz[361], was een officier op 1,2% van de zittingen aanwezig. Dit wijst erop dat bij de zitting betrokken partijen in de praktijk geen meerwaarde zien in een structurele aanwezigheid van de officier op de zitting.

3.3.4.2 Besluitvorming van de rechter

Uitgaande van gegevens van de Raad voor Rechtspraak geeft **Tabel 3.3.7** zicht op het aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van verzoeken om een machtiging tot voortzetting van een CM in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz. Het valt op dat in januari 2020 een beduidend lager aantal rechterlijke uitspraken (N=390) is gedaan in vergelijking met het aantal CM'en

361 Vanaf juli 2020 is het verplicht te registreren of een officier al dan niet aanwezig was op een zitting.

dat in die maand werd genomen door burgemeesters (N=721, zie **Tabel 3.3.4**). Dit wordt waarschijnlijk verklaard doordat de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd vergt. Deze verklaring wordt ondersteund door het gegeven dat volgens de registratiegegevens in januari 2020 nog 342 rechterlijke uitspraken zijn gedaan omtrent verzoeken om een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (terwijl per 1 januari 2020 niet meer om een machtiging op grond van de Wet Bopz kon worden verzocht) (zie **Figuur 3.3.3**).[362] Bovendien 'piekte' het aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een CM in juli 2020, terwijl voor het aantal afgegeven CM'en al in juni 2020 een piek waarneembaar was (zie **Tabel 3.3.4**).

Als rekening wordt gehouden met dit registratie-effect, is een vergelijkbaar beeld te zien als bij de afgegeven CM'en: in de eerste helft van 2021 was sprake van verhoudingsgewijs minder rechterlijke uitspraken omtrent verzoeken om een machtiging tot voortzetting van een CM. Zoals eerder genoemd zal hier een rol hebben gespeeld dat de CM, en de voortzetting daarvan, in het overgangsjaar 2020 werden benut als terugvaloptie indien een procedure voor een ZM niet tijdig was opgestart.[363] Daarnaast kan coronacrisis en -maatregelen hier van invloed zijn geweest.

Tabel 3.3.7 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel in de periode januari 2020 t/m juni 2021

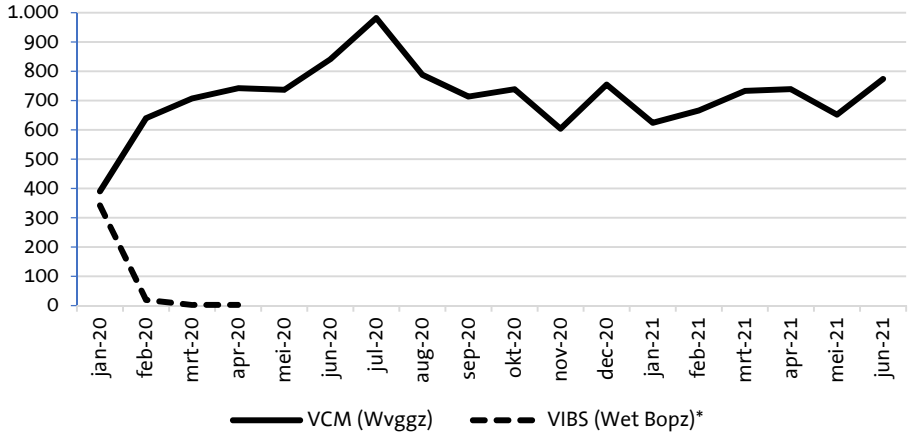
	2020	2021	Verschil
Januari	390	624	234
Februari	640	666	26
Maart	707	733	26
April	742	739	-3
Mei	737	652	-85
Juni	841	774	-67
Subtotaal 1e halfjaar	*4.057*	*4.188*	*131*
Juli	982		
Augustus	788		
September	714		
Oktober	739		
November	604		
December	755		
Subtotaal 2e halfjaar	*4.582*		
Jaartotaal	8.639		

Bron: Raad voor de Rechtspraak

362 In februari en maart 2021 waren er nog resp. 19 en 2 beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling.

363 Ketenmonitor Wvggz, 1e halfjaar 2021, september 2021

Figuur 3.3.3 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) in de periode januari 2020 t/m juni 2021. Ook weergegeven is het aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz.*

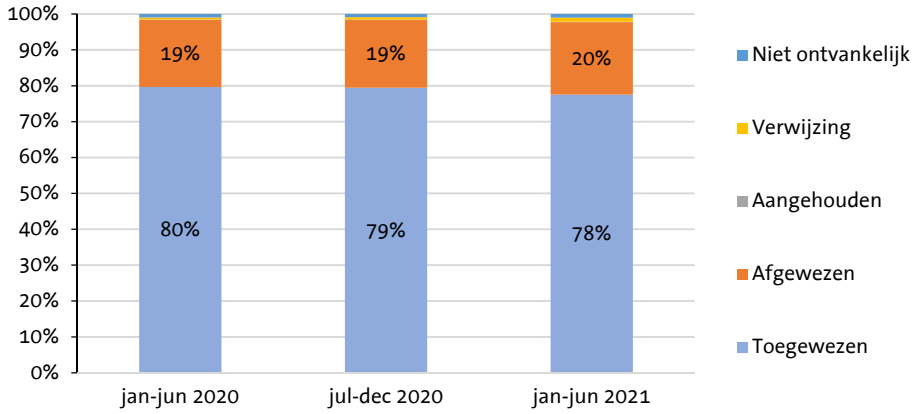


* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Gegevens van het Openbaar Ministerie geven zicht op welke beslissingen rechters hebben genomen omtrent verzoeken om een machtiging tot voortzetting van een CM. Het blijkt dat een niet gering deel werd afgewezen: op halfjaarbasis ging het om 19%-20% (zie **Figuur 3.3.4**). Blijkbaar voldeden de betrokken patiënten op het moment van zitting niet meer aan de criteria voor verplichte zorg, bijvoorbeeld omdat er geen sprake meer was van aanzienlijk risico op ernstig nadeel of omdat betrokkene heeft ingestemd met zorg op vrijwillige basis. Dit hangt samen met het gegeven dat na het afgeven van een CM bijna standaard werd verzocht om een machtiging tot voortzetting van een CM (zie par. 3.3.3).

Figuur 3.3.4 Beslissing van de rechter ten aanzien van een verzoek om een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel in de periode januari 2020 t/m juni 2021



Bron: Openbaar Ministerie

3.3.5 Wijziging machtiging tot voortzetting van een CM

Eind oktober 2020 is de spoedreparatiewetgeving voor de Wvggz en Wzd in werking getreden. Voor de Wvggz is daarmee onder meer het wijzigen van een machtiging tot voortzetting van een CM mogelijk gemaakt. Hiermee wordt voorkómen dat wanneer de zorgbehoefte van betrokkene tussentijds wijzigt, de procedure van een nieuwe CM (en een machtiging tot voortzetting daarvan) moet worden gestart. Volgens gegevens van de Raad voor de Rechtspraak was het aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van een wijziging van een machtiging tot voortzetting van een CM vooralsnog gering. Wel was in het tweede kwartaal van 2021 (N=14) sprake van bijna een verdrievoudiging ten opzichte van het eerste kwartaal (N=5).[364] Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen in hoeverre deze toename al dan niet doorzet. Gegevens van het Openbaar Ministerie geven aan dat circa zeven

3.3.6 Vergelijking met situatie ten tijde van Wet Bopz

Uitgaande van gegevens van de Raad voor de Rechtspraak is er in de periode 2015-2019 onder de Wet Bopz jaarlijks een stijging te zien in het aantal rechterlijke uitspraken omtrent een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling, met uitzondering van een betrekkelijk stabiel beeld in 2018 (in vergelijking met 2017) (zie **Tabel 3.3.8** en **Figuur 3.3.5**). In 2020 – het jaar waarin de Wvggz en Wzd werden ingevoerd – was er sprake van een verhoudingsgewijs sterkere stijging van 12% (ten opzichte van 2019), uitgaande van het totaal aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een CM op grond van de Wvggz, van een inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wzd, en een IBS op

364 In november en december 2020 ging het om minder dan 5 gevallen. Het precieze getal wordt niet gepresenteerd om herleidbaarheid tot personen te voorkómen.

grond van de Wet Bopz.[365] Zoals eerder aangegeven zal hier een rol hebben gespeeld dat de CM, en de voortzetting daarvan, in het overgangsjaar 2020 werden benut als terugvaloptie indien het niet lukte om een procedure voor een ZM tijdig op te starten.[366] Bovendien zou het kunnen dat de coronacrisis of -maatregelen hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs vaker afgeven van een CM, en de voorzetting daarvan, alsmede van een IBS op grond van de Wzd, en de voortzetting daarvan.

In het eerste halfjaar van 2021 is het aantal beschikkingen (N=4.873) met 2,4% gedaald ten opzichte van het eerste halfjaar van 2020 (N=4.995) (zie ook **Figuur 3.3.6**). Hoewel het aantal beschikkingen in het eerste halfjaar 2021 wel hoger lag dan in het eerste halfjaar van 2019 ten tijde van de Wet Bopz (N= 4.439), is de sterke stijging in 2020 'afgezwakt' in de eerste helft van 2021, om daarmee meer in lijn te komen met de gemiddelde stijging die te zien was in de periode 2015-2019 onder de Wet Bopz. Aan de hand van toekomstige monitoring zal duidelijk worden in hoeverre het eerste halfjaar van 2021 representatief is voor een meer structureel niveau qua aantal beschikkingen omtrent een voortzetting van een CM op grond van de Wvggz of een IBS op grond van de Wzd.

Tabel 3.3.8 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz (VCM) en een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VIBS (Wet Bopz)*	8.147	8.592	8.840	8.853	9.165	365
VCM (Wvggz)						8.639
VIBS (Wzd)						1.299
Totaal	8.147	8.592	8.840	8.853	9.165	10.303
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	5%	3%	0%	4%	12%

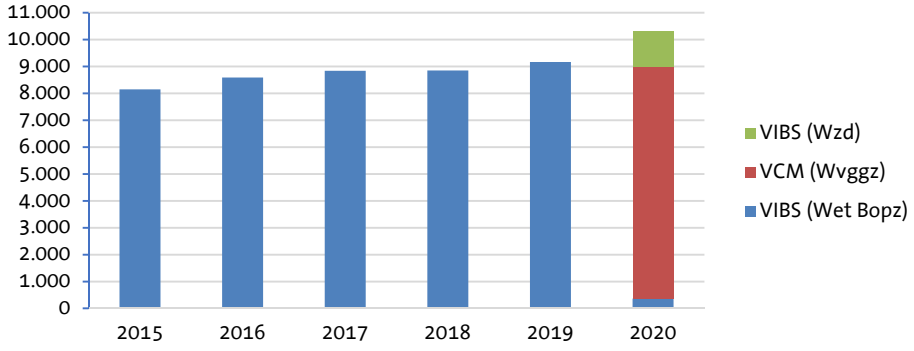
* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

365 Vanwege het overgangsrecht Wet Bopz werden begin 2021 ook nog beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling op grond van de Wet Bopz afgegeven (op basis van aanvragen van vóór 1 januari 2020). Bovendien vergt de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd.

366 Ketenmonitor Wvggz, 1e halfjaar 2021, september 2021

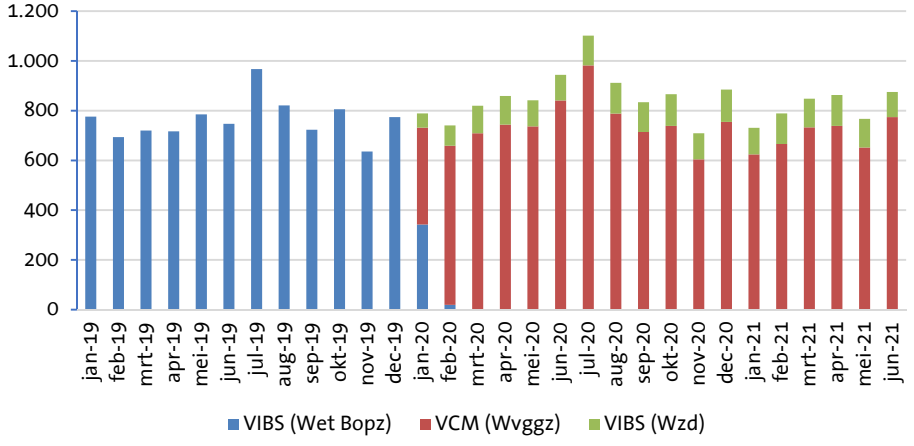
Figuur 3.3.5 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz en een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 3.3.6 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz (VCM) en een VIBS op grond van de Wzd in de periode januari 2019 t/m juni 2021, op maandbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.3.6.1 Aantal unieke betrokkenen

Als wordt gekeken naar de aantallen unieke betrokkenen voor wie de rechter op jaarbasis ten minste één uitspraak heeft gedaan omtrent een verzoek voor een machtiging tot voortzetting van een CM op grond van de Wvggz, of van een IBS op grond van de Wet Bopz of Wzd, is in de periode 2016 t/m 2020

een overeenkomstige ontwikkeling waarneembaar als bij de aantallen beschikkingen (zie **Tabel 3.3.9** en **Figuur 3.3.7**). Ook hierbij dient te worden opgemerkt dat het nog te vroeg is om conclusies te kunnen trekken over de ontwikkeling van het aantal unieke betrokkenen dat te maken heeft met gedwongen zorg op grond van een machtiging tot voortzetting van een CM (Wvggz) of IBS (Wzd), in vergelijking met de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Dit behoeft monitoring over een langere periode na 2020.

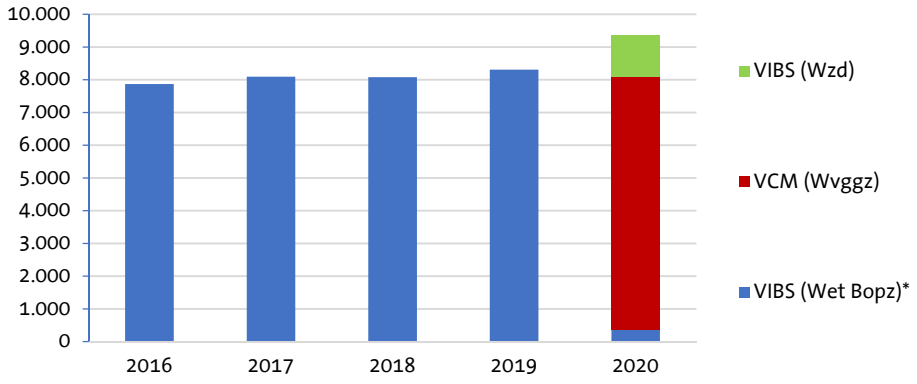
Tabel 3.3.9 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz en/of een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2016	2017	2018	2019	2020
VIBS (Wet Bopz)*	7.868	8.096	8.078	8.310	360
VCM (Wvggz)					7.734
VIBS (Wzd)					1.260
Totaal	7.868	8.096	8.078	8.310	9.354
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	2,9%	-0,2%	2,9%	12,6%

* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 3.3.7 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz en/of een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.3.7 Samenvatting

In deze paragraaf is stilgestaan bij een groot aantal gegevens uit verschillende bronnen over de toepassing van de procedure voor een CM, en de machtiging tot voortzetting daarvan.
In deze samenvatting worden de diverse bevindingen die opvielen nog eens op een rij gezet.
Uit de gegevens bleek dat de aantallen afgegeven CM'en en machtigingen tot voortzetting van een CM verhoudingsgewijs hoog lagen in het overgangsjaar 2020. Een verklaring hiervoor is dat de CM, en de voortzetting daarvan, als terugvaloptie werden benut in het geval een procedure voor een ZM niet tijdig was opgestart. Daarnaast zou de coronapandemie eraan kunnen hebben bijgedragen dat verhoudingsgewijs vaker (voortgezette) CM'en werden afgegeven. Ten opzichte van 2020 was er in het eerste halfjaar van 2021 sprake van minder afgegeven CM'en en voorzettingen daarvan. Bovendien lag het aantal rechterlijke uitspraken omtrent een machtiging tot voortzetting van een CM in de eerste helft van 2021 meer in lijn met de gemiddelde stijging in de periode 2015-2019 onder de Wet Bopz. Monitoring over een langere periode na 2020 is nodig om te kunnen bepalen in hoeverre het eerste halfjaar van 2021 representatief is voor een meer structureel niveau qua aantallen afgegeven (voortgezette) CM'en. En ook om na te kunnen gaan hoe het aantal unieke betrokkenen dat te maken heeft met verplichte zorg op grond van een (voortgezette) CM zich ontwikkeld.

Het bleek verder dat de beoordelend psychiater bijna altijd van oordeel was dat voldaan werd aan de criteria voor een CM (zo was in het eerste halfjaar van 2021 98% van de medische verklaringen 'positief'), dat de burgemeester in bijna alle gevallen besloot tot het afgeven van een CM (bijvoorbeeld 98% in het eerste halfjaar van 2021), en dat in nagenoeg alle gevallen waarin een CM was afgegeven de officier van justitie overging tot het bij de rechter indienen van een verzoek om voortzetting van de CM (bijvoorbeeld 95% in het eerste halfjaar van 2021). Circa twee op de tien van deze "standaard"-verzoeken werden door de rechter afgewezen. Kennelijk werd in deze gevallen niet meer voldaan aan de criteria voor verplichte zorg, bijvoorbeeld omdat er geen sprake meer was van aanzienlijk risico op ernstig nadeel of omdat betrokkene heeft ingestemd met zorg op vrijwillige basis. De officier was bijna nooit aanwezig op de zitting, wat erop wijst dat bij de zitting betrokken partijen in de praktijk weinig meerwaarde zien in een structurele aanwezigheid van de officier op de zitting.

Bij het opstellen van de medische verklaring vroeg de beoordelend psychiater niet vaak politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens op bij de officier. Bovendien werd dit informatieverzoek in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz steeds wat minder gedaan (in het eerste halfjaar van 2021 ging het om circa 9% van de gevallen). De burgemeester vroeg in de voorbereiding op het nemen van een beslissing over een CM nog minder vaak een historisch overzicht van eerder afgegeven maatregelen of machtigingen op bij de officier, en dit informatieverzoek werd in het bijzonder weinig gedaan in de eerste helft van 2021 (in circa 2% van de gevallen). Kennelijk is het historisch overzicht weinig relevant voor de burgemeester om te beslissen tot het afgeven van een CM.

De bevindingen roepen vragen op over de meerwaarde van de hoorplicht voor betrokkenen. Ten eerste werd, uitgaande van de periode april 2020 t/m juni 2021, circa 40% van de betrokkenen daadwerkelijk gehoord vóór het afgeven van de CM. Bij circa 20% zijn alleen pogingen tot horen gedaan, maar is het horen niet gelukt. Het resterende deel werd door de beoordelend psychiater niet

in staat geacht om te worden gehoord. Ten tweede gaf, zoals eerder benoemd, de burgemeester in nagenoeg alle gevallen een CM af voor de betrokkene.

Ten slotte bleek uit de gegevens dat betrokkenen in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz nog nauwelijks gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om bij de rechter beroep in te stellen tegen de door een burgemeester afgegeven CM.

3.4 Patiëntenvertrouwenspersoon

De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) heeft de wettelijke taak om advies en bijstand te verlenen aan patiënten voor wie een verzoek voor een ZM of CM wordt voorbereid of is afgegeven. Pvp'en verlenen ook advies en bijstand aan forensische patiënten en aan patiënten die vrijwillig in een GGZ-accommodatie verblijven. Met de invoering van de Wvggz kunnen ambulante patiënten die op vrijwillige basis zorg ontvangen én niet te maken hebben met dwang en/of drang, niet langer een beroep doen op ondersteuning door een pvp.[367] De pvp vervult haar of zijn rol onafhankelijk van de zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke. Patiënten krijgen van de pvp advies en bijstand op (ambulante) locaties van een GGZ-instelling en/of via de helpdesk of chat van de Stichting PVP. Via de website van de stichting krijgen patiënten advies en tools om onder andere klachten te bespreken of in te kunnen dienen. Nieuw met de komst van de Wvggz is dat de pvp ondersteuning verleend aan patiënten die op grond van de Wvggz in de thuissituatie verplichte zorg ontvangen, of in een accommodatie van het strafrecht, Wet zorg en dwang of Jeugdwet verblijven.

In deze paragraaf wordt op basis van gegevens van de Stichting PVP stilgestaan bij de volgende meer specifieke taken van de pvp:[368]

- het informeren van patiënten voor wie een CM is afgegeven, of voor wie een ZM wordt voorbereid, over de mogelijkheid tot advies en bijstand door een pvp;
- het verlenen van advies en bijstand aan patiënten voor wie verplichte zorg wordt voorbereid, of die daar al mee te maken hebben;
- het signaleren en aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) rapporteren van tekortkomingen in de structuur en uitvoering van psychiatrische zorg voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van betrokkenen; en
- het ondersteunen van patiënten bij formele klachtenprocedures.

Opgemerkt dient te worden dat het aannemelijk is dat de maatregelen tegen het coronavirus het bereik en de toegankelijkheid van pvp'en hebben belemmerd. Vanwege de coronamaatregelen verleenden pvp'en in een groot deel van 2020 noodgedwongen telefonische en digitale

367 De pvp staat deze patiënten wel te woord en beantwoordt vragen die gemakkelijk en snel te beantwoorden zijn en verwijst hen door.

368 Opgemerkt dient te worden dat sommige gepresenteerde cijfers licht kunnen afwijken van de cijfers zoals gepubliceerd in de periodieke Ketenmonitor Wvggz. Dit heeft ermee te maken dat voor dit hoofdstuk gegevensbestanden zijn gebruikt die op andere tijdstippen zijn samengesteld door de Stichting PVP dan de gebruikte gegevensbestanden voor de Ketenmonitor Wvggz. Bovendien zijn voor dit hoofdstuk soms andere keuzes gemaakt qua te presenteren cijfers.

ondersteuning op afstand aan patiënten in plaats vanuit een GGZ-instelling. Pas in het najaar van 2020 werden locaties van instellingen weer wat toegankelijker voor pvp'en. Hoewel aannemelijk, kan niet precies worden vastgesteld in welke mate de coronamaatregelen invloed hebben gehad op het bereik inzet van het vertrouwenswerk.

3.4.1 Informeren van betrokkenen over de taak en functie van de pvp

Met de inwerkingtreding van de Wvggz kregen pvp'en een nieuwe taak. Namelijk contact opnemen met patiënten bij wie een CM is afgegeven, of voor wie een ZM wordt aangevraagd. Daarvoor worden de persoonsgegevens van de betrokkene doorgestuurd naar de Stichting PVP, voor zover zij of hij daarmee instemt. Het doel van deze gegevensverstrekking is dat de pvp in een vroeg stadium contact kan opnemen met de betrokkene en haar of hem zo tijdig mogelijk informeert over de mogelijkheid om advies en bijstand te ontvangen van een pvp. Daarmee wordt nagestreefd om bij te dragen aan meer invloed en rechtsbescherming van de betrokkene, één van de wetsdoelen.

In het geval van een ZM is de GD van de instelling verantwoordelijk voor het doorsturen van de persoonsgegevens van de betrokkene naar de Stichting PVP. **Tabel 3.4.1** laat zien dat slechts in een kleine minderheid (circa 6%-7%) van de in voorbereiding genomen verzoekschriften voor een ZM deze gegevens ook daadwerkelijk zijn verstrekt. Hier kan een rol spelen dat betrokkenen schriftelijk om toestemming worden gevraagd om hun persoonsgegevens te mogen doorsturen naar de Stichting PVP: mogelijk werkt deze procedure (extra) belemmerend voor het verkrijgen van instemming. Bovendien verloopt het doorsturen van de persoonsgegevens vooralsnog niet geautomatiseerd, maar per beveiligde e-mail. [369] Deze werkwijze heeft invloed op de tijdigheid van het ontvangen van de gegevens. Het is dan vaak al te laat voor pvp'en om betrokkenen bijvoorbeeld te adviseren of bijstand te verlenen bij het opstellen van een zorgkaart.

369 Het jaarverslag 2020 van de Stichting PVP beschrijft de procedure gedetailleerd: *De GD informeert patiënten rondom de zorgmachtiging mondeling en met een informatiepakket dat ook een antwoordkaart bevat waarop de patiënt kan aangeven contact te willen met een pvp. Wanneer de instelling de antwoordkaart van de patiënt retour ontvangt, stuurt de instelling via een beveiligde e-mail de gegevens aan Stichting PVP.*

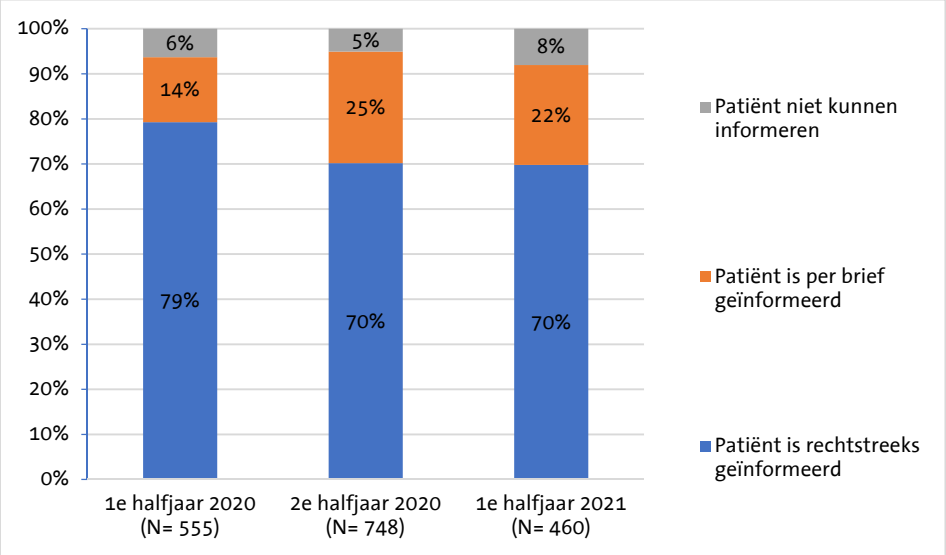
Tabel 3.4.1 Het aantal patiënten voor wie een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (ZM) in voorbereiding is genomen en wiens persoonsgegevens door de geneesheer-directeur zijn verstrekt aan de Stichting PVP, en het percentage in voorbereiding genomen verzoekschriften voor een ZM met verstrekte persoonsgegevens*

	2020		2021		Verschil	
	N betrokkenen wiens persoons-gegevens zijn verstrekt	% in voorbereiding genomen ZM-en met verstrekte persoonsgegevens	N betrokkenen wiens persoons-gegevens zijn verstrekt	% in voorbereiding genomen ZM-en met verstrekte persoonsgegevens	N betrokkenen wiens persoons-gegevens zijn verstrekt	% in voorbereiding genomen ZM-en met verstrekte persoonsgegevens
Januari	50	6%	91	6%	41	0%
Februari	99	8%	74	5%	-25	-3%
Maart	105	7%	100	7%	-5	0%
April	109	7%	62	5%	-47	-2%
Mei	85	6%	54	5%	-31	-1%
Juni	107	7%	79	6%	-28	-1%
1e halfjaar	*555*	*7%*	*460*	*6%*	*-95*	*-1%*
Juli	129	7%				
Augustus	102	6%				
September	134	6%				
Oktober	142	6%				
November	128	7%				
December	113	7%				
2e halfjaar	*748*	*6%*				
Jaartotaal	1.303	7%				

* Afgezet tegen aantallen volgens het Openbaar Ministerie. Bron: Stichting PVP

Wanneer gekeken wordt naar de betrokkenen wiens persoonsgegevens zijn vertrekt aan de Stichting PVP, is het pvp'en gelukt om de meesten rechtstreeks te spreken. Zowel in het tweede halfjaar van 2020 als in het eerste halfjaar van 2021 ging het om 70% van de patiënten (zie **Figuur 3.4.1**). Daarnaast werd 25% (tweede helft 2020) tot 22% (eerste helft van 2021) van de betrokkenen per brief geïnformeerd over de taak en functie van de pvp. In de resterende gevallen (respectievelijk 5% en 8%) is het niet gelukt om de betrokkenen te informeren, meestal vanwege onjuiste of ontbrekende adresgegevens. **Figuur 3.4.1** laat verder zien dat pvp'en in het eerste halfjaar van 2020 met een wat groter deel van de betrokkenen (79%) rechtstreeks contact had dan in de twee daaropvolgende halfjaren. Het is onduidelijk hoe dit kan worden verklaard.

Figuur 3.4.1 De mate waarin en de wijze waarop patiënten voor wie een zorgmachtiging is voorbereid én wiens persoonsgegevens zijn doorgegeven aan de Stichting PVP, zijn geïnformeerd over de taak en functie van de pvp



Bron: Stichting PVP

In het geval van een afgegeven CM is de burgemeester verantwoordelijk voor het doorsturen van de persoonsgegevens van patiënten naar de Stichting PVP. Dit gebeurt op geautomatiseerde wijze, en bovendien vraagt de burgemeester of diens afgevaardigde voor deze gegevensverstrekking rechtstreeks toestemming aan de betrokkene. Deze werkwijze verklaart mogelijk waarom – in vergelijking met de situatie bij in voorbereiding genomen ZM'en – voor een hoger percentage afgegeven CM'en de persoonsgegevens van betrokkenen zijn doorgestuurd naar de Stichting PVP. Nochtans betreft het slechts circa een kwart van alle afgegeven CM'en (zie **Tabel 3.4.2**). Opgemerkt dient te worden dat het mogelijk is dat het bij een deel van de betrokkenen voor wie een CM werd afgegeven überhaupt niet is gelukt om toestemming te vragen voor het doorsturen van hun persoonsgegevens. Het blijkt namelijk dat het horen van betrokkenen, voordat een CM al dan niet wordt afgegeven, slechts in circa 40% van de gevallen is gelukt (zie par. 3.3.1.3).[370] Het kan zijn dat de betrokkenen die niet konden worden gehoord, ook niet zijn gevraagd om toestemming te geven voor het doorsturen van hun persoonsgegevens.

370 Uitgaande van de periode van april 2020 tot en met juni 2021.

Tabel 3.4.2 Het aantal patiënten voor wie een crisismaatregel (CM) is afgegeven en wiens persoonsgegevens door de burgemeester zijn verstrekt aan de Stichting PVP, en het percentage afgegeven CM-en met verstrekte persoonsgegevens

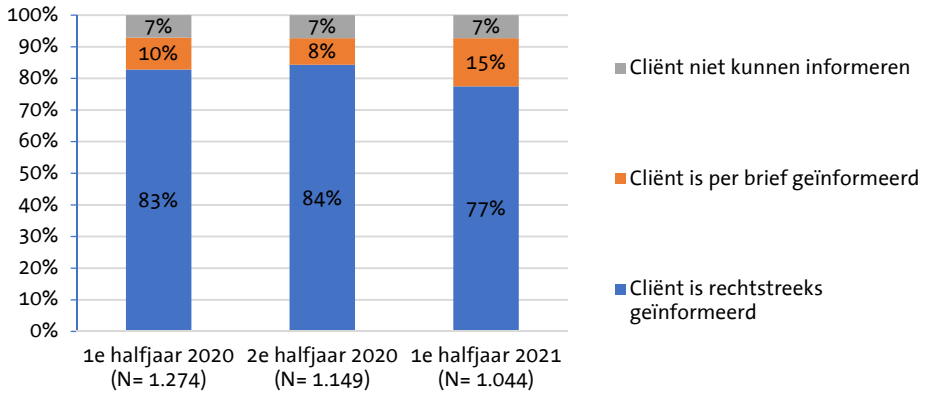
	2020		2021		Verschil	
	N betrokkenen wiens persoonsgegevens zijn verstrekt	% afgegeven CM-en met verstrekte persoonsgegevens	N betrokkenen wiens persoonsgegevens zijn verstrekt	% afgegeven CM-en met verstrekte persoonsgegevens	N betrokkenen wiens persoonsgegevens zijn verstrekt	% afgegeven CM-en met verstrekte persoonsgegevens
Januari	227	31%	162	24%	-65	-8%
Februari	183	28%	144	24%	-39	-5%
Maart	227	29%	180	24%	-47	-6%
April	194	24%	181	26%	-13	1%
Mei	210	26%	166	23%	-44	-3%
Juni	233	26%	211	27%	-22	1%
1e halfjaar	*1.274*	*28%*	*1.044*	*25%*	*-230*	*-3%*
Juli	227	27%				
Augustus	230	29%				
September	183	25%				
Oktober	161	22%				
November	173	25%				
December	175	25%				
2e halfjaar	*1.149*	*25%*				
Jaartotaal	2.423	27%				

* Afgezet tegen aantallen volgens het Openbaar Ministerie.

Bron: Stichting PVP

Wanneer verder gekeken wordt naar de groep patiënten wiens persoonsgegevens zijn doorgestuurd naar de Stichting PVP, is het pvp'en gelukt om met de meesten rechtstreeks contact te hebben (zie **Figuur 3.4.2**). Daarbij ging het in 2020 om 83%-84% van de betrokkenen. In de eerste helft van 2021 werd een wat lager percentage betrokkenen rechtstreeks geïnformeerd (77%), terwijl een wat hoger percentage betrokkenen per brief werd geïnformeerd (15%). De verklaring hiervoor is onduidelijk. In de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz is het bij 7% van de betrokkenen niet gelukt om een brief te sturen, meestal omdat adresgegevens onjuist waren, of ontbraken.

Figuur 3.4.2 De mate waarin en de wijze waarop patiënten voor wie een crisismaatregel is afgegeven én wiens persoonsgegevens zijn doorgegeven aan de Stichting PVP, zijn geïnformeerd over de taak en functie van de pvp



Bron: Stichting PVP

3.4.2 Ondersteuning van de pvp aan patiënten voor wie verplichte zorg dreigt, wordt voorbereid of die daar al mee te maken hebben

Tabel 3.4.3a laat zien dat het bij de ondersteuning van pvp'en in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz in 21% tot 24% van de gevallen ging het om het geven van advies en bijstand aan patiënten met een lopende CM of de voortzetting daarvan. Als dit wordt afgezet tegen het totaal aantal beschikkingen aangaande CM'en of voortzettingen daarvan, kan worden geschat dat pvp'en ondersteuning boden in grofweg de helft van de gevallen waarin een (voortgezette) CM was afgegeven. In **Tabel 3.4.3b** is verder te zien dat het bij deze ondersteuning van pvp'en (vrijwel) altijd (99%-100%) ging om patiënten die in een GGZ-instelling verbleven (al dan niet vrijwillig).

In **Tabel 3.4.3a** is verder te zien dat de ondersteuning van pvp'en aan patiënten met een lopende ZM zowel absoluut als relatief gezien sterk toenam. Zo had in het eerste halfjaar van 2020 nog maar 12% van alle gevallen betrekking op advies en bijstand aan patiënten met een lopende ZM, terwijl dit percentage in het eerste halfjaar van 2021 was toegenomen naar 49%. Dit hangt samen met het gegeven dat in de loop van 2020 steeds meer patiënten te maken hadden met een lopende ZM. Bovendien boden pvp'en in 2020, en dan vooral in de eerste helft van dat jaar, nog advies en bijstand aan patiënten met een titel op grond van de Wet Bopz (zie **Tabel 3.4.3a**).[371] In **Tabel 3.4.3b** is verder te zien dat de ondersteuning van pvp'en tijdens een lopende ZM in veruit de meeste gevallen (88% tot 92%) werd gegeven aan patiënten die waren opgenomen in een GGZ-instelling (al dan niet vrijwillig).

371 Vóór 1 januari 2021 dienden alle nog lopende Bopz-machtigingen te worden omgezet naar een zorgmachtiging, om niet te komen te vervallen.

Tabel 3.4.3a Aantal dossiers waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden aan patiënten in de periode januari 2020 tot en met juni 2021, op halfjaarbasis en naar juridische titel. Een patiënt kan meerdere keren advies of bijstand hebben ontvangen.

	1e halfjaar 2020	2e halfjaar 2020	1e halfjaar 2021	1e halfjaar 2020	2e halfjaar 2020	1e halfjaar 2021
Juridische titel	N	N	N	%	%	%
Lopende (V)CM	2.133	2.561	2.148	22%	24%	21%
Voorbereiding van ZM	630	762	563	7%	7%	6%
Lopende ZM	1.191	3.801	4.898	12%	36%	49%
Titel o.g.v. Wet Bopz	2.671	549	N.v.t.	28%	5%	N.v.t.
Forensische titel	416	554	570	4%	5%	6%
Geen juridische titel*	1.393	1.557	1.351	15%	15%	13%
Anders/onbekend	1.098	775	479	12%	7%	5%
Totaal	9.532	10.559	10.009	100%	100%	100%

(V)CM: (voortzetting) crisismaatregel; ZM: zorgmachtiging.

* Vrijwillig in behandeling

Bron: Stichting PVP

Tabel 3.4.3b Verdeling van het aantal dossiers waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden aan patiënten in de periode januari 2020 tot en met juni 2021, naar juridische titel van patiënt en setting. Een patiënt kan meerdere keren advies of bijstand hebben ontvangen.

	1e halfjaar 2020		2e halfjaar 2020		1e halfjaar 2021	
Juridische titel	% ambulant	% intramuraal	% ambulant	% intramuraal	% ambulant	% intramuraal
Lopende (V)CM	0%	100%	1%	99%	1%	99%
Voorbereiding van ZM	80%	20%	84%	16%	81%	19%
Lopende ZM	8%	92%	12%	88%	14%	86%
Titel o.g.v. Wet Bopz	5%	95%	3%	97%	N.v.t.	N.v.t.
Forensische titel	5%	95%	4%	96%	2%	98%
Geen juridische titel*	37%	63%	37%	63%	31%	69%
Anders/onbekend	8%	92%	15%	85%	17%	83%

(V)CM: (voortzetting) crisismaatregel; ZM: zorgmachtiging.

* Vrijwillig in behandeling

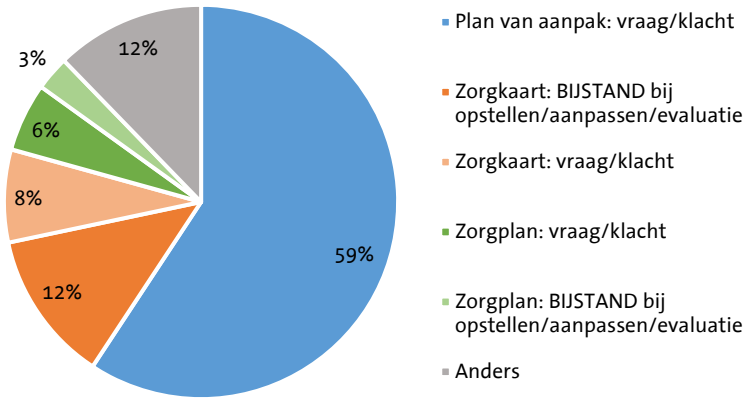
Bron: Stichting PVP

Pvp'en hebben verhoudingsgewijs weinig ondersteuning gegeven aan patiënten voor wie een ZM werd voorbereid. Zoals te zien in **Tabel 3.4.3a** ging het in 6% tot 7% van de gevallen om advies en bijstand tijdens deze voorbereidingsprocedure. Afgezet tegen het totaal aantal ZM'en dat is voorbereid, kan worden geschat dat slechts bij circa 7% tot 8% van alle in voorbereiding genomen ZM'en een pvp daadwerkelijk ondersteuning heeft geboden aan betrokkene. Het eerder besproken gegeven dat van maar een klein deel van de patiënten voor wie een ZM werd voorbereid persoonsgegevens zijn doorgestuurd naar de Stichting PVP zal hier waarschijnlijk grotendeels debet

aan zijn. Ook het niet tijdig ontvangen van de persoonsgegevens in het proces van de voorbereiding van een ZM, speelt hier wellicht een rol. Verder is in **Tabel 3.4.3b** te zien dat het bij de ondersteuning van pvp'en tijdens een voorbereiding voor een ZM in veruit de meeste gevallen (80% tot 84%) ging om ambulante patiënten.

Als nader wordt gekeken naar de specifieke inzet van pvp'en tijdens de voorbereiding van een ZM, blijkt dat het in de eerste helft van 2021[372] in bijna zes op de tien (59%) van de gevallen ging om het beantwoorden van vragen over het eigen plan van aanplak, of om het bieden van ondersteuning bij klachten hierover (zie **Figuur 3.4.3**). Overigens dient te worden opgemerkt dat de pvp geen formele rol heeft bij het feitelijk opstellen van het plan van aanpak. Wel informeert de pvp de betrokkene onder andere over de procedure of biedt bijvoorbeeld bijstand bij het helder krijgen welk gevaar er met het plan van aanpak zou moeten worden aangepakt. In het jaarverslag van 2020 van de Stichting PVP wordt aangegeven dat hierover soms onduidelijkheid bestaat bij zowel patiënten als medewerkers van GGZ-instellingen en advocaten, waardoor het regelmatig voorkomt dat een pvp een patiënt moet teleurstellen.[373] In **Figuur 3.4.3** valt verder op dat pvp'en tijdens een voorbereiding van een ZM niet vaak werden ingeschakeld om advies of bijstand te geven bij het opstellen, aanpassen of evalueren van de zorgkaart of het zorgplan. Mogelijk speelt hier een rol dat patiënten niet altijd op de hoogte waren dat een pvp hiervoor kan worden benaderd.[50] Ook hier zal de niet optimale aanlevering van de persoonsgegevens, waardoor betrokkenen niet of niet tijdig geïnformeerd worden over de mogelijkheid tot advies en bijstand door een pvp, van invloed kunnen zijn.

Figuur 3.4.3 Inzet van pvp'en tijdens de voorbereiding van een zorgmachtiging in het eerste halfjaar van 2021



Bron: Stichting PVP

372 In 2020 is een vergelijkbaar beeld te zien van de inzet van pvp'en tijdens de voorbereiding van een zorgmachtiging (gegevens niet gepresenteerd).

373 Jaarverslag 2020, Stichting PVP, mei 2021.

Ten slotte hebben pvp'en in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz tevens ondersteuning geboden aan twee andere groepen patiënten: forensische patiënten en patiënten die op vrijwillige basis zorg ontvingen (zie **Tabel 3.4.3a**). In 4% tot 6% van alle keren dat pvp'en ondersteuning boden ging het om advies en bijstand aan forensische patiënten, van wie veruit de meerderheid in een accommodatie verbleef (zie **Tabel 3.4.3b**). Het gaat daarbij onder meer om patiënten voor wie vanuit het strafrecht een ZM is aangevraagd, forensische patiënten die met een strafrechtelijke titel worden geplaatst in een Wvggz-accommodatie en patiënten met een ZM die bij een opname al of niet tijdelijk in een justitiële tbs-instelling verbleven. In 13% tot 15% van alle keren dat pvp'en ondersteuning verleenden betrof het advies en bijstand aan patiënten die op vrijwillige basis zorg ontvingen. 63% tot 69% van hen verbleef in GGZ -instelling.

3.4.3 Ondersteuning van de pvp bij formele klachtenprocedures

Wanneer een patiënt een klacht wil voorleggen via een formele klachtenprocedure, dan biedt de pvp ondersteuning bij elke stap die daarvoor nodig is, inclusief de gang naar de klachtenfunctionaris. Van elke klacht wordt een dossier aangemaakt. In de registratie van de Stichting PVP kan alleen het aantal dossiers worden geteld. Het aantal klachtencommissiezittingen wordt niet vastgelegd. Soms wordt een klacht ingetrokken, of naar tevredenheid opgelost, maar in de meeste gevallen volgt de gang naar een klachtenfunctionaris of een klachtencommissie.

Tabel 3.4.4 laat zien dat pvp'en patiënten verhoudingsgewijs het meest ondersteunen bij klachten over verplichte zorg. In 2020 had ongeveer driekwart (76%) van de klachtdossiers betrekking op de Wvggz of de Wet Bopz, terwijl minder dan een kwart (23%) van de dossiers de Wkkgz[374] betrof. In 2019 was deze procentuele verdeling 69% (Wet Bopz) versus 30% (Wkkgz). Gegeven dat het aantal klachtgronden in de Wvggz flink is uitgebreid ten opzichte van de Wet Bopz, zou met de invoering van de Wvggz een toename in het aantal klachten over verplichte zorg verwacht kunnen worden. Vooralsnog wijzen de gegevens hier niet op: in 2020 hebben pvp'en bij in totaal 1.120 klachtdossiers aangaande de Wvggz of de Wet Bopz ondersteuning geboden, tegenover in totaal 1.187 dossiers aangaande de Wet Bopz in 2019. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het onduidelijk is in hoeverre de coronamaatregelen in 2020 mogelijk een 'dempend' effect hebben gehad op het aantal gestarte formele klachtenprocedures. Pvp'en boden namelijk vanwege de coronamaatregelen in een groot deel van 2020 noodgedwongen vanaf afstand ondersteuning aan patiënten in plaats van in een direct contact in een GGZ-instelling. Voor een belangrijk deel gold dit ook nog in het eerste halfjaar van 2021.

In par. 3.6 (Klachtenprocedure en schadevergoeding) wordt nader ingegaan op de ondersteuning van pvp'en aan patiënten bij de klachtenprocedure op grond van de Wvggz. Daarbij wordt ook aandacht gegeven aan de bijstand die pvp'en geven bij een verzoek om schadevergoeding bij de Wvggz-klachtencommissie.

374 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Tabel 3.4.4 Aantal dossiers waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden aan patiënten bij formele klachtenprocedures in de periode januari 2019 tot en met juni 2021, op halfjaarbasis en naar wet. Een dossier heeft betrekking op één klacht.

	Wvggz	Wet Bopz	Wkkgz	Nog niet vastgelegd*	Totaal
1e halfjaar 2019	N.v.t.	468 (63%)	276 (37%)	1 (0,1%)	745
2e halfjaar 2019	N.v.t.	719 (75%)	244 (25%)	2 (0,2%)	965
Totaal 2019	N.v.t.	1.187 (69%)	520 (30%)	3 (0,2%)	1.710
1e halfjaar 2020	270 (41%)	241 (37%)	139 (21%)	7 (1%)	657
2e halfjaar 2020	552 (68%)	57 (7%)	201 (25%)	5 (0,6%)	815
Totaal 2020	822 (56%)	298 (20%)	340 (23%)	12 (0,8%)	1.472
1e halfjaar 2021	570 (77%)	N.v.t.	145 (20%)	23 (3%)	738

* Van een deel van de klachten is nog niet geregistreerd op welke wet de klacht betrekking had omdat de procedure nog niet is afgehandeld.

Bron: Stichting PVP

3.4.4 Meldingen van de pvp bij de IGJ

Met de komst van de Wvggz heeft de pvp tevens de nieuwe taak om tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van betrokkene, te signaleren en aan de IGJ te melden. Als een pvp een vermoeden heeft van een dergelijke tekortkoming start zij of hij een onderzoek waaruit volgt of hier al dan niet daadwerkelijk sprake van is. Volgens het jaarverslag van de Stichting PVP zijn er in 2020 in totaal 162 onderzoeken gestart door pvp'en, waarvan 12 hebben geresulteerd in een melding bij de IGJ. Zes van de 12 meldingen hadden betrekking op vrijheidsbeperkingen vanwege de coronamaatregelen. Het jaarverslag meldt verder dat de afhandeling van deze meldingen door de IGJ aanzienlijk langer heeft geduurd dan de afgesproken zes weken.

3.4.5 Samenvatting

In deze samenvatting worden de meest opvallende bevindingen op basis van de gegevens van de Stichting PVP op een rij gezet.

Uit de gegevens werd duidelijk dat slechts voor een minderheid van de betrokkenen voor wie een CM was afgegeven, of voor wie een ZM werd voorbereid, persoonsgegevens werden doorgestuurd naar de Stichting PVP. Het doel van deze gegevensverstrekking is dat de pvp in een vroeg stadium contact kan opnemen met de betrokkene om haar of hem te informeren over de taak en functie van de pvp. Na het afgeven van een CM werd door de burgemeester in 25% van de gevallen (in het eerste halfjaar van 2021) de persoonsgegevens van betrokkene doorgestuurd naar de Stichting PVP. In het geval dat een ZM werd voorbereid, verstrekte de GD nog beduidend minder vaak de persoonsgegevens van betrokkene aan de Stichting PVP (in de eerste helft van 2021 ging het om 6% van de gevallen). Deze bevindingen wijzen erop dat van de meerderheid van de betrokkenen geen toestemming werd

verkregen voor het doorgeven van hun persoonsgegevens. Bij de voorbereiding van een ZM wordt schriftelijk om toestemming gevraagd, wat extra belemmerend kan werken voor het verkrijgen hiervan. Bovendien verloopt het doorsturen van de persoonsgegevens via de GD vooralsnog niet geautomatiseerd, wat kan leiden tot het niet tijdig ontvangen van de gegevens. In het geval persoonsgegevens wel werden doorgestuurd naar de Stichting PVP, lukte het pvp'en om de meeste betrokkenen rechtstreeks te informeren over de taak en functie van de pvp. Nochtans kon een deel alleen per brief worden geïnformeerd (CM: 15%; ZM: 22%), of lukte dit ook niet (CM: 7%; ZM: 8%).[375]

Gegeven deze bevindingen is het niet verrassend dat pvp'en in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz in maar een klein deel van de gevallen (circa 7%-8%) waarin een ZM werd voorbereid ondersteuning hebben geboden aan de betrokkene. Deze ondersteuning van (bovenal ambulante) patiënten betrof vooral het beantwoorden van vragen over het eigen plan van aanplak, of om het bieden van ondersteuning bij klachten hierover, en minder vaak het geven van advies of bijstand bij het opstellen, aanpassen of evalueren van de zorgkaart of het zorgplan. Het vertrouwenswerk van pvp'en bereikte vooral betrokkenen met een lopende ZM, gevolgd door betrokkenen met een lopende CM of de voortzetting daarvan. Het ging dan bijna altijd om betrokkenen die in een GGZ-instelling verbleven (al dan niet vrijwillig).

Ten slotte boden pvp'en in 2020 patiënten het vaakst ondersteuning bij klachtenprocedures in het kader van de Wvggz of de Wet Bopz (76% van de klachtdossiers), en minder vaak bij klachten op grond van de Wkkgz (23% van de klachtdossiers). Ondanks het feit dat het aantal klachtgronden in de Wvggz flink is uitgebreid ten opzichte van de Wet Bopz, gaven de gegevens van de Stichting PVP geen aanwijzing dat het aantal klachten over gedwongen zorg in 2020 was toegenomen ten opzichte van 2019.

3.5 Familievertrouwenspersoon

Familie en naasten van patiënten voor wie verplichte zorg wordt voorbereid, of die daar al mee te maken hebben, hebben met de invoering van de Wvggz het recht gekregen om een beroep te doen op een familievertrouwenspersoon (fvp).[376] De zorgaanbieder dient hiervoor zorg te dragen. Net als de pvp, vervult de fvp haar of zijn werkzaamheden onafhankelijk van de zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke. Deze werkzaamheden bestaan uit het informeren, het adviseren, en het ondersteunen van familie en naasten. Bovendien kan een fvp familie en naasten bijstaan bij een klachtenprocedure. Of een bemiddelende rol spelen om de samenwerking en communicatie in de zogeheten triade (de familie en naasten; de zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke; en de betrokken patiënt) te verbeteren. Net als de pvp, heeft de fvp ook de taak om tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de psychiatrische zorg te signaleren (voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van betrokken) en deze te melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

375 Uitgaande van het eerste halfjaar van 2021.

376 Vóór de inwerkingtreding van de Wvggz waren fvp'en al werkzaam in diverse GGZ-instellingen, maar de fvp was geen actor in de Wet Bopz.

In deze paragraaf wordt op basis van gegevens van de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP) ingegaan op de ondersteuning die fvp'en hebben geboden aan familie en naasten van patiënten voor wie verplichte zorg werd voorbereid of die daar al mee te maken hadden.[377] Daarbij wordt alleen uitgegaan van gegevens over het eerste halfjaar van 2021. Dit omdat de LSFVP vanaf 2021 overgegaan is naar een nieuw registratiesysteem, waardoor geen betrouwbare vergelijkingen kunnen worden gemaakt met gegevens over 2020.

3.5.1 Ondersteuning van de fvp aan familie en naasten van patiënten

Uitgaande van de eerste helft van 2021, laat **Tabel 3.5.1** zien dat fvp'en het vaakst ondersteuning boden (in 56% van de gevallen) aan familie en naasten van patiënten met een lopende ZM. Fvp'en verleenden weinig ondersteuning (in 12% van de gevallen) aan familie en naasten van patiënten voor wie een ZM werd voorbereid. Afgezet tegen het aantal ZM'en dat in het eerste halfjaar van 2021 werd voorbereid, kan worden geschat dat slechts bij 0,9% van alle in voorbereiding genomen ZM'en een fvp ondersteuning heeft geboden aan familie en naasten van de betrokken patiënten.
In **Tabel 3.5.1** is verder te zien dat fvp'en in bijna een derde van de gevallen ondersteuning hadden geboden aan familie en naasten van patiënten met een lopende CM of de voortzetting daarvan (29%), of voor wie deze maatregelen werden voorbereid (ruim 3%). Als dit wordt afgezet tegen het aantal beschikkingen aangaande CM'en, of voortzettingen daarvan, in de eerste helft van 2021, kan ruwweg worden geschat dat in circa 5% van de gevallen waarin een (voortgezette) CM was voorbereid of afgegeven, een fvp ondersteuning heeft verleend aan familie en naasten van de betrokken patiënten.

Tot slot wijzen de aantallen in **Tabel 3.5.1** erop dat de dienstverlening van fvp'en aan familie en naasten van patiënten die te maken hadden of kregen met verplichte zorg, nog relatief klein in omvang is vergeleken met de dienstverlening van de pvp aan patiënten (zie **Tabel 3.4.3a**).

377 Hoewel hier geen gegevens over worden gepresenteerd in deze paragraaf, is het vermeldenswaard dat de meeste ondersteuningsvragen aan fvp'en afkomstig zijn van familie en naasten van patiënten die op vrijwillige basis zorg ontvangen.

Tabel 3.5.1 Aantal casussen in het eerste half jaar van 2021 waarbij fvp'en ondersteuning hebben geboden aan familie en naasten van patiënten voor wie verplichte zorg werd voorbereid of die daar al mee te maken hadden. Binnen een casus kunnen familieleden en/of naasten van één of meerdere diensten gebruik hebben gemaakt.

	Nieuwe casussen[a]	Lopende casussen[b]	Totaal	Totaal
Juridische titel	N	N	N	%
Voorbereiding van (V)CM	10	11	21	3,5%
Lopende (V)CM	151	26	177	29%
Voorbereiding van ZM	62	8	70	12%
Lopende ZM	270	70	340	56%
Totaal	493	115	608	100%

(V)CM: (voortzetting) crisismaatregel; ZM: zorgmachtiging.

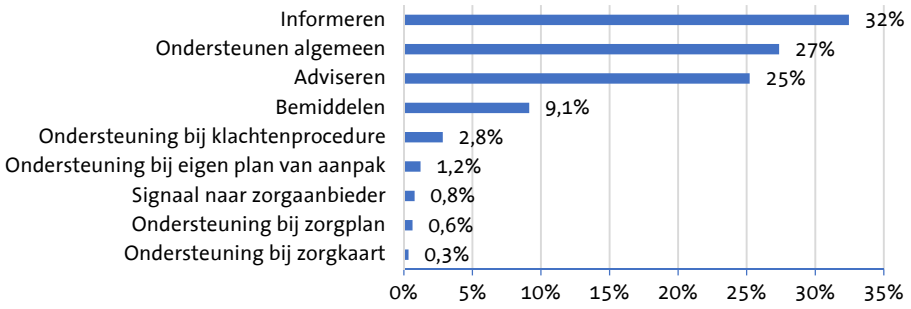
a Casussen waarbij de ondersteuning van fvp'en startte na 1 januari 2021.

b Casussen waarbij de ondersteuning van fvp'en startte vóór 1 januari 2021.

Bron: LSFVP

Als wordt gekeken naar de soorten diensten die fvp'en hebben verleend in de eerste helft van 2021, blijkt uit **Figuur 3.5.1** dat het vooral ging om het informeren, ondersteunen, en adviseren van familie en naasten. 85% van alle gevallen betrof deze meer algemene dienstverlening van de fvp. In 9% van de gevallen bemiddelden fvp'en om te komen tot een betere samenwerking en/of communicatie in de triade (de familie en naasten; de zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke; en de betrokken patiënt). **Figuur 3.5.1** laat verder zien dat fpv'en niet vaak bijstand verlenen aan familie en naasten bij een klachtenprocedure en bij het opstellen van een eigen plan van aanpak, een zorgplan of een zorgkaart door betrokken patiënt. Ten slotte hebben fvp'en in het eerste halfjaar van 2021 16 keer tekortkomingen gesignaleerd in de structuur en uitvoering van de zorg bij GGZ-instellingen en die afbreuk deden aan de rechten van de betrokkene. Ondernomen acties hebben erin geresulteerd dat er geen melding bij de IGJ is gedaan.

Figuur 3.5.1 Soorten diensten die fvp'en aan familie en naasten hebben verleend in het eerste halfjaar van 2021



Bron: LSFVP

3.5.2 Samenvatting

Uitgaande van gegevens van LSFVP over het eerste halfjaar van 2021, bereikte het vertrouwenswerk van fvp'en vooral familie en naasten van patiënten met een lopende ZM, gevolgd door familie en naasten van patiënten met een lopende CM of de voortzetting daarvan. Het viel op dat fvp'en nauwelijks ondersteuning boden aan familie en naasten van patiënten voor wie een ZM werd voorbereid. In een ruime meerderheid (85%) bestond de dienstverlening van fvp'en uit het informeren, ondersteunen, en adviseren van familie en naasten; in 9% van de gevallen werd door de fvp bemiddeld om te komen tot een betere samenwerking en/of communicatie in de triade (familie en naasten; zorgaanbieder, de GD en de zorgverantwoordelijke; en de betrokkene). Vergeleken met het vertrouwenswerk van de pvp was het vertrouwenswerk van fvp nog relatief klein in omvang in het eerste halfjaar van 2021.

3.6 Klachtenprocedure en schadevergoeding

De Wvggz kent een eigen regeling voor klachten over verplichte zorg op grond van de Wvggz. Deze klachten worden behandeld door onafhankelijke Wvggz-klachtencommissies waarbij zorgaanbieders die verplichte zorg toepassen zijn aangesloten. Een klachtencommissie moet bestaan uit een oneven aantal van ten minste drie leden die niet werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder[378] en die zodanig is samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht is gewaarborgd. Een commissie dient te zijn ingesteld door één of meer representatieve patiëntenorganisaties en één of meer representatieve organisaties van zorgaanbieders.

Betrokkene zelf, diens vertegenwoordiger of eventueel diens nabestaande kan een schriftelijke en gemotiveerde klacht indienen bij een Wvggz-klachtencommissie. Kort gezegd kunnen klachten betrekking hebben op de nakoming van een verplichting of op de beslissing aangaande de uitvoering van verplichte zorg. Daarbij kan het ook gaan om tijdelijke verplichte zorg in een crisissituatie, die wordt toegepast voordat een CM is verleend. In totaal zijn er 24 onderwerpen – oftewel 'klachtgronden' – waarover een klacht kan gaan, zoals vrijheidsbeperkingen of beslissingen rond het vaststellen van wilsonbekwaamheid. Daarmee kent de Wvggz beduidend meer klachtgronden dan voorheen de Wet Bopz. Eén ingediende klacht kan betrekking hebben op meerdere klachtgronden. De klachtencommissie dient binnen twee weken, en in sommige gevallen binnen vier weken[379], een schriftelijke en gemotiveerde uitspraak te doen over een ontvangen klacht. Nieuw met de komst van Wvggz is dat de klager bij een ingediende klacht tevens om een schadevergoeding kan verzoeken voor geleden materiële of immateriële schade. De klachtencommissie kan bij een gegronde klacht ook op eigen initiatief (ambtshalve) een schadevergoeding toekennen.

Na een uitspraak van de commissie of het niet tijdig beslissen, heeft zowel de klager als de zorgaanbieder en degene op wiens beslissing de klacht betrekking heeft de mogelijkheid van beroep bij de rechter. Daarbij kan betrokkene ook om een schadevergoeding door de zorgaanbieder

378 Nieuw ten opzichte van de Wet Bopz, die niet vereiste dat alle commissieleden onafhankelijk waren van de zorgaanbieder.

379 Indien de klacht een beslissing of de nakoming van een verplichting betreft die ten tijde van de indiening geen gevolg meer heeft, of waaraan in de tijd dat de klacht bij de klachtencommissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen.

verzoeken. De rechter kan ook ambtshalve een schadevergoeding toekennen. Los van de gang naar de Wvggz-klachtencommissie, geeft de Wvggz betrokkene de mogelijkheid om een zelfstandig schadevergoedingsverzoek in te dienen bij de rechter indien de wet niet in acht is genomen door bijvoorbeeld de gemeente, de GD, de zorgverantwoordelijke of de officier van justitie.

In deze paragraaf wordt uitgaande van gegevens van de Stichting PVP, van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en van de Raad voor de Rechtspraak ingegaan op volgende onderwerpen:

— het aantal en de soort klachten op grond van de Wvggz;
— de beslissingen van de klachtencommissies ten aanzien van ingediende klachten;
— het aantal bij klachtencommissies ingediende schadevergoedingen en beslissingen hierover; en
— het aantal rechterlijke uitspaken ten aanzien van beroep naar aanleiding van een klachtenprocedure en ten aanzien van schadevergoedingsverzoeken.

3.6.1 Aantal en soort klachten op grond van de Wvggz

3.6.1.1 Aantal en soorten klachten waarbij de pvp ondersteuning biedt

In het geval een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) een patiënt ondersteunt bij de klachtenprocedure op grond van de Wvggz, kan dat betrekking hebben op meerdere klachten. Van elke klacht wordt een dossier aangemaakt. In de registratie van de Stichting PVP kan alleen het aantal dossiers worden geteld. Het aantal zittingen van Wvggz-klachtencommissies wordt niet geregistreerd. Hoewel in sommige gevallen een klacht wordt ingetrokken, zal over het algemeen de gang naar de Wvggz klachtencommissie wel worden gevolgd.

Met de aanzienlijke uitbreiding in het aantal klachtgronden ten opzichte van de Wet Bopz, zou verwacht kunnen worden dat het aantal klachten over gedwongen zorg is gestegen met de komst van Wvggz. Zoals eerder in par. 3.4.3 aangegeven, wijzen de gegevens van de Stichting PVP vooralsnog echter niet op een duidelijke toename in het aantal klachten. Zoals te zien in **Tabel 3.6.1** hebben pvp'en in 2020 ondersteuning geboden bij in totaal 1.120 klachtdossiers aangaande de Wvggz of de Wet Bopz, tegenover in totaal 1.187 dossiers aangaande de Wet Bopz in 2019. Ook als gekeken wordt naar de totalen op halfjaarbasis in de periode van januari 2019 tot en met juni 2021 is er geen duidelijke trend waarneembaar. Wel dient hierbij de kanttekening te worden gemaakt dat het onduidelijk is in hoeverre de coronamaatregelen in 2020 mogelijk een 'dempend' effect hebben gehad op het aantal gestarte klachtenprocedures. Pvp'en boden namelijk vanwege de coronamaatregelen in een groot deel van 2020 noodgedwongen vanaf afstand ondersteuning aan patiënten in plaats van in een direct contact in een GGZ-instelling. Voor een belangrijk deel gold dit ook nog in het eerste halfjaar van 2021.

Tabel 3.6.1 Aantal dossiers waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden aan patiënten bij formele klachtenprocedures op grond van de Wvggz of de Wet Bopz in de periode van januari 2019 tot en met juni 2021, op halfjaarbasis en naar wet. Een dossier heeft betrekking op één klacht.

	Wvggz	Wet Bopz	Totaal
1e halfjaar 2019	N.v.t.	468	468
2e halfjaar 2019	N.v.t.	719	719
Totaal 2019	*N.v.t.*	*1.187*	*1.187*
1e halfjaar 2020	270	241	511
2e halfjaar 2020	552	57	609
Totaal 2020	*822*	*298*	*1.120*
1e halfjaar 2021	570	N.v.t.	570

Bron: Stichting PVP

Als verder wordt gekeken naar uitsluitend de klachtdossiers aangaande de Wvggz in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van deze wet, geeft **Tabel 3.6.2** aan dat in veruit de meerderheid van de gevallen (variërend van 79% tot 85% op halfjaarbasis) werd geklaagd over vormen van verplichte zorg die waren opgenomen in een CM, een machtiging tot voortzetting van een CM, of een ZM. Als vervolgens wordt ingezoomd op deze meest voorkomende klachtencategorie, kwam de volgende top 4 van specifieke vormen van verplichte zorg naar voren waarover het meest werd geklaagd in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz:

— dwangmedicatie (in 50% van de dossiers geregistreerd);
— dwangopname (15%);
— beperking van bewegingsvrijheid (11%); en
— insluiting (6%).

Een overeenkomstig beeld is te zien wanneer uitgegaan wordt van de klachtdossiers van pvp'en inzake de Wet Bopz in de anderhalf jaar voorafgaand aan inwerkingtreding van de Wvggz (gegevens niet gepresenteerd). Met andere woorden: er zijn geen aanwijzingen dat met de komst van de Wvggz een verandering is opgetreden in de onderwerpen waarover patiënten het vaakst klagen.

Tabel 3.6.2 Aantal dossiers waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden aan patiënten bij formele klachtenprocedures op grond van de Wvggz in de periode januari 2020 tot en met juni 2021, op halfjaarbasis en naar onderwerp. Een dossier heeft betrekking op één klacht.

	1e halfjaar 2020	2e halfjaar 2020	1e halfjaar 2021	1e halfjaar 2020	2e halfjaar 2020	1e halfjaar 2021
Onderwerpen van klachten	N	N	N	%	%	%
Verplichte zorg in een (V)CM/ZM	213	469	475	79%	85%	83%
Hoofdstuk 9 klachtgronden	13	21	24	5%	4%	4%
Overplaatsing, tijdelijke onderbreking of beëindiging verplichte zorg	10	16	21	4%	3%	4%
Rechtspositie	10	9	13	4%	2%	2%
Overig (diverse onderwerpen)	24	37	37	9%	7%	6%
Totaal aantal dossiers	270	552	570	100%	100%	100%

(V)CM: (voortzetting) crisismaatregel; ZM: zorgmachtiging.

Bron: Stichting PVP

3.6.1.2 Aantal en soorten klachten zoals ingediend bij Wvggz-klachtencommissies

De verschillende regionale Wvggz-klachtencommissies leveren afschriften van hun uitspraken aan bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ heeft alle in 2020 aangeleverde uitspraakgegevens op een eenduidige wijze verwerkt om zicht te krijgen op het aantal klachten dat in 2020 werd ingediend bij Wvggz-klachtencommissies, en op de specifieke onderwerpen waarop deze klachten betrekking hadden.[380] Het ging daarbij om concrete onderwerpen die onder de formele klachtgronden van de Wvggz vallen.

Tabel 3.6.3 laat zien dat volgens bij de IGJ ontvangen klachtuitspraken in 2020 in totaal 395 klachten zijn ingediend bij Wvggz-klachtencommissies, en die betrekking hadden op in totaal 652 specifieke onderwerpen. Deze onderwerpen gingen voor het merendeel over een beslissing tot het verlenen van vormen van verplichte zorg. Hierbij komt een vergelijkbare top 4 naar voren als hierboven beschreven op basis van de gegevens van de Stichting PVP: over dwangmedicatie werd veruit het meest geklaagd, op afstand gevolgd door het beperken van de bewegingsvrijheid, insluiting en dwangopname (zie **Tabel 3.6.3**). 80% van alle specifieke onderwerpen waarover is geklaagd in 2020 gingen over deze vier vormen van verplichte zorg.[381]

380 Ten tijde van het schrijven van dit rapport waren gegevens over het eerste halfjaar van 2021 nog niet verwerkt door de IGJ. Verder zijn alleen jaartotalen voor 2020 beschikbaar en geen cijfers op halfjaarbasis, omdat datums van uitspraken ontbreken.

381 Uitgaande van bij de IGJ ontvangen klachtuitspraken werden in 2020 nog 205 klachten op grond van de Wet Bopz ingediend bij klachtencommissies. Deze hadden betrekking op in totaal 288 klachtgronden, waarbij het in veruit de meeste gevallen ging om dwangmedicatie (57%), op afstand gevolgd door het beperken van de bewegingsvrijheid (14%) en insluiting (11%). Het is onbekend welk deel van de Bopz-klachten betrekking had patiënten met een psychiatrische aandoening. Bron: IGJ.

Tabel 3.6.3 Aantal klachten zoals ingediend bij Wvgg-klachtencommissies in 2020 (uitgaande van bij de IGJ ontvangen klachtuitspraken), en de specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten

	N	%
Totaal aantal ingediende klachten	395	N.v.t.
Totaal aantal specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten	652	100%
Aantal per specifiek onderwerp*:		
Dwangmedicatie	257	39%
Beperken bewegingsvrijheid	99	15%
Insluiting	84	13%
Dwangopname	82	13%
Beperking gebruik communicatiemiddelen	32	5%
Niet op schrift**	20	3%
Noodmedicatie	14	2%
Beslissing wilsbekwaamheid	12	2%
Andere klachtgronden (tezamen genomen)	52	8%

* Specifieke onderwerpen die onder de formele klachtgronden van de Wvggz vallen.

** De beslissing tot het verlenen van verplichte zorg is niet op schrift overhandigd aan de patiënt, haar/zijn vertegenwoordiger, of haar/zijn advocaat.

Bron: IGJ

3.6.2 Beslissingen van Wvggz-klachtencommissies ten aanzien van ingediende klachten

Uitgaande van de gegevens van de IGJ laat **Tabel 3.6.4** zien dat Wvggz-klachtencommissies in 2020 driekwart (N=488) van alle specifieke onderwerpen waarover werd geklaagd ongegrond hebben verklaard. Een op de vijf onderwerpen (20%; N=131) is gegrond of deels gegrond verklaard. In minder dan 4% (N=23) werden onderwerpen door de Wvggz-klachtencommissies als niet-ontvankelijk beoordeeld. In enkele gevallen achtten commissies zich onbevoegd om een onderwerp te behandelen (N=8), of wilden zij geen uitspraak doen (N=2; hoewel dit formeel niet is toegestaan).

Als gekeken wordt naar de vier specifieke onderwerpen waarover het meest is geklaagd in 2020, werden klachten over het beperken van bewegingsvrijheid relatief het vaakst (deels) gegrond verklaard (ruim 31%), gevolgd door klachten over insluiting (bijna 23%) en dwangmedicatie (ruim 15%). Klachten over dwangopname werden verhoudingsgewijs weinig (deels) gegrond verklaard (5%), en relatief vaak als niet-ontvankelijk (15%).

Tabel 3.6.4 Beslissingen van Wvggz-klachtencommissies ten aanzien van specifieke onderwerpen* waarover is geklaagd in 2020

	Ongegrond	Gegrond	Deels gegrond	Niet-ontvankelijk[a]	Onbevoegd	Geen uitspraak[b]
Totaal aantal specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten (N=652)	75%	17%	3,4%	3,5%	1,2%	0,3%
4 meest voorkomende specifieke onderwerpen*:						
Dwangmedicatie (N=257)	83%	13%	2,3%	0,8%	0,4%	0,4%
Beperken bewegingsvrijheid (N=99)	65%	23%	8,1%	2,0%	2,0%	0%
Insluiting (N=84)	74%	17%	6,0%	3,6%	0%	0%
Dwangopname (N=82)	79%	4,9%	0%	15%	1,2%	0%

* Specifieke onderwerpen die onder de formele klachtgronden van de Wvggz vallen.

a Indien het onderwerp waarover werd geklaagd betrekking had op de inhoud van de crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging als zodanig.

b De klachtencommissie wilde geen uitspraak doen, hoewel dit formeel niet is toegestaan.

Bron: IGJ

3.6.3 Bij Wvggz-klachtencommissies ingediende schadevergoedingen en beslissingen hierover

3.6.3.1 Ingediende schadevergoedingen waarbij de pvp ondersteuning biedt en beslissingen hierover

Nieuw met de komst van de Wvggz is dat een pvp een patiënt op diens verzoek ook advies of bijstand kan verlenen bij een verzoek om schadevergoeding bij een Wvggz klachtencommissie. Uit de registratiegegevens van de Stichting PVP blijkt dat pvp'en in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz in 450 gevallen ondersteuning hebben geboden bij een verzoek om schadevergoeding bij een Wvggz klachtencommissie. Relatief gezien boden pvp'en in het eerste halfjaar van 2020 bij een groter deel van de klachtdossiers (47%) ook advies en bijstand bij een schadevergoedingsverzoek dan in de twee daaropvolgende halfjaren (29% van de klachtdossiers in beide halfjaren). Een verklaring is niet voorhanden.

De schadevergoedingsverzoeken werden doorgaans afgewezen door Wvggz-klachtencommissies in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz. Op halfjaarbasis varieerde het toekenningspercentage van 20% tot 29% (zie **Tabel 3.6.5**). In dat kader wordt in het jaarverslag van 2020 van de Stichting PVP opgemerkt dat pvp'en liever zouden zien dat een schadevergoedingsverzoek pas hoeft te worden ingediend nadat een klachtencommissie een klacht

gegrond heeft verklaard. Een onderbouwde schadevergoedingsvraag heeft namelijk geen zin wanneer de klacht niet gegrond wordt verklaard. Ook gaat daarmee de aandacht vooral naar de mogelijke schadevergoeding in plaats van naar de behandeling van de klacht zelf.

Tabel 3.6.5 Aantal dossiers waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden aan patiënten bij een verzoek om een schadevergoeding bij een Wvggz-klachtencommissie

	1e halfjaar 2020	2e halfjaar 2020	1e halfjaar 2021	Totaal
Aantal dossiers met ondersteuning verzoek om schadevergoeding	128	159	163	450
% van totaal aantal dossiers	47%	29%	29%	32%
Resultaat verzoek om schadevergoeding				
Toegekend met bedrag	25 (20%)	46 (29%)	42 (26%)	113 (25%)
Niet toegekend	103 (80%)	111 (70%)	121 (74%)	335 (74%)
Onbekend	0 (0%)	2 (1,3%)	0 (0%)	2 (0,4%)

Bron: Stichting PVP

Op basis van de gegevens van de Stichting PVP zijn in 2020 71 schadevergoedingsverzoeken waarbij pvp'en ondersteuning hebben geboden, toegekend door Wvggz-klachtencommissies. Volgens de gegevens van de IGJ hebben Wvggz-klachtencommissies in 2020 een beduidend lager aantal schadevergoedingen toegekend, namelijk 39. Het is onduidelijk hoe dit verschil kan worden verklaard. Mogelijk kan het zijn dat afschriften van uitspraken van klachtencommissies incompleet zijn aangeleverd aan de IGJ.

3.6.3.2 Hoogte van aangevraagde en toegekende schadevergoedingen

Wanneer een pvp een patiënt adviseert over de hoogte van de schadevergoeding is dit gebaseerd op het door de Universiteit Van Amsterdam ontwikkelde forfaitaire systeem (inmiddels 2.0), vanuit de gedachte dat daarmee de kans op willekeur zoveel mogelijk wordt verkleind. Vanzelfsprekend hoeft een patiënt dit advies niet te volgen, en kan zij of hij om een ander bedrag vragen. In dat geval zal een pvp de patiënt hierin volgen, en het door de patiënt gewenste bedrag indienen bij de klachtencommissie en ook registreren.

De gegevens van de Stichting PVP geven aan dat in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz 113 schadevergoedingsverzoeken, waarbij een pvp ondersteuning heeft geboden, zijn toegekend door Wvggz-klachtencommissies (zie **Tabel 3.6.5**). Uit **Figuur 3.6.1** blijkt dat in het merendeel van deze gevallen het gevraagde bedrag hoger lag dan het toegekende bedrag. De mediaan (de vetgedrukte lijn in het blok in de figuur) is €500, wat betekent dat in de helft van de gevallen het verschil tussen het gevraagde en toegekende bedrag €500 of hoger was, en in de helft van de gevallen €500 of lager. In ruim de helft van de gevallen (54%; N=61) lag het verschil tussen het gevraagde en toegekende bedrag tussen €0 en €1.000 (de bovenste en onderste lijn van het blok in de figuur). In bijna een kwart van de gevallen (25%; N=28) was het verschil €1.050 of hoger, met uitschieters (zie cirkels en asterisken in de figuur) lopend van €2.925 tot maximaal €7.515. In de

resterende gevallen (21%; N=24) heeft de klachtencommissie juist een *hoger* bedrag toegekend dan werd aangevraagd (een negatief verschil in de figuur), variërend tussen €5 en €760.

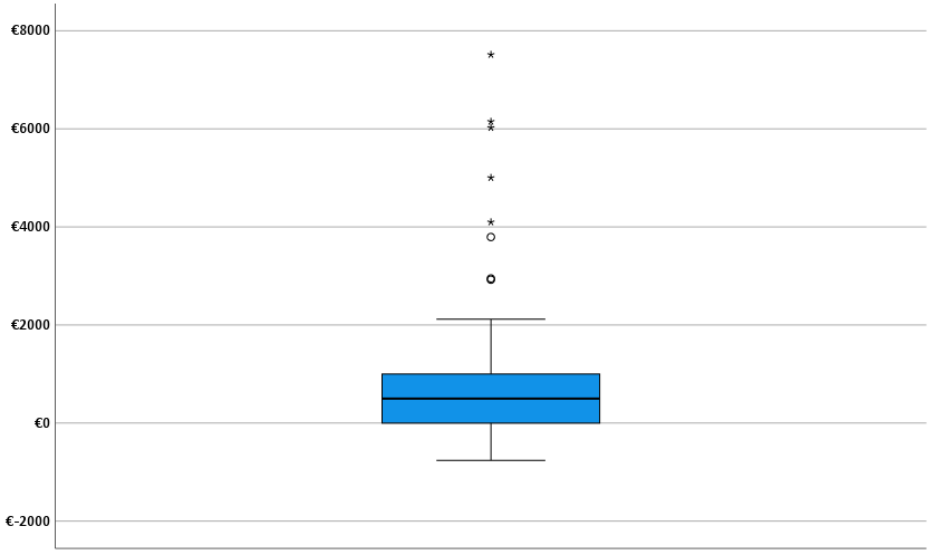
Een deel van het verschil tussen het gevraagde bedrag en het toegekende bedrag komt mogelijk doordat een klachtencommissie ook schadevergoeding kan toekennen aan een deels gegronde, deels ongegronde klacht. Een ander verklaring voor een deel van het verschil in de bedragen kan zijn dat een klachtencommissie een klacht gegrond verklaard, maar minder tekortkomingen ziet dan door de betrokkene is aangevoerd en daarom een lagere vergoeding toekent dan gevraagd. Dat neemt niet weg dat bovenstaande bevindingen erop wijzen erop dat het forfaitaire systeem van schadevergoedingen over het algemeen waarschijnlijk niet is toegepast door Wvggz-klachtencommissies. De handreiking aangaande de klachtenprocedure die in 2020 door GGZ Nederland (thans de Nederlandse ggz) is gepubliceerd kan hierbij mede een rol hebben gespeeld, aangezien in deze handreiking de hantering van het forfaitaire stelsel wordt afgewezen.

De gegevens van de Stichting PVP wijzen er verder op dat er sprake was een zekere mate van variatie in de hoogte van de toegekende schadevergoedingen. In circa twee derde van de gevallen (65%; N=74) ging het om een bedrag tussen €50 en €200. In bijna 12% van de gevallen kende een klachtencommissie een bedrag lager dan €50 toe, variërend tussen €1,25 en €40. In de resterende gevallen (23%) was het bedrag hoger dan €200, met uitschieters lopend van €450 tot maximaal €1.120. Ook uit de gegevens van de IGJ blijkt een zekere mate van variatie in de hoogte van schadevergoedingen zoals die zijn toegekend in 2020. De IGJ geeft als verklaring dat klachtencommissies verschillende criteria hanteren voor het bepalen van de hoogte van schadevergoedingen: terwijl een aantal klachtencommissies uitgaan van het forfaitaire systeem, gaan andere klachtencommissies uit van de standaardbedragen en tegemoetkomingen die voor het gevangeniswezen gelden.[382] Ook de Stichting PVP merkt in haar jaarverslag van 2020 op dat er verschillen tussen klachtencommissies bestaan in de hoogte van de toegekende vergoedingsbedragen, ook wanneer sprake is van dezelfde klachtgrond.[383]

382 Een beeld uit klachten, meldingen en crisissituaties over dwang in de zorg, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), juli 2021.

383 Jaarverslag 2020, Stichting PVP, mei 2021.

Figuur 3.6.1 Het verschil tussen het gevraagde bedrag en het bedrag zoals toegekend door een Wvggz- klachtencommissie. Uitgegaan is van de toegekende schadevergoedingsverzoeken in de periode van januari 2020 t/m juni 2021 en waarbij pvp'en patiënten hebben geadviseerd over de hoogte van het bedrag (N=113)



Bron: Stichting PVP

3.6.4 Beschikkingen van de rechter ten aanzien van beroep en schadevergoedingsverzoeken

De betrokkene, de vertegenwoordiger of een nabestaande heeft de mogelijkheid van beroep bij de rechter in geval men het niet eens is met de uitspraak van de klachtencommissie, of indien een uitspraak uitblijft. Uit gegevens van de Raad voor de Rechtspraak blijkt dat van deze mogelijkheid in het eerste halfjaar van 2020 nog verhoudingsgewijs weinig gebruik werd gemaakt. Vanaf het derde kwartaal van 2020 is er sprake van een hoger aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van deze beroepsprocedure (zie **Tabel 3.6.6**). De gegevens geven geen zicht op welke beslissingen rechters hebben genomen.

Tabel 3.6.6 Aantal beschikkingen inzake beroep naar aanleiding van de Wvggz klachtenprocedure*

	2020	2021	Verschil
jan-mrt	0	18	18
apr-jun	8	22	14
Subtotaal 1e halfjaar	*8*	*40*	*32*
jul-sep	16		
okt-dec	22		
Subtotaal 2e halfjaar	*38*		
Jaartotaal	46		

* Inclusief klachtenprocedure op grond van art. 9:10

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Bij het beroep bij de rechter naar aanleiding van een klachtenprocedure kan de betrokkene ook om een schadevergoeding door de zorgaanbieder verzoeken (art. 10:11). De rechter kan hier overigens ook ambtshalve toe besluiten. Los van de klachtenprocedure, voorziet de Wvggz nog in de mogelijkheid van een zelfstandig verzoek tot schadevergoeding door de betrokkene of diens vertegenwoordiger, in het geval de wet niet in acht is genomen door bijvoorbeeld de gemeente, de GD, de zorgverantwoordelijke of de officier van justitie (art. 10:12). Uitgaande van beide 'routes' voor het verzoeken tot schadevergoeding, laten gegevens van de Raad voor de Rechtspraak zien dat in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz de rechter steeds vaker uitspraken heeft gedaan over schadevergoedingsverzoeken. Terwijl het in de eerste helft van 2020 nog ging om 25 beschikkingen, was dit aantal ruim verviervoudigd in de eerste helft van 2021 (zie **Tabel 3.6.7**). De gegevens geven geen zicht op welke beslissingen rechters hebben genomen ten aanzien van de schadevergoedingsverzoeken. Ook de achtergrond van de verzoeken is onbekend. Het is mogelijk dat de stijging vooral is veroorzaakt door een toenemend aantal schadevergoedingsverzoeken vanwege termijnoverschrijdingen, zoals het niet binnen vier weken indienen van een verzoekschrift voor een ZM bij de rechter (zie par. 3.2.3.4).

Tabel 3.6.7 Aantal beschikkingen inzake een schadevergoeding*

	2020	2021	Verschil
jan-mrt	14	59	45
apr-jun	11	45	34
Subtotaal 1e halfjaar	*25*	*104*	*79*
jul-sep	22		
okt-dec	21		
Subtotaal 2e halfjaar	*43*		
Jaartotaal	68		

* Op grond van art. 10:11 of art. 10:12.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

3.6.5 Samenvatting

In deze paragraaf is stilgestaan bij gegevens van de Stichting PVP en de IGJ over de mate waarin gebruik is gemaakt van de klachtenprocedure. In deze samenvatting worden de diverse bevindingen die opvielen nog eens op een rij gezet.

Alhoewel het aantal klachtgronden in de Wvggz flink is uitgebreid in vergelijking met de Wet Bopz, werden er geen aanwijzingen gevonden dat het aantal klachten over verplichte zorg in 2020 is gestegen ten opzichte van 2019. Er werd veruit het vaakst geklaagd over vormen van verplichte zorg die waren opgenomen in een CM, een machtiging tot voortzetting van een CM, of een ZM. Specifiek gezegd ging het daarbij het vaakst om dwangmedicatie, op afstand gevolgd door klachten over dwangopname, beperking van bewegingsvrijheid of insluiting. Dit is overeenkomstig het beeld ten tijde van de Wet Bopz.

De bevindingen geven verder aan dat Wvggz-klachtencommissies driekwart van de onderwerpen waarover in 2020 werd geklaagd ongegrond hebben verklaard. Een op de vijf onderwerpen werd gegrond of deels gegrond verklaard, terwijl een klein deel (<4%) als niet-ontvankelijk werd beoordeeld. Klachten over het beperken van bewegingsvrijheid werden verhoudingsgewijs vaak (deels) gegrond verklaard (ruim 31%), en klachten over dwangopname juist relatief weinig (5%).

Nieuw met de komst van de Wvggz is het verkrijgen van een schadevergoeding bij de Wvggz-klachtencommissie. Uit de gegevens bleek dat schadevergoedingsverzoeken in een minderheid van de gevallen werden toegekend door klachtencommissies in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz (het toekenningspercentage varieerde van 20% tot 29% op halfjaarbasis). Bovendien kwam naar voren dat het forfaitaire systeem van schadevergoedingen over het algemeen waarschijnlijk niet is toegepast door Wvggz-klachtencommissies, en dat commissies lagere bedragen toekenden. Los van de vergelijking met het forfaitiare stelsel, gaven de gegevens ook aan dat er een zekere mate van variatie bestaat in de hoogte van toegekende schadevergoedingen.

Tot slot werd gevonden dat in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wvggz de rechter steeds vaker uitspraken heeft gedaan over schadevergoedingsverzoeken (van 25 in het eerste halfjaar van 2020 naar 104 in het eerste halfjaar in 2021). Het is mogelijk dat deze stijging vooral samenhangt met de termijnoverschrijdingen in de voorbereiding van een ZM, en minder met schadevergoedingsverzoeken naar aanleiding van een uitspraak van een klachtencommissie.

3.7 Ter afsluiting

In dit hoofdstuk is op basis van een veelheid aan kwantitatieve gegevens uit registraties van diverse organisaties en instanties een landelijk beeld verkregen van de toepassing van de procedure voor een ZM, de toepassing van de procedure voor een CM, en de machtiging tot voortzetting daarvan, het vertrouwenswerk van de pvp en fvp, en de mate waarin gebruik is gemaakt van de klachtenprocedure. Voor elk van deze onderwerpen zijn uitgaande van de cijfers aanwijzingen gevonden voor knelpunten en/of verbetermogelijkheden ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de Wvggz. Benadrukt dient te worden dat de gegevens betrekking hadden op de anderhalf jaar na de

inwerkingtreding van deze complexe wet. Monitoring over een langere periode is wenselijk om te kunnen bepalen in hoeverre geconstateerde ontwikkelingen al dan niet blijven voortduren, en in hoeverre er nieuwe en/of meer structurele ontwikkelingen optreden na het overgangsjaar 2020 waarin de Wvggz werd geïmplementeerd en waarin bovendien de coronapandemie in meer of mindere mate invloed zal hebben gehad op de uitvoerbaarheid van de verschillende aspecten van de wet.

4

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: bevindingen uit kwalitatief onderzoek

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een weergave van de bevindingen uit het kwalitatief onderzoek naar de Wet verplichte ggz (Wvggz). Met betrokken actoren is gesproken over de ervaringen met de implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz in de praktijk. Met respondenten is stilgestaan bij zowel knelpunten als positieve ervaringen. De volgende thema's zijn onder andere aan bod gekomen in dit onderzoek: de juridische complexiteit, administratieve last, eigen regie van patiënten en ambulante verplichte zorg. In de komende fase zal de nadruk meer verschuiven naar de ervaringen van actoren ten aanzien van de doeltreffendheid en de (neven)effecten van de Wvggz in de praktijk.

Om de ervaringen in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksopzet. De werving van respondenten verliep via organisaties voor patiënten en naasten, zorginstellingen en diverse (branche)organisaties zoals MIND, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse ggz.

Ervaringen van patiënten en naasten zijn opgehaald via semigestructureerde interviews (n=6). Hierin lag de nadruk op een recente ervaring met verplichte zorg en zijn een aantal specifieke thema's aan bod gekomen zoals de eigen regie en de informatievoorziening. Daarnaast is het perspectief van (zorg)professionals onderzocht aan de hand van interviews en focusgroepen, waaraan geneesheer-directeuren, zorgprofessionals, een jurist en vertegenwoordigers van de cliëntenraad van diverse GGZ-instellingen hebben deelgenomen. Ook werd een duo interview gehouden met het Openbaar Ministerie (OM). Een focusgroep heeft ook plaatsgevonden vanuit het perspectief van cliënt/familievertegenwoordigers (n=3) waarbij de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP), Ypsilon en MIND vertegenwoordigd waren. Daarnaast hebben interviews met leden van de klachtencommissies (n=2) plaatsgevonden die specifiek op de Wvggz gericht waren. Tevens heeft een focusgroep plaatsgevonden vanuit het perspectief van de Nederlandse ggz (n=9), waarbij bestuurders, gezondheidsjuristen, geneesheer-directeuren en een stafadviseur aanwezig waren. Ook werd een focusgroep georganiseerd vanuit het perspectief van de NVvP (n=7), waarbij geneesheer-directeuren en een beleidsadviseur aanwezig waren.

Een aantal Wvggz en Wet zorg en dwang (Wzd) overstijgende interviews en focusgroepen hebben daarnaast plaatsgevonden om ervaringen op te halen. Het ging hierbij om een interview met bureau GD, een focusgroepen vanuit het gemeentelijk perspectief (n=8; gemeente/GGD, politie en Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ)), juridisch perspectief (n=12; stafrechters en civiel rechters, advocaten en het Openbaar Ministerie), de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (n=5), en de klachtencommissies en patiëntenvertrouwenspersonen (pvp) (n=14). Tevens hebben twee duidingssessies Wvggz plaatsgevonden, een met veldpartijen, te weten Wvggz organisaties (n=14) en een met juridische partijen (n=7)

Het onderzoek kende een iteratief karakter. Dit betekent dat informatie vanuit de interviews is gebruikt voor de thematische invulling van de focusgroepen. Vervolgens is de analyse van de focusgroepen en interviews weer gebruikt als input voor de duidingssessies. Om analyse van de verkregen data mogelijk te maken zijn aantekeningen en opnames gemaakt van de interviews en focusgroepen. Belangrijke opmerkingen van respondenten zijn getranscribeerd om een meer diepgaande analyse mogelijk te maken en te dienen als illustraties van de uitspraken in de rapportage. Patiënten en naasten hebben schriftelijke of mondelinge toestemming gegeven voor hun deelname aan het interview, en als dank voor deelname een cadeaubon aangeboden gekregen. Van alle interviews is een samenvatting gemaakt waarop respondenten konden reageren. Verschillende onderzoekers waren bij de analyse van de data betrokken.

In dit onderzoek naar de implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz zijn de volgende negen centrale thema's naar voren gekomen, ieder met bijbehorende sub thema's:

- Juridische complexiteit
- Administratieve last
- Zorgmachtiging
- Verplichte zorg in de ambulante setting
- Crisismaatregel
- Ketensamenwerking
- Klachtrecht
- Samenloop met de Wzd
- Forensische zorg

In de volgende paragrafen zijn deze negen centrale thema's uitgewerkt. Hierbij is gebruik gemaakt van ondersteunende citaten vanuit deelnemende respondenten. Aan het einde van het hoofdstuk is een afrondende paragraaf opgenomen met een korte samenvatting per thema.

4.2 Juridische complexiteit

Vanuit het perspectief van zowel patiënten als professionals kent de wet een complexe structuur, die resulteert in veel uitvoeringsproblemen. In de eerste plaats liggen er meerdere doelstellingen aan de wet ten grondslag, die in de praktijk tot spanningen leiden. Bovendien is de wet ingewikkeld voor zorgverleners. Ten derde worden patiënten overspoeld met schriftelijke en complexe informatie. In deze paragraaf worden de belangrijkste knelpunten in de praktijk omtrent dit thema beschreven.

4.2.1 Complexe juridische structuur

Een veelbesproken thema onder respondenten is de complexe juridische structuur. Oorspronkelijk was het doel om een nieuwe, eenvoudige behandelwet te maken die de Wet Bopz, als opnamewet, kon vervangen. Respondenten geven aan dat in de uitwerking van de Wvggz aan dit doel voorbij is gegaan. In dit verband wordt gesproken over een fout in het ontwikkeltraject van de Wvggz.

> *Iedereen mocht meepraten in de ontwikkeling maar daardoor is de wet overvol geworden. Het is als een kerstboom waar iedereen alles in mag hangen. (focusgroep IGJ)*

Betrokkenen in de praktijk zien een verschil tussen de primaire doelstellingen en de doelstellingen die later door de politiek genoemd zijn maar niet in de memorie van toelichting staan. Op het laatste moment zijn een aantal aspecten gericht op de publieke veiligheid in de wet verwerkt, hetgeen volgens betrokkenen in de praktijk een nadelige uitwerking heeft. Een voorbeeld is dat burgemeesters meer invloed wilden hebben op het toepassen van dwang. Hiermee werd beoogd de overlast in de gemeenten te voorkomen, bijvoorbeeld door het vereenvoudigen van de procedure om verwarde personen van straat te halen.

> *Het heeft erin geresulteerd dat er een aantal wetsartikelen in de wet zijn verwerkt die, ondanks dat deze niet vaak worden gebruikt, de burgemeester, politie en andere instanties meer macht geeft om verplichte zorg door te zetten, zelfs als hulpverleners dat niet nodig vinden. (focusgroep NVvP)*

In de wet zijn allerlei waarborgen ingebouwd om de doelstellingen te behalen. Dit resulteert in de praktijk in uitvoeringsproblemen.

> *Een wet moet zorgvuldig maar ook werkbaar zijn. Dat is nu uit evenwicht. Het verdient de voorkeur om goed te bekijken wat wel en niet werkt in plaats van het steeds ad hoc in te grijpen met reparatiewetgeving. (focusgroep IGJ)*

Waar in de aanvraag van verplichte zorg nog logische vragen zijn verwerkt die redelijk uitvoerbaar zijn, zien respondenten in de uitvoering veel onnodige checks en verplichte uitvragen bij verschillende partijen die niet bijdragen aan goede zorg. Het contrast tussen de primaire doelstellingen en de doelstellingen van de wet die in de loop van de tijd politiek veranderd zijn zorgen voor een ambivalentie in de verantwoordelijkheid van zorgverleners.

> *Als zorgverlener krijg je het gevoel dat je vanaf twee kanten wordt afgerekend: 1. De enorme verantwoordingsdwang onder het mom van rechtsbescherming en het beschermen van de patiënt; 2. De enorme druk van andere partijen (politie, burgemeester) om mensen vooral wel met dwang te behandelen. (focusgroep NVvP)*

4.2.2 Ingewikkelde wet voor zorgverleners

De ingewikkeldheid van de wettekst wordt als een fundamenteel probleem gezien. De wet is door de grote hoeveelheid aan juridische terminologie lastig te begrijpen voor zorgverleners die geen juridische achtergrond hebben. Ze begrijpen niet goed wat in de wet staat en wat precies van hen gevraagd wordt. Zorgverleners proberen zich wel zo goed mogelijk aan de kaders te houden maar weten niet zeker of ze het goed doen. Zoals een psychiater aangeeft:

> *Ik snap het niet altijd... ik doe zo goed mogelijk mijn best en dan merk ik wel als ik op de vingers getikt word! (focusgroep professionals)*

Een risico is dat, als zorgverleners de procedures van de Wvggz niet regelmatig uitvoeren, ze verdwalen in alle formulieren en stappen. Het kost veel tijd om de benodigde kennis over de benodigde processtappen continu bij te houden, waardoor er een risico is op fouten als men *de weg kwijtraakt*. Als gevolg worden psychiaters gedemotiveerd doordat het werk ingewikkeld is geworden en het gevoel heerst dat je het toch niet goed kan doen. Bovendien zien juristen binnen ggz-instellingen dat hen inhoudelijke kwesties worden voorgelegd waarop zij, door een gebrek aan medische expertise, geen antwoord op kunnen geven.

De uitwerking van de wet is bureaucratisch, spreekt zich op bepaalde aspecten tegen, of is nog vermengd met Bopz terminologie. Dit zorgt voor extra verwarring onder zorgverleners. De vermenging met Bopz terminologie is bijvoorbeeld sterk terug te zien in hoofdstuk 9 van de Wvggz (zie verderop in dit hoofdstuk). Daarnaast bevatten de procedures veel verschillende stappen die tot verwarring leiden en waarbij het soms onduidelijk is wie verantwoordelijk is, of wanneer je aan een bepaalde eis voldoet. Blijft de zorgverantwoordelijke bijvoorbeeld de regie houden als iemand vanuit een ambulante setting klinisch opgenomen wordt?

> *Ik ben niet meer onafhankelijk nadat ik iemand één keer aan de telefoon heb gesproken. Dit levert grote problemen op, vooral voor kleinere zorgorganisaties. (focusgroep NVvP)*

Daarnaast spreekt men van rare kopjes in de wet, zoals het kopje over wilsbekwaamheid waarbij het ook niet duidelijk is wat nu precies de bedoeling is. Met name in de beginperiode waren er veel wijzigingen en was het zeer onduidelijk wat er nodig was om aan deze wet te kunnen voldoen.

4.2.3 Communicatie naar de patiënt

Een veelbesproken aspect is de grote hoeveelheid aan schriftelijke communicatie aan de patiënt. Een psychiater geeft aan dat patiënten veel brieven krijgen die geschreven zijn in een taal die niet aansluit bij de ontvanger.

> *De informatievoorziening aan de patiënt bestaat uit enorme, 'lelijke epistels' die voor patiënten moeilijk te begrijpen zijn. (focusgroep professionals)*

De documenten lijken niet te zijn toegespitst op patiënten. Respondenten geven aan dat zo'n 60% van de mensen in de psychiatrie een (licht) verstandelijke beperking heeft wat het probleem in de huidige communicatie verder versterkt. Een geneesheer/directeur zegt:

> *De wet is ver van de werkelijkheid van mensen met een verstandelijke beperking. Ze begrijpen totaal niet wat bijvoorbeeld met een eigen plan van aanpak wordt bedoeld. (duidingssessie Wvggz)*

Professionals geven aan dat veel formulieren geen toegevoegde waarde hebben en patiënten niet weten wat ze hiermee moeten. Daarnaast komt naar voren dat de informatie rondom verplichte zorg op dit moment alleen beschikbaar is in het Nederlands en niet toegankelijk is voor anderstaligen. Het wordt als belangrijk ervaren dat iedereen weet wat zijn of haar plichten zijn, of zich als naasten kunnen inlezen over de procedures.

Het feit dat patiënten de informatie veelal niet begrijpen of niet weten wat ze ermee moeten, leidt regelmatig tot onrust, escalatie en verzet. Dit heeft negatieve gevolgen voor de rechtsbescherming van patiënten en draagt niet bij aan het voorkomen of beperken van verplichte zorg. Vanuit het patiëntperspectief komt naar voren dat informatie tijdens een crisis niet begrijpelijk is, maar dat het wel prettig is om na afloop van de verplichte zorg de mogelijkheid te hebben om alles terug te lezen.

> *Het grote verschil met de Bopz is dat ik nu allemaal brieven kreeg waar ik op dat moment niets van begreep, dat bracht onrust omdat ik ook niet goed wist wat ik ermee moest. Pas later kregen deze brieven een functie, door middel van de brieven kon ik teruglezen wat er eigenlijk allemaal precies gebeurd was. (interview patiënt)*

Een ander aspect dat naar voren komt betreft de ontvangst van de brieven. Een deel van de brieven lijkt niet goed aan te komen bij patiënten. Zo wordt een aantal keer genoemd dat de brief met de beslissing over verplichte zorg (art. 8.9) waarin patiënten de mogelijkheid krijgen om te klagen tegen de vormen van verplichte zorg, vaak niet aankomt, verdwijnt in de grote stapel brieven, of dat patiënten ervan uitgaan dat de advocaat dit zal oppakken. Een naaste geeft aan de communicatie over het algemeen als slordig en onduidelijk te hebben ervaren. Zij is de wettelijk vertegenwoordiger van een familielid maar moest overal zelf achteraan.

> *Na verloop van tijd bleek dat ik bepaalde informatie niet had gehad. Er werd dan bijvoorbeeld gezegd dat er een brief was afgeleverd, maar die was dan naar de patiënt zelf gegaan en dat werkt niet. Dit geldt ook voor het informeren over het bestaan van de pvp, want zelf wist ik pas na een paar maanden dat er zoiets was. (interview naastbetrokkene)*

Deelnemers aan de focusgroepen met professionals en bestuurders voelen een urgentie om iets te doen met de informatievoorziening naar patiënten.

> *Op dit moment wringt het tussen de systeemwereld van de wet en de leefwereld patiënt. (focusgroep de Nederlandse ggz)*

Een van de oplossingsrichtingen die respondenten noemen is het verminderen en vereenvoudigen van de informatieproducten naar de patiënten toe. Er wordt vermeld dat er verschillende pogingen zijn gedaan om de informatieproducten te herschrijven om ze op deze manier toegankelijker te maken voor patiënten. Hier wordt tegen het probleem aangelopen dat je te maken hebt met de juridische betekenis van deze documenten. Dit vereist bepaalde begrippen die lastig om te zetten zijn in dagelijkse taal. Een van de respondenten geeft aan:

> *Leesniveau B1 is geprobeerd voor verschillende informatieproducten maar dit is afgekeurd wegens onvoldoende juridische precisie. (duidingssessie Wvggz)*

Volgens de respondenten gaat het erom bij de patiënt aan te sluiten en de relatie tussen patiënt en zorgverlener te borgen. Volgens respondenten moet gewaakt worden voor het risico dat een oplossing zorgt voor het nog meer complex maken van de ingewikkelde wet.

4.3 Administratieve last

Een thema dat als knelpunt naar voren komt in de uitvoering van de Wvggz is de grote administratieve last. Ook op dit punt levert de juridische complexiteit in de praktijk grote uitvoeringsproblemen op.

4.3.1 Schriftelijke informatieplicht

Professionals uit de GGZ geven aan dat zij veel tijd kwijt zijn aan de aanvraagstukken en informatievoorziening terwijl die volgens hen niet bijdragen aan het beoogde doel om de rechtspositie van de patiënt te versterken en kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook vanuit het perspectief van de klachtencommissie worden hier vraagtekens bij gezet.

> *De bedoeling van de wet is wel om de rechtspositie te versterken, maar feitelijk zie ik het in de uitvoering niet. Door de hoeveelheid aan administratie en al die beslissingen en brieven, hebben patiënten geen idee meer waar ze op moeten letten. Op een enkele patiënt na, kan ze het ook niet schelen, ze willen gewoon naar huis. (interview klachtencommissie)*

De administratieve last, inclusief de schriftelijke informatieplicht, zorgt volgens respondenten voor veel frustratie. Het wordt als zinloos ervaren, het draagt niet bij aan het lerend vermogen van de sector en het straalt bovendien een wantrouwen uit richting zorgverleners die zich nu voor alles moeten verantwoorden.

4.3.2. Belasting

De zorgverantwoordelijke heeft door de invoering van de Wvggz meer administratieve taken gekregen. Het vraagt veel energie en menskracht om alle formulieren op te stellen en dossiers door te spitten om de juiste dingen terug te vinden. De administratieve last en procedures die bij de uitvoering van de Wvggz komen kijken resulteren in een druk voor zorgverleners en organisaties.

Door het niet invoeren van de onafhankelijke commissies, waar in de ontwikkeling wel over nagedacht is, is een groot deel van haar taken bij de geneesheer-directeur terecht gekomen.

> *De geneesheer-directeur is nu voortdurend bezig met individuele verplichte zorg en komt niet toe aan hogere abstractieniveaus. Daarbij zit de tijd die opgaat aan administratieve handelingen, net als voor zorgverleners en het ondersteunend systeem, niet in de financiering. (duidingssessie Wvggz)*

Aangegeven wordt dat iemand met gezag onafhankelijk naar het geheel moet kunnen kijken. Dit wordt gezien als een waardevolle taak van de geneesheer-directeur, die een inhoudelijke toets doet aangezien de rechter en de officier van justitie hierin niet geschoold zijn. Wel kost het de geneesheer-directeur veel tijd. Ondanks dat het aantal uren aan geneesheer-directeur in de meeste instellingen meer dan verdubbeld is, is het vaak nog niet voldoende. Daarbij gaat dit gepaard met het grote tekort aan personeel in de GGZ. In veel gevallen lukt het niet om een zorgmachtiging binnen vier weken voor te bereiden en ingediend te hebben bij de rechtbank. Dit levert vervolgens ook weer problemen op voor de officieren van justitie die de termijn niet halen.

In de praktijk wordt gezien dat geneesheerdirecteuren vaker administratieve lasten door het secretariaat ('bureau geneesheer-directeur') laten uitvoeren. Er zijn ook organisaties of geneesheer-directeuren waar het met veel investering lukt om administratief alles op orde te hebben. Dit zorgt voor een ongewenste druk op andere zorgverleners en organisaties.

> *Je wordt gegijzeld door het beste jongetje van de klas. Het is hopeloos voor de rest en niet realistisch. (focusgroep de Nederlandse ggz)*

Gepleit wordt voor het schrappen van bepaalde dubbelingen die in procedures zitten zoals het uitvoeringsbesluit 8:9 dat wederom weer langs de geneesheer-directeur moet. Daarbij zou het ook goed zijn om de frequentie van bepaalde handelingen te bekijken. Volgens professionals zitten er onnodige administratieve handelingen in de (overplaatsing) procedure (art. 8:16). Dit zorgt voor onduidelijkheid over wat wanneer precies moet worden gedaan en legt een verplichting op om te overleggen met de officier van justitie. Respondenten zouden liever zien dat ze mógen overleggen in plaats van móeten, iets wat volgens hun ook beter is ten aanzien van het beroepsgeheim.

4.3.3 Invulling processen en verantwoordelijkheden

De administratieve last zorgt er in de praktijk voor dat bepaalde processen op een manier worden uitgevoerd die niet passen bij hoe ze beoogd zijn.

> *In onze GGZ-instelling is er denk ik mede vanwege de administratieve last, voor gekozen om bij een opname meteen een beslissing over het verlenen van verplichte zorg te gegeven. Bijvoorbeeld bij medicatie. Het kan dan maanden later zijn voor die vorm van verplichte zorg concreet wordt gemaakt. De patiënt die hoort dan; 'je krijgt een prik', maar er wordt niet meer opnieuw beoordeeld. Dit terwijl er in de tussentijds misschien wel veel is gebeurd (dit kan van alles zijn: patiënt gaat naar ander onderdeel van*

organisatie, er doen zich andere omstandigheden voor). Dat is een manier van uitvoeren die ik niet had verwacht. Wenselijk is eigenlijk dat je pas op dát moment kijkt wat nodig is. (interview klachtencommissie)

Door een nadruk op de juridische afwerking van bepaalde processen ontstaat er tevens een verschuiving in taken en verantwoordelijkheden, dit wordt als onwenselijke ervaren.

Op het moment dat je de wachtlijstproblemen goed aanpakt, lijkt het alsof je een goede organisatie bent. Als je alle procedures goed uitvoert en alles administratief op orde hebt lijkt het alsof je een goede hulpverlener bent. Er ontstaat een raar soort idee van wanneer ik mijn werk goed doe. (focusgroep de Nederlandse ggz)

Zorgverleners geven daarbij ook aan dat de uitvoering van de Wvggz afleidt van de werkelijke zorgverlening die ze willen bieden. De procedures zijn statisch en passen daardoor niet bij de situatie van de patiënt. Iedereen moet op hetzelfde moment dezelfde informatie krijgen, terwijl de werkelijkheid veel dynamischer is.

Je wil geen schriftelijke informatieplicht meer bij elk (tussen)stapje. Die formulieren benadrukken namelijk steeds opnieuw de formele kant, de relatie met de patiënt wordt juridisch. (duidingssessie Wvggz)

Ik denk dat het de bedoeling is dat je per keer dat je een maatregel oplegt ook die informatie geeft. Maar dat gebeurt in praktijk niet. Dat wordt ook niet gedaan omdat je dan steeds weer dat formulier moet opmaken. Maar dat is niet ten behoeve van de patiënt. De patiënt weet vaak niet dat de beslissing bij aanvang van de ZM nog steeds geldt. Dat vind ik echt een knelpunt. Je voldoet strikt genomen wel aan de wet, maar dat werkt anders uit in de praktijk. (interview klachtencommissie)

Patiënten geven aan een verschuiving te zien in de rol van en relatie met zorgverleners. De Wvggz lijkt zorgverleners meer in een controlerende positie te plaatsen, waarbij steeds minder nadruk op zorg ligt.

Het contact met het FACT-team is veranderd sinds de invoering van de nieuwe wet. Eerder had ik nog het gevoel dat er een luisterend oor was, maar nu is het vertrouwen weggezakt. Sinds de wet er is, is het meer veranderd naar ja, ze zien me alleen tot last want ze moeten mij bellen om te kijken of ik nog leef en dat is het. Meer doen ze niet, het is eigenlijk wel ten nadele van het contact. (interview patiënt)

4.4 Zorgmachtiging

In deze paragraaf worden de ervaringen met de uitvoering en implementatie van de zorgmachtiging (ZM) in de Wvggz beschreven. Aan bod komen het verkennend onderzoek, een brede versus specifieke zorgmachtiging, de zorgmachtiging verlengen, wijzigen of beëindigen, en de eigen regie van patiënten.

4.4.1 Verkennend onderzoek en meldfunctie

Een deel van de respondenten is tevreden over de mogelijkheid van het verkennend onderzoek in de wet. Er wordt aangegeven dat het vaak zorgmijdende mensen betreft en dat deze mensen door het verkennend onderzoek beter in beeld van de gemeente komen. Een medewerker van de GGD geeft aan dat het soms wel moeilijk is mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats daadwerkelijk te vinden en hierdoor worden soms de termijnen overschreden.

> *Er loopt nu een familieaanvraag voor iemand die door onze stad zwerft. Je moet binnen twee weken een antwoord hebben maar gaat diegene gevonden worden? Het is lastig voor die doelgroep en het werkt dus eigenlijk alleen als iemand een vaste woonplek heeft. (focusgroep gemeenten)*

Enkele respondenten uiten twijfels over het verkennend onderzoek en geven aan dat het eigenlijk onvoldoende van de grond komt. Een medewerker van de GGD zegt:

> *Ik denk dat het op zich niet verkeerd is dat familie en naasten een instrument hebben om een meer formele route te kunnen bewandelen om de ingang naar de verplichte zorg te starten. Maar in de praktijk weet ik niet of het zo werkt. (focusgroep gemeenten).*

Een knelpunt in de uitvoering van het verkennend onderzoek is de uitwisseling van gegevens tussen gemeente en zorgverleners. Hier zijn volgens respondenten onvoldoende grondslagen voor opgenomen in de wet. De uitwisseling van gegevens vindt in sommige gevallen wel plaats maar men is niet zeker hoe dit zich verhoudt tot de privacy van de patiënt. Vooral in kleine gemeenten wordt dit als problematisch ervaren, omdat men elkaar eerder kent. Een advocaat geeft aan dat het in de fase van een verkennend onderzoek niet nodig is om over gevoelige medische informatie te beschikken.

> *Verkennend onderzoek lijkt niet bedoeld te zijn om diepgravend onderzoek naar de situatie van de betrokkene uit te voeren, maar eerder om van diens situatie een eerste beeld te krijgen; daarom is gevoelige medische informatie over de betrokkene (nog) niet direct nodig. (duidingssessie juridische partijen)*

Zorgprofessionals geven daarentegen aan dat informatie wel degelijk nodig is aangezien het vaak zorgmijdende mensen betreft die de informatie niet zelf geven.
Volgens een rechter is het binnen een gemeente vaak nog onduidelijk bij wie het verkennend onderzoek neergelegd dient te worden en wat de uitvoering precies inhoudt. Een advocaat geeft aan dat het onduidelijk is wanneer een melding overgaat in een verkennend onderzoek.

Gemeenten hebben een meldfunctie ingericht waar aanvragen voor verkennend onderzoek binnenkomen. Vaak zijn deze meldingen niet een expliciet verzoek tot een verkennend onderzoek en daardoor is het voor de gemeenten niet altijd duidelijk wanneer er een verkennend onderzoek gestart moet worden en wanneer niet. Ondanks de handreiking van de VNG verloopt de aanvraag in iedere gemeente anders. De gemeenten geven zelf invulling aan de procedure.

Daarnaast speelt een rol dat eerst de mogelijkheden voor vrijwillige zorg onderzocht dient te worden. Zodra een verkennend onderzoek wordt gestart is de termijn daarvoor erg kort. Ook draagt de formele berichtgeving aan de patiënt, die hoort bij het starten van een verkennend onderzoek, niet bij aan de open houding naar vrijwillige zorg. Zoals een medewerker van de GGD aangeeft:

> *We hebben in het begin best wel geworsteld met wanneer er überhaupt gestart moet worden met het verkennend onderzoek. Het is heel lastig om te besluiten wanneer je de stap zet om het verkennend onderzoek te starten. Dat is nog steeds een zoektocht. Het instrument an sich wordt weinig gebruikt.* (*focusgroep gemeenten*)

Via de meldfunctie komen ook informatievragen binnen over mogelijkheden voor en routes tot gedwongen zorg. Hoewel dit vaak tot teleurstelling leidt over de mogelijkheden, wordt dit wel beschouwd als een nuttige functie. Een knelpunt is de vertragende werking van het verkennend onderzoek. Vanuit het perspectief van de GGD wordt gezegd:

> *In de uitvoering ben ik met familie aan het worstelen over de route richting een zorgmachtiging. Hier gaat veel tijd overheen. Voorheen was het goed geregeld en nu moet het via het hele circus van verkennend onderzoek en dat werkt vertragend. (focusgroep gemeenten)*

Ook een andere medewerker van de GGD geeft aan dat het verkennend onderzoek vertragend kan werken.

> *We hebben een voorsprong doordat we al een goed netwerk hadden met alle zorgpartijen maar het verkennend onderzoek kan vertragend werken. Via het OM moeten wij een verzoekschrift indienen wat het OM vervolgens moet doorzetten. Vroeger konden we dit rechtstreeks doen bij de zorgpartij en vroegen zij een rechtelijke machtiging aan, nu moet het via het OM. (focusgroep gemeenten)*

De relatie tussen de gemeente en de GGZ komt hierdoor ook onder druk te staan, omdat de route nu via het OM gaat in plaats van direct.

Een laatste punt over het verkennend onderzoek betreft het betrekken van naasten, waarbij zij volgens de LSFVP niet worden gezien als het centrale aanspreekpunt. De communicatie gaat eerst via de patiënt, in plaats van direct naar de naasten. Daarbij speelt er volgens respondenten een probleem rond familie die in bezwaar wil gaan tegen een afgewezen verkennend onderzoek, ze moeten daarvoor een gefundeerd antwoord schrijven, maar hebben vaak geen idee waar ze moeten zijn en er is geen format of voorbeeld over hoe een bezwaar te maken.

Hoewel alle partijen een aanvraag kunnen doen voor een verkennend onderzoek, heeft de politie besloten dit niet te doen, omdat zij dat niet passend vinden bij hun rol. Zij wijzen de familie erop dat zij dat zelf kunnen doen.

Enkele gemeenten hebben de wens om te evalueren of het verkennend onderzoek inhoudelijk veel toevoegt en of de familie er echt wat aan heeft. De aantallen zijn echter nog zo klein dat dat op dit moment nog niet mogelijk is.

4.4.2 Brede versus specifieke zorgmachtiging

De respondenten brengen naar voren dat bij de aanvraag van een zorgmachtiging aanvankelijk heel veel vormen van verplichte zorg werden aangekruist door psychiaters. Volgens een psychiater is een mogelijke reden hiervoor dat er veel nodig kan zijn in de toekomst.

> *Soms lijkt het alsof verwacht wordt dat je een glazen bol hebt. Dat de hele rits wordt aangekruist heeft ermee te maken dat een psychiater niet in de toekomst kan kijken. Een psychiater kan alleen specifiek zijn in de aanvraag als dat vanuit zorgoogpunt verantwoord is. (focusgroep professionals)*

Vooral bij mensen die onbekend zijn bij een zorginstelling kan het vóórkomen dat een aantal vormen van verplichte zorg standaard worden aangevraagd. De reden die hiervoor gegeven wordt is vaak het waarborgen van de veiligheid op afdelingen aangezien je dan meer mogelijkheden hebt. Sommige psychiaters zeggen te beseffen dat dit niet de bedoeling is en een van hen is hier in het begin ook wel op aangesproken door het OM. Het laatste jaar zijn de zorgverantwoordelijken kritischer geworden ten aanzien van de aanvraag van verschillende vormen van verplichte zorg. Wel zijn er nog steeds een aantal vormen van verplichte zorg die standaard aangevraagd worden. Een juriste van een ggz-instelling zegt:

> *Je ziet wel een ontwikkeling van in het begin 'doe alles maar' naar 'de big five'. Dit komt voornamelijk doordat er meer ervaring en kennis is over wat nu waaronder valt, dat wordt steeds helderder. (duo interview)*

Het is voor zorgverantwoordelijken vaak lastig om de vormen van verplichte zorg die mogelijk in toekomst toegepast gaan worden te onderbouwen. Bovendien geven enkele psychiaters aan dat de onafhankelijke psychiater zijn/ haar beslissing niet hoeft te motiveren terwijl dit wel wenselijk zou zijn. Een geneesheer- directeur:

> *De onafhankelijke psychiater hoeft zijn beslissing niet te motiveren. Het zou wenselijk zijn om dit ook van een onafhankelijke psychiater te vragen. Het is veel werk maar ik verwacht dat ze dan wel minder gaan aankruisen. Daarbij zie je ook een verschil tussen de CM en ZM. Bij een CM hebben zij de neiging om veel aan te kruisen, bij een ZM kijken ze vooral wat de zorgverantwoordelijke heeft aangekruist. Dus hoe onafhankelijk is het dan? (duo interview)*

Het lijkt per regio te verschillen of een zorgverantwoordelijke de duur van verplichte zorg dient te specificeren en te onderbouwen. Bij sommige respondenten moet dit per vorm aangegeven worden en bij anderen niet. Daarbij ziet men ook een groot verschil tussen rechtbanken, waarbij de ene rechtbank alles toezegt en de andere meer maatwerk biedt.

Er zijn rechters die heel specifiek termijnen gaan benoemen, bijvoorbeeld dat insluiten zeven dagen kan. Wij willen het juist graag korter. Zo'n termijn voorspellen is ingewikkeld en maakt het moeilijk uitvoerbaar. (focusgroep NVvP)

Zowel rechters als officieren van justitie geven aan dat zij geen zorginhoudelijk beoordeling kunnen doen van de aanvraag van de verplichte vormen van zorg, ze hebben geen medische achtergrond. Ze zien hun taak op het gebied van de juridische procedures die komen kijken bij de afgifte van een zorgmachtiging. Een rechter geeft aan:

Het belangrijkste probleem binnen de praktijk van zorgmachtigingen is dat deze tot bijna alle vormen van verplichte zorg legitimeren. Psychiaters kruisen in het kader van aanvraag voor de zekerheid vaak 9 van de 10 zorgvormen aan en rechters nemen die dan meestal over. Ze voeren in het licht van de criteria van verplichte zorg geen aparte toets uit. Als de rechter deze rol wel zou vervullen, betekent dat extra zittingen en procedures, kortom een substantiële extra belasting voor de rechterlijke macht. (duidingssessie juridische partijen)

Een aantal respondenten denken echter anders over de verantwoordelijkheid van de rechtelijke macht en zien het wel als de rol van de rechter om binnen een ruim geformuleerde ZM nader te bepalen welke zorg verplicht bij de betrokkene kan worden toegepast, mede in relatie tot wilsbekwaam verzet dat in principe moet worden gerespecteerd. Ook de Stichting PVP sluit zich hierbij aan en geeft aan dat dit zeer belangrijk is omdat veel patiënten schrikken van de breed geformuleerde ZM. Ze begrijpen niet waarom ze te maken kunnen krijgen met veel verschillende vormen van verplichte zorg. Een rechter geeft aan het als zijn taak te zien om bij verstrekkende vormen van verplichte zorg, zoals insluiten, te differentiëren. Concreet wordt het door een rechter als noodzakelijk gezien om de wet hierop aan te passen.

Het is aan te bevelen om de wet in elk geval zodanig aan te passen dat art. 3:2, onder a (toedienen van vocht, voeding en medicatie ....) nader wordt opgesplitst in – in elk geval – gedwongen medicatie (a) en gedwongen toediening van vocht en voeding (b). (duidingssessie juridische partijen)

Een positief punt dat door een rechter wordt genoemd is dat de zorgmachtiging ruimte laat voor voorwaardelijke constructies, en dat deze ook veel worden toegepast in de praktijk.

4.4.3 Zorgmachtiging verlengen, wijzigen of beëindigen

Een aantal andere specifieke punten betreft het verlengen, wijzigen of beëindigen van de ZM. Een veel genoemd punt over de ZM is dat de wettelijk regeling met betrekking tot verlenging ZM ertoe kan leiden dat verlenging ingaat terwijl de looptijd van de eerdere ZM nog niet is verstreken. Dit resulteert over het geheel in een kortere looptijd van de ZM. Daarbij geeft een lid van een klachtencommissie aan dat er vaak dingen misgaan in de opvolging van maatregelen. Als gevolg daarvan kan iemand een hele periode zonder een juridische grondslag opgenomen zijn.

Door fouten in de keten ontstaat een gat in de opvolging van maatregelen, of soms omdat het bij OM op een verkeerde afdeling van de rechtbank terechtkomt.

> *Soms gaat dat echt om weken. Ik heb best vaak gezien dat zonder juridische grondslag verplichte zorg wordt toegepast. Dat 'best vaak' is relatief, want in verhouding met de Bopz is het aantal klachten sinds de invoering van de Wvggz enorm afgenomen in onze regio. Wel zijn de klachtgronden hetzelfde gebleken, denk hierbij aan insluiting, medicatie en beperken bewegingsvrijheid. (interview klachtencommissie)*

Rondom de beëindiging van de ZM noemt een patiënt dat er sprake van was onduidelijkheid.

> *Ik kon bij niemand terecht en niemand wist hoe het moest... ik mocht het doen, maar hoe ik het deed moest ik allemaal zelf maar lekker uitzoeken... dan sta je wel echt vet alleen als je zoiets hebt. (interview patiënt)*

4.4.4 Instrumenten ter versterking van de eigen regie van de patiënt

De Wvggz kent verschillende voorzieningen om de rechtspositie van patiënten te verbeteren door rekening te houden met hun voorkeuren en wensen. Zo kent de wet de mogelijkheid tot het opstellen van een eigen plan van aanpak, een zorgkaart en een zelfbindingsverklaring. De respondenten vinden het een goede zaak dat deze voorzieningen zijn opgenomen in de Wvggz en zij benadrukken dat deze voorzieningen inderdaad de rechtspositie van patiënten verder kunnen versterken. Men geeft echter aan dat deze voorzieningen onvoldoende zijn uitgewerkt en in de praktijk onvoldoende tot hun recht komen. Dit zorgt ervoor dat zowel het eigen plan van aanpak, de zorgkaart als de zelfbindingsverklaring onvoldoende worden gebruikt in de praktijk.

4.4.4.1 Eigen plan van aanpak

Er zijn, beperkt, goede ervaringen met het eigen plan van aanpak. Vooral bij mensen met verslavingsproblematiek kan het eigen plan van aanpak van meerwaarde zijn aangezien zij over het algemeen beter in staat zijn na te denken hoe verplichte zorg afgewend zou kunnen worden dan bijvoorbeeld mensen met een psychotisch toestandsbeeld. Enkele respondenten geven aan een aantal keer onder de indruk te zijn geweest van het eigen plan van aanpak dat patiënten opstelden. Ook vanuit Ypsilon wordt benoemd dat bij een klein aantal patiënten het eigen plan van aanpak ertoe bijdraagt verplichte zorg te voorkomen.

> *Als het eigen plan van aanpak werkt om verplichte zorg te voorkomen voor een klein aantal patiënten is het de moeite om dit te blijven doen! (focusgroep cliënten- en familievertegenwoordigers)*

Toch wordt het eigen plan van aanpak onvoldoende gebruikt. Men kan zich hier ook best iets bij voorstellen aangezien patiënten vaak helemaal geen zorg willen maar tegelijkertijd wel gevraagd worden hier een plan voor op te stellen.

Als je geen zorg wilt en een brief in de bus krijgt om een eigen plan van aanpak te maken dan kan ik me voorstellen dat je als patiënt denkt: 'bekijk het maar'! (focusgroep NVvP)

Er worden daarnaast een aantal knelpunten ervaren in het werken met het eigen plan van aanpak. Het verhaal van een patiënt (zie tekstbox 1) maakt goed duidelijk waar de knelpunten liggen omtrent het eigen plan van aanpak.

Tekstbox 1 Het verhaal van een patiënt

Er werd een zorgmachtiging aangevraagd en ik kreeg de mogelijkheid om een eigen plan van aanpak te maken. Ik had wel wat informatie gekregen hierover maar het was mij totaal niet duidelijk wat er van me verwacht werd. Ik besprak het met mijn psychiater maar ook die leek er weinig van te begrijpen en daarbij had mijn psychiater de machtiging aangevraagd dus het voelde wat gek om dit met hem te bespreken. Op advies van mijn advocaat heb ik contact opgenomen met de PVP maar ook die kon mij niet echt helpen en verwees mij naar mijn behandelaar en familie. Het leverde veel frustratie op dat ik niet wist hoe om te gaan met mijn eigen plan van aanpak. Daarbij blijft het gek, ik kreeg een advocaat en ik liet hem graag het woord doen omdat ik mezelf niet goed kon verdedigen. Maar op papier moest ik het opeens alleen doen! Ik had hier dus echt meer ondersteuning bij nodig maar dat was er niet. Uiteindelijk heb ik een eigen plan van aanpak ingeleverd maar de machtiging kreeg ik alsnog. Ik vind het een mooi idee om de eigen verantwoordelijkheid meer aan te spreken en patiënten na te laten denken over een plan van aanpak zonder verplichte zorg maar ik kan me niet voorstellen dat iemand dit kan zonder goede begeleiding!

De knelpunten in bovenstaand verhaal van een patiënt worden tevens bevestigd door andere respondenten. Ook zij geven aan dat patiënten vaak niet in staat zijn om een eigen plan van aanpak op te stellen, voornamelijk omdat er vaak sprake is van een crisissituatie. Door professionals wordt aangegeven dat een eigen plan van aanpak vaak alleen maar werkt voor patiënten die al langere tijd in zorg zijn bij de ggz maar niet bij nieuwe patiënten in crisis.

Men benadrukt dat het format voor het eigen plan van aanpak te complex is. Formuleringen in het format zijn niet goed begrijpelijk voor patiënten en kunnen het hierdoor niet goed invullen. Bovendien komen de formulering in het eigen plan van aanpak niet overeen met de formuleringen in de wet. Hierdoor is het vaak te vaag en te vrijblijvend geformuleerd waardoor zorgverleners weinig kunnen met het eigen plan van aanpak. Een geneesheer-directeur benadrukt:

Er moet beter nagedacht worden over de termen in het format zodat het eigen plan van aanpak ook gaat bijdragen aan voorkomen van een ZM (duo interview)

De informatie over het eigen plan van aanpak wordt bovendien vaak schriftelijk aangeboden. Een psychiater geeft aan:

Het is wat ouderwets dat dit allemaal schriftelijk gecommuniceerd wordt, zeker voor patiënten met een beperking die brieven niet begrijpen of helemaal niet lezen. Tegenwoordig zouden er toch betere manier moeten zijn? (focusgroep professionals)

Dit roept de vraag op hoe realistisch het is om van patiënten te vragen een eigen plan van aanpak te maken. Er worden hoge eisen aan een patiënt gesteld. Dit bij een patiëntenpopulatie die vaak de vereiste vaardigheden en inzichten niet heeft. Men is het erover eens dat, om het eigen plan van aanpak te laten slagen, er meer ondersteuning vereist is. Naasten kunnen hier in een belangrijke rol spelen maar zij moeten dan ook goed geïnformeerd worden. Veel patiënten hebben echter geen netwerk dat hierbij kan helpen. Ook zorgverleners behoren goed op de hoogte te zijn en te ondersteunen waar nodig. De vraag is echter wie zich in de instellingen verantwoordelijk voelt voor het goed implementeren van het eigen plan van aanpak. *"Wie is eigenlijk de regisseur en zorgt dat alles in gang gezet wordt?"* Het zou volgens een aantal respondenten heel goed zijn als er één aanspreekpunt komt in de instellingen die de rol van aanjager op zich neemt en tevens goed monitort wat wel en niet werkt in de praktijk.
Ook het moment in de procedure waarop het eigen plan van aanpak geschreven wordt is een onderwerp van discussie. Het opstellen van een eigen plan van aanpak in het aantal gestelde dagen is vaak onhaalbaar voor de patiënt en heeft tevens een vertragend effect in de procedure. Een cliëntvertegenwoordiger zegt:

Je moet of eerder starten met het eigen plan van aanpak of je moet het langer door laten lopen maar dit is echt te kort! (duidingssessie Wvggz)

Het eigen plan van aanpak moet een optie blijven maar idealiter voorafgaand aan de zorgmachtigingsprocedure, want binnen de procedure schept het valse verwachtingen.

Het voelt elke keer alsof ik mensen zit te bedriegen door ze een eigen plan van aanpak te laten schrijven. (focusgroep NVvP)

Men geeft aan dat het eigen plan van aanpak en de zorgkaart meer preventief ingezet zou moeten worden. Dus niet op het moment dat de zorgmachtiging al wordt voorbereid, maar daarvoor.

Tot slot wordt aangegeven dat het eigen plan van aanpak vaak overgeslagen wordt als patiënten van een crisismaatregel naar een zorgmachtiging gaan.

4.4.4.2 Zorgkaart

De zorgkaart wordt beschouwd als een belangrijke voorziening, zeker voor de rechter want daaruit kan men afleiden wat de wensen en voorkeuren van de patiënt zijn. De patiëntenbeweging geeft aan dat het opstellen van een zorgkaart gestimuleerd moet blijven worden. Maar er wordt benadrukt dat als het gaat om het achterhalen van de wensen en voorkeuren dit ook onderdeel zou kunnen zijn van het zorgplan in plaats van een zelfstandig instrument. Ook de zorgkaart kent een te ingewikkeld format volgens respondenten, ondersteuning hierbij is nodig. Dit zou een taak van de pvp moeten zijn maar slechts een kleine gedeelte van de patiënten komt bij de pvp terecht. De reden hiervoor is dat de

geneesheer-directeur alleen contactgegevens van een patiënt doorgeeft als deze daar toestemming voor geeft. Ook in brieven worden patiënten gewezen op de pvp maar dit verdwijnt vaak in de grote hoeveelheid informatie die patiënten ontvangen. Soms helpen psychiaters bij het opstellen van de zorgkaart, dit resulteert dan vaak in een herhaling van het zorgplan in de zorgkaart. De vraag is dan of het nog de wensen en voorkeuren van de patiënt betreft.

4.4.4.3 Zelfbindingsverklaring

Men is positief over het idee van de zelfbindingsverklaring maar er is zeer beperkte ervaring met de zelfbindingsverklaring sinds invoering van de Wvggz. Wel geeft men aan dat het lijkt alsof er sinds de invoering van de Wvggz meer aandacht is voor zelfbinding.

> *Het lijkt erop dat zelfbinding een nieuw leven in is geblazen sinds de invoering van de Wvggz. (focusgroep juridische partijen)*

Meer onderzoek is nodig naar de huidige ervaringen met zelfbindingsverklaringen.

4.4.4.4 Overlap instrumenten

In de praktijk ervaren respondenten veel overlap tussen de zorgkaart, de crisiskaart en het signaleringsplan, hierdoor ontstaat soms verwarring bij zorgverleners. Patiënten hebben het gevoel zichzelf te herhalen in de verschillende plannen/kaarten. De samenloop tussen de verschillende instrumenten is complex en de suggestie wordt gedaan de verschillende instrumenten samen te voegen.

4.5 Ambulante verplichte zorg

Door de mogelijkheid om verplichte zorg ook ambulant toe te passen is de Wvggz niet langer alleen een opnamewet. Dit is passend bij de doelstelling om meer aan te sluiten bij de patiënt en het voorkomen van een gedwongen opname. Hiermee zijn de mogelijkheden in de ambulante setting verruimd en alle respondenten geven aan dat dit een goede zaak is. De IGJ geeft een voorbeeld van een situatie waarin ambulante verplichte zorg een uitkomst bood.

> *Een voorbeeld dat ons ter ore kwam was van een jonge vrouw die in de thuissituatie gedwongen moest eten, ze eet omdat het moet anders zou ze een sonde of een opname krijgen. Zelf eten ziet ze wel degelijk als dwang maar dat lukte in ieder geval wel in de thuissituatie. Haar ouders boden eten aan en konden altijd bellen als ze toch ondersteuning nodig hadden. (focusgroep IGJ)*

Ondanks goede voorbeelden worden er ook knelpunten en onduidelijkheden benoemd die in deze paragraaf beschreven zullen worden.

4.5.1 Toepassen van ambulante verplichte zorg

Professionals uit de GGZ-instellingen geven aan dat er nauwelijks verplichte zorg thuis wordt toegepast aangezien men, als er sprake is van fysiek verzet, geen dwang toe gaat passen. De NVvP heeft dan ook het standpunt ingenomen dat er geen ambulante verplichte zorg wordt toegepast als er sprake is van fysiek verzet.

> *Vaak gaat verbaal verzet over in fysiek verzet en we hebben afgesproken dat dit de grens is. Het is dan niet langer mogelijk om ambulante verplichte zorg toe te passen (focusgroep NVvP)*

Bovendien vindt men ambulante dwang een onwenselijk situatie. De woning van patiënten zou een veilige haven moeten zijn waar je als zorgverlener niet ingrijpt. Ook geven veel zorgverleners aan dat patiënten hier geen voorstander van zijn. Een patiënt geeft overigens aan dat in crisis de situatie thuis vaak per definitie onveilig is, bijvoorbeeld wanneer de politie eraan te pas komt.

> *Ik vind uit huis gehaald worden met politiebegeleiding terwijl de buren toekijken ook onveilig! (interview patiënt)*

De pvp vindt het voorbarig dat de NVvP het standpunt inneemt dat er voor ambulante dwang in het geval van fysiek verzet geen plaats is. Zij pleiten voor een casuïstische benadering, of ambulante dwang een mogelijkheid is zou per patiënt afgewogen moeten worden. Bovendien geven zij aan dat de patiënt dit in het ideale geval opneemt in de zorgkaart.

> *De assumptie dat de patiënt voor het toepassen van dwang altijd wil worden opgenomen is onjuist. Er zijn ook patiënten die, als ze tegen hun zin in zorg moeten krijgen, daarmee het liefst in de thuissituatie te maken krijgen. (duidingssessie juridische partijen)*

Omdat de meeste zorgverleners ambulante verplichte zorg bij fysiek verzet geen optie vinden wordt de patiënt regelmatig naar de (poli)kliniek verplaatst om daar de medicatie onder dwang toegepast te krijgen. Na observatie kan de patiënt dan vaak weer naar huis. Dit is een goede mogelijkheid geeft een psychiater aan:

> *Wij passen geen ambulante verplichte zorg toe, zodra er sprake is van fysiek verzet wordt de patiënt kortdurend klinisch opgenomen. Hier dienen wij het depot toe en laten dan de patiënt weer terug naar huis gaan. (focusgroep NVvP)*

Het toedienen van medicatie in de (poli)kliniek gebeurt niet in alle regio's en bovendien is het vervoer vaak een probleem omdat de ambulance alleen maar voor een opname wil rijden en niet voor een kort bezoek. Er is discussie over of het toedienen van medicatie gedurende een kort verblijf in de kliniek al dan niet ambulante verplichte zorg is. Een rechter geeft aan:

Is het halen van medicatie op een (poli)kliniek ambulante verplichte zorg? Vanuit de ggz wordt deze vraag bevestigend beantwoord. (duidingssessie juridische partijen)

Ook de politie geeft aan dat zij eigenlijk geen verschil merken. Zij moeten nog regelmatig assisteren bij patiënten "uit huis halen" en hebben soms twijfels of ambulante verplichte zorg überhaupt overwogen wordt. De politie pleit ervoor toch te proberen meer verplichte zorg in de thuissituatie toe te passen ondanks dat ze de morele bezwaren wel begrijpen. Op de vraag of zij bereid zijn te assisteren bij het toedienen van gedwongen medicatie geven zij aan dat hun ervaring is dat op de achtergrond aanwezig zijn voldoende is omdat een verpleegkundige meestal met praten de patiënt wel kan bewegen tot het innemen van de medicatie.

Nu werken we gewoon nog op de oude BOPZ manier. Wij zouden best wel op de hoek van de straat willen staan voor assistentie als dat voorkomt dat twee keer het gevecht aangegaan moet worden met de patiënt terwijl dat ook in één keer kan. (focusgroep gemeenten)

4.5.2 Assertieve zorg

Enkele respondenten geven aan dat er meer vrijheid is in de Wvggz aangezien de legitimatie van de zorgmachtiging of crisismaatregel er al is. Hierdoor kun je met de patiënt in gesprek gaan over de verplichte zorg die toegepast wordt. En kan samen met de patiënt de minst ingrijpende vorm van verplichte zorg gekozen worden.

De zorg die we bieden is gewoon gedwongen. Maar gegeven het feit dat het gedwongen is, kunnen we kiezen hoe we het toepassen. Dus we kunnen het doen op de manier waarop de patiënt het het fijnste vindt. Maar dan hoef je dus niet de discussie te voeren met de patiënt of het dwang is of niet, want het is dwang maar we willen de minst nare manier van dwang kiezen. Er is dus keuze binnen dwang! (focusgroep NVvP)

Enkele respondenten benadrukken dat er wel degelijk ambulante verplichte zorg wordt verleend binnen het kader van een zorgmachtiging maar dat dit niet wordt geregistreerd als verplichte zorg die ondanks verzet wordt toegepast. Anderen geven aan dat dit geen verplichte zorg maar eerder assertieve zorg is. Het samen beslissen welke vorm van verplichte zorg wordt toegepast wordt door veel mensen assertieve zorg genoemd, dit omdat de patiënt nog een keuze heeft. Echter in de praktijk blijkt vaak dat de keuze bestaat uit medicatie in de ambulante setting of toch een opname in een accommodatie.

De patiënt werkt vaak mee omdat hij weet dat hij anders gedwongen opgenomen wordt! Dit is het grootste effect van de Wvggz. (duidingssessie Wvggz)

4.5.3 Artikel 8:9 in de ambulante setting

Het bevorderen van assertieve zorg is dus een belangrijk effect van de Wvggz. Dit kent het nadeel dat de zorgverantwoordelijke in die situaties vaak geen uitvoering geeft aan art. 8:9 waardoor de

betreffende handelingen niet als verplichte zorg worden geregistreerd. Een belangrijke reden hiervoor is dat er bij assertieve zorg vaak sprake is van verbaal verzet en niet van fysiek verzet. Het is voor veel mensen onduidelijk dat verbaal verzet ook verzet is in de zin van de wet.

Het gevolg van het geen uitvoering geven aan art. 8:9 is dat er een beperkte rechtsbescherming is voor de betreffende patiënt en dat tevens onvoldoende transparant is wat er in de thuissituatie gebeurt. Een bestuurder geeft aan zich hier zorgen over te maken.

> *Er ontstaat een grijs gebied en dus hebben we geen zicht op wat er allemaal in de thuissituatie gebeurt. Wie was er bijvoorbeeld betrokken? Wat waren de criteria voor ingrijpen? Dat is geen goede zaak!* (*duidingssessie Wvggz)*

De NVvP geeft aan dat het een taak is van de GD om zicht te houden op wat er in de thuissituatie gebeurt maar dat hier weinig tijd voor is.

> *Het is onze taak om een goed contact te houden met de ambulante teams om zo te weten wat er gaande is maar deze toezichthoudende taak staat wel onder druk omdat dit niet het enige is. (duidingssessie Wvggz)*

4.5.4 Procedure en evaluatie

Psychiaters geven aan dat de procedure van de verplichte ambulante zorg maakt dat de focus niet ligt op het contact met de patiënt terwijl dit wel cruciaal is. Zo zou men in het proces periodiek willen evalueren in plaats van bij iedere stap opnieuw weer evalueren en formulieren invullen en dergelijke. De evaluatie moet niet opgelegd worden door de rechter in bepaalde formats of termijnen maar het moet meer vrij zijn in de manier waarop je het uitvoert zodat je beter kunt afstemmen op de patiënt. Vertrouwen in hulpverleners is hierbij wel van groot belang.

> *Dit maakt het soms heel pijnlijk. Je steekt je nek uit om steeds te proberen niet defensief te handelen, zo min mogelijk restrictief en vervolgens word je er op allerlei manieren op afgerekend. (focusgroep NVvP)*

4.6 Crisismaatregel

In deze paragraaf gaan we in op de implementatie en uitvoerbaarheid van de crisismaatregel in de Wvggz. De focus ligt daarbij geheel op de hoorplicht aangezien hier door respondenten het grootste knelpunt worden ervaren ten aanzien van de crisismaatregel.

4.6.1 Hoorplicht

De hoorplicht is een onderdeel bij de aanvraag van een crisismaatregel. De hoorplicht houdt in dat de burgemeester verplicht naar het verhaal van de betreffende patiënt luistert. De patiënt krijgt hierin de kans om zijn of haar visie te uiten op de verplichte zorg die is aangevraagd. Op basis van dit gesprek en het advies van de psychiater neemt de burgemeester een besluit over het afgeven van de

crisismaatregel. In de meeste gemeenten heeft de burgemeester deze taak uitbesteed. In de interviews en focusgroepen komt veel kritiek op de hoorplicht. De huidige vormgeving van de hoorplicht draagt volgens betrokkenen niet bij aan het versterkten van de rechtspositie van de patiënt.

4.6.1.1 Horen als noodzakelijke stap

Vanuit normatief en juridisch perspectief wordt de hoorplicht als een logische en noodzakelijke stap gezien. De hoorplicht biedt patiënten de gelegenheid om zijn of haar visie op de zorg die is voorgesteld te delen en daarmee mogelijk te veranderen. Respondenten zien het als noodzakelijk om iemand in de situatie voorafgaand aan verplichte zorg de gelegenheid te geven om gehoord te worden en daarmee ook een extra controle op de voorwaarden voor een crisismaatregel plaats te laten vinden. Een pvp zegt:

> *De crisismaatregel is een forse ingreep, dan moet je eigenlijk wel horen. Dat is fundamenteel. (duidingssessie Wvggz)*

4.6.1.2 Huidige vormgeving van de hoorplicht

De huidige procedure van de hoorplicht zoals beschreven in de wet maakt dat alle respondenten kritisch tegenover de hoorplicht staan. In de uitvoering werkt de hoorplicht vertragend in de aanvraag van een crisismaatregel, zorgt het voor verkeerde verwachtingen en onrust bij patiënten, en draagt het niet bij aan het versterken van de rechtspositie van de patiënt. Eén van de grootste knelpunten is de timing van de hoorplicht. De hoorplicht wordt ingezet bij de aanvraag van een crisismaatregel en dat betekent dat de patiënt in crisis is. De procedure dient snel te verlopen en dus krijgt de patiënt in een korte tijd veel te verwerken. Hierdoor zetten respondenten vraagtekens bij de toegevoegde waarde zoals een medewerker van de GGD verwoord:

> *De intentie is goed maar de timing is verkeerd. Iemand is in crisis, verblijft soms zelfs in de separeer, en dan komt een afgezant van de burgemeester je vragen wat je ervan vindt. Verkeerde tijd, verkeerde plaats! (focusgroep gemeenten)*

Ook patiënten geven aan dat de hoorplicht vaak verwarrend is en dat het leidt tot alleen maar meer onrust en verwardheid.

> *Ik werd van straat geplukt en meegenomen naar een instelling. Ik was erg in de war en toen kreeg ik opeens iemand van de gemeente aan de lijn: 'Of ik het eens was met mijn opname'. Ik wist niet wie er aan de andere kant van de lijn zat en werd hier alleen maar onrustiger van. Ik wilde op dat moment gewoon niets. (interview patiënt)*

Zorgverleners geven aan dat, naast de belasting van de patiënt, de hoorplicht ook resulteert in een vertraging van het proces doordat het lang duurt voor het besluit er is.

> *De hoorplicht van de burgemeester is een mooie gedachte maar is in de procedure ingewikkeld omdat het te lang duurt voor het besluit er is. Dus de vraag is wat het toevoegt. (focusgroep NVvP)*

Bovendien roept de hoorplicht verkeerde verwachtingen op. Patiënten denken vaak dat ze de burgemeester zelf te spreken krijgen en dat ze hun verplichte zorg kunnen tegenhouden. In de praktijk worden deze verwachtingen doorgaans niet waargemaakt. Patiënten krijgen bijvoorbeeld een lagere ambtenaar of zelfs een student te spreken, of zijn niet in staat de verplichte zorg af te wenden. Dit roept teleurstelling, vertraging, verwarring en soms zelfs agressie op. Daarbij is het voor patiënten vaak onduidelijk dat ze überhaupt gehoord worden. Ze ontvangen in de aanvraag van een crisismaatregel meerdere telefoontjes van verschillende mensen die ongeveer hetzelfde vragen. De patiënt weet op dat moment vaak niet wie ze spreken en met welk doel. Een jurist van een GG-instelling geeft aan:

> *In de uitvoering is de hoorplicht niet logisch. Als iemand in crisis is wordt hij/zij gesproken door een psychiater van de crisisdienst en veel anderen. Daarna wordt de client dan nog eens gebeld in het kader van de hoorplicht. Daarbij is de kans dat je dit gesprek op de juiste manier kan voeren heel klein. In een aantal gevallen heeft het zelfs een averechts effect. (duo interview)*

Soms nemen patiënten een beslissing bij het horen, en geven bijvoorbeeld aan dat zij afzien van het betrekken van de pvp of advocaat, terwijl zij in een later stadium wel erkennen dat dit belangrijk was geweest.

Vanuit het perspectief van naasten wordt aangegeven dat zij nauwelijks een rol spelen in de hoorplicht. Zij zien een mogelijke rol als vertegenwoordiger van de patiënt die op dat moment in crisis is. Er zou eerder een gesprek plaats moeten vinden waarbij de patiënt bijvoorbeeld kan bespreken wie bij de aanvraag van een crisismaatregel zijn of haar woordvoerder kan zijn. Een patiënt kan dit mogelijk ook opnemen in de zorgkaart.

4.6.1.3 De rol van de burgemeester

In enkele gevallen werkt de hoorplicht volgens de respondenten goed en voegt het iets toe aan het proces. Genoemd wordt dat het vooral van waarde is dat de burgemeester beter zicht krijgt op de zienswijze van de patiënt. Wel zijn respondenten kritisch over de rol van de burgemeester in de aanvraag van de crisismaatregel. In bijna alle gevallen neemt de burgemeester het advies van de psychiater over en lijkt de hoorplicht hier geen invloed op te hebben.

> *Je geeft de burgemeester een magistrale taak terwijl de burgemeester overlast moet tegengaan. Die heeft dus deels hetzelfde belang als de aanvrager. (duidingssessie Wvggz)*

Ook worden er vraagtekens gezet bij het feit dat de burgemeester het besluit van de psychiater zou kunnen overrulen. Men vraagt zich af of dit wenselijk is en of de burgemeester hierover een goed

besluit kan nemen. De uitvoering van de hoorplicht verloopt in de praktijk zeer divers. Veel burgemeesters besteden bijvoorbeeld de hoorplicht uit, er zijn maar weinig burgemeesters die dit zelf doen. Daarbij wordt gezien dat de hoorplicht veelal telefonisch wordt uitgevoerd in plaats van fysiek. Met name tijdens de coronapandemie was dit het geval.

4.6.1.4 Hoorplicht afschaffen?

Enkele respondenten geven aan dat de hoorplicht beter geschrapt kan worden. Er zijn te veel nadelen en bovendien is er geen sprake van een versterking van de rechtspositie van de patiënt. Andere respondenten pleiten ervoor om de hoorplicht in te zetten als evaluatiemiddel. Bijvoorbeeld om het gesprek een dag later of aan einde van de crisismaatregel te laten plaatsvinden op het moment dat de patiënt wat rustiger is. Dit wordt als minder belastend voor de patiënt ervaren en kan bijdragen aan het leerproces. Een psychiater geeft aan:

> *Het horen vertraagt de spoedprocedure en het door de wet voorgeschreven moment is ook niet het beste moment om de betrokkene te horen; te overwegen is de betrokkene een dag later te horen, om hem of haar de mogelijkheid te geven op het gebeurde te reageren, een soort evaluatie dus. (duidingssessie juridische partijen)*

Een aantal respondenten zijn echter kritisch over de suggestie om de hoorplicht op een later moment in te zetten. Er moet goed gekeken worden wat de hoorplicht dan nog betekent, omdat deze niet meer als input gebruikt kan worden bij de beslissing van de burgemeester. Bovendien zijn in een latere fase van het traject al andere instrumenten opgenomen om de stem van de patiënt mee te nemen. Een alternatief dat genoemd wordt door de pvp is de hoorplicht als optie aan te bieden in plaats van het verplicht uit te voeren.

> *Je moet voorzichtig zijn met het schrappen van de hoorplicht; te overwegen is deze als mogelijkheid te behouden voor diegenen die er wel prijs op stellen (het principe blijft dan in de wet gehandhaafd). Patiënten krijgen dan de keuze voorgelegd. (duidingssessie juridische partijen)*

4.7 Samenwerking

Deze paragraaf richt zich op de samenwerking rondom de uitvoering van de Wvggz. Eerst zal ingegaan worden op de ervaringen over de samenwerking met familie en directe naasten, daarna komt de bredere ketensamenwerking en gegevensdeling aan bod, en als laatste wordt ingegaan op het wederkerigheidsprincipe.

4.7.1 Samenwerking met familie en directe naasten

In de Wvggz is geregeld dat familie en naasten zo veel mogelijk betrokken worden in het proces van verplichte zorg, van de voorbereiding tot aan de beëindiging. Wanneer familie of naasten zich zorgen maken om iemand kunnen zij een melding doen bij de zorgaanbieder of gemeente, en in het laatste geval zal mogelijk een verkennend onderzoek worden gestart. Aan de hand hiervan wordt beslist of ze

de officier van justitie verzoeken om bij de rechter een zorgmachtiging aan te vragen. Ook kunnen naasten helpen in het opstellen van bijvoorbeeld een eigen plan van aanpak.

Door respondenten wordt het meer betrekken van familie en naasten als een goed uitgangspunt gezien van de Wvggz. Men is dan ook blij dat er een grote nadruk ligt om het betrekken van naasten in de wet. In de praktijk wordt echter weinig verbetering ervaren in de samenwerking met naasten in vergelijking met de Bopz. Zoals de volgende respondent aangeeft:

> *Eigenlijk zie ik sinds de invoering van de Wvggz geen verschil in het betrekken van naasten vergeleken met de Bopz. (interview klachtencommissie)*

Vanuit het perspectief van naasten komt ook naar voren dat zij zich niet meer betrokken voelen sinds de invoering van de Wvggz. Veelal worden naasten via de patiënt benaderd in plaats van rechtstreeks door de zorgverlener. Naasten geven vooral aan betrokken te worden als het al te laat is terwijl zij preventief ook een belangrijke rol zien weggelegd.

> *We lopen steeds achter de feiten aan, je voelt je zo machteloos en zo weinig gehoord. (interview naastbetrokkene)*

Een aantal respondenten geeft echter aan dat er wel degelijk verbeteringen zitten in de wet maar dat dit niet altijd zichtbaar is in de praktijk. Een vertegenwoordiger van Ypsilon zegt:

> *Rondom familie en naasten is er zeker een hoop verbeterd, maar er zullen ook zeker naasten verrast zijn als je zegt dat het is verbeterd omdat dat in de praktijk niet zichtbaar is. (focusgroep cliënten- en familievertegenwoordigers)*

Door leden van de klachtencommissie wordt aangegeven dat ze niet vaak zien dat naasten worden betrokken. Wel heeft één van hen naar aanleiding van de inzage in rapportages het idee dat naasten steeds vaker bij het zorgafstemming gesprek (ZAG) aanwezig zijn. Ook vanuit de LSFVP wordt dit gezien.

> *Naasten wordt beter betrokken bij zorgafstemming gesprekken. In de nazorg wordt er echter te weinig gedaan. (focusgroep cliënten- en familievertegenwoordigers)*

Bij bepaalde stappen in het proces lijken naasten meer betrokken te worden dan in andere stappen. Vanuit het perspectief van Ypsilon wordt aangegeven dat er in de aanvraag van verplichte zorg wel meer aandacht is voor de rol van familie en naasten, in tegenstelling tot het verdere proces.

> *Ik heb de indruk dat sinds de invoering van de wet verplichte ggz, dat naasten daar [in de aanvraagprocedure] inderdaad een grotere rol hebben gekregen. In het stuk van de aanvraag van verplichte zorg is in het traject meer bereikt dan in het verleden. Maar in het traject daarna wordt de naasten weer vergeten. (focusgroep cliënten- en familievertegenwoordigers)*

Naasten voelen zich niet altijd goed gehoord door zorgverleners. In tekstbox 1 vertelt een vrouw over haar ervaring met de Wvggz als vertegenwoordiger van een familielid. Deze weergave illustreert hoe zij zich niet goed betrokken voelde als naaste maar met behulp van de pvp meer serieus werd genomen door zorgverleners.

Tekstbox 1 Het verhaal van een naaste

Wat het lastig maakte was dat ik eigenlijk de stem moest zijn van mijn familielid omdat hij niet voor zichzelf kan opkomen. Om die reden ben ik dan ook al jaren zijn vertegenwoordiger. Maar het is lastig als je zelf niet overal bij bent of mag zijn, en er geen gehoor is naar mijn idee. Ik las ergens dat deze nieuwe wet was bedoeld om patiënten meer ruimte te geven. Misschien werkt het voor mensen die ook echt inspraak kunnen geven, maar ik vraag me af hoe het moet voor een persoon zoals mijn familielid.

Hoewel ik denk dat de meeste zorgverleners het beste met iemand voor hebben, waren er enkele behandelaars die gewoon echt niet luisterden. Het is niet zo dat ze niet welwillend waren, maar je kon wel merken dat ze niet gewend waren dat er familieleden op deze wijze inspraak vroegen of wilden meehelpen of meedenken. De slechte communicatie met naasten en familie is volgens mij niet specifiek voor de verplichte zorg, maar een breder probleem in de GGZ.

Een voorbeeld is dat mijn familielid niet wilde eten tijdens zijn verblijf in een separeercel. Ik gaf aan dat dit mogelijk zou kunnen komen doordat hij gewend is om aan tafel te eten. De zorgverlener wilde niet naar mij luisteren maar met behulp van de pvp en een begeleider werd een tafel geregeld. Hierdoor ging hij weer eten. Ook toen mijn familielid op een gegeven moment in de separeer aangaf dat hij graag in de woonkamer TV wilde kijken, heeft de pvp mij geholpen om dit voor elkaar te krijgen.

Volgens de LSFVP is het horen van naasten belangrijk voor het onderlinge begrip. Naasten geven verder aan dat ze onvoldoende begeleid worden in het proces van verplichte zorg. Ze weten vaak niet bij wie ze moeten zijn. Vanuit het perspectief van de LSFVP wordt dan ook gepleit voor een aanspreekpunt voor familie en naasten.

> *We missen dat de familie en naasten hun aanspreekpunt kwijt zijn. Ze trekken niet voor niets aan de bel maar ze worden van het kastje naar de muur gestuurd tijdens het proces. We zouden graag een aanspreekpunt willen voor naasten tijdens het proces. (focusgroep cliënten- en familievertegenwoordigers)*

Een ander punt betreft het informeren van naasten. Naasten geven aan op dit moment niet tot nauwelijks geïnformeerd te worden. De LSFVP ziet dat het voornamelijk mis lijkt te gaan bij het betrekken van familie bij de tijdelijke onderbreking en het beëindigen van verplichte zorg. Zij worden hier niet over geïnformeerd. Zorgverleners geven aan dat het informeren van naasten te maken heeft met het beroepsgeheim. Psychiaters benoemen dat ze graag familie en naasten betrekken en meenemen in hun afwegingen, maar dat het door het beroepsgeheim ingewikkelde dilemma's kan

opleveren. Patiënten hebben vanuit de wet het recht om aan te geven dat ze niet willen dat bepaalde familie en naasten informatie krijgt. Behandelaars zijn daarin afhankelijk van de toestemming van de patiënt. Patiënten onderschrijven dat ze soms bewust familie of naasten op afstand te houden zoals aangegeven in onderstaande verhaal van een patiënt:

> *Ik kan goed overweg met mijn familie maar niet als het om psychische dingen gaat. Mijn ouders zouden graag meer betrokken zijn bij de behandeling, maar ik denk dat dit meer schade kan toebrengen en ik hou dit af. De frustratie met de GGZ is voor mij een reden om mijn familie niet te betrekken. Een andere reden om mijn ouders niet te betrekken is dat ik denk dat mijn ouders ook hun eigen plan zouden trekken. Onlangs heb ik mijn ouders wel betrokken in een mailwisseling over wijzigingen in medicatie. Dit deed ik omdat ik mij niet serieus genomen voelde door de GGZ en hoopte dat ik dan serieuzer genomen zou worden. (interview patiënt)*

Tekstbox 2 Een ervaring van een naaste

Op een gegeven moment werd ik gebeld door de advocaat. Die advocaat legde mij uit hoe alles zat met de maatregelen en hoe het verder zou gaan. De advocaat was degene die mij attendeerde op het bestaan van de pvp. Dankzij deze hulptroepen is het proces minder pijnlijk geweest. De advocaat en pvp hebben er veel tijd en energie in gestoken; meer dan dat ze hoorden te doen. Ik denk dat dit ook te maken had met de overgang van de wet, waarbij niemand precies wist hoe het zat, ook de zorgverleners niet.

De eerste pvp waar ik mee te maken had hielp heel goed. Toen die ziek was kreeg ik een andere pvp en die zei dat die mij niet kon helpen, omdat ze officieel alleen de patiënt mogen helpen, en geen naasten. Deze pvp heeft ook nauwelijks geholpen. Ik hoorde later dat de twee pvp-en een meningsverschil hadden over of ze mij wel of niet konden helpen. Veel dingen zouden beter en eerder aangeboden moeten worden aan naasten. Dit geldt ook voor het informeren over het bestaan van de familievertrouwenspersoon, want zelf wist ik pas na een paar maanden dat er zoiets bestond.

Bovendien geven geneesheer-directeuren aan dat er ook een probleem ligt bij het überhaupt beschikbaar zijn van contactgegevens.

> *Soms is het moeilijk om te achterhalen wie de naasten en familie zijn in de praktijk of om ze te bereiken, bijvoorbeeld bij een crisismaatregel in de nacht. Daarbij is de familie of naaste niet altijd de grootste vriend van de patiënt. (focusgroep NVvP)*

MIND merkt op dat betrokkenheid van familie of naasten heel belangrijk maar wel moeilijk is. Zij doen de suggestie om mogelijk te streven naar meer duurzame toestemming van de patiënt. Het gaat volgens een deel van de respondenten ook niet altijd om zorginhoudelijke informatie die met naasten gedeeld moet worden. Het kan ook gaan om meer procedurele aspecten. Ook vanuit het perspectief van de politie wordt dit punt aangedragen.

De wijkagent wil graag buren voorbereiden op terugkomst, dat mag nu niet. Dit leidt tot telefoontjes naar de politie: hij is weer thuis, hadden we niet voorbereid kunnen worden? (focusgroep juridische partijen)

Een ander punt betreft de ondersteuning van naasten. Een van de dingen waar naasten recht op hebben is op de steun en het advies van een familievertrouwenspersoon (fvp). Veelal weten naasten niet van het bestaan van de fvp, of komen ze hier pas laat achter. Tekstbox 2 illustreert een ervaring van een naaste. Deze naaste komt pas laat achter het bestaan van de pvp, en dit zorgt tegelijkertijd voor verwarring omdat de pvp er voor patiënten is in plaats van voor naasten. Wel kan een naaste veel steun halen uit een vertrouwenspersoon. Vanuit het perspectief van de fvp komt naar voren dat de mogelijke capaciteit waarop gerekend was nog niet volledig wordt benut. Dit ligt volgens respondenten ook in het feit dat ze naasten via de patiënt moeten benaderen in plaats van dat ze rechtstreeks contact kunnen leggen. Volgens de LSFVP kunnen ze samen met de pvp nog meer betekenen in de rechtsbescherming van de patiënt.

4.7.2 Ketensamenwerking en gegevensdeling

De uitvoering van de Wvggz vraagt om samenwerking en gegevensdeling tussen verschillende ketenpartners. Een aantal respondenten zegt dat er meer samenwerking zou moeten zijn maar dat dit nog moeizaam verloopt. Daarbij zien respondenten ook niet altijd het nut van verplichte overlegmomenten, zoals bij het beëindigen van een opname waar overleg moet plaatsvinden tussen de OvJ en een geneesheer-directeur. Het lastige is echter dat dit volgens respondenten een soort schijnveiligheid wekt en niet effectief is. De rol van het OM is door het gebrek aan kaders en medische kennis lastig te vervullen. Een Officier van Justitie (OvJ) geeft aan:

Je kunt wel overleggen of je vindt dat verplichte zorg moet voortduren maar er zitten geen handvatten aan. Je kunt hooguit zeggen 'moet je dit wel doen?' maar het blijft een medische beoordeling. De rol van het OM wordt overschat. (duidingssessie juridische partijen)

Een ander deel van de respondenten ziet een verbetering in de samenwerking tussen ketenpartners. De wet verplicht de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners. Wel vraagt dit om de juiste personele randvoorwaarden om dit nog verder te verbeteren gezien de extra belasting en handelingen voor bepaalde partners. Zo geeft een OvJ aan:

Er is veel samenwerking tussen de GGZ onderling, en met het OM en ketenpartners, en dit levert meer maatwerk op. Ik zie hier reeds een beweging in maar het zou nog wel beter kunnen als je de randvoorwaarden hebt. (duidingssessie juridische partijen)

Positief zijn respondenten over de regio-overleggen die worden georganiseerd. Het stimuleert samenwerking en overleg tussen verschillende ketenpartners.

De regio-overleggen zijn positief doordat je met ketenpartners, het OM en andere partijen steeds meer op de hoogte raakt van elkaars (on)mogelijkheden. De

samenwerking is toegenomen en geeft ook een soort binding, we zitten in hetzelfde schuitje en worstelen allemaal. Ik hoop dat de rechters ook aan tafel komen zitten. We spreken elkaars taal gewoon niet en door deze overleggen komen we nader tot elkaar. (focusgroep NVvP)

Naar voren komt dat er geen regio-overleggen zijn voor de Wzd waardoor deze problematiek ook vaak in het Wvggz regio-overleg besproken wordt. Respondenten vanuit de Wvggz raden het regio-overleg dan ook aan voor de Wzd ketenpartners.

In een gemeente waar geregeld overleg tussen zorgpartners en politie plaatsvindt, over casuïstiek waarbij de partijen niet op een lijn zitten, ervaren betrokkenen dat dit bijdraagt aan een goede samenwerking en een gezamenlijke kijk. Een probleem wordt ervaren bij de informatie uitwisseling tussen verschillende actoren. De grondslagen voor gegevensdeling ziet men als een goed aspect van de Wvggz. Echter zien respondenten dat deze uitwisseling door de praktijk vaak niet benut wordt of benut kan worden. De praktijk heeft haast en de informatie laat lang op zich wachten. Informatie is vaak niet bij het OM beschikbaar, moeilijk te verkrijgen en afhankelijk van andere ketenpartners zoals politie. Het OM merkt op dat het uren duurt om alles op orde te maken en te anonimiseren. Informatie is niet met één klik uit een systeem te halen en vraagt om meerdere handelingen. De psychiater heeft vaak niet de tijd om te wachten tot de informatie verkregen is. Volgens een aantal respondenten is er een andere reden dat er sprake is van terughoudendheid om gegevens te delen. Zoals de politie aangeeft:

Er is verlegenheid bij alle verschillende partners en men weet soms niet wat ze wel of niet tegen elkaar kunnen zeggen. (focusgroep gemeenten)

Daarbij komt naar voren dat de psychiater de verkregen informatie alleen voor de medische verklaring gebruikt, relevante stukken gaan niet standaard naar de zorgverantwoordelijke. Het is maar de vraag of de psychiater het belangrijk acht om dit te delen met de zorgverantwoordelijke. Dit bemoeilijkt het waarborgen van veiligheid van de samenleving volgens een OvJ.

Als iemand bijvoorbeeld een zedendelinquent is zou het heel logisch zijn als deze informatie ook bij de zorgverantwoordelijke terecht komt. (focusgroep juridische partijen)

Er is geen wettelijke grondslag voor de geneesheer-directeur om deze informatie te delen met de zorgverantwoordelijke. Vanuit het perspectief van de klachtencommissie wordt aangegeven:

In het kader van een CM respectievelijk voorzetting van een CM moet het mogelijk zijn dat de politie direct de politiemutaties mag verstrekken aan de psychiater en het OM alle gegevens (historische en politie/strafrechtelijke/ justitiële gegevens) aan de rechter. Voor dat laatste ontbreekt een specifieke grondslag in de wet (art. 7:7 Wvggz), maar het gebeurt in de praktijk wel. Voorts is de gegevensdeling tussen de forensische zorg en de GGZ een probleem, want die is niet geregeld en leidt tot problemen. Ten slotte wordt het delen van gegevens binnen de GGZ zelf belemmerd. Het OM levert gegevens aan de

GD, maar die heeft vervolgens geen grondslag voor informatiedeling met de zorgverantwoordelijke. (interview klachtencommissie)

Daarbij ligt een groot probleem volgens respondenten in de afhankelijkheid van verschillende partijen bij de termijnen die gesteld worden in de wet en waaraan voldaan dient te worden in de aanvraag van een maatregel. Een OvJ zegt:

De rode draad lijkt dat als ergens een kink in de kabel zit, bijvoorbeeld als iemand een keer ziek is of een formulier niet goed ingevuld heeft, je de procedure en de termijn niet haalt. (focusgroep juridische partijen).

Het OM is afhankelijk van andere actoren om stukken op tijd bij de rechtbank te krijgen. Termijnoverschrijding leidt dan tot schadevergoedingszaken tegen het OM, terwijl die aan die overschrijdingen vaak niet veel kunnen doen. Het OM probeert te sturen op het halen van de termijnen maar heeft hier echter geen dwangmiddel in. Zodra het OM een GD aanwijst moet de GD de patiënt informeren en vanaf dan gaat de vier weken termijn lopen. Het OM weet echter niet wanneer de patiënt is geïnformeerd en wanneer de termijn is gestart. Daarbij kunnen ze de GD ook niet iedere week bellen. Een rechter benoemt:

Het is een complexe keten en als er ook nog een tekort is aan psychiaters zie je een opstopping. (focusgroep juridische partijen)

De tweede reparatiewet lost een aantal termijnvraagstukken op, dit geeft lucht aan het OM en psychiaters. Het termijnprobleem waar men nu het meest last van heeft, namelijk de vier weken termijn (genoemd in art. 5:16 lid 1), is echter niet opgelost. De GGZ heeft in het begin reeds aangegeven dat de vier weken termijn niet haalbaar is. Respondenten zijn van mening dat het noodzakelijk is om dan ook samen met de GGZ te kijken wat er voor hen nodig is en hoe hier het beste mee omgegaan kan worden.

4.7.3 Aanwezigheid OvJ bij zittingen

De OvJ geeft aan niet bij alle zittingen aanwezig te kunnen zijn omdat het OM daar geen capaciteit voor heeft. Bovendien geeft het OM aan dat aanwezigheid OvJ vaak ook geen toegevoegde waarde heeft. Dit wordt door andere respondenten beaamd. Aanwezigheid van de OvJ ligt wel voor de hand bij afgifte van een ZM voor een patiënt die een strafbaar feit heeft gepleegd. De pvp wijst erop dat de GGZ wilde dat de OvJ wel tijdens de zitting aanwezig zou zijn. Vanuit de rechterlijke macht wordt aangegeven dat men het prettig vindt om tijdens de zitting de OvJ te kunnen bellen voor aanvulling van het verzoekschrift.

4.7.4 Wederkerigheidsprincipe

Een doelstelling van de Wvggz is het wederkerigheidsprincipe met een aantal positief geformuleerde verplichtingen vanuit de wet. Respondenten zijn van mening dat dit op papier een mooie gedachte is,

maar dat de uitvoering van het wederkerigheidsprincipe nog niet goed van de grond lijkt te komen in de praktijk. Hieronder een ervaring van een adviseur van een gemeente:

> *In onze regio loopt het [wederkerigheidsprincipe] nog niet soepel. Wel is er afgesproken dat we aan het wederkerigheidsprincipe moeten voldoen maar in de praktijk gebeurt dat toch nog niet zo vaak. (focusgroep gemeenten)*

Er lijkt onduidelijkheid te bestaan over wie waarvoor verantwoordelijk is. Een adviseur van een gemeente geeft aan dat er ruimte is om de communicatie tussen de gemeente en zorginstellingen te versterken.

> *Bij de start van een opname moet een lijntje worden gelegd naar het toegangsteam maar in praktijk gebeurt het nog niet zo vaak. Medewerkers in de kliniek vinden het niet hun taak. Ze verwachten dit meer van het ambulante team van een patiënt. Nu wordt de overgang naar de WMO altijd last-minute geregeld, bijvoorbeeld als iemand bij wijze van spreken morgen ontslagen wordt. De komende tijd gaan we investeren om het beter te maken en te focussen op mensen die vaker worden opgenomen, de 'draaideur' mensen. Er valt nog veel winst te behalen, de communicatie tussen GGZ en sociale wijkteams kan beter. Nu zijn het nog wel gescheiden werelden, helaas. (focusgroep gemeenten)*

Een adviseur van een andere gemeente sluit zich hierbij aan en zegt:

> *Het vraagt om samenwerking tussen de gemeente en GGZ-instellingen zodat we de overgang van de kliniek naar de WMO zo goed mogelijk kunnen regelen. (focusgroep gemeenten)*

Op dit moment wordt het contact vaak last minute opgestart. Daarbij wordt aangegeven dat het wederkerigheidsprincipe soms verkeerde verwachtingen oproept en bijvoorbeeld niet betekent dat iemand voorrang krijgt op de woningmarkt. Deelnemers vanuit de focusgroep met juridische partijen geven aan dat er in de praktijk niet genoeg geld vrij lijkt te zijn gemaakt en het ontbreekt aan mankracht om het wederkerigheidsprincipe goed uit te voeren.

4.8 Klachtrecht

Het klachtrecht is in de wet een belangrijke pijler van de rechtspositie van de patiënt. Het doel van het klachtrecht is laagdrempelig gehoor te bieden aan de patiënt en het gevoel van onrecht te laten beoordelen door een onafhankelijke commissie. Dat zou bovendien een bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbetering van de zorg. De implementatie van het klachtrecht is nog in ontwikkeling. Bij de invoering van de Wvggz, begin 2020, werd er weinig gebruik gemaakt van het klachtrecht maar inmiddels is het volgens een aantal respondenten aanzienlijk drukker is geworden.

> *Het lijkt erop dat patiënten nu pas door hebben waar ze allemaal over kunnen klagen (interview klachtencommissie)*

Wat betreft de meest voorkomende klachtgronden ziet men geen grote verschillen vergeleken met de situatie onder de wet Bopz. Nog steeds zijn medicatie en opname de punten waarover de meeste klachten worden ingediend. Het laatste jaar ziet men echter een toename in het aantal onderwerpen waarover geklaagd wordt, en over het algemeen zijn de klachten uitgebreider. Klachtencommissies geven aan dat de hoeveelheid werk is toegenomen en dat grens van wat haalbaar is langzaam bereikt wordt.

Met betrekking tot de uitvoerbaarheid van het klachtrecht wordt een aantal knelpunten ervaren. Respondenten brengen naar voren dat het klachtrecht ingewikkeld is voor zowel patiënten als psychiaters, geven aan dat de rol van de pvp nog niet optimaal is, vragen zich af of het klachtrecht daadwerkelijk zorgt voor een betere rechtspositie van patiënten, stellen vragen bij het aantal klachtgronden, en hebben behoefte aan meer eenduidigheid op het punt van schadevergoedingen. Deze punten worden hieronder verder uitgewerkt.

4.8.1 Ingewikkeldheid van het klachtrecht

Respondenten geven aan dat patiënten moeilijker zelfstandig een klacht in kunnen dienen dan voorheen onder de wet Bopz. De procedure is ingewikkelder geworden. Feitelijk is het voor patiënten onmogelijk om alleen een klacht in te dienen.

> *Het zou mooi zijn als het mogelijk is dat een patiënt zonder hulp van de pvp een klacht in zou kunnen dienen. (focusgroep klachtencommissie/pvp)*

Volgens de klachtencommissies heeft de ingewikkeldheid een negatief effect op de toegankelijkheid van het klachtrecht en daarmee op de beoogde doelen.

> *De doelen worden niet behaald. Het is voor advocaten al lastig laat staan voor een patiënt. (focusgroep klachtencommissie/pvp)*

De complexiteit van indienen van een klacht blijkt ook uit verhalen van patiënten. Ze zeggen niet te weten waar ze een klacht in kunnen dienen en hoe ze dit aan moeten pakken.

> *Toen ik een zorgmachtiging had heb ik een keer een klacht in willen dienen. Ik heb toen een email gestuurd naar de klachtencommissie en ik kreeg toen een mail terug met daarin vermeld hoeveel dit zou kosten en toen heb ik het maar laten zitten. Later hoorde ik dat het gratis zou zijn dus waarschijnlijk heb ik een mail gestuurd naar een verkeerde commissie. (interview patiënt)*

Het indienen van een klacht wordt door patiënten bovendien als lastig ervaren aangezien ze vaak blij zijn als de opname voorbij is en ze hun leven weer kunnen oppakken. Een patiënt geeft aan dan “vaak geen zin meer te hebben in gedoe”. Bovendien vinden sommige patiënten het moeilijk een klacht in te dienen over wat ze in verwarde toestand hebben meegemaakt.

Een verpleegkundige of psychiater kan altijd zeggen dat er iets anders is gebeurd en dat levert vaak pijnlijke situaties op. (interview patiënt)

Volgens patiënten is ook het moment van indienen van een klacht een knelpunt.

Op het moment dat de klacht wordt ingediend is een psychose vaak nog niet ten einde en het lijkt mij beter als een klacht wordt ingediend wanneer je weer helemaal helder bent, zodat beter bepaald kan worden wat klachtwaardig is. Dan zal iemand ook serieuzer genomen worden denk ik. (interview patiënt)

Overigens is het niet alleen ingewikkeld voor patiënten, ook behandelaren geven aan dat ze vaak niet weten hoe de klachtenprocedure werkt en wat ze hadden kunnen doen om een klacht te voorkomen. Behandelaren vragen zich af of de procedure niet eenvoudiger kan. Ook hebben ze de ervaring dat klachten vaak niet over de inhoud gaan maar over *"verkeerd gezette kruisjes"*.

4.8.2 De rol van de pvp

Alle respondenten geven aan dat in het kader van de implementatie van het klachtrecht het contact met de pvp van groot belang is. Daarbij gaat het niet alleen om het indienen van een klacht; het is ook belangrijk dat er iemand is die de patiënt kan ondersteunen en waar nodig het woord kan doen. Zoals ook in andere paragrafen beschreven weet de patiënt vaak niet van het bestaan van de pvp. Patiënten die wel op de hoogte zijn van het bestaan van de pvp denken soms dat het inschakelen van de pvp de behandelrelatie kan schaden. De informatie over de pvp lijkt de patiënt niet te bereiken, de brieven hierover lijken op de grote stapel te belanden. Dit probleem zou verholpen kunnen worden door de pvp automatisch beschikking te geven over de contactgegevens van de patiënt maar hier zitten ook nadelen aan. De pvp zou tijdig in beeld kunnen komen via mondelinge informatieverstrekking.

4.8.3 Rechtspositie van patiënten

Een aantal respondenten vraagt zich af of de huidige procedure daadwerkelijk zorgt voor een betere rechtspositie van patiënten. Dit heeft niet alleen te maken met het klachtrecht, maar ook met andere elementen in de wet, zoals de procedure van verplichte zorg.

Onder de Bopz ging een patiënt in gesprek met een psychiater bij medicatie weigering bij een gedwongen opname. Als een patiënt bleef weigeren, kreeg hij/zij een brief dat men dwangmedicatie ging toepassen en dan kon een patiënt daar een klacht over indienen. Nu wordt een patiënt opgenomen met een ZM en dan wordt er gezegd dat de rechter heeft gezegd dat je opgenomen moet worden en deze vormen van verplichte zorg erbij horen. Vervolgens wordt er 'semi vrijwillig' meegewerkt en komt een patiënt er vaak pas later achter dat hij/zij had mogen klagen. (interview klachtencommissie)

Men heeft de indruk dat dit vooral in situaties rond om ambulante verplichte zorg een rol speelt. Respondenten geven aan dat de indruk gewekt kan worden dat patiënten geen bezwaar meer kunnen maken en het ontmoedigt bovendien om naar de klachtencommissie te gaan.

4.8.4 Klachtgronden

Over het aantal klachtgronden is onder respondenten verschil van mening De veelheid en diversiteit aan klachtgronden zorgt volgens de Nederlandse ggz voor een juridisering van de zorg. Dit resulteert in terughoudendheid onder psychiaters en een zogenoemde “defensieve geneeskunde”. Zij pleiten ervoor het aantal mogelijke klachtgronden terug te brengen. Een rechter merkt op dat het een knelpunt is dat er niet geklaagd kan worden over het oordeel dat de patiënt niet wilsbekwaam is terwijl die beslissing wel verstrekkende gevolgen voor diens rechtspositie heeft. Dit is een omissie in de wet die reparatie behoeft.

4.8.5 Schadevergoeding

De meningen over de mogelijkheid van een schadevergoeding zijn verdeeld. Sommige respondenten zijn hierover positief.

> *Als er echt iets fout is gegaan, dan wordt het niet alleen geconstateerd, maar staat er ook iets tegenover. (focusgroep klachtencommissie)*

GGZ-instellingen gaan vaak mee in de schadevergoeding, het betreft ook geen hoge bedragen. Patiënten waarderen de mogelijkheid tot een schadevergoeding. Er worden echter ook bezwaren geuit. Een geneesheer-directeur geeft aan dat, als gevolg van de mogelijkheid om een schadevergoeding te vragen, er een toename is van klachten, met daaraan direct gekoppeld een verzoek tot schadevergoeding.

> *“De mogelijkheid tot een schadevergoeding lijkt soms wel een verdienmodel te worden. (focusgroep de Nederlandse ggz)*

Vooral de hoogte van de schadevergoeding is onderwerp van discussie. Het is onduidelijk hoeveel schadevergoeding wanneer gegeven wordt. Er dient elke keer afgestemd te worden. Dat versterkt de roep om vaststellen van een vast bedrag op landelijk niveau.

> *Het zou fijn zijn als je weet als iemand een dag verplicht is opgenomen of gesepareerd, dus met name aspecten die inspelen op fysieke integriteit die wordt geschonden, er een vast bedrag aan hangt op landelijk niveau. (focusgroep klachtencommissie/PVP)*

Er wordt geconstateerd dat landelijk de bedragen uiteenlopen en er wordt gepleit voor meer landelijke eenheid. De suggestie wordt ook gedaan om een database te maken waarin op soort klacht kan worden gezocht en hoe de klacht is afgehandeld, vergelijkbaar met jurisprudentie. Andere respondenten geven aan dat een landelijke database ook wel risico’s kent. Er wordt een voorbeeld gegeven van rechtspraak.nl waarop, als je de patiënt kent, toch soms herleidbare informatie staat.

> *Privacy is toch wel lastig ondanks dat het geanonimiseerd is. Door zo’n database komt er weer meer op internet te staan. Als je de casus kent en je weet welke instelling het is*

kan je het vinden. "He dat is mijn buurvrouw." Ik weet niet of het publiceren opweegt tegen het doel. (interview klachtencommissie)

Door de pvp wordt aangegeven dat schadevergoedingen niet altijd goed kunnen worden onderbouwd. De pvp raadt nu vaak aan eerst te wachten op de gegrondheid van de klacht voordat er iets wordt gezegd over de hoogte van de schadevergoeding.

Ook wordt aangegeven dat niet alleen m.b.t. schadevergoeding eenduidigheid wenselijk is maar over de procedure in het algemeen, bijvoorbeeld over hoe gemotiveerd een beslissing van gedwongen zorg moet zijn.

In het verlengde van de discussie over de behoefte aan landelijke kaders voor schadevergoeding wordt door sommigen gepleit voor een organisatie en aansturing van klachtencommissies op landelijk niveau, om hun functioneren op die manier verder te professionaliseren. Hun onafhankelijkheid moet daarbij wel voorop staan.

4.9 Samenloop met de Wzd

Deze paragraaf gaat in op de ervaringen van respondenten over de samenloop van de Wvggz met de Wzd in de praktijk. Aan bod komt de combiproblematiek, overplaatsing tussen het Wvggz en Wzd domein, zorglocaties, rechtsbescherming, verantwoordelijkheid en de kwestie over het wel of niet samenvoegen van de Wvggz en Wzd.

4.9.1 Combiproblematiek

De samenloop van de Wvggz en Wzd wordt met name als problematisch ervaren voor patiënten met combiproblematiek. Dit roept in de praktijk regelmatig de vraag op welke wet in een dergelijke situatie toegepast moet worden. Een rechter geeft aan:

In situaties waarbij je op het snijvlak zit van de Wvggz en de Wzd is het lastig om een keuze te maken welke wet in aanmerking komt. (focusgroep juridische partijen)

Ondanks de uitspraken die zijn gedaan door de Hoge Raad resulteren grensgevallen met regelmaat in vraagstukken. Daarbij wordt genoemd dat de overlap tussen de doelgroepen groot is en dat de huidige wetgeving resulteert in een risico op niet passende zorg.

De overlap tussen de doelgroepen is behoorlijk groot. De dichotomie van beide wetten is nogal theoretisch en dit leidt tot het risico van niet passende zorg. Mensen vallen tussen wal en schip. Dit roept een expertisevraag op: 'Kunnen we vanuit de GGZ wel voldoende beoordelen of Wzd aan de orde is'? (duidingssessie Wvggz)

Het komt regelmatig voor dat patiënten in een GGZ-instelling geplaatst worden terwijl ze eigenlijk in een Wzd instelling geplaatst hadden moeten worden. Een rechter zegt hierover:

Het is eigenlijk een drama, de praktijk van de dubbele problematiek. Patiënten komen vaak in de GGZ terecht, terwijl ze in een Wzd-instelling thuishoren. Mensen met een verstandelijke beperking komen dan tijdelijk in GGZ-instelling terecht en gedurende die tijd verloopt de RM. (duidingssessie juridische partijen)

Een psychiater geeft aan dat het ook andersom voorkomt:

Er wordt ook de tegengestelde beweging waargenomen. Mensen komen niet in een Wvggz-instelling terecht, terwijl ze daar wel (tijdelijk) thuishoren. (duidingssessie juridische partijen)

Door een deel van de respondenten wordt gesproken over de optie van een zogenaamde 'switch machtiging' waarmee je voorwaarden en omstandigheden kan omschrijven waaronder de ene dan wel de andere wet van toepassing is. Dit zou aan de behoefte aan meer flexibiliteit tegemoet kunnen komen. Een OvJ zegt:

Een patiënt laat zich niet gemakkelijk in een vakje duwen. Er moet iets met machtigingen gebeuren om meer flexibiliteit te kunnen bieden. Bovendien speelt het probleem van verschillende definities, verantwoordelijkheden en termijnen in beide wetten. (duidingssessie juridische partijen)

Respondenten zien ook nieuwe vraagstukken zodra er meer flexibiliteit wordt gecreëerd, bijvoorbeeld of de OvJ of het CIZ de verzoeker wordt.

4.9.2 Overplaatsing tussen het Wvggz en Wzd domein

De meeste respondenten ervaren knelpunten in het overplaatsen van patiënten tussen de twee sectoren. Een rechter benoemt:

Zelfs als een Wvggz-stoornis voorliggend is, is het lastig een Wzd-patiënt overgeplaatst te krijgen. Dit terwijl je onder de Wzd minder rechtsbescherming hebt. (focusgroep juridische partijen)

De grootste uitdaging ligt volgens een psychiater bij de overgang van de zorgmachtiging Wvggz naar de rechtelijke machtiging Wzd. Ook wordt door een van de respondenten genoemd dat de uitdaging zit in de verschillende titels. Een kernpunt ligt volgens diverse geneesheer-directeuren en psychiaters bij het capaciteitstekort in de Wzd-sector. Het speelt voor zowel de PG als de VG, maar voornamelijk voor de VG wordt het probleem ervaren.

Er is nergens zoveel schaarste als bij AVG artsen. In één provincie kan er soms één rondlopen. Je kan niet vragen om dan 24/7 beschikbaar te zijn. (focusgroep de Nederlandse ggz)

Het tekort maakt dat patiënten soms onterecht in een GGZ-instelling geplaatst worden. Ook wordt aangegeven dat de Wzd-sector eigenlijk te laat gestart is met het treffen van organisatorische voorbereidingen voor het uitvoeren van de nieuwe wet. Men ziet nu pas dat dit op gang komt in deze sector en het vraagt volgens veel respondenten om een procesverbetering. Een jurist binnen een ggz-instelling geeft aan:

> *We zijn sinds het begin vanuit de GGZ al bezig om afspraken te maken met de VG en PG sector. Het is problematisch en er is dan ook een signaal richting inspectie gegaan dat het lastig is. Het is anderhalf jaar te laat dat er nu gesprekken pas gaande zijn. (focusgroep de Nederlandse ggz)*

Volgens een rechter is ook vanuit de ggz-sector niet alles op orde.

> *Een knelpunt is ook dat de Wvggz het verkeer naar de Wzd nog niet goed regelt. (duidingssessie juridische partijen)*

4.9.3 Zorglocaties

De wet kent als doel om patiëntvolgend te zijn, maar respondenten zien dat in de praktijk de locatie bepalend is voor welke wet toegepast wordt. Onderliggend is dat het in de praktijk zeer lastig is om volgens beide wetten te werken. In Nederland zijn er slechts enkele zorglocaties die vanuit beide wetten werken en veel zorginstellingen geven aan slechts één wet toe te passen. Volgens een juriste in een GGZ-instelling werkt het, gezien de verschillende procedures, zeer onoverzichtelijk voor zorgprofessionals en instellingen om beide wetten door elkaar toe te passen.

> *Het is onmogelijk om deze twee regimes samen uit te voeren in een organisatie. Zeker als er ook nog een forensische achtergrond bij zit, gaan we patiënten niet meer over krijgen. (focusgroep de Nederlandse ggz).*

Niet alleen voor zorgprofessionals is het onderscheid lastig, ook voor patiënten en naasten roept het volgens een advocaat onduidelijkheid op.

> *Patiënten snappen niet waarom het de ene keer een RM heet en de andere keer een ZM. (focusgroep juridische partijen)*

De zorginstellingen moeten er zelf voor zorgen dat de wetten op elkaar aansluiten. Met name in crisissituaties loopt men volgens een geneesheer-directeur tegen problemen aan.

> *Het splitsen van de twee wetten heeft in de crisiszorg tot ingewikkeldheid geleid. Er is helaas niets geregeld voor tijdige onvrijwillige zorg in de Wzd. De GGZ is best bereid om buiten kantoortijden crisisbeoordeling te doen. Maar wat vaak misgaat is het opvangen in crisisopvang GGZ zonder dat daar een goede rechtspositie voor is als het de Wzd-kant uitgaat. (duidingssessie Wvggz)*

De respondenten geven aan dat de wet faciliteert dat alles richting de GGZ geduwd blijft worden terwijl juist dat niet de bedoeling zou moeten zijn.

4.9.4 Rechtsbescherming

Een knelpunt dat naar voren wordt gebracht door respondenten betreft het verschil in rechtsbescherming binnen de Wvggz en de Wzd. Bij de Wzd is sprake van een minder goede rechtsbescherming dan bij de Wvggz als het gaat om de vormen van verplichte zorg. Vooral voor mensen die zijn opgenomen in een zorginstelling is dit het geval. Een rechter geeft aan:

> *Er is nu voor gekozen om bij de ene wet alle vormen van verplichte zorg wel langs de rechter te laten gaan en bij de andere wet alleen voor de opname, dat is gek. Mensen laten zich niet in een hokje dwingen. Het is nogal wat waar je iemand plaatst qua rechtsbeschermingspositie! (focusgroep juridische partijen)*

Een andere respondent benoemt dat er een verschil is in de belangenbehartiging:

> *De patiënt vertrouwenspersoon zoals we die onder de Wvggz kennen bestaat niet onder de Wzd, de belangenbehartiging is anders georganiseerd. Je bent nu afhankelijk of een patiënt klaagt maar dat doen ze nooit. (focusgroep juridische partijen)*

4.9.5 Verantwoordelijkheid

De politie geeft aan dat de samenloop van de Wvggz en de Wzd, maar ook andere wetten, in de praktijk kan zorgen voor onduidelijkheid in wie nu verantwoordelijk is.

> *Wat wij vooral merken is dat heel veel wetten samenlopen en vaak samenhang hebben. Er is vaak een combi tussen Wzd, Wvggz, jeugdwet, strafrecht en dan weet niemand meer wie waar verantwoordelijk voor is. Door alle besluiteloosheid, alle wetten die over elkaar heen struikelen en alle partijen die betrokken zijn is het onduidelijk wie er op dat moment de lead heeft. (focusgroep gemeenten)*

Een beleidsadviseur van de GGD geeft aan dat het vanuit de Wzd duidelijk is wie wat moet doen maar dat de VG-sector zich niet goed voorbereid heeft op de uitvoering van de wet.

> *Denk hierbij aan het aanstellen van functionarissen en het regelen crisisbedden. Daarom doen ze het werk niet en maken ze geen afspraken met de GGZ. Ik weet niet of de wet onduidelijk is of dat zij zich niet goed hebben voorbereid. (focusgroep gemeenten)*

Het CIZ noemt dat het bij een crisis duidelijk is wie wat moet doen, maar dat dit niet zo is in andere gevallen.

Bij een RM is het niet duidelijk wie een plek moet regelen. Niemand weet wie er dan in charge is. RM en artikel 21 procedures zijn wel dingen die nog niet geregeld zijn. Maar we moeten daarin wel onderscheid maken. Dat de VG-sector niet goed voorbereid is, is goed te zien bij een crisis. (focusgroep gemeenten)

Een beleidsadviseur vanuit een gemeente noemt in aanvulling een voorbeeld over de onduidelijkheid in de wet.

Neem iemand met een WLZ-indicatie maar die al 2 jaar uit zorg is, dakloos is en vanuit maatschappelijke opvang moet er gedwongen zorg komen. Wie gaat de beoordeling dan doen? Crisis wel geregeld maar zo niet, wie gaat dan de medische verklaring opstellen? Als er geen WLZ-indicatie is komt de GGZ nog wel maar als deze indicatie er wel is, wordt het wel heel lastig. (focusgroep gemeenten)

Kijkend naar de toekomst zou een beleidsadviseur van de GGD graag zien dat over vijf jaar de patiënt echt centraal wordt gesteld en dat er geen snijvlak discussies meer zijn over beide wetten.

Nu zijn we heel veel tijd kwijt in de keten over discussies waarom iemand wel/niet verantwoordelijk is. Terwijl je eigenlijk wil kijken wat heeft een patiënt nodig en als dat gedwongen zorg is dat je daarna kijkt onder welke wet het dan valt. Nu wordt vaak de patiënt uit het oog verloren. (focusgroep gemeenten)

4.9.6 Samenvoegen wetten?

Het weer samenvoegen van de twee wetten wordt door een deel van de respondenten als oplossing gezien van veel problemen die op dit moment spelen rondom de samenloop van de Wvggz en Wzd. Het werken met twee wetten zorgt voor veel complexiteit en onduidelijkheid, en dit zou opgelost kunnen worden door met één wet te werken die zich richt op verplichte zorg. Zoals de politie aangeeft:

Over vijf jaar hoop ik dat de beide wetten weer zijn samengevoegd. Er is nu sprake van juridische verdwazing, voor elk onderwerp worden nieuwe wetten gemaakt en dat leidt alleen maar tot meer verwarring. Over het bieden van verplichte zorg, daar kan je één wet van maken. Het kan simpeler en eenvoudiger worden georganiseerd. Door alles uit elkaar te trekken wordt het alleen maar complexer. Politie heeft altijd met een combinatie van problemen te maken, met financieringsstromen die niet matchen, en daardoor gaan dingen mis. (focusgroep gemeenten)

Ook het CIZ is een voorstander van het samenvoegen van de wetten.

Ik hoop ook dat de wetten over vijf jaar weer zijn samengevoegd. Mag hopen dat over vijf jaar dat het gaat om de patiënt en niet om allerlei randvoorwaarden en allerlei problemen in organisatorische zin en dat je kan focussen waar het om gaat. De patiënt zo goed mogelijke en passende zorg te bieden. (focusgroep gemeenten)

Toch zijn niet alle respondenten het eens met het samenvoegen van de wetten. Zo geven de Nederlandse ggz en de NVvP aan dat ze liever andere oplossingen zien en dat het met name randvoorwaarden zijn en de late opstart van het Wzd-domein die zorgen voor problemen.

4.10 Forensische zorg

Deze paragraaf richt zich op de samenloop van de Wvggz met forensische zorg, waarbij specifiek wordt ingezoomd op hoofdstuk 9 van de Wvggz. Hoofdstuk 9 van de Wvggz gaat over de "Bijzondere bepalingen ten aanzien van personen met een strafrechtelijke titel". Vanuit respondenten komt naar voren dat dit hoofdstuk een groot probleem vormt in de uitvoering van de wet. Het hoofdstuk sluit niet aan bij de rest van de Wvggz en bepaalde passages lijken niet goed doordacht te zijn. Een beroep wordt dan ook gedaan vanuit veel respondenten om dit hoofdstuk te herzien. Hieronder wordt dieper ingegaan op de knelpunten die zich voordoen rondom hoofdstuk 9.

4.10.1 Terminologie en Bopz-denken

Hoofdstuk 9 van de Wvggz is complex en lastig te volgen, en laat veel ruimte voor verschillende interpretaties. Veel respondenten het 'oude Bopz denken' terug in het hoofdstuk. Een jurist binnen een GGZ-instelling geeft aan:

> *Hoofdstuk 9 is fout opgebouwd. Het bevat juridische mankementen en een raar samenspel met oude [Bopz] terminologie, die heel erg complex zijn. Dit hoofdstuk van de wet is totaal niet te volgen. (duo interview)*

Vanuit onder andere het KCT en geneesheer-directeuren wordt aangegeven dat de Bopz-begrippen in dit hoofdstuk zorgen voor verwarring. Zo is de Bopz-terminologie specifiek terug te zien in artikel 9:6 en artikel 9:8. De termen in deze artikelen staan volgens respondenten haaks op het denken dat vanuit de Wvggz wordt gevraagd, en sluiten daarmee niet aan op de termen over dreigend ernstig nadeel en verplichte zorg. Daarbij wordt ook 9:1 lid 1 genoemd, waarbij het gaat om TBS met dwangverpleging. Deze patiënten hebben een gedwongen interne rechtspositie, ze zijn opgenomen in een accommodatie. De overige vormen van verplichte zorg worden door de zorgverantwoordelijken in het zorgplan gezet zonder dat hier een formele toetsing over plaatsvindt door de rechter. Respondenten geven aan dat dit niet aansluit bij het denken vanuit de Wvggz. Verder wordt de zorgkaart, waarin de mogelijkheid om de voorkeuren en wensen vanuit de patiënt naar voren te brengen, losgelaten in hoofdstuk 9.

Ook als het gaat om het ontslag van patiënten merkt een geneesheer- directeur op dat dit hoofdstuk niet aansluit op de Wvggz en dat er nog oud Bopz-denken te zien is.

> *Als het gaat om dwangbehandeling bij tbs-gestelden, zie je nog het oude Bopz-denken. Dit terwijl externe dwang bij tbs-gestelden niet kan, je kan ze sowieso niet ontslaan omdat ze nog een tbs titel hebben. Dit past niet in het totaalplaatje. (focusgroep NVvP)*

4.10.2 Samenloop strafrecht en Wvggz

De complexiteit in hoofdstuk 9 zit volgens respondenten in het feit dat het strafrecht en de Wvvgz samenkomen. Dit maakt dat het lastig is om te bepalen welke principes leidend zijn.

> *Forensische zorg en reguliere zorg mengen zorgt voor veel problemen, je zou het liever scheiden en los van de Wvggz regelen. (duidingssessie Wvggz)*

Het gevolg van de vermenging van het strafrecht en de Wvvgz komt ook naar voren in een voorbeeld van een geneesheer-directeur waarin wordt geschetst dat er verwarring ontstaat over het wel of niet verbinden van consequenties aan het overschrijden van de gestelde voorwaarden. Daarbij pleit de geneesheer-directeur dat voorkomen moet worden dat het civielrecht misbruikt wordt voor het strafrecht.

> *Denk aan patiënten met een strafrechtelijke titel die hebben ingestemd met een vrijwillige opname. Daarmee hebben ze een vrijwillige, interne rechtspositie. Zij hebben meestal een aantal voorwaarden opgelegd gekregen vanuit de strafrechter waarin dan bijvoorbeeld staat 'u moet zich laten opnemen in kliniek x, houden aan de huisregels en de inname van medicatie'. Dan is de vraag, wat als de patiënt deze voorwaarden dan schendt? Betekent dit dan dat deze patiënt het resterende strafdeel moet uitzitten? Of betekent dit dat er door het schenden van de voorwaarden ineens ernstig, dreigend nadeel ontstaat in de kliniek, denk bijvoorbeeld aan iemand die vanuit een psychose iemand aanvalt. Dan levert dit een onveilige situatie op waardoor we iemand moeten insluiten en waarvoor we een crisismaatregel moeten aanvragen. Stel dat het dan niet zo snel gaat met het herstel, dan moet er nog een ZM achteraan. Vervolgens herstelt diegene, blijft de voorwaarden schenden maar dan niet meer vanuit de psychose maar om andere redenen. Dan krijg je een soort schijngevecht met het OM, de rechtercommissaris en de strafrechter want zij zeggen: 'maar hij heeft toch een ZM? Daarom zit hij toch bij jullie?' Terwijl ik denk, nee hij schendt de voorwaarden van de strafrechtelijke maatregel, dus daar moeten consequenties aan verbonden worden en dan moet niet worden teruggevallen op de ZM. [...] Om deze reden heb ik de neiging om zo min mogelijk zorgmachtigingen toe te kennen en alleen crisismaatregelen te hebben bij deze doelgroep. Dit om te voorkomen dat het civielrecht wordt misbruikt voor het strafrecht. Er moeten consequenties aan verbonden worden als deze doelgroep de voorwaarden schendt. (duo interview)*

Aangegeven wordt dat deze redenering door het OM en civiele rechters overgenomen is maar dat dit wel verwarring creëert en vraagt om een andere manier van denken.

4.10.3 Interpretatie en uitvoering

Respondenten brengen naar voren dat hoofdstuk 9 veel ruimte laat voor verschillende interpretaties. Zo ook als het gaat om het toepassen van verplichte zorg.

Een aantal vormen van verplichte zorg mogen worden toegepast, zoals insluiting, maar bij andere vormen heb je weer een aanvullende ZM of CM nodig. Dan heb je verschillende titels en weet niemand meer wat leidend is. (focusgroep NVvP)

Een specifiek artikel in hoofdstuk 9 is 9:9, waarbij het gaat over het ontvangen van bezoek, de beperking in het recht op bewegingsvrijheid en communicatiemiddelen. Respondenten geven aan dat als strikt gekeken wordt naar art. 9:9 lid 2 (over de mogelijkheid in het beperken van de bewegingsvrijheid) het kamerprogramma hier niet onder valt. Als gevolg hiervan moet een zorginstelling iedere keer een maatregel aanvragen voor het toepassen van een kamerprogramma. Ook maakt hoofdstuk 9 het niet mogelijk om een kast- of kamercontrole uit te voeren bij een dwangbehandeling; hiervoor dient ook eerst een ZM of CM aangevraagd te worden. Dit in tegenstelling tot de Bopz. Als reactie hierop geeft een geneesheer-directeur aan dat er in de praktijk geredeneerd wordt vanuit veiligheid, om deze aanvraag te voorkomen.

Wij hebben de vrijheid genomen om dit [art. 9:9] te interpreteren als een vorm van vrijheidsmaatregelen, waarbij het gaat om aspecten zoals het beperken van bewegingsvrijheid en communicatiemiddelen, terwijl het eigenlijk verplichte zorg is. Waarom doen wij dat? Nou, omdat in de forensische psychiatrie mensen toch met enige regelmaat naar hun kamer verwezen worden. Als wij bij die kamerverwijzingen iedere keer een CM moeten aanvragen, dan had iedereen een CM in de forensische psychiatrie, in ieder geval 80%. En dat kan toch nooit de bedoeling van de wet zijn geweest? (duo interview)

Getracht wordt om bij lastige kwesties rond hoofdstuk 9 weer terug te gaan naar de onderliggende principes van de wet. Hierin lijkt een belangrijke rol weggelegd te zijn voor de geneesheer-directeur, die voldoende kennis moet hebben van de wet én de praktijk goed moet kennen. Op deze manier kan de geneesheer-directeur de rechter goed meenemen. Een aantal respondenten vragen zich echter af of iedere geneesheer-directeur dit doet en kan doen, en welke consequenties dit heeft voor de continuïteit in de uitvoering van dit hoofdstuk door geneesheer-directeuren, rechters en het OM. Daarbij bestaat ook het gevaar dat er wordt teruggevallen op oude of andere wetten. Een jurist van een GGZ-instelling licht dit toe:

Wat je zou willen is dat je de omschrijvingen zoals beschreven in de wet aansluiten bij de onderliggende principes van de wet. Dan wordt het logischer en meer uniform in andere regio's in Nederland om ervoor te zorgen dat je de doelstellingen nastreeft. [...] Want dat vind ik soms wel ingewikkeld, dan zie je in jurisprudentie dat er redeneringen uit oude of andere wetten worden gebruikt om uitleg te geven aan onderdelen van de Wvggz. Wat zijn we dan aan het doen als we hebben besloten om de Bopz te splitsen in de regimes van de Wvggz en Wzd en dan vervolgens de Hoge Raad elementen uit de Wzd gaan gebruiken om de Wvggz uit te leggen. Dat komt tot hele rare uitkomsten die ons veel problemen opleveren. Dan zie je dat het nodig is dat een geneesheer-directeur snapt hoe de wet in elkaar zit en goed de praktijk kent en een rechter meeneemt. Ik vraag mij af of dat overal gebeurt en dat leidt tot kromme uitspraken. (duo interview)

4.10.4 Rechtspositie

Het doel van de Wvggz is om patiëntvolgend te zijn. Als het gaat om forensische patiënten, dan is de rechtspositie echter afhankelijk van de instelling waar ze verblijven. Zo wordt door respondenten als voorbeeld genoemd dat in een tbs-kliniek de beginselenwet geldt en hierdoor standaard de kamers 's avonds op slot gaan, terwijl vanuit de Wvggz iedere insluiting apart geregistreerd moet worden. Daarentegen merkt men ook op dat het toepassen van dwangmedicatie weer meer complex is in een tbs-kliniek dan in een kliniek die valt onder de Wvggz.

4.11 Samenvatting

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek naar de implementatie en de uitvoerbaarheid van de Wvggz. Hieronder vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

Complexiteit en administratieve last

Betrokkenen in de praktijk constateren dat de Wvggz een ingewikkelde wet is geworden voor zowel zorgverleners als patiënten. Een belangrijk knelpunt is de informatieplicht naar patiënten. Het aantal brieven is in de Wvggz toegenomen en hierdoor verdwijnen brieven vaak op de grote hoop. Bovendien zijn de brieven geschreven in een taal die niet aansluit bij de ontvanger. Doordat patiënten de brieven niet begrijpen ontstaat er vaak onrust en dit kan leiden tot escalatie en verzet. De Wvggz zorgt voor veel administratieve last door een toename van het aantal formulieren en de informatieplicht. Bovendien benadrukt men dat de nadruk op de juridische afwerking van bepaalde processen zorgt voor frustratie aangezien men dit als zinloos beschouwt. Men geeft aan dat de informatieproducten naar de patiënt teruggebracht moeten worden en het contact met de patiënt weer centraal gesteld moet worden.

Hoorplicht

Ondanks dat de hoorplicht als noodzakelijke stap wordt gezien, ervaart men wel enkele knelpunten. Met name bij de timing van de hoorplicht en de rol van de burgemeesters worden vraagtekens gezet. Het verplicht horen van een patiënt in crisis door de burgemeester creëert onrust en verkeerde verwachtingen. Hierdoor is er geen sprake van een versterking van de rechtspositie. Bovendien werkt dit vertragend in de aanvraag van een crisismaatregel. De meningen van de respondenten zijn echter verdeeld over het schrappen van de hoorplicht in zijn geheel. Een aantal respondenten pleiten ervoor de hoorplicht een meer evaluatief karakter te geven en op een later moment in te zetten. Ook de hoorplicht als optie aanbieden (i.p.v. verplicht) wordt als mogelijkheid genoemd.

Verkennend onderzoek

Familie en naasten kunnen nu een meer vaste route bewandelen om verplichte zorg te starten, maar het is onduidelijk of het op deze manier goed werkt. In het begin is er veel geworsteld met wanneer er überhaupt gestart moest worden met een verkennend onderzoek. Daarnaast wordt het verkennend

onderzoek te weinig gebruikt. Ook kan het vertragend werken en leveren de meeste aanvragen weinig op.

Instrumenten ter versterking van de eigen regie

De betrokkenen zijn positief over het eigen plan van aanpak, de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring omdat ze ervan overtuigd zijn dat het de rechtspositie van de patiënt daadwerkelijk kan verbeteren. In de praktijk worden deze instrumenten echter weinig ingezet en worden twee belangrijke knelpunten ervaren: het moment waarop de instrumenten worden ingezet en de complexiteit van de formats. Er wordt gepleit om de instrumenten te behouden, maar ze wel veel preventiever in te zetten. Wat betreft de complexiteit vinden mensen het belangrijk dat de formats eenvoudiger gemaakt worden en anders vormgegeven worden om op deze manier meer bij de leefwereld van patiënten aan te sluiten. Bovendien dient er goed gekeken te worden wie bij het opstellen kan ondersteunen en hoe deze mensen dan ook goed geïnformeerd worden hierover.

Verplichte ambulante zorg

Als het gaat om de verplichte zorg in de ambulante setting zijn respondenten positief aangezien het passend is bij de doelstelling meer aan te sluiten bij de patiënt en het beperken van dwangopname (een ingrijpende vorm van verplichte zorg). Echter als er sprake is van fysiek verzet wordt geen ambulante verplichte zorg ingezet. Bovendien heeft men twijfels bij ambulante verplichte zorg omdat de woning van de cliënt een veilige plek moet zijn. De pvp pleit voor een casuïstische benadering. Respondenten zijn positief over de mogelijkheid tot assertieve zorg, echter dit kent het nadeel dat de zorgverantwoordelijke in deze situatie vaak geen uitvoering geeft aan art. 8:9. Hierdoor er beperkte rechtsbescherming voor de betreffende patiënt en is onvoldoende transparant wat er in de thuissituatie gebeurt.

Familie en naasten

Ondanks dat de Wvggz de intentie heeft familie en naasten beter te betrekken, voelen zij zich niet altijd gehoord door zorgverleners. Bovendien geven zij aan onvoldoende geïnformeerd te worden. Vaak weten familie en naasten niet van het bestaan van de familievertrouwenspersoon; de oorzaak hiervan ligt mogelijk in het feit dat de fvp de naasten via de patiënt moeten benaderen en geen direct contact kunnen leggen.

Ketensamenwerking

Respondenten zijn positief over de regio-overleggen; dit stimuleert en verbetert de samenwerking. De gegevensdeling is een belangrijk knelpunt. Het is complex om in een korte tijd de juiste gegevens op een goede manier aan te leveren. De afhankelijkheid van verschillende partijen zorgt ervoor dat termijnen vaak overschreden worden, wat leidt tot schadevergoedingszaken tegen het OM.

Klachtrecht

Het klachtrecht wordt als ingewikkeld beschouwd. Het is voor patiënten onmogelijk om alleen een klacht in te dienen. Het contact met de pvp is hierbij van groot belang, maar vaak weet de patiënt niet van het bestaan van de pvp. Klachtencommissies geven aan dat landelijk de schadevergoedingen uiteenlopen en er wordt gepleit voor meer landelijke eenheid. Door enkelen wordt gepleit voor een organisatie en aansturing van klachtencommissies op landelijk niveau, om hun functioneren op die manier verder te professionaliseren. Hun onafhankelijkheid moet daarbij wel voorop staan.

Samenloop Wvggz en Wzd

Patiënten met combiproblematiek worden als problematisch ervaren aangezien het niet duidelijk is welke wet toegepast dient te worden. Door een deel van de respondenten wordt gesproken over de optie voor een zogenaamde 'switch machtiging', waarmee je voorwaarden en omstandigheden kan omschrijven waaronder de ene dan wel de andere wet van toepassing is.

Forensische zorg

Hoofdstuk 9 binnen de Wvggz is complex en lastig te volgen, en laat veel ruimte voor verschillende interpretaties. In dit hoofdstuk wordt tevens veel 'oud Bopz-denken' terug gezien. Omdat strafrecht en civiel recht samenkomen is het vaak lastig te bepalen welke principes leidend zijn. Respondenten benadrukken dat hoofdstuk 9 grondig herzien moet worden.

5

Wet zorg en dwang: juridische analyse

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk heeft betrekking op de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: de Wzd), die te samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) begin 2018 door de Eerste Kamer is aanvaard.[384] Kende de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (de Bopz) in de art. 60-62 al enkele specifieke bepalingen voor deze groepen cliënten, met de Wzd is een omvangrijke wettelijke regeling tot stand gekomen waarin de rechtsbescherming waarop zij bij zorg en opname aanspraak kunnen maken, veel meer is uitgewerkt. Hieronder wordt de wet nader beschouwd. Het doel is inzicht te bieden in het juridisch kader, maar ook analyse in het licht van de discussies die al hebben plaatsgevonden. Belangrijke invalshoeken zijn daarbij juridische validiteit, interne consistentie, samenhang met andere wetgeving, kenbaarheid en toegankelijkheid, rechtszekerheid, proportionaliteit en uitvoerbaarheid.[385] In het kader van (het eerste deel van) deze wetsevaluatie is met name de uitvoerbaarheid van belang. Uiteraard laat deze zich niet louter uit juridisch perspectief beoordelen; waar dit aspect in dit hoofdstuk aan de orde komt zal daarbij voor zover beschikbaar ook gebruik worden gemaakt van de literatuur en andere publicaties (parlementaire stukken, brieven van organisaties e.d.) die iets aangeven over de mogelijkheden en beperkingen die bij implementatie in de praktijk te verwachten zijn.

De beschouwingen beginnen in par. 5.2 met bespreking van een aantal algemene onderwerpen. Na een samenvatting van de voorgeschiedenis wordt de huidige stand van zaken rond de ontwikkeling van de wet geschetst (deze is ondanks twee reparatiewetten immers nog steeds niet 'af'). Vervolgens wordt ingegaan op de doelstellingen en de reikwijdte van de wet, en volgt een overzicht van de inhoud van de Wzd en een typering van het daarin neergelegde (van de Wvggz afwijkende) systeem van rechtsbescherming. De paragraaf sluit af met de vraag hoe de wet zich verhoudt tot de internationale regelgeving.
Par. 5.3 – waar het zwaartepunt ligt van dit hoofdstuk – biedt een bespreking van een aantal

384 Stb. 2018, 36.

385 Zie in dit verband ook de algemene criteria zoals die te vinden zijn in hoofdstuk 2 van de *Aanwijzingen voor de regelgeving*, waarin naast een aantal van de genoemde aspecten bijvoorbeeld ook nog worden genoemd: aansluiten bij zelfregulerend vermogen, handhaafbaarheid, aandacht voor neveneffecten, en bestendigheid van de beoogde regeling

specifieke onderdelen. Het gaat daarbij om onderwerpen die in het licht van de bovengenoemde invalshoeken vragen oproepen en/of waarvoor door het veld of de politiek bijzondere aandacht is gevraagd in het kader van deze evaluatie.[386] Voorbeelden zijn het stappenplan bij onvrijwillige zorg, de toepassing van ambulante onvrijwillige zorg, en de in de wet geregelde opnameprocedures. Daarnaast wordt in deze paragraaf onder meer ingegaan op registratie en gegevensverwerking.
Par. 5.4 betreft de verhouding van de Wzd met andere wettelijke regelingen. Daarbij is uiteraard allereerst te denken aan de algemene gezondheidswetgeving. Voor de praktijk is daarbij met name van belang de samenloop met de wettelijke regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst (de Wgbo). In de rest van de paragraaf wordt kort aandacht besteed aan enkele andere wettelijke regelingen, te weten verhouding met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (de Wkkgz) en met de Jeugdwet. De relatie met de Wvggz respectievelijk de Wet forensische zorg (Wfz) komt afzonderlijk in hoofdstuk 8 respectievelijk hoofdstuk 9 aan de orde.

5.2 De Wzd in het algemeen

5.2.1 Voorgeschiedenis en huidige stand van zaken

De Wzd kent een lange voorgeschiedenis. Het begin daarvan ligt in 1971 bij indiening van het wetsvoorstel Bopz. Men realiseerde zich toen dat ook bij de opneming van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten een zekere vorm van rechtsbescherming nodig is. Dat maakte dat het wetsvoorstel zich niet alleen uitstrekte over psychiatrische ziekenhuizen maar ook over psychogeriatrische verpleeghuizen en inrichtingen voor zwakzinnigenzorg. Om overbelasting van de rechterlijke macht te voorkomen, kwam het kort voordat de wet werd aangenomen nog tot een aanpassing: als de betreffende cliënten niet instemden met opneming maar daartegen ook geen bezwaar maakten, was geen rechterlijke machtiging nodig en kon volstaan worden met een procedure zonder rechterlijke tussenkomst.
Gaandeweg won echter de gedachte veld dat de Bopz in een aantal opzichten niet goed aansloot bij het eigen karakter van de betreffende sectoren (bijvoorbeeld waar het de interne rechtspositie betreft). In de tweede evaluatie van de Bopz werd dan ook met klem de vraag opgeworpen of de wet wel op deze sectoren van toepassing moest blijven.[387] In zijn reactie op de evaluatie onderkende het kabinet dat het op deze deelgebieden niet zozeer om behandeling ging, maar om verpleging, verzorging, begeleiding en bescherming, en werd het voornemen uitgesproken voor deze sectoren tot een passende regeling te komen die meer op de praktijk zou aansluiten en ook in betere rechtsbescherming zou voorzien.
Dit leidde ertoe dat – na de nodige tussenstappen – eind juni 2009 het wetsvoorstel zorg en dwang bij het parlement werd ingediend. Dat voorstel werd na veel reacties, commentaren en discussies in september 2013 door de Tweede Kamer aangenomen, niet nadat er zeven nota's van wijziging en een extra advies van de Raad van State waren verschenen. Vervolgens is de wetstekst lange tijd blijven

386 In het kader van het aanpassingsproces van de Wzd zijn overigens door het veld op uiteenlopende onderdelen nog veel meer specifieke aandachtspunten naar voren gebracht die slechts ten dele in de reparatiewetgeving zijn meegenomen; zie bijvoorbeeld de *Consultatiereactie Actiz en VGN Reparatiewet Wvggz en Wzd* d.d. 3 juli 2020 (29 pgs.).

387 L.A.P. Arends e.a., *Evaluatie Wet Bopz, Deelrapport 3: Interne rechtspositie in de psychogeriatrie en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*, ZonMw, Den Haag 2002.

liggen omdat de Eerste Kamer deze slechts in samenhang met het wetsvoorstel Wvggz in behandeling wilde nemen. Het in 2014 verschenen rapport van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg[388] leidde intussen tot een aantal wetswijzigingen, waardoor de Wzd zoals die in 2018 door de Eerste Kamer is aanvaard op een aantal punten afwijkt van de versie die de Tweede Kamer in 2013 aannam.[389] Nog voordat de Wzd begin 2018 tot stand kwam liet de minister van VWS weten dat de wet binnen afzienbare tijd ten aanzien van enkele aspecten zou worden aangepast. Het voorstel voor de betreffende Aanpassingswet (die onder meer de functie van Wzd-functionaris introduceerde) verscheen in het najaar van 2018[390] en werd in juli 2019 door beide kamers aanvaard.

Tezelfdertijd kwam ook de eerste uitvoeringsregeling van de Wzd tot stand. Het Besluit zorg en dwang (onder andere betrekking hebbend op onvrijwillige zorg buiten een accommodatie) werd nog voor de zomer van 2019 gepubliceerd.[391] Bij het besluit van 20 april 2020 is dit Besluit gewijzigd in verband met de gelijkstelling van bepaalde ziekten en aandoeningen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.[392] Daarvoor was al verschenen de Regeling zorg en dwang van de minister van VWS (met nadere regels over de aanwijzing van categorieën van deskundigen en over gegevensverwerking).[393] Omdat de Wzd per 1 januari 2020 in werking zou treden (te beginnen met een 'overgangsjaar' waarin nog niet van volledige handhaving sprake zou zijn), werden ook diverse stappen gezet om instellingen en beroepsbeoefenaren bij de implementatie van de wet te ondersteunen (zoals de ontwikkeling van handreikingen voor de praktijk).

Dat die implementatie een aanzienlijke opgave is en veel tijd vraagt, komt – afgezien van de beperkingen in verband met de coronacrisis[394] - niet alleen omdat de Wzd op zichzelf al complex is, andere procedures introduceert en op een aantal punten om andere werkwijzen vraagt, maar ook omdat zij na de bovengenoemde Aanpassingswet in 2020 opnieuw is bijgesteld[395], recentelijk – begin november 2021 bij invoering van de tweede reparatiewet - weer verder is aangepast[396], en na deze evaluatie zeer waarschijnlijk opnieuw op een aantal punten zal worden gewijzigd of aangevuld. Dat laatste omdat een aantal belangrijke knel- en discussiepunten zijn doorgeschoven in afwachting van

---

388 J. Legemaate e.a., *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, ZonMw, Den Haag, sept. 2014 (hierna te noemen: de Evaluatie gedwongen zorg)

389 De aanbeveling in het evaluatierapport om de keuze voor een afzonderlijke wet voor de PG/VG sectoren te heroverwegen werd overigens door het kabinet vooralsnog terzijde gelegd.

390 *Kamerstukken II* 2018/19, 35087

391 Besluit van 16 mei 2019, Stb. 2019, 197.

392 Stb. 2020, 129

393 Stcrt. 60908, 7 november 2019.

394 Zie over de invloed van de coronacrisis: IGJ, *De zorgvuldige uitvoering van dwang in de zorg echt goed regelen kan alleen regionaal. Wat ziet de inspectie na een half jaar Wvggz en Wzd?* Utrecht, december 2020.

395 Te weten bij de zg. eerste reparatiewet van 11 mei 2020 (Wijziging van de Wvggz en Wzd teneinde de uitvoerbaarheid op punten te vergroten en enkele technische onvolkomenheden en omissies te herstellen, Stb. 2020, 404)

396 De zg. tweede reparatiewet (Wijziging van de Wvggz en Wzd teneinde de uitvoering te vereenvoudigen en technische onvolkomenheden en omissies te herstellen, kamerstukken 35667) waarbij een aanzienlijk aantal bepalingen van de Wzd zijn gewijzigd, is op 28 september 2021 door de Eerste Kamer aanvaard. Voor het invoeringsbesluit zie Stb.2021, 468.

de huidige evaluatie van de Wzd.[397] Het oogmerk van al die wijzigingen is weliswaar om de wet beter op de praktijk af te stemmen, maar zij maken de implementatie er vooralsnog niet eenvoudiger op; dit ook omdat - nadat het finale evaluatierapport verschenen is – het vermoedelijk nog geruime tijd zal duren voordat daaruit voortvloeiende wetsaanpassingen hun beslag hebben gekregen. Koepelorganisaties, instellingen en beroepsbeoefenaren zullen echter willen weten waar zij met de wet aan toe zijn, niet alleen in verband met praktische implementatie vragen maar ook uit een oogpunt van rechtszekerheid. In elk geval zal men bij het toezicht op de uitvoering en de handhaving rekening moeten houden met het feit dat implementatie van de wet – eerder vertraagd door de corona pandemie - gecompliceerd wordt door de voortdurende veranderingen die sedert zijn totstandkoming hebben plaatsgevonden en die ook de komende jaren nog te verwachten zijn.

5.2.2 Doelstellingen en reikwijdte

In de toelichting bij het oorspronkelijke voorstel van de Wzd werden de doelstellingen als volgt toegelicht: “Dit wetsvoorstel beoogt voor de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking te regelen welke bevoegdheden een zorgaanbieder heeft en welke rechten de cliënt heeft, en hoe deze bevoegdheden en rechten op een transparante wijze kunnen worden gebruikt in geval van dwang en opname. Of dit wetsvoorstel daarmee is te scharen onder «cliëntenwetten» of onder «zorgwetten» hangt hoogstwaarschijnlijk vooral af van wie het wetsvoorstel leest. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder is het een wetsvoorstel dat bevoegdheden geeft tot ingrijpen in de rechten van de cliënt door het verlenen van onvrijwillige of gedwongen zorg. Het wetsvoorstel brengt tevens plichten voor de zorgverlener mee: procedures waaraan hij zich dient te houden als hij van de geregelde bevoegdheden gebruik wil maken. Vanuit het perspectief van de cliënt regelt deze wet welke rechten hij heeft wanneer een zorgaanbieder een inbreuk maakt op zijn bewegings- of keuzevrijheid, zoals het recht om een beslissing van een rechter te vragen, het recht op een raadsman en het recht om een klacht in te dienen bij de klachtencommissie.”
In deze neutrale omschrijving komt naar voren komt dat de Wzd uiteindelijk twee kanten heeft (bescherming van de rechten van de cliënt, maar ook het mogelijk maken om zo nodig te kunnen ingrijpen in diens vrijheden in het belang van de samenleving en van de cliënt zelf). De bedoeling van de wetgever is daarbij steeds geweest onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te beperken en te voorzien in adequate rechtsbescherming als deze toch plaatsvindt. Daarop lag en ligt ook de nadruk in de discussies over de wet (binnen en buiten het parlement). Daarnaast heeft de wetgever met de Wzd beoogd om de zorg zo goed mogelijk te doen aansluiten bij de het karakter van de twee doelgroepen waarop zij gericht is en om de behoefte van de individuele cliënt leidend te laten zijn bij de beantwoording van de vraag welke zorg aan hem of haar moet worden verleend. Ook voor de vraag of die doelstelling voldoende wordt bereikt, is er bij de behandeling van en commentaren op de wet trouwens veel aandacht geweest.
De Wzd deelt een aantal doelstellingen en uitgangspunten met de Wvggz, aldus de Tweede Nota van Wijziging bij laatstgenoemde wet.[398] Beide regelingen zijn persoonsvolgend, in plaats van locatie gebonden. De cliënt moet terecht komen in de zorgvorm waar hij het best op zijn plaats is. De zorg

397 Zie ook verschillende uitspraken van die strekking van minister en staatssecretaris bij de behandeling van wetsvoorstel 35667 in de Tweede Kamer.

398 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 88.

staat centraal, toepassen van dwang is een ultimum remedium, waarbij beide wetsvoorstellen een zorgvuldig afwegingskader beogen te bieden.

Voor de bepaling van de reikwijdte van de wet is met name art. 1 Wzd van belang; daarin wordt op welke cliënten de wet precies betrekking heeft. Volgens art. 1 lid 1 sub c is dat elke persoon die hetzij blijkens een indicatiebesluit van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), hetzij blijkens een schriftelijke verklaring van een ter zake kundige arts vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap aangewezen is op zorg zoals omschreven in art. 1 lid 3.[399] Uit dit laatste blijkt dat de reikwijdte van de Wzd niet louter afhankelijk is van de financieringsgrondslag van de noodzakelijke zorg. Voor een deel is dat echter wel het geval, en dat is vreemd omdat de reikwijdte van de wet daarmee deels afhankelijk is van de werkingssfeer van de Wlz. Dat komt ook duidelijk tot uiting in de bepaling dat het besluit tot opname in een accommodatie van het CIZ bij 'geen bereidheid/geen verzet' (art. 21 e.v. Wzd; zie daarover par. 5.3.5) vervalt bij het intrekken of herzien van de Wlz-indicatie.[400]
Het probleem is dat er ook personen kunnen zijn die die zorg nodig hebben zonder dat bij hen sprake is van psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking. De wetgever heeft dit onderkend en getracht hieraan tegemoet te komen door in art. 1 lid 4 de mogelijkheid te openen om bij algemene maatregel van bestuur ziekten en aandoeningen aan te wijzen die vanwege de daarmee gepaard gaande gedragsproblemen of regieverlies en de daaraan verbonden zorgbehoefte gelijk te stellen zijn met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Zoals hierboven aangegeven in par. 5.2.1 is een desbetreffend besluit in april 2020 tot stand gekomen. Zie over deze kwestie verder par. 5.3.1.
De titel van de wet en centrale plaats daarin voor bescherming tegen dwang hebben wel de vraag doen rijzen of de wet alleen op onvrijwillige zorg betrekking heeft. Dat laatste is niet het geval. Afgezien van de ruime omschrijving van het begrip zorg in art. 1 lid 3 kent de wet verschillende onderdelen die op alle Wzd-clienten betrekking hebben, ongeacht of bij hen onvrijwillige zorg een rol speelt. Voorbeelden zijn de bepalingen over wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging (art. 3), over het opstellen en heroverweging van het zorgplan (art. 5 - 9), en over de klachtenprocedure en de clientenvertrouwenspersoon (art. 52 – 59).

5.2.3 Beknopte inhoud incl. systeem van rechtsbescherming

De Wzd kent vijf hoofdstukken. Het eerste daarvan is getiteld Begripsbepaling en reikwijdte. Begripsbepalingen vindt men vooral in art. 1. Behalve de hierboven besproken vraag wie in de zin van de wet als 'cliënt' te beschouwen is, komen daarbij een aantal voor de praktijk belangrijke definities aan de orde, zoals wat te verstaan is onder 'accommodatie' (van belang voor zowel de randvoorwaarden voor toepassing van onvrijwillige zorg als voor de mogelijkheid van niet-vrijwillige opneming), onder 'zorgverantwoordelijke' (die een centrale rol speelt in het stappenplan bij onvrijwillige zorg) en onder de Wzd-functionaris (degene die namens de zorgaanbieder toeziet op de

399 B. Frederiks, De Wzd treedt op 1 januari 2020 in werking; terugblik en stand van zaken, *TvGR* 2019, p. 337-358, wijst erop dat ook cliënten die met een persoonsgebonden budget vanuit de Wlz zorg inkopen onder het bereik van de Wzd kunnen vallen, althans wanneer het gaat om zorgverleners die hen in de thuissituatie beroeps- of bedrijfsmatig zorg aanbieden.

400 Aldus art. 22 lid 10 sub a Wzd.

inzet van onvrijwillige zorg).[401] Van belang voor de begripsbepaling is ook art. 2 dat negen vormen van zorg onderscheidt die als onvrijwillig worden beschouwd als de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich daartegen verzet. Hoofdstuk 1 heeft overigens een ruimere strekking dan de titel doet vermoeden. Zo bevat het ook uitvoerige regels over wilsonbekwaamheid, over vertegenwoordiging en over wanneer mag worden gesproken van instemming dan wel van verzet (art. 3 - 3a).

Hoofdstuk 2 (Zorg door een zorgaanbieder) begint met bepalingen over het opstellen van een (periodiek te evalueren) zorgplan respectievelijk de heroverweging van dat plan (art. 5 – 9). Daarop volgen in de art. 10 – 11a de belangrijke bepalingen over het in het zorgplan opnemen van vormen van onvrijwillige zorg (zie daarover uitvoerig par. 5.3.3). Die opneming is slechts mogelijk als zij nodig is om een situatie van ernstig nadeel te voorkomen en als alternatieven daarvoor ontbreken. Het daarbij te volgen stappenplan komt erop neer dat onvrijwillige zorg slechts na uitvoerig en herhaaldelijk overleg met een of meer andere disciplines in het zorgplan mag worden opgenomen en dan in beginsel nog slechts voor een beperkte periode. Als niettemin continuering noodzakelijk blijkt, is opnieuw overleg nodig, nu met deelneming van een niet bij de zorg betrokken deskundige, respectievelijk (als nog langere voortzetting nodig is) een onafhankelijke deskundige. Tenslotte moet, als onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen of daarin wordt gewijzigd, ook de Wzd-functionaris daarbij betrokken worden.
De art. 12 – 13 betreffen de uitvoering van het zorgplan, in het bijzonder voor zover onvrijwillige zorg daarvan deel uitmaakt. Als daarbij sprake is van verzet, is uitvoering slechts mogelijk als voldaan is aan criteria van noodzaak, subsidiariteit en proportionaliteit. Art. 15 biedt onder bepaalde voorwaarden ruimte voor toepassing van onvrijwillige zorg in situaties waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien of in een noodsituatie in de periode dat er nog geen zorgplan is vastgesteld. Het hoofdstuk wordt in de art. 16 – 18 afgesloten met administratieve voorschriften over het bij te houden dossier, over bewaartermijnen voor gegevens, en over gegevensuitwisseling tussen diverse personen en instanties (zoals de zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris, de inspectie, het openbaar ministerie, de burgemeester, het CIZ, en naasten of nabestaanden van de cliënt). De art. 19 – 20 verplichten de zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent, tot een beleidsplan op dat gebied en tot het laten registreren van de locaties waar dergelijke zorg plaats vindt.

Hoofdstuk 3 van de wet heeft betrekking op opname en verblijf in een accommodatie. Daarbij worden verschillende modaliteiten onderscheiden. Bij cliënten die geen blijk geven van bereidheid tot opname maar zich daartegen ook niet verzetten, kan volstaan worden met een besluit tot opname en verblijf van het CIZ (art. 21). Evenals het geval was bij de vergelijkbare bepalingen in hoofdstuk VIII van de Bopz, is rechterlijke tussenkomst daarbij niet nodig. De art. 22 - 23 regelen wie zo'n besluit bij het CIZ kan aanvragen en de verdere procedure die daarbij te volgen is.
Als de opname onvrijwillig is, is een rechterlijke machtiging nodig. Het verzoek daartoe moet van het CIZ moet komen, dat de gewenste duur van de machtiging in dat verzoek vermeldt. In de art. 24 – 28 wordt aangegeven wie zo'n verzoek bij het CIZ kan aanvragen en aan welke materiele en procedurele eisen moet zijn voldaan wil de rechter een machtiging verlenen. Een belangrijk onderdeel van die procedure is de verklaring van een ter zake kundige, onafhankelijke arts dat sprake is van

401 In het wetsvoorstel zoals aangenomen door de Eerste Kamer werd in dit verband nog gesproken over de Wzd-arts. Bij de Aanpassingswet is die aanduiding gewijzigd in Wzd-functionaris omdat men de beperking tot artsen onnodig belemmerend vond.

onvrijwilligheid, dat opname nodig is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden, en dat er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om dat te bewerkstelligen. Als het CIZ gelet op de aanvraag en/of de stoornis van de cliënt constateert dat niet de Wzd maar de Wvggz het aangewezen kader is voor onvrijwillige opneming, zendt het de aanvraag door aan de bevoegde officier van justitie.

Voor crisissituaties voorziet de Wzd – op vergelijkbare wijze als de vroegere Bopz – in de mogelijkheid van inbewaringstelling door de burgemeester (art. 29 – 37). De art. 38 – 43 hebben betrekking op de besluitvorming van de rechter bij verlenen van een machtiging tot opname of tot voortzetting van een inbewaringstelling, de geldigheidsduur en de tenuitvoerlegging. Tussen de regels inzake rechterlijke machtiging en inbewaringstelling in bevat de wet nog een aantal bepalingen over enerzijds de voorwaardelijke machtiging jongvolwassenen en anderzijds de toepassing van art. 2.3 Wfz (art. 28aa – 28c). Hoofdstuk 3 wordt afgesloten met bepalingen over schadevergoeding in geval de wet niet in acht is genomen bij onvrijwillige zorg of opneming, over administratieve voorschriften bij opname en verblijf, en over verlof en ontslag (art. 44 – 48).
Voordat hoofdstuk 4 aanvangt, bevat de wet nog een hoofdstuk 3a (art. 49 – 51a) dat betrekking heeft op cliënten voor wie de minister van V en J medeverantwoordelijkheid draagt. Daarbij gaat het uiteraard om samenloop met het Wetboek van Strafrecht en de Wfz.

De hoofdstukken 4, 4a en 5 zijn aanzienlijk beperkter van omvang dan de hoofdstukken 1 - 3, maar daarom niet minder belangrijk. Hoofdstuk 4 (art. 52 – 56h) heeft betrekking op de instelling en taakomschrijving van de klachtencommissie, de klachtprocedure (met onder andere bepalingen over wie kan klagen en waarover men kan klagen), het beroep bij de rechter tegen een beslissing van de klachtencommissie, en de mogelijkheid voor de klachtencommissie een schadevergoeding toe te kennen. Hoofdstuk 4a (art. 57 – 59) verplicht de zorgaanbieder ervoor te zorgen dat iedere cliënt of vertegenwoordiger een beroep kan doen op een clientenvertrouwenspersoon en regelt diens taken, bevoegdheden en onafhankelijkheid. Ten slotte bevat hoofdstuk 5 (art. 60 – 64) bepalingen over toezicht door de inspectie, bestuurs- en strafrechtelijke handhaving en de periodieke evaluatie van de wet.[402]

Hoe is de Wzd nu alles bijeengenomen te karakteriseren, met name waar het het systeem van rechtsbescherming betreft? Allereerst moet worden opgemerkt dat de Wzd, evenals de Wvggz en anders dan de Bopz, niet langer een opname wet is. De reikwijdte is niet beperkt tot aangewezen instellingen en de rechtsbescherming die de wet biedt, strekt zich uit tot elke cliënt op wie zij betrekking heeft, vrijwillig opgenomen of niet en ongeacht de plek waar hij of zij verblijft (dat wil zeggen of de zorg al dan niet ambulant is). Tegelijk heeft toch nog bijna de helft van de wetsartikelen betrekking op de niet-vrijwillige opneming in een accommodatie, en terwijl in de Wvvgz onvrijwillige opname slechts een van meerdere vormen van verplichte zorg is, is in de Wzd sprake van een afzonderlijke en tamelijk uitvoerige regeling van de opname in een instelling.

Voor wat betreft het gekozen systeem van rechtsbescherming valt – zeker in vergelijking met de Wvggz – op dat de rechter een beperkte rol speelt. In rechterlijke tussenkomst is wel voorzien bij de rechterlijke machtiging en de voorzetting van de inbewaringstelling, alsmede in geval van beroep

402 In dit korte overzicht is hoofdstuk 6 (Wijzigingsbepalingen andere wetten) buiten beschouwing gelaten.

tegen een beslissing van de klachtencommissie. Rechterlijke fiattering ontbreekt echter niet alleen bij een opneming waarbij de cliënt zich niet verzet (zoals al het geval was onder de Bopz), maar ook in alle situaties van onvrijwillige zorg, zowel verleend in als buiten een accommodatie. Het zwaartepunt van de bescherming ligt in dat geval in de omvattende procedures voor het mogen opnemen van die zorg in het zorgplan respectievelijk voor het mogen uitvoeren daarvan. De naleving van die procedures wordt niet alleen gewaarborgd door de verplichtingen inzake intern toezicht (door de Wzd-functionaris) en de informatieverplichtingen richting inspectie, maar bijvoorbeeld ook door de bijstand door een clientenvertrouwenspersoon, het kunnen klagen bij een (externe) klachtencommissie en de bevoegdheden van de inspectie tot toezicht en bestuursrechtelijke handhaving.
De vraag is of de uiteenlopende vormgeving van de rechtsbescherming in de Wvggz respectievelijk de Wzd (met een grote respectievelijk beperkte rol voor de rechter) ook zal leiden tot verschil in het niveau van bescherming.[403] Dat laatste is weliswaar niet de bedoeling van de wetgever geweest, maar is in de praktijk niet uitgesloten. Veel zal afhangen van de wijze waarop de relevante bepalingen worden toegepast. Zo kan de cliënt uit een oogpunt van rechtsbescherming beter af zijn met een zorgplan waarin elke vorm van onvrijwillige zorg afzonderlijk en periodiek wordt verantwoord, dan met een zorgmachtiging op grond van de Wvggz waarin op voorhand alle vormen van verplichte zorg voor alle zekerheid zijn opgenomen. Het komt erop neer dat de Wzd vooral andersoortige waarborgen biedt dan de Wvggz. In ieder geval kan op onderdelen van de wet de vraag rijzen of de juiste balans is gevonden tussen enerzijds een te weinig en anderzijds een te veel aan rechtsbescherming (waarbij bepaalde regels voor de patiënt weinig toevoegen terwijl zij wel goede zorg in de weg kunnen staan). In par. 5.3 zal daarop worden teruggekomen bij de onderdelen die daartoe aanleiding geven.

5.2.4 Internationale aspecten

Een van de criteria voor goede wetgeving in de Aanwijzingen voor de regelgeving betreft de overeenstemming met hoger recht. Het gaat daarbij in het bijzonder om de vraag of de wetgeving voldoet aan de minimum-eisen die uit de relevante verdragen voortvloeien, in dit geval met name het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en het VN- Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH).
In het rapport van de Evaluatie gedwongen zorg is een uitvoerig overzicht gegeven van de vraag wat de implicaties zijn van beide verdragen voor de Nederlandse regelgeving.[404] Op basis daarvan stellen de auteurs dat de toenmalige versie van de het toenmalige voorstel voor de Wzd op twee punten (te weten de opnameprocedure via het CIZ en het feit dat de procedure voor het toepassen van onvrijwillige zorg tot vrijheidsbeneming kan leiden) op gespannen voet zou kunnen staan met het EVRM, omdat in die procedures geen rechter is betrokken. Het ging daarbij met name om art. 5 EVRM. Die bepaling omvat een verbod op vrijheidsontneming met enkele strikte uitzonderingen, waaronder ‘rechtmatige detentie van geesteszieken, verslaafden aan alcohol of verdovende middelen’. In de uitleg van het Europese Hof van de Rechten van de Mens impliceert art. 5 niet alleen dat sprake moet zijn van een wettelijke procedure, maar ook dat eenieder die geconfronteerd wordt met vrijheidsbeneming daartegen bij de rechter moet kunnen opkomen. In het evaluatierapport wordt

403 Zie daarover ook Frederiks, *TvGR* 2019, p. 348.

404 Legemaate e.a., 2014, p. 19-51.

gelet op het bovenstaande aanbevolen 'de opzet en uitgangspunten van de Wzd met een grondiger mensenrechtelijke analyse te onderbouwen'.
In zijn reactie op het evaluatierapport[405] komt het kabinet mede gelet op het advies van een aantal experts tot de conclusie 'dat het EVRM zich niet verzet tegen de procedure in de Wzd.' Het verdrag vereist dat de vrijheidsontneming ofwel vooraf ofwel spoedig achteraf aan rechterlijke controle kan worden onderworpen. De toepassing van onvrijwillige zorg is niet alleen wettelijk geregeld, aldus het kabinet, maar als de cliënt daarover een klacht indient bij de klachtencommissie is vervolgens beroep op de rechter mogelijk. Op de opnameprocedure via het CIZ is het kabinet in zijn reactie niet ingegaan; ook hiervoor geldt echter dat van een wettelijke regeling sprake waarin de betreffende procedure met bepaalde waarborgen is omgeven.

Volgens art. 14 van het VRPH mogen personen met een handicap niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd, moet iedere vorm van vrijheidsbeneming geschieden in overeenstemming met de wet, en rechtvaardigt het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming.[406] In de toelichting bij het Besluit zorg en dwang[407] heeft de regering bij monde van de minister van VWS aangegeven waarom de regeling voor onvrijwillige zorg in de Wzd (inclusief de aanvullende bepalingen inzake ambulante onvrijwillige zorg) aan die verdragsbepaling voldoet. Volgens de regering volgen de eerste twee eisen reeds uit het EVRM en wordt daaraan door Nederland voldaan. De derde eis – dat een handicap als zodanig nooit een vrijheidsontneming rechtvaardigt – volgt in zekere zin reeds uit het noodzakelijkheidsvereiste. 'Slechts bij ernstig nadeel kan onvrijwillige zorg, waaronder in uitzonderlijke gevallen vrijheidsontneming, worden toegepast en dan alleen nog als er geen enkele vrijwillige oplossing mogelijk is.' Bij de ratificatie van het dit verdrag heeft Nederland dan ook langs die lijn een interpretatieve verklaring afgelegd bij art. 14 van het VRPH.

5.3 Nadere bespreking van onderdelen

5.3.1 Cliënten waarop de wet van toepassing is

In par 5.2.2 is beschreven welke cliënten onder de Wzd vallen. Dat lijkt afdoende geregeld in het daar genoemde art. 1 lid 1 sub c: het betreft personen die hetzij blijkens een besluit van het CIZ, hetzij blijkens een verklaring van een ter zake kundige arts als psychogeriatrische patiënt of verstandelijk gehandicapte de zorg bedoeld in de Wzd nodig hebben. Vervolgens zijn in april 2020 nog enkele ziekten of aandoeningen aangewezen die voor de toepassing van genoemd artikellid worden gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Inmiddels is gebleken dat daarmee de kwestie nog niet is opgelost en is daarover opnieuw overlegd tussen overheid en veld; er blijken nog steeds cliënten te zijn voor wie de Wzd het meest passende kader is, maar die formeel niet onder de aldus verruimde werkingssfeer vallen en daardoor niet de

405 Kabinetsreactie thematische wetsevaluatie gedwongen zorg, brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 7 juli 2016.

406 Zie voor een algemene beschouwing over de conformiteit van Wvggz en Wzd met het VRPH N. Alexandrov e.a., *Coercive interventions under the new Dutch mental health law: towards a CRPD-compliant law?* Int. Jnl. Law and Psychiatry 76 (2021) 101685.

407 Besluit zorg en dwang, Stb. 2019, 197, p. 19.

rechtsbescherming dreigen te krijgen die de wet biedt.[408] Dat overleg lijkt zich overigens te richten op het (opnieuw) uitbreiden van het aantal gelijkgestelde aandoeningen, bijvoorbeeld met autismespectrumstoornissen.[409]

In de literatuur is in dit verband de vraag opgeworpen of het überhaupt wel verstandig is de werkingssfeer van wetten uitsluitend te koppelen aan specifieke aandoeningen of handicaps.[410] Het gaat er immers uiteindelijk om of sprake is van een bepaalde beschermingsbehoefte. Het is de vraag of men daaraan voldoende recht doet door bij algemene maatregel van bestuur limitatief bepaalde diagnoses toe te voegen. Het is te overwegen om daarnaast te voorzien in de mogelijkheid om van geval tot geval te bezien of sprake is van de beschermingsbehoefte die de wet beoogt. Dat zou kunnen door de bevoegdheid van de in art. 1 lid 1 sub c genoemde ter zake kundige arts te verruimen. Daarbij zou kunnen worden aangesloten bij de criteria die nu reeds in art. 1 lid 4 zijn opgenomen voor het per algemene maatregel van bestuur aanwijzen van met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap gelijk te stellen ziekten en aandoeningen.[411] De ter zake kundige arts zou dan de mogelijkheid krijgen om te verklaren dat een cliënt vanwege een ziekte of aandoening die aan deze criteria voldoet, aangewezen is op zorg zoals bedoeld in de Wzd, dat wil zeggen: ongeacht of bij hem of haar sprake is van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.[412] Dit laatste wil uiteraard niet zeggen dat de in wet of besluit genoemde diagnosen er niet meer toe doen, wel zou het meer ruimte bieden om aan de zorgbehoefte van de cliënt recht te doen.[413]

5.3.2 De zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris en het zorgplan

De Wzd bevat in de art. 5 - 9 een uitvoerige regeling van het zorgplan. Dat zo spoedig mogelijk (en in elk geval binnen zes weken) op te stellen plan speelt een centrale rol in de wet. De zorgaanbieder mag uitsluitend zorg verlenen op basis van het zorgplan (tenzij dat nog niet is vastgesteld), aldus art. 6 lid 1. Behoudens uitzonderingen (zoals noodsituaties) is het verlenen van vormen van onvrijwillige zorg

---

408 Een voorbeeld is Rb. Rotterdam 9 juli 2020 (met noot B. Frederiks) over een cliënt met een ernstige autismespectrumstoornis die weliswaar cognitief geen verstandelijke beperking had, maar wel functioneerde op het niveau van een persoon met een lichte verstandelijke beperking (*JGZ* 2020, afl. 5, nr. 88)

409 Volgens E. Plomp, Kroniek een jaar Wvggz en Wzd deel 2, *TvGR* 2021, nr. 6, zijn intussen in de rechtspraak ook al enkele andere dan de drie bij het besluit van 20 april 2020 aangewezen aandoeningen gelijkgesteld met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening; dit om zoveel mogelijk recht te doen aan de zorgbehoefte van de cliënt.

410 E. van Duijn, Rechtspositie is geen afgeleide van diagnose, *JGGZR* 2018 (4) 63

411 Die criteria zijn:

— dat het om ziekten of aandoeningen gaat die dezelfde gedragsproblemen of regieverlies kunnen veroorzaken;

— dat de op grond daarvan benodigde zorg vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap;

— dat de gedragsproblemen of het regieverlies kunnen leiden tot ernstig nadeel.

412 Zie voor een vergelijkbaar voorstel de brief van ActiZ, VGN en V&VN aan de vaste TK-commissie voor VWS, d.d. 15 januari 2021; in de Nota n.a.v. het Verslag bij de tweede reparatiewet (*Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr.6, p. 6-7) heeft de regering daarop gereageerd met de toezegging het voorstel nader te onderzoeken.

413 Zie over het blijvend belang van de diagnose A. Hondius, noot bij Rechtbank Rotterdam 24 februari 2021, ECLI:NL:RBROT:20121:4054, *JGZ* 2021, 3, nr. 51.

slechts mogelijk voor zover deze vooraf met toepassing van het stappenplan in het zorgplan zijn opgenomen. Het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van het zorgplan (inclusief voorafgaand overleg daarover met de cliënt of diens vertegenwoordiger) is de taak van de zorgverantwoordelijke. Deze moet voor elke cliënt door de zorgaanbieder worden aangewezen.

Volgens art. 1 lid 1 sub g moet de zorgverantwoordelijke een ter zake kundige arts zijn of iemand die behoort tot een bij ministeriele regeling aangewezen categorie van deskundigen. Terwijl die bepaling door als eerste artsen te noemen suggereert dat het bij die andere categorieën in elk geval om een aanzienlijk opleidingsniveau dient te gaan, wordt in art. 2 van de Regeling zorg dwang een breed scala aan beroepsbeoefenaren genoemd die als zorgverantwoordelijke kunnen optreden. Zo behoren daar ook toe al degenen die over een getuigschrift beschikken van een (grotendeel op zorg gerichte) opleiding die in het Centraal register beroepsopleidingen is opgenomen. Daarmee wordt volgens de toelichting op de regeling aangesloten bij de praktijk waarin het opstellen van een zorgplan veelal belegd wordt bij een beroepsbeoefenaar van (tenminste) niveau mbo-3. 'Dit is zeker vaak het geval in een context waarin de (onvrijwillige) zorg doorgaans niet medisch van aard is', aldus de toelichting. Overigens is het volgens de toelichting de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om bij zijn beslissing wie hij voor een bepaalde cliënt aanwijst als zorgverantwoordelijke, rekening te houden met de complexiteit van de aan de betreffende cliënt te verlenen (onvrijwillige) zorg.
Een en ander roept de vraag op of met dit ruimhartige beleid wel voldoende gewaarborgd is dat het zorgplan met de daarvoor vereiste deskundigheid wordt vastgesteld en zo nodig bijgesteld. Dit te meer gelet op de uitgebreide en soms vergaande bevoegdheden die aan de zorgverantwoordelijke worden toegekend, bijvoorbeeld in noodsituaties. Kennelijk heeft de minister zich noodgedwongen gevoegd naar de praktijk waarin deskundigen met een hoger opleidingsniveau schaars zijn en daarom selectief moeten worden ingezet. Tegelijkertijd hangt de bekwaamheid van een beroepsbeoefenaar niet uitsluitend af van zijn of haar scholingsniveau; andere factoren, zoals praktisch inzicht, affiniteit met de doelgroep, inlevings- en contactvermogens, werkervaring en eventuele bijscholing, spelen ook zeker een rol. Verder wordt in de toelichting terecht aangevoerd dat de zorgverantwoordelijke uiteindelijk nooit alleen beslissingen neemt over onvrijwillige zorg, maar gezien het stappenplan altijd tenminste na multidisciplinair overleg en nadat het zorgplan door de Wzd-functionaris is getoetst.

De Wzd functionaris is volgens art. 1 lid 1 sub m een ter zake kundige arts, een gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog-generalist, al dan niet in dienst van de zorgaanbieder, die door laatstgenoemde is aangewezen 'om toe te zien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan'. Zijn/haar taak is onder meer het beoordelen van de zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen (art. 11a lid 2 Wzd). Zo nodig kan hij de zorgverantwoordelijke aanwijzingen geven om het zorgplan bij te stellen. In wezen komt die taak neer op het toetsen of de onvrijwillige zorgverlening in individuele gevallen verantwoord is en conform de Wzd. Verder behoort tot die taak het samen met de zorgaanbieder bewaken van de kwaliteit van de onvrijwillige zorg. Tenslotte speelt hij een rol bij verlof en ontslag van onvrijwillig opgenomen cliënten (art. 47 en 48) en bij het aanvragen van een CIZ-besluit tot

opname of een rechterlijke machtiging.[414] Opmerkelijk is dat art. 1 lid 1 sub m stelt dat de Wzd-functionaris naast dit alles 'verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.' Zo'n beleidsverantwoordelijkheid hoort immers typisch bij de zorgaanbieder thuis (die trouwens ook uit hoofde van art. 19 zorg dient te dragen voor een beleidsplan inzake onvrijwillige zorg), en kan eigenlijk niet bij een professional belegd worden die zelf dat beleid niet kan bepalen.
Naast de hier genoemde verplichtingen (aanwijzen van zorgverantwoordelijke en Wzd-functionaris, opstellen van het beleidsplan) rusten op de zorgaanbieder uiteraard nog allerlei andere verplichtingen, waarvan sommige in de navolgende paragrafen aan de orde zullen komen (zie met name de par. 5.3.4, 5.3.5 en 5.3.6). Hier alleen nog aandacht voor het feit dat blijkens art. 1 lid 1 sub f een zorgaanbieder ook een natuurlijke persoon kan zijn die beroepsmatig zorg verleent. De vraag is of zo'n solistische werkende beroepsbeoefenaar (men denke bijvoorbeeld aan een wijkverpleegkundige die als ZZP'er werkzaam is in de thuiszorg) ooit kan voldoen aan de vele en diverse verplichtingen die wet en besluit aan een aanbieder van Wzd-zorg opleggen. Wet en toelichting bieden op dat punt geen duidelijkheid.

De in de Wzd opgenomen regels inzake het opstellen, evalueren en eventueel aanpassen van het zorgplan zijn gedetailleerd. Er wordt weinig aan zelfregulering door de praktijk overgelaten. Een voorbeeld is art. 9 lid 3, waarin (bij formele wet) wordt voorgeschreven waaruit het overleg met een deskundige van een andere discipline (dat nodig is als een niet meer passend zorgplan tot ernstig nadeel kan leiden) precies moet bestaan. In de begin november 2021 in werking getreden tweede reparatiewet is art. 5 lid 2 aangevuld met de bepaling dat de zorgverantwoordelijke zorg moet dragen voor de naleving van nadere regels die bij algemene maatregel van bestuur kunnen worden gesteld. Die toevoeging roept vragen op, omdat bij datzelfde wetsvoorstel art. 8 lid 3 is geschrapt dat het juist mogelijk maakte om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over de totstandkoming, inhoud en inrichting van het zorgplan.
Ten aanzien van de regeling van het zorgplan verdient het opmerking dat de Wet langdurige zorg in hoofdstuk 8 (art. 8.1.1 – 8.1.3) al een uitvoerige regeling bevat van het zorgplan voor de Wlz-verzekerde[415] (althans voor verzekerden die zorg krijgen anders dan op basis van een persoonsgebonden budget). Het is te begrijpen dat de wetgever van de Wzd, gelet op de doelstellingen van de wet en de belangrijke rol van het zorgplan bij het inkaderen van wat aan onvrijwillige zorg bij een specifieke cliënt is toegestaan, in een afzonderlijke regeling heeft willen voorzien. Die gaat op sommige punten terecht verder dan wat ter zake in de Wlz is bepaald, met name waar het betreft het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Dat neemt niet weg dat het ook mogelijk zou zijn geweest aan te sluiten bij het al bepaalde in de Wlz; dan had men in de Wzd met een minder uitvoerige regeling kunnen volstaan en overigens ook meer kunnen overlaten aan nadere invulling door instellingen, beroepsbeoefenaren en hun koepelorganisaties.

---

414 Zie over een en ander het door meerdere beroepsverenigingen en branche-organisaties opgestelde *Profiel Wzd-functionaris*, december 2019.

415 Zie voor een bespreking J.K.M. Gevers, Zeggenschap van de cliënt over de inrichting van zijn leven; kanttekeningen bij hoofdstuk 8 van het wetsvoorstel langdurige zorg, *TvGR* 2014, p. 366-373. In de Memorie van Toelichting bij de Wzd (*Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr.3, p. 19) wordt overigens aangegeven dat de voorganger van die regeling in de Wlz (het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg) eveneens van toepassing is op cliënten die onder de Wzd vallen.

Tenslotte de wijze waarop in art. 7 lid 3 vorm is gegeven aan het respecteren van de wensen en voorkeuren van de cliënt bij de opstelling (of aanpassing) van het zorgplan. Volgens dat artikellid moet de zorgverantwoordelijke daarmee 'zoveel als mogelijk rekening houden.' Met verwijzing naar het VRPH (dat verplicht tot het maximaal honoreren van de autonomie van een persoon met een handicap) is in de literatuur gesteld dat dat een zwakke formulering is die het wel erg gemakkelijk maakt wensen van de cliënt te negeren.[416] In art. 8.1.1 lid 4 van de Wzl is een formulering opgenomen die duidelijk maakt dat de wensen van de cliënt leidend dienen te zijn en die preciezer aangeeft op welke gronden daarvan mag worden afgeweken.[417]

5.3.3 Onvrijwillige zorg in het algemeen

Volgens art. 2 lid 1 wordt voor de toepassing van de wet onder onvrijwillige zorg verstaan: zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit een of meer van de negen in lid 1 opgesomde vormen van zorg. Kende het wetsvoorstel in eerste instantie een ruimere omschrijving, namelijk 'zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet', in het wetsvoorstel zoals dat in 2018 is aangenomen is de aan- of afwezigheid van verzet de bepalende factor. Dat verzet kan verschillende vormen hebben (fysiek of anderszins). Ook verzet van een wilsonbekwame cliënt telt, zo blijkt onder meer uit art. 3a waarin nader wordt aangegeven wat bij verschillend categorieën cliënten (wel/niet wilsbekwaam, wel/niet jonger dan 12 respectievelijk 16 jaar) als verzet in de zin van de wet geldt.[418] Ook als de vertegenwoordiger instemt met de zorg, wordt deze onvrijwillig in de zin van de wet wanneer de wilsonbekwame cliënt zich daartegen verzet.
Onvrijwillige zorg kan worden verleend in een accommodatie[419], maar ook daarbuiten. In dat laatste geval is sprake van zogenaamde ambulante onvrijwillige zorg. De locatie[420] van de zorgaanbieder waar deze wordt verleend dan wel van waaruit deze wordt verleend (als de zorgaanbieder die zorg in de thuissituatie levert), moet worden vastgelegd in het openbare locatieregister, zoals bedoeld in art. 20 Wzd. Als onvrijwillige zorg buiten een accommodatie plaatsvindt, moet aan bijkomende voorwaarden worden voldaan (zie daarover verder par. 5.3.4). Onvrijwillige zorg is ook mogelijk bij een cliënt die vrijwillig is opgenomen. Verzet zo'n cliënt zich echter zodanig tegen verschillende

---

416 K. Blankman e.a., Zorgdomotica en de komende Wzd: een zorg meer of minder? *JGGZR* 2019 (1) 2.

417 Art 8.1.1 lid 4 Wzl luidt:

"De zorgaanbieder respecteert een weloverwogen wens van de verzekerde met betrekking tot de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten, tenzij dit in redelijkheid niet van hem kan worden gevergd in verband met:

a beperkingen die voor de verzekerde gelden op grond van het bepaalde bij of krachtens een andere wet dan wel de lichamelijke en geestelijke mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde;

b de verplichting tot het verlenen van de zorg van een goed zorgverlener en de betrokken professionele zorgverlener daarover een andere professionele zorgverlener heeft geraadpleegd;

c. de rechten van andere verzekerden of een goede en ordelijke gang van zaken."

418 Zie over het verzet van cliënten jonger dan 12 jaar overigens par. 5.4.2.

419 In art. 1 lid 1 Wzd omschreven als 'bouwkundige voorziening of deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend.'

420 Voor het begrip 'locatie' wordt aangesloten bij de definitie van vestiging zoals deze in het Handelsregister staat omschreven; zie over een en ander verder Ministerie van VWS, Notitie de betekenis van 'locatie en accommodatie', december 2020.

onderdelen van de zorgverlening dat het verlenen van cliënt gerichte zorg feitelijk niet mogelijk is, dan wordt de voortzetting van het verblijf geacht onvrijwillig te zijn en moet voor een rechterlijke machtiging worden gezorgd., aldus art. 21 lid 3.

Zoals hiervoor aangegeven worden in art. 2 lid 1 negen vormen van zorg onderscheiden die (mits sprake is van verzet van cliënt of vertegenwoordiger) als onvrijwillig te beschouwen zijn. Daartoe behoren maatregelen als beperkingen van de bewegingsvrijheid, fixatie, uitoefenen van toezicht, onderzoek van kleding of lichaam, onderzoek naar de aanwezigheid van drugs en beperkingen van het recht op het ontvangen van bezoek. Beperkingen die voortvloeien uit de huisregels gelden niet als onvrijwillige zorg, mits die regels voldoen aan art. 45 lid 2, dat inhoudt dat huisregels alleen mogen regelen wat nodig is voor de veiligheid binnen een accommodatie en voor een ordelijke gang van zaken (als bijvoorbeeld om die reden een afdeling bezoektijden kent, is dat geen vorm van onvrijwillige zorg).
In het kader van de harmonisatie van Wvggz en Wzd is voor de aanduiding van wat als 'onvrijwillige zorg' geldt, zoveel mogelijk aangesloten bij wat in de Wvggz onder 'verplichte zorg' wordt verstaan. Verder is de opsomming in art. 2 lid 1 limitatief: andere dan de daar genoemde maatregelen mogen alleen op vrijwillige basis worden toegepast. Een nadere uiteenzetting van wat onder elk van de vormen te begrijpen is, is behalve in de parlementaire stukken ook bijvoorbeeld te vinden in de toelichting op de Regeling zorg en dwang en in de Factsheet Onvrijwillige zorg in de Wzd.[421]
Er zijn drie vormen van onvrijwillige zorg die (om verschillende redenen) afzonderlijke aandacht behoeven. De eerste is 'het aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen'. Volgens de toelichting in de Factsheet gaat het hierbij in veel gevallen om handelingen die normaal gesproken onderdeel van de reguliere zorg of begeleiding zijn (zoals afspraken over voeding, hygiëne en verzorging, en naar of uit bed gaan), maar waaraan de cliënt zich niet wil onderwerpen. In feite gaat het hier echter om een zeer brede, omvattende categorie van onvrijwillige zorg, die bijvoorbeeld ook het verbod met iemand anders een relatie aan te gaan kan inhouden. De opsomming van vormen van onvrijwillig zorg moge met andere woorden uitputtend bedoeld zijn, deze weinig begrensde categorie relativeert dat aanzienlijk.
De tweede vorm van zorg waarbij kanttekeningen te plaatsen zijn betreft de categorieën beperking van de bewegingsvrijheid en insluiten. Het is niet eenvoudig een duidelijke grens te trekken tussen het een en het ander. Dat blijkt ook uit de toelichting op de Regeling, waar opmerkelijk genoeg de opname op een gesloten afdeling als een vorm van beperking van de bewegingsvrijheid wordt geclassificeerd.[422] Het probleem is dat daardoor het (ook voor toepassing van het EVRM) juridisch relevante onderscheid tussen vrijheidsbeperking en vrijheidsontneming zo goed als verdwijnt.[423]
De laatste (in art. 2 lid 1 als eerste genoemde) vorm van onvrijwillige zorg die tot commentaar aanleiding geeft, betreft de toediening van vocht, voeding en medicatie, medische controles of andere medische handelingen, en overige therapeutische maatregelen ter behandeling van de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap of een daarmee gepaard gaande stoornis.

421 Ministerie van VWS, december 2019.

422 Regeling zorg en dwang, Stcrt. 2019, nr. 60908, Toelichting p. 9.

423 Zie hierover ook W. Dijkers, Niet gaan en staan waar men wil: beperking van de bewegingsvrijheid in Wvvgz en Wzd, *JGGZR* 2021, nr. 4.

Dit is een zeer brede categorie die allerlei uiteenlopende medische interventies bevat die qua karakter, doel en invasiviteit sterk kunnen verschillen. De vraag rijst waarom deze alle onder een noemer zijn samengebracht en of een splitsing in twee of meer vormen van onvrijwillige medische zorg niet meer voor de hand zou liggen. En mag, zolang zo'n verdere opsplitsing niet plaatsvindt, deze brede zorgvorm als geheel in het zorgplan worden opgenomen als de daartoe vereiste procedure doorlopen is, zonder verdere verbijzondering van wat precies aan onvrijwillige zorg op dit punt is toegestaan?
Onder deze al brede categorie vallen ook nog therapeutische maatregelen 'vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening'. Wordt met dat laatste bedoeld dat het gaat om behandeling van een somatische aandoening die samenhangt met de psychogeriatrische problematiek of verstandelijke beperking van de cliënt? Of betreft het bijvoorbeeld de situatie dat overwegend uit die aandoening of beperking voortkomend verzet de behandeling van een op zichzelf daarvan losstaande somatische aandoening belemmert? In de parlementaire stukken ontbreekt het aan nadere toelichting; zie over dit punt ook par. 5.4.1.

Als het gaat om de voorwaarden voor het mogen toepassen van onvrijwillige zorg, hebben alle negen vormen van zorg eenzelfde gewicht. Voor alle vormen gelden dezelfde waarborgen, zonder dat wordt onderscheiden tussen lichtere en zwaardere vormen. Dat heeft bij de totstandkoming van de wet wel tot de nodige discussie geleid. De wetgever heeft echter van begin af aan het standpunt ingenomen dat het antwoord of iets licht of zwaar is uitsluitend subjectief te beantwoorden is; dezelfde zaken kunnen door verschillende cliënten zeer uiteenlopend ervaren worden.[424] Dat laatste neemt echter niet weg dat er zorgvormen zijn waarvan men zou kunnen zeggen dat ze naar hun aard ingrijpender zijn dan anderen. De wetgever geeft dat eigenlijk ook zelf aan door in art. 2 lid 2 bepaalde vormen van zorg (gedrag beïnvloedende medicatie[425] en maatregelen die de fysieke bewegingsvrijheid van de cliënt beperken) althans bij een wilsonbekwame patiënt als vormen van zorg te beschouwen waarbij extra waarborgen gewettigd zijn omdat zij 'zo ingrijpend' zijn. In de literatuur is er al eerder op gewezen dat er toch wel meer objectieve criteria zijn te geven voor het onderscheiden van zwaardere en lichtere vormen van onvrijwillige zorg, zoals de aard/ingrijpendheid van de maatregel, de gevolgen voor de cliënt[426], wat de cliënt respectievelijk zijn vertegenwoordiger ervan vindt, de duur van de maatregel, de intensiteit of wijze van tenuitvoerlegging.[427] In de Evaluatie gedwongen zorg is hierbij aansluitend gesteld dat het voorstelbaar zou zijn dat voor lichte maatregelen het stappenplan niet volledig doorlopen hoeft te worden, terwijl bij langdurige en ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking wellicht juist meer rechtsbescherming zou kunnen worden geboden dan middels

---

424 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 11.

425 Althans 'indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen', aldus art. 2 lid 2. Die toevoeging is overigens niet goed te begrijpen. Enerzijds omdat zulke medicatie niet minder ingrijpend hoeft te zijn als deze wel richtlijnconform wordt toegediend, anderzijds omdat een behandelaar niet zonder goede redenen buiten een richtlijn zal handelen (soms moet hij dat trouwens doen) en omdat hij daarvoor hoe dan ook ter verantwoording kan worden geroepen.

426 Zie in dit verband ook de Factsheet Onvrijwillige zorg in de Wzd waarin wordt gesteld dat de Wzd niet uitgaat van zorgvormen als zodanig, maar van het feitelijke effect daarvan in de situatie van de cliënt. Het gaat anders gezegd erom of diens mogelijkheden daadwerkelijk beperkt worden.

427 B. Frederiks e.a., Wetsvoorstel zorg en dwang: impact van de recente wijzigingen voor het veld en de cliënt, *TvGR* 2013, p. 346-361.

een interne besluitvormingsprocedure mogelijk is, bijvoorbeeld in de vorm van toetsing door een externe toetsingscommissie.[428] De wetgever van de Wzd heeft die weg echter niet willen inslaan.

Het hierboven terloops genoemde art. 2 lid 2 vraagt ook zelf nog aandacht. Volgens dat artikellid moeten de daarin genoemde zorgvormen (gedrag beïnvloedende medicatie en beperkingen van de bewegingsvrijheid) met dezelfde waarborgen zijn omgeven als de in art. 2 lid 1 vermelde vormen van onvrijwillige zorg, ook als noch de cliënt noch zijn vertegenwoordiger zich daartegen verzet; instemming van de vertegenwoordiger maakt dat kennelijk niet anders. In eerdere versies van de wet werden de betreffende vormen van zorg zelfs ook met onvrijwillige zorg gelijk gesteld als de betrokken cliënt daar welbewust mee instemde. In de literatuur heeft dat laatste tot kritiek geleid omdat de wetgever – die zelfbeschikking zo hoog in het vaandel zei te hebben – daarmee de wilsbekwame cliënt niet langer serieus nam. Ook zouden zorgverleners daardoor ingewikkelde procedures moeten volgen voor het nemen van maatregelen waarin de cliënt zelf zich geheel kon vinden. Die 'gelijkstelling van gewenste en ongewenste zorg' was een 'fundamentele weeffout' in het wetsvoorstel, aldus het commentaar.[429] In de Wzd zoals die door de Tweede Kamer is aangenomen, heeft de wetgever een stapje teruggedaan: art. 2 lid 2 is alleen van toepassing als sprake is van wilsonbekwaamheid en de cliënt dus niet kan instemmen.[430]

Niettemin is het nog steeds zo dat de betreffende zorgvormen een status aparte hebben, ook als de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt instemt met de zorg in kwestie. Het is de vraag wat in die situatie de toegevoegde waarde is van de extra waarborgen waarmee de bedoelde zorgvormen door de wetgever zijn omgeven. En voor zover daarvan sprake is, weegt die dan nog op tegen het feit dat ook bij het ontbreken van verzet van de cliënt de veeleisende procedure van het stappenplan (zie hieronder) moet worden doorlopen? Hierboven is aandacht gevraagd voor het standpunt dat het wel mogelijk is in bepaalde opzichten te onderscheiden tussen lichtere en zwaardere vormen van gedwongen zorg. Als men die invalshoek zou kiezen, zouden de in art. 2 lid 2 opgenomen vormen van zorg tot de zwaardere categorie kunnen worden gerekend en zou men die met de waarborgen die passend worden geacht voor die zwaardere categorie kunnen omgeven en het huidige art. 2 lid 2 kunnen schrappen.[431] Een mogelijk alternatief zou kunnen zijn om art. 2 lid 2 buiten toepassing te laten in situaties waarin de vertegenwoordiger met de betreffende zorg instemt. [432] Het is immers diens opdracht, verantwoordelijkheid en bevoegdheid bij wilsonbekwaamheid voor de cliënt op te

428 Legemaate e.a., 2014, p. 134-135.

429 B. Frederiks e.a., Wetsvoorstel zorg en dwang: volle vaart vooruit of opnieuw een herbezinning, *NJB* 2012, p. 942-943.

430 In de Factsheet Onvrijwillige zorg in de Wzd wordt overigens in verband met art. 2 lid 2 nog steeds gesproken over de instemming van de cliënt. Verder wordt ook de inhoud van art. 2 lid 1 niet juist weergegeven (in dit artikellid is bepalend of de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet, terwijl dat volgens de Factsheet is of 'de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemmen (...) dan wel de cliënt zich verzet').

431 Bij de consultatie in het kader van de 2e reparatiewet heeft de regering diverse voorstellen uit het veld ontvangen, waaronder ook het schrappen of heroverwegen van art. 2 lid 2. Volgens de regering is dit voorstel niet overgenomen omdat het een grote inbreuk op de rechtspositie van kwetsbare cliënten zou zijn. 'Bovendien zou het gaan om een structurele wijziging en is het voorstel ook daarom niet passend bij dit wetsvoorstel.' Nota n.a.v. het verslag bij de 2e reparatiewet, *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr.6.

432 In die zin overigens ook al R. Knuiman, Wet zorg en dwang: heiligt het doel het middel? *JGGZR*, oktober 2013, nr. 6-7, p. 164.

treden.[433] Men zou daartegen in kunnen brengen dat dan bijvoorbeeld een cliënt op een gesloten afdeling terecht zou kunnen komen alleen op basis van instemming van zijn vertegenwoordiger. Dat kan echter alleen als de wilsonbekwame cliënt zich niet verzet. Is dat laatste ondanks de instemming van zijn vertegenwoordiger toch het geval, dan is sprake van onvrijwillige zorg in de zin van art. 2 lid 1 die door de wet met strenge waarborgen is omgeven.

Uitgangspunt van de wet is dat onvrijwillige zorg voordat deze wordt toegepast, is opgenomen in het zorgplan. Voor die opneming is in de wet in een uitvoerig stappenplan voorzien. De centrale actor daarbij is de door de zorgaanbieder voor de cliënt aangewezen zorgverantwoordelijke, waarbij de Wzd-functionaris (volgens art. 1 lid 1 is dat de arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die door de zorgaanbieder als zodanig is aangewezen) steeds toezicht houdt en het zorgplan beoordeelt als daarin onvrijwillige zorg wordt opgenomen of gewijzigd.
Een allereerste stap is dat - als het zorgplan niet blijkt te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt en dat kan leiden tot ernstig nadeel - de zorgverantwoordelijke met tenminste een deskundige van een andere discipline dan de zijne overlegt of er alternatieven in de vrijwillige sfeer zijn om dat nadeel af te wenden, aldus art. 9 lid 3. Als de conclusie is dat die er niet zijn, kan onvrijwillige zorg in het zorgplan worden opgenomen. Dat laatste is volgens art. 10 lid 2 echter alleen mogelijk als het gedrag van de cliënt in verband met zijn stoornis of beperking leidt tot ernstig nadeel, de onvrijwillige zorg noodzakelijk en geschikt is om dat nadeel af te wenden, de toepassing daarvan proportioneel is gelet op het beoogde doel, en er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om dat te bereiken. Wat onder 'ernstig nadeel' is te verstaan, is te vinden in art. 1 lid 2 waarin vier verschillende situaties worden gedefinieerd die als zodanig kunnen gelden. Daarbij is voordat de wet begin 2018 tot stand kwam nog overeenstemming gezocht met de omschrijving in de Wvggz. Materieel gezien komt een en ander overigens neer op hetgeen reeds onder het gevaarscriterium in de Wet Bopz viel. Wil sprake zijn van ernstig nadeel, dan is het niet vereist dat de bedoelde situaties al bestaan; een aanzienlijk risico dat deze zich kunnen voordoen is voldoende om onvrijwillige zorg toe te kunnen passen.
Voordat een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg daadwerkelijk in het zorgplan een plaats krijgt, is ingevolge art. 10 lid 3 nog nader overleg nodig met een deskundige van een andere discipline. Als de onvrijwillige zorg medische handelingen dan wel beperkingen van de bewegingsvrijheid betreft heeft de zorgverantwoordelijke (tenzij hij zelf arts is) bovendien de instemming van een niet bij de zorg betrokken arts nodig. De onvrijwillige zorg mag daarna voor maximaal drie maanden in het zorgplan worden opgenomen. Als men er niet in slaagt deze binnen die tijd af te bouwen, moet opnieuw overleg worden gevoerd wil de betreffende vorm van onvrijwillige zorg opnieuw voor drie maanden in het zorgplan kunnen blijven staan. Volgens art. 10 lid 10 moet in dat geval echter ook een niet bij de zorg betrokken deskundige aan het overleg deelnemen.
Als het dan nog steeds niet lukt de onvrijwillige zorg te beëindigen, moet het advies van een onafhankelijke deskundige worden gevraagd.[434] Volgens art. 11 lid 2 heeft de zorgverantwoordelijke

433 Zie in dit verband ook de bepalingen van art. 3 die waarborgen dat wilsonbekwaamheidsbeslissingen deskundig tot stand komen en op specifieke situaties betrekking hebben, en voorts vereisen dat de vertegenwoordiger als goed vertegenwoordiger optreedt en de cliënt zoveel als mogelijk bij de vervulling van zijn taak betrekt.

434 Dat zal overigens bij de betrokken doelgroepen regelmatig nodig zijn gelet op de chronische aard van hun problematiek. Oorspronkelijk was vereist dat het hierbij om een externe deskundige (niet verbonden aan de betreffende zorgorganisatie) zou

maximaal drie maanden te tijd om dat te verkrijgen en het zorgplan op basis daarvan aan te passen. Voor onvrijwillige zorg die daarna nog wordt gecontinueerd, geldt een maximale toepassingstermijn van zes maanden. Is te voorzien dat deze noodzakelijk blijft, dan is telkens na zes maanden een herbeoordeling vereist (conform de in art. 8 lid 1 opgenomen bepaling dat het zorgplan elk halfjaar geëvalueerd dient te worden). Wie als onafhankelijk deskundige kan optreden is geregeld in het Besluit zorg en dwang. Volgens art. 3.1 van dat besluit is dat een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog, een orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige als een cliënt betreft met een verstandelijke handicap. Bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening moet het gaan om een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog of een verpleegkundige. De onafhankelijke deskundige dient aantoonbare ervaring te hebben in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de betreffende doelgroep. Hij of zij mag verder niet in dienst zijn van of gedetacheerd zijn bij de zorgaanbieder van de cliënt en ook niet anderszins betrokken zijn bij diens behandeling of verzorging.

In de Evaluatie gedwongen zorg zijn bij het in de Wzd opgenomen stappenplan kritische kanttekeningen geplaatst. De gemaakte keuze om voor de psychogeriatrie en zorg voor verstandelijk gehandicapten de noodzakelijke rechtsbescherming tegen onvrijwillige zorg niet primair vorm te geven door (externe) rechterlijke toetsing maar door (interne) procedurele waarborgen, werd daarin op zichzelf verdedigbaar geacht. Aansluitend bij commentaren in de literatuur werd echter wel geconstateerd dat de wet met het gedetailleerde stappenplan te ver was doorgeschoten. Ook werd verwezen naar een kritisch advies van de Raad van State en naar de reacties van koepelorganisaties die aandacht vroegen voor de praktische uitvoerbaarheid van de wet. Een en ander mondde uit in de aanbeveling om de betreffende wetsartikelen kritisch tegen het licht te houden en te bezien wat daarvan naar lagere regelgeving kon worden overgebracht dan wel aan zelfregulering door het veld kon worden overgelaten.[435] De wettekst zoals die in 2018 door de Eerste Kamer is aangenomen bevat echter geen wezenlijke veranderingen in de regeling van het stappenplan. Die is nog onverminderd uitvoerig en gedetailleerd.[436]
In de reacties van organisaties op de wetstekst is opnieuw gepleit voor vereenvoudiging van het stappenplan. Dat is niet omdat men twijfelt aan de noodzaak van adequate rechtsbescherming. Een belangrijke overweging is dat de vele en uiteenlopende procedurele vereisten tesamen tot een als hoog ervaren administratieve lastendruk leiden. Het gaat daarbij niet alleen om lasten in financiële zin, maar ook lasten die de uitvoering van de wet meebrengt in termen van tijdsbelasting voor professionals op basis van de ingevolge de Wzd benodigde overleggen en afstemmingsmomenten met diverse disciplines zoals die vereist zijn in het kader van het stappenplan.[437] Een ander punt is of

---

gaan; op aandringen van het veld is dat bij de tweede reparatiewet gewijzigd: het moet gaan om een onafhankelijke deskundige die niet bij de behandeling van of zorg aan de cliënt betrokken is.

435 Legemaate e.a., 2014, p. 342.

436 Zie bijvoorbeeld art. 10 lid 4 waarin een lijst van acht onderwerpen is opgenomen die in het daarin genoemde overleg moeten worden besproken.

437 Zie Inbreng Verenso en NVAVG t.b.v. de wetsevaluatie Wzd-Wvggz-Wfz d.d. 11 februari 2021. Ook drie andere koepelorganisaties pleiten voor vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van het stappenplan, zij het dat hun pleidooi zich vooral erop toespitst dat in art. 11 tussenkomst van een externe deskundige wordt vereist, terwijl het er veeleer omgaat dat gewaarborgd is dat van een

de procedurele rechtsbescherming zoals die in het stappenplan heeft vorm gekregen ook in de relatie met de cliënt en diens vertegenwoordiger niet leidt tot overregulering en overmatige juridisering. Bij de behandeling van de Aanpassingswet in de Tweede Kamer heeft overigens de Minister van VWS aangegeven dat bij toekomstige evaluatie van de wet een nadere precisering te verwachten is van de situaties waarin het stappenplan van toegevoegde waarde is.[438]

Om de juiste balans te vinden tussen wat enerzijds nodig is uit een oogpunt van adequate rechtsbescherming en wat anderzijds onevenredig belastend is omdat het nauwelijks daaraan bijdraagt maar wel afbreuk kan doen aan goede zorg, kan als het ware aan verschillende knoppen worden gedraaid. Hierboven is de vraag gesteld of niet te differentiëren valt tussen een lichter en een zwaarder regiem van rechtsbescherming (aansluitend bij als lichter respectievelijk als zwaarder te beschouwen vormen van onvrijwillige zorg). Ook is de mogelijkheid genoemd om het toepassingsbereik van art. 2 lid 2 op een bepaalde manier te beperken. Een derde mogelijkheid zou kunnen zijn om (al dan niet naast en in samenhang met de twee andere) conform de desbetreffende aanbeveling in het rapport Evaluatie gedwongen zorg na te gaan welke bepalingen/onderdelen bij heroverweging van gemist of genuanceerd kunnen worden en om daarnaast te bezien wat - binnen het in het in de formele wet vastgelegde kader - aan lagere regelgeving respectievelijk aan zelfregulering door het veld kan worden overgelaten.
Dergelijke aanpassingen roepen wel de vraag op of de procedurele rechtsbescherming tegen onvrijwillige zorg dan nog steeds zou voldoen aan de eisen die daaraan vanuit het EVRM te stellen zijn. Zoals aangegeven in par. 5.2.4 is het kabinet in zijn reactie op het evaluatierapport van 2013 tot de conclusie gekomen dat het EVRM zich niet verzet tegen de procedure van het stappenplan in de Wzd. Aanpassingen zoals hierboven geopperd, maken dat niet anders. Immers aan de toegang tot de rechter verandert niets en het stappenplan blijft ook bij verdere uitwerking van onderdelen in een algemene maatregel van bestuur in hoofdzaak wettelijk geregeld op een wijze die in overeenstemming is met het EVRM.

De uitvoering van in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg is onderwerp van art. 13. Aanvankelijk bevatte dit artikel een uitvoerige regeling voor met name de eerste toepassing van onvrijwillige zorg. De zorgverlener die voornemens was hiertoe over te gaan, had hiervoor de toestemming van de zorgverantwoordelijke nodig. Deze moest op zijn beurt vooraf de Wzd-functionaris, de cliënt en diens vertegenwoordiger informeren. In de reeds meermalen genoemde brief van de koepelorganisaties Actiz, VGN en V&VN[439] werd in dit verband gesproken van een ‘complexe regeling die in de praktijk vooral als overbodige administratieve last wordt ervaren. Het gaat immers om de uitvoering van het zorg waartoe bij het opstellen van het zorgplan, met inachtneming van alle waarborgen waarin het stappenplan voorziet, is besloten.’ De organisaties verzochten om aanpassing van het artikel, zodanig dat de zorgverantwoordelijke zelf kan regelen onder welke voorwaarden een zorgverlener de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg kan uitvoeren.

---

onafhankelijk advies sprake is (brief Actiz, VGN en V&VN aan de leden van de vaste Tweede Kamer commissie voor VWS d.d. 15 januari 2021); zoals aangegeven heeft de tweede reparatiewet de Wzd op dat punt gewijzigd.

438 *Handelingen II* 2018/19, 35087, nr. 92.

439 Brief d.d. 15 januari 2021 aan de vaste Tweede Kamer commissie voor VWS.

Bij de behandeling van het voorstel voor de tweede reparatiewet in de Tweede Kamer is aan dit verzoek gehoor gegeven. Volgens de nieuwe bepalingen in art. 10 lid 8 sub 7 respectievelijk sub 8 beschrijft de zorgverantwoordelijke na het in art. 10 lid 3 voorgeschreven overleg in het zorgplan op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg hij moet instemmen met het verlenen van onvrijwillige zorg door de zorgverlener[440] respectievelijk in welke gevallen en wanneer hij daarover de cliënt of diens vertegenwoordiger informeert. Art. 13 bepaalt nu nog slechts dat de zorgverlener die tot toepassing van onvrijwillige zorg wil overgaan, daaraan voorafgaand moet vaststellen of het in het zorgplan omschreven ernstig nadeel zich voordoet, of de onvrijwillige zorg noodzakelijk en geschikt is om dat nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is, of er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het doel te bereiken, en tenslotte of op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

Over het schrappen van de verplichting de cliënt en zijn vertegenwoordiger te informeren over de eerste uitvoerig van onvrijwillige zorg kan verschillend worden gedacht. In plaats van dat af te laten hangen van wat daarover in het zorgplan is opgenomen, had men er ook voor kunnen kiezen om althans bij zwaardere maatregelen (zoals gedragsmedicatie en insluiten) dat element in de wet te behouden, inclusief de verplichting om de cliënt/zijn vertegenwoordiger te wijzen op de hen toekomende rechten. De wetgever heeft echter bij de totstandkoming van de tweede reparatiewet anders beslist.
Ten slotte twee opmerkingen over art. 12. Lid 1 van dat artikel houdt in dat bij verzet van de cliënt of zijn vertegenwoordiger tegen uitvoering van (bepaalde onderdelen van) het zorgplan, daaraan slechts uitvoering kan worden gegeven als met toepassing van art. 13 is vastgesteld dat uitvoering noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel. Verwarrend is dat de toelichting bij dit artikellid stelt dat uitvoering niet mag plaatsvinden als de cliënt zich tegen toepassing verzet. Dat lijkt toepassing uit te sluiten, hetgeen in strijd zou zijn met de bewoordingen van lid 1. Verder rijst de vraag hoe de bepaling zich verhoudt tot wat verderop in de wet geregeld is over zorg in onvoorziene situaties (zie de bespreking hieronder van art. 15). Art. 12 lid 2 houdt in dat als de voortgang van de uitvoering van het zorgplan of ontwikkelingen in de zorgbehoefte van de cliënt daartoe aanleiding geven, een nieuw of aangepast zorgplan moet worden vastgesteld. Wat dit artikellid beoogt te regelen lijkt echter reeds te volgen uit art. 8 en 9 van de Wzd.

In een situatie waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien of in een noodsituatie die zich voordoet in de periode dat nog geen zorgplan is vastgesteld, kan uitsluitend onvrijwillige zorg worden verleend op grond van een beslissing van de zorgverantwoordelijke waarin hij heeft vastgesteld dat het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn stoornis tot ernstig nadeel leidt en dat de betreffende vorm van onvrijwillige zorg die daarom wordt toegepast noodzakelijk, geschikt en proportioneel is om het nadeel te voorkomen of af te wenden, aldus art. 15. Ook moeten er geen minder ingrijpende mogelijkheden daartoe zijn en moet voorzien zijn in toezicht tijdens de toepassing. De zorgverantwoordelijke dient zijn beslissing zo spoedig mogelijk schriftelijk vast te leggen en daarbij aan te geven voor welke termijn de beslissing geldt; die termijn mag niet langer zijn

440 Als zich de situatie bedoeld in art. 8 lid 2 voordoet (de cliënt verblijft elders voor medische behandeling) wordt die instemming volgens art. 14 gegeven door de verantwoordelijk arts van de zorgaanbieder waar de geneeskundige behandeling wordt uitgevoerd.

dat twee weken. In bepaalde gevallen (bijvoorbeeld als de zorg medische handelingen of beperkingen van de bewegingsvrijheid inhoudt) moet de zorgverantwoordelijke (als hij zelf geen arts is) over zijn beslissing overleg voeren met de bij de zorg betrokken arts. Volgens de toelichting betekent 'onvoorzien voor de toepassing van dit artikel ook echt onvoorzien: het kon niet van tevoren worden bedacht.'[441] Als een bepaalde situatie zich regelmatig voordoet, dan is zij te voorzien en dient het zorgplan daarop te worden aangepast, aldus de toelichting. Als dan toch met beroep op art. 15 onvrijwillige zorg wordt toegepast, wordt geen verantwoorde zorg verleend.
Een dergelijke situatie heeft in 2020 aanleiding gegeven tot een oordeel van de Klachtencommissie onvrijwillige zorg. Op een cliënte werden veelvuldig fixaties toegepast. Die waren echter niet opgenomen in het zorgplan; voor de uitvoerig daarvan beriep de zorgaanbieder zich op noodsituaties. Volgens de commissie was dat beroep onterecht; gelet op de regelmaat waarmee de cliënte was gefixeerd, was redelijkerwijs voorzienbaar dat die maatregel nog wel vaker zou moeten worden toegepast. Deze kon derhalve niet op basis van art. 15 plaatsvinden. De klacht van cliënte werd daarom toegewezen en de instelling moest binnen een maand haar zorgplan heroverwegen en met behulp van het stappenplan inzichtelijk maken op welke wijze de fixaties zouden worden voortgezet, inclusief de rol van de Wzd-functionaris daarbij.[442]
Lid 5 van art. 15 regelt ten slotte nog de bijzondere situatie dat men wil ingrijpen om een noodsituatie te voorkomen, en wel door het uitvoeren van onderzoek aan lichaam of kleding, de woonruimte en/of de poststukken van de cliënt. Dan moet wel sprake zijn van een gegrond vermoeden van aanwezigheid binnen de accommodatie van voorwerpen die de cliënt niet in zijn bezit mag hebben of die een aanzienlijk risico op ernstig nadeel veroorzaken. In dit geval kan de zorgverantwoordelijke zijn beslissing na het onderzoek op schrift stellen; de ontnomen voorwerpen worden voor de cliënt bewaard.

5.3.4 Onvrijwillige zorg buiten een accommodatie

Evenals bij de Wvggz het geval is, is ook op grond van de Wzd ambulante gedwongen zorg mogelijk. In de Wzd betreft het dan onvrijwillige zorg buiten een accommodatie. In de wet zelf wordt dat onderwerp nauwelijks geregeld (afgezien van het feit dat de daarin opgenomen bepalingen over onvrijwillige zorg inclusief het daarbij te volgen stappenplan, in beginsel ook van toepassing zijn bij ambulante zorgverlening). Alleen art. 2a lid 1 is specifiek op ambulante onvrijwillige zorg gericht. Dat bepaalt dat onvrijwillige zorg, anders dan die in een accommodatie aan een cliënt wordt verleend, uitsluitend de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van onvrijwillige zorg omvat, toegepast onder de daarbij gestelde regels.
Die aanvullende voorwaarden zijn (met uitvoerige toelichting) te vinden in het Besluit zorg en dwang. De strekking van dat besluit is dat het afhankelijk is van de cliënt en de concrete situatie of onvrijwillige zorg beter thuis of in een accommodatie kan worden toegepast.[443] Dat voor de onvrijwillige zorg buiten accommodaties extra waarborgen gelden, wordt in de toelichting gemotiveerd met het argument dat daar bepaalde randvoorwaarden minder vanzelfsprekend vervuld

441 De toelichting is daarmee overigens strenger dat de wetstekst; die spreekt immers over situaties die men redelijkerwijs niet kon voorzien.

442 Klachtencommissie onvrijwillige zorg, 27 juli 2020, *JGZ* 2020, afl.5, nr. 92, met noot B. Frederiks.

443 Frederiks e.a., 2019, p. 351.

zijn. ‘Zo is, anders dan bij zorg binnen een accommodatie, bij zorg buiten een accommodatie geen sprake van een structuur waarin zorgverleners aanwezig zijn die te allen tijde toegang hebben tot de cliënten voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van verzorging, begeleiding of ondersteuning.’[444] Overigens is de zorgaanbieder niet verplicht om ambulante onvrijwillige zorg te leveren. Is dat enerzijds te begrijpen vanwege de problemen die met zulke zorg gepaard kunnen gaan, het wringt wel wat met het oogmerk van de wetgever dat de cliënt de zorg krijgt op de plek die het beste bij hem past. Dat kan immers heel goed de thuissituatie zijn.

Zoals vermeld in par. 5.3.3 wordt in art. 1 lid 1 Wzd onder accommodatie verstaan: een bouwkundige voorziening (of deel daarvan) met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend. Dat is een tamelijk open omschrijving.[445] De definitie was volgens een notitie van het Ministerie van VWS[446] oorspronkelijk bedoeld om het verschil tussen een traditionele intramurale instelling en de thuissituatie van de cliënt van elkaar te onderscheiden. In de afgelopen jaren zijn er echter steeds meer tussenvormen ontstaan, zoals kleinschalige woonvormen. Bepalend voor een accommodatie is dat het een locatie betreft waar cliënten volgens een van de in de hoofdstuk 3 van de Wzd geregelde procedures kunnen worden opgenomen, aldus de notitie. Inhoudelijke eisen worden daaraan in de Wzd niet gesteld. Als een zorgaanbieder een locatie als accommodatie aanduidt, dan geldt zij als zodanig; het betekent dat er cliënten (kunnen) verblijven die daartoe geen bereidheid hebben getoond of die bereidheid niet konden tonen en die daarom via een wettelijke procedure zijn opgenomen. Het gevolg van die aanduiding als accommodatie is dat de extra eisen die het Besluit stelt aan ambulante onvrijwillige zorg niet meer van toepassing zijn als de zorg *in* de accommodatie wordt verleend. Wordt zij *vanuit* de accommodatie uitgevoerd, dan is dat wel het geval, ook als de betreffende zorg in een andere locatie, niet zijnde een accommodatie wordt verleend.

Voor het (ruimere) begrip locatie wordt aangesloten bij de definitie van vestiging, zoals omschreven in het Handelsregister. Een locatie is dan een gebouw van een zorginstelling waar de activiteiten in of vanuit dat gebouw worden uitgeoefend. Op grond van art. 20 Wzd moet elke zorgaanbieder die onvrijwillige zorg als bedoeld in art. 2 lid1 verleent, de locatie(s) waar of waarvan uit dat gebeurt, laten registreren in het openbare locatieregister en daarbij aangeven of de locatie een accommodatie is.[447] Registratie als locatie hangt daarmee af van de vraag of de zorgaanbieder onderkent dat in een bepaalde situatie daadwerkelijk sprake is van onvrijwillige zorg. Van dat onderkennen lijkt lang niet altijd sprake te zijn.[448] Recentelijk heeft ook de regering in de Eerste Kamer desgevraagd aangegeven dat zij zich realiseert dat onvrijwillige zorg soms niet herkend wordt door zorgaanbieders waardoor locaties niet geregistreerd zijn die wel geregistreerd hadden moeten worden.[449] Die omstandigheid

---

444 Toelichting Besluit zorg en dwang, p. 9-10.

445 Blijkens de toelichting op het Besluit (p.20) had ook de inspectie daar moeite mee; omdat de reikwijdte van het begrip ‘accommodatie’ bepalend is voor welke onvrijwillige zorg de in het Besluit opgenomen aanvullende eisen gelden, zou verduidelijking nodig zijn.

446 Notitie de betekenis van ‘locatie en accommodatie’, Ministerie van VWS, december 2020.

447 Het is overigens onduidelijk waarom hier ook niet art. 2 lid 2 genoemd wordt.

448 Zo stelt een recent rapport: ‘De cvp-aanbieders zien in de praktijk dat zorgaanbieders vaak niet (h)erkennen dat zij ook op andere locaties en ook ambulant onvrijwillige zorg bieden.’ (Xpertise Zorg, *Onderzoek clientenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang*, juli 2021, p. 16).

449 *Kamerstukken I* 2020/21, 35667 C, p. 3-4.

kan overigens ook de inspectie belemmeren bij uitoefening van zijn toezichts- en handhavingstaak. Tegen die achtergrond zou overwogen kunnen worden om art. 20 lid 1 aan te passen, bijvoorbeeld in de zin dat de registratieplicht reeds geldt als redelijkerwijs te verwachten is dat enigerlei vorm van onvrijwillige zorg in het betreffende gebouw zal plaatsvinden.

Los van het bovenstaande rijst de vraag waarom de wetgever de grens heeft willen trekken tussen accommodaties en andere locaties. Voor de toepasselijkheid van extra waarborgen is vooral van belang over welke voorzieningen een locatie beschikt om binnen de eigen muren zorg te verlenen en in het bijzonder of daar voldoende en gekwalificeerd personeel aanwezig is om verantwoorde zorg te leveren. Locaties zullen in dit opzicht verschillen.[450] Het kan zijn dat in een gebouw dat als locatie te boek staat, zorg wordt verleend (ook aan cliënten die daar vrijwillig verblijven) met alle voorzieningen die daarvoor ingevolge de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) getroffen moeten zijn; anderzijds kan bijvoorbeeld ook slechts sprake zijn van een kantoorgebouw waar zorg wordt georganiseerd die op een andere plek (dat zal dan met name thuis zijn) wordt verleend. Tegen die achtergrond zou men de toepasselijkheid van de aanvullende voorwaarden voor onvrijwillige ambulante zorg eventueel kunnen beperken tot locaties waar de voorzieningen voor verantwoorde zorg ontbreken en waar de Wkkgz niet van toepassing is, alsmede zorg in thuissituaties.

Om welke aanvullende eisen het gaat, is te vinden in het Besluit zorg en dwang. Gelet op de bewoordingen van art. 2a Wzd zou men verwachten dat slechts een deel van de negen in art. 2 lid 1 van de wet genoemde vormen van onvrijwillige zorg zouden zijn aangewezen als zorg die ambulant mag worden verleend. Dat is echter niet het geval. In art. 2.1 van het Besluit worden alle negen in art. 2 lid 1 Wzd opgesomde vormen van onvrijwillige zorg genoemd als zorg die – mits aan de bijkomende voorwaarden is voldaan – ook ambulant kan plaatsvinden. Geen enkele vorm wordt uitgesloten, en wel ‘om een zo breed mogelijke keuze in het leveren van zorg op maat mogelijk te maken’, aldus de Toelichting.
Die bijkomende voorwaarden zijn te vinden in art. 2.2 lid 1 van het Besluit.[451] Uitgangspunt daarbij is dat ook in de ambulante situatie bepalend is wat in het zorgplan over onvrijwillige zorg is opgenomen. Een eerste voorwaarde is dat in het overleg voorgeschreven in de leden 3 en 10 van art. 10 Wzd (onderdeel van het stappenplan) besproken moet zijn op welke wijze toezicht op de cliënt wordt gehouden om diens veiligheid voldoende te verzekeren en hoeveel zorgverleners op het moment van daadwerkelijke uitvoering van de onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen; een en ander moet ook zijn beschreven respectievelijk vastgelegd in het zorgplan. Een tweede voorwaarde is dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is (ook buiten kantooruren) voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg. Tenslotte dient de zorgaanbieder in het beleidsplan bedoeld in art. 19 Wzd te hebben vastgelegd:

450 Dat geldt overigens ook als het een accommodatie betreft; wat een accommodatie is, wordt immers formeel slechts bepaald door de vraag of een locatie door de zorgaanbieder als zodanig is aangemeld.

451 Art. 2.2 lid 2 heeft betrekking op onvoorziene en noodsituaties, zoals bedoeld in art. 15 Wzd; dat blijft hier verder buiten beschouwing.

— hoe beoordeeld wordt of ambulante onvrijwillige zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie;
— hoe door middel van toezicht de veiligheid bij ambulante onvrijwillige zorg voldoende kan worden gewaarborgd;
— hoe wordt beoordeeld hoeveel zorgverleners ter plekke moeten zijn bij de toepassing van uitvoering van ambulante onvrijwillige zorg;
— hoe bij die uitvoering op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van de cliënt;
— hoe de bereikbaarheid van en ondersteuning door de deskundige zorgverlener wordt geborgd;
— en hoe bij ambulante onvrijwillige zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

In de Toelichting wordt ten aanzien van het toezicht gesteld dat dit in bepaalde gevallen mogelijk gedeeltelijk aan de mantelzorger kan worden overgelaten. Zo dat al mogelijk is, dan blijft de zorgaanbieder toch te allen tijde verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg (er rust ook geen plicht op de mantelzorger om zorg te dragen voor dergelijk toezicht). Dat betekent dat de zorgaanbieder zich ervan vergewist dat de persoon aan wie het toezicht wordt overgelaten, in staat is die taak uit te oefenen en de consequenties van zijn handelen goed te overzien. Bovendien moet de zorgaanbieder zorgen voor voldoende instructies en op afroep beschikbaar zijn, indien de familie of naaste aangeven daaraan in een specifieke situatie behoefte te hebben.
Bij het toezicht speelt uiteraard ook de vraag in welke mate domotica daarin een rol mogen spelen; toepassing daarvan kan immers diep ingrijpen op het privéleven.[452] Men heeft toepassing van domotica echter niet willen uitsluiten. In de Toelichting wordt gesteld dat (ook) op dit punt geen gedetailleerde voorschriften zijn vastgesteld; dat zou goede zorgverlening kunnen belemmeren en in de weg kunnen staan aan de mogelijkheid om via inzet van domotica het toezicht op een voor de cliënt zo min mogelijk belastende manier te realiseren.
In de Toelichting wordt ten slotte nog uitvoerig aandacht besteed aan de vraag of de regeling voor ambulante dwang zoals opgenomen in wet en besluit te verenigen is met de eisen van art. 8 (en art. 2 Vierde Protocol) respectievelijk art. 5 van het EVRM. Bij art. 8 gaat het dan om de eis dat een vrijheidsbeperking bij wet is voorzien, een legitiem doel dient en noodzakelijk is in een democratische samenleving. Bij art. 5 gaat het erom of voorafgaand aan een vrijheidsontneming op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld, die stoornis dermate ernstig is dat vrijheidsontneming noodzakelijk is, en periodiek wordt bezien of de stoornis nog steeds aanwezig is.[453] Volgens de regering is door ambulante dwang aan wettelijke voorschriften te binden zoals dat in wet en besluit heeft plaats gevonden, aan die eisen voldaan.

De regeling voor ambulante onvrijwillige zorg is tot stand gekomen in uitvoerig overleg met het veld. Volgens de Toelichting (p. 22) is daarbij gebleken dat de geraadpleegde partijen worstelden met de invulling en uitwerking van ambulante dwang, waarbij de reacties verschilden, zowel over de vraag welke voorwaarden daaraan zouden moeten worden verbonden, als over de vraag of ambulante

452 Zie daarover in algemene zin ook Blankman e.a., *JGGZR* 2019.

453 Overigens heeft het Europese Hof volgens de Toelichting (p. 17) nooit eerder uitspraak gedaan over onvrijwillige vrijheidsontneming buiten een accommodatie; de genoemde criteria zijn daarom afgeleid uit jurisprudentie over onvrijwillige opname en andere maatregelen van onvrijwillige zorg.

dwang überhaupt zou moeten worden toegestaan. Ook in de Evaluatie gedwongen zorg zijn vraagtekens geplaatst bij het mogelijk maken van ambulante dwang, waarbij met name aandacht is gevraagd voor de mogelijkheid van en voorwaarden voor adequaat overheidstoezicht daarop.[454] Een ander mogelijk knelpunt is de betrokkenheid van de huisarts.[455] De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft zijn zorgen geuit als het gaat om de rol van de huisarts in dit verband; men wil niet verantwoordelijk zijn voor de volledige medisch zorg als in de thuissituatie onvrijwillige zorg wordt geboden.[456] Maar kan ambulante zorg wel op verantwoorde wijze plaatsvinden als huisartsen niet meewerken? Andere vragen betreffen de rol van de mantelzorger (wat kan/mag men realiter aan hem of haar overlaten?) en de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid (ook tuchtrechtelijk) van de betrokken beroepsbeoefenaren als er zaken misgaan.
De kernvraag is echter of uitvoering van ambulante dwang in de thuissituatie in de praktijk wel met voldoende waarborgen voor de veiligheid en rechten van de cliënt te realiseren is.[457] 'Waar intramuraal hoge eisen worden gesteld aan randvoorwaarden als beschikbaarheid en bereikbaarheid van voldoende geschoold personeel en veiligheid van ruimtes en te gebruiken materiaal, zijn vergelijkbare randvoorwaarden in de thuissituatie vaak lastig tot niet te realiseren', aldus De Roode.[458] Begin 2021 is door Verenso en de NVAVG opnieuw aandacht gevraagd voor de haalbaarheid van ambulante dwang.[459] Volgens beide organisaties zijn essentiële randvoorwaarden nog niet uitgekristalliseerd. Die zouden duidelijk en op orde dienen te zijn, wil ambulante dwang op verantwoorde wijze mogelijk zijn.

5.3.5 Opname en verblijf in een accommodatie

Onder bovenstaande noemer zal hier achtereenvolgens aandacht worden besteed aan de opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging, de rechterlijke machtiging tot opneming en verblijf, en opname en verblijf in crisissituaties middels de beschikking van de burgemeester tot inbewaringstelling. Het gaat daarbij niet om een integrale beschrijving en bespreking, maar veeleer om een korte beschrijving/bespreking van aspecten die de aandacht vragen, mede gelet op reacties en commentaren uit het veld en in de literatuur. Buiten beschouwing blijft de voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen (art. 28aa – 28dd). Dat geldt ook voor de samenloop met de Wvggz (zie daarover hoofdstuk 8) en de samenloop met beslissingen in de strafrechtelijke en forensische sfeer (zie hoofdstuk 9).

Evenals de Wet Bopz kent ook de Wzd een specifieke procedure voor opname in een accommodatie van cliënten die geen blijk (kunnen) geven van de nodige bereidheid tot opname, maar zich daar ook

454 Legemaate e.a., 2014.

455 'Juist als het gaat om het verlenen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie en de draagkracht van de familie en naasten is overleg en afstemming met de huisarts hierbij onontbeerlijk', aldus de Toelichting (p. 27).

456 Aldus Frederiks e.a., 2019. Zie over de rol van de huisarts ook *Kamerstukken II* 2018/19, 35087, nr.21.

457 Vergelijkbare vragen zijn overigens te stellen in zoverre met toepassing van art. 7:465 lid 6 BW ambulante dwang in de thuissituatie plaatsvindt.

458 R. de Roode, Nieuwe dwangwetten in de zorg: is ambulante dwang wel haalbaar? *TvGR* 2019, p. 3-4.

459 Inbreng Verenso en NVAVG ten behoeve van de wetsevaluatie Wzd-Wvggz-Wfz d.d. 11 februari 2021.

niet tegen verzetten.[460] De betreffende Wzd procedure komt grotendeels overeen met die in art. 60 e.v. van de Wet Bopz: het besluit tot opneming wordt genomen door het CIZ, de rechter speelt daarbij geen rol.[461] Het CIZ kan dat besluit alleen nemen als het gedrag van de cliënt als gevolg van diens aandoening of stoornis leidt tot ernstig nadeel en de opname noodzakelijk is om dat te voorkomen of af te wenden, terwijl er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om dat doel te bereiken. In art. 22 lid 1 wordt aangegeven wie een dergelijk besluit bij het CIZ kan aanvragen. Het CIZ moet binnen 6 weken na de datum van de aanvraag beslissen. In zijn besluit moet het de geldigheidsduur vermelden; anders dan in de gelijksoortige procedure in de Wet Bopz geldt daarbij een maximum van 5 jaar. Dat maximum geldt ook voor eventuele besluiten tot verlenging. Het besluit tot opname en verblijf vervalt als de Wlz-indicatie vervalt[462], als een rechterlijke machtiging of beschikking tot inbewaringstelling wordt afgegeven, of het CIZ op verzoek van de cliënt heeft vastgesteld dat deze zijn bereidheid tot opname heeft uitgesproken. Voor de effectuering van het besluit/de plaatsing van de cliënt is het Voorschrift zorgtoewijzing van belang.[463] Dit maakt onderdeel uit van de Wlz-overeenkomst 2021 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en sluit aan bij het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren. Het voorschrift is van toepassing op alle cliënten met een geldig indicatiebesluit voor zorg die valt binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). Volgens dat besluit zijn zorgaanbieders in principe gehouden cliënten te accepteren waarvoor het zorgkantoor een zorgplicht heeft. Zij kunnen wel in bepaalde, in hoofdstuk 5 van het Voorschrift nauw omschreven omstandigheden weigeren een cliënt in zorg te nemen, dan wel de zorg voor hem of haar beëindigen.
Een juridisch relevante vraag is wat nu precies de status is van de cliënt die is opgenomen op grond van een CIZ besluit. Zijn verblijf is in elk geval niet onvrijwillig, want dan is een rechterlijke machtiging vereist. In de literatuur wordt die status regelmatig aangeduid als niet-vrijwillig, kennelijk omdat betrokkene geen bereidheid heeft kunnen uitspreken. Ook in de toelichting op de wet wordt vanwege het ontbreken van bereidheid over niet-vrijwillig gesproken, ook omdat de opneming in de praktijk zou kunnen leiden tot opname op een gesloten afdeling (zonder dat dat overigens een automatisme behoort te zijn). Dat noopt tot een onafhankelijke toets of de opneming noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel, aldus de toelichting. Anderzijds wordt in de Wzd niet aangegeven wat precies de rechtsgevolgen van het CIZ-besluit zijn. Kan de cliënt, mocht hij daartoe in staat zijn, zich desgewenst aan de zorg onttrekken en de accommodatie verlaten? Ook in de Evaluatie gedwongen zorg is al de vraag op geworpen of niet moest worden aangenomen dat voorheen op grond van art. 60 Wet Bopz opgenomen cliënten formeel juridisch gezien vrijwillig verbleven.[464] Als zij hadden willen vertrekken (gesteld dat ze daar fysiek/mentaal toe in staat zouden zijn), zou in elk geval een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling nodig geweest zijn om dat te beletten. Eenzelfde vraag kan gesteld worden bij de art. 21 procedure in de Wzd. Nergens in de wet is aangegeven dat de op grond van deze procedure opgenomen cliënt de accommodatie niet mag verlaten. In het veld bestaan

460 Van verzet is niet alleen sprake bij een expliciete weigering, maar ook als uit het gedrag van de cliënt blijkt dat hij het niet eens is met de opname.

461 Alle lopende 'art. 60 indicaties' zijn dan ook bij in werking treden van de Wzd omgezet in een besluit op grond van art. 21 e.v. Wzd

462 Zie de kanttekening die in par. 5.2.2 is gemaakt bij de koppeling van de reikwijdte van de Wzd met die van de Wlz.

463 *Voorschrift zorgtoewijzing 2021*, Zorgverzekeraars Nederland, mei 2021.

464 Legemaate e.a., 2014, p. 69.

daar kennelijk soms andere opvattingen over.[465] De gedachte dat het verblijf in laatste instantie formeel als vrijwillig te beschouwen is, vindt echter ook steun in de regeling voor verlof en ontslag (art. 47 - 48 Wzd). Was die in het oorspronkelijke voorstel van wet ook van toepassing op cliënten opgenomen op basis van een CIZ-besluit[466], in de versie van de wet zoals die inmiddels luidt, is dat niet meer het geval en zijn de betreffende bepalingen alleen van toepassing op cliënten die met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling zijn opgenomen.[467] Tenslotte is bij de opneming via het CIZ geen sprake van een conflict tussen cliënt en samenleving, maar van rechtsbescherming ten behoeve van de cliënt in verband met het feit dat het verblijf in een accommodatie met beperkingen gepaard gaat en aspecten van onvrijwilligheid kan krijgen. Vanwege het niet conflictueuze karakter van die procedure, is ook niet voorzien in bezwaar en beroep tegen het door het CIZ genomen opnamebesluit, aldus de Nota naar aanleiding van het Verslag.[468]

Voor het functioneren van de regeling in de praktijk is uiteraard de rolvervulling door het CIZ van belang. De wetgever heeft op dit punt in enkele waarborgen voorzien. Zo bepaalt art. 21 lid 4 dat bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld betreffende de deskundigheidseisen waaraan het CIZ moet voldoen. Verder dient het CIZ op grond van art. 3.2 lid 1 Besluit zorg en dwang bij de voorbereiding van zijn besluit in ieder geval een arts betrekken. Twijfelt het CIZ of sprake is van onvrijwilligheid bij de cliënt, dan meldt het dit aan de aanvrager van het besluit en vraagt het om het oordeel van een bij ministeriele regeling aangewezen deskundige, aldus art. 22 lid 11. Als geoordeeld wordt dat van onvrijwilligheid sprake is, dan dient uiteraard vervolgens de procedure tot aanvraag van een rechterlijke machtiging te worden gevolgd. In 2020 is een evaluatierapport verschenen waarin onder meer wordt ingegaan op het functioneren van het CIZ bij uitvoering van Wzd taken.[469] Daaruit komt naar voren dat er geen signalen waren van ontevredenheid over het handelen van het CIZ ten tijde van uitvoering van de art. 60 procedure in de Bopz. Mogelijk kunnen die wel optreden bij de nieuwe taken die het CIZ heeft gekregen in het kader van de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling, waarbij het ook met geheel nieuwe samenwerkingspartners (het OM en de rechtspraak) te maken kreeg (zie hieronder).

Als cliënten zich verzetten tegen een noodzakelijke opname in een accommodatie (of zich verzetten tegen hun verblijf na een opname op grond van art. 21 Wzd), is een rechterlijke machtiging vereist. Bij de wijze waarop deze vorm van onvrijwillige opname in de Wzd is geregeld, is in veel opzichten aangesloten bij de procedure voor de rechterlijke machtiging in de Wet Bopz. Er is wel een vereenvoudiging aangebracht; was in de Wet Bopz sprake van verschillende soorten machtigingen, in

---

465 Zie bv. de handreiking voor zorgaanbieders inzake de Wzd (*Wet zorg en dwang; handreiking voor zorgaanbieders*, VGN/Actiz, september 2019, p.47) waarin wordt gesteld dat de opname 'vrijwillig wordt voortgezet' en dat de cliënt 'geen toestemming meer nodig heeft om de accommodatie tijdelijk te verlaten' als de cliënt zich wilsbekwaam alsnog bereid heeft verklaard met zijn verblijf.

466 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 2, art. 42 – 43.

467 Het is dus niet zo (zoals wel in de literatuur is gesteld) dat de wetgever is 'vergeten' de Wzd-functionaris te betrekken bij het verlof van cliënten opgenomen op grond van een CIZ besluit: de verlofregeling is op hen niet van toepassing.

468 *Kamerstukken II* 2010/11, 31996, nr. 6, p. 7.

469 Significant Public, *Het CIZ leert door; kaderwetevaluatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (2015-2020)*, december 2020., p. 33-35.

de Wzd is nog slechts sprake van een soort: de machtiging tot opname en verblijf (art. 24 e.v.). Ook de voorwaardelijke machtiging is daarbij voor een belangrijk deel verdwenen en alleen nog een mogelijk alternatief als het om jongvolwassenen gaat, aansluitend op zorg op grond van de Jeugdwet (art. 28aa e.v.). Het is niet geheel duidelijk waarom deze tamelijk rigoureuze stap is gezet; in de psychiatrie is deze modaliteit immers van aanzienlijk belang gebleken. De wetgever was kennelijk van mening dat voor de doelgroepen waarop de Wzd zich richt, het bij de voorwaardelijke machtiging aan voldoende praktische betekenis ontbrak. Overigens is het wel mogelijk voorwaarden te stellen aan verlof of ontslag, maar dat kan uiteraard pas als de cliënt eenmaal is opgenomen.
Een verschil is dat niet langer – zoals in de Wet Bopz nog het geval was – het OM de aanvragende rol speelt, maar deze is neergelegd bij het CIZ. Dat sluit, aldus de toelichting op de betreffende wetsartikelen[470], bijzonder goed aan op de rol die het CIZ al vervult tijdens de indicatieprocedure waarin het CIZ niet alleen de zorgvraag toetst, maar ook moet beoordelen of de cliënt kan instemmen met opname.
Overigens komt in het hierboven al vermelde verslag van de kaderwetevaluatie van het CIZ naar voren dat het voor het CIZ nog best wennen was aan deze – vergeleken bij de Bopz – nieuwe taak; 'De implementatie van de Wzd ging niet zonder slag of stoot', aldus het verslag.[471] Ook vanuit het veld zijn wel kanttekeningen geplaatst. Met name is de vraag gesteld of het CIZ wel optimaal werkt als het gaat om het kiezen tussen een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging of een onvrijwillige opname waarbij die machtiging is vereist (dit mede in verband met de vaststelling of wel van verzet in de zin van de wet kan worden gesproken). Aanbevolen wordt dat het CIZ ter zake een eenduidig landelijk beleid ontwikkelt om te bepalen of een art. 21 dan wel een art. 24 procedure aangewezen is en voorafgaand aan zijn beslissing de inschatting/het oordeel van de behandelend arts betrekt.[472] Daarbij moet wel worden aangetekend dat de wet in art. 22 lid 11 – 12 het CIZ al verplicht een externe deskundige te raadplegen bij twijfel over de onvrijwilligheid.
Het CIZ kan de rechter om een machtiging verzoeken nadat de familie of vertegenwoordiger van de cliënt, dan wel de zorgaanbieder die hem zorg verleent of diens Wzd-functionaris, daartoe een schriftelijke aanvraag heeft ingediend. In het verzoek moet de gewenste duur van de machtiging worden vermeld. Wil de rechter het verzoek honoreren dan moet voldaan zijn aan dezelfde voorwaarden als bij een CIZ-besluit tot opname en verblijf: er dient sprake te zijn van ernstig nadeel[473] vanwege het gedrag van de cliënt volgend uit zijn aandoening of stoornis, de opname dient noodzakelijk en geschikt te zijn om dat af te wenden[474], en er dient geen minder ingrijpend middel voorhanden te zijn. Voordat het CIZ zijn verzoek indient, moet het zelf al nagaan of er grond is om aan te nemen dat aan die voorwaarden is voldaan, en uiteraard ook of het om een onvrijwillige opname zou gaan.
Bij zijn verzoek aan de rechter moet het CIZ een aantal documenten overleggen. Een belangrijk

470 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr.3, p. 28-29.

471 Significant Public, 2020, p. 33.

472 Inbreng Verenso en NVAVG ten behoeve van de wetsevaluatie Wzd-Wvggz-Wfz d.d. 11 februari 2021.

473 Zie over de vraag of ernstig nadeel in een specifieke situatie kon worden aangenomen de beschikking van de Rechtbank Rotterdam d.d. 17 maart 2021, ECLI:NL:RBROT:2021:2544

474 Naast de vraag of in casu sprake was van een psychogeriatrische aandoening kwam de noodzaak en geschiktheid van de opname als middel om ernstig nadeel af te wenden aan de orde in een uitspraak van de Rechtbank Noord-Nederland d.d. 4 maart 2021, ECLI:NL:RBNNE:2021:1138.

onderdeel daarvan is de geneeskundige verklaring, op te stellen door een ter zake kundige arts die de cliënt met het oog op de machtiging kort tevoren heeft onderzocht, maar die tenminste gedurende een jaar geen zorg heeft verleend aan de cliënt en ten opzichte van de zorgaanbieder onafhankelijk functioneert. Volgens de toelichting op de betreffende wetsbepaling (art. 26 lid 6 sub d) is als het gaat om iemand met een psychogeriatrische aandoening een verpleeghuisarts/specialist ouderengeneeskunst (SOG) of sociaal geriater[475] deskundig, terwijl de medische verklaring voor iemand met een verstandelijke beperking door een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) moet worden opgesteld. Als naast de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking ook sprake is van psychiatrische problematiek, is een verklaring van alleen een SOG of AVG niet voldoende, en is ook een verklaring van een psychiater nodig, aldus vaste jurisprudentie onder de Wet Bopz. Die lijn lijkt onder de Wzd te worden voortgezet, maar het is niet uitgesloten dat de rechter bij multiproblematiek anders oordeelt als het ernstig nadeel uitsluitend veroorzaakt wordt door de verstandelijke beperking of dementie.[476]
De eerste machtiging tot opname en verblijf heeft een geldigheidsduur van maximaal 6 maanden. Tegen de uitspraak van de rechter staat alleen beroep in cassatie open. Als verwacht wordt dat na afloop van de geldigheidsduur voortzetting van de onvrijwillige opname noodzakelijk is, dient de zorgaanbieder tijdig een nieuwe, aansluitende machtiging aan te vragen; ook dan vervult het CIZ weer zijn schakelfunctie tussen aanvrager en rechter. Een eerste opvolgende machtiging heeft op grond van art. 39 lid 4 en 5 een geldigheidsduur van ten hoogste 5 jaar als het een cliënt betreft met een psychogeriatrische aandoening en ten hoogste 2 jaar voor een cliënt met een verstandelijke beperking (of 5 jaar als duidelijk is dat geen wijziging zal optreden in zijn toestand).
Volgens art. 39 lid 7 moet de machtiging binnen 4 weken ten uitvoer worden gelegd. Hier doet zich een aantal knelpunten voor. In de eerste plaats voorziet de wet niet in het overbrengen van de cliënt naar de instelling; het ontbreken van een dergelijk dwangmiddel wordt in de praktijk als een gemis ervaren. Daarbij komt dat zorgaanbieders op grond van de Wzd niet gehouden zijn tot opname van een cliënt met een machtiging. Een laatste – substantiëler – probleem is het chronische gebrek aan geschikte plaatsen. Vanuit het veld is daarvoor met klem aandacht gevraagd, niet in de laatste plaats waar het mensen met een verstandelijke beperking betreft.[477] De schaarste aan mogelijkheden tot plaatsing (die in het bijzonder ook crisisplaatsen betreft[478]) maakt regionaal overleg – dat ook uit anderen hoofde al zeer wenselijk is - des te meer noodzakelijk.[479] Echter in de Wzd is geen wettelijk verplicht regionaal overleg tussen alle betrokken instanties en organisaties voorgeschreven, zoals dat wel in art. 8.31 Wvggz is gebeurd.

Naast de rechterlijke machtiging is er nog een tweede vorm van onvrijwillige opname, de inbewaringstelling (IBS; zie art. 29 e.v. Wzd). Deze is bedoeld voor de situatie dat het ernstig nadeel

---

475 De sociaal geriater moet inmiddels uit dit rijtje worden geschrapt; deze is weliswaar geregistreerd als arts in de zin van art. 3 Wet Big, maar niet erkend als specialist in de zin van art. 14 van die wet.

476 Plomp, *TvGR* 2021.

477 Taskforce Verbinding Veiligheid en Zorg Midden-Nederland, brief aan de Staatssecretaris van VWS d.d. 1 maart 2021

478 J. van Erp, De Wet zorg en dwang, een half jaar later, *JGGZR* 2020(5) 53, 6 oktober 2020.

479 Zie over het probleem van onvoldoende (crisis)plaatsen en over de noodzaak van regionale samenwerking ook *De zorgvuldige uitvoering van dwang in de zorg echt goed uitvoeren kan alleen regionaal. Wat ziet de inspectie na een half jaar Wvvgz en Wzd?* IGJ, december 2020

zodanig onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht. Alsdan kan opneming plaatsvinden op basis van een daartoe strekkende beschikking van de burgemeester[480] van de gemeente waar de betrokkene zich bevindt. De hiervoor geldende procedure is vergelijkbaar met die in de Wet Bopz. Evenals in die vroegere wet is het voor een IBS voldoende dat het ernstig vermoeden bestaat dat het ernstig nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van betrokkene als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, al dan niet mede in combinatie met een psychische stoornis. Zoals voor elke vorm van onvrijwillige zorg of opname gelden ook voor een IBS de criteria van noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit. Verder is, net als voorheen onder de Wet Bopz het geval was, voorafgaand aan de beschikking van de burgemeester een verklaring nodig van een ter zake deskundig arts waaruit blijkt waaruit de onvrijwilligheid bestaat en dat aan de voor een IBS vereiste voorwaarden wordt voldaan. Art. 30 van de wet bevat nadere regels ten aanzien van die arts en het door hem te verrichten onderzoek alvorens hij de verklaring opstelt.

Een IBS heeft een geldigheidsduur van maximaal 3 dagen, tenzij het CIZ voor het verlopen van die termijn bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS indient (art. 37 lid 1).[481] Die laatste machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste 6 weken. Binnen drie dagen na ontvangst van het verzoek moet de rechter daarop een beslissing nemen. In art. 38 wordt aangegeven hoe de rechter daarbij te werk dient te gaan. De in dat artikel opgenomen procedurele regels (zoals horen van de cliënt, tenzij dat onmogelijk is) zijn overigens ook van toepassing als de rechter moet besluiten over het verlenen van een machtiging tot opname en verblijf.
De burgemeester gaat binnen 24 uur na afgifte van de beschikking over tot tenuitvoerlegging. Daarbij kan hij de hulp inroepen van deskundige zorgverleners en van politie-ambtenaren. Zij hebben meerdere bevoegdheden, waaronder het zo nodig binnentreden van de woning van de betrokkene. Anders dan bij een CIZ-besluit of een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf, voorziet de wet hier wel in de mogelijkheid een zorgaanbieder tot opneming te dwingen. Dat heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat het hier om een situatie gaat waarin opname geen uitstel lijdt; het ernstig nadeel is immers onmiddellijk dreigend. Volgens art. 34 kan de burgemeester, als binnen 24 uur na afgifte van de beschikking nog niet tot opneming is overgegaan door de zorgaanbieders van de daarvoor in aanmerking komende accommodaties, een van hen bevelen de betrokkene op te nemen. De betreffende zorgaanbieder is dan tot opneming verplicht, op straffe van een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom (art. 61 – 62 Wzd).

5.3.6 Klachtrecht en clientenvertrouwenspersoon

De mogelijkheid voor cliënten een klacht in te dienen bij een Wzd-klachtencommissie en de beschikbaarheid van een clientenvertrouwenspersoon (cvp) om hen op hun verzoek te adviseren en bij te staan, vormen belangrijke elementen van het in de wet neergelegde systeem van

480 Deze kan zijn bevoegdheid ter zake mandateren aan een wethouder.

481 Dat is een zeer korte termijn (ook al tellen zaterdagen, zon- en feestdagen niet volledig mee), waardoor het CIZ eigenlijk al direct na de inbewaringstelling een verzoek om een machtiging tot voortzetting moet voorbereiden. Dat is overigens ook de strekking van art. 37 lid 1.

rechtsbescherming. Voor het functioneren daarvan is allereerst van belang dat de cliënt van die voorzieningen weet heeft. Art. 52 verplicht de zorgaanbieder om binnen 2 weken na aanvang van de zorgverlening de cliënt en zijn vertegenwoordiger een schriftelijk overzicht te verstrekken van de rechten die de Wzd hem biedt. Daarin wordt vermeld hoe men een klacht kan indienen bij de klachtencommissie; ook moet ervoor gezorgd worden dat de cliënt kennis kan nemen van de klachtenregeling op basis waarvan de commissie haar werkzaamheden verricht.
Een soortgelijke informatieverplichting is in art. 57 opgenomen ten aanzien van de cvp, waarbij trouwens uitdrukkelijk bepaald wordt dat die informatie dient aan te sluiten bij de behoefte en het bevattingsvermogen van de desbetreffende cliënt. Anders dan in art. 52, geeft art. 57 niet expliciet aan binnen welke termijn die informatieplicht moet worden nagekomen. Aangenomen moet worden dat dat eveneens bij of kort na de aanvang van de zorg is. Dat is ook af te leiden uit art. 5 lid 3, volgens hetwelk de zorgaanbieder - voor zover de cliënt/diens vertegenwoordiger daarmee instemt – zo spoedig mogelijk na dat aanvangsmoment de naam en contactgegevens van een cliënt/zijn vertegenwoordiger aan de cvp verstrekt, zodat deze hen kan informeren over de mogelijkheid tot advies en bijstand.

De regeling van de klachtencommissie was (anders dan de bepalingen over de cvp; zie hierna) reeds opgenomen in het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wzd. Mede naar aanleiding van de uitkomsten van de Evaluatie gedwongen zorg zijn de betreffende bepalingen bij de Tweede Nota van Wijziging bij de Wvggz aanzienlijk bijgesteld, en wel om (ook) op dit punt de bepalingen van de Wzd zoveel mogelijk te harmoniseren met die van de Wvggz.[482] De klachtregeling in de Wzd treedt niet in de plaats van die in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, maar staat op zichzelf; de bedoeling is om de cliënt een afzonderlijke klachtvoorziening te bieden die toegesneden is op de beslissingen die in het kader van de Wzd over hem genomen kunnen worden. Ook in de Wet Bopz was al in zo'n afzonderlijke klachtregeling voorzien, zij het dat onder die wet in de praktijk vaak sprake was van een gecombineerde klachtencommissie die beide soorten klachten kon behandelen.
De regeling in de Wzd vertoont gelijkenis met die in de Wet Bopz, maar wijkt daar ook in een aantal opzichten van af. Zo hoeft cliënt niet, zoals onder de Wet Bopz, opgenomen te zijn om een klacht in te dienen. Verder zijn bijvoorbeeld de klachtgronden ruimer dan onder de Bopz, voorziet de Wzd-regeling in de mogelijkheid van schadevergoeding, en kan niet alleen de klager maar ook de zorgaanbieder bij de rechter in beroep gaan van de uitspraak van de klachtencommissie. Een ander, voor de onafhankelijkheid van de commissie belangrijk verschil is dat sprake is van een externe commissie, dat wil zeggen dat deze niet langer zoals ingevolge de Wet Bopz door de zorgaanbieder wordt ingesteld, maar door een of meer representatief te achten clientenorganisaties en organisaties van zorgaanbieders. De zorgaanbieder dient zich bij zo'n externe commissie aan te sluiten. Deze dient, aldus art. 53, te bestaan uit tenminste 3 leden die niet werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder en zodanig te zijn samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht is gewaarborgd. Nadere regels over die samenstelling zijn te vinden in art. 5.1 van het Besluit zorg en dwang.[483] De klachtencommissie moet een regeling treffen die waarborgt dat van een

482 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25.

483 Voor de sector verstandelijk gehandicapten dient de commissie te bestaan uit een jurist, een arts verstandelijk gehandicapten, een psychiater en een gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist; voor de sector psychogeriatrie uit een jurist, een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater of een gezondheidszorgpsycholoog.

zorgvuldige klachtbehandeling sprake is.
Er zijn inmiddels enkele klachtencommissie opgericht die de in de wet bedoelde functie vervullen; zij hebben in 2020 ook reeds enkele uitspraken gedaan. De meeste daarvan zijn gedaan door de landelijke Klachtencommissie onvrijwillige zorg (KCOZ). Voor die commissie is een klachtenregeling opgesteld die bepaalt dat de cliënt zijn klacht moet indienen bij de zorgaanbieder op wie de klacht betrekking heeft; deze dient de klacht dan bij het KCOZ in. Het is de opstellers van dit reglement kennelijk ontgaan dat volgens art. 55 lid 1 Wzd de cliënt, zijn vertegenwoordiger of een nabestaande rechtstreeks een klacht moet kunnen indienen bij de klachtencommissie.
Klachten kunnen worden ingediend over een aantal in art. 55 lid 1 limitatief opgesomde onderwerpen, zoals beslissingen over wils(on)bekwaamheid, opneming in het zorgplan van onvrijwillige zorg, het uitvoeren daarvan, en beslissingen over verlof en ontslag. Wat opvalt is dat de cliënt niet kan klagen over het opstellen en heroverwegen van het zorgplan als zodanig, terwijl de Wzd in huidige vorm daar wel uitvoerige bepalingen over bevat (zie daarover par. 5.3.2).
Als een klacht tegen een bepaalde beslissing gericht is, kan de commissie die schorsen. In principe moet zij binnen (de korte termijn van) 14 dagen tot een schriftelijk, gemotiveerd oordeel komen; dat is slechts anders als de betreffende kwestie op het moment van indiening van de klacht geen gevolg meer heeft voor de cliënt. Bij zijn oordeel verklaart de commissie de klacht gegrond of ongegrond, tenzij zij deze niet-ontvankelijk verklaart of zichzelf onbevoegd acht. Als zij de klacht gegrond verklaart, kan zij opdracht geven tot het nemen van een nieuwe beslissing jegens de cliënt. Behalve de indiener kan ook de zorgaanbieder bij de rechter in beroep gaan tegen het oordeel van de commissie; daarna staat geen hoger beroep open en is nog alleen beroep in cassatie mogelijk. Zowel de klachtencommissie als de rechter kan – hetzij op verzoek, hetzij ambtshalve – tot een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding besluiten.
Volgens art. 56a lid 7 maakt de klachtencommissie zijn uitspraken openbaar (in niet herleidbare vorm, behalve voor zover het de zorgaanbieder betreft). Willen de uitspraken van de verschillende klachtencommissies gemakkelijk kenbaar zijn voor derden, dan verdient het aanbeveling dat zij tot een gezamenlijke website komen waarop hun uitspraken kunnen worden geraadpleegd.

Zoals hierboven aangegeven ontbrak het in het oorspronkelijke wetsvoorstel voor de Wzd aan een regeling van de cvp. Deze is pas in het wetsvoorstel ingevoegd in maart 2012 bij de Vierde nota van wijziging.[484] In de toelichting geeft de Minister van VWS aan dat hij, evenals verschillende fracties in de kamer overtuigd is 'van de meerwaarde van deze functionaris, die in de ouderenzorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zowel naast de cliënt als naast zijn vertegenwoordiger kan staan, om met frisse ogen en in vertrouwen naar hem te luisteren en waar mogelijk te adviseren.'
Volgens het nieuwe hoofdstuk 4 a (art. 57 – 59) moet iedere cliënt of zijn vertegenwoordiger een beroep op een cvp kunnen doen. Diens taak is primair advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg, met opname of verblijf in een accommodatie, of met het doorlopen van de klachtenprocedure. Daarnaast wordt van hem verwacht dat hij ook advies en bijstand verleent aan cliënten die vrijwillig in een accommodatie verblijven en dat hij signalen over tekortkomingen in de structuur of uitvoering van onvrijwillige zorg of opname aan de inspectie meldt. Hierbij aansluitend bepaalt art. 60a lid 2 nog dat als de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverlener of de zorgverantwoordelijke onvoldoende, niet

484 *Kamerstukken II* 2011/12, 31996, nr. 29.

of niet tijdig reageert op klachten van de cvp over de uitvoering van de zorg, deze dat kan melden aan de inspectie. Ingevolge het Besluit zorg en dwang is het tenslotte de taak van de cvp om voorlichting te geven aan de cliënten, hun vertegenwoordigers en aan de medewerkers van de zorgaanbieder over de aard en uitvoering van zijn taken.
De functie van de cvp is verder uitgewerkt in het Kwaliteitskader clientenvertrouwenspersonen in de Wet zorg en dwang (2019). Een probleem is echter dat bij opstelling daarvan niet alle partijen aan tafel hebben gezeten en het niet door alle koepelorganisaties onderschreven wordt. Dat leidt tot knelpunten, met name waar het de samenwerking betreft tussen partijen die betrokken zijn bij de cliënt die onvrijwillige zorg ontvangt.[485]
Het Besluit zorg en dwang stelt ook eisen aan de deskundigheid van de cvp (art. 6.1) respectievelijk aan diens onafhankelijkheid (art. 6.2). Zo mag hij niet tevens optreden als klachtenfunctionaris in de zin van art. 15 Wkkgz of werkzaam zijn voor de zorgaanbieder of voor het CIZ. Hij moet vrijelijk toegang hebben tot de cliënt, en voor zover dat voor zijn taakvervulling nodig is (en de cliënt/diens vertegenwoordiger daarmee instemt) alle redelijkerwijs te verlangen informatie en medewerking krijgen, alsmede inzage in de dossiers van de zorgaanbieder. De cvp dient geheim te houden hetgeen aan hem is toevertrouwd (art. 59); in verband daarmee is hem in art. 56h ook het recht toegekend zich te verschonen van het geven van getuigenis of het beantwoorden van vragen in een klachtprocedure of rechterlijke procedure.
Bij de organisatie van het vertrouwenswerk is aangesloten bij de wijze waarop de onafhankelijke clientondersteuning voor cliënten met een indicatie voor langdurige zorg is georganiseerd. Anders dan het geval is bij de in de psychiatrie werkzame patientenvertrouwenspersoon (die in dienst is bij de door de overheid gefinancierde Stichting PVP), is de cvp in dienst bij aanbieders van vertrouwenswerk in de zorg. Het is aan de zorgkantoren om bij de beschikbare aanbieders de functie van een cvp in te kopen. Zij contracteren voor hun werkgebied (of eventueel in samenwerking met andere zorgkantoren) een aanbieder op wie de cliënten in dat werkgebied een beroep kunnen doen.
Naast de landelijke beroepsvereniging van vertrouwenspersonen in de zorg (BeVeZo) is een 2019 een Landelijke Faciliteit opgericht die moet bijdragen aan het waarborgen van de kwaliteit, de continuïteit, de uniformiteit en de onafhankelijkheid van het werk van de cvp. In het rapport van Xpertise zorg wordt (mede gelet op de geconstateerde onduidelijkheid in het veld over de rol van de Faciliteit naast die van de beroepsvereniging) de vraag gesteld, of dat soort taken op termijn niet beter bij de beroepsvereniging kunnen worden belegd, zoals dat overigens ook op andere terreinen van de zorg niet ongebruikelijk is.[486] Een verder reikende kwestie is, of het privaatrechtelijke marktmodel waarvoor in het kader van de Wzd gekozen is (inkoop bij aanbieders van vertrouwenswerk) inderdaad de voorkeur verdient boven het meer publiekrechterlijke model (overheidssubsidie voor de Stichting PVP) dat in psychiatrie zijn succes heeft bewezen. Het rapport van Xpertise zorg bepleit echter die regionale inkoop in stand te houden.[487]
Zoals al aangegeven in par. 5.3.4 wordt in dat rapport ook gesignaleerd dat zorgaanbieders niet altijd (h)erkennen dat op een bepaalde locatie onvrijwillige zorg wordt verleend en dat dat ook effect heeft op het werk van de cvp die dan niet of moeilijker toegang kan krijgen tot zo'n locatie, een kwestie die recentelijk ook bij de behandeling van de tweede reparatiewet in de Eerste Kamer aan de orde is

485 Aldus het rapport van Xpertise Zorg, *Onderzoek clientenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang*, juli 2021, p. 15

486 Xpertise Zorg, 2021, p. 18-24.

487 Xpertise Zorg, 2021, p. 23.

gesteld.[488] Los van het al dan niet geregistreerd zijn van locaties (zie daarover par. 5.3.4) zou in art. 58 duidelijker tot uiting kunnen worden gebracht dat de cvp desgewenst ook toegang zou moeten hebben tot locaties zonder dat zijn bezoek op een specifieke cliënt gericht is. De mogelijkheid van algemene locatiebezoeken is wel onderdeel van het Kwaliteitskader clientenvertrouwenspersonen, maar vloeien momenteel niet voort uit de wet (althans niet expliciet). Dat is jammer omdat zij de cvp in staat stellen proactiever op te treden, bijvoorbeeld door bij cliënten te informeren hoe zij de zorg ervaren en hen eventueel ondersteuning aan te bieden.

5.3.7 Registratie en verwerking van gegevens

Onder de Wet Bopz moest elke toepassing van dwangbehandeling en van middelen en maatregelen in noodsituaties bij de inspectie gemeld worden. Die verplichting kent de Wzd niet meer. Bij de parlementaire behandeling van de wet is weliswaar nog aan de orde geweest of ook de Wzd daarin niet moest voorzien, maar het onmiddellijk informeren van de IGJ over elke vorm van onvrijwillige zorg bij elke cliënt achtte de minister van VWS een te zwaar middel dat zowel de zorgaanbieders als de inspectie onevenredig zou belasten. Het zou bovendien door de overdaad zijn doel voorbijschieten. In plaats daarvan bepaalt art. 17 lid 1 dat de zorgaanbieder moet zorgen voor de digitale beschikbaarheid per individuele cliënt van een groot aantal gegevens die met name de verleende onvrijwillige zorg en genomen besluiten in de sfeer van opname en verblijf betreffen. De bedoeling is dat deze voor de inspectie toegankelijk zijn als deze daar behoefte aan heeft. Van de gegevens dient de zorgaanbieder tenminste eenmaal per half jaar aan de inspectie een digitaal overzicht te verstrekken (art. 17 lid 2). Het gaat hierbij naar mag worden aangenomen om geaggregeerde gegevens, niet om persoonsgegevens. Het overzicht moet worden verstrekt per locatie, aldus art. 4 lid 1 van de Regeling zorg en dwang.[489]
Naast dit digitale overzicht dient op grond van art. 18 door de zorgaanbieder ook tenminste eenmaal per half jaar aan de inspectie een ondertekende analyse verstrekt te worden van de onvrijwillige zorg die in die periode is verleend. Ook die analyse dient in principe op locatieniveau te worden uitgevoerd, maar de zorgaanbieder kan daarvan afwijken mits hij toelicht waarom zijn analyse op meerdere van zijn locaties betrekking heeft (art. 6 Regeling zorg en dwang). De functie van de analyse is primair dat de zorgaanbieder zelf een goed inzicht verwerft in de effecten van zijn beleid op het gebied van onvrijwillige zorg. Het kan een extra stimulans zijn dat beleid nog eens onder de loep te nemen of bepaalde beheersbeslissingen te nemen die de kans op vrijheidsbeperkingen doen afnemen. Tegelijk geeft zij ook de inspectie een beeld van de wijze waarop met die vorm van zorg wordt omgegaan, en of dat voldoende terughoudend en zorgvuldig gebeurt.
Opmerkelijk is dat beide bovengenoemde artikelen betrekking hebben op ‘onvrijwillige zorg’, dat wil dus zeggen de zorgvormen die worden onderscheiden in art. 2 lid 1 van de wet. Het is niet duidelijk waarom de registratie- en verstrekkingsverplichtingen in de betreffende artikelen niet ook betrekking hebben op de zorgsituaties bedoeld in art. 2 lid 2.

488 *Kamerstukken I* 2020/21, 35667 C, p. 10.

489 In de literatuur is daarbij opgemerkt dat een locatie kan bestaan uit enkele cliënten of uit meerdere gebouwen, hetgeen het vergelijken van digitale overzichten tussen locaties bemoeilijkt; B. Frederiks, *TvGR* 2019, p. 350.

Voor wat betreft andere gegevensverwerkingen zijn de art. 16 respectievelijk 18a – 18c van de wet van belang. Art. 16 bevat in aanvulling op art. 7:454 BW een uitvoerige opsomming van wat in het dossier van de cliënt moet zijn opgenomen (met als eerste en belangrijkste onderdeel het zorgplan). Het is de taak van de zorgverantwoordelijke om namens de zorgaanbieder dat dossier in te richten en bij te houden. Daartoe behoort dat – zodra onvrijwillige zorg is verleend – daarvan melding wordt gemaakt in het dossier met een motivering van de noodzaak daartoe.
Met de art. 18a – 18c is mutatis mutandis eenzelfde regeling getroffen als in de art. 8:22 – 8:24 en 8:29 van de Wvggz. Bij de in art. 18a aangegeven bewaartermijnen voor gegevens en bescheiden (zoals zorgplan, beslissingen over onvrijwillige zorg en opnamebesluiten van CIZ, rechter of burgemeester) wordt verwezen naar de op grond van art. 7:454 BW geldende algemene bewaartermijn voor patiëntengegevens van (inmiddels) 20 jaar; daarna vindt in principe vernietiging plaats. De cliënt kan overigens al eerder om vernietiging verzoeken, te weten vanaf 5 jaar na de beëindiging van onvrijwillige zorg. In beide gevallen (vernietiging na 20 jaar, of vanaf 5 jaar op verzoek van de cliënt) wordt van vernietiging afgezien als verdere bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt of het bij wet bepaalde zicht tegen vernietiging verzet.
Volgens art. 18b lid 1 mag (en moet) door de zorgaanbieder aan het CIZ inzage gegeven worden in het zorgplan en het dossier van een cliënt voor wie een besluit tot opname en verblijf of een verzoek om een rechterlijke machtiging wordt voorbereid. Dit uiteraard om het CIZ in staat te stellen zijn wettelijke taken te vervullen bij de genoemde opnamebesluiten. In verband met de taakvervulling van het CIZ zijn overigens ook de art. 22 lid 8 en art. 26 lid 2 van belang die het CIZ in staat stellen bij de behandeling van een aanvraag gebruik te maken van de gegevens waarover het reeds beschikt voor vaststelling van aanspraken uit hoofde van de Wlz.[490] De overige leden van art. 18b (lid 2 – 5) hebben betrekking op het verstrekken van inzage of afschrift aan daartoe in aanmerking komende personen na overlijden van de cliënt. Dit deel van art. 18b is aangepast aan de recente wijziging van de Wgbo inzake het inzagerecht van nabestaanden.[491]
Belangrijk als grondslag voor gegevensuitwisseling tussen de personen en instanties die bij uitvoering van de Wzd betrokken zijn is art. 18c lid 1. Dat voorziet, aansluitend bij wat ter zake ook in de Wvggz is geregeld, in de mogelijkheid dat de zorgaanbieder, Wzd-functionaris, zorgverantwoordelijke, het CIZ, de burgemeester en het OM elkaar gegevens verstrekken voor zover dat strikt noodzakelijk is ter voorkoming of beperking van ernstig nadeel en dit past binnen hun wettelijke taak. Dit doet niet af aan andere verplichtingen tot gegevensverstrekking die uit de wet voortvloeien.[492] Het kan zo nodig ook zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger plaatsvinden. Hierop aanvullend en mede om recht te doen aan de vereisten van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), bepaalt lid 2 van art. 18 dat tot de in lid 1 bedoelde gegevens ook gegevens van justitiële of strafvorderlijke aard kunnen behoren. Verder kan bij de verstrekking van gegevens het burgerservicenummer van de cliënt worden gebruikt. De overige leden van art. 18c voorzien onder meer in een geheimhoudingsplicht van de betrokken personen en instanties, in regels voor het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, en in een wettelijke basis voor het bij

490 De betreffende artikelleden zijn in de Wzd ingevoerd bij de tweede reparatiewet; zie ook de Brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 17 december 2020, p. 5-6.

491 Kamerstukken nr. 34994.

492 Een voorbeeld van zo'n andere verplichting is dat de zorgverantwoordelijke in het kader van het stappenplan de noodzakelijke gegevens moet verstrekken aan degenen die aan het in het stappenplan voorgeschreven overleg deelnemen, aldus art. 10 lid 9.

algemene maatregel van bestuur stellen van nadere voorwaarden voor de gegevensverwerkingen. Dat laatste is gebeurd in art. 4.1 van het Besluit zorg en dwang, waar in aansluiting op de AVG passende organisatorische en technische maatregelen worden voorgeschreven die bij het verwerken van gegevens in het kader van de Wzd in acht moeten worden genomen.

In hoeverre bieden de hierboven besproken wettelijke bepalingen nu een voldoende grondslag voor de uitwisseling van cliëntgebonden persoonsgegevens ter uitvoering van de Wzd? Niet alleen in de literatuur[493], maar ook in eerdergenoemde reacties van organisaties zijn hier kritische kanttekeningen bij geplaatst. In hun brief aan de Tweede Kamer commissie hebben Actiz, VGN en V&VN gevraagd om verduidelijking van de mogelijkheden voor informatie-uitwisseling.[494] Het ging daarbij enerzijds om het onderzoek op basis waarvan een medische verklaring wordt opgesteld (waarbij de betreffende arts overleg moet plegen met de zorgaanbieder of met de huisarts), anderzijds om de uitvoering van het stappenplan (waarbij de zorgverantwoordelijke die zelf geen arts is, voor bepaalde vormen van onvrijwillige zorg toestemming van de behandelend arts nodig heeft of waarbij uitwisseling van gegevens met de Wzd functionaris en soms ook een onafhankelijke deskundige nodig is). Volgens de brief biedt de huidige wetstekst onvoldoende zekerheid of de genoemde vormen van uitwisseling van persoonsgegevens zijn toegestaan, in het bijzonder als de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarvoor geen toestemming geeft.
In de Nota naar aanleiding van het Verslag bij de tweede reparatiewet[495] heeft de regering hierop een reactie gegeven. Ten aanzien van gegevensverstrekking aan de arts die de medische verklaring opstelt, houdt die reactie in dat die arts de betreffende informatie nodig heeft voor zijn wettelijke taak; daarmee is voldaan aan de eisen van de AVG. Voor wat betreft het doorbreken van de zwijgplicht kan volgens de regering in dit geval een beroep worden gedaan op overmacht of een conflict van plichten. Die reactie is niet geheel bevredigend. Zij is weliswaar correct waar het de artikelen 6 respectievelijk 9 van de AVG betreft[496], maar het doet wat gewrongen aan om wat betreft het beroepsgeheim een beroep te doen op het conflict van plichten. In feite zijn het doel en strekking van de wet (het dienen van een zwaarwegend algemeen belang middels opname, waarvoor een medische verklaring noodzakelijk is) die rechtvaardigen dat de verklarend arts informatie verkrijgt van de zorgaanbieder of huisarts. Dat laat echter onverlet dat het de voorkeur verdient ook expliciet in de wet op te nemen dat laatstgenoemden hem de voor zijn taakuitvoering noodzakelijke informatie mogen verstrekken.[497]
Ten aanzien van de gegevensuitwisseling met behandelend arts, Wzd-functionaris en/of de in art. 11 bedoelde onafhankelijke deskundige in het kader van het stappenplan wordt in de reactie van het kabinet alleen ingegaan op gegevensuitwisseling met de deskundige, waarbij ten onrechte wordt gesteld dat art. 10 lid 9 al inhoudt dat de zorgverantwoordelijke hem noodzakelijke gegevens moet

493 B. Frederiks e.a., *NJB* 2019, p. 2379.

494 Brief aan de Vaste commissie voor VWS d.d. 15 januari 2021. Voor wat betreft het overleg met Wzd-functionaris of externe deskundige worden de betreffende organisaties hierin bij gevallen door Verenso en NVAVG in hun inbreng t.b.v. de wetsevaluatie d.d. 11 februari 2021.

495 *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr.6.

496 Die artikelen geven aan op welke gronden de verwerking van persoonsgegevens respectievelijk van bijzondere persoonsgegevens is geoorloofd.

497 Aldus ook het voorstel van de KNMG in haar reactie op de internetconsultatie over de aanpassing van de Wzd.

verstrekken.[498] Op gegevensuitwisseling met de Wzd functionaris en (zo nodig) met de behandelend arts, wordt niet ingegaan. Voor wat betreft de Wzd-functionaris had men kunnen verwijzen naar art. 18c Wzd, dat die uitwisseling al mogelijk maakt. Voor wat betreft de communicatie met de behandelend arts had men wederom met beroep op doel en strekking van de wet kunnen betogen dat de wetgever niets anders bedoeld kan hebben dan dat die uitwisseling plaats moet (kunnen) vinden. Overigens verdient ook hier een expliciete wettelijke grondslag (in dit geval door aanvulling van art. 10) de voorkeur.

5.3.8 Toezicht en aansprakelijkheid

Het toezicht op (en handhaving van) de naleving van de wet is opgedragen aan de ambtenaren van de inspectie. Om die taak te kunnen vervullen hebben zij een aantal bevoegdheden, genoemd in art. 60 Wzd. Daartoe behoren het inzien van het dossier van de cliënt, ook zonder toestemming van de betrokkene. De zorgaanbieder moet hen in staat stellen met cliënten te spreken, en dient voorts alle gewenste inlichtingen aan hen te verstrekken. Ook kunnen zij zonder toestemming van de bewoner diens woning of verblijfplaats binnentreden. Dit alles uiteraard voor zover dat voor hun taakvervulling redelijkerwijs noodzakelijk is.
Als het op handhaving aankomt kan de Minister (in feite de inspectie) op grond van art. 61 bij overtreding van een groot aantal bepalingen in de Wzd een bestuurlijke boete dan wel een last onder dwangsom opleggen. Daarnaast is in bijzondere gevallen ook strafrechtelijke handhaving mogelijk. Het gaat dan ofwel om overtredingen waarvan de ernst of de omstandigheden waaronder deze zijn begaan aanleiding geven deze aan het OM voor te leggen, ofwel om strafbare feiten die in art. 62 als misdrijven gekwalificeerd worden, te weten opzettelijke vrijheidsberoving of toepassing van onvrijwillige zorg zonder dat de daarop betrekking hebbende wettelijke bepalingen zijn nageleefd.
De Wzd is sectoroverstijgend. Dit betekent dat ook instellingen die als zodanig niet onder het toezicht van de IGJ vallen, zoals de aanbieders van Wmo-zorg, via de Wzd voor het onderdeel onvrijwillige zorg toch onder het toezicht van die inspectie kunnen vallen. Dan is er sprake van twee verschillende toezichthouders, namelijk de IGJ en de toezichthouder van de gemeente. Die zullen hun toezichtactiviteiten op elkaar moeten afstemmen en afspraken moeten maken. Op landelijk niveau zou hiervoor een protocol worden opgesteld door de VNG en de inspectie, aldus de Toezichtsvisie Wzd van de IGJ.[499]
In die visienota zet de inspectie uiteen wat de komst van Wvggz en Wzd betekent voor haar toezicht. Voorop staat dat zij met haar toezicht bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van beide wetten, waaronder het terugdringen van dwang in de zorg, het verhogen van de kwaliteit van (gedwongen) zorg en het versterken van de rechtspositie van cliënten. De inspectie ziet toe op een zorgvuldige uitvoering van beide wetten, waarbij zij met name in de eerste jaren (2020-2021) vooral zal signaleren, agenderen en stimuleren.[500] Handhaving zou vooralsnog alleen aan de orde zijn als het gaat om bepalingen die al uit hoofde van de Wet Bopz zouden moeten worden nageleefd. Omdat met de komst van de nieuwe wetten de zorg niet langer locatiegebonden is, maar persoonsvolgend, zal de

498 Ook art. 10 lid 10 biedt daar trouwens geen grondslag voor, want dat spreekt alleen over de niet bij de zorg betrokken deskundige; dat is niet de in art. 11 bedoelde onafhankelijke deskundige.

499 IGJ, *Terughoudend en zorgvuldig omgaan met onvrijwillige of verplichte zorg*, Utrecht, mei 2019.

500 Zie ook M. van der Zanden e.a., Toezicht op de Wzd en de Wvggz, *JGGZR* 2019 (3) 22

inspectie in haar toezicht ook over de schotten van de afzonderlijke zorgaanbieders heen kijken en meer overstijgend op bijvoorbeeld regionaal niveau naar de zorg kijken: hoe wordt in een regionaal netwerk samengewerkt om zoveel mogelijk cliëntgerichte zorg te leveren en dwang zoveel mogelijk te voorkomen? Hoe de inspectie in de praktijk te werk zal gaan/aan welke normen zij zal toetsen, is nader uitgewerkt in het Toezichtskader Wzd.[501] Daarin is per onderdeel een gedetailleerd overzicht te vinden waar zij bij inspectiebezoeken naar zal vragen.
De inspectie wordt in haar toezichtstaak ondersteund doordat de Wzd in art. 60a lid 1 in een tamelijk ruime meldplicht voorziet. Anders dan in de Wkkgz, waarin slechts een meldplicht is opgenomen voor de zorgaanbieder en dan alleen als het calamiteiten betreft, verplicht dit artikel de zorgaanbieder, maar ook de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke of de zorgverlener een melding bij de inspectie te doen als bij hen het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg ernstig tekortschiet. Als de genoemde personen niet of niet tijdig reageren op klachten van de cvp over de uitvoering van zorg, kan deze dit melden aan de inspectie, aldus lid 2 van art. 60a. Het betreft hier overigens eerder een signaleringsfunctie dan een meldplicht. De cvp doet een dergelijke melding pas nadat hij de tekortkoming eerst binnen de zorgorganisatie aan de orde heeft gesteld, aldus het Kwaliteitskader voor clientenvertrouwenspersonen.
Uiteraard zijn er ook andere elementen in de wet die het toezicht door de inspectie faciliteren. Daarbij valt met name te denken aan de verplichtingen ex art. 17 en 18 betreffende het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, het verschaffen van het periodieke, digitale overzicht daarvan, alsmede het toezenden van een analyse van die gegevens (zie par. 5.3.7). Die toezichtsbepalingen in de Wzd duiden erop dat het overheidstoezicht in eerste instantie vooral op het systeem van zorg bij een zorgaanbieder betrekking zal hebben, en pas in tweede instantie op de zorgverlening op individueel niveau.

Hierboven is aangegeven dat voor een groot aantal overtredingen bestuursrechtelijke aansprakelijkheid kan bestaan. De vraag wie daarvoor dan aansprakelijk is wordt beantwoord in art. 61 lid 3: het is de zorgaanbieder aan wie een bestuurlijke boete of last onder dwangsom kan worden opgelegd, en wel niet alleen als hijzelf de overtreding heeft begaan, maar ook in het geval van een overtreding door een zorgverantwoordelijke, een zorgverlener of een Wzd-functionaris. Laatstgenoemden zijn dus in dit geval niet persoonlijke aansprakelijk; zij worden geacht hun taken uit te voeren namens de zorgaanbieder.
Anders is dat in het geval van strafrechtelijke aansprakelijkheid. Daarvan kan sprake zijn bij het in art. 62 lid 1 strafbaar gestelde misdrijf van opzettelijke vrijheidsberoving, dan wel het in lid 2 genoemde het misdrijf van opzettelijke verlening van onvrijwillige zorg zonder dat daarbij aan de wettelijke voorwaarden opgenomen in de art. 10, 11 en 11a (stappenplan), is voldaan, terwijl art. 15 (onvoorziene situaties) ook geen legitimatie biedt. Het is met name die laatste strafbaarstelling die vragen oproept. Afgezien van het feit dat deze strafbaarstelling zeer ruim is, is deze ook verrassend omdat de artikelen 10, 11, 11a en 15 betrekking hebben op verplichtingen van zorgverantwoordelijke en Wzd-functionaris, terwijl degene die de zorg verleent strafrechtelijk aansprakelijk wordt gesteld.

Vragen oproepend in verband met aansprakelijkheid is ook een andere bepaling in de Wzd, te weten art. 44. Dat artikel, opgenomen in hoofdstuk 4 over opname en verblijf in een accommodatie, voorziet

501 IGJ, *Toezichtskader Wet zorg en dwang*, Utrecht, december 2019.

in een aantal gevallen in de mogelijkheid de rechter om een schadevergoeding te verzoeken, naast de mogelijkheid tot schadevergoeding die de cliënt al in een klachtprocedure wordt geboden (zie par. 5.3.6). De inhoud van het artikel wijkt af van het oorspronkelijke art. 39 dat in de allereerste versie van de Wzd hetzelfde onderwerp betrof. Dat art. 39 voorzag alleen in de mogelijkheid van schadevergoeding bij een onrechtmatige inbewaringstelling door de burgemeester. Bij de tweede Nota van wijziging van de Wvggz[502] blijkt het artikel (inmiddels vernummerd tot art. 44) uitgebreid, en voorziet het ook in schadevergoeding niet alleen indien de wet niet in acht is genomen door de rechter, officier van justitie of burgemeester, maar ook als de wet niet nageleefd is door de zorgaanbieder of de zorgverantwoordelijke.[503] Mogelijk richt dit artikel zich op handelen als bestuursorgaan[504], maar ook dan roept de inhoud van het huidige art. 44 meerdere vragen op. In de eerste plaats is niet duidelijk of het – nu het opgenomen is in hoofdstuk 3 – alleen betrekking heeft op handelen bij verblijf in een accommodatie na een daartoe strekken opnamebesluit, of dat het ook daarbuiten van toepassing is. In de tweede plaats volgt uit het huidige art. 44 lid 2 dat behalve de zorgaanbieder ook de Wzd-functionaris of de zorgverantwoordelijke in persoon voor schadevergoeding kunnen worden aangesproken als zij de wet niet in acht hebben genomen. Als men zich realiseert wat er bijvoorbeeld allemaal van de zorgverantwoordelijke wordt verwacht en aan welke medewerkers die veeleisende functie in de praktijk wordt toevertrouwd, is dat opmerkelijk te noemen. In de derde plaats rijst de vraag of zo'n ruime mogelijkheid tot het aansprakelijk stellen van zorgaanbieder, Wzd-functionaris of zorgverantwoordelijke (bovenop de schadevergoedingsmogelijkheid in de klachtprocedure) niet tot een ongewenste juridisering van de zorgrelatie zal leiden en in sommige gevallen tot oneigenlijk gebruik door cliënten.

5.4 Samenloop met andere regelgeving

5.4.1 De Wgbo

Het onderwerp 'samenloop' wordt in het kader van de Wzd vooral in verband gebracht met de overlap met de Wvggz en de Wfz; zie daarover de hoofdstukken 8 en 9. Van de overige wetgeving is afzonderlijke aandacht gewettigd voor de verhouding tussen Wzd en Wgbo, die ook een belangrijke kwestie voor de praktijk is. Immers zodra de zorg waarop de Wzd betrekking heeft een geneeskundige behandeling in de zin van de Wgbo omvat, is ook die wet relevant.
Globaal gezien is de verhouding tussen beide wetten te kenmerken als die tussen een algemene wet (de Wgbo) en een speciale (de Wzd), waarbij – als bepalingen in beide wetten eenzelfde onderwerp regelen[505] – de regels van de speciale wet voorrang hebben boven die van de algemene. Dat geldt bijvoorbeeld voor de specifieke bepalingen die de Wzd kent over toestemming, verzet, wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging (art. 3 – 3a).
In de allereerste verzie van het wetsvoorstel Wzd had de wetgever zelfs een bepaling opgenomen

502 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25.

503 Later is daar nog de Wzd-functionaris aan toegevoegd.

504 Het is overigens niet duidelijk waarom de zorgaanbieder dan in beeld komt; zie over de hoedanigheid van de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris als bestuursorgaan: B. Frederiks e.a., *NJB* 2019, p. 2373.

505 Als het gaat om aspecten van een geneeskundige behandeling in de zin van de Wgbo waarover de Wzd niets regelt en de Wgbo wel, is uiteraard de Wgbo van toepassing.

waarin de corresponderende artikelen in de Wgbo buiten toepassing werden verklaard.[506] Die is later terecht geschrapt; dat de betreffende Wzd-artikelen prevaleren volgt immers reeds uit het lex specialis karakter van die wet.
Dat de Wzd in principe prevaleert komt ook duidelijk tot uiting in art. 8 lid 2. Dat heeft betrekking op de situatie dat een cliënt tijdelijk op een andere locatie verblijft waar hij zorg ontvangt van een andere zorgaanbieder in het kader van een geneeskundige behandeling, zoals bij een ziekenhuisopname. Die zorgaanbieder dient dan het zorgplan uit te voeren. Alleen als het gaat om zaken waarin het zorgplan niet voorziet of wanneer uitvoering van het zorgplan niet mogelijk is wil de zorg verantwoord zijn, kan van het zorgplan worden afgeweken. Alsdan is – aldus ook de toelichting op het betreffende wetsartikel – de Wgbo van toepassing. In de situatie waarop art. 8 lid 2 betrekking heeft is overigens ook art. 14 van belang. Dat houdt in dat de verantwoordelijk arts van de zorgaanbieder waar de behandeling wordt uitgevoerd, dan in plaats van de zorgverantwoordelijke de instemming verleent voor het uitvoeren van de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg.

Lijkt dit alles betrekkelijk helder, in de literatuur is opgemerkt dat het nog wel enige nadere duiding verdient wat de wetgever precies voor ogen heeft gehad met de verhouding tussen Wgbo en Wzd.[507] Problemen rond die verhouding zullen zich in het bijzonder voor kunnen doen bij de als eerste in art. 2 lid 1 genoemde vorm van onvrijwillige zorg, kort gezegd het uitvoeren van medische handelingen ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap of daarmee gepaard gaande stoornis, '*dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening*'. Zoals al eerder aangegeven in par. 5.3.3 roept dat laatste, cursief aangegeven zinsdeel vragen op. Want wanneer precies vindt behandeling van een somatische aandoening plaats 'vanwege' de aandoening of stoornis waarop de Wzd ziet?
De Factsheet Relatie Wzd en Wgbo[508] is daarover niet geheel duidelijk (zie ook par. 5.3.2): enerzijds wordt gesteld dat de Wgbo van toepassing is op elke behandeling van een somatisch probleem dat losstaat van zo'n aandoening of stoornis, anderzijds dat de Wzd van toepassing is als verzet tegen zo'n behandeling uit zo'n aandoening of stoornis voortkomt. Het meest aannemelijk lijkt dat de Wgbo steeds geldt bij medische problemen waarbij verband met de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap ontbreekt, tenzij het verzet tegen de behandeling juist daaruit voortvloeit.[509] Dat neemt niet weg dat de praktijk met verdere verduidelijking van de Factsheet gebaat kan zijn.[510]

506 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 2, art. 1.5.

507 Zie B. Frederiks e.a., *NJB* 2019, p. 2375. In de literatuur over dit onderwerp wordt overigens vaak de indruk gewekt dat de Wgbo alleen betrekking heeft op somatische behandelingen; dat is uiteraard niet het geval.

508 Ministerie van VWS, o.c., december 2019. Inmiddels is er overigens ook een concept Handreiking de Wzd in het ziekenhuis ontwikkeld door V&VN.

509 Zie in deze zin bv. ook K. Koorengevel e.a., Dwangmaatregelen vanwege covid-19; welke wet is van toepassing? *NTvG* 2021, nr. 11, p. 12-13.

510 Dat geldt overigens niet alleen voor de tekst van deze Factsheet; ook die van de Factsheet onvrijwillige zorg in de Wzd zou nog een kritisch onder de loep kunnen worden genomen (zie daarover par. 5.3.3).

5.4.2 Overige regelgeving

In de zorg voor Wzd-clienten is uiteraard naast de Wgbo ook andere meer algemene gezondheidszorgwetgeving van toepassing, zoals bijvoorbeeld de Wet beroepen individuele gezondheidszorg. Van die wetten verdienen in het bijzonder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Jeugdwet nog enige aandacht.

De Wkkgz is onverkort van toepassing op de zorg die in het kader van de Wzd plaatsvindt. Dat is van belang, omdat de wetgever van de Wzd weliswaar mede beoogd heeft de kwaliteit van de aan Wzd-clienten verleende zorg te bevorderen en te bewaken, maar in die wet staat niet zozeer dat element centraal, als wel het streven cliënten tegen onvrijwillige zorg en opname te beschermen. De aanbieder van Wzd-zorg zal dus aan alle eisen van de Wkkgz moeten voldoen, met als uitgangspunt dat conform art. 2 van die wet goede zorg wordt verleend, dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliënt gericht. 'Ook houdt dit in dat zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende professionele standaarden, dat de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld', aldus de toelichting bij het Besluit zorg en dwang.[511] Zoals vermeldt in par 5.3.6. doet de verplichting in de Wzd zich aan te sluiten bij een (externe) klachtencommissie niet af aan de verplichting voor de zorgaanbieder om te voldoen aan de in de Wkkgz opgenomen regeling inzake de behandeling van klachten en geschillen. Het is uiteraard wel van belang om te zorgen dat de cliënt kan weten waar hij met zijn klacht naar toe moet gaan. Ook in dat opzicht is de ondersteuning door de CVP van groot belang. Een punt wat in dit verband nog verduidelijkt zou kunnen worden is welke klachtregeling van toepassing is als een Wzd-client in een andere zorginstelling wordt opgenomen (bijvoorbeeld in een ziekenhuis) en daar onvrijwillige zorg wordt toegepast. Is dan het Wzd-klachtrecht van toepassing of dat van de Wkkgz?[512] Voor dat laatste lijkt op pragmatische gronden het meest te zeggen, ook al biedt het eerste de cliënt meer mogelijkheden.
In de Memorie van Toelichting bij de eerste versie van het wetsvoorstel is nog ingegaan op het mogelijk spanningsveld tussen Wzd en de kwaliteitswetgeving (nu de Wkkgz, indertijd nog de Kwaliteitswet zorginstellingen). Het kan immers zijn dat de cliënt zich verzet tegen de toepassing van wat de zorgaanbieder als verantwoorde zorg beschouwt. Dan zal de zorgaanbieder niet altijd aan zijn verplichting kunnen voldoen, omdat de Wzd slechts doorbreking van het verzet toelaat als dat nodig is ter afwending van ernstig nadeel voor de cliënt of een derde, aldus de Memorie van Toelichting.[513]. Dit kan zich inderdaad voordoen; tegelijk past daarbij de opmerking dat de vrijheid het eigen leven in te richten (en dus iets te kunnen weigeren) op zichzelf ook een 'kwaliteit' kan zijn. In meer algemene zin kan bij de relatie gedwongen zorg en kwaliteit van zorg trouwens de vraag worden gesteld of de laatste ook niet van belang is om de eerste terug te dringen. Zou voldoende en goed gekwalificeerd personeel en voldoende beschikbaarheid van geschikte voorzieningen niet evenzeer als regelgeving zoals neergelegd in de Wzd kunnen bijdragen aan het terugdringen van onvrijwillige zorg?
De Wzd is ook op jeugdigen van toepassing. Zij voorziet echter ten aanzien van hen niet in bijzondere bepalingen (anders dan in de art. 3 – 3a over toestemming, vertegenwoordiging en verzet). Wel is

511 Stb. 2019, 197, p. 12.

512 Dat laatste wordt bepleit in de concept Handreiking de Wzd in het ziekenhuis

513 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 31-32.

opmerkelijk dat volgens art. 3a lid 3 verzet van een kind jonger dan 12 jaar niet geldt als verzet in de zin van de wet. Dat heeft tot gevolg dat het stappenplan ondanks verzet van het kind niet gevolgd hoeft te worden bij de in art. 2 lid 1 genoemde vormen van zorg (die gelden dan alleen als onvrijwillige zorg als de vertegenwoordiger zich verzet). Tegelijkertijd moet het wel gevolgd worden als zorg zoals bedoeld in art. 2 lid 2 aan de orde is, en het kind zich niet verzet.
Als jeugdhulp noodzakelijk is in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid ernstig belemmeren, en de opneming en het verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan de jeugdhulp onttrekt, dan kan gesloten jeugdhulp plaatsvinden op basis een al dan niet voorwaardelijke machtiging gesloten jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet, en gelden de regels van hoofdstuk 6 van die wet voor de uitvoering van die hulp. Dat roept vragen op over de relatie tussen Wzd en Jeugdwet, met name als zo' machtiging is verleend ten aanzien van een jeugdige bij wie sprake is van multiproblematiek, dat wil zeggen dat er naast of in combinatie met bovengenoemde problemen sprake is van een verstandelijke beperking. Wat geldt dan als overwogen wordt de jeugdige vanwege die beperking op te nemen in een Wzd-accommodatie op basis van een Wzd machtiging? Vervalt de Jeugdwet machtiging dan, wordt zij geschorst of loopt zij zonder meer door?
In de Wzd ontbrak tot voor kort ten opzichte van de Jeugdwet een schakelbepaling zoals die wel ten opzichte van de Wvggz-machtiging (respectievelijk in de Wvggz ten opzichte van de Wzd-machtiging) is opgenomen. In de Handreiking Samenloop[514] is aan die kwestie aandacht besteed. Gesteld wordt dat in zo'n geval de machtiging die op grond van hoofdstuk 6 van de Jeugdwet is verleend, kan worden geschorst door de jeugdhulpaanbieder, en wel op grond van art. 6.1.12 lid 5 van de Jeugdwet. Op die manier kan de jeugdige cliënt, indien dat toch beter is voor hem of haar, worden heropgenomen in de gesloten jeugdinstelling zonder dat een nieuwe machtiging hoeft te worden verleend. Probleem is dat niet automatisch van zo'n schorsing sprake is, maar dat deze afhangt van de beslissing van de jeugdhulpaanbieder. Na een rechterlijke uitspraak waarin is bepaald dat in het belang van de jeugdige moet worden aangenomen dat een eerder gegeven machtiging (voorwaardelijke) jeugdhulp automatisch wordt geschorst als een Wzd-machtiging wordt afgegeven[515], is bij de tweede reparatiewet ook de Wzd aangepast. Art. 1 lid 7 bepaalt nu met zoveel woorden dat een op grond van de Wzd afgegeven machtiging tot opname en verblijf een eerdere voor die cliënt afgegeven machtiging op grond van hoofdstuk 6 van de Jeugdwet schorst. Om te voorkomen dat de cliënt tussen wal en schip valt, is daaraan toegevoegd dat die schorsing pas effectief is zodra deze is opgenomen in een Wzd-accommodatie.

514 Ministerie van VWS, Handreiking Samenloop, december 2019.

515 Rechtbank Gelderland 30 april 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:2764 (in *JGZ* 2020, p. 260 e.v. met noot M. Steen)

6

Wet zorg en dwang: uitvoering in de praktijk in cijfers

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is erop gericht om inzicht te verkrijgen in de mate waarin procedures en instrumenten in de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) in de praktijk worden toegepast. Daartoe zijn kwantitatieve gegevens uit landelijke registraties opgevraagd bij verschillende organisaties en instanties.[516] Hierbij is gezamenlijk opgetrokken met de uitvoerders van de Monitor Wzd (PwC), om de belasting voor veldpartijen zo klein mogelijk te houden. De verzamelde gegevens zijn door de onderzoekers verwerkt en geanalyseerd met behulp van statistische programma's. De bevindingen en interpretaties van de gegevens zijn ter verificatie voorgelegd aan de bronhouders.

In principe worden gegevens op maandbasis gepresenteerd die betrekking hebben op de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd, zodat zichtbaar wordt in hoeverre zich ontwikkelingen in de periode van januari 2020 t/m juni 2021 hebben voorgedaan. Indien dat niet mogelijk was vanwege het ontbreken van gegevens, of geen meerwaarde had, is ervoor gekozen om gegevens te presenteren over een kortere tijdsperiode, al dan niet op halfjaarbasis. Waar mogelijk is bij de presentatie van de gegevens een uitsplitsing gemaakt naar de grondslagen verstandelijk gehandicapten (VG), psychogeriatrie (PG) en gelijkgestelde aandoeningen (het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel). Opgemerkt dient te worden dat niet voor alle procedures, instrumenten et cetera landelijke kwantitatieve gegevens beschikbaar waren. Voorbeelden zijn de toepassing van het stappenplan en het verlenen van rechtsbijstand door een advocaat aan betrokkenen die te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd: in paragraaf 6.2 worden allereerst gegevens omtrent het besluit tot opname en verblijf (art. 21, Wzd) besproken. In deze paragraaf wordt ook een vergelijking gemaakt met de situatie ten tijde van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) wat betreft het aantal art. 60 Wet Bopz aanvragen en besluiten. In paragrafen 6.3 en 6.4 komen onvrijwillige opname en verblijf op basis van respectievelijk een rechterlijke- of voorwaardelijke machtiging en een inbewaringstelling aan bod. Ook wat betreft het aantal rechterlijke uitspraken aangaande (voortgezette) maatregelen wordt een vergelijking gemaakt met

516 Deze bronhouders worden in de paragrafen genoemd.

de situatie onder de Wet Bopz. In paragraaf 6.5 wordt meer inzicht geboden in procedures rondom de cliëntenvertrouwenspersoon, waarna paragraaf 6.6 ingaat op gegevens rondom klachtenprocedures en beroep. Tot slot volgt in paragraaf 6.7 een korte slotbeschouwing.

6.2 Besluit tot opname en verblijf

Wanneer een cliënt van twaalf jaar of ouder niet meer kan zeggen of hij het eens of oneens is met een opname in een Wzd-geregistreerde accommodatie of voortzetting van het verblijf, of hij zegt dat hij opgenomen wil worden maar kan de gevolgen hiervan niet goed overzien, kan een aanvraag tot opname en verblijf (art. 21, Wzd) bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) worden ingediend. Dit valt binnen de Wzd onder 'geen bereidheid, geen verzet'.

Een art. 21 Wzd aanvraag tot opname en verblijf kan worden gedaan door:

- De wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt;
- De echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt;
- De ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen van de cliënt of van de partner van de cliënt en partners van de kinderen van de cliënt (mits meerderjarig);
- De zorgaanbieder die de cliënt feitelijk zorg verleent (alleen als de cliënt al opgenomen is);
- De Wzd-functionaris (alleen als de cliënt al opgenomen is of als er voor de cliënt al een zorgplan is vastgesteld waarin onvrijwillige zorg is opgenomen).

Nadat een aanvraag is ingediend, belt het CIZ met de familie en/of aanvrager om hen te informeren over de Wzd, om voorinformatie op te vragen en om de houding van de wettelijk vertegenwoordiger ten opzichte van eventuele opname of voorzetting van verblijf uit te vragen. Vervolgens maakt het CIZ een afspraak om bij de cliënt op bezoek te komen. Voorafgaand aan het bezoek worden de reden van de aanvraag, medische informatie en, indien aanwezig, het zorgplan bekeken. Tijdens het bezoek wordt de noodzaak van opname besproken en wordt de houding van de cliënt ten opzichte van eventuele opname of voorzetting van verblijf uitgevraagd. Na het bezoek overlegt de medewerker die op bezoek is geweest met een medisch adviseur van het CIZ en wordt een besluit genomen. Hierbij zijn vier uitkomsten mogelijk:

- De cliënt is in staat een redelijke afweging te maken van zijn belangen ten aanzien van de opname, is het eens met de opname en kan opgenomen worden.
- Besluit tot opname en verblijf – De situatie waarin er sprake is van 'geen bereidheid, geen verzet'.
- Verzet – Indien de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet kan het CIZ geen besluit tot opname en verblijf afgeven. In dat geval dient het CIZ een verzoekschrift bij de rechter in voor het afgeven van een rechterlijke machtiging.
- Geen besluit tot opname en verblijf – Wanneer het gedrag van de cliënt niet tot ernstig nadeel leidt, opname niet noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of stoppen, of wanneer er minder ingrijpende mogelijkheden dan opname zijn, geeft het CIZ geen besluit tot opname en verblijf af.

Het CIZ heeft voor een reguliere Wzd art. 21 aanvraag een wettelijke afhandeltermijn van zes weken ('reguliere' aanvragen en besluiten). Wanneer er sprake is van een aanvraag in het kader van bijzondere omstandigheden, dan heeft het CIZ twee weken de tijd om de aanvraag af te handelen ('versnelde' aanvragen en besluiten). Onder deze bijzondere omstandigheden vallen bijvoorbeeld plotselinge wijzigingen in de situatie van de cliënt, zoals een art. 21 opname aansluitend aan geriatrische revalidatie of aan een eerstelijns verblijf.

In deze paragraaf wordt uitgaande van gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) achtereenvolgens ingegaan op de volgende onderwerpen:

- Het aantal aanvragen art. 21 Wzd;
- Het aantal besluiten art. 21 Wzd; en
- Een vergelijking tussen het aantal art. 21 Wzd aanvragen en besluiten en het aantal art. 60 aanvragen en besluiten ten tijde van de Wet Bopz.

6.2.1 Aanvragen art. 21 Wzd

Het aantal art. 21 Wzd aanvragen kende in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wzd een grillig verloop (zie **Tabel 6.2.1** en **Figuur 6.2.1**). De tijdelijke daling in het aantal aanvragen in april-mei 2020 vormde volgens het CIZ deels een 'seizoenseffect', gezien aanvragen in deze periode normaliter teruglopen. Daarnaast hield de daling wellicht deels verband met de covid-pandemie, waarbij aanvragen mogelijk werden uitgesteld onder invloed van het per 20 maart 2020 ingestelde bezoekverbod voor instellingen voor verpleging en verzorging en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (VB). Het gebruikelijke seizoenseffect werd door de coronamaatregelen in 2020 mogelijk dus versterkt. Na de versoepeling van het bezoekverbod, op 15 juni 2020, lijkt het aanvraagpatroon genormaliseerd te zijn. De daling in aanvragen in april-mei 2021 kan eveneens verklaard worden door een gebruikelijk seizoenseffect.

Wanneer we middels de halfjaarlijkse totalen naar het globale verloop van het aantal art. 21 aanvragen kijken sinds de inwerkingtreding van de Wzd, lijkt er op het eerste oog een stijging zichtbaar in de aantallen aanvragen. Het CIZ geeft echter aan dat hierover geen uitspraken gedaan kunnen worden op basis van deze drie halve jaren, mede vanwege bovengenoemde redenen.

Gezien de grondslag van een art. 21 aanvraag bij het CIZ pas bekend is na onderzoek, is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen het aantal aanvragen voor mensen met psychogeriatrische (PG) aandoeningen, mensen met een VB en gelijkgestelde aandoeningen (het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel). Wel kan, terug geredeneerd vanuit het aantal uiteindelijke besluiten, retrospectief vastgesteld worden dat zo'n 98% van de aanvragen vermoedelijk de grondslag PG had en zo'n 1% de grondslag VG (zie par. 6.2.2).

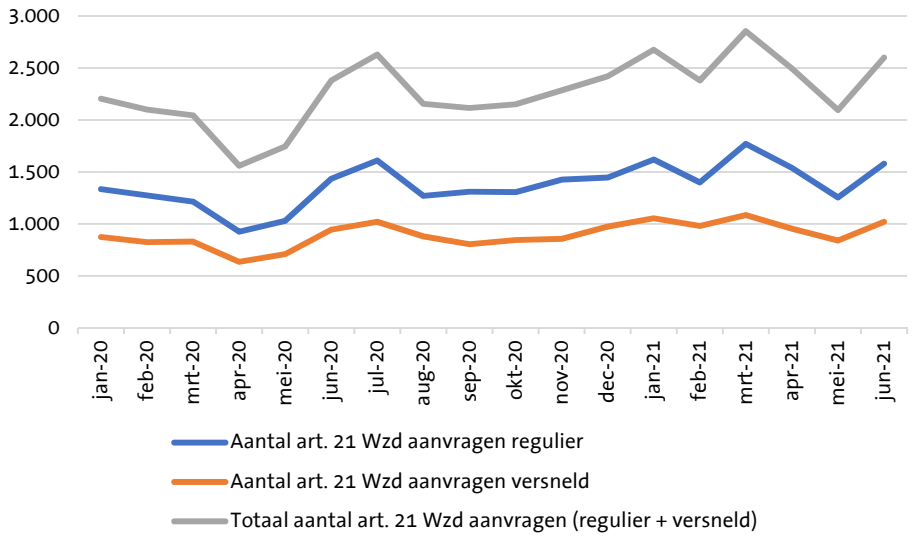
Tabel 6.2.1 Aantal art. 21 aanvragen op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst in regulier en versneld

	Art. 21 aanvragen regulier	Art. 21 aanvragen versneld	Totaal
Januari	1.335	875	2.205
Februari	1.275	825	2.100
Maart	1.215	830	2.045
April	925	635	1.560
Mei	1.030	710	1.745
Juni	1.435	945	2.380
Subtotaal 1e halfjaar 2020	*7.215 (60%)*	*4.820 (40,0%)*	*12.035 (100%)*
Juli	1.610	1.020	2.630
Augustus	1.270	880	2.155
September	1.310	805	2.115
Oktober	1.305	845	2.150
November	1.425	855	2.285
December	1.445	975	2.420
Subtotaal 2e halfjaar 2020	*8.365 (60,8%)*	*5.380 (39,1%)*	*13.745 (100%)*
Jaartotaal 2020	15.580	10.200	25.790
Januari	1.620	1.055	2.675
Februari	1.400	980	2.380
Maart	1.770	1.085	2.855
April	1.540	955	2.495
Mei	1.255	840	2.095
Juni	1.580	1.020	2.600
Subtotaal 1e halfjaar 2021	*9.165 (60,7%)*	*5.935 (39,3%)*	*15.100 (100%)*

Noot: afwijkingen in optellingen (sub)totalen komen door afrondingen in CIZ Databank

Bron: CIZ Databank

Figuur 6.2.1 Aantal art. 21 aanvragen op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst in regulier en versneld



Bron: CIZ Databank

De verhouding tussen het aantal reguliere en versnelde aanvragen was constant in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd. Op halfjaarbasis werd 60%-61% van de aanvragen regulier aangevraagd en 39%-40% van de aanvragen versneld. Volgens het CIZ is het daarbij duidelijk dat het aantal versnelde aanvragen voor mensen met PG aandoeningen hoger lag dan voor mensen met een VB, omdat er in de PG vaker sprake is van een situatie waarin men naar het eerst beschikbare bed gaat. Voor mensen met een VB wordt vaak langer naar een passende plek gezocht.

6.2.2 Besluiten art. 21 Wzd

Zoals blijkt uit **Tabel 6.2.2** en **Figuur 6.2.2** toonde het aantal art. 21 Wzd besluiten in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wzd een vergelijkbaar verloop als het aantal aanvragen (zie par. 6.2.1). Evenals bij de aanvragen, kan dit verloop deels verklaard worden door een seizoenseffect en deels door de invloed van de covid-pandemie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er geen directe vergelijking gemaakt kan worden tussen het aantal art. 21 Wzd aanvragen en het aantal besluiten dat hierover op maandbasis werd genomen. Het CIZ geeft hiervoor een aantal redenen. In de eerste plaats leidt niet elke aanvraag tot een besluit in dezelfde maand. Daarnaast is het zo dat een deel van de aanvragen niet in behandeling wordt genomen, en daarmee niet tot een art. 21 Wzd besluit leidt. De redenen hiervoor zijn velerlei, zo kunnen aanvragen onder andere worden afgewezen omdat niet aan de Wzd voorwaarden wordt voldaan of omdat opname nog niet noodzakelijk is (mensen staan bijvoorbeeld nog op een wachtlijst). Deze redenen worden niet systematisch geregistreerd door het CIZ. Tot slot zijn er ook aanvragen die worden ingetrokken door de aanvrager.

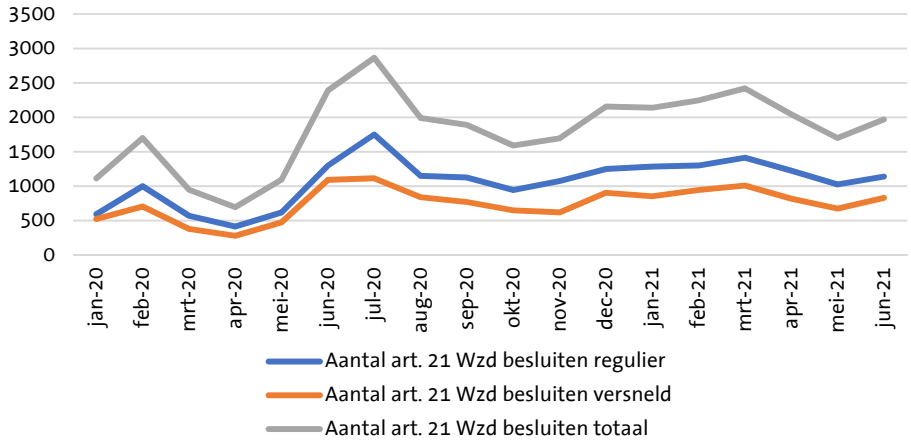
Tabel 6.2.2 Aantal art. 21 besluiten op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst in regulier en versneld

	Art. 21 besluiten regulier	Art. 21 besluiten versneld	Totaal
Januari	595	525	1.115
Februari	1.000	705	1.700
Maart	570	380	950
April	415	280	695
Mei	620	475	1.095
Juni	1.300	1.090	2.390
Subtotaal 1e halfjaar 2020	*4.500 (56,6%)*	*3.455 (43,5%)*	*7.945 (100%)*
Juli	1.750	1.115	2.865
Augustus	1.150	840	1.990
September	1.125	770	1.890
Oktober	945	650	1.590
November	1.075	620	1.695
December	1.250	905	2.155
Subtotaal 2e halfjaar 2020	*7.295 (59,9%)*	*4.900 (40,1%)*	*12.185 (100%)*
Jaartotaal 2020	11.795	8.355	20.130
Januari	1.285	855	2.140
Februari	1.300	945	2.245
Maart	1.415	1.010	2.420
April	1.225	820	2.045
Mei	1.025	675	1.700
Juni	1.140	830	1.970
Subtotaal 1e halfjaar 2021	*7.390 (59%)*	*5.135 (41%)*	*12.520 (100%)*

Noot: afwijkingen in optellingen (sub)totalen komen door afrondingen in CIZ Databank

Bron: CIZ Databank

Figuur 6.2.2 Aantal art. 21 besluiten op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst in regulier en versneld



Bron: CIZ Databank

De verhouding tussen het aantal reguliere en versnelde besluiten was constant in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd. Op halfjaarbasis werd 57%-60% van de besluiten regulier genomen, terwijl 40%-44% van de besluiten versneld werd genomen.

Uitgaande van de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd, hadden bijna alle (98%) art. 21 Wzd besluiten PG als grondslag (zie **Tabel 6.2.3**). Slechts één procent van de besluiten had betrekking op mensen met een VB, en één procent op cliënten met een andere grondslag. Een mogelijke verklaring, die ook het CIZ geeft, voor het lage aandeel besluiten omtrent VG is dat cliënten in de VG over het algemeen jonger in een instelling worden opgenomen en hier voor veel langere tijd (zullen) verblijven dan mensen die worden opgenomen op een psychogeriatrische afdeling. Over het algemeen ontwikkelen mensen een dementie op relatief hoge leeftijd en verblijft men gedurende het grootste deel van het ziekteverloop thuis en vindt opname plaats wanneer de zorg en ondersteuning thuis niet meer toereikend is. Na opname verblijven mensen met dementie tot overlijden in de zorginstelling. Hierdoor is er binnen de PG sprake van een hogere doorstroom dan binnen de VG en waren er dus meer nieuwe art. 21 Wzd besluiten binnen de PG.

Tabel 6.2.3 Verdeling grondslag art. 21 Wzd besluiten in de periode januari 2020 t/m juni 2021

Grondslag	Percentage
Psychogeriatrie (PG)	98%
Verstandelijke handicap (VG)	1%
VG-PG-gelijkgestelde aandoening[a]	0%
Anders[b]	1%
Onbekend	0%

a Het CIZ meldt dat dat dit niet altijd goed is geregistreerd.

b Deze categorie werd voornamelijk in de eerste helft van 2020 gebruikt, toen het Besluit zorg en dwang nog niet gewijzigd was i.v.m. het aanwijzen van ziekten en aandoeningen die gelijkgesteld worden met een PG of VG aandoening.

Bron: CIZ

6.2.3 Vergelijking met situatie ten tijde van Wet Bopz

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) had betrekking op de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg en de jeugdzorg. Een art. 60 opname onder de Wet Bopz betrof een beslissing van het CIZ om een cliënt op te nemen in een instelling of afdeling met Bopz-aanmerking. Deze machtiging was bedoeld voor cliënten die zich niet verzetten tegen een opname, maar ook geen bereidheid toonden. Daarmee is art. 60 Bopz vergelijkbaar met art. 21 Wzd, hoewel er ook een verschil bestaat: art. 60 Bopz ging uit van de locatie waar de cliënt was of zou worden opgenomen, terwijl art. 21 Wzd cliëntvolgend is en uitgaat van de voorliggende problematiek van de cliënt.

Onderstaande **Tabellen 6.2.4** en **6.2.5** geven inzicht in het aantal art. 60 Bopz aanvragen en besluiten van januari 2015 t/m februari 2020[517] en het aantal art. 21 Wzd aanvragen en besluiten in 2020. Gemiddeld werden er in de periode 2015-2019 jaarlijks 32.789 art. 60 Bopz aanvragen gedaan. Het aantal art. 21 Wzd aanvragen lag in 2020 beduidend lager (N=25.790). Ook het gemiddeld aantal art. 21 Wzd besluiten lag in 2020 lager (N=20.130) dan het gemiddeld aantal art. 60 Bopz besluiten in de periode 2015-2019 (N=28.825). Tegelijkertijd is in de periode 2015-2018 een stijging in het aantal jaarlijkse art. 60 Wet Bopz aanvragen en besluiten zichtbaar en is in 2019 voor het eerst een bescheiden daling zichtbaar. Deze daling wordt in 2020, het eerste jaar waarin de Wzd van toepassing is, voortgezet, hoewel in veel grotere mate. Het is mogelijk dat de overgangsregeling (art. 76 Wzd) hierbij een rol heeft gespeeld. De overgangsregeling voor lopende procedures en bestaande machtigingen onder de Wet Bopz, zorgde er namelijk voor dat beslissingen over procedures inzake een art. 60 aanvraag die vóór 1 januari 2020 werden gestart, op grond van de Wet Bopz werden genomen. Deze beslissing werd vervolgens direct ambtshalve omgezet naar een art. 21 Wzd besluit[518]. Voor aanvragers was het dus mogelijk om op deze manier een aanvraag onder het vertrouwde systeem te doen, waarvan de beslissing ambtshalve voor vijf jaar geldig zou blijven onder het nieuwe Wzd systeem. Het is dan ook mogelijk dat vóór de overgang naar de Wzd in januari 2020, art. 60 Bopz aanvragen zijn gedaan voor een opname ná 2020. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de

517 Dit betreffen Wet Bopz aanvragen die verstuurd zijn in december 2019 en ontvangen op de eerste werkdag van 2020.

518 Overzicht overgangsrecht Wet Bopz-Wet zorg en dwang, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

dalende trend die werd ingezet, in 2019 gedempt is en in 2020 juist versterkt is. Bovendien moet rekening gehouden worden met de invloed van de covid-pandemie, die vanaf april 2020 wellicht heeft geleid tot uitgestelde aanvragen en besluiten.

Mede vanwege de impact van de overgangsregeling en de mogelijke invloed van andere factoren, kan vooralsnog niet worden vastgesteld of, en in hoeverre, met de komst van de Wzd de aantallen art. 21 Wzd aanvragen en besluiten structureel zijn veranderd ten opzichte van de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Monitoring over een langere periode na 2020 zal hier een duidelijker beeld over moeten gaan geven.

Tabel 6.2.4 Aantal art. 60 aanvragen op grond van de Wet Bopz en aantal art. 21 aanvragen op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Art. 60 aanvragen (Wet Bopz)[a]	31.009	31.384	32.807	34.715	34.030	35[b]
Art. 21 aanvragen (Wzd)						25.790
Totaal	31.009	31.384	32.807	34.715	34.030	25.825
% verandering t.o.v. vorige jaar	N.v.t.	+1%	+5%	+6%	-2%	-24%

a Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg

b Dit betreffen aanvragen die verstuurd zijn in december 2019 en ontvangen op de eerste werkdag van 2020

Bron: CIZ Databank

Tabel 6.2.5 Aantal art. 60 besluiten op grond van de Wet Bopz en aantal art. 21 besluiten op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Art. 60 besluiten (Wet Bopz)[a]	26.581	27.717	28.335	31.185	30.305	870[b]
Art. 21 besluiten (Wzd)						20.130
Totaal	26.581	27.717	28.335	31.185	30.305	21.000
% verandering t.o.v. vorige jaar	N.v.t.	+4%	+2%	+10%	-3%	-31%

a Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg

b Dit betreffen besluiten die in 2019 bij het CIZ begonnen als Bopz aanvraag en afgehandeld zijn in 2020. Het betreffen dus feitelijk Wzd besluiten, maar in het technische systeem van het CIZ hebben deze besluiten een Bopz label gekregen.

Bron: CIZ Databank

6.3 Rechterlijke machtiging

Een rechterlijke machtiging (RM) kan worden afgegeven aan personen van twaalf jaar of ouder die zich verzetten tegen opname of waarvan de vertegenwoordiger zich verzet tegen opname. Een RM kan ook afgegeven worden aan kinderen jonger dan 12 jaar wanneer ouders of voogden die samen het gezag uitoefenen met elkaar van mening verschillen over de opname.

Een aanvraag voor een RM en verlenging RM kan worden gedaan door:

- De wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt;
- De echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt;
- De ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen van de cliënt of van de partner van de cliënt en partners van de kinderen van de cliënt (mits meerderjarig);
- De zorgaanbieder die de cliënt feitelijk zorg verleent;
- De Wzd-functionaris.

Een aanvraag voor een rechterlijke machtiging kan ingediend worden bij het CIZ. Het CIZ toetst de aanvraag en dient een verzoek in bij de rechter als er grond is om aan te nemen dat de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf onvrijwillig is, er sprake is van ernstig nadeel door het gedrag van de cliënt en dat opname en verblijf noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel tegen te gaan. Bij het verzoek dient het CIZ een medische verklaring aan te leveren van een onafhankelijke ter zake kundige arts (het CIZ stelt deze niet zelf op). Op basis van het verzoekschrift van het CIZ beoordeelt de rechter of een RM aan de cliënt wordt verleend.

Voor het verlenen van een RM gelden de volgende voorwaarden:

- De cliënt om wie het gaat heeft een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een daarmee gepaard gaande psychische stoornis (of een combinatie daarvan) of een daaraan gelijk gestelde aandoening.
- Het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel;
- De cliënt of zijn vertegenwoordiger verzet zich tegen opname en verblijf in een geregistreerde accommodatie, of de voortzetting van het verblijf.
- Er zijn geen minder ingrijpende alternatieven om ernstig nadeel te voorkomen of zo snel mogelijk te stoppen.
- Het ernstig nadeel hoeft nog niet te hebben plaatsgevonden, maar er moet wel aanzienlijk risico op zijn.
- De onvrijwillige opname is noodzakelijk en geschikt om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden.

De eerste RM heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden. Indien een cliënt al op grond van een machtiging tot opname en verblijf in een accommodatie verblijft, kan de rechter een verlenging van de machtiging verlenen. Bij de maximale geldigheidsduur van deze tweede machtiging maakt de wet onderscheid tussen mensen met een verstandelijke beperking (twee jaar) en mensen met een psychogeriatrische aandoening (vijf jaar). Vanaf de derde machtiging kan de duur van de machtiging worden vastgesteld op maximaal vijf jaar. Het staat de rechter vrij deze termijnen in te korten. Een uitzondering vormen mensen van wie duidelijk is dat hun situatie niet zal wijzigen. Voor hen kan na de eerste machtiging een nieuwe machtiging worden afgegeven met een maximale duur van vijf jaar[519].

519 Brochure 'Opname en verblijf met een rechterlijke machtiging', Informatiepunt dwang in de zorg, januari 2020.

In deze paragraaf wordt uitgaande van gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Raad voor de Rechtspraak en het Openbaar Ministerie achtereenvolgens ingegaan op de volgende onderwerpen:

— De voorbereiding van een rechterlijke machtiging en verlening rechterlijke machtiging;
— De besluitvorming ten aanzien van een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging en verlening rechterlijke machtiging;
— Een vergelijking tussen het aantal beschikkingen aangaande een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd en het aantal beschikkingen rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz;
— De rechterlijke machtiging met toepassing art 2.3 Wfz; en
— De voorwaardelijke machtiging en verlenging voorwaardelijke machtiging.

Vanwege de aard van de aangeleverde gegevens was het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen initiële rechterlijke machtigingen en verlenging rechterlijke machtigingen.

6.3.1 Voorbereiding van een rechterlijke machtiging en verlenging rechterlijke machtiging

6.3.1.1 Aanvraag rechterlijke machtiging en verlenging rechterlijke machtiging

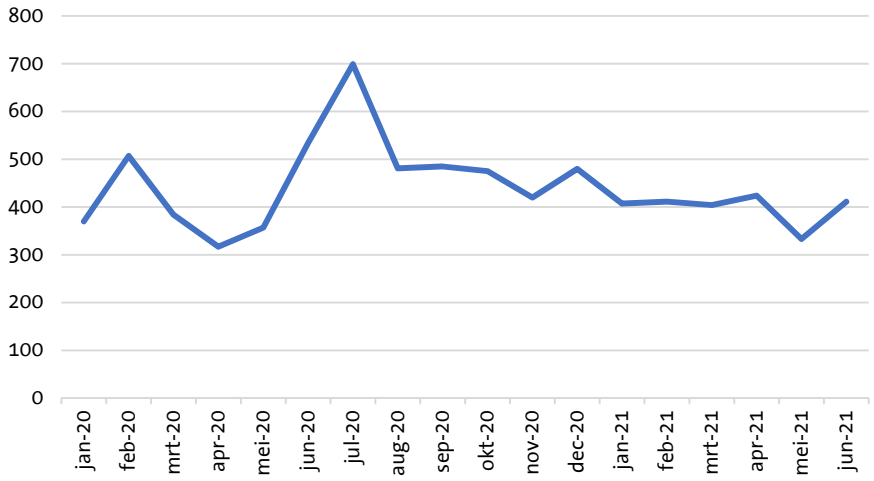
Zoals te zien in **Tabel 6.3.1** en **Figuur 6.3.1** kende het aantal aanvragen RM in de eerste helft van 2020 een opstartperiode. Na een initiële stijging in januari en februari daalt het aantal aanvragen. Hier zijn meerdere verklaringen voor mogelijk. Zo speelden er problemen rond randvoorwaarden (zoals het ontbreken van een bekostigingsmethodiek om onafhankelijke medische verklaringen op te stellen), vond de eerste golf van de covid-pandemie plaats en was er mogelijk sprake van een ‘seizoenseffect’, waarbij het CIZ normaliter een terugloop in aanvragen gedurende deze periode waarneemt.

Tabel 6.3.1 Aantal aanvragen rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen) in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020	2021	Verschil
Januari	370	407	+37
Februari	507	411	-96
Maart	384	404	+20
April	317	424	+107
Mei	357	333	-24
Juni	534	411	-123
Subtotaal 1e halfjaar	*2.469*	*2.390*	*-79*
Juli	699		
Augustus	481		
September	485		
Oktober	475		
November	420		
December	480		
Subtotaal 2e halfjaar	*3.040*		
Jaartotaal	5.509		

Bron: CIZ

Figuur 6.3.1 Aantal aanvragen rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen) in de periode januari 2020 t/m juni 2021



Bron: CIZ

6.3.1.2 Verzoek rechterlijke machtiging en verlenging rechterlijke machtiging

In de eerste helft van 2020 zien we dat het aantal door het CIZ ingediende verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging, logischerwijs, een opstartperiode kende en geleidelijk aan toenam. Met de invoering van de Wzd werd immers gestart met het verzoeken om een eerste RM, waarna in maart een soort 'plafond' werd bereikt (zie **Tabel 6.3.2** en **Figuur 6.3.2**). In de periode april t/m juni 2020 was een dip zichtbaar, mogelijk deels veroorzaakt door de destijds ontbrekende randvoorwaarden, zoals het ontbreken van een bekostigingsmethodiek voor artsen voor verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde om onafhankelijke medische verklaringen op te stellen.
In de eerste helft van 2021 lag het aantal ingediende verzoekschriften rechterlijke machtiging (zowel voor een eerste RM als voor een verlenging) hoger dan in de eerste helft van 2020, maar lager dan in de tweede helft van 2020. Een mogelijke verklaring ligt in het feit dat een RM een maximale looptijd van 6 maanden heeft. Een deel van de initieel uitgegeven RM-en in de eerste helft van 2020 zal in de tweede helft van 2020 verlengd zijn, wat tezamen met nieuwe initiële RM-en tot een piek in het aantal verzoekschriften leidde.

Wanneer we het aantal ingediende verzoekschriften RM vergelijken met het aantal aanvragen RM, zien we dat het aantal verzoekschriften aanzienlijk lager lag. Dit heeft ermee te maken dat het CIZ regelmatig besluit geen verzoekschrift in te dienen, bijvoorbeeld wanneer een medische verklaring ontbreekt, wanneer in de tussentijd de houding van de cliënt gewijzigd is of na overleg met de betrokken familie en/of zorgprofessionals.

Tabel 6.3.2 Aantal bij de rechter ingediende verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen) in de periode januari 2020 t/m juni 2021

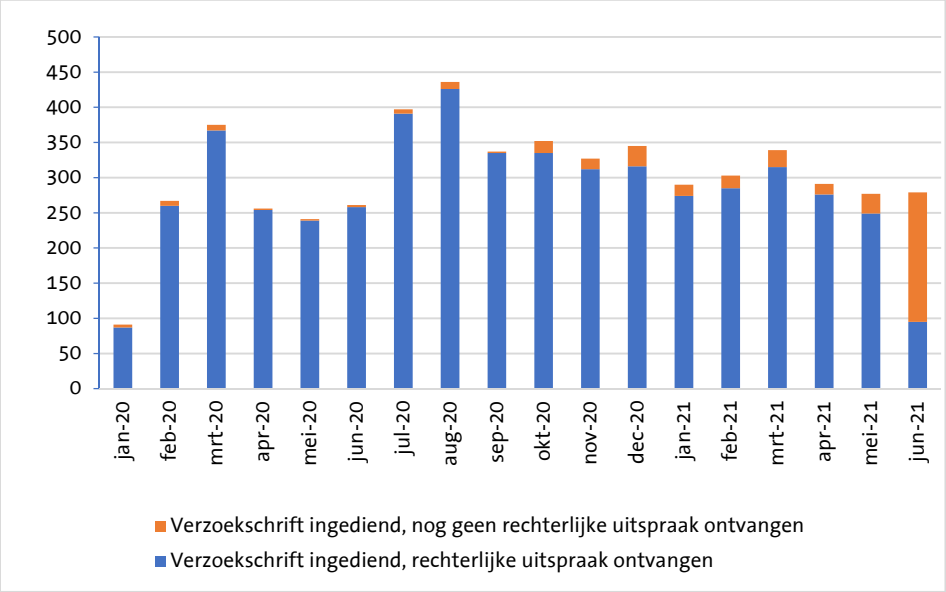
	Verzoekschrift ingediend, rechterlijke uitspraak ontvangen[a]	Verzoekschrift ingediend, nog geen rechterlijke uitspraak ontvangen[b]	Totaal
Januari	87	4	91
Februari	260	7	267
Maart	367	8	375
April	254	2	256
Mei	239	2	241
Juni	258	3	261
Subtotaal 1e halfjaar 2020	*1.465*	*26*	*1.491*
Juli	391	6	397
Augustus	426	10	436
September	335	2	337
Oktober	335	17	352
November	312	15	327
December	316	29	345
Subtotaal 2e halfjaar 2020	*2.115*	*79*	*2.194*
Jaartotaal 2020	3.580	105	3.685
Januari	274	16	290
Februari	285	18	303
Maart	315	24	339
April	276	15	291
Mei	249	28	277
Juni	95	184	279
Subtotaal 1e halfjaar 2021	*1.494*	*285*	*1.779*

a CIZ heeft verzoekschrift ingediend en de rechterlijke uitspraak ontvangen. Ontvangen uitspraken betreft het totaal beschikkingen RM op grond van de Wzd en op grond van de Wfz (art. 2.3).

b CIZ heeft verzoekschrift ingediend maar de rechterlijke uitspraak (nog) niet ontvangen.

Bron: CIZ

Figuur 6.3.2 Aantal bij de rechter ingediende verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen) in de periode januari 2020 t/m juni 2021[a,b]



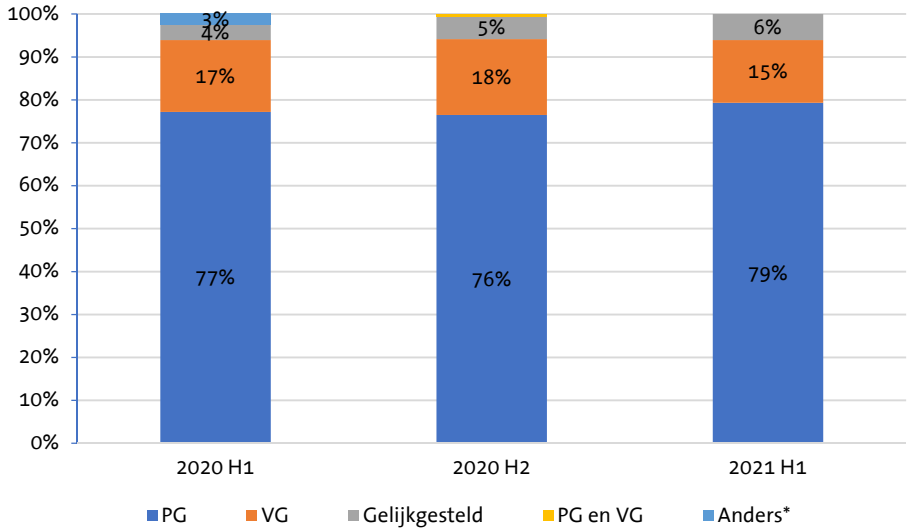
a CIZ heeft verzoekschrift ingediend en de rechterlijke uitspraak ontvangen. Ontvangen uitspraken betreft het totaal beschikkingen RM op grond van de Wzd en op grond van de Wfz (art. 2.3).

b CIZ heeft verzoekschrift ingediend maar de rechterlijke uitspraak (nog) niet ontvangen.

Bron: CIZ

Uitgaande van de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd, laat **Figuur 6.3.3** zien dat 77% tot 79% van de ingediende verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd psychogeriatrie als grondslag had. Zo'n 15% tot 18% procent van de ingediende verzoekschriften betrof mensen met een VB en zo'n drie a vijf procent had betrekking op mensen met een gelijkgestelde aandoening. Deze verhouding is constant sinds de invoering van de Wzd.

Figuur 6.3.3 Procentuele verdeling ingediende verzoekschriften rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen)[a] in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst naar grondslag



a Ingediende verzoekschriften waarvan wel en (nog) geen uitspraak werd ontvangen, betreft het totaal beschikkingen RM op grond van de Wzd en op grond van de Wfz (art. 2.3).

* Deze categorie werd voornamelijk in de eerste helft van 2020 gebruikt, toen het Besluit zorg en dwang nog niet gewijzigd was i.v.m. het aanwijzen van ziekten en aandoeningen die gelijkgesteld worden met een PG aandoening of VB.

Bron: CIZ

6.3.2 Besluitvorming van de rechter ten aanzien van een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging en verlenging rechterlijke machtiging

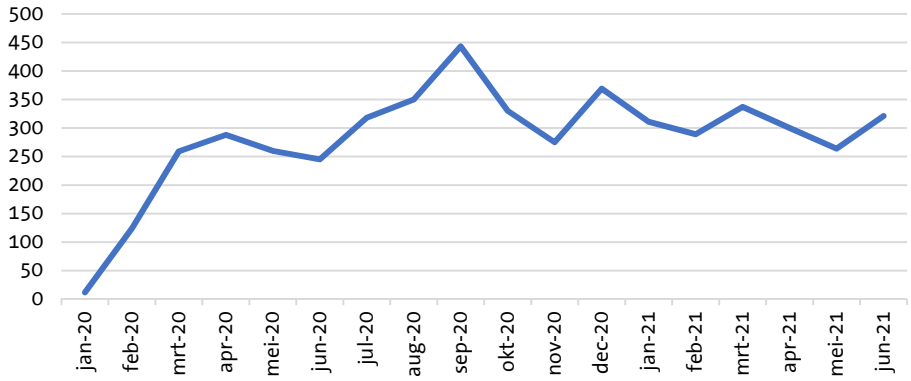
Het aantal beschikkingen door de rechter inzake een RM kende vanaf de tweede helft van 2020 een soortgelijk verloop als het aantal door het CIZ ingediende verzoekschriften voor een RM, zoals blijkt uit **Tabel 6.3.3** en **Figuur 6.3.4**. In de eerste helft van 2020 zien we dat het aantal beschikkingen, logischerwijs, een opstartperiode kende en geleidelijk aan toenam. In de eerste helft van 2021 lag het aantal beschikkingen (zowel voor een eerste RM als voor een verlenging) hoger dan in de eerste helft van 2020, maar iets lager dan in de tweede helft van 2020. Dit had mogelijk, net als bij de verzoekschriften, te maken met de maximale looptijd van 6 maanden van een eerste RM en de verlenging van initieel uitgegeven RM-en in de eerste helft van 2020.

Tabel 6.3.3 Aantal beschikkingen inzake rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen) in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020	2021	Verschil
Januari	12	311	+299
Februari	124	289	+165
Maart	259	337	+78
April	288	300	+12
Mei	260	264	+4
Juni	245	321	+76
Subtotaal 1e halfjaar	*1.188*	*1.822*	*+634*
Juli	318		
Augustus	350		
September	443		
Oktober	330		
November	275		
December	369		
Subtotaal 2e halfjaar	*2.085*		
Jaartotaal	3.273		

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 6.3.4 Aantal beschikkingen inzake rechterlijke machtiging (eerste en verlenging tezamen) in de periode januari 2020 t/m juni 2021



Bron: Raad voor de Rechtspraak

Wanneer we de gegevens van het CIZ rond ingediende verzoekschriften RM en de gegevens rond het aantal beschikkingen inzake RM vanuit de Raad voor de Rechtspraak met elkaar vergelijken zien we eenzelfde trend, maar het aantal ingediende verzoekschriften van het CIZ lag in 2020 structureel iets hoger (over heel 2020 waren er 412 meer verzoekschriften dan beschikkingen). Een gedeeltelijke verklaring hiervoor is dat het CIZ wel de RM-en op basis van art. 2.3 Wfz in haar cijfers meetelde en de Raad voor de Rechtspraak niet. Omdat het aantal RM-en op basis van art. 2.3 Wfz echter laag was,

verklaart dit niet volledig de vastgestelde discrepantie. Vanuit de bronhouders kon geen verdere verklaring worden gegeven. Elke bronhouder beheert zijn eigen registratie, met elk een eigen wijze van gegevensregistratie en -verwerking. Over de eerste helft van 2021 zien we dat het aantal verzoekschriften vanuit het CIZ lager was (N=1.779) dan het aantal beschikkingen RM (N=1.822).

6.3.3 Vergelijking met situatie ten tijde van Wet Bopz

Kijkend naar de situatie ten tijde van de Wet Bopz, is er in de periode 2015-2019 jaarlijks een stijging te zien in het totaal aantal rechterlijke uitspraken omtrent een rechterlijke machtiging (zie **Tabel 6.3.4** en **Figuur 6.3.5**). Daarbij was er in 2019 sprake van een relatief sterke stijging van 15%. Daarentegen was er in 2020 – het jaar van de inwerkingtreding van de Wzd en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) – juist sprake van een daling van 7% ten opzichte van 2019, uitgaande van het totaal aantal beschikkingen inzake een zorgmachtiging op grond van de Wvggz, een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd, en een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz.

Tabel 6.3.4 Aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis

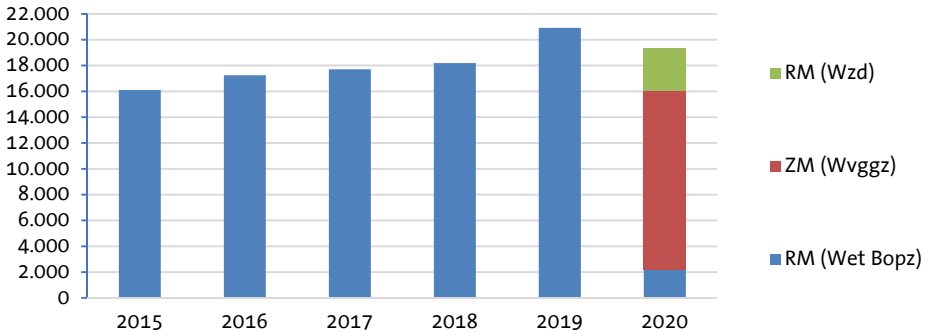
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RM (Wet Bopz)	16.114	17.251	17.714	18.189	20.925	2.210
ZM (Wvggz)[a]						13.880
RM (Wzd)[b]						3.279
Totaal	16.114	17.251	17.714	18.189	20.925	19.369
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	7%	3%	3%	15%	-7%

* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

a Exclusief beschikkingen inzake een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz. b Exclusief beschikkingen inzake een initiële RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 6.3.5 Aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Een verklaring voor zowel de relatief sterke stijging in 2019 als de daaropvolgende daling in 2020, is het hoge aantal uitspraken dat rechters in december 2019 hebben gedaan aangaande een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz (zie **Figuur 6.3.6**). Dit hoge aantal geeft aan dat vaak gebruik is gemaakt van het zogeheten overgangsrecht Wet Bopz, wat inhield dat de regels van de Wet Bopz van toepassing bleven voor machtigingen die vóór 1 januari 2020 werden aangevraagd of afgegeven.[520,521] Toepassing van dit overgangsrecht verklaart ook waarom vooral in januari 2020, en in minder mate in februari en maart 2020, nog steeds beschikkingen op grond van de Wet Bopz werden afgegeven. Bovendien geeft het ook een verklaring voor de piek in december 2020; alle nog lopende Bopz-machtigingen vanwege psychiatrische aandoeningen dienden vóór 1 januari 2021 te worden omgezet naar een zorgmachtiging op grond van de Wvggz, om niet te komen te vervallen. Dit gold niet voor de Bopz-machtigingen voor mensen met een VB en voor mensen met een PG aandoening. Deze werden bij de inwerkingtreding van de Wzd per 1 januari 2020 van rechtswege omgezet in een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd (art. 24 Wzd)[522].

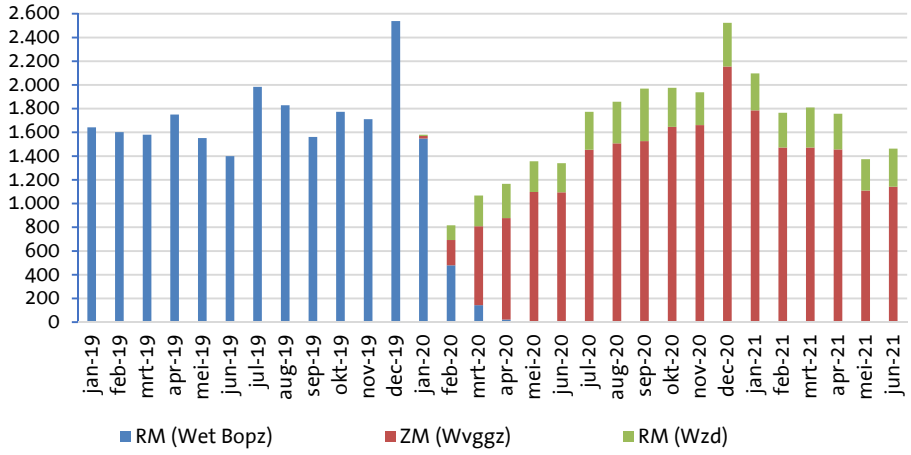
Naast het overgangsrecht Wet Bopz, kunnen ook andere factoren invloed hebben gehad op het aantal beschikkingen in 2020. Zo zouden het inregelen van de nieuwe of aangepaste Wvggz- en Wzd-procedures en de covid-pandemie kunnen hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs minder vaak aanvragen van een machtiging op grond van de Wvgzz en/of Wzd in 2020. Tegelijkertijd blijkt dat het totaal aantal beschikkingen ZM en RM in 2020 hoger lag dan het gemiddeld aantal beschikkingen over de periode 2015-2019, dat was namelijk 18.039. Dit kan erop duiden dat de gemiddelde stijging die zichtbaar was in de vijf voorgaande jaren onder de Wet Bopz, in 2020 wordt voorgezet. Echter, mede vanwege de impact van het overgangsrecht en de mogelijke invloed van andere factoren, kan vooralsnog niet worden vastgesteld of, en in hoeverre, met de komst van de Wvggz en Wzd de aantallen beschikkingen aangaande machtigingen op grond van de Wvggz en Wzd structureel zijn veranderd ten opzichte van de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Monitoring over een langere periode na 2020 zal hier een duidelijker beeld over moeten gaan geven.

520 Deze overgangsperiode gold zolang de Bopz-machtiging geldig was, maar maximaal 12 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wvggz, en maximaal 6 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wzd.

521 In voorgaande jaren onder de Wet Bopz was er geen sprake van een piek in december in het aantal beschikkingen, wat betekent dat de piek in december 2019 is veroorzaakt door toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz.

522 Wat is het overgangsrecht Wet Bopz?, Informatiepunt dwang in de zorg, 2020.

Figuur 6.3.6 Aantal beschikkingen inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM)[a] op grond van de Wvggz en een RM[b] op grond van de Wzd in de periode januari 2019 t/m juni 2021, op maandbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

a Exclusief beschikkingen inzake een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz. b Exclusief beschikkingen inzake een initiële RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

6.3.3.1 Aantal unieke betrokkenen

Als wordt gekeken naar de aantallen unieke cliënten voor wie de rechter op jaarbasis ten minste één uitspraak heeft gedaan omtrent een verzoek voor een machtiging op grond van de Wet Bopz, de Wvggz of de Wzd, is in de periode 2016 t/m 2020 een vergelijkbare ontwikkeling te zien als bij de aantallen beschikkingen (zie **Tabel 6.3.5** en **Figuur 6.3.7**). Wel is de piek qua aantallen unieke betrokkenen in 2019 verhoudingsgewijs wat minder hoog. Bovendien is er in 2020 geen sprake van een daling ten opzichte van 2019, maar van een duidelijke afvlakking van de sterke stijging in 2019. Ook hier geldt dat het nog te vroeg is om conclusies te kunnen trekken over de ontwikkeling van het aantal unieke betrokkenen dat te maken heeft met gedwongen zorg op grond van een Wvggz- of een Wzd-machtiging, in vergelijking met de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Hiervoor is monitoring over een langere periode na 2020 nodig.

Tabel 6.3.5 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en/of een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis

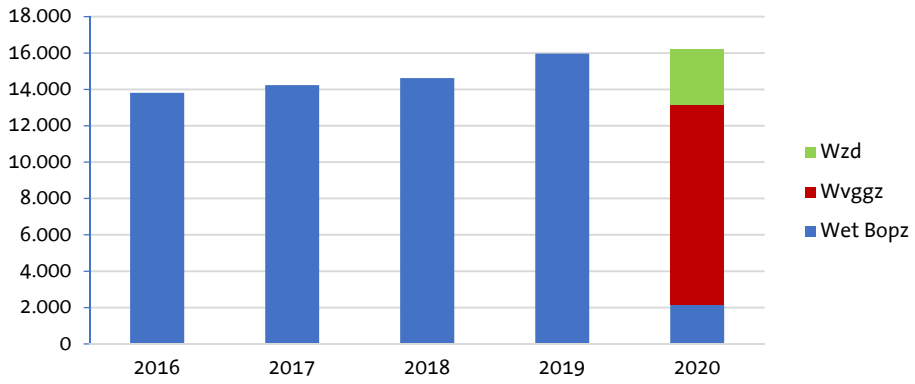
	2016	2017	2018	2019	2020
RM (Wet Bopz)	13.816	14.232	14.621	15.970	2.145
ZM (Wvggz)[a]					11.039
RM (Wzd)[b]					3.030
Totaal	13.816	14.232	14.621	15.970	16.214
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	3,0%	2,7%	9,2%	1,5%

* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

a Exclusief beschikkingen inzake een initiële ZM op grond van art. 2.3 Wfz. b Exclusief beschikkingen inzake een initiële RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 6.3.7 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz*, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en/of een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

6.3.4 Rechterlijke machtiging met toepassing art 2.3 Wfz

Zodra de officier van justitie met de voorbereiding van een verzoekschrift om een rechterlijke machtiging met toepassing van art. 2.3, tweede lid, van de Wet forensische zorg (Wfz) begint, verzoekt hij het CIZ om een schriftelijk advies over de noodzaak voor een rechterlijke machtiging en over de tenuitvoerlegging daarvan (art. 28aa – 28c, Wzd). Dit gebeurde de afgelopen anderhalf jaar echter zelden; in 2020 slechts 16 keer (zie **Tabel 6.3.6**). In de eerste helft van 2021 was een verdubbeling te zien ten opzichte van de eerste helft van 2020 naar negen adviezen. Dit blijft echter een zeer gering aantal.

Tabel 6.3.6 Aantal adviezen CIZ aan de officier van justitie in het kader van art. 2.3 van de Wfz in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020	2021	Verschil
Subtotaal 1e halfjaar	<5	9	+5
Subtotaal 2e halfjaar	12		
Jaartotaal	16		

Bron: CIZ

Ook het aantal aanvragen RM op grond van art. 2.3 Wfz was zeer gering. Zoals uit **Tabel 6.3.7** blijkt werd gedurende de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd in totaal slechts 33 keer een aanvraag ingediend, waarvan het merendeel (69,7%) ambtshalve op verzoek van de Officier van Justitie werd ingediend[523].

Tabel 6.3.7 Aantal aanvragen RM op grond van art. 2.3 Wfz in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020 (1e halfjaar)	2020 (2e halfjaar)	2021 (1e halfjaar)	Totaal
Ambtshalve[a]	5	9	9	23 (69,7%)
Op verzoek rechter[b]	<5	6	<5	10 (30,3%)
Totaal	8	15	10	33 (100%)

a Op verzoek van de Officier van Justitie

b Op verzoek van de strafrechter

Bron: Openbaar Ministerie

Uit cijfers van het Openbaar Ministerie blijkt verder dat gedurende de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd, 28 verzoekschriften voor een RM op grond van art. 2.3 Wfz in voorbereiding werden genomen. Daarvan werden 19 verzoekschriften ingediend bij de rechter – waarvan 11 op verzoek van de OvJ en 8 ambtshalve op verzoek van de strafrechter – en vijf verzoekschriften werden beëindigd door de OvJ en niet ingediend bij de rechter.

6.3.5 Voorwaardelijke machtiging en verlenging voorwaardelijke machtiging

Een voorwaardelijke machtiging (VWM) is een beslissing van de rechter die inhoudt dat de zorgverantwoordelijke mag besluiten een cliënt op te nemen als deze zich niet aan afspraken houdt die in het zorgplan zijn vastgelegd. Alvorens de zorgverantwoordelijke besluit tot opname, moet hij daarover advies inwinnen bij een externe deskundige. Een VWM kan alleen worden verleend voor cliënten met een verstandelijke beperking in de leeftijdscategorie van 18 tot 23 jaar, aansluitend op

523 Volgens gegevens van het Openbaar Ministerie. De gepresenteerde aantallen kunnen licht afwijken van de aantallen zoals gepresenteerd in de rapportage van het WODC over haar eerste evaluatie van art. 2.3 Wfz in de praktijk. Dit heeft ermee te maken dat het Trimbos-instituut en het WODC andere bestanden hebben gebruikt die op verschillende tijdstippen zijn samengesteld door het Openbaar Ministerie.

verlening van jeugdhulp op basis van de Jeugdwet, en als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen[524].

Een aanvraag voor een VWM en verlenging VWM kan worden gedaan door:

— De cliënt;
— De wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt;
— De echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt;
— De ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen van de cliënt of van de partner van de cliënt en partners van de kinderen van de cliënt (mits meerderjarig);
— De zorgaanbieder die de cliënt feitelijk zorg verleent (alleen als de cliënt al opgenomen is);
— De Wzd-functionaris (alleen als de cliënt al opgenomen is of als er voor de cliënt al een zorgplan is vastgesteld waarin onvrijwillige zorg is opgenomen).

Een aanvraag voor een rechterlijke machtiging kan ingediend worden bij het CIZ. Een CIZ medewerker en medisch adviseur beoordelen vervolgens:

— Of het gedrag van de jongere als gevolg van zijn verstandelijke beperking, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel; en
— Of het ernstig nadeel buiten een geregistreerde accommodatie slechts door het stellen en naleven van voorwaarden kan worden afgewend.

Hierbij zijn twee uitkomsten mogelijk:

— Het CIZ dient geen verzoekschrift in tot het verlenen van een voorwaardelijke machtiging bij de rechtbank en informeert de aanvrager hierover.
— Het CIZ dient wel een verzoekschrift in bij de rechtbank, waarbij onder andere alle relevante documenten worden meegestuurd en de gewenste duur van de VWM wordt vermeld.

Er werden in de periode januari 2020 tot en met juni 2021 door het CIZ weinig verzoekschriften bij de rechtbank ingediend voor een voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen van 18 tot 23 jaar. Volgens gegevens van de Raad voor de Rechtspraak waren er in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd in totaal acht rechterlijke uitspraken ten aanzien van verzoek om een VWM. Hier lijken verschillende redenen voor te zijn. Het CIZ geeft aan dat de voorwaarden die aan de VWM worden gesteld zeer specifiek zijn, waardoor slechts een beperkte groep cliënten hier potentieel voor in aanmerking komt. Daarnaast lijkt het veld nog onbekend met de VWM en wordt deze tevens nog regelmatig verward met de voorwaardelijke machtiging zoals die onder de Wet Bopz bestond (en waarbij geen leeftijdsgrens werd gehanteerd).

524 Brochure 'Voorwaardelijke machtiging bij jongvolwassenen met een verstandelijke beperking', Informatiepunt dwang in de zorg, januari 2020.

6.4 Inbewaringstelling en voortzetting inbewaringstelling

Een inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wet zorg en dwang is een verplichte opname in een spoedsituatie. Er is dan geen tijd om de procedure van een rechterlijke machtiging af te wachten. Er is sprake van een spoedsituatie wanneer het ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt, onmiddellijk dreigend is. In dergelijke situaties kan een cliënt alleen worden opgenomen met een beschikking tot IBS die door de burgemeester wordt afgegeven. De IBS hoeft niet aangevraagd te worden bij de burgemeester. In de praktijk zullen het personen uit de naaste omgeving, de huisarts of eventueel de politie zijn die de ernstige problemen van een cliënt onder de aandacht van de burgemeester brengen. De burgemeester van de gemeente waar de cliënt zich bevindt, geeft de IBS af voor maximaal drie dagen. Voor de IBS is een medische verklaring van een ter zake deskundige arts nodig[525].

In deze paragraaf wordt uitgaande van gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de Raad voor de Rechtspraak achtereenvolgens ingegaan op de volgende onderwerpen:

— De besluitvorming van de burgemeester omtrent een inbewaringstelling;
— De voorbereiding van een voortzetting inbewaringstelling;
— De besluitvorming van de rechter ten aanzien van verzoekschrift om een verlenging van inbewaringstelling; en
— Een vergelijking tussen het aantal beschikkingen inzake een verlenging inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd en het aantal beschikkingen VIBS op grond van de Wet Bopz.

6.4.1 Besluitvorming van de burgemeester omtrent een inbewaringstelling

De burgemeester geeft een beschikking inbewaringstelling (IBS) af voor maximaal drie dagen en geeft op de dag van afgifte IBS een signaal aan het CIZ dat er een IBS is afgegeven. **Tabel 6.4.1** en **Figuur 6.4.1** laten zien dat het aantal IBS-en dat door burgemeesters werd afgegeven relatief stabiel was gedurende de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd. Het aantal schommelde tussen de 100 en 140 op maandbasis. Enkel in februari 2020 is een verhoudingsgewijs lager aantal zichtbaar, waarvoor ook het CIZ geen duidelijke verklaring heeft.

525 Brochure 'Opname en verblijf met een inbewaringstelling', Informatiepunt dwang in de zorg, januari 2020.

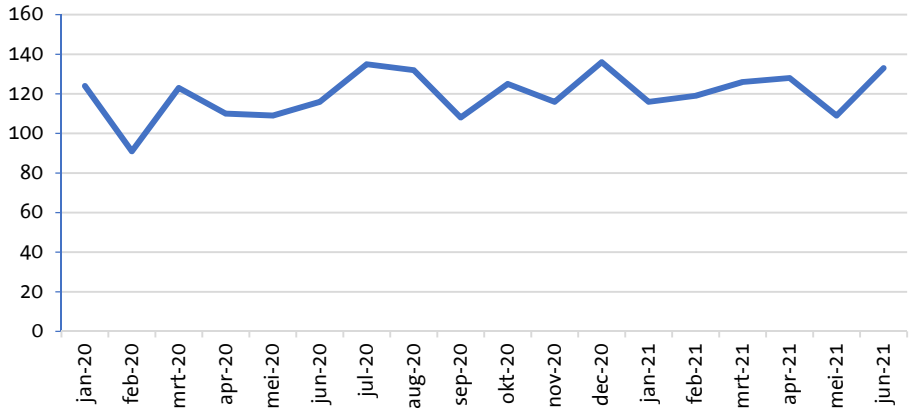
Tabel 6.4.1 Aantal door het CIZ ontvangen beschikkingen inbewaringstelling[a] in de periode januari 2020 t/m juni 2021

	2020	2021	Verschil
Januari	124	116	-8
Februari	91	119	+28
Maart	123	126	+3
April	110	128	+18
Mei	109	109	0
Juni	116	133	+17
Subtotaal 1e halfjaar	*673*	*731*	*+58*
Juli	135		
Augustus	132		
September	108		
Oktober	125		
November	116		
December	136		
Subtotaal 2e halfjaar	*752*		
Jaartotaal	1.425		

a Het gaat hier om door de burgemeester daadwerkelijke afgegeven beschikkingen (dus geen afwijzingen).

Bron: CIZ

Figuur 6.4.1 Aantal door het CIZ ontvangen beschikkingen inbewaringstelling[a] in de periode januari 2020 t/m juni 2021



a Het gaat hier om door de burgemeester daadwerkelijke afgegeven beschikkingen (dus geen afwijzingen).

Bron: CIZ

6.4.2 Voorbereiding van een voortzetting inbewaringstelling

Aan de hand van het signaal dat de burgemeester afgeeft aan het CIZ op het moment dat er een IBS is afgegeven, beoordeelt het CIZ of een verzoekschrift voortzetting inbewaringstelling (VIBS) moet worden ingediend bij de rechtbank. Dit kan als het CIZ uiterlijk op de eerste werkdag na ontvangst van de stukken rond de IBS een verzoek tot voortzetting IBS indient bij de rechter. Bij het verzoek moet de beschikking van de burgemeester en de medische verklaring van een ter zake deskundige arts worden overgelegd. De rechter kan een voortzetting verlenen als aan dezelfde voorwaarden wordt voldaan als bij de eerste inbewaringstelling. De rechter neemt dan binnen drie dagen een beslissing[526].

Uit **Tabel 6.4.2** en **Figuur 6.4.2** blijkt dat het CIZ in 2020 in totaal 1.327 verzoekschriften VIBS indiende. Afgezet tegen het aantal IBS-en in dezelfde periode (N=1.425, zie **Tabel 6.4.1**) betekent dit dat voor zo'n 93% van de IBS-en een VIBS wordt ingediend. In de eerste helft van 2021 werden 679 verzoekschriften VIBS ingediend. Afgezet tegen het aantal afgegeven IBS-en in dezelfde periode (N=731) gaat het hierbij wederom om zo'n 93% van de afgegeven IBS-en waarbij een VIBS werd ingediend.

526 Brochure 'Opname en verblijf met een inbewaringstelling', Informatiepunt dwang in de zorg, januari 2020.

Tabel 6.4.2 Aantal door het CIZ ingediende verzoekschriften voortzetting inbewaringstelling in de periode januari 2020 t/m juni 2021

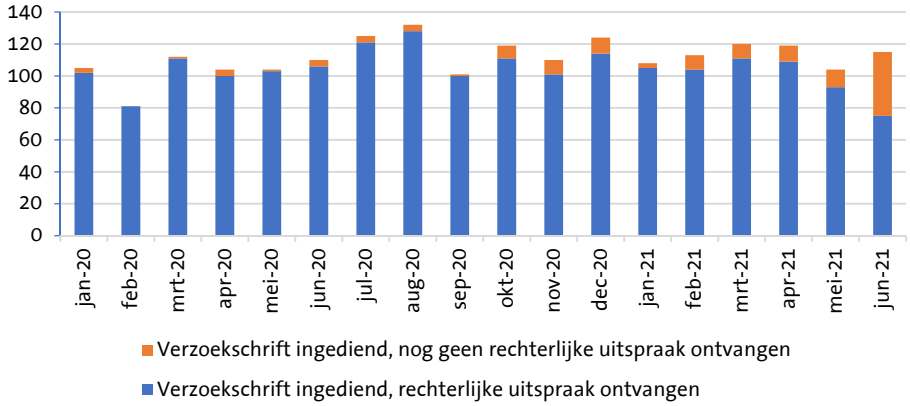
	Verzoekschrift ingediend, rechterlijke uitspraak ontvangen[a]	Verzoekschrift ingediend, nog geen rechterlijke uitspraak ontvangen[b]	Totaal
Januari	102	3	105
Februari	81		81
Maart	111	1	112
April	100	4	104
Mei	103	1	104
Juni	106	4	110
Subtotaal 1e halfjaar 2020	*603*	*13*	*616*
Juli	121	4	125
Augustus	128	4	132
September	100	1	101
Oktober	111	8	119
November	101	9	110
December	114	10	124
Subtotaal 2e halfjaar 2020	*675*	*36*	*711*
Jaartotaal 2020	1.278	49	1.327
Januari	105	3	108
Februari	104	9	113
Maart	111	9	120
April	109	10	119
Mei	93	11	104
Juni	75	40	115
Subtotaal 1e halfjaar 2021	*597*	*82*	*679*

a CIZ heeft verzoekschrift ingediend en de rechterlijke uitspraak ontvangen.

b CIZ heeft verzoekschrift ingediend maar de rechterlijke uitspraak (nog) niet ontvangen.

Bron: CIZ

Figuur 6.4.2 Aantal door het CIZ ingediende verzoekschriften voortzetting inbewaringstelling in de periode januari 2020 t/m juni 2021



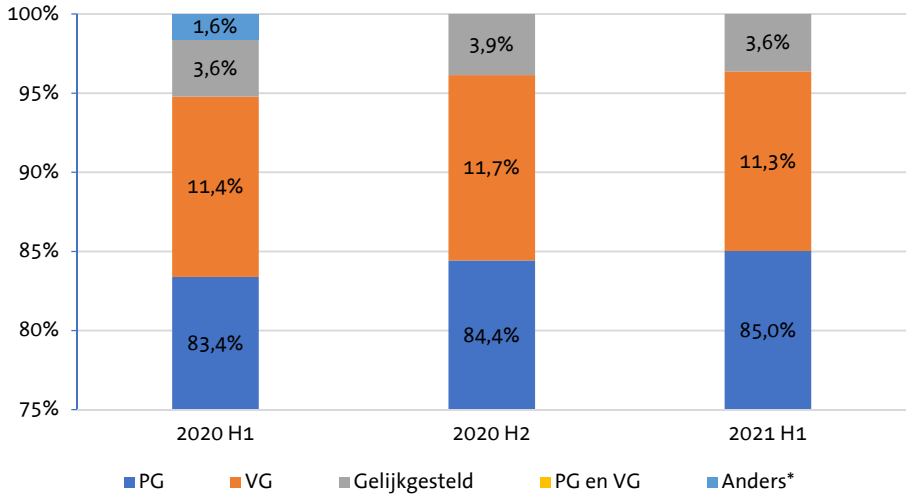
a CIZ heeft verzoekschrift ingediend en de rechterlijke uitspraak ontvangen.

b CIZ heeft verzoekschrift ingediend maar de rechterlijke uitspraak (nog) niet ontvangen.

Bron: CIZ

Figuur 6.4.3 toont dat bijna 85 procent van de ingediende verzoekschriften voor een verlenging inbewaringstelling op grond van de Wzd als grondslag PG had. Iets meer dan 11% van de ingediende verzoekschriften betrof mensen met een VB en een kleine vier procent had betrekking op mensen met een gelijkgestelde aandoening. Deze verhouding was constant gedurende periode januari 2020 tot en met juni 2021. Hieruit kan worden afgeleid dat mensen met PG problematiek verhoudingsgewijs niet alleen vaker gedwongen werden opgenomen dan mensen met een VB of een gelijkgestelde aandoening, maar dat er hierbij ook vaker sprake was van een spoedsituatie die een IBS (in plaats van RM) noodzakelijk maakt.

Figuur 6.4.3 Procentuele verdeling door het CIZ ingediende verzoekschriften verlenging inbewaringstelling in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst naar grondslag



* Deze categorie werd voornamelijk in de eerste helft van 2020 gebruikt, toen het Besluit zorg en dwang nog niet gewijzigd was i.v.m. het aanwijzen van ziekten en aandoeningen die gelijkgesteld worden met een PG aandoening of VB.

Bron: CIZ

6.4.3 Besluitvorming van de rechter ten aanzien van verzoekschrift om een verlenging van inbewaringstelling

Uitgaande van gegevens van de Raad voor Rechtspraak geeft **Tabel 6.4.3** zicht op het aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van verzoeken om een verlenging inbewaringstelling in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wzd.

Tabel 6.4.3 Aantal beschikkingen inzake verlenging inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2021

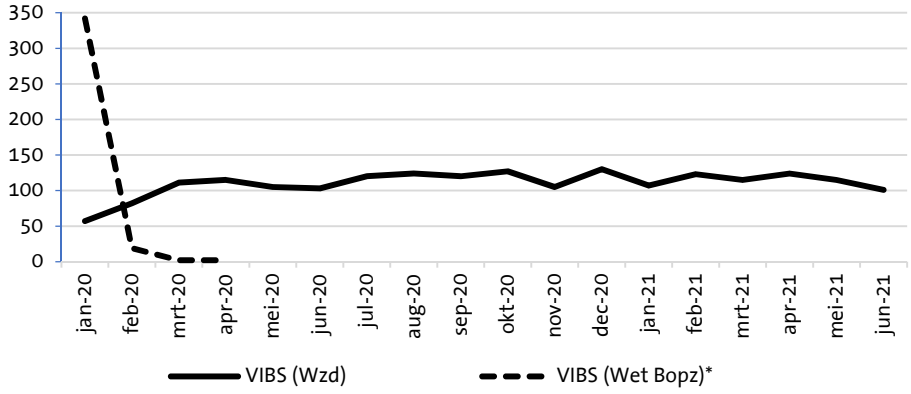
	2020	2021	Verschil
Januari	57	107	+50
Februari	82	123	+41
Maart	111	115	+4
April	115	124	+9
Mei	105	115	+10
Juni	103	101	-2
Subtotaal 1e halfjaar	*573*	*685*	*+112*
Juli	120		
Augustus	124		
September	120		
Oktober	127		
November	105		
December	130		
Subtotaal 2e halfjaar	*726*		
Jaartotaal	1.299		

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Het valt op dat in januari en februari 2020 een beduidend lager aantal rechterlijke uitspraken (N=57 resp. N=82) is gedaan in vergelijking met het aantal IBS-en dat in die maand werd afgegeven door burgemeesters (N=124 resp. N=91, zie **Tabel 6.4.1**). Dit wordt waarschijnlijk verklaard door het feit dat de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd vergt. Deze verklaring wordt ondersteund door het gegeven dat volgens de registratiegegevens in januari 2020 nog 342 rechterlijke uitspraken zijn gedaan omtrent verzoeken om een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling op grond van de Wet Bopz (terwijl per 1 januari 2020 niet meer om een machtiging op grond van de Wet Bopz kon worden verzocht) (zie **Figuur 6.4.4**).[527] Als rekening wordt gehouden met dit registratie-effect, is een vergelijkbaar beeld te zien als bij de afgegeven IBS-en. Bovendien wordt daarmee het relatief grote verschil tussen het aantal beschikkingen VIBS in de eerste twee maanden van 2021 ten opzicht van de eerste twee maanden van 2020 verklaard.

527 In februari en maart 2020 waren er nog resp. 19 en 2 beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling.

Figuur 6.4.4 Aantal beschikkingen inzake verlenging inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2021. Ook weergegeven is het aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz.*



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

6.4.4 Vergelijking met situatie ten tijde van Wet Bopz

Uitgaande van gegevens van de Raad voor de Rechtspraak is er in de periode 2015-2019 onder de Wet Bopz jaarlijks een stijging te zien in het aantal rechterlijke uitspraken omtrent een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling, met uitzondering van een betrekkelijk stabiel beeld in 2018 in vergelijking met 2017 (zie **Tabel 6.4.4** en **Figuur 6.4.5**). In 2020 – het jaar waarin de Wvggz en Wzd werden ingevoerd – was er sprake van een verhoudingsgewijs sterkere stijging van 12% (ten opzichte van 2019), uitgaande van het totaal aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel op grond van de Wvggz, van een inbewaringstelling op grond van de Wzd, en een inbewaringstelling op grond van de Wet Bopz.[528] Hierbij zal een rol hebben gespeeld dat in de Wvggz de crisismaatregel, en de voortzetting daarvan, in het overgangsjaar 2020 werden benut als terugvaloptie indien het niet lukte om een procedure voor een zorgmachtiging tijdig op te starten.[529] Bovendien zou het kunnen dat de covid-pandemie of -maatregelen hebben bijgedragen aan het verhoudingsgewijs vaker afgeven van een crisismaatregel en de voorzetting daarvan, alsmede van een inbewaringstelling op grond van de Wzd en de voortzetting daarvan.

528 Vanwege het overgangsrecht Wet Bopz werden begin 2021 ook nog beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling op grond van de Wet Bopz afgegeven (op basis van aanvragen van vóór 1 januari 2020). Bovendien vergt de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd.

529 Ketenmonitor Wvggz, 1e halfjaar 2021, september 2021.

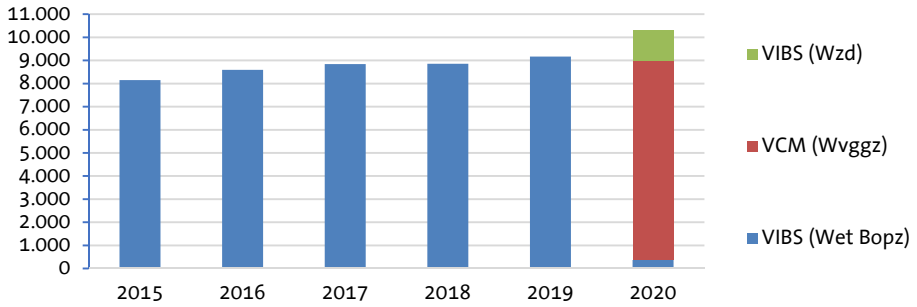
Tabel 6.4.4 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz (VCM) en een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VIBS (Wet Bopz)*	8.147	8.592	8.840	8.853	9.165	365
VCM (Wvggz)						8.639
VIBS (Wzd)						1.299
Totaal	8.147	8.592	8.840	8.853	9.165	10.303
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	5%	3%	0%	4%	12%

* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 6.4.5 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz (VCM) en een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis

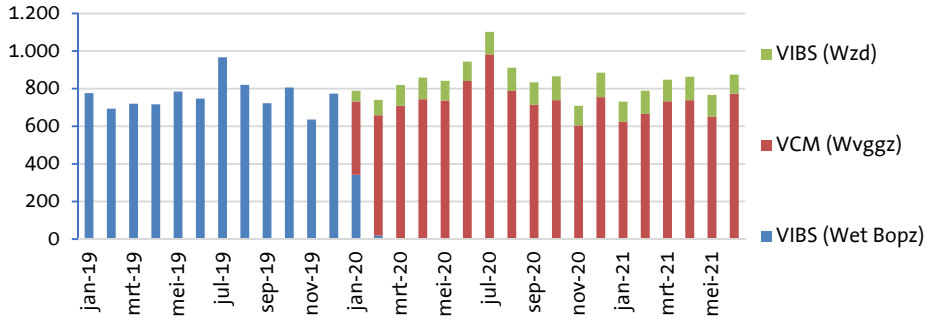


* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

In het eerste halfjaar van 2021 is het aantal beschikkingen (N=4.873) met 2,4% gedaald ten opzichte van het eerste halfjaar van 2020 (N=4.995) (zie ook **Figuur 6.4.6**). Hoewel het aantal beschikkingen in het eerste halfjaar van 2021 wel hoger lag dan in het eerste halfjaar van 2019 ten tijde van de Wet Bopz (N= 4.439), is de sterke stijging in 2020 in de eerste helft van 2021 'afgezwakt', om daarmee meer in lijn te komen met de gemiddelde stijging die te zien was in de periode 2015-2019 onder de Wet Bopz. Aan de hand van toekomstige monitoring zal duidelijk worden in hoeverre het eerste halfjaar van 2021 representatief is voor een meer structureel niveau qua aantal beschikkingen omtrent een voortzetting van een crisismaatregel op grond van de Wvggz of een inbewaringstelling op grond van de Wzd.

Figuur 6.4.6 Aantal beschikkingen inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz (VCM) en een VIBS op grond van de Wzd in de periode januari 2019 t/m juni 2021, op maandbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

6.4.4.1 Aantal unieke betrokkenen

Als wordt gekeken naar de aantallen unieke betrokkenen voor wie de rechter op jaarbasis ten minste één uitspraak heeft gedaan omtrent een verzoek voor een machtiging tot voortzetting van een CM op grond van de Wvggz, of van een IBS op grond van de Wet Bopz of Wzd, is in de periode 2016 t/m 2020 een overeenkomstige ontwikkeling waarneembaar als bij de aantallen beschikkingen (zie **Tabel 6.4.5** en **Figuur 6.4.7**). Ook hierbij dient te worden opgemerkt dat het nog te vroeg is om conclusies te kunnen trekken over de ontwikkeling van het aantal unieke betrokkenen dat te maken heeft met gedwongen zorg op grond van een machtiging tot voortzetting van een CM (Wvggz) of IBS (Wzd), in vergelijking met de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Dit behoeft monitoring over een langere periode na 2020.

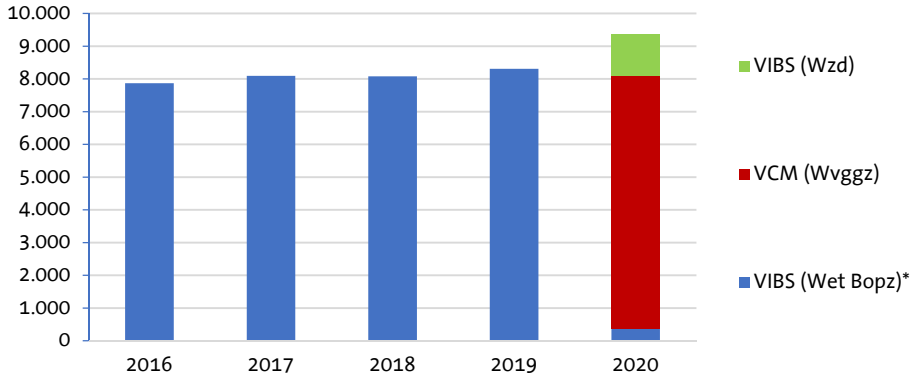
Tabel 6.4.5 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz en/of een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2016	2017	2018	2019	2020
VIBS (Wet Bopz)*	7.868	8.096	8.078	8.310	360
VCM (Wvggz)					7.734
VIBS (Wzd)					1.260
Totaal	7.868	8.096	8.078	8.310	9.354
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	2,9%	-0,2%	2,9%	12,6%

* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Figuur 6.4.7 Aantal unieke betrokkenen voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz*, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz en/of een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis



* Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

Bron: Raad voor de Rechtspraak

6.5 Cliëntenvertrouwenspersoon

De Wzd regelt dat cliënten met een VB, een PG aandoening of gelijkgestelde aandoening met recht hebben op een cliëntenvertrouwenspersoon (cvp). De cvp geeft de cliënt advies en bijstand over aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg en biedt ondersteuning bij problemen rondom opname of verblijf in een zorginstelling en bij het doorlopen van de klachtenprocedure (art. 57, lid 1 Wzd). Daarnaast is het de taak van de cvp om signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf te melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en om advies en bijstand te geven aan cliënten die vrijwillig in een Wzd-accommodatie verblijven (art. 57, lid 2 Wzd). De zorgaanbieder verstrekt zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg de naam en contactgegevens van een cliënt en zijn vertegenwoordiger aan de cvp, zodat de cvp de cliënt en zijn vertegenwoordiger kan informeren over de mogelijkheid tot advies en bijstand door een cvp (art. 5, lid 3 Wzd).

De cvp voert zijn taken onafhankelijk van de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke en het CIZ uit (art. 57, lid 3 Wzd) en heeft vrije toegang tot de cliënt, zonder daar van iemand toestemming voor te hoeven krijgen (art. 58, lid 1 Wzd). Omdat de cvp onafhankelijk is van de zorgaanbieder, kopen de Wlz-uitvoerders de functie van cvp regionaal in. De zorgkantoren hebben vier aanbieders geselecteerd voor het leveren van cvp-en in alle zorgkantoorregio's: Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem[530].

530 Cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang, Informatiepunt dwang in de zorg.

De taak van de Landelijke Faciliteit CVP (LFCVP) is om de kwaliteit van de cvp-en te beoordelen en te monitoren op basis van het *Kwaliteitskader CVP in de Wzd*[531]. Iedereen die een opleiding tot cvp heeft afgerond die volgens de LFCVP voldoet aan het kwaliteitskader, wordt in het Register Cliëntenvertrouwenspersonen Wet zorg en dwang (Register-CVP) opgenomen. Voor de handhaving van de kwaliteit van de werkwijze van de cvp-en heeft de LFCVP een onafhankelijke klachtencommissie opgericht. Elke cvp-aanbieder is aangesloten bij- en moet zich conformeren aan deze klachtencommissie. Cliënten en vertegenwoordigers kunnen klachten indienen over de wijze waarop de cvp zijn taak heeft uitgeoefend. De klachtencommissie toetst dan of het handelen van de cvp in overeenstemming is met het Kwaliteitskader cvp in de Wzd, de gedragsregels voor cvp-en en het privacyreglement van de cvp-aanbieder[532].

In deze paragraaf wordt uitgaande van gegevens van de Landelijke Faciliteit CVP en de vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem) achtereenvolgens ingegaan op de volgende onderwerpen:

— Het aantal cliëntenvertrouwenspersonen en locatiebezoeken;
— De inzet van cliëntenvertrouwenspersonen;
— Het soort kwesties dat werd voorgelegd aan cliëntenvertrouwenspersonen;
— De geboden ondersteuning rond onvrijwillige zorg en opname en vrijwillige zorg; en
— De ingezette acties door cliëntenvertrouwenspersonen en resultaten.

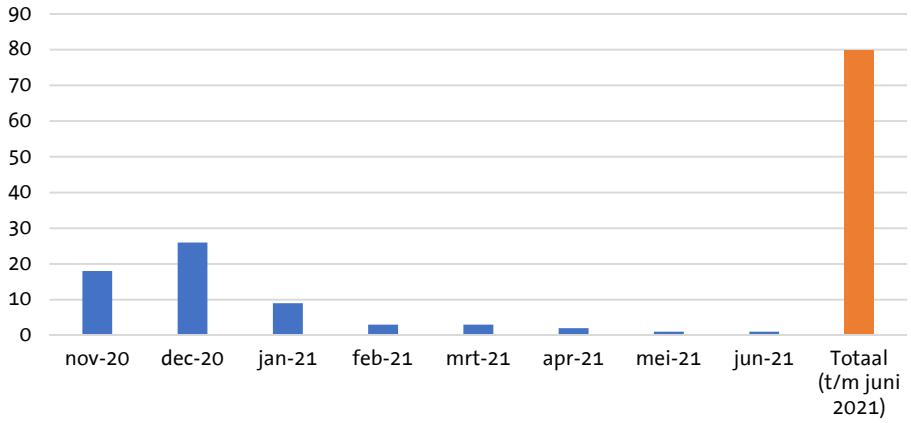
6.5.1 Cliëntenvertrouwenspersonen en locatiebezoeken

Het Register CVP is op 1 september 2020 actief geworden. De eerste cvp-en hebben zich in oktober 2020 geregistreerd. **Figuur 6.5.1** laat zien dat per juni 2021 in totaal 80 cvp-en waren geregistreerd, waarvan het overgrote deel dit deed in het najaar van 2020. Het aantal cvp-en lag daarmee lager dan waar enkele jaren geleden vanuit werd gegaan. Dit heeft onder andere te maken met het gereduceerde tarief (ten opzichte van eerdere toezeggingen) dat het Ministerie van VWS beschikbaar heeft gesteld en de lang bestaande onduidelijkheid over de BTW plicht van de cvp dienstverlening, waardoor er minder mensen aangenomen konden worden. Daarnaast is 2020 een opstartjaar geweest waarin veel zaken ingeregeld moesten worden en de eerste cvp-en de opleiding moesten doorlopen. De verwachting van de cvp-aanbieders is dat het aantal cvp-en het komende jaar verder zal stijgen, temeer daar per 1 juli 2022 de cvp dienstverlening wordt vrijgesteld van de BTW plicht, waardoor de cvp formatie uitgebreid zal kunnen worden.

531 Kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang, Stichting Landelijke Faciliteit CVP, februari 2019.

532 Klachtenregeling Klachtencommissie CVP Wzd, Stichting Landelijke Faciliteit CVP, april 2021.

Figuur 6.5.1 Aantal registraties van cvp-en in het Register Cliëntenvertrouwenspersonen Wet zorg en dwang in de periode oktober 2020 t/m juni 2021



Bron: Landelijke Faciliteit CVP

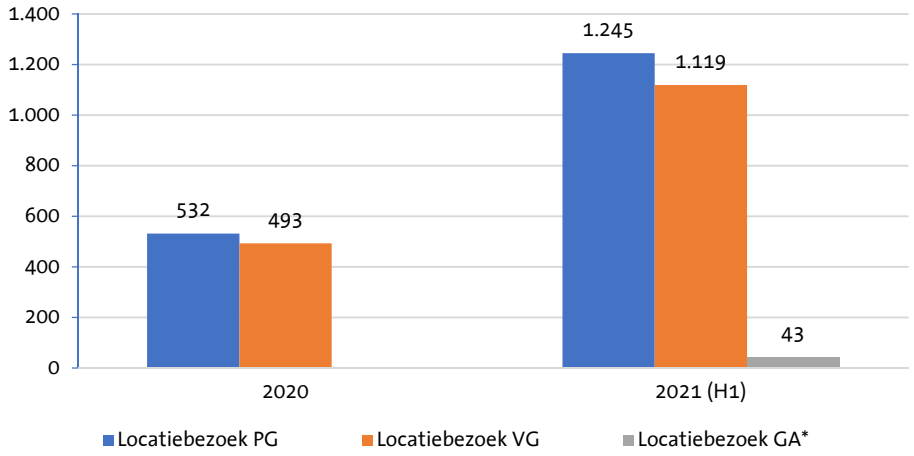
In **Figuur 6.5.2** is te zien dat het totaal aantal locatiebezoeken dat cvp-en aflegden in de eerste helft van 2021 ruim twee keer zo hoog lag (2.407) als in heel 2020 (1.025). Hier zijn een aantal redenen voor. Allereerst moest het proces van locatiebezoeken in 2020 ingericht worden, dit nam enkele maanden in beslag. Vervolgens zorgde de covid-pandemie ervoor dat veel locatiebezoeken niet mogelijk waren. Tot slot zijn er een aantal zorgaanbieders die er de voorkeur aan gaven en geven dat cvp-en op afstand benaderbaar zijn en op afstand voorlichting geven aan cliënten. Zij hebben geen behoefte aan locatiebezoeken door de cvp.
In het Kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang[533] is per doelgroep een verdeling gemaakt voor wat betreft het verwachte aantal af te leggen locatiebezoeken per jaar, gebaseerd op ervaringen uit de praktijk en het onderzoek van Sira Consulting[534]. Vanwege de aard van de berekening is het echter niet mogelijk deze verdeling af te zetten tegen het daadwerkelijk aantal afgelegde locatiebezoeken.

Uit de gegevens blijkt verder dat er iets meer locatiebezoeken werden uitgevoerd bij PG-locaties (52%) dan bij VG-locaties (47%). Op het eerste oog is het opvallend dat het aantal locatiebezoeken op PG-locaties iets hoger ligt dan op VG-locaties, gezien het aantal mensen dat jaarlijks een beroep doet op intra- en/of extramurale VG zorg hoger ligt dan het aantal mensen dat een beroep doet op intra- en/of extramurale PG zorg. Er is geen actief beleid gevoerd vanuit de cvp-en om meer bezoeken binnen de PG sector af te leggen en een duidelijke verklaring hebben de cvp-aanbieders dan ook niet.

533 Kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang, BeVeZo & Raad op Maat, 2019.

534 Cliëntvertrouwenspersoon: De kosten van vertrouwenswerk o.g.v. de Wet zorg en dwang t.b.v. psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, Sira Consulting, januari 2017.

Figuur 6.5.2 Aantal locatiebezoeken door cliëntenvertrouwenspersonen in de periode januari 2020 t/m juni 2021, uitgesplitst naar sector



* De categorie GA (Gelijkgestelde Aandoeningen) werd pas in 2021 toegevoegd

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

6.5.2 Inzet van cliëntenvertrouwenspersonen

In de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd namen 1.800 unieke cliënten en/of hun vertegenwoordigers contact op met een cvp (zie **Tabel 6.5.1**). Hierbij valt op dat in de eerste helft van 2021 het aantal unieke cliënten en/of vertegenwoordigers dat contact zocht reeds hoger lag dan in heel 2020. Dit kan deels verklaard worden door de remmende invloed van de covid-pandemie in 2020. Bovendien kenden veel zorgaanbieders in 2020 nog een aanloopperiode wat betreft cvp-en. Gedurende de anderhalf jaar nam echter de bekendheid van de cvp toe. Het toegenomen aantal locatiebezoeken heeft hier een belangrijke rol in gespeeld, aldus de vier cvp-aanbieders.

Tabel 6.5.1 Aantal unieke cliënten en/of vertegenwoordigers dat contact opnam met de cvp in de periode januari 2020 t/m juni 2021

Periode	Aantal
2020	867
1e halfjaar 2021	933
Totaal	1.800

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

Tabel 6.5.2 laat zien dat het aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en door cliënten en/of vertegenwoordigers in de eerste helft van 2021 (1.264) hoger lag dan in heel 2020 (1.128), terwijl het aantal in de tweede helft van 2020 (809) al ruim twee keer zo hoog lag als in de eerste helft van 2020 (319). Het lijkt er dus op dat cliënten en vertegenwoordigers hun weg naar de cvp en hun dienstverlening steeds beter weten te vinden. Dit komt overeen met de verwachting van de cvp-

aanbieders in het jaarverslag van 2020 dat het aantal cliënten en ondersteuningsvragen in 2021 verder zou oplopen naarmate de bekendheid van de cvp zou toenemen[535].

Tabel 6.5.2 Aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en van cliënten en/of hun vertegenwoordigers in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar grondslag

	Wlz VG	Wlz PG	Wlz - Anders	Jeugd / WMO	ZVW	Wvggz*	Onbe-kend	Totaal
Subtotaal 1e halfjaar 2020	195	71	28	19	6			319
	(61%)	(22%)	(9%)	(6%)	(2%)			(100%)
Subtotaal 2e halfjaar 2020	533	185	48	31	10		2	809
	(66%)	(23%)	(6%)	(4%)	(1%)		(0%)	(100%)
Subtotaal 1e halfjaar 2021	806	280	12	30 (2%)	10	12	1	1264
	(64%)	(22%)	(10%)		(1%)	(1%)	(0%)	(100%)

* Pas in 2021 als mogelijkheid toegevoegd

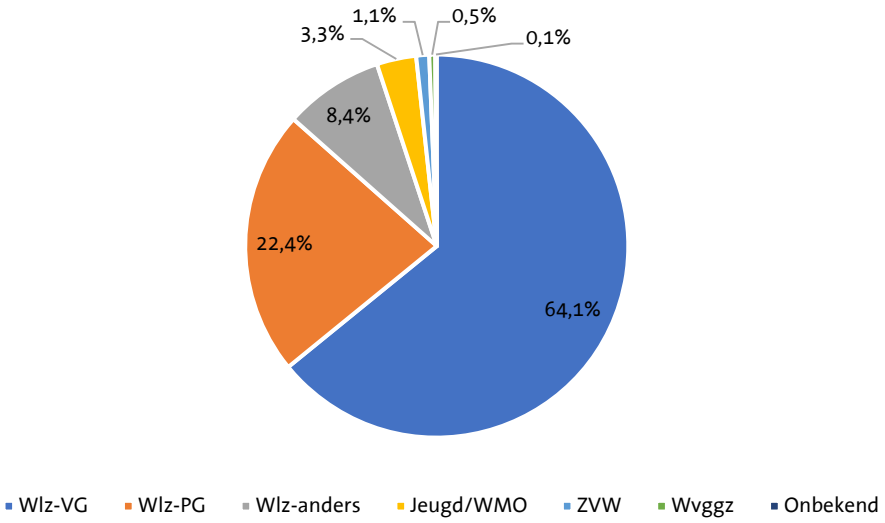
Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

Verder blijkt uit **Tabel 6.5.2** en **Figuur 6.5.3** dat het grootste deel van de ondersteuningsvragen afkomstig is van cliënten (en/of hun vertegenwoordigers) met een indicatie Wlz-VG (bijna twee derde) of Wlz-PG (ruim een vijfde). Deze verdeling is stabiel in de periode januari 2020 t/m juni 2021. Slechts een klein deel van de ondersteuningsvragen heeft een andere grondslag dan de Wlz (Jeugd/WMO, ZVW of Wvggz).
Een mogelijke verklaring voor het hogere aantal ondersteuningsvragen vanuit cliënten (en/of hun vertegenwoordigers) met een indicatie Wlz-VG is dat de rol van vertrouwenspersoon al meer bekend is in de VG dan in de PG, zo stellen de vier cvp-aanbieders en de LFCVP. Daarnaast is in eerder onderzoek vastgesteld dat in de langdurige ouderenzorg relatief weinig wordt geklaagd, onder meer door een gebrek aan een vertrouwensband[536]. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat cliënten met een PG aandoening vaak minder lang zijn opgenomen dan cliënten met een VB. Tot slot leven bij mensen met een VB of hun vertegenwoordiger vaak meerdere vragen, aldus de vier cvp-aanbieders, waardoor hun aandeel relatief hoger is in het totaal aantal ondersteuningsvragen.

535 Samen voor de rechten van cliënten, jaarverslag cvp-aanbieders, mei 2021.

536 Bomhoff, M., Paus, N., Friele, R. *Niets te klagen: onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen.* Utrecht: Nivel, 2013.

Figuur 6.5.3 Procentuele verdeling van de ondersteuningsvragen (N= 2.392) aan cvp-en van cliënten en/of hun vertegenwoordigers in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar grondslag



Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

6.5.3 Soort kwesties dat werd voorgelegd aan cvp-en

Tabel 6.5.3 laat zien dat het merendeel van de ondersteuningsvragen aan cvp-en een uiting van onvrede betrof. Het aandeel van uitingen van onvrede binnen het geheel aan ondersteuningsvragen nam verhoudingsgewijs toe, van 61% in het eerste half jaar van 2020 naar 71% in het eerste half jaar van 2021. Daarnaast werden cvp-en regelmatig om informatie en advies gevraagd, hoewel hierin een daling zichtbaar is sinds 2020. Deze trends hebben wellicht te maken met de groeiende bekendheid van de Wzd onder cliënten en vertegenwoordigers. Tot slot had een klein deel van de ondersteuningsvragen te maken met ondersteuning bij een formele klachtprocedure (8%).

Tabel 6.5.3 Aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en door cliënt en/of vertegenwoordiger in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar soort kwestie

	2020 (1e halfjaar)	2020 (2e halfjaar)	2021 (1e halfjaar)
Uiting van onvrede	195 (61%)	548 (68%)	895 (71%)
Informatie en advies	103 (32%)	188 (23%)	277 (22%)
Klacht (alle formele klachtenprocedures)	21 (7%)	70 (9%)	91 (7%)
Onbekend	-	3 (0%)	1 (0%)
Totaal	319 (100%)	809 (100%)	1.264 (100%)

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

Tabel 6.5.4 laat zien dat er een aantal verschillen zijn tussen de ondersteuningsvragen die cliënten en/of hun vertegenwoordigers met een grondslag Wlz-VG hadden en de ondersteuningsvragen die

cliënten en/of hun vertegenwoordigers met een grondslag Wlz-PG hadden. Bij ondersteuningsvragen met betrekking tot de Wlz-VG ging het vaker om een uiting van onvrede dan bij ondersteuningsvragen over de Wlz-PG, terwijl bij de Wlz-PG relatief vaker om informatie en advies werd gevraagd dan bij de Wlz-VG. Voor ondersteuningsvragen rondom een formele klachtprocedure zijn geen verschillen zichtbaar tussen de grondslagen.

Tabel 6.5.4 Aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en van cliënten en/of vertegenwoordigers met een grondslag Wlz-VG of Wlz-PG in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar soort kwestie

	Wlz-VG				Wlz-PG			
	2020 (1e halfjaar)	2020 (2e halfjaar)	2021 (1e halfjaar)	Totaal	2020 (1e halfjaar)	2020 (2e halfjaar)	2021 (1e halfjaar)	Totaal
Uiting van onvrede	131 (67%)	379 (71%)	597 (74%)	1.107 (72%)	37 (52%)	109 (59%)	179 (64%)	325 (61%)
Informatie en advies	52 (27%)	105 (20%)	148 (18%)	305 (20%)	28 (39%)	61 (33%)	79 (28%)	168 (31%)
Klacht (alle formele klachtenprocedures)	12 (6%)	48 (9%)	61 (8%)	121 (8%)	6 (9%)	15 (8%)	22 (8%)	43 (8%)
Onbekend	-	1 (0%)	-	1 (0%)	-	-	-	-
Totaal	195 (100%)	533 (100%)	806 (100%)	1.534 (100%)	71 (100%)	185 (100%)	280 (100%)	536 (100%)

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

6.5.4 Ondersteuning rond onvrijwillige zorg en opname en vrijwillige zorg

Uit **Tabel 6.5.5** blijkt dat binnen het totaal aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en in de periode januari 2020 t/m juni 2021 een minderheid betrekking had op een onvrijwillige opname. Daarnaast had een iets groter deel betrekking op onvrijwillige zorg dan op vrijwillige zorg, hoewel in de tweede helft van 2020 een omgekeerde verdeling zichtbaar was.

Tabel 6.5.5 Aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en van cliënten en/of vertegenwoordigers in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar onderwerp

	2020 (1e halfjaar)	2020 (2e halfjaar)	2021 (1e halfjaar)
Onvrijwillige zorg	143 (49%)	348 (43%)	613 (49%)
Vrijwillige zorg	131 (41%)	365 (45%)	528 (42%)
Onvrijwillige opname	18 (6%)	47 (6%)	52 (4%)
Overig	27 (9%)	47 (6%)	70 (6%)
Onbekend	-	2 (0%)	1 (0%)
Totaal	319 (100%)	809 (100%)	1.264 (100%)

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

In **Tabel 6.5.6** worden de ondersteuningsvragen over vrijwillige zorg uitgesplitst naar soort kwestie en aard van de vraag. Van de ondersteuningsvragen over vrijwillige zorg hadden de meeste vragen betrekking op zorg, begeleiding en dienstverlening (65%). Bijna een kwart van de ondersteuningsvragen over vrijwillige zorg had betrekking op kwesties die samenhangen met het verblijf van de cliënt (22%), zoals accommodatie, eten en drinken en huisregels. Tot slot had zo'n 13% van de ondersteuningsvragen betrekking op organisatie, regels en financiën bij vrijwillige zorg. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om kwesties die samenhangen met de bereikbaarheid en beschikbaarheid van medewerkers, vrije beschikking hebben over eigen geld of onzorgvuldige dossiervorming of rapportage. Wat opvalt is dat uitingen van onvrede over de organisatie, regels en financiën verhoudingsgewijs vaker uitmondden in ondersteuning rondom een formele klachtprocedure. Uitingen van onvrede over het verblijf daarentegen, mondden verhoudingsgewijs minder vaak uit in ondersteuning bij een formele klachtprocedure.

Tabel 6.5.6 Aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en van cliënten en/of hun vertegenwoordigers over vrijwillige zorg in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar soort kwestie en aard vraag

	Uiting van onvrede	Informatie en advies	Klacht (alle formele klach-tenprocedures)	Onbekend	Totaal
Zorg, begeleiding, dienstverlening	472 (68%)	149 (56%)	41 (64%)	1 (100%)	663 (65%)
Verblijf	146 (21%)	67 (25%)	10 (16%)	-	223 (22%)
Organisatie, regels, financiën	76 (11%)	49 (19%)	13 (20%)	-	138 (13%)
Totaal	694 (100%)	265 (100%)	64 (100%)	1 (100%)	1.024 (100%)

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

Tabel 6.5.7 toont dat van alle ondersteuningsvragen over onvrijwillige zorg, de meeste vragen betrekking hadden op beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten (50%), beperking van de bewegingsvrijheid (20%) en medische handelingen en therapeutische maatregelen (12%). Wanneer we de ondersteuningsvragen uitsplitsen naar de aard van de vraag, zien we dat over medische handelingen en therapeutische maatregelen relatief vaak informatie en advies ingewonnen werd en dat verhoudingsgewijs vaker ondersteuning werd gevraagd omtrent formele klachtenprocedures.

Tabel 6.5.7 Aantal ondersteuningsvragen aan cvp-en van cliënten en/of hun vertegenwoordigers over onvrijwillige zorg in de periode januari 2020 t/m juni 2021, naar soort kwestie en aard vraag

	Uiting van onvrede	Informatie en advies	Klacht (alle formele klachtenprocedures)	Onbekend	Totaal
Beperking vrijheid eigen leven inrichten	431 (53%)	81 (43%)	43 (43%)	-	555 (50%)
Beperken bewegingsvrijheid	161 (20%)	33 (18%)	21 (21%)	1 (100%)	216 (20%)
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	78 (10%)	33 (18%)	18 (18%)	-	129 (12%)
Uitoefenen van toezicht	60 (7%)	13 (7%)	11 (11%)	-	84 (8%)
Beperken recht op ontvangen bezoek	47 (6%)	12 (6%)	3 (3%)	-	62 (6%)
Insluiten	21 (3%)	9 (5%)	3 (3%)	-	33 (3%)
Onderzoek van woon/verblijfruimte op gedragbeïnvloedende middelen	9 (1%)	3 (2%)	1 (1%)	-	13 (1%)
Controleren op gebruik gedragbeïnvloedende middelen	3 (0%)	2 (1%)	1 (1%)	-	6 (0%)
Onderzoek aan kleding of lichaam	5 (1%)	1 (1%)	-	-	6 (0%)
Totaal	815 (100%)	187 (100%)	101 (100%)	1 (100%)	1.104 (100%)

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

6.5.5 Ingezette acties door cvp-en en resultaten

De cvp kan na een ondersteuningsvraag verschillende acties inzetten, zoals het geven van informatie en advies, het gesprek aangaan met een leidinggevende of het geven van ondersteuning bij een klachtencommissie. Bij één ondersteuningsvraag kunnen meerdere acties worden ingezet.

Uit **Tabel 6.5.8** komt naar voren dat meer dan de helft van de sinds 2020 ingezette acties bestond uit het geven van informatie en advies (57%). Daarnaast bestonden ingezette acties voornamelijk uit het voeren van gesprekken met medewerkers (20%) of gesprekken met een leidinggevende, staflid of directielid (13%).

Tabel 6.5.8 Aantal ingezette acties door cvp-en n.a.v. ondersteuningstraject in de periode januari 2020 t/m juni 2021

Aantal ingezette acties door cvp-en n.a.v. ondersteuningstraject	2020	2021 (1e halfjaar)	Totaal
Informatie en advies	943	838	1.781 (57%)
Gesprek medewerker	336	296	632 (20%)
Gesprek leidinggevende / staf / directie	244	159	403 (13%)
Gesprek klachtenfunctionaris (Wzd en Wkkgz)	74	45	119 (4%)
Overig	70	37	107 (3%)
Schriftelijke afdoening	34	21	55 (2%)
Klachtencommissie Wzd (start procedure per klachtgrond) [a]	25	7	32 (1%)
Geschilleninstantie op basis van de Wkkgz[b]	3	1	4 (0%)
Totaal	1.729	1.404	3.133 (100%)

a Niet elke gestarte procedure leidde uiteindelijk tot indiening van een klacht bij een Klachtencommissie Wzd.

b De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) biedt cliënten met een klacht over zorg de mogelijkheid deze voor te leggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie (die ook een schadevergoeding toe kan kennen). Die doet een uitspraak waar beide partijen zich aan moeten houden.

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

Het resultaat van een meerderheid van de ingezette acties was dat de vraag, uiting van ongenoegen of klacht werd opgelost (51%) of deels werd opgelost (19%), zie **Tabel 6.5.9**. Daarnaast werden ondersteuningsvragen met enige regelmaat doorverwezen naar een andere functionaris (13%).

Van de gestarte procedures (met in totaal 36 klachtgronden) die uiteindelijk werden doorgezet naar een Wzd-klachtencommissie of een geschilleninstantie op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)[537] zijn twaalf klachtgronden gegrond verklaard, zeven klachtgronden deels gegrond en twaalf klachtgronden ongegrond verklaard. Daarnaast kon er drie keer geen uitspraak worden gedaan, werd de klachtgrond één keer als niet ontvankelijk beoordeeld en kwam er één keer geen reactie vanuit de klachtenfunctionaris (dit laatste geval heeft betrekking op schriftelijke afdoening).

537 De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) biedt cliënten met een klacht over zorg de mogelijkheid deze voor te leggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie (die ook een schadevergoeding toe kan kennen). Die doet een uitspraak waar beide partijen zich aan moeten houden.

Tabel 6.5.9 Aantal resultaten van ingezette acties door cvp-en n.a.v. ondersteuningstraject in de periode januari 2020 t/m juni 2021

Resultaten van ingezette acties door CVP-en n.a.v. ondersteuningstraject	2020	2021 (1e halfjaar)	Totaal
Opgelost	854	729	1.583 (51%)
Deels opgelost	384	219	603 (19%)
Doorverwezen naar andere functionaris	166	244	410 (13%)
Niet opgelost	126	81	207 (7%)
Gestaakt	101	59	160 (5%)
Onbekend	60	64	124 (4%)
Doorverwezen naar andere CVP Wzd	9	1	10 (0%)
Uitkomsten klachten doorgezet naar Wzd-klachtencommissie of een geschilleninstantie (Wkkgz) (per klachtgrond):			
Gegrond[a]	9	3	12 (0%)
Ongegrond[a]	11	1	12 (0%)
Deels gegrond[a]	7	0	7 (0%)
Geen uitspraak[a]	0	3	3 (0%)
Geen reactie van instantie[b]	1	0	1 (0%)
Niet ontvankelijk[a]	1	0	1 (0%)
Totaal	1.729	1.404	3.133 (100%)

a Dit betreft binnen de registratie van de cvp-aanbieders een antwoordrubriek die betrekking kan hebben op 'Geschilleninstantie' (Wkkgz), 'Klachtencommissie Wzd' of 'Tuchtrecht'. Tuchtrecht heeft in de periode januari 2020 t/m juni 2021 echter niet plaatsgevonden.

b Dit betreft binnen de registratie van de cvp-aanbieders een antwoordrubriek die betrekking kan hebben kan hebben op 'Klachtencommissie Wzd' of 'Tuchtrecht', waarbij er bij schriftelijke afdoening geen reactie is ontvangen vanuit de klachtenfunctionaris. Tuchtrecht heeft in de periode januari 2020 t/m juni 2021 echter niet plaatsgevonden.

Bron: vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem)

6.6 Klachtenprocedure en beroep

De Wzd heeft een eigen regeling voor klachten over onvrijwillige zorg en opname op grond van de Wzd. De cliënt hoeft niet opgenomen te zijn om een klacht in te dienen. Ingediende klachten moeten worden beoordeeld door een externe onafhankelijke Wzd-klachtencommissie. Een zorgaanbieder is verplicht te zorgen voor toegang tot een Wzd-klachtencommissie. Deze commissie moet bestaan uit een oneven aantal van ten minste drie personen die niet in dienst zijn van, of verbonden zijn met, de zorgorganisatie, en in staat zijn om een deskundige en zorgvuldige beslissing te nemen op grond van de klacht. Het instellen van een Wzd-klachtencommissie dient te gebeuren door een representatieve organisatie van cliënten en een representatieve organisatie van zorgaanbieders. Er is een landelijke KlachtenCommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ) opgericht die de in de wet bedoelde functie vervult. Daarnaast zijn er nog regionaal opererende klachtencommissies die dezelfde functie vervullen.

Een cliënt, zijn vertegenwoordiger of een nabestaande van een cliënt kunnen een schriftelijke en gemotiveerde klacht indienen bij een Wzd-klachtencommissie. Klachten kunnen niet rechtstreeks

worden ingediend, maar dienen eerst te worden toegezonden aan de betreffende zorgorganisatie, die een beslissing neemt over het al dan niet doorzetten van de klacht naar de Wzd-klachtencommissie. Klachten kunnen betrekking hebben op de nakoming van een verplichting of over een beslissing over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, besluiten over uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan of in onvoorziene situaties, klachten over de beoordeling van de wilsbekwaamheid van een cliënt of klachten over beslissingen van de Wzd-functionaris. In totaal zijn er tien onderwerpen – oftewel 'klachtgronden' – waarover een klacht kan gaan. Eén ingediende klacht kan meerdere klachtgronden bevatten.

De Wzd-klachtencommissie dient binnen twee weken een bindende uitspraak te doen over een ingediende klacht. Bij haar oordeel verklaart de commissie de klacht gegrond of ongegrond, tenzij zij deze niet-ontvankelijk verklaart of zichzelf onbevoegd acht. Zowel de indiener als de zorgaanbieder kan bij de rechter in beroep gaan tegen het oordeel van de commissie; daarna staat geen hoger beroep open en is alleen nog beroep in cassatie mogelijk. Zowel de klachtencommissie als de rechter kan – hetzij op verzoek, hetzij ambtshalve – tot een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding besluiten[538].

In deze paragraaf wordt uitgaande van gegevens van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de vier cvp-aanbieders (Quasir, LSR, Adviespunt Zorgbelang en Zorgstem), de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ) en van de Raad voor de Rechtspraak ingegaan op de volgende onderwerpen:

- Het aantal en de soort klachten op grond van de Wzd;
- De beslissingen van de klachtencommissies ten aanzien van ingediende klachten;
- Het aantal bij klachtencommissies ingediende schadevergoedingen en beslissingen hierover; en
- Het aantal rechterlijke uitspaken ten aanzien van beroep naar aanleiding van een klachtenprocedure en ten aanzien van schadevergoedingsverzoeken.

6.6.1 Aantal klachten waarbij de cvp ondersteuning biedt

In het geval een cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) ondersteuning biedt bij de klachtenprocedure op grond van de Wzd, kan dat betrekking hebben op meerdere klachtonderwerpen. In **Tabel 6.5.8** zagen we dat cvp-en in 2020 bij 25 klachtonderwerpen een formele procedure richting een Wzd-klachtencommissie startten. Het is niet duidelijk van hoeveel klachten er sprake was, gezien een klacht meerdere klachtonderwerpen kan bevatten.

De cvp-aanbieders geven aan dat het niet mogelijk is het aantal van 25 klachtonderwerpen in 2020 direct te vergelijken met aantallen klacht(onderwerpen) zoals gerapporteerd door de Wzd klachtencommissies (die hieronder besproken worden). De vier cvp-aanbieders registreren een klacht(onderwerp) namelijk op de datum dat deze binnenkomt, terwijl Wzd-klachtencommissies klacht(onderwerpen) registreren op het moment dat een uitspraak heeft plaatsgevonden. Hierdoor kunnen er op jaarbasis verschillen ontstaan tussen de data van de cvp-aanbieders en Wzd-klachtencommissies.

538 Klachtrecht in de Wet zorg en dwang, Informatiepunt dwang in de zorg.

6.6.2 Aantal en soorten klachten zoals ingediend bij Wzd-klachtencommissies

De verschillende Wzd-klachtencommissies leveren afschriften van hun uitspraken aan bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ heeft alle in 2020 aangeleverde uitspraakgegevens op een eenduidige wijze verwerkt om zicht te krijgen op het aantal klachten dat in 2020 werd ingediend bij Wzd-klachtencommissies, en op de specifieke onderwerpen waarop deze klachten betrekking hadden.[539] Het ging daarbij om concrete onderwerpen die onder de formele klachtgronden van de Wvd vallen.

Tabel 6.6.1 laat zien dat volgens bij de IGJ ontvangen klachtuitspraken in 2020 in totaal acht klachten zijn ingediend bij Wzd-klachtencommissies, die gezamenlijk betrekking hadden op vijftien specifieke onderwerpen. Deze aantallen zijn echter hoogstwaarschijnlijk onvolledig. Zo werden er in 2020 alleen al 16 zaken voorgelegd aan de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ), één van de klachtencommissies Wzd (zie ook par. 6.6.2.1).

Tabel 6.6.1 Aantal klachten zoals ingediend bij Wzd-klachtencommissies in 2020 (uitgaande van bij de IGJ ontvangen klachtuitspraken), en de specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten

	N	%
Totaal aantal ingediende klachten	8	
Totaal aantal specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten	15	100
Aantal per specifiek onderwerp*:		
Beperken bewegingsvrijheid	4	26,7
Beslissing ontslag	2	13,3
Inhoud zorgplan	2	13,3
Beslissing overplaatsing	1	6,7
Dwangmedicatie	1	6,7
Fixatie	1	6,7
Insluiting	1	6,7
Niet bijhouden dossier	1	6,7
Onderzoek woonruimte	1	6,7
Time-out	1	6,7

* Specifieke onderwerpen die onder de formele klachtgronden van de Wzd vallen.

Bron: IGJ

6.6.2.1 Aantal en soorten klachten zoals ingediend bij de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg

Uit het jaarverslag 2020[540] van de KCOZ blijkt dat er in 2020 in totaal 16 zaken aan de KCOZ zijn voorgelegd. Van 16 deze zaken hebben er 12 in een uitspraak in 2020 geresulteerd en vier zaken

539 Ten tijde van het schrijven van dit rapport waren gegevens over het eerste halfjaar van 2021 nog niet verwerkt door de IGJ. Verder zijn alleen jaartotalen voor 2020 beschikbaar en geen cijfers op halfjaarbasis, omdat datums van uitspraken ontbreken.

540 Jaarverslag KCOZ 2020, KCOZ Klachtencommissie, 2021.

werden in 2021 afgehandeld (**Tabel 6.6.2**). Van de 12 klachtzaken die in 2020 werden beoordeeld waren er 11 afkomstig uit de VG-sector en één uit de PG-sector. Gezien het KCOZ slechts één van de Wzd klachtencommissies vormt, wijst dit erop dat de gegevens van de IGJ rondom ingediende klachten bij Wzd-klachtencommissies (N=8) voor 2020 onvolledig zijn.
Tabel 6.2.2 toont tevens de specifieke onderwerpen van de klachten die werden ingediend bij de KCOZ. Het beperken van de bewegingsvrijheid en het niet bijhouden van het dossier vormden het vaakst onderwerp van klacht.

Tabel 6.6.2 Aantal klachten zoals ingediend bij de KCOZ in 2020, en de specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten

	N	%
Totaal aantal ingediende klachten waarover in 2020 uitspraak werd gedaan	12	
Totaal aantal specifieke onderwerpen* van de ingediende klachten	23	100
Aantal per specifiek onderwerp*:		
Beperken bewegingsvrijheid	5	21,7
Niet bijhouden dossier	3	13,0
Beslissing ontslag	2	8,7
Uitoefenen van toezicht/begeleiding	2	8,7
Beperking gebruik communicatiemiddelen	2	8,7
Fixatie	2	8,7
Beslissing overplaatsing	1	4,4
Onderzoek woonruimte	1	4,4
Time-out	1	4,4
Beperking bezoek	1	4,4
Medicatie	1	4,4
Verplicht dagprogramma	1	4,4
Huisregels m.b.t. logeren	1	4,4

* Specifieke onderwerpen die onder de formele klachtgronden van de Wzd vallen.

Bron: Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg

Ongeacht de verschillen tussen de gegevens van de IGJ en de KCOZ, kunnen de aantallen ingediende klachten in 2020 als 'laag' beschouwd worden, zeker in vergelijking met de Wvggz. Een mogelijke verklaring is dat de Wzd in het 'overgangsjaar' 2020 nog niet goed was geïmplementeerd, inclusief de Wzd-klachtencommissies. Daarnaast kan het zijn dat er nog onbekendheid bestond over de Wzd-klachtencommissies bij cliënten en vertegenwoordigers. Ook bestaat de mogelijkheid dat zorgorganisaties ervoor gekozen hebben om ingediende Wzd-klachten niet door te sturen naar een Wzd-klachtencommissie, maar nogmaals in gesprek gaan met cliënten en vertegenwoordigers om zo tot een oplossing te komen. Daarnaast zouden sommige Wzd-klachten behandeld kunnen zijn door "niet-Wzd" klachtencommissies, alhoewel dit formeel niet mag.

6.6.3 Beslissingen van Wzd-klachtencommissies ten aanzien van ingediende klachten

Uitgaande van de gegevens van de IGJ laat **Tabel 6.6.3** zien dat Wzd-klachtencommissies in 2020 ongeveer evenveel onderwerpen waarover werd geklaagd gegrond als ongegrond hebben verklaard. Twee klachtgronden werden niet-ontvankelijk verklaard, en geen enkele keer verklaarde een Wzd-klachtencommissie zich onbevoegd om een uitspraak te doen. Wederom laten de gegevens van de KCOZ echter een iets ander beeld zien (**Tabel 6.6.4**). Zo werden onderwerpen waarover werd geklaagd bij de KCOZ relatief vaker ongegrond verklaard.

Tabel 6.6.3 Beslissingen van Wzd-klachtencommissies ten aanzien van specifieke onderwerpen* waarover is geklaagd in 2020

	N	%
Ongegrond	7	46,7
Gegrond	6	40,0
Niet-ontvankelijk [a]	2	13,3
Onbevoegd [b]	0	0
Totaal	15	100

a De klachtencommissie verklaart een klacht niet-ontvankelijk, indien deze betrekking heeft op een besluit tot opname en verblijf, een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf of voortzetting van verblijf of een beschikking tot inbewaringstelling.

b De klachtencommissie verklaart zich onbevoegd, indien een klacht betrekking heeft op andere onderwerpen dan genoemd in artikel 55 Wzd.

Bron: IGJ

Tabel 6.6.4 Beslissingen van de KCOZ ten aanzien van specifieke onderwerpen* waarover is geklaagd in 2020

	N	%
Ongegrond	13	56,5
Gegrond	8	34,8
Niet-ontvankelijk [a] / onbevoegd [b]	2	8,7
Totaal	23	100

a De klachtencommissie verklaart een klacht niet-ontvankelijk, indien deze betrekking heeft op een besluit tot opname en verblijf, een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf of voortzetting van verblijf of een beschikking tot inbewaringstelling.

b De klachtencommissie verklaart zich onbevoegd, indien een klacht betrekking heeft op andere onderwerpen dan genoemd in artikel 55 Wzd.

Bron: Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg

6.6.4 Bij Wzd-klachtencommissies ingediende schadevergoedingen en beslissingen hierover

Volgens de gegevens van de IGJ zijn er in 2020 door Wzd-klachtencommissies geen schadevergoedingen toegekend. Het is voor de IGJ onbekend óf en hoe vaak er in totaal om een schadevergoeding is verzocht. In tegenspraak met de gegevens van de IGJ, vermeldt het jaarverslag van de KCOZ[541] dat er in 2020 drie keer om een schadevergoeding werd verzocht en dat geen van deze verzoeken is toegewezen.

6.6.5 Beschikkingen van de rechter ten aanzien van beroep en schadevergoedingsverzoeken

De betrokkene, de vertegenwoordiger of een nabestaande heeft de mogelijkheid van beroep bij de rechter in geval men het niet eens is met de uitspraak van de klachtencommissie, of indien een uitspraak uitblijft. Volgens gegevens van de Raad voor de Rechtspraak werd in 2020 slechts één keer een uitspraak door een rechtbank gedaan over een ingesteld beroep. Gezien het lage aantal klachten dat in 2020 werd ingediend bij Wzd-klachtencommissies, is dit niet verrassend.
In het eerste halfjaar van 2021 waren er in totaal vijf beschikkingen inzake beroep naar aanleiding van een klachtenprocedure. Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen of er sprake is van een structureel stijgende trend. Tot slot waren er in de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd slechts vijf beschikkingen inzake een schadevergoeding.

6.7 Ter afsluiting

In dit hoofdstuk werden gegevens gepresenteerd die betrekking hebben op de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd (januari 2020 t/m juni 2021). Het was mogelijk inzicht te geven in de aantallen art. 21 Wzd aanvragen en besluiten, de aanvragen, verzoeken en beschikkingen RM, de aanvragen en verzoekschriften RM op grond van art. 2.3 Wfz, de beschikkingen VWM, beschikkingen IBS, de verzoekschriften en beschikkingen VIBS, en gegevens rondom het aantal CVP-en, locatiebezoeken, ondersteuningsvragen en resultaten en ingediende klachten. Voor slechts een deel van deze gegevens kon een uitsplitsing naar de grondslagen verstandelijk gehandicapten (VG), psychogeriatrie (PG) en gelijkgestelde aandoeningen (het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel) worden gemaakt. Daarnaast kenden de gegevens een aantal ‘gebreken’. Zo bleek het bijvoorbeeld niet mogelijk het aantal initiële aanvragen en beschikkingen RM te onderscheiden van de verlengingen.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens hebben met name betrekking op (onvrijwillige) opname en verblijf in de Wzd en het versterken van de betrokkenheid en rechtspositie van cliënten en hun naasten. Gegevens over de toepassing van onvrijwillige zorg komen in Fase 2 van de wetsevaluatie aan bod. Daarnaast zijn er voor een aantal gegevens geen (landelijke) gegevensbronnen beschikbaar. Zo bleken bijvoorbeeld geen bruikbare gegevens vanuit het Locatieregister voor zorgaanbieders in de Wvggz en Wzd (ondergebracht bij het Agentschap CIBG) geëxtraheerd te kunnen worden, en zijn

541 Jaarverslag KCOZ 2020, KCOZ Klachtencommissie, 2021.

gegevens met betrekking tot de toepassing van het stappenplan niet beschikbaar. Op een aantal punten ontbreken op dit moment dus nog de randvoorwaarden voor goede monitoring van de Wzd.

Uit de gegevens blijkt dat op jaarbasis zo'n 20.000 besluiten art. 21 Wzd werden genomen door het CIZ, waarvan ruim 40% versneld. Het overgrote deel van deze besluiten had als grondslag PG (98%). Onvrijwillige opnames in de Wzd geschiedden voornamelijk via rechterlijke machtigingen. Zo werden in 2020 ruim 5.509 aanvragen initiële en verlenging RM ingediend, waarvan er uiteindelijk 3.685 (66,9%) daadwerkelijk uitmondden in een verzoekschrift. Voor het overige deel van de aanvragen werd geen verzoekschrift ingediend, bijvoorbeeld vanwege een verandering in de houding van de cliënt of na overleg met de betrokken familie en/of zorgprofessionals. Een RM op grond van art. 2.3 Wfz kwam zeer weinig voor (N=19 verzoekschriften in de periode januari 2020 t/m juni 2021). Daarnaast lag het aantal afgegeven (verlenging) IBS-en in de Wzd een stuk lager dan het aantal RM-en. Zo werden in 2020 in totaal 1.425 IBS-en afgegeven, waarvan bij 93% tevens een verzoekschrift VIBS werd ingediend. Zowel RM-en als IBS-en werden verhoudingsgewijs veel vaker afgegeven aan cliënten met een PG aandoening dan aan cliënten met een VB.

Gedurende de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd lijkt de rol van de cvp-en bekender te zijn geworden bij cliënten en vertegenwoordigers; het aantal locatiebezoeken en ondersteuningsvragen steeg gestaag vanaf de eerste helft van 2020. Daarnaast bleek dat cliënten (en/of hun vertegenwoordigers) met een indicatie Wlz-VG veel vaker contact met een CPV opnamen dan cliënten (en/of hun vertegenwoordigers) met een indicatie Wlz-PG. Zo'n 70% van de ondersteuningsacties van de cvp werd (deels) opgelost. Een klein deel van de trajecten werd doorverwezen naar andere functionarissen (13%) of werd niet opgelost (7%).

In 2020 werd een zeer beperkt aantal klachten ingediend bij Wzd-klachtencommissies, zeker in vergelijking met de Wvggz. Dit houdt mogelijk verband met de weg naar het indienen van een klacht, die voor deze kwetsbare groep cliënten lang en moeizaam is gemaakt.

Tot slot, de anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd werden deels gekleurd door de effecten van de covid-pandemie. Daarnaast is er in de eerste helft van 2020 duidelijk sprake geweest van een opstartperiode, waarbij bepaalde randvoorwaarden nog niet volledig ingericht waren. Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een bekostigingsmethodiek voor artsen voor verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde om medische verklaringen op te stellen, en de afronding van de opleiding door cvp-en. Ook gold voor enkele maatregelen een overgangsregeling vanuit de Wet Bopz. Toekomstige monitoring zal uit moeten wijzen in hoeverre deze factoren de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens hebben beïnvloed en in hoeverre de gegevens over de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding van de Wzd representatief zullen blijken voor de jaren die komen.

7

Wet zorg en dwang: bevindingen uit kwalitatief onderzoek

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk presenteert de bevindingen uit het kwalitatief onderzoek gericht op het evalueren van de Wet zorg en dwang (Wzd). Het doel van dit kwalitatieve deelonderzoek is het evalueren van de implementatie en uitvoerbaarheid van de Wzd in de praktijk. De focus ligt op het inventariseren van ervaringen van betrokken actoren met de implementatie en uitvoerbaarheid van de wet, met aandacht voor knelpunten en mogelijke oplossingen voor deze knelpunten. Er wordt specifieke aandacht besteed aan mogelijke knelpunten en oplossingen die samenhangen met: de kenbaarheid en toegankelijkheid van beide wetten, de praktische uitvoerbaarheid, de administratieve belasting/registratieverplichtingen, de beschikbaarheid van personeel en voorzieningen en de samenloop tussen de Wzd en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet forensische zorg (Wfz).

Het onderzoek kent een kwalitatieve opzet. Dataverzameling vond plaats door middel van interviews met cliënten en naasten (n=14). Tevens zijn focusgroepen gehouden met zorgprofessionals uit de Verstandelijk gehandicapten sector (VG) (3 focusgroepen, n=16) en de Psychogeriatrie (PG) (2 focusgroepen, n=15), en met cliëntenorganisaties en cliëntenvertrouwenspersonen (cvp) (2 focusgroepen, n=10), met betrokkenen vanuit gemeente en politie (1 focusgroep, n=8), met juridische veldpartijen (1 focusgroep, n=7), met betrokkenen bij klachtenprocedures (1 focusgroep, n=14) en de Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd (IGJ) (n=5). In enkele gevallen is met professionals een interview ingepland als deelname aan de focusgroepen niet haalbaar was (n=5). Respondenten werden geworven via branche- en beroepsorganisaties, organisaties voor cliënten en naasten, zorginstellingen en andere zorg gerelateerde organisaties. Voorts zijn duidingssessies gehouden met veldpartijen, te weten Wzd organisaties (n=12) en juridische veldpartijen (n=7). In deze sessies werden de bevindingen uit de interviews en de focusgroepen besproken, waarbij werd gevraagd naar herkenbaarheid en ook mogelijke oplossingsrichtingen werden verkend.

De onderzoeksopzet had een iteratief karakter. Dit betekent dat informatie vanuit de interviews is gebruikt voor de thematische invulling van de focusgroepen. Vervolgens is de analyse van de focusgroepen en interviews gebruikt als input voor de duidingssessies. Voor de duidingssessies is daarnaast gebruik gemaakt van de informatie vanuit het kwantitatieve en juridische onderzoek. Tijdens de focusgroepen lag de nadruk op ervaringen van respondenten met de wet. Er werd

gevraagd naar positieve ervaringen met de wet en mogelijke knelpunten. De verschillende perspectieven op mogelijke knelpunten werden hierbij gezamenlijk besproken, waarbij respondenten ervaringen met elkaar deelden en elkaar aanvulden. Dit resulteerde hetzij in gedeelde visies, hetzij in explicitering van verschillende standpunten.

Voor de verwerking van de verzamelde data zijn de interviews en focusgroepen opgenomen, samengevat en thematisch geanalyseerd. Belangrijke, illustratieve passages en uitspraken werden letterlijk getranscribeerd. Respondenten ontvingen een samenvatting van de focusgroep of een verslag van het interview en konden hierop reageren. Naasten en cliënten tekenden een informed consent en ontvingen een cadeaubon als dank voor hun deelname. Persoonlijke gegevens van respondenten zijn geanonimiseerd. De resultaten werden gestructureerd aan de hand van zeven centrale onderzoeksthema's en voor elk van deze thema's werden subthema's geïdentificeerd. De zeven centrale onderzoeksthema's zijn:

- Reikwijdte van de wet
- Juridisering en administratieve belasting
- Rollen en verantwoordelijkheden
- Onvrijwillige zorg in de ambulante setting
- Rechtspositie van de cliënt
- Samenloop met de Wvggz
- Forensische zorg

In de volgende paragrafen worden de bevindingen voor de zeven onderzoeksthema's en bijbehorende subthema's beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

7.2 Reikwijdte van de wet

Een centraal thema ten aanzien van de uitvoering en implementatie van de Wzd is de reikwijdte van de wet. Enerzijds gaat het dan om de vraag welke cliënten onder de wet vallen; anderzijds om welke vormen van zorg het betreft. Deze thematiek heeft gevolgen voor de registratie van instellingen in het locatieregister. Zorgverleners ervaren ook een spanning als het gaat om de visie van familie, die soms een andere opvatting van gedwongen zorg hanteert dan de zorgverleners.

7.2.1 Welke cliënten vallen onder de wet?

In de wet wordt gedefinieerd welke cliënten onder de Wzd vallen. In de praktijk blijkt deze definiëring echter voor problemen te zorgen. Voor bepaalde groepen cliënten is niet duidelijk welke wet er geldt (de Wzd, Wvggz of Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst - Wgbo). Dit geldt bijvoorbeeld voor cliënten met Huntington of Parkinson:

> *Iemand met Parkinson, dat is dan niet-aangeboren hersenletsel [NAH] maar met neurocognitieve stoornissen die nog net niet ernstig genoeg zijn, valt juridisch gezien niet onder de wet Zorg en dwang. Die zou je dan onder de Wgbo scharen en dan moet je natuurlijk weer anders handelen dan bij de Wzd. Maar als je bijvoorbeeld een andere*

Parkinson patiënt hebt die wel ernstige neurocognitieve stoornissen heeft, die valt dan wel weer onder de Wzd, en als je iemand hebt met een psychiatrische stoornis, die ga je dan weer onder de Wvggz scharen (...) dan moet je op drie verschillende manieren gaan handelen. (focusgroep zorgprofessionals PG)

Men geeft aan dat aandoeningen en diagnoses door elkaar lopen en dat de lijst met gelijkgestelde aandoening in de praktijk niet goed werkbaar is. Ook zijn er cliënten die ondanks een GGZ-diagnose die wijst op de Wvggz toch beter in een VG-instelling onder de Wzd zouden passen op basis van hun zorgvraag. Voor instellingen is het dan lastig om met twee wetten tegelijkertijd te moeten werken.

Een oplossingsrichting die wordt genoemd ligt in het centraal stellen van de zorgbehoefte van de cliënt in plaats van het werken met een lijst met gelijkgestelde aandoeningen. Hierbij zou door een onafhankelijke deskundige bepaald moeten worden wie onder de Wzd valt, gebruikmakend van criteria met betrekking tot de zorgvraag, de best passende zorgsetting en de mate van regieverlies. Ook wordt genoemd dat het belangrijk is om te kijken hoe de cliënt een stem kan krijgen in de besluitvorming. Daarbij wordt aangetekend dat het waarschijnlijk niet eenvoudig is om een procedure te ontwerpen die geheel cliëntvolgend is, wanneer dit inhoudt dat binnen één instelling flexibel met twee wettelijke kaders gewerkt moet worden; in de huidige situatie geeft dit namelijk al knelpunten in de uitvoering. Zie hiervoor ook paragraaf 7.7.

7.2.2 Onduidelijkheid over wat onvrijwillige zorg is

Respondenten vinden het positief dat onvrijwillige zorg in de Wzd bepaald wordt aan de hand van de cliënt en diens situatie. De rechtvaardiging van onvrijwillige zorg en het overwegen van alternatieven zijn door de wet ook meer centraal komen te staan. Dit stimuleert zorgverleners om (anders) na te denken en meer met de cliënt in gesprek te gaan. Respondenten geven aan dat een dergelijke reflectie in de praktijk niet overal van de grond komt. Op bepaalde plekken zijn veranderingen op de werkvloer goed zichtbaar, op andere plekken niet tot nauwelijks. Het gegeven dat onvrijwillige zorg afhankelijk is van de cliënt vraagt een verandering van routines en denkwijzen.

Veel maatregelen worden dag in dag uit genomen en die moeten opnieuw worden bekeken; het doorbreken van routines is lastig. (focusgroep cliëntenorganisaties en cvp)

In de praktijk ziet men nog regelmatig dat de zorgverlener bepaalt wat er gebeurt en wat onvrijwillige zorg is. Verder ziet men ook dat zorgverleners soms snel zeggen dat ze bepaalde zorg niet kunnen verlenen omdat het van de wet niet mag, waarbij dan ook niet meer naar alternatieven wordt gekeken:

Bijvoorbeeld bij een cliënt die [alcohol] drinkt wordt gezegd: 'we mogen er niets meer aan doen door de Wzd', maar er wordt dan niet gepraat over welke afspraken er wel gemaakt kunnen worden. (focusgroep cliëntenorganisaties en cvp)

Een vorm van onvrijwillige zorg die in het bijzonder moeilijk te operationaliseren is betreft de beperking van vrijheid om het eigen leven in te richten. Dit blijkt in de praktijk een brede en

onduidelijke categorie. Er is met name onduidelijkheid over wat een beperking is en wat onder huisregels valt. Binnen leefgroepen zijn er veel automatische beperkingen en regels. Voorbeelden die worden genoemd zijn het niet leeg mogen eten van een grote zak chips of het niet mogen lezen van een omstreden boek. Dergelijke situaties kunnen tot veel discussie leiden. Er lijkt specifieke behoefte te zijn aan een duidelijkere richtlijn omtrent de interpretatie van huisregels in het kader van onvrijwillige zorg. De wet omschrijft dat er alleen sprake is van onvrijwillige zorg als er sprake is van verzet. In de praktijk is echter niet altijd duidelijk of er sprake is van verzet.

> *Een knelpunt is wat er precies valt onder verzet en hoe je weet dat iemand zich niet verzet. (focusgroep IGJ)*

Iemand kan bijvoorbeeld mondeling aangeven 'ik wil het niet', maar tegelijkertijd wel meebewegen en zich fysiek niet verzetten. Een voorbeeld: een cliënt zegt medicatie niet te willen, maar als de medicatie wordt voorbereid, gaat hij wel klaarstaan. Ook kan het zijn dat iemand alleen in staat is om zich non-verbaal te verzetten en gedrag kan dan lastig te interpreteren zijn. Dit vraagstuk rond verzet speelt in het bijzonder bij mensen met gevorderde dementie die alleen met gedrag duidelijk kunnen maken iets niet te willen. Een naaste vertelt over zijn echtgenote met dementie:

> *Ze zegt wel duidelijk 'nee', maar of ze ook echt 'nee' bedoelt? Op dat moment voelt het dan niet fijn dus zegt ze 'nee', maar bijvoorbeeld met aanraken; ze schrikt van aanraken, en dan zegt ze 'au', of als ik een beetje over haar rug aai, dan zegt ze ook 'au', maar dat is gewoon door de aanraking waar ze van schrikt vermoed ik. (interview naaste PG)*

Voor naasten is gezien de cognitieve beperkingen die mensen met vergevorderde dementie hebben, niet altijd duidelijk waarom er belang wordt gehecht aan het eventuele verzet bij cliënten:

> *Die mensen weten niet meer waar ze 'ja' of 'nee' op zeggen, ik vind het gewoon een idiote wet. (interview naaste PG)*

Tekstbox 1 beschrijft een casus waarin naar voren komt hoe in de dagelijkse zorg om wordt gegaan met verzet bij een cliënt met dementie.

Het brede toepassingsgebied van de Wzd lijkt volgens respondenten in zekere mate de bewustwording rondom onvrijwillige zorg en vrijheidsbeperkingen te stimuleren.

> *Eerst werden de tuindeuren nog heel erg dicht gehouden, zo van 'ik doe ze open op het moment dat ik iedereen even in de gaten kan houden'; als bewoner ben je dan steeds afhankelijk van wie er werkt en wie de deur van het slot draait. Je ziet nu wel dat we er zo langzamerhand ons daar meer bewust van zijn en als er iemand voor de deur staat dat die deur gewoon geopend wordt. (interview zorgprofessional PG)*

De groeiende bewustwording is mede het resultaat van scholingen die worden aangeboden. Dit benadrukt het belang van scholing op het gebied van de wetgeving en het herkennen en

onderbouwen van onvrijwillige zorg. Dit kan bijvoorbeeld door het opstellen van handreikingen en lijsten met Frequently Asked Questions. Sommige respondenten geven daarnaast aan dat met name bij verzorgenden winst te behalen is in de scholing rondom de uitvoering van de Wet zorg en dwang op de werkvloer.

> *Waar ik tegenaanloop is dat verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten over het algemeen heel goed weten hoe de Wet zorg en dwang in elkaar zit en dat verzorgenden daarin toch wel tekort schieten; niet weten hoe zit de Wet zorg en dwang in elkaar en wat betekent dat precies voor de cliënt en de familie. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Respondenten noemen hierbij specifiek het belang van scholing wat betreft bejegening, interpretatie van gedrag, kennis van ziektebeelden en gespreksvaardigheden.

7.2.3 Registratie van instellingen in het locatieregister

Onder de Wzd moeten zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen hun locatie registreren in het locatieregister. In de praktijk blijkt echter dat niet alle aanbieders die onvrijwillige zorg toepassen geregistreerd staan in het locatieregister. Hier worden door respondenten verschillende verklaringen voor gegeven. Enerzijds kan dit voortkomen uit een gebrek aan kennis over wat onder de Wzd valt waardoor onvrijwillige zorg niet wordt herkend. Anderzijds kunnen instellingen hier bewust voor kiezen, bijvoorbeeld omdat ze op zien tegen de verplichtingen die dit met zich mee brengt of omdat zij bang zijn dat hierdoor meer onvrijwillige zorg toegepast gaat worden. Met name voor kleine instellingen kan de angst voor meer onvrijwillige zorg spelen:

> *Dat anders ouders zeggen; je kan toch de deur dicht doen! Nu kan dat niet als je niet niet als je niet bent geregistreerd. (duidingssessie Wzd)*

Ook kan het zijn dat instellingen er voor kiezen zich niet als accommodatie te registeren, omdat zij bang zijn om dan zwaardere cliënten met een inbewaringstelling (IBS) of rechtelijke machtiging (RM) op te moeten nemen, terwijl dit niet past bij de afdeling. Tekstbox 1 beschrijft een casus waarin een cliënt verblijft in een accommodatie die niet in het locatieregister staat; het is een open instelling met een gesloten deur. Uit de casus komt naar voren dat ook hier de nodige vraagstukken rondom onvrijwillige zorg en verzet spelen.

Wat voor betrokken partijen voor verwarring zorgt, is dat de wijze waarop het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de begrippen accommodatie/locatie gebruikt niet aansluit bij hoe deze in de wet staan. Hierbij moet opgemerkt worden dat het ministerie van VWS bezig is de terminologie aan te passen aan de wet.

Tekstbox 1. Meneer de Groot: een open instelling met gesloten deur

Enkele jaren geleden werd bij meneer de Groot dementie vastgesteld. Hij begon steeds vreemder gedrag te vertonen en op een gegeven moment zorgde dit voor gevaarlijke situaties, zo zette hij kussens op een brandend gasfornuis en werd hij een keer op het dak van het huis aangetroffen. Dit leidde ertoe dat hij met een IBS opgenomen werd in een gesloten instelling. Zijn vrouw wilde dat hij naar een kleinschaligere instelling zou gaan waar meer activiteiten werden aangeboden. Ze vond een instelling waar hij terecht kon, maar die geen Wzd instelling was. Meneer de Groot verblijft nu in een open instelling met een gesloten deur met een toegangscode. Sommige bewoners kunnen de code wel onthouden en kunnen op deze manier wel naar buiten. Meneer de Groot vindt het niet altijd fijn dat hij niet weg kan uit de instelling. Hij kan heel erg boos worden; dan voelt hij zich opgesloten en zegt hij dat hij weg wil. Er zijn veel discussies geweest hoe om te gaan met de situatie. Zijn vrouw vertelt: *we hebben toen uitgebreid gesproken, ook over hoe zij nou moesten reageren als hij naar buiten wilde, want officieel konden ze hem niet meer vasthouden.... ze konden ook niet meer de politie bellen, daar zaten ze wel mee... ik zat daar minder mee, maar ik heb die verantwoording natuurlijk ook niet*.

Meneer de Groot kreeg in de gesloten instelling al medicatie die hij met zijn vorm van dementie helemaal niet had moeten krijgen. Zijn vrouw had hier weinig toezicht op en werd ook niet serieus genomen. In de open instelling viel hij onlangs twee verpleegkundigen aan. Zijn vrouw dacht dat dit aan zijn medicatie te wijten was en heeft toen aangegeven dat ze dit zo niet langer wilde. De situatie werd toen nader onderzocht en er werd vastgesteld dat hij al die tijd de verkeerde medicatie had gehad en dat dit de symptomen verergerde; de medicatie werd dan ook gewijzigd.

Meneer de Groot verzet zich regelmatig tegen lichamelijke verzorging. Hij wil bijvoorbeeld geen incontinentiemateriaal en hij loopt dan soms naakt door de gang. De zorgverleners gaan hiermee om door lief en aardig te zijn en enige drang te gebruiken; er wordt geen dwang toegepast. Meneer de Groot accepteert het niet als iemand hem wast. Zorgverleners laten hem zichzelf douchen, maar er gaat dan wel iemand mee de badkamer in om het in de gaten te houden en zijn rug in te smeren.

Er is regelmatig overleg tussen de zorgverleners en zijn vrouw: *er wordt met mij altijd overlegd, wat er ook gebeurt; dat is naar de andere kant toe ook, dus ik probeer hen ook zo veel mogelijk te informeren van dingen die zich dan hier [thuis] afspelen buiten hun zicht, om het voor hen ook begrijpelijk te maken... zij zullen denk ik niet gauw iets doen waar ik niet achter sta.*

7.2.4 De rol van familie

Zorgverleners lopen regelmatig tegen knelpunten en vragen aan als het gaat om de toepassing van onvrijwillige zorg. De familie heeft soms een sterke wens wat betreft de zorg die geboden zou moeten worden, die niet overeen lijkt te komen met de wens van de cliënt. Het douchen van cliënten komt regelmatig naar voren als voorbeeld: de familie wil vaak dat een cliënt één keer per dag gedoucht wordt, terwijl de cliënt dit niet wil. Ook rondom het eten kan dit spelen: een cliënt wil niet eten en de instelling wil naar alternatieven gaan zoeken, maar de familie vindt dat je eten moet blijven

aanbieden. Soms dringt familie ook juist aan op het toepassen onvrijwillige zorg, terwijl dit volgens zorgverleners niet nodig is:

> *Ik heb een voorbeeld vanuit de praktijk waar wij vinden dat die cliënt niet in de Wet zorg en dwang hoeft, maar dat de familie er gewoon op staat en dat we daardoor eigenlijk het stappenplan in moeten, dus ja als de Wet zorg en dwang er niet was dan kan mevrouw van de afdeling af en nu moet ze door familie achter gesloten deuren. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Doordat de Wzd uitgaat van de wens van de cliënt, lijken zorgverleners soms meer dan voorheen ruimte te ervaren om de wens van de cliënt voorop te stellen:

> *Waar je voorheen voornamelijk de familie had die dingen besloot over van 'zet maar in want..' dat er nu veel meer wordt gekeken, wil de cliënt het zelf en kunnen we niet die alternatieven in gaan zetten en dat er veel meer op die alternatieven wordt gestuurd, dat vind ik echt een verbetering. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Vanuit zorgprofessionals wordt aangegeven dat het belangrijk is om het gesprek met familie over onvrijwillige zorg te voeren op basis van de Wzd. Om dit te kunnen doen dienen zorgmedewerkers over voldoende kennis omtrent onvrijwillige zorg te beschikken en de juiste vaardigheden te hebben om hierover een gesprek aan te kunnen gaan.

Vanuit naasten wordt veelal benadrukt dat zij het vanuit hun rol belangrijk vinden om betrokken te worden bij belangrijke beslissingen in de zorg. Zij zien zich als degene die het beste het belang van hun naaste kunnen vertegenwoordigen. Daarin stellen zij de veiligheid van hun naaste voorop:

> *Hoe kan een vreemde een beslissing nemen over mijn vader? Vrijwillig of onvrijwillig, ik denk dat familie daar het best het antwoord op kan geven; want het is voor zijn veiligheid en die staat voorop. (interview naaste PG)*

Met name op het gebied van medicatie geven naasten aan niet altijd betrokken te worden, terwijl ze hier wel inspraak in willen en/of moeten hebben.

> *Eigenlijk moeten ze dat aan mij vragen, maar daar ben ik makkelijk in en dan denk ik 'ja, je wil ook niet dat hij slaat en agressief is'. (interview naaste PG)*

De rol van de naaste in medicatie komt duidelijk naar voren in de casus in Tekstbox 1. In deze casus kom ook het belang van samenwerking en gesprek tussen zorgverleners en naasten naar voren. Naast het aangaan van het gesprek met naasten, kan ook op andere manieren meer informatie over onvrijwillige zorg aan hen aangeboden worden:

> *Dat dat bijvoorbeeld in zo'n folder al aangegeven wordt, van als dat straks aan de orde is, dan... natuurlijk staan daar algemeenheden in wat het inhoudt, maar waar moet je dan beginnen? (interview naaste PG)*

De relatie met de familie is ook een belangrijk thema in de ambulante setting. Zorgverleners vragen zich bijvoorbeeld af wat te doen als familie in samenwerking met professionals beperkingen aanbrengt die formeel onder de wet vallen, maar niet door de professional worden uitgevoerd. Zie hiervoor paragraaf 7.5.

7.2.5 De Wzd in de curatieve zorg

Met de inwerkingtreding van de Wzd kunnen ook professionals in de curatieve zorg geconfronteerd worden met de toepassing van onvrijwillige zorg. Vanuit meerdere naasten van mensen met dementie werd opgemerkt dat ziekenhuizen niet berekend zijn op het omgaan met onvrijwillige zorg bij mensen met dementie.

> *Het ziekenhuis heeft geen oplossing voor mensen met alzheimer (...) er is geen toezicht op dit soort mensen. (interview naaste PG)*

Naasten vertelden dat hun familielid met dementie 's nachts uit bed kwam en ging ronddwalen in het ziekenhuis. In een van de duidingssessies werd bevestigd dat toepassing van de Wzd binnen de curatieve zorg een aandachtsgebied vormt in de uitvoering van de wet.

7.3 Juridisering en administratieve last: het stappenplan

Een belangrijk thema in de gesprekken met betrokkenen bij de uitvoering van de Wzd is juridisering en een daaruit volgende administratieve last. Een onderwerp dat hierbij veel terugkomt is het stappenplan. In dit verband wordt ook de toepassing van het stappenplan bij gedwongen zorg voor wilsonbekwamen zonder verzet genoemd. Daarnaast speelt de kwaliteit van ondersteunende systemen een rol bij de toepassing van de Wzd in de zorgpraktijk.

7.3.1 Werkdruk en personeelstekorten in de zorg

De invoering van de Wzd komt volgens respondenten bovenop een al hoge werkdruk in de zorg. Als oorzaken hiervan noemt men voornamelijk de personeelstekorten. De covid-pandemie heeft deze werkdruk in de periode 2020/2021 verder verhoogd. Er is een sterke roep vanuit professionals om een vermindering van administratieve taken in algemene zin, zodat meer tijd overblijft voor zorgtaken. Dit punt wordt ook door naasten benadrukt:

> *Als dit rapport leidt tot nog meer administratieve taken voor personeel, dan zijn we op de verkeerde weg (...), ik denk dat dat maar eens moet worden afgeschaft of in ieder geval gereduceerd tot het meest noodzakelijke niveau, waardoor die mensen veel meer tijd krijgen om bewoners te verzorgen in plaats van dat ze de computer moeten vullen met allemaal nodeloze informatie die toch niet gebruikt wordt. (interview naaste PG)*

7.3.2 Gebruik van het stappenplan

Zorgprofessionals zijn over het algemeen positief over het idee van een stappenplan bij de toepassing van onvrijwillige zorg, omdat het de bewustwording over onvrijwillige zorg vergroot. Zoals tekstbox 2 beschrijft kan het ook het nadenken over alternatieven voor onvrijwillige zorg stimuleren.

> *Op zich vind ik het heel goed, want je hebt dan ook een bundel met allemaal alternatieven. (interview zorgprofessional PG)*

> *Het helpt om je scherp te houden. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Tegelijkertijd ervaart men een grote administratieve last bij het gebruik van het stappenplan. Veel zorgprofessionals geven aan dat het niet werkbaar is om het stappenplan naar de letter van de wet te volgen. Zo is het bijvoorbeeld vaak niet haalbaar om elke drie maanden bij de eerste stappen een evaluatiemoment met betrokkenen in te plannen.

> *Vooral in de eerste stappen moet in de eerste periode zoveel geëvalueerd worden, als iedereen die er naar moet kijken er naar kijkt, ben je toe aan de volgende evaluatie. Drie maanden is dan te snel. De evaluatie na 3 maanden is vanuit de cliënt wel mooi, maar de administratieve last is heel hoog. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Zorgprofessionals noemen het stappenplan 'bureaucratisch', 'rigide', 'een papierwinkel' en 'overgereguleerd'. Dat wordt onderschreven door juridische respondenten. Het stappenplan zorgt ervoor dat dingen dubbel worden beschreven, onnodig ingewikkeld worden en dit leidt tot overbodig werk. Dit ervaren professionals als demotiverend, bijvoorbeeld als het gaat om afspraken die al lang bestaan, maar nu in een stappenplan vastgelegd moeten worden:

> *Neem bijvoorbeeld een woonvoorziening waar mensen al 20 jaar beperkingen hebben in roken. Nu moeten begeleiders dat een jaarlang dat allemaal registreren en daar haken ze op af. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Demotivatie treedt eveneens op als het gaat om vrijheidsbeperkingen die volgens respondenten samenhangen met de ernst van de beperking:

> *Ik zie mooie resultaten, maar de Wzd geeft evaluatie en registratiedruk bij situaties waar je je afvraagt of dit nodig is; iemand die een heel laag niveau heeft; moet je dan blijven registreren dat je domotica toepast? Soms zijn er situaties denkbaar waarvan je denkt; dit is juist goede zorg. Dan neem je professionals niet serieus. (focusgroep professionals VG)*

Wel is de hoop dat meer ervaring met de Wzd zal zorgen voor een verlichting:

Ik hoop wel dat als we het vaker doen, dat het dan beter gaat. De eerste maanden was het veel zoeken, ik verwacht wel dat het wat makkelijker gaat. Dan hoef je bijvoorbeeld niet meer op te zoeken wat subsidiariteit is. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Zorgprofessionals ervaren onvoldoende ruimte om een eigen invulling aan het stappenplan te geven. Op sommige plekken spreekt men met elkaar af de richtlijnen ruimer te interpreteren om administratieve last te verminderen.

Respondenten verschillen van opvatting als het gaat om de vraag of voor alle vormen van onvrijwillige zorg, zowel ingrijpende als lichte vormen, hetzelfde gedetailleerde stappenplan gevolgd zou moet worden. Sommigen willen aan de toepassing van het stappenplan bij alle vormen van onvrijwillige zorg vasthouden, om bewustwording te stimuleren. Anderen pleiten voor versoepeling of afschaffing van het stappenplan voor lichtere vormen van onvrijwillige zorg, en tekenen daarbij aan dat bij zwaardere vormen van onvrijwillige zorg de procedure verscherpt zou kunnen worden, bijvoorbeeld door eerder dan pas na drie maanden te evalueren.

Sommige dingen wil je dagelijks, wekelijks evalueren, zoals in een crisissituatie en andere minder vaak. Zo kan bijvoorbeeld de afbouw van medicatie vaker worden geëvalueerd dan 1 keer in de 4 maanden. (...) Het moet organisch inpassen en kan gekoppeld worden aan het zorgplan. We moeten professionals laten beoordelen hoe vaak iets geëvalueerd moet worden. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Er is een sterke roep om flexibilisering van het stappenplan en meer regie hierin bij professionals. Dit kan bijvoorbeeld door de evaluatietermijn niet vast te leggen maar onderdeel te maken van de al bestaande cycli van overleg met zorgprofessionals, cliënten en familie. Dit maakt het mogelijk om het stappenplan beter aan te laten sluiten bij zorgprocessen. Flexibilisering zou naar de mening van respondenten ook kunnen liggen in mogelijkheden om gemotiveerd van het stappenplan af te kunnen wijken, waardoor individuele aanpassing van het stappenplan – in overleg met de cliënt en familie – mogelijk is.

Het gaat er om dat je als professional zelf een goede inschatting kan maken van wat nodig is, zonder een hoop administratief gedoe. Bijvoorbeeld zelf bepalen welke evaluatiecyclus toegepast kan worden. Dat kan je dan toetsen. Het gaat over veiligheid maar ook over keuzevrijheid, want mensen ontwikkelen zich vaak. Daarom is het goed dat je dat wel blijft bekijken. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Tekstbox 2. Richard: het stappenplan en 'stap 0'

Richard is een man van begin 20 die in een VG-instelling woont. Hij vertelt samen met zijn persoonlijk begeleider over een discussie die hij had met zijn ouders over uitgaan. Richard wilde graag uit, maar zijn ouders wilden dat niet. Hij begreep de bezorgdheid van zijn ouders wel, maar heeft zijn wens toch besproken met zijn pb-er tijdens een zorg evaluatie gesprek. Uiteindelijk zijn ze tot een compromis gekomen: Richard mag uit, maar moet om 23.00 thuis zijn. Als hij met twee bekenden gaat mag hij iets later thuis zijn. Hij heeft hierover ook contact gehad met een cvp.

Richard legt uit dat het voor hem heel belangrijk was dat hij toch het gesprek over uitgaan is aangegaan, hoewel hij het wel lastig vond want hij wil geen ruzie. Hij heeft veel gehad aan zijn pb-er die hem ook al lang kent. Ook het contact met de cvp was belangrijk, die heeft aangegeven dat als Richard een wens heeft, daar naar gekeken moet worden. Richard zegt over de cvp: "*het voelt als iemand die aan jouw zijde staat. De pb-er ook wel hoor, dat is het niet. Maar toch denk je dan; dit kan ik beter niet zeggen want dat wordt door gecommuniceerd met je ouders.*"

Omdat er een compromis is gevonden over de tijden van het uitgaan is het niet nodig geweest om het stappenplan van de Wzd te doorlopen. De afspraken zijn wel opgenomen in het zorgplan van Richard. Zijn begeleider licht toe dat ze binnen de instelling werken met het idee van stap '0'; het voorkomen van beperkingen: "*In principe begin je bij stap 1 maar wij hebben hier op de voorziening ook stap 0*".

7.3.3 Wilsonbekwame cliënten zonder verzet

Een specifiek onderdeel van het stappenplan waaromtrent knelpunten worden ervaren betreft het tweede lid van artikel 2 waarin drie vormen van zorg genoemd die zo ingrijpend zijn dat hiervoor ook het stappenplan doorlopen moet worden. Dat is het geval wanneer de cliënt wilsonbekwaam ter zake is en de cliënt en de vertegenwoordiger zich niet tegen de betreffende vorm verzetten. Enerzijds begrijpt men dat deze bepaling er is vanwege het ingrijpende karakter van deze vormen van zorg en het risico dat medicatie zonder verzet zou kunnen worden voorgeschreven ter compensatie van andere vormen van onvrijwillige zorg.

> *Ik heb het idee dat ze soms teveel medicatie gehad heeft, ze was echt van de wereld... (...) ze was platgespoten... dat zag je aan haar ogen, dat zag je aan haar doen en laten. (interview naaste PG)*

Anderzijds geven zorgprofessionals aan dat het volgen van het stappenplan in deze situaties veel van medewerkers vraagt en voor onnodige administratieve last zorgt. Men erkent dat zorgvuldige evaluatie van dergelijke situaties nodig is, maar een stappenplan vormt een te zware belasting en wordt ervaren als een 'papieren gedrocht'.

> *2.2 mag wat mij betreft uit de wet geschrapt worden! (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Op basis van voorgaande zou gekeken kunnen worden naar een mogelijke vereenvoudiging van de procedure rondom artikel 2.2. toediening van medicatie en vrijheidsbeperking. Uitgangspunt hierbij zou het verminderen van administratieve last moeten zijn, zonder af te doen aan het belang van een zorgvuldige evaluatie van dergelijke maatregelen.

7.3.4 Ondersteunende systemen

Een deel van de administratieve last komt voort uit het niet goed aansluiten van ondersteunende systemen op de Wzd. De inspectie en de leveranciers van het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) hebben het systeem hiervoor nog niet op orde. Zo past de indeling van ECD's niet bij de Wzd en wordt binnen ECD's verschillende Wzd-terminologie gehanteerd. Vaak is ook onduidelijk voor instellingen hoe het zit met meldingen bij de IGJ en welke informatie aangeleverd zou moeten worden. Een ander voorbeeld betreft het aanvragen van een RM en IBS, waarbij digitale mogelijkheden niet altijd worden ondersteund of een grote kostenpost met zich mee brengen. Het gevolg is dat instellingen veel zaken handmatig bijhouden en dat er allerlei schaduwbestanden bestaan.

7.4 Rollen en verantwoordelijkheden op de werkvloer

Bij de uitvoering en implementatie van de Wzd wordt een aantal knelpunten genoemd die te maken hebben met de rollen van verschillende betrokkenen op de werkvloer en de verdeling van verantwoordelijkheden. We beschrijven hieronder drie specifieke knelpunten: toegenomen werkdruk, in het bijzonder voor een aantal functies; onduidelijkheid over de rol en de verantwoordelijkheden van de Wzd functionaris en de zorgverantwoordelijke; gebrek aan kennis en vaardigheden.

7.4.1 Toegenomen werkdruk: registreren versus goede zorg leveren

Door de uitvoering van de Wzd is de werkdruk toegenomen. Een deel van de toegenomen werkdruk komt terecht bij een aantal specifieke functies, zoals de Wzd functionaris. Een gedragsdeskundige zegt hierover:

> Gedragsdeskundigen moeten de rol van Wzd functionaris vervullen dus die hebben er een hele last bij, naast dat ze zelf cliëntverantwoordelijkheid hebben. Het geld is er niet, de uren zijn er niet, maar je moet wel aan de wet voldoen. Dat geeft nog een andere druk. We willen het doen als in de geest van de wet, wij zetten onze handtekening eronder, en je hebt eigenlijk niet de tijd er goed naar te kijken. (focusgroep zorgprofessionals VG)

> Wat ik heel erg jammer vindt is dat de functie van Wzd-functionaris erg beperkt wordt tot een GZ-psycholoog [gezondheidszorgpsycholoog], een SO [specialist ouderengeneeskunde], terwijl bijvoorbeeld een VS [verpleegkundig specialist] dit prima zou kunnen (...) en de VS doet in principe al heel veel dingen die gelijkend zijn aan de arts.... Wat wij intramuraal merken is dat de artsen of in ieder geval de SO's heel schaars zijn of snel van locatie wisselen of van een organisatie wisselen... om die

formatie groter te maken zou het mijn wens zijn om die VS toe te voegen. (focusgroep zorgprofessionals PG)

Een andere groep die werkdruk ervaart zijn de begeleiders en verzorgenden die door de invoering van de Wzd extra registratietaken krijgen. Dit roept weerstand op en wordt ervaren als demotiverend.

> *Je moet nu als verzorgende een duizendpoot zijn om het te kunnen registeren. Daar hebben ze niet voor gesolliciteerd en ook niet voor geleerd. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Wat extra zwaar weegt is dat bij insluiting, medicatie buiten de richtlijn en onvrijwillige zorg ook geregistreerd moeten worden als er geen verzet is. Zeker als het om maatregelen gaat waarvan professionals niet verwachten dat ze afgeschaald kunnen worden door de aard van de beperking, voelt dat als een onnodige belasting die ten koste gaat van het leveren van goede zorg:

> *Wij hebben een hele specifieke doelgroep met een gemiddeld ontwikkelingsniveau van 12 maanden. Bij deze doelgroep wordt de zorg zwaarder belast omdat er meer geregistreerd moet worden, ook als er geen verzet is. Dit zorgt voor meer administratieve last en gaat ten koste van dingen die ik persoonlijk belangrijker vindt. Want we kunnen die maatregelen niet afbouwen. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Overigens benadrukken veel respondenten dat de Wzd het leveren van goede zorg ook kan versterken. Het herzien van maatregelen en blijven zoeken naar minder belastende alternatieven is een belangrijk onderdeel van goede zorg, net als zorgvuldige registratie. Het gaat dus niet per definitie om minder te registreren of te evalueren, maar om het vinden van een evenwicht tussen enerzijds zorgvuldig registeren en anderzijds tijd kunnen besteden aan de kwaliteit van zorg.

7.4.2 Rollen en verantwoordelijkheden van de Wzd functionaris en zorgverantwoordelijke

In de Wzd is een beperkt aantal functies gekwalificeerd voor de rol van Wzd functionaris, namelijk een ter zake kundig arts, gezondheidspsycholoog of orthopedagoog-generalist. Omdat deze beroepsprofielen schaars zijn binnen de VG en de PG en er veel verloop kan zijn in medewerkers, levert dit een hoge druk op voor de mensen die deze functie uitoefenen. Niet alleen de werkdruk, ook de verantwoordelijkheid van de Wzd functionaris vormt een vraagstuk. De Wzd functionaris heeft onder andere de taak om zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen te beoordelen en de kwaliteit van de onvrijwillige zorg te bewaken. De vraag is hoe de verantwoordelijkheid van de Wzd functionaris voor de kwaliteit van onvrijwillige zorg zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de algemene gang van zaken in de zorg.

De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van het zorgplan. Volgens de Wzd kan een breed scala aan beroepsbeoefenaren als zorgverantwoordelijke optreden. De verantwoordelijkheid voor onvrijwillige

zorg kan daarmee bij verzorgenden van niveau 3 worden gelegd. Dit is geheel anders dan in de Wvggz, waar een rechter beslist over het toekennen van onvrijwillige zorg:

> *Er ontstaat rechtsongelijkheid (...); in ene wet bepaalt de zorgverantwoordelijke, in de andere de rechter. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Ongeacht hoe de mate van rechtsbescherming wordt beoordeeld, vraagt de Wzd veel van de zorgverantwoordelijke. Dat vereist specifieke deskundigheid en kennis, die niet altijd is gegarandeerd. Volgens sommigen missen verzorgenden niveau 3 vaak het inzicht en overzicht om de functie van zorgverantwoordelijke goed te kunnen uitvoeren en is minstens niveau 4 nodig voor deze functie. Volgens anderen hangt dit meer af van training en scholing dan van het specifieke niveau dat iemand heeft. De vraag is dan of er voldoende adequate scholingsmogelijkheden zijn.

7.4.3 Verantwoordelijkheden in het omgaan met verzet

Het omgaan met verzet in de dagelijkse zorgpraktijk blijkt lastig. Zorgprofessionals vragen zichzelf bijvoorbeeld af hoe ver zij kunnen gaan als cliënten iets niet willen:

> *Wanneer ben je aan het verleiden en wanneer ben je nou iets naar binnen aan het douwen? (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Met name waar het gaat om cliënten met problematisch of moeilijk te interpreteren gedrag is het een uitdaging om cliënten op een passende manier te bejegenen. Dit vraagt inlevingsvermogen, aandacht en geduld in de bejegening van cliënten. Een voorbeeld hiervan beschrijven we in Tekstbox 3. Naasten geven aan dat er grote verschillen zijn tussen zorgprofessionals in hoeverre zij over dergelijke vaardigheden en deskundigheid beschikken. Enerzijds zijn er positieve ervaringen:

> *Ik vond ook wel dat als ze [mevrouw] iets niet wilde, dat ze haar wel konden afleiden, dat ze daar wel de tijd voor namen en het dan toch voor elkaar kregen... niet bruusk van 'we gaan toch door'. (interview naaste PG)*

Anderzijds zijn er ook negatieve ervaringen, met name bij mensen met vergevorderde dementie:

> *Als hij zegt 'ik wil niet gewassen worden' dan doen ze het ook niet... 'wil je mee naar de huiskamer?', 'nee', 'wil je in bed blijven liggen?', 'ja', nou dan wordt dat allemaal gedaan... ik vind dat ze wel eens een keertje echt even nog mogen proberen (...) afleiden of even dan weer vragen. (interview naaste PG)*

Een belangrijke boodschap van naasten aan zorgprofessionals is dan ook om de tijd te nemen om cliënten te leren kennen en dwang zoveel mogelijk te voorkomen:

Geef het tijd... in ieder geval in situaties waarin je dus van een cliënt iets wil gedaan krijgen wat die niet wil, mag je wel vind ik drang toepassen, maar dan op een rustige manier... maar laat ze alsjeblieft de dwang tot op het laatste, zover mogelijk voorkomen. (interview naaste PG)

Tekstbox 3. Myriam: omgaan met verzet in dagelijkse zorg

Moeder en zoon vertellen over Myriam: een vrouw van halverwege de veertig die sinds haar 13de in verschillende instellingen verblijft. Soms is Myriam onrustig en dan zijn er ook wel fysieke confrontaties met personeel van de woonvoorziening waar ze verblijft. De laatste daarvan was zo heftig dat Myriam nog een tijd last van verwondingen had. Moeder heeft rond die zaak veel steun ervaren van de cvp. Er zijn toen nieuwe afspraken gemaakt over wat begeleiding kan doen als Myriam onrustig is. De begeleiding moet nu tot drie tellen en als ze dan niet luistert dan moet ze naar haar kamer. Dat is ook met de familie besproken. Dat vindt moeder ook goed. Het gaat steeds dan weer beter, dan weer slechter: Moeder: "*dat zit in haar hoofd! Hier thuis vloog ze in een keer naar de tv en heeft die kapot gemaakt. Nu komt ze voorlopig even niet thuis in de weekenden, ze zit nu niet lekker in haar vel. Bij haar gaat het in fases, dan weer beter, dan weer slechter.*"

Een van problemen die nu spelen is dat Myriam veel automutileert. Moeder vertelt: "*dan pakt ze een glazen pot pasta uit de keuken en gaat het helemaal mis*." De keukendeur moet daarom ook op slot, maar dat gebeurt soms niet als er invallers zijn. "*Als er dat soort dingen gebeuren gaat ze vaak eerst heel gefixeerd kijken, krijgt ze grote ogen,"* vertelt haar broer. *"Als er vaste mensen zijn die haar kennen gaat het veel beter; die weten 'o ze zit te kijken' en dan kunnen ze dat soort dingen voorkomen"*. Soms wordt ze ook ingesloten op haar appartement. Dat vindt ze niet zo erg, zegt haar moeder, daar verzet ze zich niet tegen. Moeder en zoon zijn het ook wel eens met vrijheidsbeperkende maatregelen, zo kan Myriam het terrein niet af en moet de keuken dus op slot. Het meest belangrijk is volgens moeder is dat er begeleiding is die Myriam kent en die goed contact kan maken met hun dochter en zus. Moeder vertelt dat ze merkt dat het vaak beter met Myriam gaat als ze goede begeleiding krijgt die haar ook mee naar buiten neemt. Er was vroeger bijvoorbeeld een begeleider die vaak met haar op stap ging. Dat gebeurt nu veel minder, vertellen ze, er is personeelstekort en veel wisselingen. Myriam's broer zegt hierover: "*Ze moeten meer met haar gaan doen: terrasje pakken, leuke dingen doen"*.

7.4.4 Kennis van en vaardigheden in het uitvoeren van Wzd-taken

Een derde knelpunt in relatie tot het vervullen van rollen en taken rondom de Wzd is de kwaliteit van scholing, gericht op kennis en vaardigheden. Het gaat hier zowel om bredere scholing wat betreft ziektebeelden, bejegening en gespreksvoering, als om specifieke scholing in de Wzd en onvrijwillige zorg. Naasten signaleren vooral het belang van bredere scholing van zorgprofessionals:

Een dochter heeft op een gegeven moment informatie van internet gehaald en opgeprikt aan de kastdeur, van: 'dit is er met mijn moeder aan de hand, dus let daar op' of 'daarom reageert ze zo'... en ergens is dat wel stuitend natuurlijk dat je op een

specifieke afdeling komt waar mensen lopen die niet kunnen herkennen of bevroeden wat er met een patiënt aan de hand is. (interview naaste PG)

Door zorgprofessionals wordt wat betreft Wzd-gerichte scholing naar voren gebracht dat er grote verschillen zijn in hoeverre dergelijke scholing personeel op de werkvloer heeft bereikt. Een respondent zegt hierover:

De implementatie bij ons is niet van de grond gekomen... het is wel bij de locatiemanagers onder de aandacht gebracht en bij de teamleiders, maar op de werkvloer bij de verzorgenden is het niet goed geïmplementeerd en daar maak ik me soms ook wel zorgen over... dat het helemaal niet leeft en dat mensen niet begrijpen dat ze moeten werken volgens de Wzd; ze nemen zelf beslissingen, bijvoorbeeld een bedhek omhoog zonder te overleggen omdat ze denken van 'nou dat is veilig voor de cliënt' niet beseffend dat dat gewoon echt niet kan.

Een andere respondent reageert hierop:

Bij ons wordt daar juist heel erg over nagedacht; er wordt dus meer gekeken naar alternatieven zodat we de Wet zorg en dwang niet in hoeven... eerder deed je dat bedhek omhoog, dan was het klaar; nu wordt daar veel meer over nagedacht 'he wat kunnen we anders? Wat is het alternatief daarvoor? (focusgroep zorgprofessionals PG)

Verder wordt opgemerkt dat grotere instellingen verder zijn met training van personeel (bijvoorbeeld via e-learning) modules dan kleinere instellingen. Maar ook als personeel een dergelijke training heeft ontvangen, zijn er nog veel vragen over de toepassing van de Wzd in de praktijk. Genoemd wordt dat naast scholing ook coaching op de werkvloer belangrijk is om de implementatie van de Wzd te verbeteren:

Voor begeleiders op werkvloer lijken sommige dingen te theoretisch, het gaat ze soms een beetje boven de pet. Er is wel e-learning, maar het hangt ook af van de begeleider. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Scholing moet niet beperkt worden tot overdracht van kennis, het gaat ook om het tot stand brengen van een cultuuromslag op de werkvloer:

Ik merk dat veel collega's gehospitaliseerd zijn, collega's blijven bij het oude en kijken niet hoe het veranderd kan worden, gedragsverandering blijft uit. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Je hebt mensen net als ik die daar heel lang werken en je zit zo met die kokervisie zo van 'het is veilig dat die deur dicht blijft' en op dat moment heb je gewoon niet de capaciteit qua mensen om die deur open te laten, waardoor je het toch graag wil controleren. (interview zorgprofessional PG)

De wet biedt een aanzet tot verandering, omdat het bewustzijn over onvrijwillige zorg door de implementatie van de Wzd is vergroot, maar uiteindelijk gaat het om het bieden van goede zorg:

> *De wet leidt tot bewustzijn. Door de introductie van de nieuwe wetten wordt alles opnieuw bekeken. Maar belangrijk is om te beseffen dat goede zorg niet enkel afhankelijk is van deze wet. (focusgroep IGJ)*

Het bevorderen van bewustwording, kennis en vaardigheden kan volgens respondenten gestimuleerd worden door casuïstiekbesprekingen, het delen van goede voorbeelden, het opstellen van handreikingen, multidisciplinair overleg en het regelmatig mee laten draaien van een psycholoog in de dagelijkse zorg. Ook kan het helpen om het stappenplan regelmatig te bespreken int teams:

> *Het [stappenplan] zou misschien elke keer op een vergadering moeten komen om het goed actueel en scherp te houden, dat je daar even elke keer een thema uithaalt. (interview zorgprofessional PG)*

7.5 Ambulante onvrijwillige zorg

Een nieuwe mogelijkheid onder de Wzd is toepassing van gedwongen zorg in de ambulante setting. De achterliggende gedachte is dat dit (gedwongen) opname zou kunnen voorkomen. De vraag is in hoeverre van de mogelijkheden tot ambulante dwang gebruik wordt gemaakt. Tevens is de vraag wat de rollen en verantwoordelijkheden zijn van de betrokken zorgprofessionals, waaronder ook de huisarts. Ten slotte rijst de vraag hoe toezicht op activiteiten van familie in het kader van gedwongen zorg in de ambulante praktijk vormgegeven kan worden.

7.5.1 Stand van zaken ambulante implementatie

De Wzd wordt ambulant volgens respondenten nog zeer beperkt toegepast. Sommige organisaties werken nog helemaal niet met de Wzd. Bij organisaties die wel met de Wzd werken, leeft de wet ambulant nog niet en wordt het stappenplan in die setting nauwelijks gebruikt. Dit lijkt te maken te hebben met een afwachtende houding vanwege de covid-pandemie, de onbekendheid met onvrijwillige zorg extramuraal, het ontbreken van een infrastructuur en bekostiging voor met name Wzd-functionarissen en Specialisten Ouderengeneeskunde (SO) en Artsen Verstandelijk Gehandicapten (AVG), en tijdsinvestering voor organisaties die onvrijwillige zorg niet kennen. Anderzijds is er onduidelijkheid rondom de toepassing van de Wzd in de ambulante zorg en lijkt er soms ook sprake te zijn van weerstand onder zorgprofessionals.

Wat betreft mogelijke oplossingen is hoop gevestigd op de praktijktuinen die in het najaar van 2021 starten en meer duidelijkheid zouden moeten verschaffen en inzicht geven in geschikte strategieën voor het toepassen van dwang in de ambulante zetting (ActiZ, 2020). Daarnaast zal ook in algemene zin de financiering en infrastructuur meer op orde moeten komen.

7.5.2 Rollen en taken in de ambulante setting

Een factor die de implementatie van de Wzd in de ambulante setting bemoeilijkt is de verdeling en uitvoering van rollen en taken. Een specifiek knelpunt in de huidige infrastructuur betreft het ontbreken van Wzd-functionarissen in de eerste lijn. Het is nu voor velen onduidelijk wie in de eerste lijn de behandelaar en zorgverantwoordelijke is in het kader van de Wzd:

> *Het is heel vaak onduidelijk wie nu de behandelaar is in de eerste lijn. Als er bijvoorbeeld een rechtszitting is voor een rechtelijke machtiging, dan zegt de rechter 'ik wil de casemanager spreken, die kent de cliënt goed', maar dan moet er wel een casemanager zijn en als die er niet is dan is eigenlijk de huisarts de behandelaar, maar vervolgens gaan ze degene die de medische verklaring heeft opgesteld vragen om op de zitting te verschijnen (focusgroep zorgprofessionals PG)*

> *We hebben bij ons een kleine thuiszorgorganisatie, dat zijn tien personen die een aantal cliënten hebben, die zoeken dan een Wet zorg en dwang functionaris. Eigenlijk zeggen ze 'als het zorg en dwang wordt dan dragen we hem over naar een ander, want wij gaan geen Wet zorg en dwang doen...'. Wie moet daar de functionaris worden? Als ze mij daarvoor verantwoordelijk maken dan wil ik ook hun beleidsstuk goed kunnen doorgronden en daar zal tijd tegenover moeten staan, dat kunnen we niet gratis doen. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

> *Het is voor velen nog onduidelijk wie in de thuissituatie de rol van zorgverantwoordelijke op zich moet nemen en wat de specifieke taak van de zorgverantwoordelijke is. Dit regelen is in praktijk lastig. (focusgroep IGJ)*

Daarnaast lijkt samenwerking tussen betrokken partijen moeizaam vorm te krijgen, met name waar het partijen betreft die voor de invoering van de Wzd niet onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) vielen, zoals thuiszorgmedewerkers en huisartsen. Er is bijvoorbeeld weinig zicht op hoe thuiszorgorganisaties werken en in hoeverre zij de Wzd in hun beleid hebben opgenomen.

> *Waar we ook tegen aan lopen is de versnippering in de thuiszorg, de ontzettend grote hoeveelheid aan ZZP'ers waar ik dus niet op kan toezien op de kwaliteit, waar ik geen afspraken mee kan maken (...) dat je niet weet of ze überhaupt kennis hebben van de wet zorg en dwang, je weet ook niet hoe ze werken. (...) mensen denken van: nou ja goed het kastje op slot, dat deden ze vroeger dat doen ze nu ook, maar als ik daarover praat hebben ze natuurlijk niet het idee dat het wel eigenlijk over vrijheidsbeperkende maatregelen gaat. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Een deel van de (thuiszorg)instellingen blijkt zich ook niet geregistreerd te hebben in het locatieregister (zie ook paragraaf 7.2.3). Veel van deze organisaties geven aan geen dwang toe te passen in de thuissituatie en daarom niet vanuit de Wzd te werken. Volgens respondenten is het de vraag of dit terecht is; zij geven veel voorbeelden van onvrijwillige zorg in de thuissituatie. De

conclusie lijkt gewettigd dat er meer onvrijwillige zorg wordt toegepast dan wordt erkend en dat de Wzd daarom voor meer zorginstellingen en zorgverleners relevant is dan men denkt. Daarnaast wordt de zorg geuit dat de wet mogelijk ingezet gaat worden om cliënten met dementie langer thuis te houden dan wat zorgverleners betreft verantwoord is. Ook is er onduidelijkheid rondom de rol van de huisarts; hier wordt in de volgende paragraaf verder op ingegaan.

Een door respondenten genoemde oplossingsrichting is het scheppen van meer duidelijkheid omtrent rollen en taken en het maken van betere afspraken rondom samenwerking. Het scheppen van mogelijkheden voor interprofessioneel overleg wordt gezien als een essentieel onderdeel hierin. Voor instellingen die nog niet bekend zijn met onvrijwillige zorg lijkt extra inzet op kennis van de (de reikwijdte van de) wet nodig.

7.5.3 De rol van de huisarts

Op dit moment werken huisartsen niet vanuit de Wzd, terwijl zij volgens de reikwijdte van de wet wel degelijk te maken hebben onvrijwillige zorg. Vanuit huisartsen wordt aangegeven dat zijn niet de expertise hebben om Wzd-beoordelingen te kunnen doen. Een SO of AVG is hier wat hen betreft geschikter voor, maar deze personen zijn vaak niet beschikbaar. Huisartsen geven aan geen regierol te kunnen en willen spelen in de toepassing van de Wzd. Zij zien hun rol vooral in preventie en signalering van onvrijwillige zorg, met de mogelijkheid om door te verwijzen. Verder kan gedacht worden aan het voorschrijven van medicatie in afwijking van de standaardzorg (het zogenaamde 'off-label' voorschrijven). Respondenten geven aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid en afspraken omtrent de rol van de huisarts en diens positie in multidisciplinair overleg.

7.5.4 De rol van familie

In de thuissituatie wordt veel van de zorg verleend door naasten. Zorgprofessionals hebben vaak weinig zicht op eventuele onvrijwillige zorg door naasten. Wanneer de zorg enkel door naasten wordt verricht, valt dit buiten de wet. Wanneer zorgprofessionals betrokken zijn in de thuissituatie is echter onduidelijk hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn:

> *Onduidelijk is welke verantwoordelijkheid je hebt als begeleider. Medicatie wordt bijvoorbeeld voorgeschreven door de huisarts en verstrekt door ouders, in hoeverre heb jij daar dan mee te maken als begeleider? Als je ouders iets adviseert, is het dan iets onder de Wzd als de ouders het doen? Het gebeurt ook dat ouders iets toepassen maar dit niet als onvrijwillig zien. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Professionals vermoeden dat familie regelmatig onvrijwillige zorg toepassen, maar zich hier niet van bewust zijn:

> *Familie doet natuurlijk soms dingen op hun eigen manier, goed bedoeld zo van: 'ik doe de voordeur op slot, want ik ga de deur uit', waardoor je weet 'mijn familielid kan niet weglopen', zonder erbij na te denken dat dat eigenlijk gewoon niet mag. (interview zorgprofessional PG)*

Als de zorg door naasten wordt verricht binnen het kader van zorg door professionals, dienen de laatsten toezicht te houden. Zorgprofessionals geven aan dat het onduidelijk is hoe dit toezicht vorm gegeven moet worden en zeggen dat zij weinig houvast hebben in dit soort situaties. Vanuit enkele naasten werd ervaren dat thuiszorgmedewerkers bij tekenen van verzet soms snel zeggen 'dan is het dwang, dus dan doe ik het niet'. Het gevolg is dat familie wordt gevraagd om bepaalde zorg over te nemen en dit roept bij hen vraagtekens op over de kennis en vaardigheden van professionals:

> *Meestal wordt ik een à twee keer per week gebeld als de lichamelijke zorg niet lukt bij de thuiszorg. Moet ik dat nou aan jullie uit gaan leggen, terwijl jullie zeggen dat jullie professionals zijn en ook dementerende mensen thuis kunnen verzorgen? (interview naaste PG)*

Tekstbox 4 beschrijft een casus waarin de rol van toezicht in de thuissituatie en rolverdeling tussen de thuiszorg en familie een centrale rol spelen.

Respondenten vinden het van belang om het gesprek tussen zorgprofessionals en naasten over onvrijwillige zorg en verantwoordelijkheden te stimuleren. Dit geeft de mogelijkheid afspraken te maken en die gezamenlijk te evalueren. Toezicht kan dan de vorm krijgen van het evalueren en zo nodig bijstellen van afspraken. Hiervoor achten zij het zinvol om zorgprofessionals meer handvatten te bieden, bijvoorbeeld via beschrijving van werkwijzen en adviezen voor gespreksvoering.

Tekstbox 4. Mevrouw Huizinga: regie en zorg in de thuissituatie

Mevrouw Huizinga is 97. Ze heeft dementie en woont zelfstandig met behulp van thuiszorg en mantelzorg van de familie. Ze kan nog zelfstandig in en uit bed komen maar voor de overige dagelijkse activiteiten heeft ze hulp nodig.

Mevrouw Huizinga kan zich in huis vrij bewegen. De voordeur zit wel op slot, omdat ze anders soms in de flat rond gaat dwalen. De thuiszorg wilde in eerste instantie de voordeur niet op slot doen, maar via de huisarts is geregeld dat dit wel gedaan wordt. Mevrouw verzet zich hier niet tegen en probeert ook niet om de deur open te doen. De zoon van mevrouw Huizinga kijkt meerdere keren per dag via het camerasysteem hoe het met zijn moeder gaat. Op die manier kan hij direct naar zijn moeder toe als er iets is. Mevrouw Huizinga is zich er niet van bewust dat er camera's zijn.

Lichamelijke zorg roept vaak weerstand op bij mevrouw Huizinga. Haar zoon denkt dat de thuiszorg bepaalde dingen in deze zorg beter zou kunnen aanpakken. Soms proberen ze het vanuit de thuiszorg met zijn tweeën, maar *"dan wordt het echt lichamelijke dwang, want dan wordt ze vast gehouden"*. De zoon van mevrouw Huizinga vindt dat als zijn moeder 'nee' zegt, door thuiszorgmedewerkers soms snel wordt gezegd, dat ze het niet wil. Soms is onduidelijk in hoeverre zijn moeder iets echt niet wil als ze 'nee' zegt. Het hangt er wel vanaf welke thuiszorgmedewerker er is: *"sommige mensen die voelen het echt heel goed aan en anderen die geven het snel op [...] het heeft vooral met geduld te maken denk ik"*. Hij denkt dat er qua scholing van thuiszorgmedewerkers nog veel winst te behalen is, in de zin van: *"meer vanuit mijn moeder redeneren, een betere sfeer creëren [...], echt meedenken"*.

Mevrouw Huizinga vindt het prettig om alleen te zijn en komt ook niet veel buiten. Haar zoon licht toe: *"dit past bij haar en zo is ze altijd al geweest"*. Voor de thuiszorg is het soms lastig te accepteren dat ze het nou eenmaal zo wil. Haar zoon denkt dat het voor zijn moeder op dit moment waardevoller is om thuis te wonen dan in een verpleeghuis. Dit geeft haar meer mogelijkheden om dingen zelf te bepalen: *"zoals ze nu thuis leeft, dat kan in de ogen van een buitenstaander misschien niet zo waardevol zijn, maar ze kan haar leven dat stukje wat ze nog wil zelf invullen, ze kan zelf naar bed gaan wanneer ze dat wil, ze kan eruit wanneer ze dat wil, en haar medicatie als ze die echt niet wil dan neemt ze die niet, dat is ook goed... dat kan ze allemaal nog wel zelf bepalen, als ze niet wil eten, nou goed dan wil ze niet eten.. ze heeft al weinig zelf te willen, dus dan kan ze dat in ieder geval wel willen"*.

7.6 Rechtspositie van de cliënt

In de Wzd zijn de toegang tot een cliëntvertrouwenspersoon (cvp) en het klachtrecht twee belangrijke manieren om de rechtspositie van de cliënt te borgen. Hieronder bespreken we beide regelingen en de knelpunten rond de uitvoering en implementatie. Ten aanzien van de cvp betreft het de volgende knelpunten: rolinvulling en positionering van de cvp, toegankelijkheid van locaties voor de cvp, ondersteuning van familie en naastbetrokkenen door de cvp en het organisatiemodel van de cvp. Met betrekking tot het klachtrecht gaat het over de toegang tot de klachtencommissie en de samenloop tussen de Wzd en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Als het gaat om de

rechtspositie van cliënten wordt ook regelmatig verwezen naar het contrast met de Wvggz. Hier gaan we nader op in paragraaf 7.7.

7.6.1 Rolinvulling en positionering van de cvp

De cvp is een nieuwe functie die met de invoering van de Wzd in de praktijk vorm moet krijgen. In het kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersonen Wzd (2019)[542] is de functie van de cvp nader omschreven. Over het algemeen lijkt er brede steun voor de functie van een vertrouwenspersoon te zijn. Er wordt aangegeven dat de cvp een meerwaarde is in de zorg, omdat deze een onafhankelijk persoon is die naast de cliënt staat. Door alle partijen – cvp, naasten en zorgprofessionals - wordt het belang van de onafhankelijke en externe positie van de cvp gezien.

> *Als ik denk over rechtspositie, dan is het wel goed dat er een externe cvp is, want die begeleider is diegene die al 15 jaar hetzelfde doet, overtuigd van het goede. Cliënten zijn vaak ook emotioneel gehecht aan de begeleiding en dan is het moeilijk er tegen in te gaan. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Overigens geven respondenten aan dat de positie van de cvp zich nog moet 'uitkristalliseren' en dat dit een ontwikkelproces is. De samenwerking loopt al beter dan in het begin en er wordt ook van elkaar geleerd:

> *Van een bestuursfunctionaris kreeg ik terug: 'bijzonder dat dit jou is opgevallen, we gaan er mee door'. (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

> *Je merkt dat als ik in beeld kom dingen opeens wel kunnen. (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

Hoewel zorgprofessionals vaak wel weten dat er een cvp is, leeft dit nog niet en zouden ze meer kunnen doen om dit onder de aandacht te brengen:

> *Het is verplicht, je hebt een persoon [cvp], maar je kaart het niet aan, je moet er met elkaar ook bewust van worden van een extra stap die wij moeten zetten. (interview zorgprofessional PG)*

Door respondenten wordt een aantal knelpunten benoemd rond de rolinvulling en positionering van de cvp. De relatief nieuwe functie van cvp is nog niet geheel ingeburgerd. Cliënten en naasten zijn gewend om bij klachten de 'interne' route te doorlopen en gaan in gesprek met de locatiemanager, gedragsdeskundige of management als ze vragen hebben of ontevreden zijn. In de VG is het veelal zo dat mensen ergens langdurig wonen en zowel cliënten als naastbetrokkenen een vertrouwensband hebben met de begeleiders. De vaak onbekende externe cvp, waar nog geen band mee is, wordt dan niet altijd in het traject betrokken. Veel cliënten en naasten zijn niet bekend met de rol van de externe

542 Publieksversie van Kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang De professionele standaard voor het vertrouwenswerk in de Wzd (2019)

cvp of hebben hier geen contact mee gehad. Cliënten die wel contact hadden met een cvp waren daar erg tevreden over, juist door de onafhankelijke positie die ze innamen en de ondersteuning die ze boden. Zo vertelt een moeder die een klachtenprocedure wilde indienen dat ze veel heeft gehad aan de steun van de cvp. Een bewoner van een woonvoorziening vertelt hierboven in tekstbox 2 dat de steun van een cvp heeft voorkomen dat een discussie die hij had met zijn ouders en begeleiding over hoe laat hij thuis mag komen na een avondje stappen verder escaleerde.

Het kan lastig zijn voor de cvp om zich te positioneren tussen alle betrokken partijen die verschillende wensen kunnen hebben:

> *Je zit als cvp in de driehoek: familie, cliënt, instelling, en dat is soms lastig. (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

Cvp-en geven vooral aan dat positionering ten opzichte van de mentor lastig kan zijn.

> *De cvp kan zonder tussenkomst de cliënt contacteren, maar vaak is de mentor dan boos en die zegt: 'wij zijn de eerste contactpersoon'. Dat is een conflict in de wet. De vraag is: hoe zit dat juridisch met mentoren en curatoren? (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

Zorgprofessionals geven aan dat de cvp zich soms tegenover de begeleiding positioneert, terwijl er behoefte is aan een dialoog over hoe een situatie het beste opgelost kan worden. Opgemerkt wordt dat als de cvp de cliënt en zijn of haar beperkingen niet goed kent, dit kan leiden tot onrust bij bewoners:

> *Soms gaan ze ook wel heel stellig naast de cliënt staan en denken ze niet na over hoe dat bij beide kanten kan worden neergezet. Wij denken dat je het beste samen kan werken om het beste te bereiken voor de cliënt en de cvp stelt zich nu meer 'tegen de begeleider' op. Dan ga je niets bereiken. Soms wordt door de cvp ook te weinig gekeken naar de beperking die iemand heeft. Dan kom je in ingewikkelde situaties terecht. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Aan de andere kant geven cvp-en aan dat instellingen geregeld afspraken maken met bureaus die mentoren aanbieden en hebben ze het idee dat die dan niet meer kritisch zijn naar elkaar toe. De cvp wordt dan vaak als lastig gezien, want die zit naast de cliënt, terwijl mentor en instelling dan op één lijn zitten.

7.6.2 Toegankelijkheid van locaties voor de cvp

Cvp-en geven aan dat een van knelpunten in de uitvoering van hun werk zit in de toegankelijkheid van locaties. Hierover is ook discussie; in de wet staat dat de cvp laagdrempelig, vrij toegankelijk moet zijn, maar locatiebezoek wordt niet letterlijk genoemd. In het kwaliteitskader dat door de landelijke faciliteit cvp (LFCVP) is opgesteld wordt daarom gesteld dat een zekere continuïteit van

locatiebezoeken belangrijk is. Cvp-en gaven aan dat sommige zorgaanbieders dat ingewikkeld vinden. Zeker in het begin van de implementatie van de Wzd waren cvp-en niet overal welkom:

> *Vooral in begin hadden ze vooral moeite om toegang te krijgen in verpleeghuizen, dat gaat nu beter. Ze werden eerst gezien als een soort inspectie. (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

Dit gaat langzaam beter, ook doordat instellingen de meerwaarde van de aanwezigheid van de cvp gaan ervaren. Voor cvp-en is het nog lastig om toegang te krijgen tot voorzieningen die zich niet hebben geregisterd als locatie, maar wel vormen van onvrijwillige zorg toepassen. Dit zorgt volgens hen voor een belemmering in het beschermen van de rechtspositie van de cliënt:

> *Bij een introductie bij een instelling horen ze soms dat ze niet welkom zijn omdat de instelling zegt: 'wij doen niet aan onvrijwillige zorg'. Maar dan zie je wel dat de deur dicht zit. (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

De LFCVP geeft aan dat de het kenbaar maken van de cvp ook nog niet altijd goed verloopt:

> *In de Wzd staat dat de zorgaanbieder bij aanvang van de zorg, na toestemming van de cliënt, NAW gegevens [naam, adres, woonplaats] deelt met de cvp-aanbieder. Op dit moment wordt dit in de praktijk niet gedaan en wordt er ook niet naar gevraagd. Vanuit de rechtspositie van de cliënt is dit geen goede ontwikkeling. (interview LFCVP)*

Een ander knelpunt is de rol van de cvp in de thuissituatie, omdat cliënten daar moeilijker te bereiken zijn en omdat de financiering van de cvp ambulant niet goed op orde is. Informatieverstrekking aan deze cliënten over de cvp is daardoor lastig:

> *Cliënten die niet op een locatie verblijven, zijn vaak niet geïnformeerd over de cvp. Dit speelt bijvoorbeeld bij mensen met dementie die thuis wonen. De financiering hiervan is hierbij ook een obstakel; facturering gaat direct naar VWS, maar een cvp kan alleen direct cliëntcontact factureren, niet andere activiteiten zoals informeren. (interview LFCVP)*

Ook wordt door respondenten genoemd dat er te weinig cvp-en zijn om te kunnen voldoen aan de eisen die nu zijn opgesteld in het landelijke kwaliteitskader:

> *Het kwaliteitskader gaf tot voor kort aan dat we elke locatie 12 keer per jaar bezoeken. Dat is niet haalbaar. Soms zitten we als cvp ook zo vol met casussen dat inzetten op contact en binnenkomen er bij in schiet. (focusgroep cliëntenorganisaties en cvp)*

Zorgprofessionals zeggen dat dit soms extra knelt als in instellingen met de komst van de onafhankelijke cvp andere vertrouwenspersonen zijn verdwenen. Er is dan sinds de komst van de cvp juist minder cliëntondersteuning beschikbaar. Op andere plekken zijn er op de werkvloer juist meerdere functies gericht op cliëntondersteuning, met naast de externe cvp ook een interne

klachtenfunctionaris of een interne cvp vanuit de instelling. Hierdoor is het voor betrokkenen niet altijd duidelijk bij wie ze met welke klacht terecht kunnen. Vanuit de LFCVP wordt benadrukt dat er een belangrijk verschil zit tussen deze functies:

> *Het beeld is soms ingewikkeld, ook voor cliënten. Bijvoorbeeld hoe de cvp zich weer verhoudt tot de klachtenfunctionaris. Soms combineren aanbieders van cvp-en ook deze functies, maar het is echt iets anders. Een klachtenfunctionaris heeft een bemiddelende rol en is onpartijdig. De cvp is partijdig in de zin dat hij aan de kant van de cliënt staat. (...) Het is belangrijk om de rechtspositie van de cvp goed te borgen omdat de rechtspositie van cvp en die van de cliënt samenvallen. (interview LFCVP)*

Samenwerking wordt gezien als essentieel om goed met de veelheid aan functies om te kunnen gaan:

> *In sommige instellingen zijn twee cvp-en en één klachtenfunctionaris Wkggz. Vaak wordt de samenwerking gezocht. Als een klacht gaat over de Wkkgz verwijzen we door. (focusgroep cliënten cliëntenorganisaties en cvp)*

7.6.3 Ondersteuning van familie en naastbetrokkenen door de cvp

In het kwaliteitskader cvp wordt vermeld dat "de cvp de cliënt en/of diens vertegenwoordiger op diens verzoek advies en bijstand verlenen over aangelegenheden die samenhangen met onvrijwillige zorg, zijn opname of verblijf in een accommodatie of in het doorlopen van een klachtprocedure".[543] De ondersteuning van vertegenwoordigers en/of familie door de cvp kan in de praktijk tot problemen leiden als familie/vertegenwoordiger en cliënt niet op een lijn zitten. Cvp-en geven aan dat het contact met familie een zoektocht is en dat ze vaak niet goed weten hoe zij familie kunnen bereiken. Daarnaast kan het voor hen lastig zijn om tussen ouder en kind in te gaan zitten. Dit speelt bijvoorbeeld als een kind iets wil dat de ouders niet goed vinden, bijvoorbeeld het gebruik van een telefoon. In dergelijke gevallen kan een wettelijk vertegenwoordiger verwezen worden naar een andere cvp.

> *Soms zie je ook dat familie tussen zorg en cliënt instaat. In die situaties kan de cvp ondersteunen. Neem het voorbeeld van een dochter die eist dat haar moeder op een PG afdeling 4 x per week wordt gedoucht terwijl dit veel verzet oproept. Dan kan ik dat bespreken met de dochter en met de begeleiders en wellicht kunnen we zoeken naar alternatieven. Als dochter blijft vasthouden aan 4x per week douchen, dan ga ik naast de cliënt staan die zich verzet. De dochter heeft dan recht op een andere vertrouwenspersoon. (interview cvp)*

De cvp blijkt voor wettelijk vertegenwoordigers niet altijd goed vindbaar. Voor naasten die geen wettelijk vertegenwoordiger zijn is er vaak helemaal geen cvp beschikbaar. Sommige cvp-en bieden in dit soort gevallen wel ondersteuning aan naasten, terwijl anderen dit niet doen omdat het buiten de

543 Publieksversie van Kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang De professionele standaard voor het vertrouwenswerk in de Wzd (2019)

taakomschrijving van het kwaliteitskader valt. Het aanstellen van een familievertrouwenspersoon in de Wzd wordt door sommigen als oplossing hiervoor genoemd.

7.6.4 Organisatiemodel cvp

In tegenstelling tot de patiëntvertrouwenspersoon (pvp) binnen de GGZ is er niet één door de overheid gefinancierde aanbieder van cvp-en. De cvp-en zijn in dienst bij een van de vier aanbieders van vertrouwenswerk in de zorg, waar zorgkantoren vervolgens de functie van een cvp inkopen. Om te zorgen voor eenheid in kwaliteit en onafhankelijkheid in het vertrouwenswerk is er door VWS gekozen een landelijke faciliteit op te zetten. Over de precieze rol van de landelijke faciliteit speelt op het moment van deze wetsevaluatie op beleidsniveau een discussie. Zo stelt een rapport van Xpertise centrum zorg[544] de vraag of de taken van de landelijke faciliteit niet beter bij de beroepsvereniging kunnen worden belegd. Vanuit de aanbieders wordt erop gewezen[545] dat dit niet passend is. De LFCVP zelf geeft aan dat een dergelijke keuze de rechtspositie van cliënten kan verzwakken:

> *Wij zijn een onafhankelijke partij die staan voor de kwaliteit van het cvp werk en daarmee werken aan de rechtspositie van de cliënt. De beroepsvereniging is een belangenvereniging die gaat voor de belangen van hun leden. Zij hebben dus een andere doelstelling. (interview LFCVP)*

Door respondenten wordt een aantal keren verwezen naar de positie van de pvp die op landelijk niveau is georganiseerd. Deze manier van organiseren zou volgens sommigen kunnen zorgen voor meer uniformiteit in werkwijze. Anderen benadrukken dat de relatief nieuwe positie van de cvp zich ook nog moet uitkristalliseren en dat hier nog tijd voor nodig is. Een andere discussie rond de organisatie van de cvp-en betreft het landelijk kwaliteitskader, dat door een aantal brancheorganisaties niet wordt ondersteund.

7.6.5 Toegankelijkheid van de klachtencommissie voor cliënten

Naast de cliëntvertrouwenspersoon is het klachtrecht een belangrijke pijler in de rechtsbescherming van de cliënt onder de Wzd. Een cliënt of zijn/haar vertegenwoordiger kan een klacht indienen bij een onafhankelijke klachtencommissie. Vaak loopt dit via de zorgaanbieder. Zo heeft de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ), een commissie die veel instellingen bedient, in de klachtenregeling opgenomen dat een cliënt de klacht niet rechtstreeks kan indienen bij de klachtencommissie maar dat dit loopt via de zorgaanbieder. Op deze wijze van werken is kritiek, omdat dit de toegang tot het klachtrecht kan belemmeren:

> *Ik denk dat het laagdrempeliger is om een klacht in te dienen als het niet eerst langs de zorgaanbieder moet. Ik merk dat mensen dan een beetje haperen, dat het mensen kan weerhouden een klacht in te dienen. (interview cvp)*

544 Xpertise Zorg, Onderzoek clientenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang.

545 Brief Cvp Wzd organisaties, 12 augustus 2021.

Ook wordt genoemd dat hierdoor rechtsongelijkheid wordt gecreëerd ten opzichte van cliënten die onder de Wvggz vallen en wel direct bij een klachtencommissie hun klacht kunnen indienen. De reden die wordt genoemd voor deze procedure is dat zo kan worden vermeden dat er klachten worden ingediend waarvoor de klachtencommissie niet bevoegd is uitspraak te doen. Cvp-en geven echter aan dat klachten in de praktijk altijd worden doorgezet door de zorgaanbieders. Ook is de afspraak gemaakt dat als de zorgaanbieder dit niet doet, de cvp dit kan doen.

7.6.6 Samenloop Wzd en Wkkgz

Een aantal respondenten noemt dat er soms onduidelijkheid is of een klacht onder de Wzd valt, of onder de Wkkgz. Dit speelt vooral als het gaat om onvrijwillige zorg die betrekking heeft op beperkingen van de vrijheid om het eigen leven in te richten. De interpretatie over wat hier precies onder valt kan, zoals eerder vermeld, zorgen voor onduidelijkheid.

> *Het is niet altijd duidelijk wat onder de Wzd of Wkkgz valt. Ik heb twee keer meegemaakt dat ik met cliënt een klacht indiende bij de klachtencommissie en ik echt dacht dat het ging over onvrijwillige zorg, maar dan terug kreeg dat het toch onder de Wkkgz viel. Daarin zit onduidelijkheid, zeker als het gaat over klachten rond de regie over het eigen leven. Het lijkt wel of een klacht alleen ontvankelijk wordt verklaart als het gaat over de eerste drie vormen van onvrijwillige zorg. (interview cvp)*

7.7 Samenloop met de Wvggz

Rondom de samenloop van en afbakening tussen de Wzd en de Wvggz worden verschillende knelpunten ervaren. Hieronder bespreken we de volgende onderwerpen: rechtsongelijkheid, domeindiscussies, twee wetten op één locatie, doorplaatsing, en samenwerking in de acute zorg.

7.7.1 Rechtsongelijkheid

Het feit dat de Wet Bopz is vervangen door twee wetten, die elk een andere logica hebben, leidt volgens respondenten tot rechtsongelijkheid. Cliënten in de Wzd worden wettelijk minder beschermd:

> *.....dat geldt vooral voor mensen met LVB. Er ontstaat rechtsongelijkheid aan de hand van waar iemand binnenkomt; in de ene wet bepaalt de zorgverantwoordelijke over onvrijwillige zorg, in de andere de rechter. Dat is mijn grootste probleem; het is fundamenteel anders hoe je grondrechten worden beschermd in deze twee wetten en ik vind dat fundamenteel fout. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

7.7.2 Domeindiscussies

Naast het principiële punt van de rechtsongelijkheid zijn er praktische kwesties ten aanzien van de samenloop van beide wetten. Een eerste knelpunt is dat soms onduidelijk is welk wettelijk kader van toepassing is bij een bepaalde cliënt of cliëntengroep. Het komt voor dat er cliënten zijn die zich op

het grensvlak van de Wzd en de Wvggz bevinden. Dit kan inhoudelijke domeindiscussies opleveren over welke wet van toepassing is. Dat speelt bijvoorbeeld bij Korsakov waarbij het moeilijk is om de diagnose te stellen, of bij mensen met Huntington of Parkinson. Dergelijk domeindiscussies spelen niet alleen intramuraal, maar ook in de eerste lijn:

> *Als je in de thuissituatie iemand hebt en het kan niet meer thuis en er is tot nog toe alleen een psychiater in beeld geweest vanwege de hallucinaties en het psychiatrisch beeld en hij moet dan toch ergens gaan wonen dan gaat de psychiater kijken 'kan ik hem over de schutting bij het verpleeghuis gooien' (...), maar dat moet wel in afstemming tussen de specialist ouderengeneeskunde van de organisatie die hem gaat ontvangen en de psychiater die iemand in de thuissituatie heeft begeleid, dus misschien moet je ook wat eerder de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie mee laten kijken om de overgang makkelijker te maken (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Soms worden mensen met gedragsproblemen in de VG opgenomen en ontstaat er een zorgplicht, terwijl later wordt gedacht dat ze beter in de GGZ zouden passen. De ervaring van zorgprofessionals in de Wzd is dat de GGZ dan niet gemakkelijk mensen overneemt. Men heeft het idee dat dergelijke domeindiscussies ervoor zorgen dat mensen soms tussen wal en schip vallen.

7.7.3 Twee wetten op één locatie

Instellingen die locaties hebben waar zowel de Wvggz als de Wzd wordt toegepast, geven aan dat de samenloop van de twee wetten leidt tot problemen in de uitvoering van de zorg.

> *We hebben een bewoonster met autisme die nu onder de Wvggz valt maar wel door haar gedrag past in onze setting [VG]. Vroeger viel ze gewoon onder de Bopz, maar nu zijn het twee wetten. Het is net welke indicatie je hebt. De geest van de twee wetten is hetzelfde maar de uitvoering is heel anders. (focusgroep zorgprofessionals VG)*

Dit speelt bijvoorbeeld op woonvoorzieningen met mensen met NAH, maar soms ook in de PG.

> *Wij hebben ook een psychiatrisch verpleeghuis zoals ook anderen, en die mensen wonen in de verpleeghuissetting omdat dat de goede plek is voor ze (...). Het uitvoeren van twee wetten is geen doen (...). De Wvggz heeft een heel ander regime, dat vraagt hele andere dossiervoering (...). De verplichte zorg is toch iets anders dan onvrijwillige zorg; verplichte zorg moet allemaal via de rechter en dat is ingewikkeld. (focusgroep zorgprofessionals PG)*

Kennis over de Wzd op de werkvloer is beperkt en het is extra lastig om begeleiders te scholen in de uitvoering van twee wetten.

> *Puur kijkend naar welke diagnose op de voorgrond staat en zeker als je nog startend bent in de implementatiefase en zorgmedewerkers hebben echt die kennis nog niet, dat ze goed kunnen onderscheiden onder welke wet iemand valt, ja dat gaat*

veiligheidsrisico's opleveren voor de cliënt, dus dat is wel een punt waar wij tegen aan lopen. (focusgroep zorgprofessionals PG).

Zorgprofessionals geven aan het liefst met één wet per locatie te werken, ook al kan dat op gespannen voet staan met de logica van de wetten, die zich richt op de cliënt.

Het is al ingewikkeld om de Wzd te laten landen bij medewerkers, dan kan je niet tegelijkertijd meer wetten toepassen. Ik snap dat ze zeggen: we kijken per cliënt welke wetgeving van toepassing is, maar in de praktijk vraag ik me af of het niet een illusie is om dat op die manier vorm te geven. Kunnen we niet zeggen; dit is wat we op deze locatie toepassen? (focusgroep zorgprofessionals VG)

7.7.4 Doorplaatsing

Een tweede knelpunt in de samenloop van de Wzd met de Wvggz speelt bij Wzd cliënten die een tijdelijke opname in de GGZ nodig hebben of doorgeplaatst moeten worden van de ene naar de andere setting. Een eerste probleem hierbij is dat het aanvragen van een maatregel binnen het nieuwe wettelijke kader tijd kost, die er niet altijd is. Dit gaat volgens sommige respondenten ten koste van de kwaliteit van zorg:

Nu met twee wetten heb ik ook mensen zien verkommeren. Het gaat om de tijd die nodig is voor de aanvraag van een maatregel tussen wetten. Je kan nu iemand niet even twee dagen in de psychiatrie opnemen, want dan moet er een aparte maatregel aangevraagd worden, via een andere wet. Terwijl die twee dagen, die kunnen echt helpen. Dan kan iemand weer rustig terug [naar de VG]. Nu escaleert de boel, moet iemand uiteindelijk met een IBS opgenomen worden, daar beschadigen we mensen mee. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Daarnaast geeft men aan dat, doordat doorplaatsing niet acuut te regelen valt, cliënten die acute zorg nodig hebben soms op een afdeling terecht komen waar niet de juiste zorg geboden kan worden:

Een cliënte zou naar het CCP [Crisis Coördinatie Punt] gaan en dat valt dan onder psychiatrie, maar in die organisatie kan niks gedaan worden met begrenzing en vrijheidsbeperking, niet acuut in ieder geval. Dat was in dit geval wel nodig. Niet separeren, maar wel begrenzen. Bij ons ging het niet met deze cliënte, maar op de nieuwe locatie kon er nog minder worden begrensd. Ze was toen binnen twee uur aan de wandel op heel onveilige plekken. In een paar uur heb je dan een issue. Daar werd niemand beter van, zeker deze mevrouw niet. Natuurlijk kan ze wel over naar de Wvggz, maar dat kan niet acuut. Andersom geldt hetzelfde en het komt de cliënt niet ten goede. (focusgroep zorgprofessionals VG)

Verder vergt doorplaatsing naar een andere plek veel geregel en administratie, waarbij de wettelijke kaders weinig ruime bieden:

Een knelpunt is de juiste zorg op juiste plek. Soms is een bepaalde plek meer passend maar wordt dat toch niet gedaan, omdat er bijvoorbeeld al een indicatie is voor een zorgmachtiging. Dan kom je niet meer de VG binnen. Het goed regelen van de overgang Wvggz-Wzd is juridisch ingewikkeld, maar in praktijk kun je natuurlijk wel goede afspraken maken. Hier zou meer flexibiliteit ingebouwd moeten worden en de wet zou erop aangepast moeten worden. (focusgroep IGJ)

Er zijn vaak problemen als je verslaving eerst wil behandelen en iemand moet daarna naar een Wzd instelling. We hebben wel eens gedacht het verzoek daarvoor tegelijkertijd aan de rechter voor te leggen: eerst 8 weken detox dan opname in een Wzd instelling [dus eerst Wvggz en dan Wzd], maar dat kan niet. Dus de instellingen moeten dan zorgen dat het aansluit. Maar zorginstellingen zeggen vaak 'wij passen maar één wet toe'. (juridische focusgroep)

Als mogelijke oplossing wordt hierbij genoemd de maatregel uit het eerste wettelijke kader langer door te laten lopen, zodat dit de tijd geeft om overplaatsing te regelen.

Een laatste, meer specifiek knelpunt dat wordt genoemd is dat als er sprake is van een tijdelijke uitplaatsing vanuit de VG naar de GGZ, waarbij de RM vanuit de Wzd wordt geschorst, er tijdens deze uitplaatsing geen verlenging kan worden aangevraagd. Het kan dan voorkomen dat de RM verlopen is als iemand terugkomt in de VG setting. Dit is volgens respondenten een omissie in de wet.

7.7.5 Samenwerking in de acute zorg

Binnen de Wzd zijn er twee instrumenten om iemand onvrijwillig op te nemen in acute situaties waarin sprake is van ernstig nadeel vanwege gedrag van de cliënt volgend uit zijn aandoening of stoornis. Voor onvrijwillige opname moet een RM worden aangevraagd. Voor direct acute situaties is er de IBS. In situaties rond een onvrijwillige opname signaleren respondenten een aantal knelpunten. Men geeft onder andere aan dat er niet altijd voldoende crisisplaatsen voorhanden zijn waar iemand kan worden opgenomen en dat de samenwerking met de GGZ hierin stroef loopt.

De ervaring is meestal dat het echt wel steggelen is en bijna ruzie over 'bij wie gaat die cliënt en ik heb geen plek' en wat de psychiatrie vooral doet is heel erg benadrukken dat wij altijd een bed vrij moeten hebben. Dat is gewoon ontzetten ingewikkeld. (focusgroep zorgprofessionals PG)

Hierin speelt een rol dat bij een IBS een instelling verplicht kan worden iemand op te nemen, maar dat dit bij een RM niet het geval is. Er wordt dan wel de noodzaak gezien voor een onvrijwillige opname, maar het vinden van een geschikte plek om de noodzakelijk geachte zorg te leveren is dan een probleem. Dit leidt tot vertraging en daarmee tot onwenselijke situaties, zoals een respondent vanuit de politie toelicht:

Het moment tussen crisis en behandeling/begeleiding duurt nog steeds heel lang. Daardoor duurt het heel lang voordat mensen van de straat af gaan. (focusgroep gemeenteperspectief

Als er wel een plek is, kunnen er in de praktijk problemen zijn met het overbrengen van iemand naar een accommodatie. Als er een RM is afgegeven staat hierover namelijk niets opgenomen in de wet, maar bij een IBS wel. Dit leidt tot problemen in de uitvoering van onvrijwillige opnames:

Soms wordt er puur voor overbrenging een IBS verleend. Ook bij de overgang Wvggz naar Wzd is het moeizaam hoe dat dan te doen. Daar zit een groot probleem in de uitvoering. (focusgroep juridisch perspectief)

Wat ook wordt gemist in de Wzd is een regeling rond vermissing of weglopen en wanneer de politie hierbij moet worden ingeschakeld. In tegenstelling tot de Wvggz is hierover in de Wzd niets opgenomen.

Respondenten constateren ook problemen met de beoordelingen voor een IBS. In sommige regio's wordt hierin samengewerkt met de GGZ, in andere regio's wil de GGZ zich beperken tot de Wvggz en dit leidt tot veel discussie.

De GGZ zegt eigenlijk: 'we voeren de Wzd niet uit'. De GGZ lijkt het moment aangegrepen te hebben om werk af te stoten. (focusgroep zorgprofessionals PG)

Een ander genoemd knelpunt zit in onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden in de crisisketen, als er tegelijkertijd meerdere problemen spelen en nog niet duidelijk is welke wet van toepassing is. Een respondent vanuit de politie zegt hierover

Wat wij vooral merken is dat heel veel wetten samenlopen en vaak samenhang hebben. Vaak combi tussen Wzd, Wvggz, jeugdwet, strafrecht en dan weet niemand meer wie waar verantwoordelijk is voor is. (...) Door alle wetten die over elkaar heen struikelen en alle partijen die daarbij betrokken zijn is het onduidelijk wie er op dat moment de lead heeft. (focusgroep gemeenteperspectief)

Omdat niet altijd direct duidelijk is welke problematiek voorliggend is bij een crisis, wordt er door respondenten voor gepleit de overgang tussen verschillende wettelijke kaders flexibeler te maken:

Het is praktisch lastig omdat bijvoorbeeld de medische verklaring de ene keer door de psychiater en de andere keer door AVG arts [of SO] moet worden opgesteld; als het gaat om RM onder de Wzd wordt er niets gezegd over de vormen van verplichte zorg zoals in de Wvggz. (...) Er zijn dus veel problemen als je van de ene naar de andere wet zou moeten en vooral hoe je dat doet in de drie dagen die er voor staan. Zeker in een crisis is dat heel lastig. Dan heb je opeens een psychiater nodig die een medische verklaring kan opstellen. Je zou willen dat je meer handvatten krijgt. Bijvoorbeeld dat als je zegt, dit is

Wzd maar we vinden dat hij nu naar Wvggz moet om die en die reden, dat je dat kan doen. (focusgroep juridisch perspectief)

7.8 Forensische zorg

In de Wzd is een bepaling opgenomen die onvrijwillige opname van forensische cliënten in de Wzd context mogelijk maakt. Dit betreft artikel 28a, de pendant van artikel 2.3 Wfz. Toepassing van artikel 28a leidt in de praktijk tot knelpunten. Hieronder bespreken we de volgende onderwerpen: plaatsingsproblemen, onduidelijkheden in de verhouding tussen zorg en justitie, en voorwaarden bij ontslag.

7.8.1 Plaatsingsproblemen

Onder zorgaanbieders is er terughoudendheid ten aanzien van plaatsingen op grond van artikel 28a. Hierbij worden twee overwegingen genoemd. Enerzijds zijn zorginstellingen niet goed voorbereid en ingericht om cliënten met een justitiële achtergrond op te nemen.

Dat speelt ook rond de forensische zorg; we kunnen nu gedwongen worden mensen op te nemen vanuit de forensische sector, maar we krijgen ze nooit meer terug, omdat zij ook een enorme krapte hebben (...) daar zijn ook wel wat problemen, want we mogen alleen het laagste beveiligingsniveau opnemen, maar de sector vertelt ons dat niet, enzovoorts (...) daar is nog wel wat te doen. (focusgroep zorgprofessionals PG)

Anderzijds wil men niet dat de reguliere cliënten last ondervinden van deze nieuwe doelgroep.

Het feit dat het justitie cliënten zijn maakt het extra lastig – het maakt dat veel accommodaties patiënten niet willen opnemen. (duidingssessie Wzd: CIZ)

Een tweede knelpunt betreft het tekort aan beveiligde bedden. Dit maakt het volgens artsen lastig om een medische verklaring af te geven.

Als beveiligde bedden gerealiseerd zouden worden, zouden artsen hun medische verklaring kunnen afgeven. Dit hebben artsen een hele tijd lang geweigerd. (duidingssessie Wzd)

Een derde knelpunt is dat bij de voorbereiding van een plaatsing de betrokken partijen op elkaar wachten. De arts die de medische verklaring opstelt moet weten in welke instelling iemand geplaatst wordt. De instelling dient een betalingsgrondslag aan te vragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor die aanvraag moet duidelijk zijn wat de zorgbehoefte is, hetgeen afhankelijk is van de verklaring van de arts. Respondenten geven aan dat dit proces beter gestroomlijnd en gecoördineerd zou moeten worden.

7.8.2 Onduidelijkheden in de verhouding tussen zorg en justitie

Respondenten geven aan dat zorg en justitie elkaar onvoldoende kennen. Rechters hanteren vaak het perspectief van het strafrecht, en houden minder rekening met het perspectief van de zorg. Een rechter zegt:

> *Strafrechters moeten bij toepassing 2.3 Wfz een civiele bril opzetten – dat realiseren ze zich onvoldoende. (duidingssessie juridische partijen)*

Ook bestaan er misverstanden bij strafrechters over de mogelijkheden die zorgaanbieders hebben bij het houden van toezicht of het toepassen van onvrijwillige zorg:

> *Wij ervaren als probleem in forensische zorg dat controleren van communicatiemiddelen niet onder vormen van onvrijwillige zorg valt. Je kan wel de computer innemen, maar je kan niet controleren wat er op staat. We hebben mensen met een geschiedenis van zedendelinquentie, we kunnen dan niet alles garanderen als we niet controleren wat die mensen doen. (focusgroep zorgprofessionals Wzd)*

7.8.3 Voorwaarden bij verlof en ontslag

Voorwaardelijke forensische zorg wordt wettelijk gelijkgesteld aan vrijwillige opname. Toch gelden dezelfde eisen bij verlof en ontslag als bij mensen die gedwongen zijn opgenomen. Dit roept vragen op.

> *Dat klopt juridisch niet. Je kan niet zeggen; je bent vrijwillig opgenomen en je werkt mee aan de behandeling, maar als je met ontslag wilt, moet je dat aanvragen. Dat is vrijwillig en gedwongen tegelijk, dat kan niet. Dat haalt ook de rol van reclassering en het behandelteam onderuit. (focusgroep zorgprofessionals Wzd)*

Een pvp geeft aan:

> *Het is van tweeën één: of een zorgmachtiging, of een justitieel traject. De bemoeienis van de minister is ingegeven door wantrouwen tegen de geneesheer-directeur. Zo wordt het een justitiële maatregel. De bemoeienis kan beter worden beëindigd. (duidingssessie juridische partijen)*

7.9 Samenvatting

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek naar de implementatie en de uitvoerbaarheid van de Wzd. Hieronder vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

Reikwijdte van de wet

Betrokkenen in de praktijk constateren problemen rond de reikwijdte van de wet. In hun ogen is de bepaling van wie er onder de wet valt niet adequaat. Centraal moet de problematiek van de cliënt zijn, niet de ziekte of aandoening. Respondenten bemerken voorts onduidelijkheden over welke zorg gekarakteriseerd kan worden als dwang. Daarbij wordt met name de categorie 'beperking van de vrijheid het eigen leven in te richten' genoemd. Ook is het de vraag wat kan gelden als verzet. Ten aanzien van registratie van instellingen wordt opgemerkt dat het beleid van instellingen wisselend is, en registratie soms wordt vermeden.

Juridisering en administratieve last: het stappenplan

De Wzd brengt in de ogen van betrokkenen juridisering en administratieve last met zich mee. In dit verband wordt vooral het stappenplan genoemd. De ervaring is dat het stappenplan onvoldoende aansluit bij de logica van de zorgpraktijk. Door sommigen wordt voorgesteld het stappenplan voor lichtere vormen van gedwongen zorg aan te passen; in reactie daarop merken anderen op dat dit geen afbreuk mag doen aan de noodzaak van reflectie en het streven naar vermindering van dwang. Dezelfde geluiden klinken ten aanzien van de rol van het stappenplan bij gedwongen zorg bij wilsonbekwamen zonder verzet. Om administratieve last te verminderen wordt gepleit voor een betere afstemming van ondersteunende systemen op de wet en op elkaar.

Rollen en verantwoordelijkheden op de werkvloer

Een factor die de implementatie en uitvoering van de Wzd negatief beïnvloedt is de ervaren toename van de werkdruk. Het veelvuldig registreren en evalueren van onvrijwillige zorg in situaties waar weinig verandering is te verwachten leidt tot gevoelens van frustratie en demotivatie. De beschikbaarheid van personeel voor bepaalde functies en rollen is een tweede knelpunt. Voor de rol van Wzd functionaris komt een beperkt aantal professionals in aanmerking. De beslissing over onvrijwillige zorg wordt genomen door de zorgverantwoordelijke. Een knelpunt dat daarbij wordt genoemd is het niveau van deskundigheid en kennis. E-learning lijkt onvoldoende om dit knelpunt te ondervangen; er is ook behoefte aan coaching en ondersteuning op de werkvloer en een verandering van cultuur.

Onvrijwillige zorg in de ambulante setting

Van implementatie van de Wzd in de ambulante setting is nog nauwelijks sprake. De uitvoerbaarheid wordt bemoeilijkt door gebrek aan kennis en door het ontbreken van interprofessioneel overleg tussen verschillende betrokken instanties. Er is behoefte aan bewustwording en scholing enerzijds, en het inrichten van overlegvormen anderzijds, met specifieke aandacht voor de vormgeving van de rol van Wzd functionaris en de positie van de huisarts. Ook de nadere invulling van toezicht door zorgprofessionals wanneer zorg wordt verleend door de familie verdient aandacht.

Rechtspositie van de cliënt

De cvp wordt algemeen beschouwd als een versterking van de rechtspositie van de cliënt. De implementatie vereist echter nog aandacht. Een knelpunt is de toegang van de cvp tot de instelling. De afstemming van het werk van de cvp en andere betrokkenen bij klachtafhandeling wordt eveneens als aandachtspunt genoemd. Het organisatiemodel van de cvp roept bij een aantal respondenten vragen op. Ten aanzien van het klachtrecht wordt opgemerkt dat een directe toegankelijkheid van de klachtencommissie voor cliënten wenselijk is, in plaats van een procedure van indiening van klachten via de zorginstelling. Tevens worden er onduidelijkheden over de verhouding tussen het klachtrecht in de Wzd en de Wkkgz geconstateerd.

Samenloop met de Wvggz

Naast de principiële discussie over rechtsongelijkheid zijn er praktische knelpunten in de samenloop van de Wzd en de Wvggz. Volgens respondenten vallen cliënten in de praktijk soms tussen ‘wal en schip’. Een van de manieren om de genoemde knelpunten te adresseren is verbetering van de samenwerking tussen de GGZ en VG. Dit komt in een aantal regio’s goed van de grond, zeker als er al een meer langdurige samenwerkingsrelatie is. Zo wordt genoemd dat in bepaalde regio’s de afspraak is gemaakt dat de GGZ IBS beoordelingen doet, maar de VG instellingen zelf de RM aanvragen. Ook worden problemen in de acute zorg genoemd, en wordt er op gewezen dat de wet op een aantal punten aangepast moet worden, om een soepelere doorstroom van GGZ naar VG en vice versa mogelijk te maken.

Forensische zorg

Artikel 28a beschrijft de procedure rond onvrijwillige opname van forensische cliënten in een Wzd context. Betrokken partijen constateren aan aantal knelpunten. Plaatsing wordt bemoeilijkt door gebrek aan bereidheid bij zorginstellingen, mede vanwege een tekort aan adequate bedden. Ook zit er een vicieuze cirkel in de procedure. Er is sprake van spanningen tussen het zorgperspectief en het justitiële perspectief, die worden versterkt doordat partijen elkaar onvoldoende kennen. Tenslotte worden problemen genoemd rond de procedure voor verlof en ontslag.

8

Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming

8.1 Inleiding

Soms blijkt voor cliënten voor wie het Wvggz-regime aangewezen lijkt, het Wzd-regime toch beter te passen, al dan niet tijdelijk; het omgekeerde kan natuurlijk ook het geval zijn. Vooral als er sprake is van meervoudige GGZ-problematiek, kan het beeld van wat het meest bepalend is voor de problemen van de cliënt (de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking dan wel de psychiatrische stoornis) gemakkelijk verschuiven. Het probleem is dat het bij Wvggz en Wzd om twee verschillende wetten gaat, elk met hun eigen domein en systematiek waarvan er in principe slechts één tegelijk van toepassing kan zijn.[546] Uit zorginhoudelijk oogpunt is het echter gewenst dat de cliënt zo snel mogelijk de meest passende zorg krijgt, dat de overgang van het ene naar het andere domein zonder al te veel problemen verloopt en dat de continuïteit van zorg steeds gewaarborgd blijft. Vraag is echter of de beide nieuwe ggz-wetten de gewenste soepele regime-wisseling mogelijk maken.

Vanuit de praktijk komen signalen dat van aanzienlijke problemen sprake is. Zo stellen NVAVG en Verenso: 'Het overplaatsen van cliënten tussen PG/VG en GGZ is zeer bemoeilijkt. Naast de grote administratieve lasten die het met zich 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 al een Wzd-maatregel opgelegd hebben 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 langer moeten wachten op de juiste zorg op de juiste plek, terwijl die niet beschikbaar is.'[547]

546 Het kan zijn dat een instelling zowel een accommodatie in de zin van de Wvggz als van de Wzd is (al lijkt dat in de praktijk meestal niet het geval te zijn). Dat maakt het formeel echter niet anders; wel zal voor de patiënt/cliënt de overgang dan minder merkbaar zijn.

547 Inbreng Verenso en NVAVG ten behoeve van de wetsevaluatie Wvggz-Wzd-Wfz, 11 februari 2021.

Dat roept vragen op over het grensverkeer tussen beide domeinen, het onderwerp van dit hoofdstuk (over de relatie van beide wetten met de Wet forensische zorg, zie hoofdstuk 9).[548] In par. 8.2 wordt eerst ingegaan op het streven om door harmonisatie beide wetten zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. Daarna volgt in par. 8.3 bespreking van de bepalingen die elk van beide wetten kennen om een regimewisseling te faciliteren. Ten slotte volgt in par. 8.4 een beschrijving en analyse van een aantal resterende 'grensproblemen'.

8.2 Verschillen tussen beide wetten en harmonisatie

Zoals ook moge blijken uit de beschrijvingen van Wvggz en Wzd in de hoofdstukken 2 en 5 verschillen beide wetten ondanks een aantal gemeenschappelijke doelstellingen aanzienlijk in reikwijdte, structuur en vorm van rechtsbescherming. Dat verschil komt in hoofdzaak op de volgende punten neer:

— Elk van beide wetten richt zich op een eigen populatie; bij de Wvggz zijn dat patiënten met een psychiatrische stoornis, bij de Wzd cliënten met PG of VG-problematiek dan wel een daarmee gelijkstelde aandoening;
— De Wvggz kent geen principieel onderscheid tussen onvrijwillige opname en andere vormen van onvrijwillige zorg, de Wzd wel.
— Ingevolge de Wvggz moeten alle vormen van verplichte zorg opgenomen worden in de (rechterlijke) zorgmachtiging (ZM)waarbij de rechter mogelijk in te zetten vormen van gedwongen zorg vooraf legitimeert, in de Wzd heeft de rechterlijke machtiging alleen betrekking op een onvrijwillige opneming.
— Onder de Wvggz beslist de zorgverantwoordelijke over toepassing van verplichte zorg (binnen de ruimte die de ZM daarvoor biedt), voor het starten van onvrijwillige zorg in het kader van de Wzd moet het door die wet voorgeschreven multidisciplinaire stappenplan worden doorlopen.
— Ook in andere opzichten is elk van beide wetten afgestemd op de onderscheiden doelgroepen die zij betreffen en de daarmee samenhangende verschillen in het karakter van de zorg die in elk van beide domeinen wordt verleend.

In het rapport van de Evaluatie gedwongen zorg was aanbevolen om bij voorkeur één wettelijk regime te hanteren voor zowel de GGZ als voor cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening (zogenaamde VG/PG-doelgroep), of (bij handhaving van twee afzonderlijke wetten) deze in elk geval beter op elkaar af te stemmen.[549] De regering heeft gekozen voor behoud van twee afzonderlijke wetten, maar wel onderkend dat het wenselijk was beide wetten door harmonisatie beter op elkaar te laten aansluiten en niet onnodig te laten divergeren.[550] Dat niet alleen om de overgang van het ene rechtsregime naar het andere te vergemakkelijken, maar ook om het voor zorginstellingen en professionals gemakkelijker te maken zo nodig met beide regelingen te werken.

548 De problematiek waar het hier omgaat, betreft dus uitdrukkelijk niet die van de samenloop tussen Wvggz en Wzd, d.w.z. dat meerdere wetten tegelijk op dezelfde feiten van toepassing zijn met bijbehorende vragen over welke wetsbepalingen prevaleren.

549 J. Legemaate e.a., 2014, zie o.a. p. 340-341 en 362-363.

550 Kabinetsreactie ZonMw gedwongen zorg, Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 7 juli 2016.

Hoewel harmonisatie geen eenvoudige opgave is vanwege de verschillen tussen beide sectoren, is daartoe vervolgens een aantal stappen gezet. Bij de Tweede nota van wijziging van de Wvggz zijn de kernbegrippen in de twee wetten zoveel mogelijk geharmoniseerd. Zo is in het kader van de harmonisatie voor de aanduiding van wat in de Wzd als 'onvrijwillige zorg' geldt, zoveel mogelijk aangesloten bij wat in de Wvggz onder 'verplichte zorg' wordt verstaan. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor wat in de Wzd als 'ernstig nadeel' is te beschouwen; daarbij is voordat wet de begin 2018 tot stand kwam nog overeenstemming gezocht met de omschrijving in de Wvggz. Bij de Tweede nota van wijziging van de Wvggz zijn ook de klachtenprocedure, het daarop aansluitende beroep bij de rechter en het indienen van een verzoek tot schadevergoeding op elkaar afgestemd, en wel om (ook) op dit punt de bepalingen van de Wzd zoveel mogelijk te harmoniseren met die van de Wvggz. 'Hierdoor hebben cliënten onder de Wzd en betrokkenen onder de Wvggz een gelijkwaardige toegang tot een laagdrempelige en onafhankelijke klachtbehandeling', aldus de regering. 'Ook is de aansluiting verbeterd voor grensverkeer tussen de Wzd en de Wvggz voor die mensen die tijdelijk worden overgeplaatst van een Wzd-accommodatie naar een GGZ-instelling of omgekeerd'. [551] Verder is ten aanzien van het verwerken en uitwisselen van gegevens in de art. 18a – 18c Wzd mutatis mutandis eenzelfde regeling getroffen als in de art. 8:22 – 8:24 en 8:29 van de Wvggz. Dit alles neemt niet weg dat er nog steeds punten te noemen zijn waarop beide wetten van elkaar verschillen, terwijl niet duidelijk is waarom dat het geval is; een voorbeeld is het in par. 8.4 te bespreken verschil in doorgeleidingsbepalingen.

8.3 Wettelijke bepalingen die een regimewisseling faciliteren

Bepalend voor de vraag of bij een patiënt/cliënt met multiproblematiek de Wvvgz dan wel de Wzd van toepassing dient te zijn, is in principe welke problematiek bij hem of haar voorliggend is: een psychiatrische stoornis, dan wel een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking). Volgens een uitspraak van de Hoge Raad wil 'voorliggend' zeggen: welke problematiek 'op de voorgrond staat, omdat die problematiek de actuele zorgbehoefte bepaalt, waarbij ook de continuïteit van de zorg in een vertrouwde omgeving in aanmerking moet worden genomen.'[552] Uit de lagere rechtspraak blijkt dat in dit verband ook een rol speelt welke stoornis het meest bepalend is voor het ernstig nadeel: vloeit dat vooral voort uit de psychiatrische stoornis, dan wel uit de dementie of verstandelijke beperking?[553]
Welke problematiek voorliggend is, is ook van belang voor de vraag welke arts als voldoende ter zake kundig te beschouwen is om de medische verklaring op te stellen. In het algemeen wordt hierbij in de rechtspraak de lijn gevolgd die de Hoge Raad onder de Wet Bopz uitzette: bij gecombineerde problematiek moet die verklaring door een psychiater zijn geschreven.[554] In enkele uitspraken van lagere rechters wordt echter ook van belang geacht wat het ernstig nadeel veroorzaakt; is dat uitsluitend de verstandelijke beperking of dementie, dan zou ook de AVG of specialist ouderengeneeskunde de verklaring mogen opstellen, mits hij zich voldoende bekwaam acht om dat te

551 *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25.

552 Hoge Raad 10 juli 2020, ECLI:NLHR:2020:1271.

553 E. Plomp, *TvGR* 2021 (in druk).

554 Hoge Raad 2 november 2018, ECLI:NL:HR:2018:2044.

doen.[555]
Interessant is in dit verband het (nieuwe, bij de 2e reparatiewet ingevoegde) art. 24 lid 4 Wzd, dat de aard van de voorliggende problematiek ook weer enigszins relativeert. Op grond daarvan kan de rechter op verzoek van het CIZ een Wzd-machtiging verlenen ten aanzien van een persoon met een psychische stoornis, indien hij op basis van de verklaring van een ter zake kundige arts van oordeel is dat sprake is van een psychische stoornis: a. die dezelfde gedragsproblemen of regieverlies als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap kan veroorzaken; b. waarbij de zorg die in verband met deze problemen nodig is, vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap; en c. waarbij de genoemde problemen kunnen leiden tot ernstig nadeel. Dit biedt meer ruimte om bij het aanvragen en verlenen van een rechterlijke machtiging de zorgbehoefte van de cliënt centraal te stellen, ook al wijst de voorliggende problematiek (de psychische stoornis) op het eerste gezicht naar een opname in de psychiatrische sector en niet naar opname in een Wzd-accommodatie.
De Wzd kent twee doorgeleidingsbepalingen voor het geval een patiënt/cliënt tijdens de procedure ter verkrijging van een rechterlijke machtiging (ex art. 24 e.v. Wzd) bij nader inzien toch beter past in het juridische kader van de Wvggz; dan zijn de artikelen 28, tweede lid en 38, tiende lid van belang. Het eerste houdt in dat het CIZ, als het tot het inzicht komt dat gelet op de problematiek van de cliënt een ZM op grond van de Wvggz toch beter past, de zaak direct doorstuurt naar de officier van justitie ter verdere behandeling. Het tweede stelt de rechter in staat om het verzoek voor een Wzd-machtiging te beschouwen als een verzoek voor een ZM als hij bij de beoordeling van de aanvraag voor de Wzd-machtiging tot het oordeel komt dat een ZM passender is. Opvallend is dat in de Wvggz soortgelijke doorgeleidingsbepalingen ontbreken (zie verder par. 8.4).

Is betrokkenen reeds opgenomen in hetzij een Wvggz- hetzij een Wzd-accommodatie, dan voorzien beide wetten in een bepaling die tegemoetkomt aan de overgangsproblematiek. In de Wzd is dat art. 1, zesde lid, volgens hetwelk een eerdere voor de cliënt afgegeven ZM vervalt als voor hem een Wzd-machtiging wordt afgegeven.[556] In de Wvggz betreft het art. 1:1, derde lid, inhoudend dat als bij een psychogeriatrische of verstandelijk gehandicapte cliënt psychiatrische problemen voorliggend worden waarvoor het verlenen van een ZM aangewezen is, de Wzd-machtiging wordt geschorst voor de duur van de zorgmachtiging en herleeft als de ZM eindigt.[557]
Het verschil tussen beide bepalingen hangt kennelijk samen met de andersoortige problematiek bij beide doelgroepen. De problematiek van PG/VG-cliënten is in principe chronisch waardoor terugkeer in de Wzd-sfeer na een tijdelijke Wvggz episode te verwachten is. Dan is het van belang dat de Wzd machtiging niet opnieuw moet worden aangevraagd. Voor psychiatrische patiënten ligt dat in de meeste gevallen anders: als voor hen eenmaal een Wzd opname nodig blijkt, is dat vaker permanent (of permanent met onderbrekingen in de Wvggz-sfeer waarbij de Wzd-machtiging in stand kan

555 Plomp, *TvGR* 2021.

556 Als geen Wzd-machtiging wordt afgegeven omdat de betreffende Wvggz-cliënt onvrijwillige zorg ontvangt zonder opname in een Wzd-accommodatie of dat de opname in zo'n accommodatie berust op een CIZ besluit, kan de ZM beëindigd worden door de GD, zo nodig onder voorwaarden (zoals continuering van het verblijf in een Wzd-accommodatie).

557 Volgens de rechtbank Limburg is die bepaling analoog toe te passen op een spoedopname: ook een crisismaatregel op grond van de Wvggz schorst een eerdere RM op grond van de Wzd, waarna die RM herleeft als er geen ZM wordt verzocht (Rechtbank Limburg 10 april 2020, ECLI:NL:RBLIM:2020:2970).

blijven). Niettemin kan het ook bij Wvggz-clienten voorkomen dat als zij naar een Wzd-accommodatie is gegaan, toch weer terugkeer naar een Wvggz-instellling aangewezen is; dat lijkt de wetgever onderschat te hebben. Het is daarom te overwegen art. 1 lid 6 Wzd aan te passen en ervoor te zorgen dat ook bij het verlenen van rechterlijke machtiging tot opname in een Wzd-instelling een eerder verleende ZM in stand blijft en alleen wordt geschorst, zodat die niet opnieuw hoeft te worden aangevraagd bij terugkeer naar de Wvggz-sector. Overigens kan het voorkomen dat een machtiging verloopt tijdens een periode van schorsing, gedurende welke hij niet kan worden verlengd. Ook voor dat praktisch probleem is aandacht gewenst.

In de literatuur is bij herhaling gewezen op een ander probleem in het huidige art. 1 lid 6, namelijk dat het vervallen van de ZM zoals geregeld in art. 1, zesde lid problematisch is als de Wzd-machtiging nog niet in daadwerkelijke opname in een Wzd-accommodatie heeft geresulteerd. Dan wordt het verblijf in de GGZ-instelling vrijwillig zonder dat in een alternatief is voorzien. In dat verband zijn van verschillende kanten oplossingen voorgesteld om te zorgen dat zo'n juridisch vacuüm vermeden wordt.[558] Bij de tweede reparatiewet, zoals ingevoerd begin november 2021, is inmiddels althans in dat probleem voorzien. Art. 1, zesde lid Wzd bepaalt nu dat de zorgmachtiging pas vervalt 'zodra de cliënt is opgenomen in een accommodatie', dus pas als de Wzd-machtiging daadwerkelijk geeffectueerd is.

Een probleem is dat hoe dan ook bij overgang van het ene domein naar het andere nog steeds een nieuwe machtigingsprocedure moet worden doorlopen; dat vraagt tijd en is belastend voor cliënten, medewerkers, artsen die verklaringen moeten schrijven, het CIZ of het OM en de rechter. In de thematische evaluatie gedwongen zorg is de vraag opgeworpen of dat geen nodeloze hindernissen oproept en of het niet mogelijk is om de overgang van het ene domein naar het andere zonder (wezenlijk) verlies aan rechtsbescherming te vergemakkelijken. Aanbevolen is om de verhouding tussen beide wetten zo in te richten 'dat een zorgmachtiging op grond van de Wvggz (als deze voorziet in de mogelijkheid van opneming) en een machtiging op grond van de Wzd kunnen legitimeren tot een opneming in het domein van elk van beide wetten.'[559] In zijn reactie op de evaluatie heeft het kabinet dit voorstel terzijde geschoven 'omdat de zorgmachtiging in de Wvggz (gericht op alle vormen van gedwongen zorg) een andere inhoud heeft dan de rechterlijke machtiging op grond van de Wzd (alleen gericht op opname).' Dat laatste is zonder meer juist, maar verzet zich niet tegen de mogelijkheid dat de Wvggz zou bepalen dat onvrijwillige opname als vorm van verplichte zorg in een ZM *mede* de grondslag biedt voor onvrijwillige opneming in een Wzd-accommodatie. Het omgekeerde (te weten dat een Wzd machtiging bepaalt dat de onvrijwillige opname ook in een Wvggz-accommodatie kan plaatsvinden) zou ook kunnen gelden, maar dan zal nog steeds een (aanvullende) ZM dan wel een veel bredere Wzd machtiging nodig zijn om vast te leggen welke vormen van verplichte zorg anders dan de opname bij de betreffende cliënt kunnen worden toegepast.
In een brief aan de Tweede Kamer komen een aantal organisaties in de zorg tot een enigszins

558 Zie bijv. NVAVG en Verenso, 2021 die pleiten voor een 'dakpanconstructie' waardoor het oude regime nog een beperkte periode kan doorwerken, en M. Janssen, Samenloop van de Wvggz en de Wzd, *JGGZR* 2020, afl. 3 volgens wie de ZM van toepassing zou kunnen blijven (ondanks het feit dat een Wzd-machtiging is verleend) totdat er plek is in de Wzd- accommodatie.

559 J. Legemaate e.a., 2014, p. 139-140 en p. 343.

vergelijkbaar voorstel: geef zorgaanbieders de mogelijkheid om gedwongen opgenomen cliënten over te plaatsen van de PG/VG-zorg naar de geestelijke gezondheidszorg of vice versa, dus zonder dat de rechter er opnieuw hoeft tussen te komen.[560] Bij de parlementaire behandeling van de tweede reparatiewet heeft het kabinet laten weten dat er zijns inziens op het gebied van de samenloop van beide wetten nog geen sprake is van 'concrete uitvoerbare voorstellen met draagvlak die in dit wetsvoorstel mee genomen kunnen worden.' De regering vond het daarom prematuur om in de tweede reparatiewet al een nieuwe procedure voor het overstappen van het ene domein naar het andere op te nemen.[561] De huidige evaluatie biedt een goede gelegenheid om een en ander opnieuw in overweging te nemen. Als daartoe wordt overgegaan, zou wel in een aantal procedurele waarborgen moeten zijn voorzien, zoals het advies van een deskundig arts, een gemotiveerd besluit van de zorgaanbieder, en kennisgeving daarvan aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger respectievelijk het CIZ en het OM. Verder zou de cliënt zich bij klachtencommissie en (direct of indirect) bij de rechter tegen zo'n besluit moeten kunnen verzetten.

Als op deze wijze een juridisch obstakel voor een soepel 'grensverkeer' van in elk geval de Wvggz naar de Wzd zou zijn weggenomen, dan resteert nog een weerbarstig praktijkprobleem, te weten het tijdig beschikbaar zijn van geschikte opnameplaatsen, in het bijzonder in de PG/VG sfeer. Illustratief zijn in dat verband zijn twee uitspraken waarin de rechter probeert de wetgeving zo goed mogelijk in het belang van de cliënt toe te passen, ook al ontbreekt het aan de opnamemogelijkheden die voor de cliënt het meest geschikt en wettelijk gezien het meest passend zouden zijn.
Een eerste uitspraak is die van de rechtbank Midden-Nederland van 22 juli 2020 en betrof een cliënt met als voorliggende stoornis een verstandelijke beperking; hij zou dus in een Wzd-accommodatie moeten worden opgenomen maar daar was geen plaats. Omdat hij ook leed aan een psychische stoornis in de vorm van schizofrenie die naar het oordeel van de rechter tot ernstig nadeel leidde, werd in de gegeven situatie dan maar een ZM in het kader van de Wvggz verleend om dat ernstig nadeel te voorkomen, ook al was dat gelet op zijn (hoofd)stoornis – verstandelijke beperking – juridisch niet de juiste oplossing.[562]
Ook in de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 30 april 2021 ging het om een cliënt die wel aanzienlijke psychische problemen had (zoals forse psychotische belevingen), maar bij wie eveneens de verstandelijke beperking de bovenliggende stoornis was. Hij was al vele jaren in een GGZ-instelling opgenomen en stond al heel lang op de wachtlijst voor overplaatsing, maar een plek die beter bij zijn problematiek paste, kwam maar niet beschikbaar. Intussen kreeg hij binnen de instelling waar hij verbleef de nodige zorg voor zijn agressie en onvoorspelbaarheid. Ook hier oordeelde de rechter dat dan vooralsnog toch maar (opnieuw) een ZM moest worden verleend, en wel voor een jaar (een kortere duur zou waarschijnlijk niet leiden tot een snellere overplaatsing naar een passende plek).[563]

Dat de strikte scheiding tussen de domeinen van beide wetten rechter en praktijk voor lastige vragen en problemen kunnen stellen komt ook in een andere, onder de nieuwe wetgeving gewezen uitspraak

560 Brief van Actiz, VGN en V&VN aan de leden van de Vaste commissie voor VWS van 15 januari 2020.

561 *Kamerstukken II* 2020/21, 35667, nr. 6.

562 Rechtbank Midden-Nederland 22 juli 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:2996.

563 Rechtbank Den Haag 30 april 2021, ECLI:NL:RBDHA:2021:4547.

naar voren.[564] Het geval was als volgt. Een 82-jarige patiënte met een psychiatrische stoornis verbleef al jarenlang in een verpleeghuis (aanvankelijk op basis van een machtiging op grond van de Wet Bopz) terwijl psychogeriatrische problematiek bij haar ontbrak. Het CIZ had voor haar een machtiging onder de Wzd aangevraagd omdat voortzetting van het verblijf in het verpleeghuis voor haar het beste was. Formeel kon deze aanvraag echter moeilijk worden toegewezen omdat – anders dan voorheen in het kader van de Wet Bopz – psychiatrische problematiek en psychogeriatrische problematiek onder twee afzonderlijke wetten vallen. De rechtbank Midden-Nederland overwoog dan ook dat gelet op haar psychiatrische stoornis strikt genomen niet de Wzd maar de Wvggz van toepassing was. Nu zij verbleef in een instelling zonder Wvggz-aanmerking betekende dat, dat zij zou moeten verhuizen naar een instelling die wel over zo'n aanmerking beschikte. Dat achtte de rechter niet in haar belang omdat zij in het verpleeghuis de zorg kreeg die zij behoefde en een verhuizing veel onrust voor haar zou betekenen. Uiteindelijk verleent de rechtbank een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd. In de uitspraak heeft duidelijk de zorgbehoefte van de cliënt en de continuïteit van zorg de doorslag gegeven (waarbij overigens aangesloten wordt bij de hierboven genoemde uitspraak van de Hoge Raad dat bij de beslissing wat de juiste setting is voor de cliënt 'ook de continuïteit van de zorg in een vertrouwde omgeving in aanmerking moet worden genomen.')
Niet veel later kwam de rechtbank Rotterdam tot een vergelijkbare conclusie in een soortgelijke casus: het ging om een cliënt met uitsluitend psychische stoornissen in de zin van de Wvggz die niettemin zorg kreeg in een Wzd-accommodatie omdat die het beste aansloot bij wat zij nodig had. Volgens de rechter diende ook in dit geval die zorgbehoefte leidend te zijn. 'Het onbedoelde effect van de keuze van de wetgever om de verplichte zorg onder te brengen in twee verschillende wetten zonder een ontsnappingsclausule voor een situatie zoals die van cliënt, mag er naar het oordeel van de rechtbank niet toe leiden dat cliënt niet meer de zorg kan krijgen waar ze op dit moment het meest behoefte aan heeft. (....) De rechtbank merkt ten slotte op dat het hierboven geschetste dilemma vaker onderwerp is geweest van gerechtelijke uitspraken, ook met andere uitkomst. Dit maakt het duidelijk dat dit onbedoelde effect van het opsplitsen van de gedwongen zorg in twee verschillende wetten op dit punt reparatie of althans verduidelijking van de wetgever behoeft.'[565]

8.4 Overige grenskwesties bij regimewisseling

Sommige situaties die zich bij overgang van het ene domein naar het andere kunnen voordoen, zijn niet met zoveel woorden in de wet geregeld.[566] Een daarvan hangt samen met het feit dat in de Wvggz niet voorzien is in doorgeleidingsbepalingen zoals die wel in de Wzd te vinden zijn (zie de hierboven genoemde artikelen 28, tweede lid en 38, tiende lid Wzd). Maar uiteraard kunnen er ook in het proces van totstandkoming van een ZM momenten komen, waarbij een Wzd-machtiging gelet op de problematiek van de patiënt/cliënt toch meer aangewezen lijkt. Dat kan mogelijk al naar voren komen in het verkennend onderzoek van de gemeente, maar ook als het verzoek tot afgifte van een ZM bij de officier van justitie ligt. Het hangt van de fase van voorbereiding af wat dan de beste stap is.

564 Rechtbank Midden-Nederland, 24 augustus 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:4078; zie ook het commentaar van M. Niele, Toewijzing RM in verpleeghuis terwijl er geen sprake is van psychogeriatrische problematiek, *JGGZR* 2020, afl. 6.

565 Rechtbank Rotterdam 13 oktober 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:10247.

566 Zie daarover met name M. Monden, Wvggz en Wzd: problemen op het snijvlak, *JGGZR* 2020, afl. 2, alsmede de Handreiking Samenloop van het Ministerie van VWS van 20 december 2019 (waarvan de tekst sterk op het artikel van Monden aansluit).

De gemeente kan bijvoorbeeld met de familie overleggen om een opnameprocedure te starten bij het CIZ. De officier van justitie kan het CIZ informeren waarna dat kan besluiten om een verzoek in te dienen voor een machtiging tot opname. Wanneer tijdens het opstellen van de medische verklaring voor een ZM blijkt dat een Wzd-procedure meer geëigend is, kan de betrokken psychiater die de medische verklaring opstelt de zaak doorverwijzen naar een deskundige op het gebied van psychogeriatrie of verstandelijke beperkingen. Hij kan echter ook nog steeds zelf de medische verklaring opstellen en eventueel een andere deskundige erbij vragen om de zaak mee te beoordelen.

In al deze situaties is goed overleg tussen de betrokken instanties en personen cruciaal om te zorgen dat de cliënt met zo min mogelijk vertraging op de plek komt die het beste bij diens problematiek past. De zorgaanbieder van de Wvggz-instelling (of namens hem de geneesheer directeur) kan daarin overigens ook een rol spelen, omdat deze evenals de familie of de vertegenwoordiger het CIZ kan vragen een verzoek om een rechterlijke machtiging in te dienen. Het zou echter helpen als ook de Wvggz doorgeleidingsbepalingen zou kennen zoals die in de Wzd zijn opgenomen. Opname daarvan in de Wvggz (analoog aan de bepalingen hiervoor in de Wzd) zou een tijdige overgang naar het Wzd domein kunnen bevorderen.

Ook in crisissituaties kan bij de betrokkene sprake zijn van multiproblematiek, waarbij de vraag kan rijzen wat voorliggend is: de psychiatrische stoornis of de problematiek die voortvloeit uit een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Die vraag moet in zo'n geval in korte tijd beantwoord worden omdat de cliënt met grote spoed ergens zal moeten worden opgenomen. In het eerste geval kan overgegaan worden tot een crisismaatregel op grond van de Wvggz, in het tweede dient gekozen te worden voor een inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wzd. In crisissituaties zal overigens veelal (ook) van psychische problematiek sprake zijn zodat in eerste instantie een maatregel op grond van de Wvggz gerechtvaardigd kan zijn. Het is in dergelijke situaties echter sowieso aan te bevelen dat de burgemeester bij een aanvraag voor een crisismaatregel of IBS de medische verklaring door een psychiater laat opstellen, aldus de Handreiking samenloop. Op die manier wordt voor beide wetten aan de procedurele voorwaarden wordt voldaan en gaat er geen tijd verloren als aanvankelijk op de verkeerde procedure is ingezet.
Als evident is dat de PG/VG-problematiek overheerst, kan overigens de beschikbaarheid van crisisplaatsen nog roet in het eten gooien. Binnen met name de verstandelijk gehandicaptenzorg is dat een serieus probleem.[567] Dat heeft ertoe geleid dat begin 2020 op landelijk niveau is afgesproken dat bij een crisis een cliënt die eigenlijk met een IBS op grond van de Wzd zou moeten worden opgenomen, gedurende de eerste drie etmalen op grond van een crisismaatregel in een Wvggz-accommodatie kan worden geplaatst. Soms wordt in zo'n situatie in afwachting van een Wzd-plaats ook wel een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel verleend; dan moet echter wel tevens sprake zijn van een psychische stoornis.[568]
Tot besluit: nu niet langer sprake is van een overkoepelende wet maar van twee aparte wetten met elk hun eigen domein, is – zeker in crisissituaties – een multidisciplinair netwerk per regio aan te bevelen. Via een goede overlegstructuur kan immers (zoveel mogelijk) worden voorkomen dat men kostbare procedurele en juridische tijd verliest bij het vaststellen van de overwegende problematiek:

567 J. van Erp, De Wet zorg en dwang, een half jaar later, *JGGZR* 2020(5) 53.

568 E. Plomp, *TvGR* 2021.

Wzd of Wvggz.[569] In de Wvggz is zulk regionaal overleg verplicht gesteld, in de Wzd is in een soortgelijke bepaling echter ten onrechte niet voorzien (zie daarover ook reeds hoofdstuk 5).

Samenvattend:

— De keuze van twee afzonderlijke wetten die zich elk op een eigen doelgroep richten, heeft in de praktijk geleid tot de vraag wie in een bepaald geval onder welke wet valt; dat is niet alleen een kwestie bij cliënten met multiproblematiek, maak kan ook een probleem zijn bij andere cliënten die naar de letter van de wet in het ene domein thuishoren, maar gelet op hun zorgbehoefte beter in het andere passen.
— De wetgever heeft via reparatiewetgeving een aantal maatregelen getroffen om Wvggz en Wzd beter op elkaar te laten aansluiten; op sommige punten kunnen echter nog verdere stappen op het vlak van harmonisatie worden gezet.
— Beide wetten voorzien in bepalingen die het gemakkelijker moeten maken dat een cliënt van het ene wettelijk regime overgaat naar het andere. Niettemin zijn met name in de Wvggz op dit punt nog verbeteringen mogelijk (zoals het opnemen van 'doorgeleidingsbepalingen' en het opnemen van de mogelijkheid dat een zorgmachtiging mede strekt tot onvrijwillige opname in een Wzd-accommodatie).
— De rechtspraak probeert door de zorgbehoefte van de cliënt centraal te blijven stellen zo goed mogelijk om te gaan met de problemen die veroorzaakt zijn door het opsplitsen van de gedwongen zorg in twee verschillende wetten. Niettemin vereisen die problemen in verschillende opzichten reparatie en/of verduidelijking door de wetgever.
— Wil de overgangsproblematiek echt opgelost worden, dan zijn er echter ook oplossingen nodig voor het plaatsingstekort binnen met name de VG sector. Intussen zou het helpen als ook de Wzd – evenals de Wvggz – zou voorzien in een verplichting tot regionaal overleg.

569 Zie in gelijke zin stelling 6 van de Workshop Wzd, Landelijke GD-dag, 18 juni 2021.

9

Artikel 2.3 Wfz en de strafrechtelijke onderdelen van Wvggz en Wzd

9.1 Inleiding

Op 1 januari 2020 zijn de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) in werking getreden. Een jaar eerder was reeds de Wet forensische zorg (Wfz) in werking getreden, met uitzondering van – het in dit hoofdstuk centraal staande – art. 2.3. De Wfz regelt de inkoop en organisatie van de forensische zorg aan volwassen gedetineerden (verdacht of bestraft). Art. 2.3 Wfz biedt de strafrechter de bevoegdheid om voor, tijdens of aansluitend op het strafrechtelijke traject een zorgmachtiging (in de zin van de Wvggz) c.q. een rechterlijke machtiging tot zorg en verblijf (in de zin van de Wzd) af te geven. Voor het operationeel worden van deze bepaling moest uiteraard worden gewacht op de komst van de Wvggz en de Wzd. Tegelijk met deze wetgeving is art. 2.3 Wfz op 1 januari 2020 in werking getreden. Art. 2.3 Wfz is in de plaats gekomen van het – tegelijkertijd vervallen – art. 37 Wetboek van Strafrecht (Sr), dat de strafrechter de mogelijkheid tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor maximaal één jaar bood.
Personen met een strafrechtelijke titel (forensische patiënten) kunnen ook worden opgenomen in een accommodatie. Daarvoor kent hoofdstuk 9 van de Wvggz een aantal bepalingen. Een soortgelijke regeling is opgenomen in hoofdstuk 3A Wzd.
Met de hele wetgevingsoperatie is vooral beoogd de strafrechtelijke en civielrechtelijke kaders voor de gedwongen geestelijke gezondheidszorg beter op elkaar af te stemmen, zodat meer continuïteit van zorg mogelijk is. In het bijzonder zou hiermee kunnen worden bereikt dat de betrokkene na een strafrechtelijke interventie minder snel terugvalt in diens oude gedrag (voorkomen van recidive).

9.2 Artikel 2.3 Wet forensische zorg

9.2.1 Totstandkoming

De gedachte dat de strafrechter in een aantal gevallen een rechterlijke machtiging (toen nog volgens de Wet Bopz) zou moeten kunnen afgeven, was al opgenomen in het oorspronkelijke voorstel voor de

Wet forensische zorg dat in 2010 bij het parlement werd ingediend.[570] Daarbij werd in art. 2.3 Wfz verwezen naar (door hetzelfde voorstel aan te passen) art. 37 Sr, waarin deze mogelijkheid zou worden vastgelegd. Zijn huidige vorm heeft art. 2.3 Wfz gekregen door middel van de tweede Nota van wijziging van de Wvggz, en wel via art. 14:4, onder B.571. Het artikel is in de plaats gekomen van art. 37 Sr (last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis). In de parlementaire stukken is opgemerkt dat art. 2.3 Wfz de modaliteit van art. 37 Sr "vervangt", terwijl elders wordt gezegd dat art. 37 Sr in art. 2.3 Wfz is "geïncorporeerd."572 Art. 2.3 Wfz biedt de strafrechter de bevoegdheid om "in plaats van of naast een sanctie of een vorm van forensische zorg een zorgmachtiging af te geven en daarmee "een integrale afweging [te] maken tussen straf en zorg."[573] Het vormt een schakelbepaling met de Wvggz en de Wzd.
Art. 2.3 Wfz wijkt in een aantal opzichten af van art. 37 Sr, zowel materieel als procedureel (vereisten, inhoud en duur van de maatregel). Zo kent art. 2.3 Wfz niet de eis dat een strafbaar feit moet zijn bewezen (geen relatie strafrechtelijk verwijtbaar gedrag en stoornis). Art. 2.3 Wfz is, anders dan art. 37 Sr, ook geen strafrechtelijke maatregel (en wordt dan ook bij afzonderlijke beschikking, los van de strafbeschikking, opgelegd en leidt niet tot een strafblad). Art. 2.3 Wfz kent evenmin het vereiste van ontoerekeningsvatbaarheid (gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens), zoals voor toepassing van art. 37 Sr wel nodig was. Ook kan de maatregel op meer momenten in het strafrechtelijke traject worden ingezet. Daarmee is de drempel voor toepassing van de bepaling aanzienlijk verlaagd. Verder kan een zorgmachtiging ook ambulante vormen van verplichte zorg omvatten. Art. 37 Sr voorzag daar niet in. Daarnaast verschilt het voorbereidingstraject (medische verklaring). Ten slotte werd de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor een jaar afgegeven, terwijl de zorgmachtiging slechts voor maximaal een half jaar kan worden afgegeven. Eventuele verlenging van de zorgmachtiging is in handen van de civiele rechter, niet de strafrechter.

9.2.2 Doelstelling

Het doel van de Wfz is terug te vinden in de considerans van de wet, in de wet zelf en in de parlementaire stukken. Volgens de considerans beoogt de Wfz "de noodzakelijke aansluiting van de forensische zorg met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en tevens de recidive van forensische patiënten te verminderen, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving."
In art. 2.1, eerste lid, Wfz wordt de doelstelling van de wet als volgt omschreven: "Met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zo veel als mogelijk aangewend voor herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving." Het tweede lid van genoemd artikel voegt daaraan toe: "De forensische zorg voorziet in de noodzakelijke aansluiting met andere vormen van geestelijke gezondheidszorg."

570 *Kamerstukken II* 2009/10, 32398, nr. 2.

571 Tweede Nota van wijziging Wvvgz, *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25.

572 Tweede Nota van wijziging Wvggz, p. 128 respectievelijk 224. P.A.M. Mevis, A.W.T. Klappe & M.J.F. van der Wolf, Wet forensische zorg: doelen, middelen en verwachte knelpunten, *TvGR* 2019, 5, p. 359-373 (363), menen dat art. 2.3 Wfz art. 37 Sr "absorbeert", omdat het artikel een veel ruimer toepassingsbereik heeft.

573 Tweede Nota van wijziging Wvggz, *Kamerstukken II* 2009/10, 32398, nr. 25, p. 126.

In de parlementaire stukken worden de doelen van de wet omschreven als: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg.[574] Ten aanzien van het eerstgenoemde doel (juiste patiënt op juiste plek) wordt overwogen dat forensische patiënten een doelgroep zijn met dikwijls complexe stoornissen en meervoudige problematiek, voor de behandeling waarvan specifieke deskundigheid en voldoende zorgaanbod noodzakelijk is.[575] Bij het laatstgenoemde doel wordt opgemerkt dat, "als na afloop van de strafrechtelijke titel blijkt dat nog steeds zorg noodzakelijk is, een goede aansluiting met en overdracht naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg essentieel is. Dit om te voorkomen dat er een breuk in de hulpverlening ontstaat en iemand ondanks de investering tijdens de juridische titel toch terugvalt in het oude gedragspatroon."[576]
Kortom, als doel van art. 2.3 Wfz kan worden aangemerkt het waarborgen van de continuïteit van de forensische zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg, anders gezegd: het verbeteren van de aansluiting tussen beide zorgvormen. Ook is het de bedoeling dat de doorstroom naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg wordt bevorderd. Dit alles binnen de grenzen van het uiteindelijke doel van de Wfz, te weten de veiligheid van de samenleving.
Het afgeven van een zorgmachtiging in het kader van art. 2.3 Wfz is niet bedoeld als vorm van forensische zorg (zie volgende alinea), maar als de toepassing van een civielrechtelijk instrument door de strafrechter, waarbij niet de doelstellingen van de Wfz vooropstaan, maar die van de Wvggz respectievelijk de Wzd. Dit roept de vraag op of, en zo ja op welke wijze en in welke mate, de civielrechtelijke machtiging niet toch een strafrechtelijke kleur krijgt. Dit is in de literatuur en de jurisprudentie een belangrijk punt geworden, zie verder.
Het begrip forensische zorg is omschreven in art. 1.1, tweede lid, Wfz. Kort gezegd gaat het om geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten die op basis van een strafrechtelijke titel wordt verleend. De veiligheid van de samenleving staat daarbij voorop. Die veiligheid wordt bereikt door herstel van de patiënt en vermindering van de kans op recidive. Een strafrechtelijke titel is bij art. 2.3 Wfz, zoals gezegd, niet aan de orde. Het afgeven van een zorgmachtiging in het kader van art. 2.3 Wfz is niet bedoeld als een vorm van forensische zorg, maar als de toepassing van een civielrechtelijk instrument door de strafrechter. Daarbij staan niet de doelstellingen van de Wfz voorop (beveiliging samenleving), maar die van de Wvggz respectievelijk de Wzd (behandeling en zorg). Forensische zorg moet worden onderscheiden van verplichte zorg, waarvan de criteria en doelen zijn omschreven in art. 3:1-3:4 Wvggz.

9.2.3 Inhoud

Het eerste lid van art. 2.3 Wfz luidt als volgt:

> "Indien de rechter van oordeel is, dat voldaan is aan de criteria voor het afgeven van een zorgmachtiging krachtens de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, kan hij, ambtshalve of na een verzoekschrift van de officier van justitie, met toepassing van

574 MvT Wfz, *Kamerstukken II* 2009/10, 32398, nr. 3, p. 3; tweede Nota van wijziging, p. 89.

575 MvT Wfz, p. 3.

576 MvT Wfz, p. 5.

die wet een zorgmachtiging ingevolge die wet afgeven als bedoeld in artikel 6:5, aanhef en onderdeel a, van die wet. Aan deze bevoegdheid kan in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde bij afzonderlijke beslissing toepassing worden gegeven:

1° bij de rechterlijke uitspraak waarbij iemand wegens een strafbaar feit wordt veroordeeld;
2° bij de rechterlijke uitspraak waarbij overeenkomstig artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht wordt bepaald dat geen straf wordt opgelegd;
3° bij de rechterlijke uitspraak waarbij de verdachte wordt vrijgesproken;
4° bij de rechterlijke uitspraak waarbij de verdachte wordt ontslagen van alle rechtsvervolging;
5° op vordering van het openbaar ministerie;
6° indien de rechter maatregel van terbeschikkingstelling niet verlengt;
7° indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege niet verlengt;
8° indien de rechter de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt;
9° indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de maatregel plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt;
10° bij rechterlijke beslissing op vordering van het openbaar ministerie tot omzetting van de maatregel plaatsing in een inrichting voor jeugdigen in de maatregel van terbeschikkingstelling;
11° indien de voorwaarden, bedoeld in artikel 2.4 van de Wet forensische zorg, zijn geëxpireerd."

Opgesomd worden 11 gronden, waarop de strafrechter een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvggz kan afgeven.[577] De opsomming moet als limitatief worden beschouwd. De zorgmachtiging kan worden verleend in plaats van een straf, maar ook "naast, voorafgaand aan of na afloop van een straf."[578] De zorgmachtiging kan door de strafrechter "ambtshalve of na een verzoekschrift van de officier van justitie" worden verleend. Dit onderdeel van art. 2.3 Wfz heeft tot de nodige jurisprudentie aanleiding gegeven, zie verder.
Uit de woorden "met toepassing van die wet" (waarbij wordt verwezen naar de Wvggz) kan worden afgeleid dat de reguliere – in de Wvggz geregelde – procedure voor de verlening van een zorgmachtiging moet worden gevolgd. Al staat het misschien niet zo duidelijk in de wet, hieruit kan worden afgeleid dat geen sprake is van forensische zorg (zorg op basis van een strafrechtelijke titel, zie verder), maar van verplichte geestelijke gezondheidszorg. Anders gezegd: de strafrechter verlaat het strafrecht. Voor aansluiting op de reguliere procedure is "zeer bewust gekozen", aldus de

577 Het is de bedoeling om via de Reparatiewet forensische zorg een nieuwe, vijfde grond in de wet op te nemen, te weten de rechterlijke beslissing op vordering van het openbaar ministerie tot (verlenging van) de tenuitvoerlegging van de (op 1 januari 2018 ingevoerde) gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel, art. 38z Sr. Daarnaast wordt in de zevende (na hernummering: achtste) grond de bedoeling verduidelijkt. Dat onderdeel gaat luiden: indien de rechter de maatregel van terbeschikkingstelling, waarvan de verpleging van overheidswege voorwaardelijk is beëindigd, niet verlengt. Ten slotte wordt de verwijzing naar art. 2.4 Wfz in onderdeel 12° (nieuw) gewijzigd in art. 6:13:14 Sv.

578 Nota n.a.v. het tweede nader verslag, *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 38, p. 17.

regering. “Dit vanuit het oogpunt van belangen van rechtsbescherming, rechtsgelijkheid, rechtseenheid en uniformiteit in jurisprudentie. Voorkomen moet immers worden dat de strafrechter een ander toetsingskader hanteert (...).”[579] De toepasselijkheid van de Wvggz betreft zowel de inhoudelijke als de procedurele normen van de wet.
In dit verband is ook paragraaf 6 van de Wvggz van belang, dat als opschrift draag: De toepassing van art. 2.3 van de Wet forensische zorg. Van deze paragraaf maakt slechts één artikel deel uit, te weten art. 5:19. Daarin is vastgelegd dat bij de voorbereiding door de officier van justitie van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging, in het kader van art. 2.3 Wfz,[580] Hoofdstuk 5 van de Wvggz inzake de voorbereiding van de zorgmachtiging van overeenkomstige toepassing is. Dit is ook het geval als de rechter art. 2.3 Wfz ambtshalve toepast, zo blijkt uit het tweede lid.
In art. 5:19 Wvggz is de in de Wvggz voorziene mogelijkheid tot het opstellen van een eigen plan van aanpak (om verplichte zorg te voorkomen) voor de gronden 6 tot en met 11 uitgesloten. “De reden daarvoor is dat het opstellen van een eigen plan van aanpak niet bij die doelgroep past waarvoor de officier van justitie de strafrechter naar verwachting zal verzoeken een zorgmachtiging af te geven”, aldus de parlementaire toelichting.[581]
Met het zinsdeel “in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde” is volgens F.F. Langemeijer in zijn conclusie bij HR 9 april 2021 niet een inhoudelijk criterium voor toewijzing van de zorgmachtiging bedoeld, maar slechts “een kader voor de gevallen waarin de strafrechter bevoegd is een zorgmachtiging te verlenen.”[582] Als aan dit criterium niet is voldaan is de route via de strafrechter afgesloten en dient zo nodig via de burgerlijke rechter om een zorgmachtiging te worden gevraagd. Er moet een link zijn met het strafrecht of de veiligheid van de samenleving,[583] waarbij het overigens niet nodig is dat een strafrechtelijke procedure loopt.
Het verlenen van een zorgmachtiging door de strafrechter betreft steeds een eerste zorgmachtiging. Verlengingsbeslissingen worden door de burgerlijke rechter genomen. De duur van de door de strafrechter verleende machtiging is dus steeds maximaal zes maanden.
Voor de afgifte van een gewone zorgmachtiging geldt een termijn van drie weken. Dezelfde termijn geldt in het kader van art. 2.3 Wfz alleen indien de zorgmachtiging wordt gevorderd door de officier van justitie (zie onder 5). In alle andere gevallen dient de rechter de zorgmachtiging af te geven gelijktijdig met de uitspraak in de strafzaak of een andere strafrechtelijke beslissing, dit met oog op het mogelijk maken van een integrale afweging.
Voor onderbreking of voortijdige beëindiging van de in het kader van art. 2.3 WFZ afgegeven zorgmachtiging is de toestemming van de minister van Justitie en Veiligheid vereist (art. 8:17, tweede lid, en art. 8:18, vierde lid, Wvggz).[584] Achtergrond hiervan is dat officieren van justitie onder het oude recht terughoudend waren gebleken in het vorderen van een last tot plaatsing in het psychiatrisch

579 Ibidem, p. 27.

580 Wetstechnische opmerking: in het eerste lid van art. 5:19 Wvggz had bij de (eerste) vermelding van artikel 2.3 moeten staan “artikel 2.3, eerste lid,”.

581 Tweede Nota van Wijziging Wvggz, p. 167.

582 ECLI:NL:HR:2021:534, *JGZ* 2021/41, m.nt. R.H. Zuijderhoudt. Mevis, Klappe & Van der Wolf, *TvGR* 2019 hebben evenwel kritiek op het feit dat dit criterium nergens wordt gedefinieerd en in de parlementaire toelichting slechts is opgemerkt dat er “een link met het strafrecht of de veiligheid van de samenleving” moet zijn.

583 Aldus de Tweede Nota van Wijziging Wvggz, p. 167.

584 De toestemming is niet nodig als toepassing is gegeven aan de derde grond (vrijspraak), zo blijkt uit genoemde Wvggz-artikelen.

ziekenhuis, omdat vanuit justitie onvoldoende invloed kon worden uitgeoefend op het beëindigen van de maatregel.[585] Toestemming van de minister is niet meer aan de orde bij eventuele – door de burgerlijke rechter afgegeven – vervolgmachtigingen.
Voor wat betreft de uitvoering van de zorgmachtiging, indien sprake is van een opname in een accommodatie zijn voorts art. 6:4 derde en vierde lid van belang. Deze maken het mogelijk dat in de zorgmachtiging wordt bepaald dat betrokkene – al dan niet tijdelijk – wordt geplaatst in een instelling als bedoeld in art. 3.1, eerste lid, of art. 3.3, eerste lid Wfz, dat wil zeggen in een instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden (FPC, beveiligingsniveau 4). Overigens is het mogelijk de betrokkene op alle beveiligingsniveaus te plaatsen, dus ook FPA en FPK, beveiligingsniveau 2 respectievelijk 3).

Het tweede lid van art. 2.3 Wfz luidt :

> "Indien de rechter van oordeel is, dat voldaan is aan de criteria voor het afgeven van een rechterlijke machtiging voor opname en verblijf als bedoeld in artikel 24 van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, kan hij, ambtshalve of na een verzoekschrift van de officier van justitie, met toepassing van die wet een rechterlijke machtiging ingevolge die wet afgeven voor de maximale duur van zes maanden. Aan deze bevoegdheid kan in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde bij afzonderlijke beslissing toepassing worden gegeven op een van de in het eerste lid onder 1° tot en met 11° genoemde gronden."

Het tweede lid loopt ten aanzien van de verplichte zorg voor – in de praktijk met name – verstandelijk gehandicapten parallel met het eerste lid, met dien verstande dat de Wzd niet een brede zorgmachtiging kent zoals de Wvggz, maar de rechterlijke bevoegdheid beperkt is tot een machtiging voor opname en verblijf. De 11 gronden, genoemd in het eerste lid, zijn ook hier van toepassing, alsook de overige randvoorwaarden.
De toepassing van art. 2.3 Wfz is verder geregeld in een afzonderlijke paragraaf (§ 2.4) van de Wzd (artt. 28a-28c). Het verzoek om een rechterlijke machtiging kan de officier pas doen nadat hij is nagegaan of bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ; de reguliere verzoeker) niet al een machtiging in voorbereiding is. De officier gaat vervolgens na welke politie- en strafvorderlijke gegevens beschikbaar zijn en verstrekt die aan de arts die de medische verklaring opstelt. Ook dient hij na te gaan of er een wettelijke vertegenwoordiger is en zo nodig de procedure voor het aanwijzen daarvan te starten. Aan het CIZ dient hij voorts advies te vragen over de noodzaak van een rechterlijke machtiging en de tenuitvoerlegging daarvan. Ten slotte onderbouwt hij in zijn verzoekschrift dat aan de criteria voor onvrijwillige opname is voldaan. De procedure van art. 28a Wzd is ook van toepassing als de rechter de machtiging ambtshalve wil verlenen. De officier dient onverwijld tot tenuitvoerlegging van de rechterlijke machtiging over te gaan. Art. 28b Wzd voorziet in dat verband in een aantal bevoegdheden. In zijn advies zal het CIZ aangeven of de betrokkene is aangewezen op zorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. De Wlz-uitvoerder, de zorgverzekeraar respectievelijk het college van B&W wijst de accommodatie aan, die de betrokkene dient op te nemen, zo nodig op bevel

585 MvT Wfz, p. 12-13.

van de IGJ (art. 28c Wzd).
In vergelijking met de procedure om een Wvggz-zorgmachtiging in het kader van art. 2.3 Wfz valt op dat ten aanzien van de Wzd-machtiging de verzoekende partij verschilt van de reguliere procedure. Waar ook in de reguliere procedure van de Wvggz de OvJ de verzoekende partij is, is die rol in het kader van de Wzd weggelegd voor het CIZ. De rol van de OvJ is opmerkelijk, nu deze met de Wzd, anders dan met de Wvggz, verder geen enkele bemoeienis heeft. Voor de OvJ is de Wzd in belangrijke mate een *terra incognita*.

9.2.4 Rechtspraak

In de jurisprudentie zijn met name twee kwesties aan de orde gekomen. De eerste kwesties heeft betrekking op de implicaties van het ambtshalve verlenen van een zorgmachtiging. De tweede kwestie heeft betrekking op de te hanteren criteria voor de afgifte van een zorgmachtiging op basis van art. 2.3 Wfz. Opmerking verdient dat de (gepubliceerde) rechtspraak in verband met art. 2.3 Wfz zich concentreert op de zorgmachtiging in het kader van de Wvggz; (gepubliceerde) rechtspraak inzake de rechterlijke machtiging in het kader van de Wzd is in dit onderzoek niet aangetroffen.
Zoals gezien kan de strafrechter, behalve op verzoek van de officier van justitie, ook ambtshalve een zorgmachtiging afgeven. Daarvoor dient de rechtbank wel de procedure van de Wvggz te volgen en is hij dus afhankelijk van een door de officier van justitie in te dienen verzoekschrift. Ook dient de rechter te beschikken over de vereiste stukken (zoals een medische verklaring en een zorgplan). Een en ander roept verschillende vragen indien de officier van justitie niet (langer) bereid is de zorgmachtiging voor te bereiden. Deze vragen waren aan de orde in een arrest van de Hoge Raad van 9 april 2021.[586]
De Hoge Raad is van oordeel dat ook als de officier van justitie niet zelf een verzoekschrift indient (omdat naar zijn oordeel niet is voldaan aan de wettelijke criteria voor verplichte zorg), de rechter niettemin ambtshalve een zorgmachtiging kan afgeven. De officier dient in zo'n geval gehoor te geven aan een verzoek van de rechter een zorgmachtiging voor te bereiden (dit betekent overigens niet dat de officier alsnog als verzoeker zou moeten optreden). Ook kan de strafrechter de officier van justitie opdragen de vereiste documenten aan de strafrechter te verstrekken. Art. 5:19 lid 2 Wvggz biedt daarvoor de wettelijke grondslag. Ook dient de strafrechter, bij opname in een accommodatie, "aandacht te besteden aan de vraag welke accommodatie geschikt is voor de betrokkene, gelet op zijn zorgbehoefte en de eventueel vereiste beveiliging" (r.o. 4.1.3). Dit is in zoverre opmerkelijk dat de strafrechter zich hier met de uitvoering van zijn beslissing moet bezighouden, waarbij het de vraag is of hij daartoe voldoende is toegerust.
In zijn noot komt Mevis tot de conclusie dat bij de toepassing van art. 2.3 Wfz "het straf(proces)rechtelijk perspectief domineert": voor het afgeven van een zorgmachtiging is de strafrechter conform de strafvorderlijke verhoudingen (en anders dan in de Wvggz/Wzd) niet afhankelijk van het initiatief van de officier. Annotator Zuijderhoudt wijst erop dat de Hoge Raad van het begrip 'ambtshalve' kennelijk geen dode letter wil maken. "De prijs die daarvoor wordt betaald is

586 HR 9 april 2021, ECLI:NL:HR:2021:534, *NJ* 2021/256 m.nt. P.A.M. Mevis; *JGZ* 2021/41, m.nt. R.H. Zuijderhoudt; zie ook de aan het cassatieverzoek ten grondslag liggende uitspraak Rb. Amsterdam 9 juli 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:3343. Uit het arrest van de Hoge Raad volgt tevens dat tegen een beschikking van de strafrechter tot afgifte van een zorgmachtiging cassatieberoep bij de Hoge Raad openstaat.

dat (...) het tandem officier van justitie en geneesheer-directeur kan worden gereduceerd tot verlengde arm van de strafrechter." Vergelijk in dit verband Rechtbank Noord-Nederland 30 juni 2020, waarin de zorgdeskundigen van oordeel waren dat niet aan de criteria voor verplichte zorg was voldaan. De officier van justitie besloot op grond daarvan de voorbereiding van een zorgmachtiging te beëindigen en weigerde ook, met een beroep op de privacywetgeving, de betreffende verklaringen in het geding te brengen, met als gevolg dat de rechtbank niet kon oordelen over de afgifte van een zorgmachtiging. Dat was "feitelijk onmogelijk gemaakt", aldus de rechtbank.[587]
Al eerder had het Hof Arnhem-Leeuwarden (in het kader van de vraag of een tbs-maatregel moest worden verlengd, terwijl mogelijk ook een zorgmachtiging had kunnen worden verleend) overwogen dat het in beginsel niet passend is dat een officier van justitie gebruik maakt van de Wvggz-bevoegdheden tot, kort gezegd, beëindiging van de zorgmachtigingsprocedure.[588] Annotator Bakker concludeert dat de betreffende bepalingen van de Wvggz kennelijk niet onverkort van toepassing kunnen zijn bij de ambtshalve toepassing van art. 2.3 Wfz. Volgens deze auteur krijgen de bepalingen van de Wvggz daarmee "een strafrechtelijke kleur."
Zie in dit verband ook de uitspraak van de rechtbank Midden-Nederland van 5 februari 2021. Daarin wordt het volgende overwogen. "Op grond van artikel 2.3 van de Wfz komt de rechter de bevoegdheid toe ambtshalve een zorgmachtiging af te geven. Dat kan zelfs tegen het standpunt van de officier van justitie in, hoewel dat – zo ook de wetsgeschiedenis – zich slechts in uitzonderingssituaties zal voordoen. Indien de strafrechter ambtshalve toepassing van artikel 2.3, eerste lid, Wfz overweegt, verzoekt hij de officier van justitie toepassing te geven aan het bepaalde in artikel 5:19 eerste lid, Wvggz. Dat wil zeggen dat de officier van justitie een verzoekschrift voor een zorgmachtiging moet voorbereiden. Hij moet dus onder andere een geneesheer-directeur aanwijzen, die een zorgverantwoordelijke en een onafhankelijk psychiater zal zoeken. Of de officier van justitie een verzoekschrift indient is dus niet van belang, gezien artikel 2.3, eerste lid, Wfz. Daarin staat namelijk dat de strafrechter ambtshalve of na een verzoekschrift van de officier van justitie een zorgmachtiging afgeeft."[589] Dijkers heeft er op gewezen dat een ambtshalve interventie wellicht past bij de strafrechter, maar niet bij de terughoudende opstelling (lijdelijkheid) die van de civiele rechter wordt verwacht.[590]
Kan de rechter zonder een indicatiestelling geen toepassing mag geven aan zijn ambtshalve bevoegdheid tot het afgeven van een zorgmachtiging krachtens de Wvggz? Volgens de Hoge Raad "getuigt dit van een onjuiste rechtsopvatting. Artikel 5:19 lid 2 Wvggz schrijft voor dat de rechter die toepassing wil geven aan deze ambtshalve bevoegdheid de officier van justitie verzoekt over te gaan tot hetgeen in artikel 5:19 lid 1 Wvggz is voorgeschreven ter voorbereiding van de afgifte van een zorgmachtiging. Die voorbereiding vindt plaats volgens de bepalingen in hoofdstuk 5 van de Wvggz. Artikel 5:17 lid 3, onder g, Wvggz schrijft in dat verband wel voor dat een indicatiestelling 'indien aanwezig' daarbij wordt betrokken, maar het (laten) opmaken van een indicatiestelling is niet een

587 Rb. Noord-Nederland 30 juni 2020, ECLI:NL:RBNNE:2020:3156, *JGZ* 2020/85, m.nt. H.J. Beintema. Zie ook Rb. Amsterdam 16 september 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:4604.

588 Hof Arnhem-Leeuwarden 23 april 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:3335, *JGZ* 2020/63 m.nt. C. Bakker.

589 Rb. Midden-Nederland 5 februari 2021, ECLI:NL:RBMNE:2021:404.

590 W.J.A.M. Dijkers, Drie rechterlijke spoorboekjes: het procesrecht van de Wvggz, de Wzd en de Wfz, *JGGZR* 2019 (1) 4.

voorgeschreven onderdeel van deze voorbereiding."[591] Annotator Beintema wijst erop dat met dit arrest wel een procedureel probleem is opgelost, maar het inhoudelijke probleem blijft dat zonder indicatiestelling de rechter verstoken blijft van de noodzakelijke informatie over behandeling en beveiliging.
Zorgen over de ambtshalve toepassing van art. 2.3 Wfz leven ook in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Geconstateerd wordt dat langs deze weg zorgmachtigingen worden afgegeven "voor patiënten waarvan zowel de ggz als de officier van justitie hebben geoordeeld dat verplichte zorg niet passend en doelmatig is."[592]
In zijn noot bij rechtbank Zeeland-West-Brabant 21 augustus 2020 vraagt Keurentjes zich af of het niet beter was geweest als was afgezien van het opnemen van de ambtshalve toepassing in art. 2.3 Wfz, "omdat deze mogelijkheid zowel de rechter als de officier in een lastig parket brengt indien vanuit de psychiatrie wordt aangegeven dat een civielrechtelijke maatregel niet tot de mogelijkheden behoort."[593] In deze zaak werd uiteindelijk de maatregel van tbs opgelegd, nu de officier van justitie had besloten geen zorgmachtiging te verzoeken, nu de deskundigen hadden aangegeven "dat het voorbereiden van een zorgmachtiging in het geval van verdachte zinloos, omdat (...) de reguliere GGZ-instellingen niet het beveiligingsniveau kunnen bieden dat voor verdachte is vereist."[594]
Ook de criteria voor afgifte van een zorgmachtiging worden soms strafrechtelijk ingekleurd. Zo lijkt de Rechtbank Zeeland-West-Brabant bij zijn beslissing om een zorgmachtiging af te geven mee te wegen dat hiermee naar verwachting het recidiverisico wordt verminderd.[595] Dit criterium is aan de Wvggz vreemd. Tevens werd in deze uitspraak bepaald dat de zorgmachtiging ten uitvoer moet worden gelegd in een forensische instelling met beveiligingsniveau 3 of 4, overigens zonder een specifieke zorgaanbieder te noemen.

Ook andere dan de boven genoemde kwesties zijn in de rechtspraak aan de orde geweest. Opmerkelijke overwegingen zijn te vinden in de uitspraak van rechtbank Gelderland op 28 februari 2020, waarin de tbs van betrokkene met een jaar werd verlengd. De deskundige had gewezen op "de onduidelijkheden en onzekerheden over (de praktische uitvoering van) deze nieuwe wetgeving [bedoeld is de Wvggz, *auteur*]. Het gaat daarbij vooral om de duur van de opnamemachtiging en de mogelijkheden tot verlenging." De officier van justitie had hier het volgende aan toegevoegd. "Nu is het zo dat het openbaar ministerie, naar het zich laat aanzien, na 6 maanden zorgmachtiging de regie kwijt is en dat de directeur van de instelling, althans de geestelijke gezondheidszorg de zeggenschap overneemt. Het is inderdaad zo dat er in de uitvoering allerlei problemen opdoemen. Juist in deze zaak moeten wij onze vingers daar niet aan branden, mede gelet op het voortdurende recidiverisico

591 HR 6 juli 2021, ECLI:NL:HR:2021:1005, *JGZ* 2021/63, m.nt. H.J. Beintema. Het cassatieberoep was ingesteld tegen Hof Den Haag 5 februari 2020, ECLI:NL:GHDHA:2020:189, *JGZ* 2020/19, m.nt. K.M. Vermeulen, die er terecht op wijst dat verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging iets anders is dan forensische zorg.

592 Brief van 25 mei 2021 van de Stichting PVP, de Nederlandse ggz, V&VNm de NVvP en MIND aan de vaste commissies voor VWS en JenV van de Tweede Kamer, kenmerk 246791/2021. Zie het antwoord van de minister voor Rechtsbescherming van 29 oktober 2021, kenmerk 3540624.

593 Noot R.B.M. Keurentjes bij Rb. Zeeland-West-Brabant 21 augustus 2020, ECLI:NL:RBZWB:2020:3886, *JGZ* 2020/91.

594 Rb. Zeeland-West-Brabant 16 oktober 2020, ECLI:NL:RBZWB:2020:5021.

595 Rb. Zeeland-West-Brabant 29 april 2020, ECLI:NL:RBZWB:2020:2000, *JGZ* 2020/60 m.nt. K.M. Vermeulen.

(...)."[596] De vraag is of hier meer aan de hand is dan koudwatervrees, samenhangend met de nog maar pas ingevoerde mogelijkheid van art. 2.3 Wfz.
Rechtbank Limburg volgt op 29 januari 2020 niet het advies van de deskundigen in de PBC-rapportage om een civiele zorgmachtiging te laten voorbereiden. Naar het oordeel van de rechtbank is de noodzakelijk geachte behandeling in een forensische kliniek, met een duur van minimaal één jaar en een langdurig toezicht na de klinische opname, via een civiele zorgmachtiging niet te realiseren. Onvoldoende is gewaarborgd dat de verdachte de behandeling krijgt die noodzakelijk is om het recidiverisico te beteugelen.[597] Vergelijkbaar is een uitspraak van de rechtbank Den Haag van 26 mei 2020, waarin klinische behandeling in het kader van een zorgmachtiging geen toereikend behandelkader wordt bevonden. De verdachte zou een langdurige behandeling moeten ondergaan op een locatie waarvan het beveiligingsniveau minimaal gelijk is aan het beveiligingsniveau van een FPK. Gevreesd werd dat hij te snel zou worden teruggeplaatst naar een afdeling van een reguliere GGZ-instelling, met het (hoge) risico dat hij (wederom) geweld zou gebruiken tegen medepatiënten en medewerkers.[598]
Rechtbank Amsterdam 20 maart 2020 verlengde een PIJ-maatregel met 24 maanden. Ten aanzien van het verzoek van de raadsman de behandelmogelijkheden binnen het civiele zorgkader te laten onderzoeken, werd overwogen: "In beginsel is de Wfz niet van toepassing op het jeugdstrafrecht (artikel 1.1, tweede lid, Wfz). Voor zover de raadsman heeft bedoeld om (...) een beroep te doen op artikel 2.3, eerste lid onder 5 van de Wfz (een dergelijke zorgmachtiging op vordering van de officier van justitie) is deze mogelijkheid dus niet van toepassing op het jeugdstrafrecht. Dat laat onverlet de vraag of een dergelijk verzoek in zijn algemeenheid toewijsbaar is. Artikel 2.3, eerste lid, onder 8, 9 en 10 van de Wfz maakt het wel mogelijk om bij het niet verlengen van de (voorwaardelijke beëindiging van de) PIJ-maatregel, of het omzetten van de PIJ-maatregel in een TBS-maatregel, een civiele machtiging af te geven. In deze zaak wordt de verlenging van de PIJ-maatregel noodzakelijk geacht zodat de vordering van de officier van justitie daartoe zal worden toegewezen. Daarmee zijn de uitzonderingsmogelijkheden van artikel 2.3 Wfz niet van toepassing (...). Ten overvloede overweegt de rechtbank dat uit het stelsel van de Wfz afgeleid kan worden dat de "strafrechter" binnen het jeugdstrafrecht alleen een civiele zorgmachtiging kan afgeven indien de mogelijkheden binnen het jeugdstrafrecht zijn uitgeput. Artikel 2.3 Wfz is dus bedoeld als vangnet voor die specifieke gevallen en niet als een keuzemogelijkheid."[599] In hoger beroep bleef de afwijzing van het verzoek in stand, zij het op grond van de overweging dat een reguliere GGZ-instelling vooralsnog geen passende vervolgvoorziening voor de betrokkene zou zijn.[600]
Volgens rechtbank Den Haag 9 april 2020 is er geen wettelijke basis om een voorlopige hechtenis te laten voortduren enkel ter overbrugging van de tijd tot een eventuele opname in een accommodatie krachtens een zorgmachtiging.[601]
In rechtbank Amsterdam 8 september 2020 inzake de afgifte van een zorgmachtiging beriep de raadsvrouw zich op termijnoverschrijding (overschrijding van de rechterlijke beslissingstermijn van

596 Rb. Gelderland 28 februari 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:1417.

597 Rb. Limburg 29 januari 2020, ECLI:NL:RBLIM:2020:707.

598 Rb. Den Haag 26 mei 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:4641.

599 Rb. Amsterdam 20 maart 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:1759.

600 Hof Arnhem-Leeuwarden 11 juni 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:4484.

601 Rb. Den Haag 9 april 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:3323.

drie weken na ontvangst van het verzoekschrift als bedoeld in art. 6:2 eerste lid onder c Wvggz). Naar het oordeel van de rechtbank was hiervan geen sprake, nu het verzoek gelijktijdig was behandeld met de strafzaak waarbij de betrokkene ontslagen was van alle rechtsvervolging.[602]
De zorgmachtiging kan zinvol zijn naast een forensische titel als stok achter de deur, zodat tijdig kan worden ingegrepen in geval van decompensatie, aldus rechtbank Amsterdam 7 april 2021.[603]
Blijkens Rechtbank Noord-Holland 13 oktober 2020 is op basis van art. 2.3 Wfz ook ambulante zorg mogelijk. In casu ging het om de toediening van een antipsychoticum in depotvorm, met de daaraan verbonden medische controles. Overigens was in de zorgmachtiging tevens voorwaardelijk (bij ernstig dreigend gevaar dat niet meer ambulant kan worden afgewend) opname in een accommodatie met daarbij behorende verplichte zorg vastgelegd.[604]
Een recente uitspraak van de Hoge Raad betrof een kwestie inzake de betekenis van art. 1 lid 2 Sr in relatie tot het vervallen van art. 37 Sr en de invoering van art. 2.3 Wfz jo. Art. 6:5, aanhef en onder a, Wvggz. Uit dit arrest blijkt dat de hoogste rechter deze wetswijziging als een verandering in de regels van sanctierecht beschouwt. “Dat de wet in bepaalde gevallen ook een machtiging voor verplichte zorg mogelijk maakt als geen sprake is van een bewezenverklaard strafbaar feit, maakt dat niet anders.” De ten gunste van de verdachte werkende verandering moet met onmiddellijke ingang worden toegepast.[605]

9.2.5 Overige vraag- en discussiepunten

Duur machtiging

De machtiging als bedoeld in art. 2.3 Wfz wordt, conform de Wvggz en de Wzd, afgegeven voor de duur van maximaal een half jaar (met mogelijkheid van verlenging door de civiele rechter, niet door de strafrechter).[606] De last als bedoeld in art. 37 Sr werd voor een langere termijn afgegeven, te weten één jaar. Mevis, Klappe en Van der Wolf veronderstellen dat vanuit een oogpunt van beveiliging de route van de zorgmachtiging minder aantrekkelijk zal zijn, nu voorheen een jaar al vaak als te kort werd beschouwd om het recidiverisico voldoende terug te brengen.[607]

Openbaarheid

Op grond van art. 6:1 lid 10 Wvggz (art 4a lid 1 Wzd) jo. art. 269 Sr is in art. 2.3 Wfz zaken de zitting in beginsel openbaar is. Dit vormt een afwijking van de normale gang van zaken in personen- en familierechtszaken. De wetgever heeft hiervoor gekozen met het oog op de rechtsbescherming en op de afstemming met de strafrechtelijke procedure. Wel kan de rechter (op een aantal gronden) bevelen

602 Rb. Amsterdam 8 september 2020, ECLI:NL:RBAMS:2020:5009.

603 Rb. Amsterdam 7 april 2021, ECLI:NL:RBAMS:2021:2175, *JGZ* 2021/40 m.nt. B.J. Berton.

604 Uitspraak aangehaald door A.J.K. Hondius, *JGGZR* 2020 (6) 66.

605 HR 29 juni 2021, ECLI:NL:HR:2021:845.

606 Rb. Midden-Nederland heeft bij toepassing van art. 2.3 Wfz in het kader van de Wzd een enkele maal een rechterlijke machtiging voor vijf jaar afgegeven, maar dat is in strijd met de wet. Deze termijn was overigens in overeenstemming met het advies van de deskundige en betrokkene kon zich hierin vinden.

607 Mevis, Klappe & Van der Wolf, *TvGR* 2019.

dat de behandeling geheel of gedeeltelijk achter gesloten deuren plaatsvindt.[608]
Ook Mevis, Klappe en Van der Wolf wijzen op het probleem dat de openbare behandeling van de strafzaak ook de openbare behandeling van het verzoek om een zorgmachtiging betekent. “Dat is een ongelijkheid met de civielrechtelijke zorgmachtigingsprocedure en het zal voor een kwetsbare betrokkene ook heftig kunnen zijn het over dergelijke zaken te hebben, mede ten overstaan van slachtoffers of nabestaanden en pers.” Ook Dijkers wijst erop dat in de voormalige Bopz-zittingspraktijk niet-openbaarheid gebruikelijk was en dat dit onder de Wvggz niet anders zal zijn. “Juist op dit punt is door de wetgever echter weer een uitzondering gemaakt. Het tiende lid van artikel 6:1 Wvggz houdt in: ‘In zaken betreffende hoofdstuk 5, paragraaf 6 [lees: in strafzaken], is in afwijking van het bepaalde in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, artikel 269 van het Wetboek van Strafvordering van overeenkomstige toepassing’. Genoemde strafvorderlijke bepaling schrijft voor dat het onderzoek ter terechtzitting in het openbaar geschiedt, maar dat de strafrechter gehele of gedeeltelijke behandeling met gesloten deuren kan bevelen. De strafrechter mag dus ook rekening houden met de privacy. En zo kan het antwoord van de rechter op de vraag naar openbaarheid worden: ja zeker (art. 4 RO), inderdaad ja, echter in dit geval - gelet op de hoogstpersoonlijke informatie - toch maar beter nee (art. 27 Rv), hoewel, de wetgever wilde 't juist anders... we doen ja (art. 6:1 Wvggz lid 10), maar, uh, tsja, de privacybescherming behoort hier toch voorop te staan, uiteindelijk beter nee (art. 269 Sv). Sluit de deuren!”[609]
Mevis, Klappe en Van der Wolf zien nog andere procedurele kwesties zoals “de vraag hoe de deskundigen in beide onderdelen van de zaak zich tot elkaar verhouden, zoals de pro Justitia-rapporteur die adviseert een zorgmachtiging te onderzoeken versus de psychiater die daarvoor geen medische verklaring wil afgeven. Ook ten aanzien van het recht te worden gehoord, en het recht op een gespecialiseerde advocaat bestaan vanwege deze samenloop van een straf- en civiele zitting vragen.”[610]

Samenloop met andere modaliteiten

Mevis, Klappe en Van der Wolf wijzen erop dat in de wet niets is geregeld over “combinatie- dan wel samenloop(on)mogelijkheden of executievolgordes”.[611] De praktijk zal moeten uitmaken hoe met dergelijke vragen zal worden omgegaan.

Rol/positie van de officier van justitie

De officier van justitie is de spin in het web van de strafrechtelijke en de civiele machtigingsprocedure. Mevis, Klappe & Van der Wolf vragen zich af wanneer deze voor een zorgmachtiging naar de strafrechter gaat in plaats van naar de burgerlijke rechter (bijvoorbeeld bij een sepot).[612] Vragen zijn ook gerezen over de situatie dat de officier van justitie, na een negatief

608 Tweede Nota van Wijziging Wvggz, p. 168; C. Bakker en L. Arends, De Wet forensische zorg, Enkele aspecten belicht, *JGGZR* 2020 (1) 4.

609 Dijkers, *JGGZR* 2019.

610 Mevis, Klappe & Van der Wolf, *TvGR* 2019.

611 Ibidem.

612 Ibidem.

advies van de geneesheer-directeur en de psychiater over de doelmatigheid van een zorgmachtiging, de procedure beëindigt. Om privacy redenen brengt de officier van justitie de onderliggende stukken dan niet in geding, zodat de rechtbank de passendheid van een zorgmachtiging ook niet kan toetsen. De rechtbank, en ook de verdediging, staat dan buiten spel, terwijl juist de rechtbank om het onderzoek kan hebben verzocht. Dit is te meer problematisch omdat veelal de vraag aan de orde is of een zorgmachtiging dan wel een tbs-maatregel moet worden opgelegd.[613] Inmiddels heeft de Hoge Raad zich over deze kwestie uitgesproken (zie boven).
Dijkers vraagt zich verder af of de officier van justitie niet geregeld de voorkeur zal geven aan de reguliere weg van de Wvggz en de Wzd, juist omdat de zaak daarmee wordt losgekoppeld van, meer tijd nemende, strafzaak.[614]

Rol minister van Justitie en Veiligheid

Op grond van art. 8:17 lid 2 resp. 8:18 lid 4 Wvggz heeft de geneesheer-directeur toestemming nodig van de Minister van Justitie voor de tijdelijke onderbreking respectievelijk het ontslag van een in het kader van art. 2.3 Wfz afgegeven machtiging.
Over de rol van de minister bij de beëindiging van de opname heeft de regering opgemerkt "dat de belangrijke doelstelling van artikel 2.3 van de Wfz is om goede aansluiting tussen het straf- en het zorgsysteem te bewerkstelligen. Bij de vraag hoe die aansluiting kan worden verbeterd, moet een belangrijke rol worden toegekend aan de officier van justitie. Hij maakt de afweging wat de meest passende maatregel is: straf of zorg, of straf naast zorg. Op dit moment heeft de officier van justitie ook reeds de mogelijkheid om via artikel 37 van het wetboek van strafrecht een opname in een psychiatrisch ziekenhuis te vorderen, in plaats van straf. Van deze mogelijkheid wordt echter weinig gebruik gemaakt. Officieren van justitie zijn terughoudend in het vorderen van de maatregel en rechters in het opleggen daarvan. Dit omdat er vanuit Justitie na het opleggen van de maatregel onvoldoende invloed kan worden uitgeoefend op het beëindigen van die maatregel, omdat thans de geneesheer-directeur op grond van de Wet Bopz beslist over het ontslag. Dit terwijl iemand wel verdacht wordt van het plegen van een strafbaar feit. Artikel 2.3 van de Wfz vervangt de modaliteit van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht. Om te voorkomen dat bij de afweging tussen straf of zorg afwegingen een rol spelen die hierop niet van invloed zouden mogen zijn, is besloten de beëindiging te koppelen aan de toestemming van de minister van Veiligheid en Justitie. Voorop staat namelijk dat een cliënt de zorg ontvangt die hij nodig heeft, of iemand wordt verdacht van een strafbaar feit, of dat de rechter zich hierover heeft uitgesproken, mag geen verschil maken."[615]
Voorts is opgemerkt dat de minister terughoudend gebruik zal maken van de weigeringsmogelijkheid. "De Minister van Veiligheid en Justitie zal terughoudend omgaan met het niet verlenen van toestemming. Of nog aan de criteria van de Wvggz wordt voldaan, is primair ter beoordeling aan de behandelaar. Indien de Minister van Veiligheid en Justitie overweegt om geen toestemming te verlenen, is het van belang dat in dat geval overleg plaatsvindt tussen de geneesheer-directeur en de Minister van Veiligheid en Justitie over de zorgbehoefte van de cliënt en wat op dat moment de juiste

613 A. van Vulpen, *De zorgmachtiging in het strafrecht*, https://cleerdin-hamer.nl/de-zorgmachtiging-in-het-strafrecht/, geraadpleegd 21 augustus 2021.

614 Dijkers, *JGGZR* 2019.

615 Tweede Nota van wijziging Wvggz, p. 127-128.

plek is."[616]
Widdershoven, die de introductie van art. 2.3 Wfz overigens als een "hoopvolle ontwikkeling" ziet, meent dat voor deze justitiële bemoeienis geen plaats is. "Als de verantwoordelijkheid voor betrokkene wordt overgedragen aan de GGZ, zou het daarbij moeten blijven. Als de rechter justitiële grip wil houden, is voortgang van de justitiële route geëigend; bijvoorbeeld kan dan worden gedacht aan de maatregel van TBS."[617]
Bakker en Arends wijzen erop dat een wettelijke procedure voor het aanvragen van de toestemming ontbreekt. Daarmee is onduidelijk "hoe een aanvraag vormgegeven moet worden, wie de aanvraag namens de minister zal behandelen (dus aan wie de aanvraag gericht moet worden) en welke tijd gemoeid zal zijn met [618]de afhandeling van de aanvraag. Ook is in de wet niet geregeld welke informatie aan de minister verstrekt mag, dan wel moet worden."
Van Oploo et al wijzen op het feit dat de minister bij een verzoek om toestemming de geneesheer-directeur vraagt om een risicotaxatie. Een risicotaxatie ziet echter niet alleen op het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit (ernstig nadeel, het Wvggz-criterium), maar ook op allerlei andere factoren "zoals de criminele voorgeschiedenis, traumatisering en antisociaal gedrag in de jeugd." Ook vragen zij zich af wat de legitimatie is voor de rol van de minister.[619]
Mevis et al bekritiseren het feit dat uit de wetsgeschiedenis niet duidelijk wordt hoe en waaraan de minister gaat toetsen. Ook vragen zij zich af hoe de toestemmingseis zich verhoudt tot de rechtsgelijkheid en het uitgangspunt "dat het voor de zorg geen verschil maakt of iemand nu verdacht wordt van het plegen van een strafbaar feit, en daarvoor wel of niet voor veroordeeld wordt, of wanneer daar geen sprake van is." [620]
Ook vanuit het zorgveld is bezwaar gemaakt tegen de bemoeienis van de minister bij het beëindigen van machtiging, zo blijkt uit een brief van de Stichting PVP, de Nederlandse GGZ, V&VN, de NVvP en MIND van mei 2021.[621] In deze brief wordt gesteld dat art. 2.3 Wfz niet als een (verkapte) sanctie behoort te worden gebruikt, maar alleen moet worden aangewend voor verplichte zorg. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de geneesheer-directeur. Het vereiste van ministeriële toestemming leidt tot ongewenste vermenging van civiel recht en strafrecht en tot rechtsongelijkheid met patiënten waarbij de strafrechter niet betrokken was. In dezelfde brief wordt ook gewezen op de onveilige of onverantwoorde situaties die kunnen ontstaan, nu strafrechters de art. 2.3 Wfz zorgmachtiging lijken te gebruiken als vervanging van een strafrechtelijke sanctie of een forensische zorgtitel zoals het voormalige art. 37 Sr, waardoor betrokkenen niet altijd op de juiste plek terecht komen.
Voor alle duidelijkheid: toestemming van de Minister is alleen nodig bij beslissingen inzake tijdelijke

616 Ibidem, p. 128.

617 T.P. Widdershoven, Forensische zorg en GGZ: graag harmonisatie zonder integratie, *TvGR* 2015, 4, p. 232-239 (235).

618 Bakker en Arends, *JGGZR* 2020.

619 L. van Oploo, M. Prinsen & Th. Bakkum, De invoering van artikel 2.3 Wet forensische zorg, *NJB* 2020/2166.

620 Mevis, Klappe & Van der Wolf, *TvGR* 2019.

621 Brief van 25 mei 2021 van de Stichting PVP, de Nederlandse ggz, V&VNm de NVvP en MIND aan de vaste commissies voor VWS en JenV van de Tweede Kamer, kenmerk 246791/2021. Zie ook de brief van de NVvP, de Nederlandse ggz en de V&VN aan de ministers van Rechtsbescherming en VWS van 16 juli 2021, kenmerk EP/Iw/3685/21, waarin de kritiek wordt herhaald en een oplossingsrichting wordt geschetst (zie slot paragraaf 9.2.5). Op de brief van 25 mei 2021 heeft de minister voor Rechtsbescherming gereageerd bij brief van 29 oktober 2021, kenmerk 3540624.

onderbreking (voorheen: verlof) of voortijdige beëindiging van de zorgmachtiging als het een opname betreft. Bij ambulante zorgvormen is geen toestemming vereist. Evenmin is bedoelde toestemming vereist na verlenging van de zorgmachtiging door de civiele rechter.

Beveiligingsniveau bij uitvoering zorgmachtiging

Ten aanzien van de beveiliging worden vier niveaus onderscheiden. Niveau 1 betreft de reguliere geestelijke gezondheidszorg; niveau 2 de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA); niveau 3 de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en niveau 4 het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC; tbs-kliniek). Het onderscheid in beveiligingsniveau is geregeld in het Besluit forensische zorg.
De strafrechter is niet bevoegd een bepaalde accommodatie aan te wijzen waarin de machtiging ten uitvoer moet worden gelegd. In het kader van de Wvggz is deze beslissing aan de geneesheer-directeur (overigens speelt in de Wzd diens evenknie, de Wzd-functionaris, hierin geen rol). Wel heeft de Hoge Raad, zoals gezien, uitgemaakt dat de rechter in de (ambtshalve afgegeven) zorgmachtiging aandacht dient te besteden aan de vraag welke accommodatie geschikt is voor de betrokkene, gelet op zijn zorgbehoefte en de eventueel vereiste beveiliging. Door de Voorzitter van de Kenniskring TBS en zorgmachtiging is gepleit voor een plaatsingsloket voor de tenuitvoerlegging van zorgmachtigingen, zoals voorheen bestond voor beslissingen in het kader van art. 37 Sr. Dit zou "financiële en procedurele helderheid scheppen en de mogelijkheden van een succesvolle toepassing van deze zorgmachtigingen sterk vergroten."[622]
Art. 6:4 lid 3 resp. 4 Wvggz maken het mogelijk dat de rechter bepaalt dat de zorgmachtiging (opname) ten uitvoer wordt gelegd in een FPC (tijdelijk – dat wil zeggen maximaal acht weken – dan wel definitief). In dat geval, zo volgt uit lid 5 van art. 6:4 Wvggz, wordt de interne rechtspositie van betrokkene bepaald door de Wvggz, met dien verstande dat in de zorgmachtiging de beheersbevoegdheden als bedoeld in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) van overeenkomstige toepassing worden verklaard. Volgens Mevis et al wordt daarmee afgeweken van het systeem van de Wvggz, waarin de interne rechtspositie op maat wordt geregeld in de zorgmachtiging. De vraag is verder of voor deze zorgbehoevenden in een – dure en schaarse – FPC wel plaats is. De art. 37 Sr doelgroep kwam veelal terecht in een accommodatie met een lager beveiligingsniveau (FPA of FPK).[623] De vraag is verder of bij plaatsing in een FPC een zorgmachtiging nog wel aan de orde zou moeten zijn – een tbs-maatregel ligt dan meer voor de hand.
Bij plaatsing op een te laag beveiligingsniveau bestaat het risico van incidenten, met als gevolg de toepassing van extra dwangmaatregelen. In het onderzoek van Hornstra en Visser worden met betrekking tot de beveiliging als problemen genoemd: gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel, te hoge druk op de beschikbare bedden en te weinig mogelijkheden om snel op te schalen naar een hoger beveiligingsniveau. Daarbij ziet de reguliere ggz zich in toenemende mate geconfronteerd met bezuinigingen, personeelstekorten en beddenreductie.[624]
Meer in het algemeen rijst de vraag hoe te voorkomen dat de reguliere ggz wordt opgezadeld met patiënten die beveiliging en forensische expertise behoeven, waartoe de reguliere GGZ nu eenmaal

622 Brief van de voorzitter van de Kenniskring TBS en Zorgmachtiging aan de vaste Kamercommissies voor VWS en JenV van 23 juni 2021, kenmerk MdR/eo/002.

623 Mevis, Klappe & Van der Wolf, *TvGR* 2019.

624 E.S. Hornstra & A.J.E. Visscher, Schakelartikel 2.3 Wfz, wat staat de GGZ te wachten? *JGGZR* 2020 (2) 19.

niet is toegerust. De vraag is ook of rechters wel voldoende in staat zijn om deze inschatting naar behoren te maken. Hornstra en Visser wijzen verder op de in het veld bestaande vrees voor een toename van 'psychiatriseren' van strafrechtelijk verwijtbaar gedrag. Bestaat niet het risico dat het strafrechtelijke traject voortijdig wordt gestopt, omdat de zorgmachtiging als een uitweg wordt gezien (art. 2.3 Wfz als 'afschuifartikel')?[625]

Financiering

Het afgeven van een zorgmachtiging in het kader van art. 2.3 Wfz brengt niet mee dat de financiering ten laste komt van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Financiering vindt plaats door de zorgverzekeraar, net zoals bij een gewone zorgmachtiging. Van Oploo et al wijzen erop dat bij plaatsing op een FPA of een FPK de verzekeraar wel bereid moet zijn de kosten voor zijn rekening te nemen. Zij vrezen dat wanneer plaatsing op het gewenste beveiligingsniveau niet mogelijk is, de rechter zal overgaan tot het opleggen van een tbs-maatregel.[626] Opmerking verdient dat de zorgverzekering een lager tarief kent dan voorheen voor de op basis van art. 37 Sr verleende (forensische) zorg werd gehanteerd.[627]
Klappe, Mevis en Van der Wolf menen dat de reguliere GGZ de kosten van in elk geval de beveiliging zou moeten kunnen neerleggen bij Ministerie van Justitie en Veiligheid. "Misschien helpt het om, binnen het 'bestaande' systeem, (de uitvoering van) een art. 2.3 Wfz-machtiging verleend door de strafrechter (daardoor) toch ook als forensische zorg te beschouwen c.q. in elk geval voor de financiering alsnog als zodanig aan te merken; die machtiging, verleend via art. 2.3 Wfz, heeft en houdt (te) veel trekken van een onderdeel van de reactie op een strafbaar feit (...).[628]
Inmiddels wordt gewerkt aan het zogenoemde zorgprestatiemodel, dat vanaf 1 januari 2022 het nieuwe bekostigingsmodel voor de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg is.[629] Of daarmee de bekostigingsproblemen tot het verleden behoren, gaat het bestek van deze (juridische) evaluatie te buiten.

Hoger beroep

Tegen het afgeven van een zorgmachtiging kan geen hoger beroep worden ingesteld (alleen cassatie in het belang der wet). Tegen een eventueel tegelijkertijd opgelegd strafrechtelijke sanctie kan wel in hoger beroep worden opgekomen. Volgens Keurentjes maakt dit het proces in hoger beroep er niet gemakkelijker op. Hij heeft er verder op gewezen dat de strafrechter de zorgmachtiging ook in hoger beroep kan opleggen. Dat is opmerkelijk, nu in civilibus het hof die bevoegdheid niet heeft.[630]

---

625 Hornstra & Visscher, *JGGZR* 2020.

626 Van Oploo, Prinsen & Bakkum, *NJB* 2020.

627 Hornstra & Visscher, *JGGZR* 2020.

628 A.W.T. Klappe, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf, Het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter: overzicht en eerste indrukken van de praktijk betreffende art. 2:3 Wfz sedert 1 januari 2020, *DenD* 2020/43.

629 https://www.forensischezorg.nl/zorginkoop-financiering/inkoop-forensische-zorg/zorgprestatiemodel

630 R.B.M. Keurentjes, *De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, Handleiding voor de praktijk*, Sdu, Den Haag, 2019, p. 19-20.

Mevis, Klappe en Van der Wolf wijzen er in dit verband op dat in hoger beroep de afweging inzake zorg en straf niet altijd meer integraal kan plaatsvinden.[631]

Mogelijke effecten 2.3 Wfz

Reeds in 2012 hebben Nauta en Van Dijk een voorstudie verricht naar de mogelijke effecten van art. 2.3 Wfz. Zij noemen onder andere: toeleiding naar gedwongen zorg wordt verlegd van voorgerechtelijk naar strafrechtelijk kanaal; sepot en voorwaardelijke schorsing van de voorlopige hechtenis nemen af ten gunste van de door de strafrechter afgegeven zorgmachtiging; art. 2.3 Wfz leidt tot een ander type (agressievere) cliënten binnen de reguliere GGZ-instellingen.[632]
Ook Visscher et al vrezen een toename van het aantal geweldsincidenten in de geestelijke gezondheidszorg. Ook waarschuwen zij voor het "op onvoldoende gronden 'psychiatriseren' van strafbaar gedrag, met rechtsongelijkheid tot gevolg."[633]

Naar art. 2.3 Wfz als een forensische zorgtitel?

Van der Aa vraagt zich af of art. 2.3 Wfz in zijn huidige vorm niet strijdig is met de doelstellingen van de Wfz. "Alhoewel gesteld zou kunnen worden dat artikel 2.3 Wfz materieel gezien meer dan artikel 37 Sr (oud) een forensische zorgtitel is, geeft de strafrechter bij toepassing van artikel 2.3 Wfz nog steeds een civiele zorgmachtiging af die in principe ten uitvoer wordt gelegd in de reguliere GGZ. Nu artikel 37 Sr (oud) is vervallen, zou naar mijn mening gesteld kunnen worden dat de forensische zorgcapaciteit niet is uitgebreid, maar juist is ingeperkt door het beperkte aantal beschikbare beveiligde bedden in de reguliere GGZ. Daarnaast bestaat het risico dat artikel 2.3 Wfz ervoor zorgt dat 'te zware' patiënten in een te weinig beveiligde zorgsetting in de reguliere psychiatrie worden geplaatst, met alle mogelijke gevolgen van dien. (...) Het is naar mijn mening aan te bevelen te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om van artikel 2.3 Wfz een forensische zorgtitel te maken. Dit zodat de benodigde forensische zorg aan deze populatie kan worden geboden, het risico op recidive kan worden beperkt en wordt voorkomen dat niet uitvoerbare zorgmachtigingen door de strafrechter worden afgegeven als gevolg waarvan patiënten mogelijk zonder enige vorm zorg 'op straat' komen na afloop van de justitiële titel."
Ook Klappe, Mevis en Van der Wolf pleiten ervoor om de toepassing van art. 2.3 Wfz binnen het bereik van de forensische zorg te brengen. In hun ogen zou de strafrechter dan ook de bevoegdheid kunnen krijgen om te beslissen over de al of niet voortzetting van de verplichte zorg.[634]
Hondius pleit voor "meer differentiatie in het aanbod en de mogelijkheid van op- en afschalen van zorg en veiligheid (bijvoorbeeld via de zorg-veiligheidsmatrix). Gedacht zou verder kunnen worden aan een mogelijkheid van het uitbreiden van transforensische kliniieken (...). Die klinieken zitten qua

631 Mevis, Klappe & Van der Wolf, *TvGR* 2019. Zie in dit verband ook Dijkers, *JGGZR* 2019.

632 O. Nauta & B. van Dijk, *Voorstudie effectevaluatie artikel 2.3 Wet forensische zorg, Eindrapport*, WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie 2012; https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/1896/2028-volledige-tekst_tcm28-71767.pdf?sequence=2&isAllowed=y, geraadpleegd 21 augustus 2021.

633 A. Visscher, E. Tonkens & A. Braam, Reflecties op 'instellingsfeiten', *NJB* 2019/1996.

634 Klappe, Mevis & Van der Wolf, *DenD* 2020/43.

zorgveiligheid tussen de forensische en reguliere ggz in en bieden maatwerk, onafhankelijk van de juridische titel."[635]

Naar een aanvullende strafrechtelijke maatregel naast art. 2.3 Wfz?

Van Oploo et al bepleiten een andere oplossing. Zij vinden dat art. 2.3 Wfz, naast een verrijking, ook een verschraling van de afdoeningsmogelijkheden impliceert. "Als de civielrechtelijke weg niet haalbaar is, lijkt, althans in meerdere gevallen, slechts te kunnen worden doorgeschakeld naar een tbs met bevel tot verpleging." Zij pleiten voor een aanvullende maatregel, naast art. 2.3 Wfz: "een (strafrechtelijke) maatregel met een breder bereik dan alleen de ontoerekeningsvatbaren, waarbij toezicht op de tenuitvoerlegging wettelijk is vastgelegd en waarbij de duur van de maatregel één jaar betreft, met de mogelijkheid om te verlengen naar twee jaren."[636]
Een variant wordt bepleit door de Nederlandse GGZ, de NVvP en de V&VN.[637] Zij stellen voor om aan art. 2.3 Wfz een strafrechtelijke zorgmachtiging als mogelijkheid toe te voegen. Bij de toepassing van art. 2.3 Wfz heeft de strafrechter dan de keuze tussen een reguliere en een strafrechtelijke zorgmachtiging. In het voortraject dient dan te worden beoordeeld of de focus moet liggen op herstel van de betrokkene (behandeling) of op bescherming van de maatschappij (delictpreventie). In het laatste geval is een strafrechtelijke zorgmachtiging aangewezen, die dan binnen het domein van de forensische zorg ten uitvoer wordt gelegd. Delictpreventie vraagt immers om specifieke expertise die alleen binnen de forensische psychiatrie aanwezig is, niet binnen de reguliere psychiatrie. Eventueel kan de strafrechtelijke zorgmachtiging gevolgd worden door een reguliere zorgmachtiging.

9.2.6 Nadere beschouwing

De zorgmachtiging (Wvggz) respectievelijk de machtiging tot opname (Wzd) die op grond van art. 2.3 WFZ kunnen worden afgegeven, betreffen geheel nieuwe maatregelen in de gereedschapskist van de strafrechter. Hij verlaat het strafrecht en betreedt een voor hem relatief onbekend terrein, dat van de Wvggz en de Wzd. Daarbij is voorts van belang dat art. 2.3 Wfz aanzienlijk afwijkt van zijn voorganger, art. 37 Sr (last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis). Dat in de beginfase, waarop deze evaluatie betrekking heeft, gewenning een belangrijke rol speelt, hoeft dan ook geen verbazing te wekken. Beleidsmatig dient op de nieuwe situatie te worden ingespeeld. Ook in de jurisprudentie dient ten aanzien van een aantal kwesties klaarheid te worden geboden. Dat is met name gebeurd ten aanzien van de mogelijkheid om ambtshalve een zorg- respectievelijk opnamemachtiging af te geven.
Wat als 'kinderziektes' moet worden geduid, die, doordat partijen beter 'ingespeeld' raken, mettertijd overgaan, wat als ongewenste effecten moet worden gezien die door wettelijke c.q. beleidsmatige aanpassing dan wel via de jurisprudentie relatief snel tot een oplossing kunnen worden gebracht, en wat zich als meer structurele problemen aandient, is niet steeds eenvoudig uit maken. Wel is er brede overeenstemming over het doel van art. 2.3 Wfz, namelijk een betere aansluiting van de forensische

635 A.J.K. Hondius, Verplichte zorg, tbs of gevang en de rol van de officier van justitie, *Jggzr* 2021 (1) 11.

636 Van Oploo, Prinsen & Bakkum, *NJB* 2020/2166.

637 Brief van 16 juli 2021 van de NVvP, de Nederlandse ggz en de V&VN aan de ministers van Rechtsbescherming en VWS, kenmerk EP/lw/3685/21.

zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg en een soepeler overgang van het ene naar het andere domein. De vraag is dan of art. 2.3 Wfz aan deze doelstelling op de juiste wijze vormgeeft.
In het oog springt daarbij de duur van de machtiging (een half jaar), waarna de betrokkene uit het zicht van het strafrecht raakt. Tijdelijke onderbreking (verlof) of tussentijdse beëindiging behoeft de tussenkomst van de minister van Justitie en Veiligheid. Vanuit het perspectief van de reguliere ggz is dit een fremdkörper, want zij is gericht op behandeling en begeleiding, niet op beveiliging. Vanuit strafrechtelijk perspectief is de mogelijke bemoeienis beperkt tot een half jaar, want bij en na verlengingsbeslissingen is de minister niet langer in beeld. De vraag is dan welke rol beveiligingsoverwegingen bij de keuze voor een art. 2.3 Wfz-machtiging (mogen) spelen en welke – al dan niet impliciete – verwachtingen er op dit punt bestaan ten aanzien van de reguliere zorg.
Dat beveiligingsoverwegingen een rol kunnen spelen blijkt al uit het feit dat de rechter kan besluiten de machtiging ten uitvoer te leggen op een FPA of een FPK. De financiering dient in de pas te lopen met het beveiligingsniveau. Inmiddels is een nieuw bekostigingssysteem voor de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg in ontwikkeling, dat op 1 januari 2022 zijn beslag zou moeten krijgen.
Het was de bedoeling dat de art. 2.3 Wfz machtiging een zuivere civiele Wvggz- c.q. Wzd-machtiging zou zijn. Intussen blijkt in de toepassingspraktijk dat zo nu en dan strafrechtelijke elementen de machtigingsprocedure binnensluipen. De machtigingsprocedure krijgt daarmee een strafrechtelijke inkleuring. De vraag is intussen of dat in alle gevallen bezwaarlijk is en of langs de weg van de jurisprudentie deze ontwikkeling niet voldoende kan worden bijgestuurd.
In de jurisprudentie heeft met name de vraag centraal gestaan naar de gang van zaken rond de ambtshalve afgifte van de machtiging, in het bijzonder wanneer de officier van justitie en de geneesheer-directeur geen aanleiding zien de procedure in gang te zetten. De strafrechter blijft dan van de benodigde informatie verstoken. De ambtshalve-mogelijkheid zou daarmee betekenisloos worden. Inmiddels heeft de Hoge Raad duidelijk gemaakt dat de officier op verzoek van de rechter een zorgmachtiging dient voor te bereiden en de vereiste documenten aan de strafrechter te verstrekken. Toch verdient deze figuur nadere aandacht. Binnen het perspectief van de Wvggz en de Wzd past zo'n actieve, niet-lijdelijke rechter niet goed.
Binnen het kader van de Wvggz en de Wzd past ook niet goed dat de zitting in het kader van een door art. 2.3 Wfz ingegeven zorgmachtiging in beginsel openbaar is. Voor de geneesheer-directeur staat deze openbaarheid op gespannen voet met zijn beroepsgeheim. Ook aldus wordt de machtigingsprocedure strafrechtelijk ingekleurd. Het is ook de vraag of het feit dat de machtigingsprocedure gekoppeld is aan een strafprocedure inderdaad openbaarheid vereist. Relevant daarbij is of de afgifte van de machtiging op zichzelf als een strafrechtelijke beslissing moet worden gezien dan wel als een civiel besluit.
In de literatuur is de vraag opgeworpen of art. 2.3 Wfz niet zijn doel voorbijstreeft. In plaats van het verkleinen van het 'gat' tussen geestelijke gezondheidszorg en tbs is gesteld dat dit alleen maar groter is geworden. Voorgesteld is om van art. 2.3 Wfz een forensische titel te maken, zodat de strafrechter ook over voortzetting ervan beslist. Daarmee zou echter het kind met het badwater worden weggegooid: het schot tussen geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg blijft daarmee bestaan. Voorgesteld is verder om aanvullende regelingen te treffen als een civielrechtelijke machtiging niet haalbaar is, maar tbs een te zware maatregel zou zijn. Dat zou een terugkeer kunnen zijn naar de oude last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, maar ook andere varianten zijn denkbaar.

9.3 Hoofdstuk 9 Wvggz en hoofdstuk 3A Wzd

9.3.1 Inhoud

Hoofdstuk 9 Wvggz en hoofdstuk 3A Wzd regelen de rechtspositie van personen met een strafrechtelijke titel die in een accommodatie worden geplaatst. Daarbij kunnen twee groepen worden onderscheiden, zo blijkt uit art. 9:1 Wvggz. Enerzijds kan het gaan om personen aan wie de rechter tbs met verpleging van overheidswege dan wel plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (de zogenoemde Pij-maatregel) heeft opgelegd (eerste lid). Anderzijds kan het gaan om personen die met hun instemming in een accommodatie verblijven (tweede lid).
Voor de eerste groep ligt de grondslag voor vrijheidsbeneming in de strafrechtelijke titel – een zorgmachtiging is niet nodig. De wettelijke constructie is aldus dat de betrokkene wordt aangemerkt als persoon aan wie op grond van een zorgmachtiging verplichte zorg die strekt tot opname in een accommodatie, wordt verleend. Art. 9:2 Wvggz bevat voor deze eerste groep (aanvullend op de strafrechtelijke wetgeving) een regeling inzake verlof, ontslag en overplaatsing: de geneesheer-directeur verzoekt de minister van Justitie daartoe, indien hij van oordeel is dat aan de criteria voor verlof of ontslag is voldaan (het betreft hier de externe rechtspositie van de betrokkene). In art. 9:3 tot en met 9:10 Wvggz is een algemene regeling inzake behandeling en beheer opgenomen, die deels is ontleend aan de Wet Bopz. Met deze algemene regeling voor de interne rechtspositie wordt afgeweken van het uitgangspunt van de Wvggz dat de rechtspositie individueel wordt bepaald door de zorgmachtiging.[638] Art. 9:11 regelt de vaststelling van de identiteit van de betrokkene.

Hoofdstuk 3A Wzd kent vier artikelen. In art. 49 Wzd is een vergelijkbare regeling getroffen als in het eerste lid van art. 9:1 Wvggz. Art. 50 Wzd loopt parallel met art. 9:2 Wvggz. Art. 51 regelt de vaststelling van de identiteit van de betrokkene en loopt daarmee parallel aan art. 9:11 Wvggz. Art. 51a, dat beperking van het recht op bezoek, bewegingsvrijheid en gebruik van communicatiemiddelen mogelijk maakt, is vergelijkbaar met art. 9:9 Wvggz. De regeling is geënt op art. 40 Wet Bopz. Het gaat hier niet om onvrijwillige zorg waarvoor het stappenplan moet worden gevolgd, en evenmin om onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie als bedoeld in art. 15 Wzd. De beslissing is in handen van de zorgverantwoordelijke.

9.3.2 Vraag- en discussiepunten

Hoofdstuk 9 oogt rommelig en is mede daardoor, maar ook door de vele herhalingen (aanwijzen zorgverantwoordelijke en opstellen zorgplan, art. 9:3 en 9:4 Wvggz), verwijzingen (zie de genoemde artt. 9:3 en 9:4 Wvggz, maar bijvoorbeeld ook art. 9:10 Wvggz, met onder meer het in bepaalde gevallen toepasselijk verklaren van de klachtenprocedure en de bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon) en breuken met de Wvggz-systematiek, ingewikkeld en moeilijk toegankelijk.
Verwarrend is voorts dat het hoofdstuk twee geheel verschillende groepen personen betreft. De eerste groep verblijft op basis van een plaatsingsbeschikking van de minister van JenV in de ggz-instelling, derhalve op grond van een strafrechtelijke titel, de tweede groep verblijft in de

638 Tweede Nota van wijziging Wvggz, p. 191-194; derde Nota van wijziging Wvggz, *Kamerstukken II* 2009/10, 32398, nr. 27, p. 7.

accommodatie op basis van hun instemming (al kan onder omstandigheden voor hen een zorgmachtiging voor dwangbehandeling worden aangevraagd).
De regeling van het hoofdstuk sluit ook niet goed aan bij de Wvggz als geheel. Zo wordt ten aanzien van de personen bedoeld in art. 9:1 lid 1 Wvggz voorzien in een algemene regeling van de rechtspositie, terwijl het uitgangspunt van de Wvggz is dat iemands rechtspositie individueel wordt bepaald door de zorgmachtiging. Daarbij is ook regelmatig teruggegrepen op de voormalige BOPZ-regeling. Zo zijn de art. 9:5 t/m 9:7 Wvggz, op grond waarvan dwangbehandeling mogelijk is, geënt op de regeling van art. 38b t/m 38 d Wet BOPZ, is art. 9:8 Wvggz inzake tijdelijk verplichte zorg vergelijkbaar met de regeling van de toepassing van middelen en maatregelen van art. 39 Wet BOPZ en is art. 9:9 Wvggz, waarin de beperkingen inzake het ontvangen van bezoek, de bewegingsvrijheid en het gebruik van communicatiemiddelen zijn geregeld, in belangrijke mate ontleend aan art. 40 Wet BOPZ.
Opmerkelijk is voorts dat de bemoeienis van de minister van Justitie en veiligheid inzake verlof en ontslag[639] als bedoeld in art. 9:2 Wvggz zich ook uitstrekt tot forensische patiënten die vrijwillig zijn opgenomen in een accommodatie. Ook in de Wzd is dat het geval. De ministeriële bemoeienis is niet te rijmen met de vrijwilligheid van de opname. Het leidt er ook toe dat bij verlof en ontslag geen terugrapportage aan de reclassering plaatsvindt.
Ten aanzien van art. 9:11 Wvggz (en art. 51 Wzd) heeft Keurentjes opgemerkt dat onduidelijk is wie de daarin vastgelegde handelingen (vaststelling identiteit) moet verrichten en onder wiens verantwoordelijkheid zijn moeten worden uitgevoerd.[640] Ten aanzien van de maatregelen als bedoeld in art. 51a Wzd hebben Frederiks en Steen erop gewezen dat het onduidelijk is of het klachtrecht hierop van toepassing is.
Meer principieel neemt Widdershoven stelling. Strafrechtelijk gedetineerden mogen (uiteraard) niet verstoken blijven van GGZ zorg, maar die dient zijns inziens bij voorkeur in een justitiële setting plaats te vinden. Hij waarschuwt tegen het verder vermengd raken van beide sectoren. “Het betrekken van de klinische GGZ-voorzieningen bij de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke detenties heeft betekenis voor de beeldvorming over die zorg en daarmee ook voor de laagdrempeligheid van die zorg.” Wezenlijk acht hij de grondslag van vrijheidsbeneming, “waarbij principieel is te onderscheiden tussen interventies die een directe reactie zijn op strafbaar gesteld gedrag (en op het strafbaar gesteld zijn van dat gedrag, en interventies waarbij dat niet zo is. Naast zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak is tevens die bij uitstek meer sociale (maatschappelijke) dimensie van de grondslag nadrukkelijk relevant te achten.” Hij wijst op het zijns inziens wezenlijke onderscheid tussen strafrechtelijke en niet-strafrechtelijke detenties: “anders dan bij strafrechtelijk optreden is aan de rechtvaardiging van de GGZ-machtiging inherent dat algemene beperkingen zoveel mogelijk worden vermeden: het ultimum remedium-karakter en de eis van subsidiariteit brengen mee dat beperkingen in beginsel een specifieke, op de casus gerichte fundering behoeven.”[641]

---

639 Terzijde: ook deze terminologie is ontleend aan de Wet Bopz; elders in de Wvggz wordt gesproken van tijdelijke onderbreking en beëindiging van de zorgmachtiging.

640 Keurentjes, 2019, p. 113 e.v.

641 Widdershoven, *TvGR* 2015. Zie van dezelfde auteur ook: De Wet verplichte ggz: over oud en nieuw bij dwangpsychiatrie, *TvGR* 2019, 5, p. 322-336.

10

Conclusies en aanbevelingen

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk brengen wij de resultaten van de drie uitgevoerde deelonderzoeken (juridisch, kwantitatief, kwalitatief) samen en formuleren wij op basis daarvan conclusies en aanbevelingen. In dit hoofdstuk zijn ook gegevens en ervaringen verwerkt die naar voren kwamen tijdens een op 12 november 2021 gehouden raadpleging van de veldpartijen.

In de eerste plaats besteden wij aandacht aan een aantal algemene thema's, die in relatie tot zowel de Wvggz als de Wzd van belang zijn (par. 10.2). Vervolgens gaan wij nader in op specifieke onderwerpen met betrekking tot de Wvggz (par. 10.3), de Wzd (par. 10.4), de samenhang en afstemming tussen de Wvggz en de Wzd (par. 10.5) en de relatie met de Wfz (par. 10.6). Wij sluiten af met enkele algemene conclusies (par. 10.7).

10.1.1 Onderzoeksvragen en het onderscheid tussen fase 1 en fase 2

In deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

a) *Hoe verloopt de implementatie van de Wvggz en de Wzd en hoe staat het met de uitvoerbaarheid van beide wetten in de praktijk?*
b) *Hoe pakt de relatie uit tussen de Wvggz en de Wzd en tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en andere wetgeving anderzijds?*
c) *Bewegen de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen?*
d) *Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van (eventuele) wetswijzigingen, implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd in de praktijk, teneinde de doeltreffendheid van beide wetten te vergroten?*

In hoofdstuk 1 van dit rapport is beschreven dat in het najaar van 2020 is besloten het evaluatieonderzoek te faseren. In de eerste fase van het onderzoek, waarop dit rapport betrekking heeft, staan de implementatie en de uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd centraal. In fase 2, die medio 2022 zal worden afgerond, gaat het vooral om de doeltreffendheid en (neven)effecten van beide wetten.

Kwantitatieve gegevens over de mate waarin verplichte en onvrijwillige zorg worden toegepast zijn landelijk pas op zijn vroegst begin 2022 beschikbaar komen. Daardoor waren ten tijde van het afronden van dit rapport nog niet over alle kernaspecten van beide wetten kwantitatieve gegevens beschikbaar. Daarnaast moet het strikte onderscheid tussen implementatie/uitvoerbaarheid en doeltreffendheid/neveneffecten worden gerelativeerd, omdat tussen beide invalshoeken allerlei relaties bestaan. Zo laat het onderzoek verschillende voorbeelden zien van onderdelen van de wetgeving die niet of moeilijk uitvoerbaar zijn, en daardoor ook niet, of minder goed dan beoogd, kunnen bijdragen aan de doeltreffendheid van de wetgeving. Het onderscheid tussen beide fasen van het onderzoek kan dan ook beter als volgt worden getypeerd:

— in fase 1 is een brede inventarisatie gemaakt van ervaringen en knelpunten met betrekking tot de Wvggz en de Wzd;
— in fase 2 wordt naar een selectie van thema's nader onderzoek verricht. Het accent ligt daarbij op thema's in relatie tot de doelstellingen van beide wetten; in fase 2 vindt ook een onderzoek naar de (uitvoerings)kosten van de Wvggz plaats.[642]

Deze verdeling sluit aan bij de door veel partijen geuite wens om eind 2021 te kunnen beschikken over een brede analyse van de werking van de Wvggz en de Wzd, op basis waarvan het in fase 2 mogelijk is de belangrijkste knelpunten verder te verdiepen in relatie tot de doelstellingen en (eerste) effecten van beide wetten.

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen geformuleerd op basis van de uitgevoerde deelonderzoeken (juridisch, kwantitatief, kwalitatief). Bij elke aanbeveling wordt aangegeven tot wie deze zich richt. Aan het slot van dit hoofdstuk worden in relatie tot de hiervoor genoemde onderzoeksvragen enkele voorlopige conclusies getrokken. Definitieve conclusies volgen in het rapport over fase 2 van deze wetsevaluatie.

Opzet fase 2 van de evaluatie

Onderdeel 1 Kostenonderzoek Wvggz

Onderdeel 2 Kwantitatieve analyse toepassing verplichte en onvrijwillige zorg

Onderdeel 3 Nadere analyse (juridisch, kwantitatief, kwalitatief) van de volgende thema's:

Mbt Wvggz en Wzd:

— Verschillen (in rechtsbescherming) tussen beide wetten;
— Toezicht op de naleving van beide wetten

642 Met een focus op veelgebruikte en/of tijdsintensieve Wvggz-procedures. De NZa publiceerde in 2021 reeds een onderzoek naar de kosten van de Wzd.

Mbt de Wvggz:

- Terugdringen dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante verplichte zorg);
- Meer rekening houden met wensen en voorkeuren patiënt;
- Versterken rechtsbescherming patiënt (zorgmachtiging, mede in relatie tot ambulante verplichte zorg)
- De rol van de gemeente (verkennend onderzoek; wederkerigheidsprincipe);

Mbt de Wzd:

- Terugdringen dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg);
- Versterken rechtsbescherming patiënt (stappenplan, mede in relatie tot ambulante onvrijwillige zorg);
- De positie van cliënten die zich niet verzetten;
- Functionarissen in de Wzd (zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris)

Onderdeel 4 Definitieve conclusies en aanbevelingen

10.1.2 Het karakter van deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd

In de subsidie-oproep van ZonMw uit mei 2020 werd over het karakter van deze eerste evaluatie van Wvggz en Wzd het volgende opgemerkt: “Gezien het feit dat deze eerste evaluatie van de beide wetten reeds binnen twee jaar na de inwerkingtreding plaatsvindt, gaat het bij deze evaluatie in de kern om de vraag of de resultaten zich in de beoogde richting van de nagestreefde doelen bewegen en hoe de implementatie en uitvoerbaarheid van de wetten in de praktijk verloopt. Deze evaluatie na twee jaar zal als ijkpunt dienen waaraan de realisatie van de wetsdoelen bij volgende evaluaties verder kunnen worden getoetst”.
Bij eerste evaluaties van andere complexe wetten is de vraag gesteld of een zo vroege evaluatie wel zin heeft. Ervan uitgaande dat een goede implementatie vaak veel tijd vraagt, bestaat het risico dat een (te) vroege evaluatie vooral kinderziekten en overgangsperikelen meet en geen werkelijke, bestendige effecten. Aan de andere kant kan een vroege evaluatie een goed middel zijn om eerste effecten te meten, zodat actuele knelpunten kunnen worden opgespoord en naar aanleiding van de evaluatie kan worden getracht deze te verhelpen. Deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd heeft vooral dat karakter. In het algemeen betekent dit dat terughoudendheid is geboden bij het formuleren van conclusies en aanbevelingen die wezenlijke onderdelen van de wet betreffen; het kan immers verstandiger zijn meer tijd te nemen om te zien hoe bepaalde zaken zich ontwikkelen. Dat geldt in beginsel ook voor deze evaluatie, maar wel met één belangrijke kanttekening. Voorafgaand aan de inwerkingtreding van beide wetten was al sprake van een zeer omvangrijke discussie tussen de diverse stakeholders over mogelijke knelpunten bij de uitvoering van deze wetten. Deze discussie is in de jaren 2020 en 2021 bepaald niet geluwd. Op punten waar de onderzoeksresultaten aansluiten bij de in deze discussie aangekaarte kwesties is in dit hoofdstuk meer ruimte genomen voor het formuleren van conclusies en aanbevelingen dan in het kader van een vroege evaluatie gebruikelijk is.

10.2 Algemene thema's

Het onderzoek levert een aantal thema's op die niet specifiek betrekking hebben op een van beide wetten, maar die wel van belang zijn voor een goed begrip van de ontwikkelingen en ervaringen die in dit evaluatieonderzoek naar voren zijn gekomen. In deze paragraaf bespreken wij een aantal van deze algemene thema's. Deze thema's zijn niet alleen bedoeld om relevante context te schetsen, maar geven soms ook aanleiding tot het formuleren van een aanbeveling.

10.2.1 De wijze van totstandkoming van beide wetten

Aan de inwerkingtreding van zowel de Wvggz als de Wzd is een lang voorbereidingstraject vooraf gegaan. In deze periode zijn beide wetsvoorstellen enkele malen (ingrijpend) aangepast. In vergelijking met de wetsvoorstellen zoals die indertijd bij de Tweede Kamer zijn ingediend zijn de thans van kracht zijnde wetten veel gedetailleerder en daarvoor veel complexer geworden. Een van de respondenten merkte over dit traject op: "iedereen mocht meepraten, de wet is overvol". Op tal van momenten hebben partijen uit het veld zich geroerd, en zijn door hen gedane suggesties in de Wvggz of de Wzd opgenomen. Ook hebben de betrokken ministeries een groot aantal aanpassingen doorgevoerd. Nu is het aanpassen van wetsvoorstellen tijdens de parlementaire behandeling van wetsvoorstellen uiteraard niet ongebruikelijk, maar de aanpassingen aan Wvggz en Wzd zijn wel zeer omvangrijk. Het nadeel van een dergelijke gang van zaken kan zijn dat de oorspronkelijke systematiek van een wetsvoorstel onder druk komt te staan en dat niet altijd bewaakt kan worden of alle aanpassingen zich wel verdragen met eerder geformuleerde uitgangspunten en doelstellingen van de wetgeving. Het onderzoek wijst uit dat met betrekking tot beide wetten van een dergelijke ontwikkeling sprake is geweest.
In dat kader heeft een rol gespeeld dat bij de totstandkoming van beide wetten twee ministeries betrokken waren en dat sprake was van discontinuïteit met betrekking tot de parlementaire behandeling: de Wzd werd eerder bij de Tweede Kamer ingediend dan de Wvggz. Dit heeft de samenhang tussen beide regelingen niet altijd bevorderd.

10.2.2 Proces van implementatie: veelheid aan ontwikkelingen en activiteiten

De implementatie van Wvggz en Wzd ondervindt de gevolgen van het zojuist beschreven totstandkomingsproces. Dat proces had bovendien een dubbel gezicht: enerzijds werden door partijen voortdurend thema's benoemd die in de wet zouden moeten worden opgenomen, anderzijds werden in de loop van de tijd steeds meer vraagtekens geplaatst bij de uitvoerbaarheid van beide wetten, mede vanwege de vrees voor zeer aanzienlijke administratieve lasten. Er was zowel in de jaren voor de formele inwerkingtreding als in de twee jaren daarna sprake van een omvangrijke stroom van activiteiten, waarmee werd beoogd de implementatie en uitvoerbaarheid te bevorderen:

- de ontwikkelingen van een zeer groot aantal ondersteunende en verhelderende producten (bijeengebracht op de website www.dwangindezorg.nl);
- het opstellen en invoeren van twee vrij omvangrijke reparatiewetten;

— activiteiten ter bevordering van de implementatie en uitvoerbaarheid van beide wetten, alsook het monitoren van de uitvoering van beide wetten. Voor de Wvggz gebeurt dit door het Ketencoördinatieteam (KCT), terwijl voor de Wzd onder andere organisaties als Vilans en PwC hier een rol in hebben.

Dit implementatietraject was eind 2021 bepaald nog niet afgerond. Dat deze veelheid aan activiteiten nodig was en is, onderstreept dat de Wvggz en de Wzd bijzonder complexe wetten zijn, die lastig te implementeren en toe te passen zijn. Daar laat het onderzoek tal van voorbeelden van zien. Waar het in het algemeen al de nodige tijd en energie vraagt om complexe wettelijke regelingen goed te implementeren, is dat bij de Wvggz en de Wzd nog in veel sterkere mate het geval. Daarbij moet worden opgemerkt dat de beschikbare ondersteunende producten lang niet altijd in het veld bekend zijn. Dit geldt bijvoorbeeld met betrekking tot de Handreiking eigen plan van aanpak, maar ook voor tal van andere producten die op de hiervoor genoemde website te vinden zijn. Het is belangrijk om met betrekking tot dergelijke producten te voorzien in een adequaat mechanisme om deze onder de relevante betrokkenen bekend te maken. Zie ook hierna par. 10.2.4.
Een goede implementatie van beide wetten vergt naar verwachting nog vele jaren. Een belangrijke vraag is: is wetgeving die zoveel ‘begeleiding’ noodzakelijk maakt wel goede wetgeving? Bezien vanuit de optiek van ‘kwaliteit van wetgeving’ roepen de Wvggz en de Wzd veel vragen op.

10.2.3 Belemmerende omstandigheden in de periode 2020-2021

Naast de zojuist al geschetste complexe implementatiesituatie brak kort na de formele inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd de corona-pandemie uit. De gevolgen van deze pandemie waren in beide sectoren duidelijk merkbaar. In het voorjaar van 2020 werd in het bijzonder de verpleeghuissector door de corona-pandemie sterk getroffen. Was al besloten dat 2020 voor de Wzd-sector een overgangsjaar zou zijn, waarin het veld stap voor stap deze wet zou kunnen gaan toepassen, door de corona-pandemie kwam de implementatie op een laag pitje te staan. In maart 2020 kreeg de sector te horen dat van de regels van de Wzd mocht worden afgeweken, als de omstandigheden dat nodig maakten. Op www.dwangindezorg.nl werd een speciale pagina aangemaakt met informatie over de coronacrisis in relatie tot de Wzd. Door deze ontwikkelingen is in de PG, en in mindere mate in de VG, de implementatie van de Wzd aanzienlijk vertraagd. Die vertraging was eind 2021 nog niet ingelopen.

10.2.4 Gebrek aan kennis onder uitvoerders

De ingewikkeldheid van beide wetten heeft tal van implicaties, onder meer waar het gaat om de kennis over de wetgeving bij de mensen die de Wvggz en de Wzd moeten uitvoeren. Bij die uitvoering is een groot aantal organisaties en functionarissen betrokken. In het kader van deze evaluatie is geen onderzoek gedaan naar het kennisniveau van betrokkenen over beide wetten, maar uit de gehouden interviews en groepsgesprekken is wel duidelijk geworden dat in de praktijk nog tal van kennislacunes bestaan, zowel waar het gaat om de Wvggz als de Wzd. Betrokkenen zijn lang niet altijd op de hoogte van de inhoud van de wet of denken soms dat de wet van toepassing is terwijl dat niet het geval is (en omgekeerd). Op zich is dit niet verwonderlijk. Het is uit eerdere wetsevaluaties algemeen bekend dat het geruime tijd kan duren voor alle uitvoerders de inhoud van wetgeving goed onder de knie hebben.

Bij de Wvggz en de Wzd is dat, in het licht van de eerder genoemde ontwikkelingen en omstandigheden, zeer zeker het geval. Gebrek aan kennis over de wetgeving kan in de uitvoeringspraktijk tot fouten leiden, en een goede implementatie van de wetgeving belemmeren. In het Wzd-domein vraagt dit extra aandacht, omdat bepaalde Wzd-functies worden uitgeoefend door lager opgeleid personeel dan in het Wvggz-domein het geval is.

Aanbeveling 1: Intensiveer de voorlichting aan en de scholing over de Wvggz en de Wzd onder de personen die bij de toepassing van deze wetten betrokken zijn (overheid i.s.m. de veldpartijen).

10.2.5 Ontbrekende randvoorwaarden

Een goede implementatie van wetgeving vereist vaak buiten de wet gelegen randvoorwaarden. Ontbreken een of meer van die randvoorwaarden, dan kunnen niet alleen de uitvoerbaarheid en implementatie van de wetgeving maar ook de kwaliteit van de geleverde zorg ernstig onder druk komen te staan. Daarbij gaat het niet alleen om het zojuist besproken belang van voldoende kennis onder de uitvoerders van de wet, maar ook om voldoende financiering en de beschikbaarheid van capaciteit, zowel waar het gaat om plaatsen en bedden als om personeel. Ook hier geldt dat de mate van aanwezigheid van deze randvoorwaarden niet als zodanig onderwerp van dit onderzoek was, maar dat het onderzoek tal van indicaties oplevert voor het (nog) ontbreken van noodzakelijke randvoorwaarden. Te denken valt aan het tekort aan crisisbedden in het Wzd-domein, het ontbreken van beveiligde bedden/plaatsen in beide sectoren (in relatie tot plaatsingen op grond van art. 2.3 Wfz), allerlei geschillen over de beschikbaarheid of de hoogte van financiering, personeelstekorten e.d. Bezien vanuit de optiek van benodigde randvoorwaarden was het veld begin 2020 bepaald nog niet klaar voor de inwerkingtreding van Wvggz en Wzd. Eind 2021 zijn nog lang niet alle knelpunten op dat gebied opgelost. Ook met betrekking tot specifieke onderdelen van beide wetten blijkt de situatie nog verre van optimaal te zijn. Een voorbeeld is het wederkerigheidsprincipe van art. 2:1 lid 4 Wvggz (de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van de betrokkene aan het maatschappelijke leven te bevorderen). Naast onduidelijkheid over de precieze strekking van deze wetsbepaling, wordt met name uit de hoek van de gemeenten gerapporteerd dat lang niet altijd voldoende middelen en voorzieningen beschikbaar zijn.

Aanbeveling 2: Laat gericht onderzoek doen naar de discrepantie tussen de wettelijke eisen en de beschikbaarheid van daarvoor benodigde middelen en voorzieningen (personeel, financieel, beddencapaciteit) (overheid).

10.2.6 Administratieve belasting

Alle betrokkenen ervaren door de komst van de Wvggz en de Wzd een sterke toename van administratieve lasten. In vergelijking met de Wet Bopz hebben de Wvggz en de Wzd geleid, zo is de ervaring, tot een sterke toename van papierwerk. Het nut daarvan is voor veel betrokkenen lang niet altijd duidelijk. Aan het ervaren ‘papierwerk’ wordt ook in sterke mate bijgedragen door de talrijke momenten waarop met name in de Wvggz, en in iets mindere mate in de Wzd, gegevensuitwisseling tussen bepaalde partijen of functionarissen noodzakelijk is. Daar komt vaak dan ook een aspect van

‘ontbrekende randvoorwaarden’ bij kijken: benodigde gegevens zijn niet beschikbaar, kunnen niet tijdig worden aangeleverd, ICT-systemen kunnen niet worden gekoppeld etc. Al met al is op dit terrein sprake van aanzienlijke uitvoeringsproblematiek. Praktische ‘workarounds’ bieden soms uitkomst, maar zijn vaak niet meer dan een lapmiddel, als ze al niet (formeel gezien) in strijd zijn met de wet. Niet zelden melden respondenten: de wet is niet uitvoerbaar, dus moet worden gezocht naar praktische oplossingen: “als het niet volgens de letter kan, dan maar volgens de geest”.

Een breed gedeelde mening is dat beide wetten tot een zeer sterke stijging van de regeldruk hebben geleid, dat het accent te veel op formele vereisten en op ‘vastleggen en verantwoorden’ wordt gelegd en dat het belang van vertrouwen en van cliëntcontacten voor het bereiken van bepaalde doelstelling wordt onderschat. De doelstellingen van beide wetten worden breed onderschreven, maar veel respondenten zijn van mening dat het bereiken van die doelstellingen door de opzet van de wetgeving vaker wordt gehinderd dan bevorderd.

Een oplossing voor de hieruit voortvloeiende uitvoeringsproblematiek is niet eenvoudig te vinden, nu beide wetten, en met name ook de Wvggz, op tal van plaatsen gedetailleerde verplichtingen bevatten die bijdragen aan administratieve belasting. De afzonderlijke verplichtingen zijn lang niet altijd onzinnig, maar het geheel ervan leidt tot werkdruk die de vraag doet rijzen of er nog sprake is van een reële verhouding tussen kosten en baten. Het is belangrijk om beide wetten vanuit deze specifieke optiek goed te screenen, door telkens de vraag te stellen: is deze administratieve verplichting noodzakelijk en proportioneel?

Aanbeveling 3: Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de Wvggz en de Wzd te screenen op onnodige administratieve belasting, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).

Aanbeveling 4: Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de voorgeschreven momenten van gegevensuitwisseling in de Wvggz en de Wzd te screenen op uitvoerbaarheid en nut/noodzaak, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).

Daarbij gaat het om een herbezinning op de vormgeving van de controlemechanismen die en het instrumentarium dat, op de werkvloer en in voorwaardenscheppende processen, de inbreuk op grondrechten moet(en) voorkomen. De aanbevelingen 3 en 4 zouden moeten leiden tot procesvereenvoudiging. Het ligt voor de hand beide aanbevelingen in samenhang met elkaar uit te voeren.

10.2.7 Systeembenadering versus realiteit

Wetgeving werkt het beste als deze aansluit bij de karakteristieken van de praktijk waarop die wetgeving is gericht en bij de waarden en intrinsieke motivatie van de personen die de wet moeten toepassen. Een optimale aansluiting kan vrijwel nooit worden bereikt. Immers, wetgeving kent een eigen systematiek, waarbij de met de wet beoogde doelen een belangrijke rol spelen. Het gaat er om een zo goed mogelijke aansluiting te vinden tussen de ‘waarden’ van de wet en de ‘waarden’ van de

praktijk. Ook al heeft het veld intensieve bemoeienis gehad met de totstandkoming van beide wetten, zoals beschreven in par. 10.2.1, dat betekent niet dat van een zo goed mogelijke aansluiting sprake is. Deels heeft dat te maken met de systeembenadering van de Wvggz en de Wzd. Die systeembenadering lijkt niet altijd voldoende rekening te houden met de behoeften en spankracht van de betrokken actoren (waaronder ook patiënten/cliënten). Daarnaast zijn bij het vormgeven van zowel de Wvggz als de Wzd veronderstellingen en aannames over de praktijk gehanteerd die, zoals het er nu naar uitziet, te rooskleurig of zelfs onjuist zijn. Gedacht kan worden aan de veel te formele wijze waarop in de Wvggz het recht op informatie van de patiënt is geregeld, maar ook aan de regeling in de Wzd van het stappenplan. Dat stappenplan werd geacht goed aan te sluiten bij de reguliere zorgpraktijk, maar dat blijkt nogal tegen te vallen: die aansluiting is veel minder goed dan eerder werd aangenomen.

10.2.8 Visies op rechtsbescherming

Een belangrijke doelstelling van zowel de Wvggz als de Wzd is het beschermen van de rechtspositie van patiënten/cliënten. Beide wetten kiezen daarvoor een eigen benadering, een belangrijke reden waarom de Wet Bopz is vervangen door twee wetten i.p.v. één. Tussen de concepten van rechtsbescherming die aan beide wetten ten grondslag liggen bestaan grote verschillen (accent op de rechter in de Wvggz, accent op het stappenplan in de Wzd); verschillen overigens die ten dele ook al in de Wet Bopz zichtbaar waren. De beslissing van de wetgever om te kiezen voor twee nieuwe wetten i.p.v. één staat in deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd als zodanig niet op de voorgrond. De wetgever heeft niet uitgesloten dat deze keuze op termijn weer wordt herzien. Maar het is niet mogelijk deze keuze in het kader van dit onderzoek geheel buiten beeld te houden. Tal van respondenten in dit onderzoek blijken over de bedoelde keuze van de wetgever duidelijke opvattingen te hebben, hetzij omdat principieel getwijfeld wordt over de gekozen vormen van rechtsbescherming, hetzij omdat die keuze tal van consequenties heeft in de uitvoeringspraktijk van beide regelingen. Dat de verschillen tussen Wvggz en Wzd allerlei uitvoeringsvragen oproepen, zal later in dit hoofdstuk nog worden geïllustreerd. Daarnaast geven respondenten aan dat deze verschillen in de weg kunnen staan aan het bereiken van een belangrijke doelstelling van beide regelingen, namelijk het realiseren van zorgcontinuïteit en van ‘de juiste zorg op de juiste plaats’. In het grensgebied tussen Wvggz en Wzd is sprake van problematische situaties. Hier speelt ook het eerder genoemde punt van de ‘ontbrekende randvoorwaarden’ een rol: er zijn niet of nauwelijks instellingen die makkelijk kunnen ‘schakelen’ tussen Wvggz en Wzd. En over de mate waarin dat wel zo is, kan het locatieregister geen duidelijkheid bieden. Daardoor komt het voor dat patiënten met Wvggz-problematiek noodgedwongen in een Wzd-context verblijven en vice versa.

Verschillende visies op rechtsbescherming kwamen ook naar voren in de reacties van respondenten in dit onderzoek. Sommige respondenten redeneerden meer vanuit een theoretisch-normatief perspectief, terwijl andere respondenten de manier waarop de wet in de praktijk gestalte krijgt zwaarder lieten wegen. Een voorbeeld uit de sfeer van de Wvggz is de hoorplicht van de burgemeester bij de crisismaatregel (‘bij zo’n ingrijpende beslissing moet je betrokkene horen’ versus ‘de hoorplicht is een wassen neus’). Een voorbeeld uit de sfeer van de Wzd is het stappenplan (‘zo laten want het zorgt voor bewustwording’ versus ‘het stappenplan schiet in een aantal gevallen zijn doel voorbij’). Bij de conclusies en aanbevelingen in dit hoofdstuk komt dit onderscheid regelmatig aan de orde. In dit

slothoofdstuk is ervoor gekozen bij het formuleren van conclusies en aanbevelingen toch vooral waarde te hechten aan de reële betekenis die bepaalde vormen van rechtsbescherming (kunnen) hebben.

Het is vooralsnog een gegeven dat in de Wzd ten principale is gekozen voor andere vormen van rechtsbescherming (de stappenplanprocedure, Wzd functionaris e.d.) dan in de Wvggz. Het is overigens niet zo dat uit het onderzoek naar voren komt dat beide regelingen volstrekt gelijkgeschakeld zouden moeten worden. Er wordt breed aanvaard dat verschillen tussen de kenmerken van de betreffende patiënten/cliënten-groepen verschillen in wettelijke regeling kunnen rechtvaardigen. Ook het (weer) vervangen van Wvggz en Wzd door één wet sluit niet uit dat binnen die wet tussen sectoren wordt gedifferentieerd (zie ook de conclusies en aanbevelingen uit de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg van 2014). Wel wordt betoogd dat de verschillen tussen Wvggz en Wzd nu te groot zijn.

Een hiermee samenhangend punt van kritiek is dat het splitsen van een wet in twee nieuwe regelingen, zoals nu gebeurd is, tot het trekken van grenzen tussen patiëntencategorieën leidt, welke grenzen soms als kunstmatig of onjuist worden ervaren. Daardoor kunnen 'tussengroepen' ontstaan die tot uitvoeringsproblemen leiden. Dit fenomeen wordt met betrekking tot de Wvggz en de Wzd breed herkend. Voor een aantal respondenten is dat een reden om aan één wettelijk kader de voorkeur te geven (al dan niet met mogelijkheden voor differentiatie).

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

10.2.9 De rol van de rechtspraak

De rol van de rechtspraak is met betrekking tot de wetgeving over dwangtoepassing in de GGZ, de PV en de VG van oudsher groot. Al onder de Krankzinnigenwet van 1884 en de Wet Bopz was sprake van een zeer omvangrijke jurisprudentie. Deze trend lijkt zich onder de Wvggz en de Wzd voort te zetten. In 2020 en 2021 zijn door lagere rechters en door de Hoge Raad al een groot aantal uitspraken gedaan. In veel gevallen laten deze uitspraken de reguliere verhouding tussen wetgeving en rechtspraak zien: de wetgeving stelt de kaders, en de rechters interpreteren de wettelijke regels in specifieke situaties. Aldus draagt de rechtspraak bij aan verduidelijking, implementatie en uitvoerbaarheid van de wetgeving. Dit zal ook de komende jaren zo zijn. Maar deze ontwikkeling vraagt wel aandacht: een veelheid aan interpreterende uitspraken van rechters kan erop wijzen dat de wet niet goed doordacht is of juist onvoldoende ruimte aan de praktijk laat.

Met betrekking tot een aantal vragen en knelpunten ten aanzien van Wvggz en Wzd kan ervoor worden gekozen te wachten op een verhelderende rechterlijke uitspraak, en is niet meteen actie van de wetgever of van andere partijen vereist. Een voorbeeld vormt de rechtspraak over anticonceptie als vorm van verplichte zorg onder de Wvggz. Er zijn rechters die binnen de Wvggz hiervoor geen ruimte zien, maar ook rechters die daar anders over denken. De rechters uit die laatste groep verschillen weer wel van mening over de juiste wettelijke grondslag: art. 3:2 lid 2 onder a of art. 3:2 lid 2 onder h? Hier zou de wetgever kunnen kiezen voor verduidelijking, maar kan ook worden gewacht op een verhelderende uitspraak van de Hoge Raad. De Hoge Raad neemt ook ruimte om lacunes in de

wetgeving zelf van een oplossing te voorzien. Een voorbeeld is de uitspraak over een niet door de opsteller ondertekende medische verklaring op grond van de Wvggz. De Wvggz bepaalt niet dat de opsteller die verklaring ondertekent, terwijl de Wzd dat wel bepaalt. Dat was voor de Hoge Raad aanleiding te oordelen dat de wetsgeschiedenis van de Wvggz geen aanknopingspunt biedt voor het standpunt dat een medische verklaring op grond van die wet niet ondertekend hoeft te worden. Het is ook mogelijk dat de Hoge Raad in specifieke situaties de motiveringsplicht van de rechter nader omschrijft

Waar de rechter tegen de grenzen van wettelijke bepalingen aanloopt, kan (snelle) actie van de wetgever wel aangewezen zijn. Dat kan zich bijvoorbeeld voordoen bij kwesties van formele aard, zoals bevoegdheden van partijen en in de wet genoemde termijnen. Enkele van deze punten zijn al geadresseerd in beide reparatiewetten Wvggz/Wzd.

10.2.10 Toezicht op naleving van de Wvggz en de Wzd

De IGJ is belast met het toezicht op de naleving van de Wvggz en de Wzd. Aangezien in de eerste fase van dit onderzoek nog geen gegevens konden worden verkregen over de daadwerkelijke toepassing van verplichte respectievelijk onvrijwillige zorg, is besloten het thema toezicht aan de orde te stellen in de tweede fase.

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

10.3 De Wvggz

10.3.1 Algemeen

Alvorens in te gaan op specifieke onderdelen van de Wvggz komen in deze paragraaf enkele algemene thema's aan de orde.

Opzet en effecten van de Wvggz

Twee belangrijke verschillen tussen de Wet Bopz en de Wvggz zijn dat laatstgenoemde wet veel meer een 'behandelwet' zou moeten zijn dan een 'opnamewet' en dat een voorafgaande rechterlijke toets plaatsvindt met betrekking tot de noodzakelijk geachte vormen van verplichte zorg. Daarmee is de rechterlijke bemoeienis met het toepassen van dwang in de Wvggz omvangrijker dan het geval was in de Wet Bopz. De rechter noemt in de zorgmachtiging de toegestane vormen van verplichte zorg. Voor de daadwerkelijke toepassing daarvan, in situaties waarin de patiënt zich verzet, is op grond van art. 8:9 een uitvoeringsbesluit van de zorgverantwoordelijke nodig. Dat uitvoeringsbesluit opent de deur naar aanvullende vormen van rechtsbescherming, in het bijzonder het klachtrecht van hoofdstuk 10 Wvggz.
Nadat de rechter een zorgmachtiging heeft verleend, doet zich vaak de situatie voor dat de patiënt de daarin opgenomen vormen van verplichte zorg accepteert of in elk geval ondergaat, en is van verzet feitelijk geen sprake. Een uitvoeringsbesluit op grond van art. 8:9 wordt dan door de zorgverantwoordelijke (nog) niet genomen, omdat deze die vorm(en) van zorg – vanwege de als

instemming gepercipieerde houding van de betrokkene – niet als *verplichte* zorg beschouwt. Dit wijkt niet zo heel erg af van de situatie onder de Wet Bopz. Toen was de situatie dat veel patiënten na het opleggen van een RM met de behandeling instemden of deze ondergingen. Een beslissing tot dwangbehandeling op grond van de toenmalige Bopz-bepalingen werd pas genomen als de patiënt eerder gegeven toestemming introk en verdere behandeling weigerde. De Wvggz biedt echter in termen van verplichte zorg een veel groter arsenaal aan mogelijkheden voor dwangtoepassing dan de Wet Bopz, aangezien de huidige wet ook voorziet in verplichte zorg buiten een accommodatie. Omdat de resultaten van het onderzoek uitwijzen dat de Wvggz in de praktijk vooral op de zojuist beschreven wijze functioneert, is zij nog veel meer dan de Wet Bopz een 'drangwet': de inhoud van de door de rechter gegeven zorgmachtiging conditioneert als het ware de patiënt. Dat was overigens ook het geval met de voorwaardelijke machtiging Bopz, een instrument dat overwegend als een succes werd gezien, en in de laatste jaren van de Wet Bopz steeds vaker werd toegepast. Die voorwaardelijke machtiging wierp al schaduwen vooruit naar de huidige wet.

Uit het onderzoek komt met betrekking tot dit thema wel een punt van zorg naar voren, dat met name speelt in ambulante situaties. Enerzijds is het belangrijk om de hupverlening zo in te richten dat verplichte zorg als bedoeld in de Wvggz kan worden voorkomen, anderzijds bestaat het risico dat een zodanige focus komt te liggen op de aanvaardbaarheid van 'drang', dat men onvoldoende oog heeft voor situaties waarin de houding of uitlatingen van de patiënt eigenlijk zou moeten worden opgevat als verzet in de zin van de Wvggz. Wordt verzet niet herkend of genegeerd, dan blijft een uitvoeringsbeslissing op grond van art. 8:9 ten onrechte uit, en krijgt de patiënt niet de aan die beslissing verbonden rechtsbescherming. Er behoort, met andere woorden, ook weer niet te ruim te worden omgegaan met de 'drang'-ruimte van de Wvggz. Dit is een cruciaal thema, dat raakt aan de fundamenten van de Wvggz. Tal van respondenten wezen op het risico van 'teveel' drang. In dit kader moet ook worden gewezen op de in oktober 2021 gepubliceerde *Generieke module assertieve en verplichte zorg*. Deze module maakt onderscheid tussen assertieve zorg ('drangzorg') die niet onder de Wvggz valt, en verplichte zorg volgens de Wvggz. De in deze module gehanteerde begripsomschrijvingen zijn echter niet altijd duidelijk, en kunnen zo worden gelezen dat bepaalde interventies ten onrechte als assertieve zorg worden benoemd, en daarmee buiten het kader van de wet worden geplaatst.

➢ Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Verplichte zorg in een ambulante context

De mogelijkheid om verplichte zorg ook toe te passen buiten een instelling is zoals gezegd een belangrijke veronderstelde meerwaarde van de Wvggz ten opzichte van de Wet Bopz. Momenteel bestaat nog geen landelijk inzicht in de omvang en aard van ambulante verplichte zorg.[643] Daarover zal in fase 2 van dit onderzoek worden gerapporteerd. Wel is nu al duidelijk dat ambulante verplichte zorg niet zonder problemen is. Dat heeft te maken met vragen inzake toezicht, maar ook met de in de *Handreiking ambulante verplichte zorg* getrokken grens van fysiek verzet: als een patiënt zich fysiek

643 Een in juni 2021 gepubliceerde evaluatie van de toepassing van de Wvggz in de regio Gelderland-Zuid (Significant Public) rapporteert dat 9% van de zorgmachtigingen ambulant wordt uitgevoerd.

verzet tegen verplichte zorg, wordt vrijwel altijd gekozen voor opneming in een accommodatie. Verschillende respondenten concludeerden dat de Wvggz 'toch meer een opnamewet is geworden dan gehoopt'.
Tegen de genoemde grens van fysiek verzet wordt verschillend aangekeken. Enerzijds wordt aangegeven dat door het hanteren van die grens de mogelijkheden voor ambulante verplichte zorg fors worden beknot, waardoor het aantal verplichte opnames onder de Wvggz helaas niet of nauwelijks verschilt van die onder de Wet Bopz. Anderen wijzen erop dat een aanzienlijk deel van de patiënten thuis juist geen fysieke dwang wil ondergaan; bovendien kan toepassing van fysieke dwang in de thuissituatie ook veiligheidsrisico's opleveren, waarop bovendien niet gemakkelijk (extern) toezicht is te houden. Die aarzelingen over het doorbreken van fysieke verzet in de thuissituatie zijn wel te begrijpen. Voorts wordt belangrijk gevonden dat in situaties van fysiek verzet wel pogingen worden gedaan om de patiënt te motiveren tot enige mate van coöperatie, ervan uitgaande dat, zoals de wetgever heeft verondersteld, ambulante behandeling in het algemeen toch minder belastend en invasief is dan gedwongen opname. Daarnaast, zo gaven verschillende respondenten aan, is het met het oog op dit soort situaties wenselijk om in de zorgmachtiging 'maatwerk' op te nemen. Genoemd werd het voorbeeld van een zorgmachtiging waarin nadrukkelijk werd bepaald dat een opneming die noodzakelijk werd gemaakt door ambulant fysiek verzet slechts kort mocht duren ("zolang als nodig is om een depot toe te dienen"). Hier ligt dus ook een rol voor de rechter. Duidelijk is wel dat ontwikkelingen op het terrein van ambulante verplichte zorg nadere monitoring verdienen, om te kunnen bepalen in hoeverre een cruciale doelstelling van de Wvggz, zoveel mogelijk ambulante in plaats van intramurale verplichte zorg, daadwerkelijk wordt bereikt.

➢ Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Recht doen aan de wensen en voorkeuren van de patiënt

Een andere belangrijke doelstelling van de Wvggz is recht doen aan de wensen en voorkeuren van de patiënt. Daarbij kan het zowel gaan om het voorkomen van verplichte zorg als om het rekening houden met voorkeuren van patiënten bij het uitvoeren van verplichte zorg. Daartoe bevat de wet verschillende instrumenten:

— Het algemene vereiste van subsidiariteit: het toepassen van de minst ingrijpende maatregel. Bij het bepalen van wat de minst ingrijpende maatregel is, kan de voorkeur van de patiënt een rol spelen;
— De betekenis van een door de patiënt opgestelde zorgkaart;
— Het betrekken van de patiënt bij het opstellen van het zorgplan;
— De mogelijkheid voor de patiënt om een zelfbindingsverklaring op te stellen;
— De mogelijkheid voor de patiënt om zelf een plan van aanpak op te stellen, teneinde verplichte zorg te voorkomen (art. 5:5 lid 1).

Het onderzoek wijst uit dat de mogelijkheid om een plan van aanpak op te stellen nog relatief weinig wordt gebruikt. Zo werden in het eerste halfjaar van 2021 ongeveer 6% van de voorbereidingsprocedures voor een ZM geschorst om de patiënt in staat te stellen een plan van aanpak op te stellen; en werd circa 1% van de procedures definitief stopgezet vanwege een opgesteld

plan van aanpak. Op zichzelf zijn deze percentages lastig te duiden. Niet elke patiënt zal van deze mogelijkheid (effectief) gebruik kunnen of willen maken. In het onderzoek is naar voren gebracht dat het plan van aanpak vooral van belang is voor patiënten die al vaker met de GGZ te maken hebben gehad, en niet of minder voor 'nieuwkomers'. Maar een belangrijk punt is ook de plaats die het plan van aanpak in de wettelijke regeling heeft gekregen en de krappe termijnen die daarbij gelden; de patiënt of zijn vertegenwoordiger moet al binnen enkele dagen laten weten of een plan van aanpak opgesteld zal worden. Daardoor ontstaat tijdsdruk. Verschillende respondenten zijn van mening dat het plan van aanpak in de huidige Wvggz een te 'ingeklemde' positie heeft gekregen, en een dusdanige plaats in de wet zou moeten krijgen dat er voor het opstellen daarvan meer ruimte ontstaat. De meningen over die betere positionering verschillen: sommigen pleiten ervoor het plan van aanpak in de tijd naar voren te halen, anderen zien meer ruimte voor een plan van aanpak in de fase nadat de zorgmachtiging is verleend. Ook dan, zo wordt betoogd, kan een plan van aanpak nog bijdragen aan het voorkomen of verminderen van verplichte zorg. Voorts wordt gepleit voor een duidelijker format met betrekking tot het plan van aanpak. Het is belangrijk om te zoeken naar manieren om de effectiviteit van het instrument plan van aanpak te vergroten.

Aanbeveling 5: Pas de wettelijke regeling van het plan van aanpak zodanig aan dat betere en effectievere mogelijkheden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen (wetgever).

Hoewel in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz het aantal opgestelde zelfbindingsverklaringen een stijgende trend laat zien, gaat het om zeer lage aantallen in vergelijking met het aantal in gang gezette aanvragen voor een zorgmachtiging. Dit komt ook tot uitdrukking in de bevinding dat er nauwelijks zorgmachtigingen naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring worden aangevraagd. In zoverre bestendigt de Wvggz het beeld dat ook al onder de Wet Bopz te zien was: het instrument zelfbinding heeft slechts betekenis in een gering aantal situaties. Respondenten suggereren aan deze mogelijkheid meer bekendheid te geven, maar geven ook aan dat de regeling van zelfbinding zodanige eisen stelt aan patiënten dat het maar de vraag is of deze regeling ooit breder ingezet zal kunnen worden dan nu het geval is. Bovendien doet de complexiteit van de Wvggz-regeling terzake niet onder voor die van de vroegere regeling in de Wet Bopz. Zelfbinding is een belangrijk concept, maar het lijkt erop dat van de wettelijke regeling daarover niet teveel moet worden verwacht.

➢ Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Voorlichting aan de patiënt over zijn rechtspositie

De Wvggz besteedt op tal van plaatsen aandacht aan het informeren van de patiënt over zijn rechtspositie. Over het belang daarvan bestaat geen enkele discussie, maar over de vormgeving die de wet kiest des te meer. Veel respondenten zijn van mening dat de wet op dit punt te gedetailleerde bepalingen bevat, waarbij voornamelijk geleund wordt op schriftelijke informatievoorziening. Bovendien is de inhoud daarvan, zo wordt gesteld, vaak niet afgestemd op het begripsvermogen van de mensen om wie het gaat. 'Overdaad schaadt', zo wordt ook regelmatig betoogd. Er wordt ernstig betwijfeld of de huidige insteek van de wet wel leidt tot het daadwerkelijk (beter) informeren van patiënten. Verschillende malen is opgemerkt dat patiënten de vele brieven die zij krijgen niet openen

of niet lezen. Patiënten ontvangen die informatiebrieven niet zelden op momenten dat zij daar, als een gevolg van hun (crisis)situatie, niet bevattelijk voor zijn. De formele wettelijke benadering van het informeren van patiënten wordt beschouwd als een inefficiënt systeem, dat vooral leidt tot administratieve belasting (zie ook par. 12.2.6) en niet tot beter geïnformeerde patiënten, hetgeen de wetgever wel beoogt. Het grote belang van informatie wordt door alle betrokken partijen onderschreven, maar er wordt breed gepleit voor een eenvoudiger systeem, waarin minder de nadruk ligt op omvangrijke en formele schriftelijke informatie. Betoogd wordt dat er meer aandacht moet zijn voor het belang van goed mondeling informeren op daarvoor geschikte momenten, en dat ten aanzien daarvan meer moet worden ingezet op de taken en verantwoordelijkheden van de advocaat, de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp, zie daarover ook par. 10.3.4) en de zorgaanbieder. Van belang daarbij is ook dat in situaties van verplichte zorg het opbouwen van of bestendigen van vertrouwen in de zorgaanbieder-patiënt relatie belangrijk is. Dat is een argument te meer om de informatievoorziening vorm te geven op een wijze die de betreffende relatie niet onnodig formaliseert en onder druk zet.
Het KCT heeft al de nodige moeite gestoken in het vereenvoudigen van de informatieproducten voor patiënten. Het is belangrijk hiermee door te gaan.

Aanbeveling 6: Vereenvoudig de informatievoorziening aan patiënten, zowel waar het gaat om de inhoud als om de wettelijke vormgeving; zet meer in op informatieverstrekking door middel van persoonlijk contact op een moment dat de patiënt daarvoor openstaat. Voeg er aan toe dat een maximale inspanning moet worden geleverd om te vergewissen dat de betrokkene de informatie naar haar inhoud heeft begrepen (wetgever).

Samenwerking tussen partijen

De Wvggz vergt op tal van plaatsen samenwerking en gegevensuitwisseling tussen betrokken partijen, waaronder de gemeente, het OM, de rechterlijke macht, politie, zorgaanbieders, rechtshulpverleners, ondersteuners als de pvp en de fvp etc. Dergelijk overleg is belangrijk, maar in de praktijk ook complex. Het is een goede zaak dat art. 8:31 Wvggz regio-overleg tussen ketenpartners voorschrijft over aanbod en knelpunten rond verplichte zorg. Het in art. 8:31 genoemde aspect van “noodzakelijke gegevensverstrekking” speelt daarbij een grote rol. De praktijk laat zien dat met betrekking tot het laatste punt regelmatig sprake is van problemen, om uiteenlopende redenen: systemen kunnen niet worden gekoppeld (bijvoorbeeld tussen gemeente en GGZ), gegevens zijn niet beschikbaar of kunnen niet worden aangeleverd binnen de in de wet genoemde termijnen e.d. Ook zijn niet altijd de randvoorwaarden aanwezig om de samenwerking goed te kunnen invullen of is onduidelijk wat de wet precies verlangt. Dat laatste is onder meer aan de hand bij de toepassing van art. 2:1 lid 4 (deelname aan het maatschappelijk leven; wederkerigheidsprincipe).

Het onderscheid tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten

Op een aantal plaatsen in de Wvggz worden gevolgen verbonden aan het onderscheid tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten. De wet komt erop neer dat steeds als betrokkene zich tegen een interventie verzet, zijn of haar wilsbekwaamheid ten aanzien van die interventie

beoordeeld moet worden. De wettelijke bepalingen terzake zijn in de literatuur bekritiseerd vanwege hun onduidelijkheid en halfslachtigheid en worden in de praktijk als complex en voor de zorgverantwoordelijke als lastig uitvoerbaar ervaren.

Aanbeveling 7: Heroverweeg de wijze waarop het thema wils(on)bekwaamheid in de Wvggz gestalte is gegeven (wetgever).

10.3.2 De zorgmachtiging

Vormen van verplichte zorg

Art. 3:2 lid 2 somt de mogelijke vormen van verplichte zorg op. Uit het onderzoek komt naar voren dat zich met betrekking tot een aantal vormen onduidelijkheden voordoen. Art. 3:2 lid 1 onder a betreft de toediening van zowel vocht, voeding als medicatie. Bepleit is deze zaken meer uit elkaar te halen, en met name de toediening van medicatie een zelfstandige plaats te geven in de lijst van art. 3:2 lid 2. Met betrekking tot de onderdelen 'beperking van de bewegingsvrijheid' en 'insluiting' blijkt in de praktijk onduidelijkheid te bestaan over zowel het onderscheid tussen beide vormen als de mogelijke invulling daarvan. Voorts laat de rechtspraak een wisselend beeld zien met betrekking tot zowel de aanvaardbaarheid als de rechtsgrond voor het opleggen van anticonceptie als verplichte zorg. De Wvggz biedt geen basis om in te grijpen ter bescherming van het belang van een nog niet verwekt kind. Anticonceptie om ernstig nadeel voor de moeder als gevolg van een zwangerschap te voorkomen, kan wel geacht worden onder de reikwijdte van de Wvggz te vallen. Op dit specifieke punt kan de wetgever verduidelijking brengen, maar zou, zoals eerder aangegeven (par. 10.2.9) ook gewacht of aangestuurd kunnen worden op een uitspraak van de Hoge Raad.

Aanbeveling 8: Splits art. 3:2 lid 2 onder a Wvggz; geef het toedienen van medicatie een eigen plaats in de opsomming van mogelijke vormen van verplichte zorg (wetgever).

Het onderscheid tussen beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten komt aan de orde in een bijlage bij art. 7 van de Regeling verplichte ggz, maar kennelijk zijn zorgverleners in de praktijk daar nog niet voldoende mee bekend. De subcategorie 'overige beperking van de bewegingsvrijheid' vergt meer verduidelijking.

Meldingen en verkennend onderzoek (VO)

Nieuw ten opzichte van de Wet Bopz is ook de regeling in de Wvggz inzake het doen van meldingen aan de gemeente van situaties waarin verplichte zorg mogelijk aangewezen is en uitvoeren door de gemeente van een verkennend onderzoek naar de noodzaak van verplichte zorg. Deze bepalingen hebben een duale doelstelling: tijdig situaties op het spoor komen waarin verplichte zorg nodig is, maar ook het voorkomen daarvan. Het aantal verkennende onderzoeken naar aanleiding van een melding bedroeg in de eerste helft van 2020 ruim 900, en daalde in de tweede helft van 2020 naar circa 700, om vervolgens in de eerste helft van 2021 wat verder af te nemen naar ongeveer 600. Bijna de helft van de uitgevoerde verkennende onderzoeken leidde tot het verzoek aan de officier van

justitie om een procedure voor een initiële zorgmachtiging te starten.[644] Over verhoudingsgewijs veel van deze door de gemeente aangevraagde initiële zorgmachtigingen werd door de officier van justitie besloten om de voorbereidingsprocedure te beëindigen, en geen verzoekschrift in te dienen bij de rechter. In die gevallen was de onderbouwing van de aanvraag door de gemeente voor de officier kennelijk niet overtuigend. Deze bevindingen met betrekking tot het verkennend onderzoek luiden niet tot eenduidige conclusies. De meldingsregeling in combinatie van het verkennend onderzoek werpt vruchten af, maar het potentieel ervan lijkt nog niet voldoende te worden benut. Een verklaring daarvoor kan zijn dat het, in vergelijking met de vorige wet, om een nieuwe regeling gaat. Er is meer tijd nodig om te ontdekken wat het potentieel van dit onderdeel van de Wvggz is. Een aandachtspunt is wel de rol van familie en naasten van de patiënt in deze fase van de procedure. Niet alleen hebben zij doorzettingsmacht bij het doen van een aanvraag voor een ZM aan de officier van justitie op grond van art. 5:2 lid 5 Wvggz, maar zij kunnen in de fase van het doen van een melding en het uitvoeren van een verkennend onderzoek ook waardevolle informatie geven. Het is de vraag of daarvan al in voldoende mate gebruik wordt gemaakt.
Met betrekking tot het uitvoeren van verkennend onderzoek is sprake van een wettelijke termijn, namelijk veertien dagen, die onder omstandigheden krap kan zijn. Het is belangrijk dat een dergelijk onderzoek niet onnodig lang voortsleept, maar ook dat reële mogelijkheden bestaan om alle relevante gegevens te verzamelen. De praktijk levert het beeld op dat het verkennend onderzoek wel steeds beter verloopt, maar dat aanpassingen en verduidelijkingen mogelijk en wenselijk zijn.

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Doorlooptijd aanvragen zorgmachtiging

Besluit de officier van justitie een verzoekschrift voor een zorgmachtiging voor te bereiden, dan start een proces dat binnen vier weken moet leiden tot een beslissing van de officier over de vraag of aan de criteria voor een ZM is voldaan. In die periode vinden diverse vormen van gegevensuitwisseling plaats, moeten een medische verklaring (door een onafhankelijk psychiater) en een zorgplan worden opgesteld, en moet zo nodig rekening gehouden worden met de zorgkaart en/of het plan van aanpak van de patiënt. Vanwege de complexiteit van dat proces is het vaak lastig de wettelijke termijn van vier weken te halen. In de eerste helft van 2021 werd in bijna de helft (46%) van de verzoekschriften voor een eerste zorgmachtiging de termijn van vier weken overschreden. Bij verlengingen van een ZM is het beeld wat gunstiger (37% van de verzoekschriften werd niet binnen de wettelijke termijn ingediend). Er is duidelijk sprake van knelpunten in deze procedure. Op grond van art. 10:12 lid 3 Wvggz kan een patiënt op grond van een termijnoverschrijding door de officier schadevergoeding vragen. Het lijkt erop dat termijnoverschrijdingen een rol hebben gespeeld bij de bevinding dat in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz steeds vaker schadevergoedingsverzoeken zijn gedaan bij de rechter. Officieren van justitie vinden het ongemakkelijk dat zij aansprakelijk zijn voor termijnoverschrijdingen, vooral als deze door de GGZ-partners (geneesheer-directeur, zorgverantwoordelijke en onafhankelijk psychiater) in de voorbereidingsprocedure zijn veroorzaakt. In dat laatste geval zou de schadevergoeding eigenlijk niet ten laste moeten komen van de Staat, maar van de betrokken zorgaanbieder.

644 Uitgaande van het tweede halfjaar van 2020 en het eerste halfjaar van 2021.

Aanbeveling 9: Onderzoek de mogelijkheden tot vereenvoudiging van het geheel van activiteiten dat binnen het vier-weken-periode als genoemd in art. 5:16 lid 1 Wvggz (wetgever i.s.m. de veldpartijen).

Noodzakelijke vormen van verplichte zorg

Het systeem van de Wvggz houdt in dat met betrekking tot alle in de zorgmachtiging opgenomen vormen van verplichte zorg moet zijn voldaan aan de criteria voor en de doelen van verplichte zorg (art. 3:3 respectievelijk art. 3:4 Wvggz). Daar behoort de rechter zich van te vergewissen. Daarbij kan de rechter zich baseren op de medische verklaring en de overige beschikbare stukken, als die terzake voldoende informatie bevatten. Wordt namens de patiënt bezwaar gemaakt tegen een bepaalde vorm van zorg, dan zal de rechter zijn beslissing op dat punt moeten motiveren. Het bezwaar moet dan wel voldoende toegelicht zijn.
Dit systeem sluit niet uit dat in een zorgmachtiging alle mogelijke vormen van verplichte zorg worden genoemd, zoals ook door de Hoge Raad is bevestigd. Maar dan zal dus ook met betrekking tot elke vorm voldaan moeten zijn aan de hiervoor genoemde twee wetsbepalingen. Daarbij past dus niet dat ´voor alle zekerheid´ veel of zelfs alle vormen van verplichte zorg in de medische verklaring of de zorgmachtiging worden opgenomen. Er moet zoveel mogelijk sprake zijn van maatwerk. Aan de andere kant is het natuurlijk zo dat in de fase van het aanvragen van een ZM niet altijd duidelijk is welke vormen van verplichte zorg in de gegeven situatie echt nodig zullen zijn. Enige marge van onzekerheid kan dus niet altijd worden voorkomen.
Respondenten geven aan dat in de periode sinds 2020 twee varianten zichtbaar zijn: medische verklaringen en zorgmachtigingen waarin vrijwel alle vormen van verplichte zorg worden genoemd en medische verklaringen en zorgmachtigingen die veel selectiever zijn. In algemene zin kan daarover geen oordeel worden gegeven, beide varianten kunnen immers gerechtvaardigd zijn. Belangrijk is dat alle actoren zich ervan bewust zijn dat de wet uitgaat van (zoveel mogelijk) maatwerk. Respondenten noemden specifieke voorbeelden daarvan, zoals het al eerder genoemde voorbeeld van een in de zorgmachtiging opgenomen limitering: opneming in een accommodatie alleen voor de tijd die nodig is om de patiënt depotmedicatie te kunnen geven.
Opmerkelijk is dat in het huidige model medische verklaring Wvggz geen verbinding bestaat tussen het onderdeel over de wettelijke criteria voor verplichte zorg en dat over de noodzakelijke vormen van verplichte zorg, terwijl ze nauw met elkaar verbonden zijn. De opsteller van de verklaring beantwoordt in algemene zin enkele vragen over de wettelijke criteria en kruist nadien aan welke vormen van verplichte zorg hij/zij noodzakelijk acht.

Aanbeveling 10: Voeg aan het model medische verklaring een onderdeel toe waarin de onderbouwing met betrekking tot de aangekruiste vormen van verplichte zorg, in relatie tot de wettelijke criteria, beter zichtbaar is (wetgever).

Belangrijk is wel dat deze aanbeveling in samenhang te zien met aanbeveling 3, zodat deze niet leidt tot (weer) een vermeerdering van de uit de wet voortvloeiende administratieve belasting.

De keuze voor en de onderbouwing van noodzakelijke vormen van verplichte zorg zijn thema's die aan de orde behoren te komen in de multidisciplinaire richtlijn die wordt bedoeld in art. 8:5 Wvggz.

De *Handreiking ambulante verplichte zorg* uit 2019 kan als zodanig worden gezien, maar deze richtlijn beperkt zich tot ambulante zorg.

Aanbeveling 11: Draag ervoor zorg dat de beroepsgroep een multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvggz opstelt die zich niet beperkt tot ambulante verplichte zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanwezigheid van de officier van justitie ter zitting

Art. 6:1 lid 4 Wvggz bepaalt dat de officier van justitie aanwezig is bij een zitting over een zorgmachtiging tenzij evident is dat een toelichting of motivering door de officier niet nodig is. De strekking van deze wetsbepaling is: 'aanwezig, tenzij'. Uit het onderzoek komt naar voren dat het in de praktijk precies andersom is: de officier van justitie is bijna nooit aanwezig.[645] In eerdere evaluaties van de Wet Bopz kwam dit punt ook enkele malen aan de orde. Toen werd het belang van de aanwezigheid van de officier sterk benadrukt, om te voorkomen dat de psychiater tijdens de zitting in een aanklagers-rol zou belanden. Dit onderzoek wijst uit dat de meningen daarover zijn veranderd. De bij de zitting betrokken partijen zien nauwelijks meerwaarde in de aanwezigheid van de officier op de zitting. Zij zouden goed kunnen leven met het uitgangspunt: 'afwezig, tenzij'. Dat houdt in dat de officier alleen aanwezig is in gevallen waarin daarvoor goede redenen bestaan.

Aanbeveling 12: Wijzig de inhoud van art. 6:1 lid 4 Wvggz van 'aanwezig, tenzij' in 'afwezig, tenzij' (wetgever).

Hoger beroep

Tegen rechterlijke beslissingen over een zorgmachtiging of de voortzetting van een crisismaatregel staat geen hoger beroep open. Wel kan tegen deze beslissingen beroep in de cassatie bij de Hoge Raad worden ingesteld. Daarmee volgt de Wkkgz de lijn van de Krankzinnigenwet en de Wet Bopz. Het onderzoek heeft geen aanleidingen opgeleverd om deze lijn (geen hoger beroep, wel cassatie) ter discussie te stellen.

Aanpassing van de zorgmachtiging

Is de toepassing nodig van een vorm van verplichte zorg die in de zorgmachtiging niet wordt genoemd, dan bieden de bepalingen over de tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties (art. 8:11 e.v.) daarvoor gedurende korte tijd de mogelijkheid. Daarnaast zal dan een procedure tot aanpassing van de zorgmachtiging door de rechter moeten worden gestart. Dat komt in de praktijk vrij weinig voor: in de eerste helft van 2021 bij ruim 2% van de in die periode afgegeven beschikkingen ZM. Dat heeft er waarschijnlijk mee te maken dat in de initiële ZM veelal toch een vrij ruime selectie van vormen van verplichte zorg wordt opgenomen (zie hiervoor het onderdeel '*Noodzakelijke vormen van verplichte zorg')*. Het is niet ondenkbaar dat voor die ruime selectie onder meer wordt gekozen om te voorkomen

645 Noch op zittingen waarin verzoeken voor een zorgmachtiging werden behandeld, noch op zittingen waarin verzoeken voor een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel werden behandeld.

dat nadien de omslachtige procedure tot wijziging van de zorgmachtiging moet worden gestart. Het onderzoek heeft echter geen aanwijzingen opgeleverd dat dit een veelgebruikt motief is.

Beëindiging van de zorgmachtiging

De Wvggz is onhelder over de beëindiging van de zorgmachtiging. Zo is niet duidelijk of de zorgmachtiging eindigt door het beëindigen van alle daarin genoemde vormen van verplichte zorg of dat een tot beëindiging van de zorgmachtiging als zodanig strekkend besluit nodig is. De wet gebruikt verschillende begrippen ("vervallen van de zorgmachtiging" in art. 6:6; "beëindiging van de verplichte zorg" in art. 8:19). Het is verwarrend om het einde van de zorgmachtiging te koppelen aan het einde van de verplichte zorg, omdat vormen van verplichte zorg die eerder zijn beëindigd op grond van gewijzigde omstandigheden later weer kunnen worden hervat. In het belang van de rechtsbescherming moet volstrekt duidelijk zijn wanneer niet alleen het toepassen van verplichte zorg maar ook de daaraan ten grondslag liggende zorgmachtiging eindigt.

Aanbeveling 13: Breng de terminologie van de artt. 6:6 en 8:19 Wvggz op één lijn en voorzie in expliciete wettelijke duidelijkheid over het moment van beëindigen van de zorgmachtiging (anders dan door het verstrijken van de geldigheidsduur) (wetgever).

De positie en taken van de geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur (GD) speelt in de Wvggz een belangrijke rol. Bij deze functionaris zijn onder meer de taken belegd die in een eerdere versie van het wetsvoorstel verplichte ggz waren toebedeeld aan een onafhankelijke commissie. Hierdoor heeft de GD een omvangrijk taken- en verantwoordelijkheidspakket gekregen. Daarover bestaat in de praktijk het nodige ongenoegen. Veelgehoorde kritiek is dat de GD vooral in de controlestand staat, en intensieve bemoeienis moet hebben, zowel inhoudelijk als procedureel, met de afhandeling van individuele procedures. Het uitoefenen van een meer afstandelijke rol, gericht op het in algemene zin monitoren en bewaken van de algemene kwaliteit van de toegepaste (verplichte) zorg, kan daardoor ondersneeuwen. Dat wordt als een groot probleem ervaren, voor welk probleem gegeven de huidige inhoud van de wet geen echte oplossing bestaat. Belangrijk is dat de GD in voldoende mate wordt ondersteund en dat die ondersteuning waar nodig wordt uitgebreid. Te denken valt ook aan het opnemen in de wet van de mogelijkheid dat de GD taken kan delegeren.

Overleg tussen de GD en de OvJ over de beëindiging van de zorgmachtiging

Art. 8:18 lid 3 onder b bepaalt dat een GD die een crisismaatregel of een zorgmachtiging wil beëindigen daartoe overleg voert met de burgemeester respectievelijke de officier van justitie. In elk geval waar het gaat om de officier wordt dit overleg door alle betrokkenen als overbodig ervaren. Officieren geven aan dat zij het overleg opvatten als een kennisgeving, aangezien zij geen oordeel kunnen geven over de gronden voor beëindiging.

Aanbeveling 14: Vereenvoudig art. 18:8 lid 3 onder b Wvggz in die zin dat overleg over de voorgenomen beëindiging wordt vervangen door een (tijdige) kennisgeving van beëindiging (wetgever).

10.3.3 De crisismaatregel

De in de Wvggz opgenomen crisismaatregel vertoont veel overeenkomsten met de inbewaringstelling zoals deze te vinden was in de Wet Bopz (en thans nog in de Wzd). De crisismaatregel strekt ertoe om op het gezag van een onafhankelijke autoriteit verplichte zorg mogelijk te maken in situaties waarin snel handelen nodig is en een procedure tot het verkrijgen van een zorgmachtiging te lang duurt. Op enkele punten is sprake van verschillen tussen de Wet Bopz en de Wvggz

De hoorplicht van de burgemeester

Het meest in het oog springende verschil is de hoorplicht van de burgemeester, te vinden in art. 7:1 lid 3 onder b: de burgemeester stelt betrokkene, zo mogelijk, in de gelegenheid om te worden gehoord. Deze hoorplicht wordt wel gezien als een uitvloeisel van art. 4:8 lid 1 Algemene wet bestuursrecht (Awb).[646] Het onderzoek wijst uit dat het zo rond de 40% van de patiënten aan wie een crisismaatregel was opgelegd daadwerkelijk is gehoord.[647]
Over de hoorplicht van de burgemeester bestaan uiteenlopende opvattingen. Er zijn respondenten die de hoorplicht een logische wettelijke verplichting vinden, gelet op het ingrijpende karakter van de door de burgemeester te nemen beslissing. Een aanzienlijk grotere groep respondenten heeft stevige bedenkingen. Daarbij spelen de volgende aspecten en overwegingen een rol:

- de hoorplicht is in veel gevallen niet of lastig uit te voeren, en heeft een vertragend effect op het kunnen verlenen van acute zorg, waardoor soms noodzakelijkerwijs meer ingrijpende interventies bij de betrokkene in beeld komen;
- het horen van de patiënt vindt slechts zelden door de burgemeester zelf plaats; het horen wordt uitbesteed aan andere personen of instanties; dit creëert een extra moment van informatieoverdracht met een vertragend effect;
- het horen vindt plaats op een moment waarop de patiënt in een crisis verkeert, hetgeen de ‘opbrengst’ van het horen gering doet zijn. Door de patiënt op dat moment te horen schiet de hoorplicht zijn doel voorbij;
- weliswaar kan de burgemeester door het (laten) horen de patient meer zicht krijgen op diens zienswijze, maar voor zover de aanname is dat de burgemeester daardoor zou kunnen besluiten geen crisismaatregel te nemen, is dit effect niet zichtbaar. Slechts in een zeer klein deel van de gevallen (bijv. 2% in de eerste helft van 2021) wijst de burgemeester een crisismaatregel af.

646 Art. 4:8 lid 1 Awb: “Voordat een bestuursorgaan een beschikking geeft waartegen een belanghebbende(...) naar verwachting bedenkingen zal hebben, stelt het die belanghebbende in de gelegenheid zijn zienswijze naar voren te brengen”.

647 Uitgaande van de periode april 2020 t/m juni 2021. Bij circa 20% van de patiënten werden één of meer pogingen tot horen gedaan, maar is het horen niet gelukt. Het resterende deel van de patiënten werden door de onafhankelijk psychiater niet in staat geacht om te worden gehoord.

Gesteld wordt ook dat in de Wet Bopz geen hoorplicht van de burgemeester was opgenomen, en dat dat nimmer als een gemis is beschouwd. In aanvulling wordt erop gewezen dat relatief snel na de start van de crisismaatregel de rechter over de noodzaak tot voortzetting oordeelt, in welk kader de patiënt ook wordt gehoord. Het is, alles overziend en afwegend, zeer twijfelachtig of de hoorplicht van de burgemeester reële meerwaarde heeft. De genoemde bezwaren daartegen worden breed gedeeld.

Aanbeveling 15: Schrap de in art. 7:1 lid 3 onder b Wvggz opgenomen hoorplicht van de burgemeester (wetgever).

Vanwege de specifieke omstandigheden van een Wvggz-crisismaatregel (de noodzaak van snelle besluitvorming in acute situaties in combinatie met het horen van de patiënt door rechter enkele dagen later) moet worden aangenomen dat art. 4:8 Awb aan het realiseren van aanbeveling 15 niet in de weg staat.

Verschillende respondenten wezen erop dat het wel van belang is de betrokkenheid van de patiënt zo mogelijk op andere momenten in het proces te borgen, bijvoorbeeld door meer aandacht te geven aan de zorgkaart of door op een later moment, als de crisissituatie enigszins gestabiliseerd is, de zorgverlener met de patiënt een (evaluatief) gesprek te laten voeren. Dat levert, zo wordt verwacht, meer op dan het horen van de patiënt ten tijde van de crisis, en geeft de patiënt toch een gelegenheid zijn mening en ervaringen te uiten.

Gegevensuitwisseling/administratieve lasten

Art. 7:1 voorziet in de mogelijkheid dat de burgemeester (lid 4) of de psychiater die de medische verklaring opmaakt (lid 5) de officier van justitie om bepaalde gegevens vraagt. In het geval van de psychiater gaat het politiegegevens of strafvorderlijke en justitiële gegevens. Dergelijke informatieverzoeken komen in de praktijk niet zo vaak voor (door de psychiater in ongeveer 9% van de gevallen; door de burgemeester in ongeveer 2%).[648] Deze relatief geringe percentages hangen mogelijk samen met het vertragend effect van een informatieverzoek; het kost voor het OM tijd om aan dat verzoek te voldoen. Maar het lijkt er ook op dat de burgemeester en de psychiater in veel gevallen geen behoefte hebben aan de bedoelde informatie, bijvoorbeeld omdat het door de patiënt veroorzaakte (onmiddellijk dreigend) ernstig nadeel al voldoende duidelijk is.
Wordt wel een verzoek om informatie gedaan, dan blijken de gevraagde gegevens binnen de daarvoor geldende termijn niet altijd voorhanden te zijn. Voor het OM leveren deze informatieverzoeken een grote administratieve belasting op. Bezien zou moeten worden of deze kan worden verminderd. Zie daarover aanbeveling 3. Het kan soms ook zinniger zijn de bedoelde gegevens in een latere fase op te vragen. Dan is er minder tijdsdruk.

648 Uitgaande van het eerste halfjaar van 2021.

Rechterlijk beroep tegen besluit burgemeester

Nieuw in de Wvggz is voorts de mogelijkheid voor de patiënt om bij de rechter beroep in te stellen tegen de crisismaatregel en het besluit van de burgemeester daarover (art. 7:6). Dat moet gebeuren binnen drie weken na de dag waarop de burgemeester de beslissing heeft genomen. Deze procedure moet worden onderscheiden van het rechterlijke besluit tot voortzetting van de crisismaatregel en is ook geen 'hoger beroep' daartegen. De procedure van art. 7:6 stelt de patiënt in de gelegenheid om te klagen over gebreken in de procedure, teneinde daarvoor op grond van art. 10:12 schadevergoeding te verkrijgen. Van deze procedure wordt relatief weinig gebruik gemaakt. Zo waren er in 2020 bijna 90 rechterlijke uitspraken hieromtrent, op een totaal van ruim 9.000 genomen crisismaatregelen.

10.3.4 Het klachtrecht van de patiënt

De positie van de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp)

Door de met de Wvggz beoogde accentverschuiving van opname naar ambulante behandeling, komt de positie van de pvp in een ander licht te staan. Onder de Wet Bopz was het voor de pvp relatief eenvoudig om zich bekend te maken bij de in de instelling opgenomen patiënten. Bij patiënten met een crisismaatregel of een zorgmachtiging waarin (in eerste instantie) ambulante verplichte zorg centraal staat is dat veel minder makkelijk. Om die reden voorziet de wet op twee plaatsen in een bepaling waarin een attenderingsplicht is opgenomen. In art. 7:2 lid 5 is geregeld dat de burgemeester in het geval van een crisismaatregel de persoonsgegevens van betrokkene aan de pvp (in casu: de Stichting PVP) verstrekt, maar alleen als betrokkene daar "uitdrukkelijk" toestemming voor geeft. In de procedure zorgmachtiging is het de GD die de patiënt schriftelijk informeert over de mogelijkheid van advies en bijstand door een pvp (art. 5:4 lid 2 onder d), en om toestemming vraagt om persoonsgegevens te mogen doorsturen naar de Stichting PVP. Die attenderingsplichten leiden in de praktijk maar in beperkte mate tot het daadwerkelijk doorgeven van persoonsgegevens aan de Stichting PVP (crisismaatregel: 25% van de gevallen; zorgmachtiging: 6% van de gevallen[649]), en dus tot contact tussen patiënten en de pvp. Een door de Stichting PVP naar aanleiding van de Wvggz voorziene fte-uitbreiding van het pvp-werk is tot op heden niet nodig gebleken. De huidige wettelijke procedures hebben kennelijk niet het effect dat op een eenvoudige manier contact tussen patiënt en pvp tot stand komt. Dit terwijl toegang tot en ondersteuning door de pvp een cruciaal onderdeel vormt van de aan patiënten te bieden rechtsbescherming. Daarnaast moet worden gewezen op de eerder in dit hoofdstuk beschreven problematiek van de schriftelijke informatie aan patiënten over zijn rechten. Op dat punt bevat de wet formele, op schriftelijke informatieverstrekking gebaseerde bepalingen die niet erg effectief lijken te zijn (par. 10.3.1, onderdeel *Voorlichting aan de patiënt over zijn rechtspositie*). Juist daar zou de pvp een belangrijke rol kunnen spelen, hetgeen de vraag oproept of het wettelijk systeem niet zo kan worden ingericht dat het contact tussen patiënt en pvp sneller en makkelijker tot stand komt. Het is de vraag of het verstrekken van gegevens over een patiënt aan de pvp afhankelijk moet worden gemaakt van de toestemming van de patiënt in een crisissituatie. Aannemelijk is dat de patiënt daarover onder die omstandigheden vaak geen reële afweging zal kunnen maken, met name omdat deze niet kan overzien wat bijstand door de pvp voor hem kan

649 Uitgaande van het eerste halfjaar van 2021.

betekenen. Daardoor is er een kans dat de betrokkene in eerste instantie afwijzend zal reageren en daardoor zichzelf, zonder dat te kunnen beseffen, belangrijke rechtsbescherming ontzegt.

Problematisch is ook dat door uitvoeringsverschillen met betrekking tot het verstrekken van patiëntgegevens aan de pvp door burgemeester of GD sprake is van rechtsongelijkheid.

De betekenis voor de rechtspositie van de patiënt van de pvp als wettelijk geregelde voorziening rechtvaardigt dat gegevens van patiënten automatisch aan de pvp worden verstrekt, zoals een breed scala van respondenten aangeeft (waaronder MIND en de Stichting PVP). Op grond daarvan kan de pvp de patiënt contacteren met de vraag of advies en ondersteuning gewenst zijn. Een waarborg daarbij kan zijn dat de pvp de verstrekte gegevens verwijdert zodra duidelijk is dat de patiënt op zijn diensten geen prijs stelt.

Aanbeveling 16: Bepaal in de wet dat de gegevens over patiënten die met een crisismaatregel of zorgmachtiging te maken krijgen automatisch aan de pvp worden verstrekt (wetgever).

In de praktijk wordt ook wel gepleit voor een uitbreiding van de wettelijke taken van de pvp, bijvoorbeeld door deze ook een rol te geven met betrekking tot het plan van aanpak.

De regeling inzake de klachtencommissies

Art. 10:3 Wvggz somt de beslissingen op waartegen de patiënt of diens vertegenwoordiger of nabestaande een klacht kan indienen bij de klachtencommissie. Art. 10:3 wordt alom beschouwd als een onleesbare bepaling, aangezien deze uitsluitend bestaan uit een opsomming van artikelnummers.

Aanbeveling 17: Pas art. 10:3 Wvggz zodanig dat duidelijk is tegen welke beslissingen een beroep op de klachtencommissie mogelijk is (wetgever).

Onder respondenten bestaat de indruk dat er nogal wat verschillen zijn tussen de wijze waarop klachtencommissies zaken afhandelen en tussen de wijze waarop zijn hun uitspraken inrichten. Het wordt belangrijk geacht dat klachtencommissies niet in isolatie werken, ook om te voorkomen dat de rechtseenheid en de rechtsgelijkheid in gedrang komen. Gesuggereerd is dat in elk geval regelmatige overleggen tussen klachtencommissies plaatsvinden, bijvoorbeeld regionaal. Meer professionalisering en landelijke sturing wordt eveneens belangrijk gevonden, ook al omdat de klachtencommissie het voorportaal is van de rechter. In de praktijk blijkt dit vooralsnog een moeizaam traject te zijn, dat wel een aantal stimulansen kan gebruiken. Te overwegen is ten behoeve van de klachtencommissies een (eenvoudige) landelijke structuur in te richten die ondersteunend kan werken en die kan een rol kan spelen bij het opstellen van een document waarin minimale spelregels worden beschreven, ten behoeve van de rechtseenheid.

Aanbeveling 18: Organiseer een structuur om onderling contact tussen klachtencommissies te faciliteren en te stimuleren (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Art. 10:6 lid 7 bepaalt dat de klachtencommissies hun uitspraken openbaar maken, maar deze zijn thans niet altijd makkelijk te vinden.[650] Het is belangrijk dat deze uitspraken op één landelijke plaats beschikbaar zijn en doorzocht kunnen worden met behulp van zoektermen.[651] Dit geldt uiteraard ook voor uitspraken van klachtencommissies op grond van de Wzd.

Aanbeveling 19: Bepaal in de wet dat alle uitspraken van klachtencommissies op grond van de Wvggz en de Wzd op een centraal punt (bijvoorbeeld een website) geraadpleegd en doorzocht kunnen worden (wetgever).

Al voor de inwerkingtreding van de Wvggz was een uitvoerige discussie gaande over de vraag hoe de klachtencommissie en de rechter zouden moeten omgaan met de bevoegdheid (art. 10:11) om "naar billijkheid" schadevergoeding toe te kennen. Voorgesteld is daartoe een systeem van forfaitaire bedragen te hanteren. Over de bruikbaarheid van dat systeem binnen de systematiek van de Wvggz bestaan tot op heden verschillende opvattingen, uiteenlopend van zeer nuttig tot niet geschikt. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het forfaitaire systeem van schadevergoedingen over het algemeen waarschijnlijk niet is toegepast door Wvggz-klachtencommissies, en dat commissies lagere bedragen toekenden. Los van het forfaitaire stelsel, blijkt uit het onderzoek ook een zekere mate van variatie in de hoogte van schadevergoedingen zoals toegekend door klachtencommissies. Er is meer informatie nodig dan in het kader van deze evaluatie kon worden verkregen om te beoordelen of op het punt van de schadevergoedingen in voldoende mate sprake is van billijkheid en rechtseenheid. Mocht met name van dat laatste geen sprake zijn, dan dient dit probleem op een zo kort mogelijke termijn te worden opgelost, waarbij een forfaitair systeem een van de mogelijke oplossingsrichtingen is.
Het aantal rechterlijke uitspraken ten aanzien van schadevergoedingsverzoeken vertoont wel een stijgende trend. Waren dit er in 2020 ongeveer 70, in de eerste helft van 2021 lag dit aantal al boven de 100. Het is mogelijk dat deze stijging vooral is veroorzaakt door een toenemend aantal schadevergoedingsverzoeken vanwege termijnoverschrijdingen (art. 10:12).

10.3.5 Familievertrouwenspersoon en het betrekken van naasten

Nieuw opgenomen in de Wvggz is de familievertrouwenspersoon (fvp). Deze heeft tot taak om de voor de continuïteit van zorg relevante naasten en familieleden te informeren, te adviseren en te ondersteunen. Hoewel in sommige instellingen ook onder de Wet Bopz al een fvp actief was, gaat het nu om een door de wet voor alle zorgaanbieders voorgeschreven functie. In zoverre is er sprake van een nieuwe functie en zal deze zich geleidelijk aan moeten ontwikkelen. Het zal ook tijd kosten om bekendheid en vindbaarheid te verbeteren. Gegevens over de eerste helft van 2021 wijzen erop dat fvp-en vooral ondersteuning bieden aan familie en naasten van patiënten met een lopende (voortgezette) crisismaatregel of zorgmachtiging, en veel minder aan familie en naasten van patiënten voor wie een zorgmachtiging wordt voorbereid. Afgezet tegenover de aantallen machtigingen en maatregelen gaat het om verhoudingsgewijs lage aantallen casussen waarin fvp-en ondersteuning boden aan familie en naasten. De functie van fvp kan duidelijk nog verder tot bloei

650 Er zijn wel initiatieven ontplooid om dit te verbeteren, zie bijvoorbeeld https://wvggzklachten.nl/commissies/.

651 Zoals bijvoorbeeld ook het geval is met uitspraken van tuchtcolleges.

komen, temeer gezien de algemene (h)erkenning van de waarde van mogelijke ondersteuning door een fvp.

Art. 12:1 Wvggz bepaalt dat een zorgaanbieder ervoor zorg draagt dat familie en naasten een beroep kunnen doen op de fvp, maar regelt niet dat de familie over het bestaan van die functionaris wordt geïnformeerd (zoals wel het geval is in de relatie patiënt-pvp).

Aanbeveling 20: Neem in de wet op dat de zorgaanbieder jegens familie en naasten een informatieplicht heeft met betrekking tot de mogelijkheid een familievertrouwenspersoon in te schakelen (wetgever).

Meer in het algemeen lijkt op het terrein van het direct betrekken van familie en naasten bij het traject dat patiënten ondergaan nog het nodige te winnen. Dat betrekken van familie en naasten loopt in veel gevallen nog niet goed, hetgeen ook de fvp-en rapporteren. Ook spelen er vragen rond het beroepsgeheim: wat mogen we met familie wel en niet bespreken? Het gevoel bestaat dat door het nog niet voldoende betrekken van familie naasten kansen en relevante gegevens worden gemist, bijvoorbeeld ook in het kader van het verkennend onderzoek.

10.4 De Wzd

10.4.1 Algemeen

Alvorens in te gaan op specifieke aspecten van de Wzd komen in deze paragraaf enkele algemenere thema's aan de orde.

Randvoorwaarden, achterstand in implementatie

Eerder in dit hoofdstuk is reeds in algemene zin aandacht besteed aan het belang van randvoorwaarden en goede implementatie (par. 10.2.2 en 10.2.5). Het onderzoek laat zien dat dit in het Wzd-domein een groter probleem was en is dan op het gebied van de Wvggz. Zowel waar het gaat om de organisatie en beschikbaarheid van de zorg als op het punt van de beschikbaarheid van voldoende personeel zijn door respondenten regelmatig knelpunten genoemd. De voorzichtige conclusie is, dat de Wzd-sector minder klaar was voor de inwerkingtreding van de wet dan de Wvggz-sector. Eerder is al opgemerkt dat vervolgens ook de corona-pandemie een grote impact had op de implementatie van de Wzd, in de verpleeghuissector nog meer dan in de zorg voor gehandicapten. De optelsom van al deze factoren en ontwikkelingen is dat de implementatie van de Wzd nog veel aandacht en activiteit behoeft.

De reikwijdte van de Wzd

Waar de reikwijdte van de Wvggz niet of nauwelijks tot vragen aanleiding heeft gegeven, is dat met betrekking tot de Wzd wel het geval. De Wzd richt zich in beginsel op cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. In aanvulling daarop bepaalt art. 1 lid 4 Wzd dat bij AMvB zogenaamde gelijkgestelde aandoeningen kunnen worden aangewezen, waarop

de wet dan ook van toepassing is, en wel als sprake is van de omstandigheden die worden genoemd in art. 1 lid 4 onder a, b en c. De bedoelde AMvB is inmiddels al enkele malen aangepast. Er is in het veld veel twijfel over de vraag of de diagnose-gerichte insteek van art. 1 lid 4 wel de juiste is. Daarnaast wordt betoogd dat onduidelijkheid ontstaat door het gebruik in de wet van verschillende begrippen (aandoening, handicap, stoornis). Er is veel draagvlak voor een benadering die niet een diagnose centraal stelt, maar de zorgbehoefte van de cliënt. Dat is mogelijk door de 'toegang' tot de Wzd voor andere categorieën cliënten dan die met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap in handen te leggen van een deskundige arts. Daarmee vervalt de noodzaak om telkens de lijst van gelijkgestelde aandoeningen aan te passen.

Aanbeveling 21: Vervang de huidige bepaling over gelijkgestelde aandoeningen (art. 1 lid 4 Wzd) door een bepaling waarin een deskundige arts de bevoegdheid krijgt om op grond van thans in art. 1 lid 4 genoemde omstandigheden a, b en c te bepalen dat een cliënt is aangewezen op Wzd-zorg (wetgever).

Belangrijk is dat de in deze aanbeveling bedoelde arts de deskundigheid bezit de zorgbehoefte in een breder kader te plaatsen, waarbij onder meer ook veiligheidsaspecten van belang zijn.

Onvrijwillige zorg

Art. 2 lid 1 Wzd noemt een lijst van vormen van onvrijwillige zorg die gelijk is aan de lijst van vormen van verplichte zorg in art. 3:2 lid 2 Wvggz, maar in het Wzd-domein is er aanzienlijk meer discussie over de vraag wat er wel en niet onder die lijst valt. In de praktijk komen voorbeelden naar voren van een zeer brede interpretatie van die lijst. Zo'n brede benadering heeft vergaande implicaties, aangezien bij het toepassen van onvrijwillige zorg het later te bespreken stappenplan moet worden gehanteerd. Anderzijds kan door een te beperkte uitleg aan de cliënt ook de rechtsbescherming worden onthouden die hem toekomt. Het onderzoek laat zien dat in de praktijk zowel extensieve als restrictieve interpretaties voorkomen van de in de wet opgenomen vormen van onvrijwillige zorg. De conclusie is dat over de vraag welke interventies wel en niet vallen onder de wettelijke vormen van onvrijwillige zorg nog veel onduidelijkheid bestaat. Men kan zich afvragen of de wetgever beoogd heeft de lijst zo ruim te interpreteren dat ook de voorbeelden zoals hiervoor genoemd daaronder vallen.

Aanbeveling 22: Draag zorg voor een verheldering van de inhoud van de in art. 2 lid 1 Wzd genoemde vormen van onvrijwillige zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Het is van belang daarbij ook de afbakening met het begrip huisregel te verduidelijken. In de praktijk bestaat de nodige onduidelijkheid over wat in een zorgplan thuishoort en als onvrijwillige zorg kan worden toegepast en wat qua beperkingen geregeld moet of kan worden in de huisregels. De algemene toelichting daarop (individuele maatregelen in het zorgplan en voor iedereen geldende normen in de huisregels) biedt in de praktijk te weinig houvast.

Het locatieregister

Onduidelijkheid over de vormen van onvrijwillige zorg zorgt ook voor vragen en knelpunten met betrekking tot het in art. 20 Wzd geregelde locatieregister. Zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen dienen de locaties waar dit gebeurt in een register op te geven. Dat veronderstelt dat de zorgaanbieder zich ervan bewust is dat de zorg die hij verleent onvrijwillige zorg is in de zin van de Wzd. Respondenten geven aan dat dat niet altijd het geval is, hetgeen ertoe kan leiden dat een locatie ten onrechte niet als zodanig wordt geregistreerd. Dat heeft tal van consequenties, bijvoorbeeld ook dat de betreffende plek dan buiten het gezichtsveld van de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) kan vallen. Als reden voor het niet registeren wordt aangegeven dat de registratie als bewerkelijk wordt ervaren en soms wordt gevreesd dat registratie zal leiden tot het toepassen van meer onvrijwillige zorg. Daarnaast wordt ruimte voor differentiatie bepleit, zodat bijvoorbeeld slechts een deel van een gebouw als locatie wordt geregistreerd, of slechts voor bepaalde vormen van onvrijwillige zorg. Behulpzaam kan ook zijn de registratieplicht te verruimen tot alle situaties waarin redelijkerwijs te verwachten valt dat daar onvrijwillige zorg zal plaatsvinden. De algemene indruk is dat waar het gaat om het Wzd-domein, het locatieregister bepaald nog niet compleet is.

Aanbeveling 23: Verduidelijk de terminologie met betrekking tot het begrip locatie, creëer ruimte voor differentiatie en overweeg de registratieplicht te verruimen tot alle situaties waarin redelijkerwijs te verwachten valt dat onvrijwillige zorg zal plaatsvinden (wetgever).

Rollen en verantwoordelijkheden

In de Wzd wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende rollen en verantwoordelijkheden, waar het gaat om de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke en de zorgverlener. Een goede uitwerking van de rolverdeling tussen deze actoren vraagt veel aandacht. Het gaat om een proces dat nog niet is voltooid, mede omdat het in een aantal gevallen moeilijk is om voldoende gekwalificeerde professionals te vinden. Wvggz en Wzd kennen beide wezenlijke taken toe aan de zorgverantwoordelijke, maar er bestaan tussen beide domeinen aanzienlijke verschillen waar het gaat om het functieniveau van deze functionaris. Met betrekking tot de zorgverantwoordelijken onder de Wzd wordt wel betwijfeld of deze over voldoende kennis en ervaring beschikken om deze functie goed te kunnen uitoefenen.
Nog niet alle zorgaanbieders beschikken over een Wzd-functionaris, mede vanwege de personeelsproblematiek. Ook wordt de vraag opgeworpen of de verhouding tussen de taken en verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en die van de Wzd-functionaris wel in balans is. Bepleit wordt dat een duidelijker onderscheid wordt gemaakt tussen een meer beleidsmatige rol van de zorgaanbieder en een meer toezichthoudende rol van de Wzd-functionaris. Ook dient de verantwoordingsplicht veel nadrukkelijker bij de zorgaanbieder te liggen; in dat licht gezien is het de vraag of het juist is dat de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke kunnen worden veroordeeld tot het betalen van een schadevergoeding (art. 44 lid 1 Wzd, zie nader par. 10.4.5). Tenslotte is er het probleem van de kleine of solistisch werkende zorgaanbieders. Voor hen is het ingewikkeld om te voldoen aan de talrijke wettelijke verplichtingen rondom rollen en verantwoordelijkheden.

Aanbeveling 24: Beleg de beleidsverantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken betreffende onvrijwillige zorg niet bij de Wzd-functionaris, maar bij de zorgaanbieder. Maak duidelijk hoe de zorgaanbieder die geen instelling is maar een solistisch werkende beroepsbeoefenaar, invulling moet geven aan de talrijke verplichtingen die de wetgeving aan zorgaanbieders oplegt (wetgever, overheid).

In de praktijk is een discussie gaande over de vraag of het aantal beroepsgroepen dat in aanmerking komt voor het vervullen van de functie van Wzd-functionaris zou moeten worden uitgebreid, zodat bijvoorbeeld ook een verpleegkundig specialist deze functie kan vervullen. Een dergelijke uitbreiding kan personeelsproblemen verminderen.

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Cliënten die zich niet verzetten

Waar de Wvggz zich richt op patiënten die blijk geven van verzet, heeft de Wzd ook betrekking op patiënten die niet (kunnen) instemmen, maar zich ook niet verzetten. Bepalingen daarover zijn te vinden in art. 2 lid 2 (regels onvrijwillige zorg in bepaalde gevallen van toepassing op wilsonbekwame patiënten die zich niet verzetten) en art. 21 (procedure voor de opneming en verblijf in een accommodatie van cliënten die blijk geven van bereidheid noch verzet). Dat is een van de onderdelen van de Wzd die overeenkomen met de vroegere Wet Bopz. De procedure van art. 21 Wzd wordt op jaarbasis frequent toegepast, zo'n 20.000 keer, in 98% van de gevallen met betrekking tot een opneming/verblijf in de psychogeriatrie.
Enerzijds kan worden gezegd dat de Wzd door de genoemde bepalingen bijdraagt aan een brede bewustwording over de zorgvuldige omgang met zorg in alle gevallen waarin de patiënt daarvoor geen toestemming geeft of kan geven. Gesteld kan worden dat juist die groep extra aandacht en bescherming verdient. Anderzijds zou deze bewustwording ook op andere manieren kunnen worden gestimuleerd, en is het de vraag waarom in het geval van een cliënt die niet instemt maar zich ook niet verzet, niet zou kunnen worden volstaan met een (eventueel aangescherpte) rol van de vertegenwoordiger van de cliënt. In het veld bestaan twijfels over de noodzaak van specifieke regelgeving in de Wzd met betrekking tot situaties waarin de cliënt zich niet verzet. Het gevoel bestaat dat de reguliere regels voor vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten toereikend zijn en voldoende bescherming bieden.
De praktijk wijst daarnaast uit dat er behoefte is aan verduidelijking van het begrip verzet. Over de interpretatie daarvan bestaan uiteenlopende opvattingen, bij voorbeeld als het gaat om situaties waarin betrokkene 'neen' zegt, maar de zorg wel accepteert en om de duiding van non-verbale uitingen van mensen met dementie.

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Administratieve belasting

Van (onevenredige) administratieve belasting is in de context van de Wzd vooral sprake in relatie tot het hierna te bespreken stappenplan.

10.4.2 Het zorgplan en het verlenen van (ambulante) onvrijwillige zorg

Zorgplan

De basisregels met betrekking tot het zorgplan zijn te vinden in de artt. 5-9 Wzd. Op zich doen zich daarbij geen grote problemen voor. Wel wordt opgemerkt dat de genoemde bepalingen nogal uitvoerig zijn en dat overlap bestaat met de bepalingen over het zorgplan in hoofdstuk 8 van de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook geven respondenten aan dat het op de werkvloer ingewikkeld is om het zorgplan en het stappenplan uit elkaar te houden.

Aanbeveling 25: Bezie mede in het licht van de bepalingen die over het zorgplan reeds in de Wlz zijn opgenomen, welke onderdelen in de artt. 5–9 Wzd alles afwegend gemist kunnen worden dan wel aanpassing verdienen en/of ter zelfregulering aan het veld kunnen worden overgelaten (wetgever).

De mogelijke vormen van onvrijwillige zorg

Bij het begrip onvrijwillige zorg en de verschillende vormen daarvan zijn hiervoor al kanttekeningen geplaatst (par. 10.4.1). Evenals bij de Wvggz roept de formulering van de mogelijke vormen van vrijwillige zorg in art. 2 lid 1 onder a vragen op. Het is beter die formulering op te splitsen. In de context van de Wzd wordt vooral ook het laatste onderdeel daarvan als onduidelijk ervaren.

Aanbeveling 26: Splits art. 2 lid 1 onder a Wzd op in meerdere elementen en verduidelijk de betekenis van het behandelen van een somatische aandoening ‘vanwege’ de aandoening/beperking waardoor de cliënt onder de Wzd valt (wetgever).

Het stappenplan

Het ‘stappenplan’ is de inmiddels gangbare benaming voor de procedure die aan de orde is in de gevallen waarin onvrijwillige zorg moet worden toegepast (art. 10 e.v. Wzd). Dit is het onderdeel van de Wzd waarover de afgelopen jaren de meeste discussie heeft plaatsgevonden, zowel in de literatuur als in het veld. In die discussie wordt het stappenplan niet zelden als een complex fenomeen getypeerd, dat moeilijk uitvoerbaar en een aanzienlijke administratieve belasting met zich meebrengt. In de tweede reparatiewet, die grotendeels in november 2021 in werking trad, is overigens enige vereenvoudiging van de wettelijke bepalingen terzake opgenomen.

De opvattingen over en ervaringen met het stappenplan die in dit onderzoek zijn opgehaald laten een tweevoudig beeld zien. In algemene zin wordt de waarde van het stappenplan (h)erkend: de procedure draagt bij aan bewustwording over het zoveel mogelijk beperken van onvrijwillige zorg. Maar er worden ook tal van bezwaren geuit. Een belangrijke aanname ten tijde van de voorbereiding van de wet was dat het stappenplan goed zou aansluiten bij het reguliere zorgproces. Dat blijkt vaak niet het geval te zijn. Het stappenplan is te zeer als een afzonderlijk proces gepositioneerd en wordt in de praktijk ervaren als iets dat naast het reguliere zorgproces staat.

Een ander kritiekpunt is dat het stappenplan 'one size fits all' is en geen of te weinig ruimte laat voor differentiatie en maatwerk. Soms vraagt het stappenplan op een te vroeg moment om evaluatie; soms is juist een snellere evaluatie dan voorzien in het stappenplan nodig. Voorts is de verhouding tussen de interne en de externe deskundige niet altijd optimaal. Het overheersende geluid is dat de praktijk behoefte heeft aan veel meer flexibiliteit dan de huidige regeling biedt. De regeling is in de praktijk vaak moeilijk strikt te volgen: "dat lukt niet, we zijn al blij dat we in de geest van kunnen handelen". Een vaker gehoorde opvatting is dat onderscheiden moet worden tussen lichtere en zwaardere vormen van onvrijwillige zorg. Bij lichtere vormen zou een eenvoudiger regeling mogelijk moeten zijn. Een andere variant is: bij zwaardere vormen de rechter inschakelen (zoals bij de Wvggz) en bij lichtere vormen een afgeslankt stappenplan toepassen. Het moeten toepassen van het stappenplan in gevallen waarin er geen sprake is van verzet (art. 2 lid 2 Wzd) stuit ook op weerstand.

Er is in het veld een duidelijke wens om de procedure van het stappenplan te vereenvoudigen dan wel om het stappenplan te beperken tot de zwaardere vormen van onvrijwillige zorg. Sommige respondenten aarzelen daar zoals gezegd over, omdat zij veel waarde hechten aan de met het stappenplan beoogde bewustwording. Het is echter niet ondenkbaar dat die bewustwording ook op andere manieren kan worden gerealiseerd, zoals door goede (bij)scholing. Er is alle aanleiding nader te onderzoeken of met betrekking tot het stappenplan een onderscheid tussen zwaardere en lichtere vormen van onvrijwillige zorg kan worden gemaakt en welke bepalingen/onderdelen bij van de diverse elementen van het stappenplan gemist of genuanceerd kunnen worden of kunnen worden overgelaten aan lagere regelgeving dan wel aan zelfregulering. Dat laatste, zo verwoorden respondenten, zou meer ruimte en eigen verantwoordelijkheid aan de professional geven, hetgeen belangrijk wordt geacht. De huidige wettelijke vormgeving wordt alom als inflexibel en onnodig belastend gezien.

De wet wordt in een aantal gevallen zo uitgelegd dat zelfs de meest geringe beperking van de vrijheden van een cliënt in de sfeer van het formele stappenplan wordt getrokken. Andere zorgverleners hebben een hele andere focus, namelijk het willen bieden van veiligheid en goede zorg (bijvoorbeeld bij het treffen van maatregelen om te voorkomen dat een cliënt uit een stoel valt). Het kader van de Wgbo (art. 7:453, het bieden van de zorg van een goed hulpverlener) sluit beter aan bij hun belevingswereld dan de bepalingen van de Wzd. De vraag is of er mogelijkheden zijn om de reikwijdte van de zorgvormen die onder het stappenplan vallen te beperken dan wel om in de stappenplan-procedure meer mogelijkheden voor differentiatie en maatwerk op te nemen. Enerzijds moet de met het stappenplan beoogde rechtsbescherming worden behouden, anderzijds moet de inzet van het stappenplan proportioneel zijn. Het is de vraag of dat nu altijd zo is.

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

Ook met betrekking tot de randvoorwaarden worden kanttekeningen geplaatst. Zo zijn lang nog niet alle betrokken zorgverleners goed op de hoogte van de regeling van het stappenplan: gebrek aan kennis (zie ook par. 12.2.4). Ook zijn op tal van plaatsen de ondersteunende systemen (nog) niet op orde. Voorts zijn er onduidelijkheden over de mogelijkheden tot gegevensuitwisseling in de context van het stappenplan.

Aanbeveling 27: Neem expliciet in de Wzd op dat zowel bij de totstandkoming van de medische verklaring als bij het uitvoeren van het stappenplan gegevensuitwisseling is toegestaan tussen degenen die daarbij op grond van de wet betrokken (kunnen) zijn (wetgever).

Ambulante onvrijwillige zorg (AOV)

Dit onderwerp is in de jaren 2020-2021 binnen het Wzd-domein nog niet of nauwelijks van de grond gekomen. In de eerste plaats waren de omstandigheden daar niet naar, vanwege de gevolgen van de corona-pandemie. Daarnaast gaat het om een nieuw onderdeel van de wet, in vergelijking met de Wet Bopz, en bestaat nog veel onduidelijkheid over de (on)mogelijkheden van ambulante onvrijwillige zorg. Zorgaanbieders kijken de kat uit de boom en wachten de resultaten van de lopende proeftuinen (PG) en praktijklaboratoria (VG) af. Die resultaten zijn er nog niet. Gegevens over de mate waarin ambulante onvrijwillige zorg wordt toegepast zijn evenmin beschikbaar. Wij hopen daarover in fase 2 meer te kunnen zeggen. Dat moet ook duidelijker worden of AOV in beide sectoren van de Wzd (VG en PG) betekenis heeft. Tot op heden zijn bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties nog nauwelijks bezig met de mogelijkheden van AOV, ten dele omdat er in het veld sprake is van een gebrek aan kennis over dit onderdeel van de Wzd (en men ten onrechte denkt dat er geen sprake is van dwang als bedoeld in de wet). Een ander voorbeeld van onjuiste toepassing van de wet: “we laten het de familie doen, zodat wij het stappenplan niet hoeven toe te passen”.

AOV veronderstelt ook de aanwezigheid van enkele belangrijke randvoorwaarden, waarvan met name in de ouderenzorg nog geen sprake van is. Dat heeft onder meer te maken met de volgende aspecten:

— onduidelijkheid over de rol van de huisarts en over diens relatie met de specialist ouderengeneeskunde (en in de VG met de arts verstandelijk gehandicapten). Onder huisartsen wordt veel weerstand ervaren ten aanzien van het nemen van verantwoordelijkheid voor AOV. Door de afhoudende opstelling van huisartsen aarzelen ook andere zorgverleners;
— het ontbreken van mogelijkheden voor een MDO;
— onduidelijkheid over de rol van de familie. Daarover worden verschillende vragen en problemen gerapporteerd. Bij AOV speelt familie niet zelden een grote, deels ook uitvoerende rol. Zorgverleners weten niet goed hoe op dit punt met de taken en activiteiten van de familie om te gaan. De verantwoordelijkheidsverdeling zorgverlener-mantelzorger roept veel vragen op. Onduidelijkheid daarover draagt bij aan de genoemde terughoudendheid;
— meer in het algemeen: hoe kan toezicht worden gehouden op uitvoering door de familie? Zonder reële toezichtmogelijkheden aarzelen zorgverleners sterk om verantwoordelijkheid te nemen voor situaties waarin ook familie een rol speelt.

Het gebeurt ook dat familie er juist op aandringt dat interventies in de thuissituatie niet het stempel onvrijwillige zorg krijgen. Er is veel twijfel over de vraag of de Wzd-regelgeving inzake AOV wel kan werken: het stappenplan bevat gedetailleerde regels, terwijl eigenlijk informele arrangementen en een meer coachende rol van zorgverleners richting de familie nodig zijn.

Aarzelingen met betrekking tot de regelgeving zijn er ook: zijn de in het Besluit Wzd gestelde voorwaarden voldoende om in praktijk zorgvuldige toepassing AOV in thuissituatie mogelijk te maken? Om deze en andere vragen te kunnen beantwoorden is nader onderzoek nodig, maar ook inzicht in de data over de toegepaste vormen van onvrijwillige zorg.

- Dit thema wordt in fase 2 nader uitgediept

10.4.3 De procedure van art. 21 Wzd

Art. 21 Wzd regelt de procedure die in de Wet Bopz bekend stond als de art. 60-regeling: de opneming op basis van een besluit tot opname en verblijf van het CIZ van cliënten die blijk geven van bereidheid noch verzet. Het gaat per jaar om grote aantallen cliënten (meer dan 20.000), met name in de PG. Hiervoor (par. 10.4.1, onderdeel *cliënten die zich niet verzetten*) is reeds aangegeven dat de vraag of een dergelijke regeling in de Wzd opgenomen moet blijven in fase 2 nader zal worden onderzocht. Voor de huidige praktijk is van belang dat de regeling van art. 21 vragen oproept over de rechtsgevolgen van een CIZ-besluit: welke beperkingen mogen een cliënt dan wel en niet worden opgelegd?

Aanbeveling 28: Licht nader toe wat de rechtsgevolgen zijn van het CIZ besluit tot opname en verblijf en wat precies de juridische status is van de op grond van dat besluit opgenomen cliënt (overheid).

10.4.4 De rechterlijke machtiging

Met betrekking tot de rechterlijke machtiging bevat de Wzd een regeling (art. 24 e.v.) die in belangrijke mate overeenkomt met die van de Wet Bopz. Per jaar wordt in enkele duizenden gevallen een dergelijke machtiging afgegeven. Onder de Wzd doen zich met betrekking tot die machtiging tal van uitvoeringsproblemen voor. Voorts is er in de praktijk een groot gebrek aan plaatsingsmogelijkheden. In een mogelijke oplossing daarvoor, een regio-overleg tussen ketenpartners, voorziet de Wvggz wel maar de Wzd niet.

Aanbeveling 29: Neem alsnog in de Wzd een verplichting op vergelijkbaar met die van art. 8.31 Wvggz (wetgever).

De Wvggz bevat een bepaling die het mogelijk maakt dat bij de tenuitvoerlegging van een crisismaatregel of zorgmachtiging de hulp van de politie in te roepen (art. 8:1 lid 5 Wvggz). Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om het vervoer van betrokkene naar een instelling. Een dergelijke bepaling wordt in de Wzd-praktijk wel degelijk gemist.

Aanbeveling 30: Voeg aan de Wzd een met art. 8:1 lid 5 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

10.4.5 Tijdelijke onvrijwillige zorg voorafgaand aan een inbewaringstelling

In spoedsituaties voorziet de Wzd in de mogelijkheid van inbewaringstelling door de burgemeester, te vergelijken met de crisismaatregel uit de Wvggz. In die laatste wet is bepaald dat zo nodig ook al in de periode tussen het aanvragen en verkrijgen van een crisismaatregel verplichte zorg mag worden toegepast (art. 7:3 Wvggz). De Wzd voorziet niet in een dergelijke bepaling, die in de Wzd-praktijk wel degelijk wordt gemist.

Aanbeveling 31: Voeg aan de Wzd een met art. 7:3 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

10.4.6 Het klachtrecht van de cliënt of diens vertegenwoordiger

De cliëntenvertrouwenspersoon

Nieuw in de Wzd is dat elke zorgaanbieder ervoor zorg moet dragen dat cliënten en hun vertegenwoordigers een beroep kunnen doen op een cliëntenvertrouwenspersoon (cvp). Het kost tijd voordat een dergelijke nieuwe functionaris een eigen plek heeft veroverd. In die periode zullen er vragen en onduidelijkheden zijn over diens taken en bevoegdheden en over de organisatorische inbedding van de cvp. Respondenten wezen erop dat het ook een aantal jaren duurde, in de jaren tachtig van de vorige eeuw, voordat de pvp in de psychiatrie zijn plek had gevonden. Medio 2021 waren er ongeveer 80 cvp-en geregistreerd in het betreffende register. Andere gegevens laten zien dat cvp-en in 2021 meer locatiebezoeken aflegden en vaker door cliënten en/of vertegenwoordigers werden benaderd dan in 2020. Aangenomen mag worden dat dit niet alleen het gevolg is van het wegvallen van de beperkingen ten gevolge van de corona-pandemie (die in 2020 nogal belemmerd uitpakten voor het werk van de cvp-en) maar ook van de toegenomen bekendheid van de cvp-en. Te verwachten valt dat de cvp de komende jaren een steeds grotere rol zal gaan spelen in het Wzd-domein.

In de praktijk is sprake van problemen en onduidelijkheden over rol en bevoegdheden van de cvp. Niet elke zorgaanbieder past de bevoegdheden van de cvp ruimhartig toe. Er doen zich situaties voor waarin de cvp ten onrechte (algemene) toegang tot een locatie geweigerd wordt of daarin wordt belemmerd. Eerder werd er al op gewezen dat het locatieregister Wzd nog niet compleet is, hetgeen het werk van de cvp ook bemoeilijkt. Vragen zijn er ook over de mate waarin de cvp kan handelen op verzoek van de vertegenwoordiger of familie van de patiënt. Daarover zal geleidelijk aan meer duidelijkheid moeten worden gecreëerd. Gelet op het belang van de functie van de cvp, en het daaruit voortvloeiende belang van adequate mogelijkheden om zich bekend te maken, is het cruciaal dat deze functionaris ook in algemene zin toegang tot locaties heeft. Het ligt voor de hand dit expliciet in de wet te regelen.

Aanbeveling 32: Pas art. 58 Wzd in die zin aan dat de cvp altijd in staat moet worden gesteld tot een algemeen locatiebezoek (wetgever).

Anders dan bij de pvp in de psychiatrie is met betrekking tot de cvp-en niet gekozen voor het onderbrengen van alle cvp-en bij één landelijke organisatie. Er zijn vier aanbieders van cvp-en. Wel is

er een Stichting Landelijke Faciliteit cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang (LFCVP). Deze stichting waarborgt de kwaliteit van de werkzaamheden van de cvp door het voeren van een kwaliteitsregister, toetst de praktijk van de cvp in relatie tot het kwaliteitskader en de wettelijke bepalingen inzake de cvp en ziet toe op de uniformiteit van de werkwijze van de cvp. Dit model geniet onder respondenten steun, maar er zijn ook zorgen. Dat sprake is van verschillende aanbieders kan leiden tot verschillen in aanpak, zo wordt gesteld. De vraag wordt gesteld of dit door de LFCVP voldoende kan worden tegengegaan. Tussen de LFCVP en de verschillende aanbieders is sprake van een goede samenwerking, maar er wordt ruis veroorzaakt doordat niet alle betrokken partijen het in 2019 tot stand gekomen Kwaliteitskader cvp hebben onderschreven. In een in juli 2021 verschenen onderzoek wordt aanbevolen een nieuw Kwaliteitskader op te stellen, waarin ook tal van lopende vragen en onduidelijkheden kunnen worden verhelderd en dat goed is afgestemd met de wettelijke bepalingen. Die aanbeveling verdient ondersteuning. Het belang van uniformiteit in de aanpak van de cvp-en wordt alom onderschreven. Een aangepast Kwaliteitskader kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren.

Zoals in de volgende paragraaf aan de orde komt, wordt in de Wzd-sectoren van de formele klachtmogelijkheden weinig tot geen gebruik gemaakt. Dat was ook onder de Wet Bopz al zo. Dat onderstreept het belang in deze sectoren van meer informele arrangementen voor rechtsbescherming, en met name de cvp.

In de praktijk is niet altijd duidelijk wat het onderscheid is tussen de cvp en de klachtenfunctionaris als geregeld in de Wkkgz. Dat zal zich naar verwachting nader moeten uitkristalliseren, waar nodig door het maken van afspraken. Het gaat om twee van elkaar te onderscheiden wettelijke functionarissen. In het Wvggz-domein, waar het gaat om de verhouding tussen de Wkkgz-klachtenfunctionaris en de pvp, speelt deze discussie niet of nauwelijks. Kennelijk heeft men daar een voor alle betrokkenen heldere rolverdeling gevonden.

De klachtencommissie

Evenals de Wvggz bevat ook de Wzd een regeling waarin de cliënt of zijn vertegenwoordiger klachten kan voorleggen aan een klachtencommissie. Tegen besluiten van die commissie kan in beroep worden gegaan bij de rechter. Het ging blijkens de beschikbare gegevens over 2020 om zeer lage aantallen klachten. Het is van belang dit te accentueren, omdat de klachtenregeling in de visie van de wetgever een belangrijk onderdeel uitmaakt van het stelsel van rechtsbescherming van de Wzd. In de Wzd speelt de rechter bij de vraag of onvrijwillige zorg mogelijk moet zijn alleen een rol als het gaat om een cliënt die zich verzet tegen opneming en verblijf in een instelling. Anders dus dan in de Wvggz (die voorziet in de combinatie van rechterlijke bemoeienis met alle vormen van verplichte zorg en de mogelijkheid om over de daadwerkelijke toepassing daarvan de klachtencommissie en de rechter te benaderen) zijn de klachtencommissie en de daaropvolgende rechter in de Wzd een compenserend mechanisme voor het ontbreken van initiële rechterlijke bemoeienis met de meeste vormen van onvrijwillige zorg. Dat daarvan weinig gebruik wordt gemaakt wordt door een aantal respondenten gezien als een aanwijzing dat de verschillen in rechtsbescherming tussen Wvggz en Wzd te groot zijn. Het is dan echter wel belangrijk om de verschillende onderdelen van de Wzd in samenhang te bezien,

met name waar het gaat om de (mogelijke) betekenis van de cvp, mede gelet op de kenmerken van Wzd-sectoren en –cliënten.

Art. 44 lid 2 opent de mogelijkheid om in gevallen waarin de wet niet is nageleefd schadevergoeding te vragen aan de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris of de zorgverantwoordelijke. Het is opmerkelijk dat de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke in deze bepaling worden genoemd. In de praktijk zal een toegekende schadevergoeding ten laste komen van de zorgaanbieder waar zij in dienst zijn, maar het is wenselijk ook art. 44 zo te formuleren. Het gaat er immers niet om de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke persoonlijk aansprakelijk te houden.

Aanbeveling 33: Beperk de aansprakelijkheid voor schadevergoeding tot de zorgaanbieder (wetgever).

Er zijn meerdere klachtencommissies Wzd (naast de landelijke KCOZ), hetgeen de uniformiteit van afhandeling en het terugvinden van uitspraken niet vergemakkelijkt. Ook met betrekking tot (de weinige) uitspraken van klachtencommissies Wzd is het belangrijk om die op een makkelijk toegankelijk plek te verzamelen en te publiceren. Zie hiervoor aanbeveling 19.

10.4.7 De relatie tot de Wgbo en de Wkkgz

In grote lijnen is de verhouding tussen de Wgbo en de Wzd wel duidelijk. De Wgbo is de algemene wet en de Wzd de speciale. Bij strijdigheid tussen beide regelingen prevaleert de Wzd. Niettemin zijn er onduidelijkheden, bijvoorbeeld bij de kwestie van het uitvoeren van een somatische medische behandeling “vanwege” de aandoening/handicap/stoornis waarop de Wzd ziet (art. 2 lid 1 onder a). De factsheet ‘Relatie Wzd en Wgbo’ is hier niet helder over. Dit roept in de context van de Wzd meer vragen op dan in het domein van de Wvggz, omdat in de Wzd-context veel vaker sprake is van somatische problematiek naast de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke handicap.

Aanbeveling 34: Bezie op welke punten de verhouding tussen Wzd en Wgbo nog verder verduidelijkt kan worden (overheid).

Waar het gaat om de Wkkgz speelt vooral de vraag welke klachtenregeling van toepassing is als een cliënt uit het Wzd-domein tijdelijk in een ziekenhuis verblijft en daar onvrijwillige zorg wordt toegepast. Een in voorbereiding zijnde handreiking over de toepassing van de Wzd in een ziekenhuis kiest dan voor toepasselijkheid van de klachtenregeling van de Wkkgz. Optimaal is dat wellicht niet, aangezien de Wzd-klachtenregeling meer mogelijkheden biedt, maar de keuze van de handreiking valt om praktische redenen wel te begrijpen.

10.5 Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming

10.5.1 Algemeen

Soms blijkt voor cliënten voor wie het Wvggz-regime aangewezen lijkt, het Wzd-regime toch beter te passen, al dan niet tijdelijk; het omgekeerde kan natuurlijk ook het geval zijn. Als er sprake is van meervoudige problematiek, kan het beeld van wat het meest bepalend is voor de problemen van de

cliënt (de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking dan wel de psychiatrische stoornis) gemakkelijk verschuiven. Elk van beide wetten richt zich op een eigen populatie; bij de Wvggz zijn dat patiënten met een psychiatrische stoornis, bij de Wzd cliënten met PG of VG-problematiek dan wel een daarmee gelijkstelde aandoening. Dat is op zich een duidelijk onderscheid, maar het is ook nogal theoretisch. Het gaat erom welke problematiek 'voorliggend' is, maar dat is in de praktijk niet altijd zonder meer duidelijk en kan in de tijd ook wisselen. De tweede reparatiewet heeft dit overigens enigszins gerelativeerd, door in art. 24 lid 4 Wzd (nieuw) te bepalen dat de rechter ook een Wzd-machtiging kan geven in het geval van een psychische stoornis, als die stoornis tot problematiek, regieverlies en zorgbehoefte leidt vergelijkbaar met die van mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap.

Dat neemt niet weg dat het een probleem is dat het bij Wvggz en Wzd om twee verschillende wetten gaat, elk met hun eigen domein en systematiek en waarvan er in principe slechts één tegelijk van toepassing kan zijn. Uit zorginhoudelijk oogpunt is het echter gewenst dat de cliënt zo snel mogelijk de meest passende zorg krijgt, dat de overgang van het ene naar het andere domein zonder al te veel problemen verloopt en dat de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft. De praktijk laat echter zien dat een soepele regime-wisseling vaak erg lastig of soms zelfs onmogelijk is ("Het doorplaatsen van een patiënt van ene wet naar andere is erg ingewikkeld, zou veel makkelijker moeten worden gemaakt"). Problemen op dat vlak hebben verschillende oorzaken, die deels binnen en deels buiten de wet liggen:

— het overgrote deel van de instellingen vindt het onmogelijk om beide wettelijke regimes onder één dak uit te voeren;
— bij de overgang naar een andere wet is veelal een nieuwe maatregel vereist; het aanvragen daarvan brengt grote administratieve lasten met zich mee;
— de timing van het aanvragen van een nieuwe maatregel komt niet altijd overeen met de beschikbaarheid van een bed binnen het andere regime. Die beschikbaarheid is met name in het Wzd-domein een probleem;
— door de verschillen tussen Wvggz en Wzd op het punt van de gekozen vormen van rechtsbescherming heeft een zorgmachtiging op grond van de Wvggz een ander karakter dan de rechterlijke machtiging op grond van de Wzd. Dit bemoeilijkt de uitwisselbaarheid tussen beide domeinen.

Een aanname van de wetgever was dat cliënten uit het Wzd-domein vaker tijdelijk verhuizen naar het Wvggz-domein dan omgekeerd het geval is. Toch komt ook die omgekeerde route voor. Waar wel is bepaald dat een Wzd-machtiging gedurende het verblijf van betrokkene in een Wvggz-context wordt opgeschort, en 'herleeft' zodra de cliënt weer terugkeert naar het Wzd-domein, is in een regeling van de omgekeerde situatie niet voorzien. Als een patiënt een zorgmachtiging Wvggz heeft en daarna een rechterlijke machtiging Wzd opgelegd krijgt, vervalt de zorgmachtiging (art. 1 lid 6 Wzd). De tweede reparatiewet heeft op dit punt wel een zinvolle verbetering gebracht, door in de wet te doen opnemen dat de ZM pas vervalt op het moment van opneming in een Wzd-accommodatie. Dit om te voorkomen dat een juridisch vacuüm ontstaat in de periode tussen het afgeven van een rechterlijke machtiging Wzd en de daadwerkelijke opneming. Een ander probleem is dat verlening van een rechterlijke machtiging geboden kan zijn op een moment dat de Wzd-client zich tijdelijk in een

Wvggz-instelling bevindt. De wet voorziet echter niet in de mogelijkheid van verlenging van een machtiging die opgeschort is.

Respondenten geven voorts aan dat de doorgeleidingsbepalingen tussen beide wetten aangevuld zouden moeten worden. Waar nu het CIZ in het kader van een aanvraag voor een rechterlijke machtiging Wzd kan oordelen dat een zorgmachtiging Wvggz meer aangewezen is en de zaak kan doorsturen naar de betreffende officier van justitie, regelt de Wvggz het omgekeerde traject niet.

Aanbeveling 35: Neem in de Wzd op dat bij tijdelijk verblijf van een Wvggz-patiënt in een Wzd-instelling de zorgmachtiging ex Wvggz niet vervalt, maar wordt opgeschort (wetgever).

Aanbeveling 36: Maak het mogelijk dat een opgeschorte Wzd-machtiging ook kan worden verlengd op een moment dat betrokkene met een zorgmachtiging zich in een Wvggz-instelling bevindt, en wel in gevallen waarin een terugkeer naar het Wzd-domein voorzienbaar is (wetgever).

Aanbeveling 37: Neem in de Wvggz vergelijkbare doorgeleidingsbepalingen op als thans in art. 28, tweede lid en 30, tiende lid Wzd zijn opgenomen teneinde een tijdige overgang naar de Wzd procedures te bespoedigen, mocht deze in de voorbereidingsfase van een ZM aangewezen blijken (wetgever).

Het ligt voor de hand de redenering van aanbeveling 36 ook toe te passen in de situaties waarop aanbeveling 35 het oog heeft.

Bij een overgang naar het andere domein is zoals gezegd veelal een nieuwe maatregel vereist; het aanvragen daarvan kost de nodige tijd en brengt het grote administratieve lasten met zich mee. In dit verband is wel de gedachte geopperd om althans in de Wvggz te voorzien in de mogelijkheid dat – als de zorgmachtiging (ook) onvrijwillige opneming als vorm van verplichte zorg kent – die ook ten uitvoer kan worden gelegd in een Wzd-instelling. Dat is een andere benadering van de problematiek waarop aanbeveling 35 ziet.

Aanbeveling 38: Neem in elk geval in de Wvggz de mogelijkheid op dat, onder voorwaarden, de onvrijwillige opname in de zin van die wet mede kan strekken tot opneming in een Wzd-accommodatie (wetgever).

Ook in de omgekeerde richting (Wzd > Wvggz) kan dit overigens aan de orde zijn.

In het bijzonder respondenten uit de juridische hoek hebben meer in het algemeen gewezen op de mogelijke zinvolheid van een flexibele machtiging in ruimere zin, die in beide domeinen (Wvggz en Wzd) ten uitvoer gelegd zou moeten kunnen worden. Zij tekenden daarbij aan dat problemen worden veroorzaakt door de verschillen tussen een zorgmachtiging Wvggz (waarin meerdere vormen van verplichte zorg kunnen zijn opgenomen) en een rechterlijke machtiging Wzd (die slechts op onvrijwillige opname betrekking heeft). Dat zou kunnen worden opgelost door een optie die de

systemen van beide wetten meer naar elkaar toe trekt: in gevallen waarin in het Wzd-domein wegens verzet van betrokkene een rechterlijk besluit tot opname en verblijf nodig is, oordeelt de rechter ook over de andere noodzakelijke vormen van onvrijwillige zorg (zoals ook bij de ZM Wvggz het geval is). Dat geldt dan voor de duur van de opname en het verblijf. Een dergelijke machtiging Wzd zou de uitwisselbaarheid met de Wvggz aanzienlijk kunnen vergemakkelijken en heeft ook als mogelijk voordeel dat de systemen van beide wetten iets meer naar elkaar toe worden getrokken.

10.6 De relatie met de Wfz

10.6.1 Algemeen

Zowel in het kader van deze evaluatie als door het WODC is onderzoek gedaan naar de raakvlakken tussen Wvggz/Wzd en de Wfz. In deze evaluatie stonden de gevolgen voor Wvggz en Wzd centraal; het onderzoek van het WODC omvat een integrale analyse van art. 2.3 Wfz, de bepaling die de schakel vormt tussen de Wfz en Wvggz/Wzd.[652] De onderstaande beschouwingen zijn gebaseerd op hoofdstuk 9 van dit rapport en op de in de hoofdstukken 4 (par. 4.10) en 7 (par. 7.8) neergelegde bevindingen. Op enkele punten is gebruik gemaakt van gegevens uit het WODC-onderzoek.

Dat de Wvggz en de Wzd in samenhang moeten worden gezien met de Wfz, is het gevolg van art. 2.3 van die wet, welke bepaling de strafrechter, ambtshalve of op verzoek van de officier van justitie, de mogelijkheid geeft ten behoeve van een persoon die strafrechtelijk vervolgd wordt een machtiging als bedoeld in de Wvggz of de Wzd te geven. Deze bepaling geeft de strafrechter de mogelijkheid een afweging te maken tussen zorg en dwang. Hiermee wordt beoogd de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ te verbeteren, in situaties waarin zorgverlening aan betrokkene beter op zijn plaats is dan strafrechtelijke sanctionering. Met de komst van art. 2.3 Wfz is de vroegere mogelijkheid van art. 37 Sr (last van de strafrechter tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van max. een jaar) vervallen. De machtiging van art. 2.3 Wfz wijkt op een aantal punten van het vroegere art. 37 Sr af: er hoeft geen strafbaar feit te zijn bewezen, de maatregel kan op meerdere momenten in het strafproces worden ingezet, de maatregel kan ook ambulante dwang omvatten en de duur is maximaal zes maanden. Is langere toepassing van verplichte/onvrijwillige zorg nodig, dan kan op grond van de Wvggz respectievelijk de Wzd tot verlenging van de machtiging worden overgegaan. Zowel de Wvggz (art. 5:19) als de Wzd (artt. 28a-c) bevatten terzake nadere bepalingen.

De nieuwe mogelijkheid van art. 2.3 Wfz heeft in de praktijk tot veel discussie geleid en blijkt lang niet altijd eenvoudig uitvoerbaar. Toepassing van art. 2.3 Wfz veronderstelt dat in het domein van de Wvggz of de Wzd voldoende plaatsen beschikbaar zijn voor patiënten uit het strafrechtelijke circuit, zogenaamde ‘beveiligde’ bedden. Daarvan zijn er niet voldoende: ook op dit punt belemmert het ontbreken van relevante randvoorwaarden de toepassing van de wet (zie eerder par. 10.2.5).

Daarmee gepaard gaat een discussie over de vraag welke mate van beveiliging binnen het Wvggz- en het Wzd-domein redelijkerwijs kan worden gerealiseerd. Respondenten uit deze domeinen wijzen

652 C.H. de Kogel, J.J. van der Ree, A.M. Burger, *Artikel 2.3 wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding*. Den Haag: WODC, 2021.

erop dat bepaalde patiënten een zodanige mate van beveiliging vereisten dat daaraan niet kan worden voldaan en dat het ook onwenselijk die binnen de reguliere Wvggz- en Wzd-zorg te realiseren, mede ook vanwege de belangen van de andere patiënten/cliënten. In de reguliere Wvggz- en Wzd-zorg ontbreken daarvoor zowel de vereiste expertise als de benodigde faciliteiten. Bij een aantal patiënten, zo wordt gesteld, is het recidiverisico zo groot, dat de zorgbehoefte naar de achtergrond verdwijnt. Dergelijke patiënten zijn eigenlijk niet geschikt voor de context van Wvggz en Wzd. In dat verband wordt het 'gat' tussen de mogelijkheid van art. 2.3 Wfz enerzijds en de oplegging van terbeschikkingstelling anderzijds als te groot ervaren: er zijn patiënten wier problematiek te licht is voor tbs, maar te zwaar voor art. 2.3 Wfz. In de praktijk stromen sommige van deze patiënten toch in via een machtiging op basis van art. 2.3 Wfz, maar het kan ook zo zijn dat een Wvggz- of Wzd-instelling de plaatsing van een patiënt op grond van art. 2.3 Wfz weigert, omdat een mate van beveiliging vereist is die de zorgaanbieder niet kan of wil bieden, of omdat niet voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor patiënten die extra beveiliging vereisen. Daarbij kan ook een rol spelen dat niet altijd voldoende informatie beschikbaar is om de veiligheidsrisico's van betrokkene goed te kunnen inschatten. Dit laatste is niet alleen aan de orde in art. 2.3 Wfz-situaties, maar ook in andere gevallen waarin patiënten vanuit een justitiële/forensische context in de reguliere zorg belanden.

Vanuit het Wvggz- en Wzd-veld wordt bepleit dat de strafrechter scherper selecteert welke patiënten wel geschikt zijn voor plaatsing binnen de context van Wvggz en Wzd, en welke niet. Ligt het accent op het herstel van betrokkene zelf, zo wordt betoogd, dan ligt een machtiging gericht op de domeinen van Wvggz of Wzd voor de hand. Gaat het vooral om delictpreventie dan is plaatsing van betrokkene in een forensische context (FPK's en FPA's) aangewezen. Om die reden is ervoor gepleit binnen art. 2.3 Wfz een onderscheid te maken tussen een reguliere machtiging (gericht op plaatsing in het domein van de Wvggz of Wzd) en een strafrechtelijke machtiging (gericht op plaatsing in de forensische zorg). Daarbij zou voorzien moeten worden in de mogelijkheid dat een dergelijke strafrechtelijke machtiging kan worden gevolgd door een reguliere machtiging Wvggz of Wzd, als wijzigingen in de situatie van betrokkene daartoe aanleiding geven.

Aanbeveling 39: Onderzoek mogelijkheden om, in de context van art. 2.3 Wfz, een beter onderscheid te maken tussen patiënten waarbij de nadruk ligt op zorgbehoefte en patiënten waarbij het (vooral) gaat om delictpreventie (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Vanuit de rechtspraak is kritisch gereageerd op de stelling dat de strafrechter te weinig oog zou hebben voor omstandigheden die een contra-indicatie vormen voor plaatsing in het reguliere Wvggz- en Wzd-domein. Strafrechters, zo wordt betoogd, zijn zeer gemotiveerd om de juiste patiënt op de juiste plaats te krijgen. Voorgesteld is een plaatsingsloket in het leven te roepen, teneinde de mogelijkheden voor een succesvolle uitvoering van machtigingen op grond van art. 2.3 te vergroten. Daarbij gaat het niet alleen om plaatsing in engere zin, maar (juist) ook om bepaling van de context die nodig is om betrokkene op verantwoorde wijze zorg te kunnen verlenen.

Aanbeveling 40: Overweeg het creëren van een plaatsingsloket met betrekking tot de uitvoering van machtigingen op grond van art. 2.3 Wfz (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Respondenten wijzen erop dat in de context van de Wvggz het daarin voorgeschreven regio-overleg behulpzaam kan zijn bij het vinden van oplossingen voor complexe art. 2.3 Wfz-situaties. Er wordt aangegeven dat betere samenwerking en frequenter overleg, maar bijvoorbeeld ook cultuurverandering, effectiever zijn om bestaande problemen op te lossen dan aanpassing van de wetgeving. Ook kan het van belang zijn om meer dan nu het geval is verschillende deskundigheden (behandeling, delictpreventie) samen te brengen. Beide zojuist genoemde aanbevelingen kunnen bijdragen aan een betere 'routing' van machtigingen op grond van art. 2.3 Wfz.

Specifieke vragen worden opgeroepen door de wettelijke mogelijkheid dat de strafrechter ook ambtshalve, dus zonder verzoek van de officier van justitie, kan besluiten tot een machtiging op grond van art. 2.3 Wfz. Deze mogelijkheid leidt in de praktijk tot aanzienlijke uitvoeringsproblematiek. Juist ook in deze gevallen is het cruciaal dat de strafrechter tijdig kan beschikken over voldoende informatie over de omstandigheden van betrokkene en de beschikbare plaatsings- en behandelmogelijkheden.

Met betrekking tot art. 2.3 Wfz is sprake van nog enkele andere knelpunten. Zo is er nu, waar het gaat om besluitvorming door de strafrechter, sprake van een knip in de beroepsmogelijkheden. Tegen een strafrechtelijk besluit staat hoger beroep open bij het Hof, tegen het afgeven van een art. 2.3 Wfz-machtiging door de strafrechter kan alleen cassatie worden ingesteld bij de Hoge Raad. Ook roept het beroepsgeheim vragen is, door de mogelijkheid dat medische gegevens uit het Wvggz – en Wzd-domein aan de orde kunnen komen tijdens een openbare strafzitting.

10.6.2 De Wvggz

Met betrekking tot de Wvggz springen twee specifieke thema's in het oog. Het eerste is de in de wet opgenomen bemoeienis van de minister van Justitie en Veiligheid met het verlof en de beëindiging van een zorgmachtiging op grond van art. 2.3 Wfz. Deze bevoegdheid stuit in de praktijk op veel weerstand, zowel om principiële als om zorginhoudelijke en praktische redenen. De rol van de minister, zo wordt betoogd, is strijdig met het civiele karakter van de zorgmachtiging en het accent op de zorgbehoefte van betrokkene. Het gaat om beslissingen waar de geneesheer-directeur de volle verantwoordelijkheid voor kan nemen.

Aanbeveling 41: Schrap de wettelijke rol van de minister van JenV met betrekking tot verlof en beëindiging inzake een op grond van art. 2.3 Wfz gegeven zorgmachtiging (wetgever).

Het tweede thema is hoofdstuk 9 van de Wvggz. Hierin zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot personen die op basis van een strafrechtelijke titel in een Wvggz-context verblijven. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om personen die worden overgeplaatst vanuit een tbs-setting, maar ook om mensen die in het kader van de voorwaardelijke schorsing van een voorlopige hechtenis, en dus formeel vrijwillig, in een Wvggz-accommodatie verblijven. Opmerkelijk aan de bepalingen uit hoofdstuk 9 Wvvgz is dat daarin op verschillende plaatsen terminologie en formuleringen uit de Wet Bopz zijn te vinden, en dat hoofdstuk 9 daardoor een andere insteek heeft dan de Wvggz in het algemeen. Ook

wordt hoofdstuk 9 als bijzonder ingewikkeld en moeilijk uitvoerbaar ervaren: “Strikt naleven lukt niet, we proberen het maar zo goed mogelijk te doen”.

Aanbeveling 42: Vereenvoudig en verduidelijk Hoofdstuk 9 Wvggz en sluit beter aan bij de opzet en terminologie van die wet (wetgever).

10.6.3 De Wzd

De toepassing van art. 2.3 Wfz in de context van de Wzd is nader geregeld in de artt. 28a-c van die wet. Die bepalingen trekken de officier van justitie die een machtiging op grond van art. 2.3 Wfz voorbereidt in de sfeer van de Wzd. Waar met betrekking tot de reguliere machtiging uit de Wzd het CIZ de aanvragende partij is, is dat met betrekking tot de art. 2.3 Wfz-machtiging de officier. In de periode tot medio 2021 is slechts in weinig gevallen een dergelijke machtiging afgegeven in relatie tot de Wzd, maar in die situaties werd en wordt de procedure door alle betrokken als onduidelijk en ingewikkeld ervaren. De terughoudendheid die in het Wvggz-domein bestaat met betrekking tot plaatsingen op grond van art. 2.3 Wfz is ook in de Wzd-context aan de orde. Ook wordt als probleem ervaren dat art. 28a Wzd geen grondslag biedt voor gegevensuitwisseling tussen het CIZ en het zorgkantoor.

Allerlei, soms al eerder genoemde, knelpunten komen hier samen: capaciteitsgebrek, financieringsvragen, gebrek aan deskundigheid, het ontbreken van een hoger fysiek beveiligingsniveau, wederzijds afhankelijkheden tussen OM en CIZ en problemen met betrekking tot gegevensuitwisseling of het verkrijgen van een medische verklaring. Het tijdig plaatsen van personen uit de doelgroep in een passende setting is ingewikkeld. In de huidige situatie, zo wordt gesteld, is sprake van een ‘vicieuze cirkel’ tussen OM, arts, zorgkantoor en CIZ. Er is een sterke behoefte aan een functionaris die dit proces kan stroomlijnen en coördineren. Ook kan de bekendheid van het OM met de actoren in de Wzd-keten worden verbeterd.

Aanbeveling 43: Creëer een coördinerende functie ten behoeve van situaties waarin art. 2.3 Wfz i.c.m. de Wzd wordt toegepast (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Ook bij machtigingen op grond van art. 2.3 Wfz in het Wzd-domein, behoort voor verlof en het beëindigen van de machtiging de toestemming van de minister van JenV te worden verkregen. De argumentatie die ten grondslag ligt aan aanbeveling 41 is ook hier relevant.

10.7 Enkele algemene conclusies

Hieronder volgen op basis van het voorgaande enkele voorlopige algemene conclusies. In het begin van dit hoofdstuk is opgemerkt dat een uitvoerige beantwoording van de onderzoeksvragen zal plaatsvinden in het rapport waarmee fase 2 van deze evaluatie zal worden afgesloten. Dan zal ook pas een afgewogen oordeel kunnen worden gegeven over de mate waarin beide wetten erin slagen de gestelde doelen te bereiken.

Het moment van de eerste evaluatie

Deze eerste evaluatie vindt relatief kort na de inwerkingtreding van Wvggz en Wzd plaats. Algemeen bekend is dat een goede implementatie van dergelijke complexe wetten veel tijd vraagt. In het geval van de Wvggz en de Wzd is deze implementatie dan ook verre van voltooid. Er zijn onder de mensen die ermee moeten werken nog tal van kennislacunes, en ook ontbreken op tal van gebieden nog steeds de voor een goede implementatie benodigde randvoorwaarden. In het algemeen gesproken noopt dit tot terughoudendheid bij het trekken van conclusies en het formuleren van aanbevelingen. Anderzijds wijkt het beeld met betrekking tot de Wvggz en de Wzd ook weer af van de gebruikelijke situatie bij complexe wetten, omdat al voor de inwerkingtreding van deze beide wetten een omvangrijke discussie heeft plaatsgevonden over de uitvoerbaarheid van daarin opgenomen onderdelen. Dit maakte het mogelijk te focussen op elementen van beide wetten waarvan op voorhand al sterk werd betwijfeld of deze uitvoerbaar waren. Ook de vrees voor een sterke toename van de regeldruk was voor 2020 al frequent verwoord. In dit licht gezien is deze eerste evaluatie ook een check op het realiteitsgehalte van de al voor 2020 geuite zorgen. Het onderzoek tot nu toe wijst uit dat die zorgen deels terecht zijn gebleken. Daarin ligt een basis voor het formuleren van conclusies en aanbevelingen die wat verder gaan dan doorgaans in het kader van een eerste, vroege evaluatie gebruikelijk is. De op 12 november 2021 gehouden raadpleging van de veldpartijen heeft laten zien dat voor die aanpak draagvlak bestaat. Er kan over beide wetten best al het een en ander gezegd en geconcludeerd worden en het is belangrijk dat dat ook gebeurt.

Implementatie en kwaliteit van wetgeving

De inwerkingtreding van beide wetten is gepaard gegaan met zeer omvangrijke ondersteuning in de vorm van handreikingen, richtlijnen, voorlichtingsteksten e.d., allemaal te vinden op www.dwangindezorg.nl. Het is op zich niets bijzonders dat nieuwe wetgeving vergezeld gaat van dergelijk ondersteunend materiaal, maar de mate waarin dat gebeurt met betrekking tot de Wvggz en de Wzd, en kennelijk noodzakelijk is, geeft te denken over de wetgevingskwaliteit van beide regelingen. Als een dergelijke mate van ondersteuning en uitleg noodzakelijk is, zou de wetgever zich dan niets eens achter de oren moeten krabben. Het totstandkomingsproces van beide wetten is daar overigens ook debet aan.
Daarbij komt dat er weliswaar veel ondersteunende producten zijn, maar dat de bekendheid daarvan nog te wensen overlaat. Gesteld kan worden dat beide wetten zelf al aandacht genoeg vragen, omdat ze ingewikkeld zijn en tot een aanzienlijke mate van administratieve belasting leiden, mede door omvangrijke gegevensuitwisseling. De meerwaarde daarvan wordt in een aantal gevallen ernstig betwijfeld. Er kan zonder meer worden gesteld dat veel draagvlak bestaat voor de doelstellingen van beide wetten, maar tegelijkertijd wordt regelmatig het geluid gehoord dat bepaalde onderdelen ervan het bereiken van die doelstellingen eerder belemmeren dan bevorderen.
Het onderzoek wijst uit dat er sprake is van tal van knelpunten in relatie tot beide wetten. Daarover zijn in het voorafgaande verschillen voorstellen tot verbetering gedaan. Maar het gaat niet alleen om specifieke punten die door een wetswijziging relatief eenvoudig kunnen worden verholpen. Een aantal knelpunten houden verband met de ingewikkeldheid, de soms nogal theoretische en formele insteek en systematiek van beide wetten, en zijn minder makkelijk te verhelpen. Dat geldt ook voor vraagstukken die samenhangen met de keuze om de Wet Bopz te vervangen door twee verschillende

regelingen. Daar vloeien onvermijdelijk ‘grensgeschillen’ en overgangsproblemen uit voort. Het oplossen daarvan kan het onvermijdelijk maken de argumenten voor een keuze tussen één of twee wetten opnieuw te bezien.
De praktijk leert dat er nog erg veel nadruk ligt op het voldoen, of pogen te voldoen, aan de regels. Van de door beide wetten beoogde veranderingen in houding en bewustwording lijkt nog maar beperkt sprake te zijn.

Wat gaat er goed en wat niet?

Dat de implementatie en de toepassing van Wvggz en Wzd in het algemeen gesproken bepaald niet zonder problemen verlopen, wil niet zeggen dat geen positieve ontwikkelingen te melden zijn. Het onderzoek laat zien dat beide wetten allerlei vormen van samenwerking tussen ketenpartners stimuleren, dat er meer wordt nagedacht over de motivering van verplichte of onvrijwillige zorg in concrete situaties (en naar mogelijkheden voor op- en afschaling), dat er (vooral in de Wvggz) systematischer wordt gekeken naar wensen en voorkeuren van de patiënt en dat (vooral in de Wzd) nieuwe mogelijkheden zijn ontstaan voor cliëntondersteuning (door de cvp). Het lijkt erop dat de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de klachtenprocedures uit Wvggz en Wzd overeenkomt met de situatie onder de Wet Bopz. Kennelijk zijn er geen omstandigheden in beide wetten die zodanig problematisch zijn voor de rechtspositie van de patiënt/cliënt dat deze (of, onder de Wzd, een vertegenwoordiger) vaker gebruik zou moeten maken van het klachtrecht.
Er zijn ook tal van thema’s die nog niet voldoende uit de verf komen. Zo lijkt er nog maar in beperkte mate sprake te zijn van ambulante gedwongen zorg, en is met name de Wvggz nog niet de ‘behandelwet’ die deze zou moeten zijn. Onduidelijk is nog of beide wetten al hebben geleid, of eigenlijk wel kunnen leiden tot een vermindering van dwang. Of de rechtspositie van de patiënt/cliënt door beide wetten daadwerkelijk is verbeterd, of alleen op papier, is ook nog niet duidelijk. De wettelijke bepalingen over het informeren van patiënten (vooral in de Wvggz) lijken daar in elk geval nog onvoldoende aan bij te dragen. De wettelijke mogelijkheden om recht te doen aan de wensen en voorkeuren van patiënten (zoals de zorgkaart en het plan van aanpak), ook met het doel om gedwongen zorg te voorkomen, worden nog niet ten volle benut. Dat geldt ook voor het betrekken van familie en naasten. Zowel de onderlinge verhouding tussen de Wvggz en de Wzd als de relatie tussen beide wetten en art. 2.3 Wfz leveren in de praktijk tal van vragen en problemen op.
De in dit hoofdstuk geformuleerde aanbevelingen kunnen behulpzaam zijn om een aantal problemen in de sfeer van de implementatie en de uitvoerbaarheid van beide wetten te verbeteren. In de tweede fase van deze evaluatie, die medio 2022 wordt afgerond, zal uitvoeriger gerapporteerd kunnen worden over de vraag of de doelstellingen van Wvggz en Wzd worden bereikt.

A

Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving

Begeleidingscommissie

Voorzitter

de heer R.A. (Robbin) Thieme Groen, MD, MHA

Leden

mevrouw drs. M.A.M. (Marleen) Barth
mevrouw drs. I. (Irme) de Bonth-Vereijken
de heer R.H. (Robert) Eijpe
de heer dr. A.J.K. (Adger) Hondius
mevrouw mr. H.I.(Henriette) Kernkamp-Maathuis
mevrouw drs. J.H.C.M. (Julie) Meerveld
mevrouw S. (Simone) Melis
mevrouw mr. R.P. (Robinetta) de Roode
de heer mr. dr. T.P. (Ton-Peter) Widdershoven
mevrouw L. (Linda) Willems
mevrouw C.F. (Channa) de Winter
de heer prof. dr. H.B. (Heinrich) Winter

Waarnemers

mevrouw T. (Tessa) Beverdam (PwC)
de heer R.C. (Reinier) Cornet (VWS)
mevrouw dr. C.H. (Katy) de Kogel (WODC)
mevrouw S.G. (Sabrina) van der Lubbe (JenV)
mevrouw mr. A. (Annemarieke) Rendering (VWS)

ZonMw

de heer mr. M. (Maarten) Slijper

Commissie evaluatie regelgeving

Voorzitter

mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

Leden

mevrouw mr. W.K. Bischot
mevrouw dr. mr. A. de Jong
de heer prof. dr. A.A. de Roo
de heer prof. mr. J.G. Sijmons
de heer R. A. Thieme Groen, MD, MHA
de heer prof. dr. R.A.E.M. Tollenaar
de heer dr. ir. C.M. Vos
mevrouw drs. F.E. Welles
de heer prof. dr. D.L. Willems

Waarnemer

mevrouw mr. S.M. van Weezel (VWS)

ZonMw

de heer mr. M. Slijper

B

Overzicht aanbevelingen

Algemeen

Aanbeveling 1: Intensiveer de voorlichting aan en de scholing over de Wvggz en de Wzd onder de personen die bij de toepassing van deze wetten betrokken zijn (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 2: Laat gericht onderzoek doen naar de discrepantie tussen de wettelijke eisen en de beschikbaarheid van daarvoor benodigde middelen en voorzieningen (personeel, financieel, beddencapaciteit) (overheid).

Aanbeveling 3: Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de Wvggz en de Wzd te screenen op onnodige administratieve belasting, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).

Aanbeveling 4: Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de voorgeschreven momenten van gegevensuitwisseling in de Wvggz en de Wzd te screenen op uitvoerbaarheid en nut/noodzaak, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).

De Wvggz

Aanbeveling 5: Pas de wettelijke regeling van het plan van aanpak zodanig aan dat betere en effectievere mogelijkheden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen (wetgever).

Aanbeveling 6: Vereenvoudig de informatievoorziening aan patiënten, zowel waar het gaat om de inhoud als om de wettelijke vormgeving; zet meer in op informatieverstrekking door middel van persoonlijk contact op een moment dat de patiënt daarvoor openstaat. Voeg er aan toe dat een maximale inspanning moet worden geleverd om te vergewissen dat de betrokkene de informatie naar haar inhoud heeft begrepen (wetgever).

Aanbeveling 7: Heroverweeg de wijze waarop het thema wils(on)bekwaamheid in de Wvggz gestalte is gegeven (wetgever).

Aanbeveling 8: Splits art. 3:2 lid 2 onder a Wvggz; geef het toedienen van medicatie een eigen plaats in de opsomming van mogelijke vormen van verplichte zorg (wetgever).

Aanbeveling 9: Onderzoek de mogelijkheden tot vereenvoudiging van het geheel van activiteiten dat binnen het vier-weken-periode als genoemd in art. 5:16 lid 1 Wvggz (wetgever i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 10: Voeg aan het model medische verklaring een onderdeel toe waarin de onderbouwing met betrekking tot de aangekruiste vormen van verplichte zorg, in relatie tot de wettelijke criteria, beter zichtbaar is (wetgever).

Aanbeveling 11: Draag ervoor zorg dat de beroepsgroep een multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvggz opstelt die zich niet beperkt tot ambulante verplichte zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 12: Wijzig de inhoud van art. 6:1 lid 4 Wvggz van 'aanwezig, tenzij' in 'afwezig, tenzij' (wetgever).

Aanbeveling 13: Breng de terminologie van de artt. 6:6 en 8:19 Wvggz op één lijn en voorzie in expliciete wettelijke duidelijkheid over het moment van beëindigen van de zorgmachtiging (anders dan door het verstrijken van de geldigheidsduur) (wetgever).

Aanbeveling 14: Vereenvoudig art. 18:8 lid 3 onder b Wvggz in die zin dat overleg over de voorgenomen beëindiging wordt vervangen door een (tijdige) kennisgeving van beëindiging (wetgever).

Aanbeveling 15: Schrap de in art. 7:1 lid 3 onder b Wvggz opgenomen hoorplicht van de burgemeester (wetgever).

Aanbeveling 16: Bepaal in de wet dat de gegevens over patiënten die met een crisismaatregel of zorgmachtiging te maken krijgen automatisch aan de pvp worden verstrekt (wetgever).

Aanbeveling 17: Pas art. 10:3 Wvggz zodanig dat duidelijk is tegen welke beslissingen een beroep op de klachtencommissie mogelijk is (wetgever).

Aanbeveling 18: Organiseer een structuur om onderling contact tussen klachtencommissies te faciliteren en te stimuleren (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 19: Bepaal in de wet dat alle uitspraken van klachtencommissies op grond van de Wvggz en de Wzd op een centraal punt (bijvoorbeeld een website) geraadpleegd en doorzocht kunnen worden (wetgever).

Aanbeveling 20: Neem in de wet op dat de zorgaanbieder jegens familie en naasten een informatieplicht heeft met betrekking tot de mogelijkheid een familievertrouwenspersoon in te schakelen (wetgever).

De Wzd

Aanbeveling 21: Vervang de huidige bepaling over gelijkgestelde aandoeningen (art. 1 lid 4 Wzd) door een bepaling waarin een deskundige arts de bevoegdheid krijgt om op grond van thans in art. 1 lid 4 genoemde omstandigheden a, b en c te bepalen dat een cliënt is aangewezen op Wzd-zorg (wetgever).

Aanbeveling 22: draag zorg voor een verheldering van de inhoud van de in art. 2 lid 1 Wzd genoemde vormen van onvrijwillige zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 23: Verduidelijk de terminologie met betrekking tot het begrip locatie, creëer ruimte voor differentiatie en overweeg de registratieplicht te verruimen tot alle situaties waarin redelijkerwijs te verwachten valt dat onvrijwillige zorg zal plaatsvinden (wetgever).

Aanbeveling 24: Beleg de beleidsverantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken betreffende onvrijwillige zorg niet bij de Wzd-functionaris, maar bij de zorgaanbieder. Maak duidelijk hoe de zorgaanbieder die geen instelling is maar een solistisch werkende beroepsbeoefenaar, invulling moet geven aan de talrijke verplichtingen die de wetgeving aan zorgaanbieders oplegt (wetgever, overheid).

Aanbeveling 25: Bezie mede in het licht van de bepalingen die over het zorgplan reeds in de Wlz zijn opgenomen, welke onderdelen in de artt. 5–9 Wzd alles afwegend gemist kunnen worden dan wel aanpassing verdienen en/of ter zelfregulering aan het veld kunnen worden overgelaten (wetgever).

Aanbeveling 26: Splits art. 2 lid 1 onder a Wzd op in meerdere elementen en verduidelijk de betekenis van het behandelen van een somatische aandoening ‘vanwege’ de aandoening/beperking waardoor de cliënt onder de Wzd valt (wetgever).

Aanbeveling 27: Neem expliciet in de Wzd op dat zowel bij de totstandkoming van de medische verklaring als bij het uitvoeren van het stappenplan gegevensuitwisseling is toegestaan tussen degenen die daarbij op grond van de wet betrokken (kunnen) zijn (wetgever).

Aanbeveling 28: Licht nader toe wat de rechtsgevolgen zijn van het CIZ besluit tot opname en verblijf en wat precies de juridische status is van de op grond van dat besluit opgenomen cliënt (overheid).

Aanbeveling 29: Neem alsnog in de Wzd een verplichting op vergelijkbaar met die van art. 8.31 Wvggz (wetgever).

Aanbeveling 30: Voeg aan de Wzd een met art. 8:1 lid 5 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

Aanbeveling 31: Voeg aan de Wzd een met art. 7:3 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

Aanbeveling 32: Pas art. 58 Wzd in die zin aan dat de cvp altijd in staat moet worden gesteld tot een algemeen locatiebezoek (wetgever).

Aanbeveling 33: Beperk de aansprakelijkheid voor schadevergoeding tot de zorgaanbieder (wetgever).

Aanbeveling 34: Bezie op welke punten de verhouding tussen Wzd en Wgbo nog verder verduidelijkt kan worden (overheid).

Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming

Aanbeveling 35: Neem in de Wzd op dat bij tijdelijk verblijf van een Wvggz-patiënt in een Wzd-instelling de zorgmachtiging ex Wvggz niet vervalt, maar wordt opgeschort (wetgever).

Aanbeveling 36: Maak het mogelijk dat een opgeschorte Wzd-machtiging ook kan worden verlengd op een moment dat betrokkene met een zorgmachtiging zich in een Wvggz-instelling bevindt, en wel in gevallen waarin een terugkeer naar het Wzd-domein voorzienbaar is (wetgever).

Aanbeveling 37: Neem in de Wvggz vergelijkbare doorgeleidingsbepalingen op als thans in art. 28, tweede lid en 30, tiende lid Wzd zijn opgenomen teneinde een tijdige overgang naar de Wzd procedures te bespoedigen, mocht deze in de voorbereidingsfase van een ZM aangewezen blijken (wetgever).

Aanbeveling 38: Neem in elk geval in de Wvggz de mogelijkheid op dat, onder voorwaarden, de onvrijwillige opname in de zin van die wet mede kan strekken tot opneming in een Wzd-accommodatie (wetgever).

De relatie met de Wfz

Aanbeveling 39: Onderzoek mogelijkheden om, in de context van art. 2.3 Wfz, een beter onderscheid te maken tussen patiënten waarbij de nadruk ligt op zorgbehoefte en patiënten waarbij het (vooral) gaat om delictpreventie (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 40: Overweeg het creëren van een plaatsingsloket met betrekking tot de uitvoering van machtigingen op grond van art. 2.3 Wfz (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 41: Schrap de wettelijke rol van de minister van JenV met betrekking tot verlof en beëindiging inzake een op grond van art. 2.3 Wfz gegeven zorgmachtiging (wetgever).

Aanbeveling 42: Vereenvoudig en verduidelijk Hoofdstuk 9 Wvggz en sluit beter aan bij de opzet en terminologie van die wet (wetgever).

Aanbeveling 43: Creëer een coördinerende functie ten behoeve van situaties waarin art. 2.3 Wfz i.c.m. de Wzd wordt toegepast (overheid i.s.m. de veldpartijen).

C

Methodologische verantwoording empirisch onderzoek

Hieronder volgt de verantwoording van het empirische onderzoek van de wetsevaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en Dwang (Wzd). Het empirische onderzoek bestond uit een kwalitatief en een kwantitatief onderzoek. De methodologie van beide onderzoeken wordt hieronder uiteengezet.

Kwantitatief onderzoek: hoofdstukken 3 en 6

Hoofdstuk 3 ('Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: uitvoering in de praktijk in cijfers') en hoofdstuk 6 ('Wet zorg en dwang: uitvoering in de praktijk in cijfers') waren erop gericht om inzicht te geven in de mate waarin procedures en instrumenten in beide wetten in de praktijk werden toegepast, en wat daarbij de inzet van actoren was. Daarvoor is gebruikgemaakt van beschikbare kwantitatieve gegevens uit landelijke registraties van diverse organisaties en instanties. Om te komen tot de uiteindelijke hoofdstukken 3 en 6 zijn zeven stappen doorlopen, en waarin verschillende keuzes zijn gemaakt. Elk van deze stappen wordt hieronder toegelicht.

1. Inventariseren van Wvggz- en Wzd-procedures en -instrumenten

Gestart werd met het in kaart brengen van alle procedures en instrumenten, en de hierbij betrokken actoren, in de Wvggz en Wzd omtrent: a) het voorbereiden, verlenen en beëindigen van verplichte/onvrijwillige zorg; en b) het versterken van de inspraak en rechtspositie van patiënten/cliënten en familie/naasten. Hierbij is onder meer gebruikgemaakt van de informatie op de website: www.dwangindezorg.nl

2. Inventariseren en systematisch beschrijven van beschikbare gegevens in bestaande landelijke databronnen

In deze stap werd systematisch in kaart gebracht welke kwantitatieve gegevens over welke Wvggz- en Wzd-procedures en -instrumenten beschikbaar waren via bestaande landelijke databronnen. Hiertoe is een quickscan van de literatuur uitgevoerd, werden de websites van relevante organisaties en instanties doorzocht, en werd nadere informatie ingewonnen bij deze bronhouders. Voor zowel de Wvggz als de Wzd ging het hierbij om de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Khonraad/gemeenten, het Openbaar Ministerie, de Raad voor Rechtsbijstand en de Raad voor de

Rechtspraak. Daarnaast is specifiek voor de Wvggz gesproken met de Stichting PVP en de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP), terwijl specifiek voor de Wzd contact werd gelegd met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Landelijke Faciliteit CVP, de KlachtenCommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ) en meerdere leveranciers van elektronische cliëntendossiers (ECD-leveranciers). Hierbij is onder meer gebruikgemaakt van het netwerk van informatiespecialisten van de verschillende bronhouders, zoals opgebouwd in het kader van de periodieke Ketenmonitor Wvggz. Bij het contacteren van Wzd-specifieke bronhouders is gezamenlijk opgetrokken met medewerkers van PwC die de Monitor Wzd uitvoeren, om de belasting voor deze bronhouders zo beperkt mogelijk te houden.[653]

Beschikbare gegevens werden systematisch beschreven aan de hand van de volgende kenmerken:

— De procedure of het instrument in de Wvggz of Wzd waarop gegevens betrekking hadden.
— De landelijke databron waaruit gegevens afkomstig waren.
— De indicator(en) die kon(den) worden gemeten met de gegevens.
— De periode waarover de indicator(en) kon(den) worden gemeten (vanaf 1 januari 2020, het moment van de inwerkingtreding van de Wvggz en Wzd).
— Alleen voor de Wzd: de mogelijkheid voor het kunnen maken van een onderscheid tussen cliënten met een psychogeriatrische aandoening (PG-sector) en mensen met een verstandelijke handicap (VG-sector).
— (Eventuele) beperkingen van de gegevens (in termen van o.a. volledigheid, betrouwbaarheid, landelijke representativiteit of specificiteit[654]).
— Voor zover relevant: de mogelijkheid voor het kunnen maken van een vergelijking met gegevens ten tijde van de Wet Bopz.

Door het systematisch beschrijven van de gegevens die beschikbaar waren uit de landelijke databronnen werd ook duidelijk over welke Wvggz- en Wzd-procedures en -instrumenten geen gegevens op landelijk niveau voorhanden waren. Voorbeelden van zulke ‘witte vlekken’ zijn het ontbreken van landelijke gegevens over de mate van toepassing in de praktijk van de zorgkaart (Wvggz) en het stappenplan (Wzd).

3. Selecteren van te gebruiken gegevens

In deze stap werden de beschikbare, en systematisch beschreven, gegevens beoordeeld aan de hand van de volgende vijf criteria:

1) De indicator(en) die kon(den) worden gemeten met de gegevens was (waren) inhoudelijk relevant.
2) De gegevens voor het meten van de indicator(en) waren betrouwbaar en volledig.

653 In rapportages van de Monitor Wzd zullen naar verwachting (deels) dezelfde of vergelijkbare gegevens van dezelfde bronhouders worden gepresenteerd.

654 Een voorbeeld van een beperking in termen van specificiteit is dat er op basis van gegevens van de Raad voor Rechtsbijstand geen onderscheid kan worden gemaakt tussen de Wvggz en Wzd wat betreft de verleende rechtsbijstand door advocaten.

3) De gegevens voor het meten van de indicator(en) waren landelijk representatief.
4) De indicator(en) kon(den) over ten minste een periode van zes maanden worden gemeten (ergens in de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz en Wzd, dus ergens in de periode van 1 januari 2020 t/m 30 juni 201).
5) De aanlevering van de gegevens door de bronhouder en de verdere verwerking daarvan door de onderzoekers was haalbaar (in termen van o.a. juridische grondslag, benodigd budget en benodigde tijdsinvestering)

Beschikbare gegevens die voldeden aan alle vijf criteria werden geselecteerd om te presenteren en te beschrijven in hoofdstuk 3 (Wvggz) of hoofdstuk 6 (Wzd). Als niet werd voldaan aan één of meer criteria werden gegevens niet meegenomen.

4. Verzamelen van geselecteerde gegevens

In deze stap werden de geselecteerde gegevens opgevraagd bij de verschillende bronhouders. In principe ging het daarbij om gegevens op maandbasis en die betrekking hadden op de anderhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd, zodat nagegaan kon worden in hoeverre er in de periode van januari 2020 t/m juni 2021 ontwikkelingen hadden plaatsgevonden. Indien dit niet mogelijk was (bijvoorbeeld vanwege het niet beschikbaar zijn van gegevens voor een bepaalde periode), werden gegevens op halfjaarbasis of voor heel 2020 opgevraagd. Alleen bij Khonraad/gemeenten werden geen gegevens opgevraagd, maar werd uitgegaan van de gegevens van Khonraad/gemeenten zoals verzameld en gepubliceerd in het kader van de periodieke Ketenmonitor Wvggz. Het ging hierbij om cijfers over de aantallen Wvggz-meldingen en de daaropvolgend uitgevoerde verkennende onderzoeken, en om cijfers over de aantallen voorgenomen en afgegeven crisismaatregelen, de aantallen opgestelde medische verklaringen ter voorbereiding van een crisismaatregel, en de mate waarin gepoogd was om betrokkenen te horen, alsook de mate waarin betrokkenen daadwerkelijk waren gehoord.

5. Opvragen van aanvullende gegevens op individueel niveau bij de Raad voor de Rechtspraak

Naast geaggregeerde gegevens, is bij de Raad voor de Rechtspraak ook een bestand met gepseudonimiseerde gegevens op individueel niveau opgevraagd.[655] Met deze gegevens kon zicht worden verkregen op de aantallen unieke personen voor wie de rechter in 2020 één of meer uitspraken had gedaan omtrent een verzoek voor een machtiging op grond van de Wvggz of de Wzd, en hoe zich dit verhoudt tot de aantallen unieke personen ten tijde van de Wet Bopz (d.w.z. de jaren 2016 t/m 2019). Evenzo gaven deze gegevens de mogelijkheid om de aantallen unieke personen voor wie de rechter in 2020 ten minste één uitspraak had gedaan omtrent een verzoek voor een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel op grond van de Wvggz, of van een

655 Het betreft een gegevensbestand waarin (direct) identificerende kenmerken zijn verwijderd. Het pseudonimiseren werd uitgevoerd door de Raad voor de Rechtspraak, dus vóór verzending naar het Trimbos-instituut. Omdat de mogelijkheid van indirecte herleidbaarheid van unieke personen theoretisch niet volledig is uit te sluiten, worden de gegevens in het bestand als gepseudonimiseerd beschouwd, en niet als geanonimiseerd.

inbewaringstelling op grond van de Wzd, af te zetten tegen de aantallen unieke personen in de jaren 2016 t/m 2019 onder de Wet Bopz. Voor het verkrijgen van dit gegevensbestand is, na het indienen van een formeel verzoek met een uitgevoerde Data Protection Impact Assessment (DPIA), akkoord verkregen van de toetsingscommissie van de Raad voor de Rechtspraak.

6. Verwerken, analyseren en interpreteren van verzamelde gegevens

In deze stap werden alle verzamelde gegevens verwerkt en geanalyseerd met behulp van excel of SPSS. Resulterende cijfers werden in tabellen en/of figuren gepresenteerd, en beschreven en geduid in begeleidende teksten. In het geval van onduidelijkheden, zowel wat betreft cijfers als de interpretatie daarvan, werd afgestemd met de betreffende bronhouder. Diverse bevindingen zijn ingebracht tijdens drie duidingssessies met respectievelijk niet-juridische partijen die de Wvggz uitvoeren (n=14), niet-juridische partijen die de Wzd uitvoeren (n=12), en juridische partijen die de Wvggz en Wzd uitvoeren (n=7). Daarnaast zijn samenvattingen van de bevindingen ten aanzien van de Wvggz en de Wzd ter bespreking voorgelegd aan de begeleidingscommissie (bijeenkomst d.d. 8-10-2021).

7. Rapportage

In de laatste stap werden de cijfers, en de interpretatie daarvan, uitgebreid gerapporteerd in hoofdstuk 3 (Wvggz) en hoofdstuk 6 (Wzd). Conceptversies van de hoofdstukken zijn ter verificatie voorgelegd aan de bronhouders. De conceptversie van hoofdstuk 3 is tevens voorgelegd aan de coördinator van de periodieke Ketenmonitor Wvggz. Bovendien zijn beide concepthoofdstukken ter commentaar voorgelegd aan de begeleidingscommissie (bijeenkomst d.d. 26-11-2021). Uitgaande van de ontvangen feedback zijn definitieve versies van hoofdstukken 3 en 6 opgesteld.

Kwalitatief onderzoek: hoofdstukken 4 en 7

In deze sectie wordt ingegaan op de methodologische verantwoording van hoofdstuk 4 ('Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: bevindingen uit kwalitatief onderzoek') en hoofdstuk 7 ('Wet zorg en dwang: bevindingen uit kwalitatief onderzoek'). Deze hoofdstukken waren gericht op het inventariseren van ervaringen van betrokken actoren met de Wvggz en de Wzd. Daarvoor is gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens. Om te komen tot de uiteindelijke hoofdstukken 4 en 7 zijn zes stappen doorlopen. Elk van deze stappen wordt hieronder toegelicht.

1. Doel en vraagstelling van het onderzoek

Het onderzoek was erop gericht om een inventarisatie te doen van de ervaringen van betrokken actoren met de Wvggz en Wzd. Hierbij lag nadruk op drie thema's: 1) het voorbereiden, verlenen en beëindigen van verplichte/onvrijwillige zorg, 2) het versterken van de betrokkenheid en rechtspositie van patiënten/cliënten en hun naasten, en 3) de rolverdeling en informatie-uitwisseling tussen de verschillende actoren in de Wvggz- en Wzd-ketens.

In de eerste fase van het onderzoek lag de focus op de implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd in de praktijk. Hierbij werd ingegaan op knelpunten in de implementatie en

uitvoerbaarheid en op mogelijke oplossingen voor deze knelpunten. Specifieke aandacht werd besteed aan knelpunten die samenhangen met de volgende thema's:

— de kenbaarheid en toegankelijkheid van beide wetten;
— de praktische uitvoerbaarheid;
— de administratieve belasting/registratieverplichtingen;
— de beschikbaarheid van personeel en voorzieningen; en
— de samenloop tussen Wvggz, Wzd, Wet forensische zorg (Wfz) en andere relevante wetgeving.

Daarbij was het doel van dit onderzoek ook om de eerste bevindingen over de doeltreffendheid en (neven)effecten op te halen, die in de tweede fase verder uitgediept worden.

2. *Onderzoeksopzet*

Om de ervaringen van respondenten op te halen over de Wvggz en Wzd is gebruik gemaakt van een kwalitatief, iteratief onderzoeksdesign. Dit houdt in dat elke stap van het onderzoek voortbouwt op de vorige en op basis van dit proces kan de onderzoeksopzet waar nodig aangescherpt en aangepast worden. Verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn ingezet om inzicht te krijgen in ervaringen met de Wvggz en/of Wzd, zowel vanuit het perspectief van cliënten en naasten, als vanuit het perspectief van verschillende relevante actoren en veldpartijen.

Om een globaal beeld te krijgen van ervaringen met de Wvggz en Wzd werd eerst per e-mail een inventarisatie gedaan van knelpunten en verbeteringen onder veldpartijen. Vervolgens zijn interviews gehouden om ervaringen van cliënten/patiënten en naasten met de Wvggz of Wzd op te halen. Daarnaast werden focusgroepen georganiseerd om in groepsverband ervaringen van verschillende actoren met de implementatie en uitvoerbaarheid van beide wetten in kaart te brengen en verder uit te diepen. Met enkele respondenten voor wie deelname aan de focusgroepen niet haalbaar was, werd een interview ingepland. Als laatste zijn duidingssessies georganiseerd om de belangrijkste bevindingen tot dan toe te wegen samen met veldpartijen/ketenpartners.

3. *Respondenten*

3.1 E-mail uitvraag

Verschillende veldpartijen zijn benaderd voor de eerste inventarisatie van knelpunten en verbeteringen door middel van een e-mail uitvraag. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de benaderde instanties en organisaties. In totaal is een reactie op de uitvraag gekomen van 45 instanties en organisaties.

3.2 Interviews

In eerste instantie werd voor de werving van respondenten voor interviews ingezet op een regiobenadering, waarbij voor geselecteerde regio's zorginstellingen benaderd werden. Op voorhand werd gedacht dat de werving van deelnemers via regio's zou bijdragen aan het proces van

dataverzameling. Deze benadering resulteerde echter in (te) lange wervingsprocedures, waardoor de haalbaarheid van het onderzoek in het geding kwam. Om deze reden werd de regiobenadering losgelaten en is de werving breder ingestoken door diverse veldpartijen en (zorg)organisaties te betrekken. Deze partijen werden benaderd met de vraag of zij de onderzoekers in contact konden brengen met cliënten en/of naasten die ervaring hebben met de Wvggz of Wzd. Potentiële respondenten ontvingen informatie over het onderzoek. Indien zij toestemden met deelname aan een interview, werd vanuit het Amsterdam UMC contact opgenomen. Respondenten werden voorzien van een informatie- en toestemmingsbrief en er werd een afspraak gemaakt voor een interview. Indien wenselijk was het voor cliënten mogelijk om iemand mee te nemen naar het interview. In het totaal hebben 20 interviews plaatsgevonden vanuit de Wvggz (n=6), Wzd: PG (n=8) en Wzd: VG (n=6) (zie Tabel 1).

3.3 Focusgroepen

Net als bij de interviews werd voor de werving van respondenten voor focusgroepen in eerste instantie uitgegaan van een regiobenadering en werd vanwege de haalbaarheid van het onderzoek besloten de werving breder in te steken. Werving van respondenten van focusgroepen vond uiteindelijk plaats via veldpartijen en zorgorganisaties en LinkedIn. Via deze kanalen werd informatie over het doel van het onderzoek en deelname aan de focusgroepen verspreid onder mogelijke respondenten. Geïnteresseerden konden zich persoonlijk of via de organisatie waaraan zij verbonden waren, aanmelden voor een focusgroep. In totaal hebben 116 personen deelgenomen aan een focusgroep, met een focus op de Wvggz (n=31), Wzd (n=45) of overstijgend met een focus op beide wetten (n=40) (zie Tabel 1). Een aantal respondenten zijn apart of als tweetal gesproken; in tabel 1 zijn deze gesprekken vermeld als interview.

3.4 Duidingssessies

De werving van respondenten voor de duidingssessies vond plaats via de respondenten en veldpartijen waar reeds contact mee was voor de eerdere dataverzameling. In het totaal hebben drie duidingssessies plaatsgevonden waaraan in totaal 33 respondenten hebben deelgenomen. ‘Eén duidingssessie was gericht op juridische partijen (n=7), één op Wvggz partijen (n=14) en één op Wzd partijen (n=12) (zie Tabel 1)..

4. Dataverzameling

4.1 E-mail uitvraag

Ten eerste is een uitvraag gedaan naar ervaringen met veldpartijen over de Wvggz en/of Wzd. Het doel van deze uitvraag was om een globaal beeld te krijgen van de ervaren knelpunten en verbeteringen. Om knelpunten en verbeteringen op te halen is aan veldpartijen gevraagd om hun ervaringen te delen over de volgende thema’s: de kenbaarheid/toegankelijkheid van wet; de praktische uitvoerbaarheid; de administratieve belasting/registratieverplichtingen; de beschikbaarheid van personeel en voorzieningen; het voorkómen en beperken (van de duur) van onvrijwillige zorg; het versterken van de betrokkenheid en rechtspositie van cliënten en naasten;

accentverschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg; het verhogen van kwaliteit van onvrijwillige zorg; een betere rolverdeling, en de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen betrokken actoren. Daarbij is ook aandacht besteed aan de samenloop van beide wetten onderling en met de Wfz. Ook was er ruimte voor respondenten om overige punten in te brengen. De uitvraag is in januari 2021 via e-mail uitgezet door het Trimbos-instituut en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC). De bevindingen uit de e-mail uitvraag zijn gebruikt bij het opstellen van interview guides en draaiboeken voor de focusgroepen.

4.2 Interviews

Voor de interviews is gebruik gemaakt van een semigestructureerde opzet en is een interview guide opgesteld die hiervoor als leidraad diende. Na een introductie en kennismaking werd in de interviews eerst ingegaan op een recente ervaring van de respondent met verplichte/onvrijwillige zorg. Vervolgens werd ingegaan op specifieke thema's in relatie tot de wetgeving. Deze thema's waren vooraf opgesteld op basis van de bevindingen uit de e-mail-uitvraag. De ervaringen van de respondent bepaalden hoe diep op elk van deze thema's ingegaan kon worden. Ter afronding werd aan deelnemers gevraagd om vanuit hun ervaring een positief punt en een verbeterpunt te noemen.. De interviews vonden fysiek plaats op een locatie naar voorkeur van de respondent, of via de telefoon of een videoverbinding. Respondenten konden hierin hun voorkeur uitspreken. De meeste gesprekken hadden een duur van een half uur tot één uur. Als waardering voor hun deelname kregen deelnemers een cadeaubon van 15 euro aangeboden. De interviews vonden plaats in de periode juli – september 2021.

4.3 Focusgroepen

Voor de focusgroepen werd gebruik gemaakt van een draaiboek met een opzet en tijdsplanning van de bijeenkomst, de hoofdthema's en eventuele aandachtspunten. De focusgroepen richtten zich hierbij op de Wvggz, de Wzd, of hadden een overstijgende benadering. Alle focusgroepen werden online gehouden. In de opzet en uitvoering van de focusgroepen stond het groepsproces en interactie tussen respondenten centraal. De uitwisseling van ervaringen en inzichten geeft respondenten de mogelijkheid hun perspectief te verduidelijken en bij te stellen en geeft inzicht in overeenkomsten en verschillen in deze perspectieven. Tijdens de focusgroepen werd na een introductie en kennismaking stilgestaan bij de doelstellingen van de Wvggz en/of Wzd. Vervolgens werd ingegaan op ervaringen van respondenten rond de implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en/of Wzd, waarbij eerst werd ingezoomd op knelpunten. Daarna werd respondenten gevraagd naar positieve ervaringen. Een vooraf opgestelde lijst met knelpunten en positieve punten werd ter naslag bij de focusgroep gehouden om deze in te brengen indien respondenten deze punten niet zelf inbrachten. Deze lijst was samengesteld op basis van de e-mail uitvraag onder veldpartijen en de interviews met cliënten en naasten. Ter afronding werden respondenten gevraagd om vooruit te blikken en hun voornaamste wens of hoop uit te spreken voor de wet(ten) over vijf jaar. De focusgroepen werden gemodereerd door tenminste twee onderzoekers van Amsterdam UMC en het Trimbos-instituut. Een van deze onderzoekers was aanwezig ter ondersteuning van de moderator en als observator en notulist. Respondenten hadden de mogelijkheid om opmerkingen in de chatfunctie te plaatsen of deze na afloop per mail toe te sturen. Bij een aantal focusgroepen werd gebruik gemaakt van het online

Mentimeter instrument om thema's en visies te inventariseren en discussie te stimuleren. De focusgroep bijeenkomsten hadden een duur van 120 minuten en vonden plaats in de periode juli - september 2021.

4.4 Duidingssessies

Het doel van de duidingssessies was om samen met veldpartijen de belangrijkste bevindingen tot dan toe te wegen. De focus lag daarbij op het herkennen van (de ernst van) de knelpunten en op mogelijke oplossingsrichtingen voor de belangrijkste knelpunten. De drie duidingssessies vonden online plaats en duurden 180 minuten. De bijeenkomsten werden gefaciliteerd door onderzoekers van Amsterdam UMC en het Trimbos-instituut. Het WODC was betrokken voor het gedeelte over de samenloop met de Wfz. De duidingssessies vonden eind september 2021 plaats.

5. Verwerken, analyseren en interpreteren van verzamelde gegevens

De reacties op de e-mail uitvraag onder veldpartijen zijn in een overzicht gezet in Excel. Om de knelpunten en verbeterpunten inzichtelijk te maken zijn, deze per doelstelling of thema ondergebracht in een tabel, waarbij de ingebrachte verbeter-, en knelpunten op aparte tabbladen werden geplaatst.

Van de interviews, focusgroepen en duidingssessies is een video- of audio-opname gemaakt, waarvoor werd eerst om toestemming werd gevraagd aan respondenten. Daarnaast zijn aantekeningen gemaakt. Op basis van de opnames en aantekeningen is een samenvatting gemaakt door een van de onderzoekers. Deze samenvatting is gestuurd naar de respondenten ter controle van de interpretaties van de onderzoekers. Relevante passages uit de interviews en focusgroepen werden getranscribeerd ter ondersteuning van de analyse en rapportage. De data is thematisch geanalyseerd door meerdere onderzoekers van Amsterdam UMC en het Trimbosinstituut.

6. Rapportage

De bevindingen van het kwalitatieve onderzoek werden door het onderzoeksteam van Amsterdam UMC en het Trimbos-instituut uitgewerkt in twee aparte hoofdstukken; één gericht op de Wvggz (hoofdstuk 4) en het ander gericht op de Wzd (hoofdstuk 7). De rapportage is opgebouwd aan de hand van de belangrijkste thema's die naar voren zijn gekomen in de dataverzameling. Deze thema's zijn voorgelegd en besproken tijdens de drie duidingssessies. Daarnaast is een eerste uitwerking van de thema's besproken in een bijeenkomst met alle bij de wetsevaluatie betrokken onderzoekers. Aan de hand van deze bijeenkomst zijn aanpassingen en verdere uitwerkingen gedaan. De laatste versie van de rapportage is voorgelegd aan de kwantitatieve onderzoekers van het Trimbos-instituut en aan de leden van de begeleidingscommissie, waarna feedback is verwerkt in de definitieve versie.

Tabel 1. Een overzicht van de kwalitatieve dataverzameling voor de wetsevaluatie Wvggz en Wzd, fase 1.

Interviews cliënten/patiënten en naasten		
Type interview	**N**	**Toelichting**
Patiënten en naasten Wvggz	6	Vier patiënten en twee naasten die ervaring hebben met verplichte zorg onder de Wvggz
Wzd: Naasten PG	8	Naasten van mensen met dementie, waaronder 1 persoon die tevens werkzaam is als PG-zorgprofessional
Wzd: Naasten en cliënten VG	6	Mensen die wonen bij VG instellingen (3), een begeleider en twee naasten
Focusgroepen en interviews professionals		
Type focusgroep/interview	**N**	**Toelichting**
Wvggz		
Wvggz professionals (werkvloer)	5	Zorgprofessionals (psychiaters) en cliëntenraad
Wvggz professionals overstijgend (duo interview)	2	Geneesheer-directeur (GD) en jurist/beleidsmedewerker GGZ organisatie
Wvggz cliënt/ familievertegenwoordigers	3	LSFVP, Ypsilon en Mind
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	7	Geneesheer-directeuren en beleidsadviseur
De Nederlandse ggz	9	Bestuurders, gezondheidsjuristen, GD, stafadviseur
Openbaar Ministerie	2	Officier van justitie en beleidsmedewerker OM
Interview geneesheer-directeur	1	Geneesheer-directeur
Interview klachtencommissie	1	Jurist
Interview klachtencommissie	1	Jurist
Wzd		
PG professionals	10	Wzd-functionarissen/specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen/verzorgenden
PG professionals	5	Wzd-functionarissen/specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundige/trajectbegeleider
VG Professionals	4	Wzd-projectleider, gedragsdeskundige/ gz-psycholoog/ arts voor verstandelijk gehandicapten
VG Professionals	3	Locatie manager, projectleider Wzd/ orthopedagoog/ arts voor verstandelijk gehandicapten
VG Professionals	9	Verpleegkundige/ Verpleegkundig specialisten, coördinerend ondersteuners/ persoonlijk begeleiders, AVG arts
Cliëntenorganisaties en cliëntenvertrouwenspersonen (PG/VG)	5	Cliëntenorganisatie, cliëntenvertrouwenspersonen (PG/VG) (4)
Clientvertrouwenspersonen (PG/VG)	5	Cliëntenvertrouwenspersonen
Interview Stichting Landelijke Faciliteit cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang	1	Stichting Landelijke Faciliteit cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang

Interview cliëntenvertrouwenspersoon	1	Cliëntenvertrouwenspersoon
Interview specialisten ouderengeneeskunde/Wzd-functionaris	1	Specialist ouderengeneeskunde/Wzd-functionaris
Interview mentor	1	Mentor
Wvggz en Wzd		
Gemeentelijk perspectief	8	Gemeentes/GGD, politie, CIZ
Juridische partijen	12	Straf en civiel rechters, advocaten en OM
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	5	Medewerkers Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Focusgroep klachtenprocedure	14	KCOZ, VGN/ Aktis, leden klachtencommissies, stichting PVP en NVvP
Interview bureau geneesheer-directeuren	1	Jurist bureau geneesheer-directeuren

Duidingssessies

Type duidingssessie	**N**	**Toelichting**
Juridische partijen	7	Rechters, officieren van justitie, advocaat, PVP, psychiater
Wvggz partijen	14	NVvP, MIND, de Nederlandse ggz, KCT, V&VN, LSFVP, PVP, VGN
Wzd partijen	12	Zorgbelang Inclusief, Actiz, KNMG, Verenso, Alzheimer Nederland, VGN, V&VN, NVAVG, LHV, CIZ

Bijlage 1 — Lijst van benaderde instanties en organisaties voor e-mail-uitvraag

Actiz – brancheorganisatie organisaties die kwetsbare ouderen en chronisch zieken verzorgen
Algemeen directeurenoverleg FPC's
Alzheimer Nederland
Ambulancezorg Nederland (AZN) met als respondent:
Witte Kruis - RAV Zeeland (ambulancedienst)
Autoriteit Persoonsgegevens*
Behandeldirecteurenoverleg FPC's
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI):
Divisie Individuele Zaken (DIZ) en Forensisch Plaatsingsloket (FPL)
Iederin – Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Inspectie Justitie en Veiligheid (IJ&V)
KansPlus – Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten
Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ)
Klachtencommissie Zuid-Holland Noord – gericht op Wvggz
Landelijke Faciliteit Cliëntvertrouwenspersonen (LF CVP) – gericht op Wzd
Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)*
Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP)
Landelijke Vereniging Managers Zorg- en Veiligheidshuizen (LVMZV)*

MIND – Belangenorganisatie psychische gezondheid
Nationale Politie
Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)
Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
Sectie Ouderenzorg
Sectie Forensische Psychologie*
Nederlandse GGz, en via hen ook de volgende leden:
Dimence
GGz Centraal
GGz Noord-Holland Noord
Mediant
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Nederlandse Vereniging van Strafrechtadvocaten (NVSA)*
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR)
Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA)*
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Openbaar Ministerie
Raad voor de Rechtspraak (RvdR), strafrechters
Expertgroep Wvggz-Wzd Rechtbank
Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)
Reclassering Nederland (3RO)
Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) – gericht op Wvggz
Stichting Verslavingsreclassering (SVG)
Tactus Verslavingszorg
Valente - Brancheorganisatie woonzorg (fusie Federatie Opvang en RIBW Alliantie)
Vereniging van Psychiatrisch Patiëntenrecht Advocaten (vPAN)
Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
Zorgverzekeraars Nederland

(* = instanties of organisaties die hebben aangegeven niet mee te doen of niet hebben gereageerd)

41 Evaluatie Wet Kinderombudsman
42 Derde evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
43 Eerste evaluatie Jeugdwet
44 Derde evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
45 Tweede evaluatie Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
46 Tweede evaluatie Wet verwijsindex risicojongeren
47 Evaluatie Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
48 Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap
49 Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
50 Derde evaluatie Embryowet
51 Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1

Deze rapporten zijn te downloaden en in de meeste gevallen ook te bestellen via *www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving*

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

250/12/2021, ISBN 9789057631627

ZonMw