



# **Reactie van VGN en ActiZ op Evaluatierapport Wet zorg en dwang**

**Standpunten van ActiZ en VGN  
ten aanzien van de 70 aanbevelingen  
uit deel 1 en deel 2 van het eerste evaluatierapport over  
de Wet zorg en dwang  
en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg**

**Januari 2023**

## **Inhoudsopgave**

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1.1.</b>	<b>Algemeen</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>Opbouw reactie</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Algemene beschouwing</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Maatregelen op korte termijn</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Toezicht</b>	<b>6</b>
<b>2.4</b>	<b>Kosten</b>	<b>6</b>
<b>2.5</b>	<b>Forensische patiënten</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Algemene aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. de Wvggz</b>	<b>9</b>
<b>5.</b>	<b>Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. de Wzd</b>	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b>Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming</b>	<b>31</b>
<b>7.</b>	<b>Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. de relatie met de Wfz</b>	<b>33</b>
<b>8.</b>	<b>Algemene aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport, deel I</b>	<b>37</b>
<b>9.</b>	<b>Aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport t.a.v. de Wvggz</b>	<b>39</b>
<b>10.</b>	<b>Aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport t.a.v. de Wzd</b>	<b>43</b>
<b>11.</b>	<b>Algemene aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport, deel II</b>	<b>48</b>

## **1. Inleiding**

### **1.1. Algemeen**

ActiZ en VGN hebben met waardering kennisgenomen het eerste, uit twee delen bestaande, evaluatieonderzoek Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd). De onderzoekers zijn erin geslaagd om relevante aanbevelingen te doen ter verbetering van beide wetten.

De aanbevelingen met betrekking tot de Wzd sluiten merendeels goed aan bij onze standpunten ten aanzien van de Wzd en kunnen bijdragen aan de oplossing van problemen die onze leden ondervinden bij de uitvoering van deze wet.

In deze reactie besteden wij niet alleen aandacht aan de aanbevelingen die betrekking hebben op de Wzd, maar ook aan aanbevelingen met betrekking tot de Wvggz. Veel van deze aanbevelingen hebben immers betrekking op onderwerpen die ook in de Wzd aan de orde komen en zullen dan ook doorwerken in de discussie over aanpassing van de Wzd. Het omgekeerde geldt overigens ook, de aanbevelingen die betrekking hebben op de Wzd zijn ook van invloed op de Wvggz.

In deze reactie beperken wij ons tot de aanbevelingen uit het evaluatierapport. In het evaluatierapport konden echter niet alle relevante aspecten van de Wzd aan de orde komen. De onderzoekers hebben keuzes moeten maken: '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'<sup>1</sup>. ActiZ en VGN zullen daarom in een tweede document aanbevelingen doen over onderwerpen uit de Wzd die in het evaluatierapport niet aan de orde komen, maar voor de uitvoeringspraktijk wel van belang zijn.

### **1.2 Opbouw reactie**

In deze reactie worden de aanbevelingen uit het evaluatierapport letterlijk geciteerd, Waar nodig volgt, onder het kopje 'achtergrondinformatie', beknopte informatie die de aanbeveling verduidelijkt en in context plaatst. Daarna volgt het standpunt van ActiZ en VGN.

Ten aanzien van de aanbevelingen met betrekking tot de Wvggz zijn de veldpartijen uit de geestelijke gezondheidszorg de eerst aangewezenen om een standpunt in te nemen. Wij beperken ons hier tot een korte reactie, voor zover het een onderwerp betreft dat ook voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg van belang is.

## **2. Algemene beschouwing**

### **2.1 Algemeen**

Op basis van de twee delen van het evaluatie-onderzoek trekken de onderzoekers een duidelijke conclusie: *'Als het erom gaat dat een wet toegankelijk en werkbaar is, aansluit bij het terrein waarop deze van toepassing is en relatief makkelijk te implementeren is,*

---

<sup>1</sup> Evaluatierapport Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1, blz. 20.

*dan zijn de Wvvgz en de Wzd in belangrijke mate mislukt. Van heldere regelgeving die voldoende rekening houdt met de kenmerken van de domeinen waarin ze moet worden toegepast, is geen sprake'* (Evaluatierapport, deel 2, p. 311).

Deze conclusie is hard, maar komt voor de uitvoeringspraktijk zeker niet als een verrassing. Het beeld dat de evaluatie-onderzoekers schetsen van de uitvoeringsproblemen is heel herkenbaar. ActiZ en VGN onderschrijven deze conclusie dan ook nadrukkelijk.

De onderzoekers concluderen verder dat het proces van totstandkoming van beide wetten sterk heeft bijgedragen aan een steeds verdere detaillering en formalisering van beide wetten. Ook deze conclusie onderschrijven wij. Toen de Wzd in 2009 bij de Tweede Kamer werd ingediend, hebben ActiZ en VGN zich positief opgesteld ten opzichte van het wetsvoorstel. Echter, vanaf de vierde nota van wijziging Wzd, ingediend in 2012, hebben wij gewaarschuwd voor uitvoeringsproblemen. De Wzd was te complex geworden, te vaak werd ervoor gekozen om waarborg op waarborg te stapelen. De harmonisatie met de Wvvgz heeft de complexiteit van de Wzd helaas nog aanmerkelijk vergroot. Ook bij die gelegenheid hebben VGN en ActiZ indringend en bij het herhaling gewaarschuwd voor de grote uitvoeringsproblemen waartoe de Wzd aanleiding zou zijn.

De belangrijkste opdracht waarvoor we nu staan, is om de Wzd te vereenvoudigen tot een wet die begrijpelijk en uitvoerbaar is en daardoor ook effectiever is. Wij zien dit als een gedeeld belang van zorgverleners én cliënten.

## **2.2 Maatregelen op korte termijn**

Minister Helder heeft de noodzaak van wijziging van de Wzd onderschreven en zij heeft te kennen gegeven dat zij terug wil naar de kern de geest van de wet. Verder heeft zij aangekondigd dat zij eind 2023 een wetsvoorstel tot wijziging van de Wzd bij de Tweede Kamer wil indienen. De behandeling van dat wetsvoorstel door de Tweede Kamer en de Eerste Kamer zal zeker een jaar duren. De gewijzigde Wzd zal dus op z'n vroegst per 1/1/25 in werking treden. Wij tekenen hierbij aan dat de ervaring leert dat wetgeving over gedwongen zorg veel langer op zich laat wachten dan oorspronkelijk was gepland.

De praktijk moet zich derhalve nog minstens twee jaar behelpen met een moeilijk uitvoerbare wet, waarvan maar de vraag is of zij haar doel bereikt en waarvan duidelijk is dat zij sterk gewijzigd zal worden.

ActiZ en VGN zijn van mening dat van de praktijk ten aanzien van een aantal punten niet verwacht kan worden dat zij de inwerkingtreding van de wijzigingswet afwacht. Het betreft:

- a. Uitvoering van het advies Van stappenplan naar maatwerk in dialoog.

In dit advies geven cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen en brancheorganisaties uit de ouderenzorg en gehandicaptenzorg aan hoe de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan geregeld zou moeten worden. Nu over dit advies brede overeenstemming bestaat, zou de praktijk conform dit advies moeten kunnen handelen, zodra de minister, in het regeringsstandpunt ten aanzien van het evaluatierapport, te kennen heeft gegeven voornemens te zijn om dit advies in wetgeving om te zetten.

b. Uitvoering van de aanbeveling over gelijkgestelde aandoeningen

Door een brede coalitie van 19 veldpartijen uit de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is bepleit om de mogelijkheid te creëren dat cliënten met een psychische stoornis onder de Wzd worden gebracht. Dit ongeacht welke psychische stoornis zij hebben. Niet de diagnose, maar de zorgbehoefte moet bepalend zijn. In het evaluatieonderzoek wordt een aanbeveling gedaan met diezelfde strekking (aanbeveling 21). Op korte termijn moet deze mogelijkheid gecreëerd worden.

c. Oplossen van problemen bij multiproblematiek (verstandelijke beperking / psychogeriatrische aandoening in combinatie met een psychische stoornis).

Door een veranderende zorgbehoefte kan het wenselijk zijn dat een cliënt van de ouderenzorg of gehandicaptenzorg overgeplaatst wordt naar de geestelijke gezondheidszorg of andersom. Zo'n overgang brengt nu veel bureaucratie met zich mee. Op korte termijn moet overplaatsing van de ene sector naar de andere vereenvoudigd worden.

d. Verleng vooralsnog de geldigheidsduur van besluiten opname en verblijf

Op de datum van inwerkingtreding van de Wzd zijn van rechtswege alle op basis van de Bopz afgegeven artikel 60-besluiten omgezet in een besluit opname en verblijf op basis van de Wzd, met een geldigheidsduur van vijf jaar. Deze verloopt derhalve per 1/1/25. Nu nut en noodzaak van het besluit opname en verblijf in het evaluatierapport ter discussie wordt gesteld en bovendien VWS te kennen heeft gegeven dat het al dan niet beschikken over een besluit opname en verblijf voor de rechtspositie van een cliënt die al is opgenomen geen verschil maakt, zijn wij van mening dat van de praktijk niet verwacht mag worden dat een nieuw besluit opname en verblijf wordt aangevraagd voor cliënten die al zijn opgenomen. De geldigheidsduur van de besluiten opname en verblijf van deze cliënten moet daarom van rechtswege verlengd worden voor de periode waarin naar verwachting de discussie loopt over het al dan niet handhaven van het besluit opname en verblijf.

e. Onderzoek naar de effectiviteit van de inzet van deskundigen bij de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan kan worden verleend

De Wzd voorziet in verplichte raadpleging van verschillende deskundigen als de zorgverantwoordelijke overweegt onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen of om de periode te verlengen waarin onvrijwillige zorg op basis het zorgplan kan worden verleend. Ook voorziet de Wzd in verplichte toetsing door de Wzd-functionaris van besluiten van de zorgverantwoordelijke hieromtrent. Helaas geeft het evaluatierapport geen inzicht in de effectiviteit van de deskundigenraadpleging en het toezicht door de Wzd-functionaris. Leiden deze inderdaad tot een andere afweging door de zorgverantwoordelijke, zodat onvrijwillige zorgverlening kan worden voorkomen of voor een minder ingrijpende vorm wordt gekozen? Geldt dit in het algemeen of wellicht specifiek bij bepaalde gedragsproblemen wel en bij andere niet? Nader onderzoek om deze vragen te kunnen beantwoorden, vinden wij noodzakelijk zodat op basis daarvan beoordeeld kan worden of

aanpassing van de inzet van deskundigen en van de Wzd-functionaris nodig is om het doel ervan zo goed mogelijk te bereiken.

### **2.3 Toezicht**

Nu geconcludeerd wordt dat de Wzd een te complexe wet is, het maar de vraag is of de Wzd bijdraagt aan het beoogde doel en de minister naar aanleiding van het evaluatierapport heeft aangekondigd dat zij terug wil naar de kern en naar de geest van de wet, zijn VGN en ActiZ van mening dat de IGJ bij het toezicht op de naleving van de Wzd voorlopig een terughoudende opstelling past. Het toezicht moet de komende jaren niet gericht zijn op handhaving van de letter van de wet, maar op het stimuleren van handelen in de geest van de wet.

### **2.4 Kosten**

In het tweede deel van het evaluatierapport formuleren de onderzoekers een aantal aanbevelingen die erop gericht zijn de kosten van de uitvoering van de Wvggz verder in beeld te brengen. ActiZ en VGN zijn van mening dat die aanbevelingen eveneens gedaan moeten worden ten aanzien van de Wzd.

Ruim voor inwerkingtreding van de Wzd hebben wij er al op gewezen dat de Wzd in de loop van de parlementaire behandeling steeds complexer werd en dat de uitvoering hiervan grote kosten met zich mee zou brengen. Helaas werden deze kosten pas na inwerkingtreding van de wet berekend en alleen voor zover het het stappenplan betreft. De NZa concludeerde in 2021 dat de meerkosten van uitvoering van het stappenplan jaarlijks 111 miljoen bedragen. Deze meerkosten werden met name in de gehandicaptenzorg gelokaliseerd en zijn pas met ingang van 2022 in de tarieven verwerkt. De door de NZa berekende meerkosten in de verpleeghuiszorg zijn een aanzienlijke onderschatting van de werkelijke meerkosten. Voor de verpleeghuiszorg is helemaal geen extra geld beschikbaar gesteld omdat VWS meende dat de structurele meerkosten van de Wzd gedekt kunnen worden uit de kwaliteitsmiddelen die vanaf 2022 aan de integrale tarieven worden toegevoegd. Dat besluit past bij een patroon van een stapeling van eisen die aan de verpleeghuiszorg worden gesteld, zonder dat de daarvoor benodigde middelen beschikbaar worden gesteld. Dit alles klemmt des te meer aangezien ook op diverse andere punten de benodigde randvoorwaarden voor uitvoering van de Wzd ontbreken.

Zowel bij de voorbereiding op de inwerkingtreding van de Wzd als tijdens de eerste twee jaar na inwerkingtreding van de wet hadden zorgaanbieders derhalve te maken met sterk gestegen lasten die niet vergoed werden. Dit terwijl bij indiening van het wetsvoorstel juist een verlaging van de kosten in het vooruit werd gesteld.

ActiZ en VGN zijn van mening dat een integraal beeld van de kosten van uitvoering van de Wzd noodzakelijk is, zodat op basis daarvan de uitvoering adequaat bekostigd kan worden. Wij verzoeken het ministerie van VWS daarom de NZa te vragen om dit jaar een nieuw onderzoek te doen naar de uitvoeringskosten van de Wzd, en zorgvuldig met de uitkomsten hiervan om te gaan. Hierbij is bijvoorbeeld ook relevant dat aandacht wordt besteed aan de kosten van de inzet van zorgaanbieders om onvrijwillige zorgverlening te voorkomen.

## 2.5 Forensische patiënten

Aan de rechtspositie van forensische patiënten die in een Wzd-accommodatie worden geplaatst wordt in het evaluatierapport amper aandacht besteed. Wij vinden het erg belangrijk dat hun rechtspositie in het kader van de evaluatie van de Wzd kritisch wordt bezien. Hierbij vinden wij het met name van belang dat de volledige gelijkstelling van de rechtspositie van forensische patiënten met de rechtspositie van andere Wzd-cliënten, zoals vastgelegd in artikel 49 Wzd), wordt heroverwogen tegen de achtergrond van de doelen van forensische zorgverlening zoals vastgelegd in de Wet forensische zorg. Tevens is van belang dat de mogelijkheden die de Wzd biedt om beperkingen op te leggen aan deze cliënten (artikel 51a Wzd) wordt aangevuld, zodat in ieder geval de beperkingen, die nodig zijn om het vereiste beveiligingsniveau te kunnen bieden, opgelegd kunnen worden. Een integrale heroverweging van de rechtspositie van forensische patiënten die worden geplaatst in een Wzd-accommodatie is derhalve noodzakelijk.

## 3. Algemene aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport

Deze algemene aanbevelingen hebben zowel betrekking op de Wzd als op de Wvvgz.

### Aanbeveling 1:

*Intensiveer de voorlichting aan en de scholing over de Wvvgz en de Wzd onder de personen die bij de toepassing van deze wetten betrokken zijn (overheid i.s.m. de veldpartijen).*

### Standpunt ActiZ en VGN

De onderzoekers constateren in het evaluatierapport dat al heel veel voorlichtings- en scholingsmateriaal beschikbaar is. Zij stellen zich een terechte vraag: *'is wetgeving die zoveel 'begeleiding' noodzakelijk maakt wel goede wetgeving?'* De vraag stellen is hem beantwoorden: *'Bezien van de optiek van 'kwaliteit van wetgeving' roepen de Wvvgz en de Wzd veel vragen op'.*

In het evaluatierapport wordt terecht geconstateerd dat, ondanks de vele handreikingen, FAQ's en al het andere voorlichtingsmateriaal dat ontwikkeld is, veel onduidelijkheid over de toepassing van de Wzd bestaat. Het gaat hierbij ook om basale vragen zoals de vraag wat nu eigenlijk precies moet worden verstaan onder de verschillende vormen van onvrijwillige zorg, over wat de verschillende basisbegrippen uit de Wzd precies betekenen en over bijvoorbeeld de vraag waarom een besluit tot opname en verblijf moet worden aangevraagd en wat de gevolgen zijn voor de rechtspositie van de cliënt als het CIZ zo'n besluit heeft afgegeven. Zo lang de Wzd op dit basale niveau nog onduidelijk is, vinden wij intensivering van scholing en voorlichting niet zinvol. De Wzd moet nu eerst vereenvoudigd worden tot een wet die voor zorgverleners en cliënten in ieder geval op hoofdlijnen begrijpelijk is.

### Aanbeveling 2:

*Laat gericht onderzoek doen naar de discrepantie tussen de wettelijke eisen en de beschikbaarheid van daarvoor benodigde middelen en voorzieningen (personeel,*

*financieel, bedden capaciteit) (overheid).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Hoewel het vanzelfsprekend zou moeten zijn dat bij inwerkingtreding van wetten zoals de Wzd voldaan moet zijn aan de belangrijkste randvoorwaarden, constateren de onderzoekers terecht dat dit niet het geval was. De uitvoering van de Wzd bleek tot een sterke kostenverhoging te leiden (jaarlijks meer dan 100 miljoen, terwijl kostenverlaging was aangekondigd). Een belangrijk doel van de Wzd was een verschuiving van intramurale zorg naar ambulante zorg mogelijk te maken. In de praktijk komt die niet tot stand, simpelweg omdat bijvoorbeeld de deskundigen die nodig zijn voor uitvoering van het stappenplan in de ambulante zorgverlening ontbreken en de prestatiebeschrijvingen en de tarieven van mogelijke aanbieders van ambulante onvrijwillige zorg, zoals de wijkverpleging en kleinschalige zorgaanbieders, niet zijn aangepast aan de uitvoering van de Wzd.

ActiZ en VGN vinden het van belang dat in de discussie over herziening van de Wzd steeds bepalend moet zijn of de herziene Wzd uitvoerbaar is. Dit betreft zowel de beschikbaarheid van zorgverleners als de beschikbaarheid van financiële middelen en voorzieningen. Zijn de randvoorwaarden niet op orde, dan kunnen zorgaanbieders de herziene wet niet optimaal uitvoeren.

### **Aanbeveling 3:**

*Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de Wvvgz en de Wzd te screenen op onnodige administratieve belasting, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

VGN en ActiZ vinden het jammer dat de beoogde screening op onnodige administratieve belasting niet in het kader van de evaluatie heeft plaatsgevonden. Uitvoering van deze aanbeveling draagt echter het risico in zich dat feitelijk een tweede evaluatieonderzoek op de rails wordt gezet, wat tot vertraging in de besluitvorming over vereenvoudiging van de Wzd zal leiden. Wij vinden dat ongewenst. Het heeft onze voorkeur dat VWS en de veldpartijen nu zelf onderzoeken hoe de administratieve lasten verminderd kunnen worden. ActiZ en VGN leveren daaraan graag een bijdrage, onder meer door in deze reactie tal van aanbevelingen te doen die gezamenlijk tot een substantiële vermindering van de administratieve lasten leiden.

### **Aanbeveling 4:**

*Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de voorgeschreven momenten van gegevensuitwisseling in de Wvvgz 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).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij betreuren het dat de beoogde screening op uitvoerbaarheid en nut en noodzaak van



de gegevensuitwisseling op basis van de Wzd niet in het kader van het evaluatieonderzoek heeft plaatsgevonden. Uitvoering van deze aanbeveling kan echter tot vertraging in de besluitvorming over vereenvoudiging van de Wzd leiden. Het heeft daarom onze voorkeur om nu eerst in te zetten op wijziging van de wet. Aandacht voor gegevensuitwisseling is daarbij noodzakelijk.

#### **4. Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. 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).*

##### **Achtergrondinformatie**

Het in de Wvggz genoemde plan van aanpak heeft als doel om verplichte zorg te voorkomen (art. 5:5 Wvggz). De cliënt of zijn vertegenwoordiger kan de geneesheer-directeur vragen om de voorbereiding van een verzoekschrift tot afgifte van een zorgmachtiging te schorsen, om hem gelegenheid te geven een plan van aanpak op te stellen dat verplichte zorgverlening kan voorkomen. Dit verzoek moet binnen drie dagen worden ingediend nadat de geneesheer-directeur heeft meegedeeld dat de officier van justitie heeft besloten om het verzoek om een zorgmachtiging voor te bereiden. De geneesheer-directeur overleg hierover met de officier van justitie en beslist binnen twee dagen. Een schorsing van de voorbereiding van een verzoekschrift tot afgifte van een zorgmachtiging duurt twee weken.

De geneesheer-directeur beoordeelt (mede op basis van een medische verklaring) of op basis van het plan van aanpak het ernstig nadeel kan worden voorkomen (art. 5:15 Wvggz). Hij informeert de officier van justitie hierover. Als de officier van justitie concludeert dat uitvoering van het plan van aanpak verplichte zorgverlening overbodig maakt, staakt hij de voorbereiding van een verzoek tot afgifte van een zorgmachtiging (art. 5:11 Wvggz).

De mogelijkheid om een plan van aanpak op te stellen wordt in de praktijk weinig benut. Het onderzoeksrapport vermeldt dat in de eerste helft van 2021 in 6% van de voorbereidingsprocedures is besloten tot schorsing in afwachting van een plan van aanpak en dat in ongeveer 1% van deze procedures op basis van het plan van aanpak is besloten om de voorbereidingsprocedure te beëindigen.

##### **Korte reactie ActiZ en VGN**

In de Wzd ontbreekt een vergelijkbare mogelijkheid voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger om onvrijwillige opname of onvrijwillige zorg te voorkomen. Het verdient aanbeveling om te bezien of het wenselijk is in de Wzd een regeling met deze strekking op te nemen.

Hierbij kan ook aangesloten worden bij het persoonlijk plan dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger op basis van de Wet langdurige zorg kan opstellen, voorafgaand aan de zorgplanbespreking (art. 8.1.1, lid 3 Wlz). Dit persoonlijk plan wordt betrokken bij het opstellen van het zorgplan (art. 8.1.3, lid 2 Wlz).

## **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).*

### **Achtergrondinformatie**

De Wvggz telt vele bepalingen op grond waarvan cliënten (schriftelijk) geïnformeerd moeten worden. Dat de cliënt op de mogelijkheid van advies en bijstand door de patiëntenvertrouwenspersoon moet worden gewezen, wordt bijvoorbeeld in 16 bepalingen van de Wvggz genoemd.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Voor wat betreft de Wvggz nemen wij deze aanbeveling voor kennisgeving aan. De Wzd legt minder nadruk op het verstrekken van schriftelijke informatie aan cliënten. Dat lijkt ons terecht. Cliënten moeten worden geïnformeerd op een manier die past bij hun bevattingsvermogen en op het moment waarop de informatie voor hen van belang is.

## **Aanbeveling 7:**

*Heroverweeg de wijze waarop het thema wils(on)bekwaamheid in de Wvggz gestalte is gegeven (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

De aanbeveling heeft betrekking op art. 8:9, lid 4 Wvggz. Deze bepaling beoogt wilsbekwaam verzet tegen onvrijwillige zorgverlening in principe te honoreren. De zorgverantwoordelijke moet daarom, na overleg met de vertegenwoordiger, bepalen of de cliënt wilsbekwaam is ter zake van de zorg die wordt verleend. Is dat het geval, dan mag de zorg alleen verleend worden, ondanks het verzet van de cliënt, als:

- \* acuut levensgevaar dreigt voor betrokkene (andere vormen van ernstig nadeel voor de betrokkene kunnen dus niet de toepassing van verplichte zorg legitimeren);
- \* een aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor een ander dreigt;
- \* de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Op basis van de Wvggz beoordeelt de zorgverantwoordelijke de wilsbekwaamheid van een cliënt, na overleg met de vertegenwoordiger, en legt de uitkomst van deze beoordeling vast in het dossier (met vermelding van datum en tijdstip).

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De Wzd kent geen bepaling met deze strekking. Op basis van de Wzd kan onvrijwillige zorg ook aan een wilsbekwame cliënt worden verleend. Als de regeling waarin de Wvggz voorziet niet alleen bij het nemen van het artikel 8:9 besluit, maar iedere keer dat verplichte zorg wordt uitgevoerd een beoordeling van de wilsbekwaamheid door de zorg-

verantwoordelijke vereist, lijkt ons dat in de praktijk onuitvoerbaar. Wij kunnen ons dan ook voorstellen dat de onderzoekers aanbevelen dit te heroverwegen. Helaas geven zij hieraan echter geen richting. Het lijkt ons zinvol om te verkennen of ook bij de uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van de Wzd op enigerlei wijze onderscheid gemaakt moet worden tussen onvrijwillige zorgverlening aan een cliënt die ter zake wilsbekwaam is en onvrijwillige zorgverlening aan een cliënt die ter zake wilsonbekwaam is.

### **Aanbeveling 8:**

*Splits art. 3:2 lid 2 onder a Wvvgz; geef het toedienen van medicatie een eigen plaats in de opsomming van mogelijke vormen van verplichte zorg (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 3:2, lid 2, onderdeel a Wvvgz beschrijft een vorm van verplichte zorg. Het betreft: *'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 behandeling'*. Deze formulering stemt in grote lijnen overeen met artikel 2, lid 1, onderdeel a Wzd.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Ten aanzien van artikel 2, lid 1, onderdeel a Wzd doen de onderzoekers een aanbeveling met dezelfde strekking. Wij verwijzen daarom naar ons standpunt ten aanzien van aanbeveling 26.

### **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 Wvvgz moet worden uitgevoerd (wetgever i.s.m. de veldpartijen).*

### **Achtergrondinformatie**

Met het geheel van activiteiten dat binnen de vier-weken-periode als genoemd in art. 5:16, lid 1 Wvvgz moet worden uitgevoerd, worden de werkzaamheden bedoeld die in het kader van de voorbereiding van de aanvraag van een zorgmachtiging moeten worden uitgevoerd.

Het betreft:

- \* de aanwijzing van een geneesheer-directeur en van een zorgverantwoordelijke;
- \* het opstellen van een medische verklaring;
- \* het opstellen van een zorgkaart;
- \* het opstellen van een zorgplan;
- \* het opstellen van de bevindingen van de geneesheer-directeur met betrekking tot het zorgplan;
- \* het opstellen van een zorgmachtiging door de geneesheer-directeur.

De onderzoekers melden dat in de eerste helft van 2021 de termijn in 46% van de gevallen waarin een eerste zorgmachtiging werd voorbereid niet werd gehaald.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Dit betreft een procedure die de Wzd niet kent, deze aanbeveling hebben wij daarom voor kennisgeving aangenomen.

#### **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).*

### **Achtergrondinformatie**

In het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging moet een medische verklaring worden opgesteld door een onafhankelijke psychiater (ook als geen opname wordt gevraagd). De ketenpartners hebben voor deze verklaring een model opgesteld.

In het model geeft de verklarende arts aan of zorg nodig is en zo ja in welke vorm. Hij heeft hierbij de keuze uit de vormen van verplichte zorg die in art. 3:2, lid 2 Wvvgz opgesomd zijn. Begrijpen wij de onderzoekers goed, dan bevelen zij aan dat het model wordt gewijzigd, zodat de verklarende arts niet alleen een vorm van verplichte zorg moet aankruisen, maar dat de verklarende arts hiervoor een onderbouwing geeft en aangeeft of aan de wettelijke criteria wordt voldaan. Wij nemen aan dat met dit laatste de criteria van artikel 3:3 Wvvgz worden bedoeld. De verklarende arts zou dan moeten vaststellen dat er geen mogelijkheden zijn voor vrijwillige zorg en vervolgens de subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid van de verplichte zorgverlening moeten beoordelen.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Op basis van de Wzd is een medische verklaring alleen nodig als een gedwongen opname wordt overwogen. Wat in deze verklaring moet staan wordt in artikel 27 Wzd beschreven, dit betreft onder meer een uitspraak over noodzakelijkheid, doelmatigheid en subsidiariteit van de opname en de onvrijwilligheid daarvan. De aanbeveling lijkt ons daarom voor de Wzd niet van belang, wij nemen deze daarom ter kennisgeving aan.

#### **Aanbeveling 11:**

*Draag ervoor zorg dat de beroepsgroep een multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz opstelt die zich niet beperkt tot ambulante verplichte zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 8:5 Wvvgz bepaalt dat verplichte zorg in beginsel wordt toegepast op basis van een multidisciplinaire richtlijn.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De Wzd kent geen bepaling met deze strekking. Onvrijwillige zorg is een veelomvattend begrip, het lijkt ons daarom niet wenselijk om te proberen één richtlijn op te stellen voor alle vormen van onvrijwillige zorgverlening. Voor afzonderlijke vormen van onvrijwillige zorg zou dit wellicht wel zinvol zijn. Wij laten dit primair ter beoordeling aan de beroepsverenigingen.

### **Aanbeveling 12:**

*Wijzig de inhoud van art. 6:1 lid 4 Wvvgz van 'aanwezig, tenzij' in 'afwezig, tenzij' (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 6:1, lid 4 Wvvgz bepaalt dat de officier van justitie (indiener van het verzoek tot verlening van een zorgmachtiging) aanwezig is tijdens de zitting ter behandeling van het verzoek, tenzij evident is dat een nadere toelichting of motivering door de officier van justitie niet nodig is. Het evaluatieonderzoek wijst uit dat de officier van justitie in de praktijk bijna nooit aanwezig is tijdens zittingen en dat de bij de zitting betrokken partijen dit niet als gemis ervaren.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

In de Wzd wordt het verzoek tot afgifte van een rechterlijke machtiging ingediend door het CIZ. Ook het CIZ is gewoonlijk niet aanwezig tijdens zittingen. Wij hebben niet de indruk dat dit in de praktijk als een gemis wordt ervaren.

### **Aanbeveling 13:**

*Breng de terminologie van de artt. 6:6 en 8:19 Wvvgz 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).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 6:6, lid 1, onderdeel a Wvvgz bepaalt dat een zorgmachtiging onder meer vervalt als de beslissing van de geneesheer-directeur, op basis van artikel 8:19 Wvvgz, tot beëindiging van het verlenen van alle vormen van onvrijwillige zorg, zonder dat daaraan voorwaarden of beperkingen zijn verbonden, onherroepelijk is geworden.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Een vergelijkbare vraag dient zich aan bij de toepassing van de Wzd. Een cliënt die op basis van een rechterlijke machtiging is opgenomen kan ontslagen worden. Aan dit ontslag kunnen beperkingen of voorwaarden zijn verbonden (artikel 48, lid 10 Wzd). Wordt van deze mogelijkheid gebruik gemaakt, dan eindigt de rechterlijke machtiging niet en kan de cliënt opnieuw gedwongen worden opgenomen als hij zich tijdens de looptijd van de rechterlijke machtiging niet aan de beperkingen of voorwaarden houdt. Wordt van de mogelijkheid om beperkingen of voorwaarden te verbinden aan het ontslag geen gebruik

gemaakt dan wordt er in de praktijk vanuit gegaan dat met het ontslag de rechterlijke machtiging eindigt. Dat dit het geval is, zou expliciet in de Wzd bepaald kunnen worden.

#### **Aanbeveling 14:**

*Vereenvoudig art. 8:18 lid 3 onder b Wvvgz in die zin dat overleg over de voorgenomen beëindiging wordt vervangen door een (tijdige) kennisgeving van beëindiging (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Artikel 8:18, lid 3, onderdeel b Wvvgz voorziet in een specifieke regeling voor beëindiging van verplichte zorgverlening in de vorm van opname in een accommodatie als daartoe is besloten vanwege ernstig nadeel voor een ander. De geneesheer-directeur beslist dan tot beëindiging van de opname op basis van een medische verklaring en na overleg met, afhankelijk van de situatie, de burgemeester of de officier van justitie en het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar betrokkene woont. De onderzoekers constateren dat alle betrokkenen dit overleg als overbodig ervaren.

#### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Artikel 48, lid 4 Wzd voorziet in een regeling met dezelfde strekking als het artikel uit de Wvvgz waarop deze aanbeveling betrekking heeft. Ook deze regeling voorziet in een verplichting om voorafgaand aan een besluit tot ontslag te overleggen met respectievelijk de burgemeester (bij ontslag van cliënt die op basis van inbewaringstelling is opgenomen), met de officier van justitie (bij ontslag van een cliënt is opgenomen op basis van een rechterlijke machtiging die door de strafrechter is afgegeven) en met het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar de cliënt ingezetene is of naar verwachting zal verblijven (bij ontslag van een cliënt met machtiging tot opname en verblijf). Ook dit overleg is naar onze indruk overbodig.

#### **Aanbeveling 15:**

*Schrap de in art. 7:1 lid 3 onder b Wvvgz opgenomen hoorplicht van de burgemeester (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Artikel 7:1, lid 3, onder b Wvvgz bepaalt dat de burgemeester een crisismaatregel niet eerder neemt dan nadat hij de betrokkene, zo mogelijk, in de gelegenheid heeft gesteld te worden gehoord. De onderzoekers vinden het zeer twijfelachtig of deze hoorplicht meerwaarde heeft en constateren dat bezwaren tegen de hoorplicht breed worden gedeeld.

#### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De Wzd kent geen hoorplicht, althans die is niet in de Wzd opgenomen. Niettemin is in de literatuur verdedigd dat op basis van de Algemene wet bestuursrecht wel een hoorplicht bestaat. In de praktijk wordt hieraan echter geen uitvoering gegeven.

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat jaarlijks ongeveer 1.450 inbewaringstelling worden afgegeven. Nederland telt 345 gemeenten, zodat een burgemeester gemiddeld per jaar

ongeveer vier inbewaringstellingen afgeeft.

In de derde Bopz-evaluatie werd geconstateerd dat rol van de burgemeester inhoudelijk nauwelijks meerwaarde heeft. Hij beslist feitelijk vrijwel altijd conform de medische verklaring. Als de burgemeester de betrokkene niet hoort, is de medische verklaring naar onze indruk ook de enige informatie die hij heeft over de betrokkene.

Tegen deze achtergrond vinden wij de rol van de burgemeester bij inbewaringstellingen niet vanzelfsprekend. Wij vinden het van belang dat in de Wzd één regeling wordt opgenomen van de tenuitvoerlegging van rechterlijke machtigheden en dat één instantie met de uitvoering hiervan belast zou moeten worden. Het lijkt ons denkbaar dat aan deze instantie ook de rol wordt toegedeeld die de burgemeester nu vervult bij inbewaringstellingen.

### **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).*

### **Achtergrondinformatie**

De Wvggz bepaalt dat de burgemeester en de geneesheer-directeur de persoonsgegevens van de betrokkene aan de pvp verstrekken, zodat deze betrokkene kan informeren over advies en bijstand van de pvp. Voor het verstrekken van deze persoonsgegevens is uitdrukkelijke toestemming nodig van de betrokken (art. 5:4, lid 2, onderdeel c Wvggz en art. 7:2, lid 5 Wvggz). De onderzoekers constateren dat in 25% van de gevallen bij een crisismaatregel en bij 6% van de gevallen bij een zorgmachtiging daadwerkelijk persoonsgegevens worden doorgegeven. De onderzoeker vinden dit onwenselijk en stellen voor de Wvggz te wijzigen zodat de gegevens van de patiënt zonder diens toestemming doorgegeven kunnen worden en de pvp dus ongevraagd contact kan opnemen met de patiënt.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De Wzd kent een bepaling met dezelfde strekking als art. 7:2, lid 5 Wvggz. Daarin wordt bepaald dat de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg de naam en contactgegevens van de cliënt en van zijn vertegenwoordiger aan de cliëntenvertrouwenspersoon verstrekt, zodat deze de cliënt en zijn vertegenwoordiger kan informeren over de mogelijkheid advies en bijstand te verlenen. Voor deze gegevensverstrekking is instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger nodig (Artikel 5, lid 3 Wzd).

Tevens bepaalt de Wzd dat de zorgaanbieder de cliënt en diens vertegenwoordiger informeert over de mogelijkheden tot advies en bijstand door de cvp op zodanige wijze dat daarmee wordt aangesloten bij de behoefte en het bevattingsvermogen van de desbetreffende cliënt (artikel 57, lid 1 Wzd).

Wij zien geen aanleiding om in de Wzd een bepaling op te nemen die ertoe strekt te faciliteren dat de cvp ongevraagd contact opneemt met een cliënt. Het is ons ook niet helder hoe dit in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg gerealiseerd zou kunnen wor-

den. Telefonisch contact is in veel gevallen niet zinvol, ongevraagd op bezoek komen lijkt ons onwenselijk. Advies en bijstand vragen van de cvp moet een recht zijn, geen plicht.

#### **Aanbeveling 17:**

*Pas art. 10:3 Wvggz zodanig dat duidelijk is tegen welke beslissingen een beroep op de klachtencommissie mogelijk is (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Artikel 10:3 Wvggz bepaalt dat een klacht kan worden ingediend over de nakoming van een verplichting of over een beslissing op basis van één van de 24 artikelen die in artikel 10:3 Wvggz worden opgesomd.

#### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De Wvggz kent aanmerkelijk meer klachtgronden van de Wzd. Het is ons niet duidelijk op basis van welk criterium de wetgever bepaalt of een klacht op basis van de klachtenregeling van de Wvggz of de Wzd beoordeeld moet worden, dan wel op basis van de algemene klachtenregeling op basis van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In de praktijk is ook vaak onduidelijk of een klacht op basis van de Wzd behandeld moet worden of op basis van de Wkkgz. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat meer dan een derde van de klachten die in 2021 bij de KCOZ zijn ingediend niet beoordeeld konden worden omdat de KCOZ niet bevoegd was of de klacht niet-ontvankelijk was. Dit rechtvaardigt discussie over de vraag of het specifieke klachtrecht uit de Wzd niet beter geïntegreerd kan worden in de algemene klachtenregeling op basis van de Wkkgz. Op die manier ontstaat één loket voor beoordeling van klachten.

#### **Aanbeveling 18:**

*Organiseer een structuur om onderling contact tussen klachtencommissies te faciliteren en te stimuleren (overheid i.s.m. de veldpartijen).*

#### **Achtergrondinformatie**

In de geestelijke gezondheidszorg zijn ongeveer 25 Wvggz-klachtencommissies ingesteld. De onderzoekers signaleren dat hun werkwijze nogal uiteen kan lopen en dat hierdoor de rechtseenheid en rechtsgelijkheid in het gedrang kan komen.

#### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Het is ons niet precies bekend hoeveel Wzd-klachtencommissies zijn ingesteld. Het zal ongeveer om vijf commissies gaan. Dit aantal ligt dus aanmerkelijk lager dan het aantal Wvggz-klachtencommissies. De meeste leden van ActiZ en VGN hebben de KlachtenCommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ) aangewezen als Wzd-klachtencommissie. De KCOZ is ingesteld door ActiZ en VGN enerzijds en Ieder(in), KansPlus, LOC en LSR anderzijds. Wat ons betreft kan het aan de Wzd-klachtencommissies gelaten worden om desgewenst onderling contact te onderhouden.



### **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).*

#### **Achtergrondinformatie**

De onderzoekers vinden het belangrijk dat alle uitspraken van klachtencommissies op 'één landelijke plaats' beschikbaar zijn en doorzocht kunnen worden met behulp van zoektermen. Het is niet helemaal duidelijk of beoogd is dat op het centrale punt zowel de uitspraken van Wvggz-klachtencommissies als de uitspraken van de Wzd-klachtencommissies te vinden zijn of dat twee aparte centrale punten beoogd zijn.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Het aantal Wzd-klachtencommissies is beperkt. Veel Wzd-zorgaanbieders zijn aangesloten bij de KCOZ. De KCOZ publiceert haar uitspraken op de website van de KCOZ.

De onderzoekers onderbouwen deze aanbeveling nauwelijks, het is ons niet duidelijk welk doel en welke doelgroep de onderzoekers met deze aanbeveling voor ogen hebben. Wij zijn niet op voorhand overtuigd van de toegevoegde waarde van een website waarop alle uitspraken van Wzd-klachtencommissies gepubliceerd worden.

Overigens is ons niet helder waarom alleen de uitspraken van klachtencommissies genoemd worden en niet de uitspraken over Wzd-klachten van rechtbanken en van de Hoge Raad. Deze kunnen gepubliceerd worden op rechtspraak.nl, maar als één vindplaats van uitspraken over Wzd-klachten zinvol is, mogen de uitspraken van rechters daar naar onze indruk niet ontbreken.

Tot slot wijzen wij er nog op dat de klachtencommissies verplicht zijn hun uitspraken aan de IGJ te sturen. Er is dus al een centraal punt zoals de onderzoekers beogen. De IGJ zou eventueel zorg kunnen dragen voor publicatie.

### **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).*

#### **Achtergrondinformatie**

De familievertrouwenspersoon heeft tot taak om 'de voor de continuïteit van zorg relevante familie of naasten' van iemand voor wie een verzoek tot een zorgmachtiging wordt voorbereid of aan wie verplichte zorg wordt verleend, te adviseren, te informeren, te ondersteunen en bijstand te verlenen bij een klachtprocedure<sup>2</sup>. De Wvggz bepaalt dat de zorgaanbieder die de verplichte zorg verleent de betrokkene en zijn vertegenwoordiger

---

<sup>2</sup> Overigens kan, naast de betrokkene, alleen diens vertegenwoordiger en nabestaanden een klacht indienen. De voor de continuïteit van zorg relevante familie of naasten hebben deze mogelijkheid niet.

schriftelijk informeert over onder meer de familievertrouwenspersoon (art. 8:3, eerste lid, onderdeel d Wvvgz).

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De Wzd kent geen familievertrouwenspersoon, deze aanbeveling hebben wij daarom voor kennisgeving aangenomen.

## **5. Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. 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).*

### **Achtergrondinformatie**

De Wzd voorziet in de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur ziekten en aandoeningen aan te wijzen die voor de toepassing van de Wzd worden gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Hiervoor gelden drie voorwaarden:

- \* de ziekte of aandoening kan dezelfde gedragsproblemen en regieverlies veroorzaken als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking;
- \* de benodigde zorg is vergelijkbaar met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking en;
- \* de gedragsproblemen of regieverlies kunnen leiden tot ernstig nadeel (artikel 1, lid 4, onderdelen a, b en c Wzd).

De aanbeveling houdt in dat de huidige regeling moet worden vervangen door een bepaling op grond waarvan iemand onder de Wzd valt als een ter zake kundige arts ten aanzien van die persoon heeft vastgesteld dat hij een ziekte of aandoening heeft waardoor dezelfde gedragsproblemen en regieverlies zijn ontstaan als door een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking ontstaan en dat ook aan de beide andere voorwaarden voor gelijkstelling is voldaan.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij onderschrijven deze aanbeveling van harte. In dit verband verwijzen wij ook naar de, op initiatief van ActiZ en VGN opgestelde, consultatiereactie op het ontwerp van het Besluit uitbreiding gelijkgestelde aandoeningen. Negentien veldpartijen uit de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg stellen zich hierin op het standpunt dat niet de diagnose, maar de zorgbehoefte bepalend moet zijn voor de vraag of iemand onder de Wzd valt. Deze consultatiereactie is gepubliceerd op internetconsultatie.nl.

### **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).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 2, lid 1 Wzd noemt de volgende vormen van onvrijwillige zorg:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische stoornis;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid;
- c. insluiten;
- d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- e. onderzoek aan kleding of lichaam;
- f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- g. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moeten doen of laten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij zijn het eens met deze aanbeveling en leveren graag een bijdrage aan de uitvoering hiervan.

Het valt ons op dat de onderzoekers deze aanbeveling niet doen in het kader van de Wvggz. De begrippen onvrijwillige zorg en verplichte zorg zijn echter geharmoniseerd, beter gezegd: in het kader van de harmonisatie is de opsomming uit het oorspronkelijke artikel 2, lid 1 Wzd vervangen door de opsomming artikel 3:2, lid 2 Wvggz. Het lijkt dan ook strijdig met de bedoeling van de wetgever om de opsomming alleen in het kader van de Wzd te verduidelijken. Deze aanbeveling zou derhalve ook voor de Wvggz moeten gelden en in goede onderling afstemming tussen veldpartijen uit de geestelijke gezondheidszorg respectievelijk de ouderenzorg en gehandicaptenzorg moeten worden uitgevoerd. Dit impliceert overigens niet dat dit tot een gelijke uitkomst moet leiden, maar verschillen per sector moeten wel gemotiveerd kunnen worden.

De vraag of de Wzd van toepassing is bij de behandeling van een somatische stoornis vinden wij in dit verband in het bijzonder van belang. Tevens dient de vraag zich aan of alle huidige vormen van onvrijwillige zorg onder dezelfde noemer gebracht moeten worden of dat differentiatie nodig is, bijvoorbeeld als het gaat om ordemaatregelen (onderdelen e, f en g) en om beperkingen in de vrijheid om het leven naar eigen inzicht in te richten (onderdeel h).

### **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).*

### **Achtergrondinformatie**

De Wzd bepaalt dat aanbieders van onvrijwillige zorg zich moeten registreren in een openbaar register. Zij moeten dan tevens locaties registreren, onder vermelding van adres en vestigingsnummer, en daarbij aangeven of de locatie een accommodatie is (artikel 20 Wzd). Het begrip locatie wordt in de Wzd niet gedefinieerd. In de Regeling zorg en dwang wordt onder een locatie verstaan: een vestiging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j van de Handelsregisterwet 2007. Nu op basis van de Wzd ook het vestigingsnummer moet worden geregistreerd, kan ervan uitgegaan worden dat de term locatie ook in de wet in deze betekenis wordt gebruikt.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Het eerste gedeelte van de aanbeveling strekt tot verduidelijking van de term locatie en beoogt ruimte te creëren voor differentiatie. Als wij de onderzoekers goed begrijpen wordt met het laatste bijvoorbeeld de mogelijkheid bedoeld om een deel van de locatie te registreren of om de mogelijkheid te bieden te registreren dat een beperkt aantal categorieën van onvrijwillige zorg in de locatie wordt verleend. Op basis van de Bopz bestond de mogelijkheid om voor een gedeelte van een locatie een Bopz-aanmerking te krijgen. Alle locaties met een Bopz-aanmerking zijn opgenomen in het locatieregister, ook gedeelten van locaties die een Bopz-aanmerking hadden, zijn derhalve geregistreerd (als accommodatie). Of de mogelijkheid om een gedeelte van een locatie te registreren op basis van de Wzd nog bestaat is ons niet duidelijk. Dat bij registratie het vestigingsnummer moet worden vermeld, lijkt erop te duiden dat dit niet het geval is. Nu, anders dan op basis van de Bopz het geval was, voor registratie niet aan voorwaarden voldaan moet worden, is de meerwaarde van gedeeltelijke registratie ook niet meer zo duidelijk.

Wij vinden het in dit verband in de eerste plaats de vraag van belang waarom aanbieders van onvrijwillige zorg locaties moeten registreren. In de oorspronkelijke versie van de Wzd hield de registratieplicht in dat een aanbieder van onvrijwillige zorg accommodaties moest registreren waar cliënten gedwongen of op basis van artikel 21 werden opgenomen. Deze registratie had een duidelijke doelstelling, voor de IGJ moest duidelijk zijn waar cliënten gedwongen worden opgenomen: *'Om toezicht te kunnen houden op de opname van en zorgverlening aan psychogeriatrische en verstandelijke beperkte cliënt, moet vooraf duidelijk zijn waar mensen in een dergelijk geval kunnen worden opgenomen en verder verblijven'*. Inmiddels is deze doelstelling achterhaald door de nadien ingevoerde verplichting om halfjaarlijks digitale overzichten aan de IGJ te sturen waarop per locatie is aangegeven op basis van welke verblijfstitel cliënten daar wonen en op persoonsniveau is aangegeven welke onvrijwillige zorg is verleend.

Registratie van locaties is derhalve niet meer nodig om het daarmee beoogde doel te bereiken. Naar onze indruk kan deze registratieverplichting dan ook geschrapt worden. Mocht registratie van locaties niettemin noodzakelijk zijn om een ander doel te bereiken, dan is van het doel afhankelijk hoe die registratie vorm moet krijgen.

Dit neemt niet weg dat ook als de registratieplicht vervalt, gecheckt moet worden of de termen 'accommodatie', 'geregistreeerde accommodatie' en 'locatie', voor zover die nog in de Wzd voorkomen als de plicht om locaties te registreren wordt geschrapt, duidelijk en onderscheidend zijn gedefinieerd en ook consequent in die betekenis worden gebruikt.

In het tweede deel van de aanbeveling geven de onderzoekers in overweging om de registratieplicht te verruimen, zodat alle locaties waar redelijkerwijs verwacht kan worden dat daar onvrijwillige zorg verleend zal worden, geregistreerd moeten worden.

Dit onderdeel van de aanbeveling steunen wij niet. Deze aanbeveling lijkt gebaseerd te zijn op de veronderstelling dat een zorgaanbieder zich niet altijd bewust is van het feit dat hij onvrijwillige zorg verleent en zich daardoor ook niet van zijn registratieplicht bewust is. Deze veronderstelling gaat eraan voorbij dat een zorgaanbieder de vrijheid heeft om al dan niet onvrijwillige zorg te verlenen en ook om dat in de ene locatie wel te doen en in de andere niet. Deze keuzevrijheid is van groot belang omdat onvrijwillige zorgverlening ingrijpende consequenties heeft voor de zorgverlening.

Heeft een zorgaanbieder ervoor gekozen om geen onvrijwillige zorg te verlenen of om dat in een bepaalde locatie niet te doen, dan impliceert dit dat geen onvrijwillige zorg in het zorgplan kan worden opgenomen en dat een (gedeelte van het) zorgplan niet uitgevoerd kan worden als een ter zake wilsbekwame cliënt of de vertegenwoordiger zijn toestemming daarvoor intrekt.

Het is uiteraard denkbaar dat een ter zake wilsbekwame cliënt zich op enig moment tegen de uitvoering van deze vrijwillige zorg gaat verzetten. Artikel 12 Wzd bepaalt dat het zorgplan in dat geval alleen kan worden uitgevoerd als dat nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Is de zorgaanbieder hiertoe genoodzaakt, dan impliceert dit echter niet dat hij als bij toverslag aanbieder van onvrijwillige zorg is geworden en zijn locatie moet registreren als locatie waar onvrijwillige zorg wordt verleend. Het tweede lid van artikel 12 Wzd beoogt dat in zo'n geval het zorgplan moet worden geëvalueerd, zodat zo nodig met toepassing van het stappenplan besloten kan worden tot onvrijwillige zorgverlening. Wordt besloten tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan, dan impliceert dit dat de cliënt zal moeten verhuizen. In een niet geregistreeerde locatie hoort immers geen onvrijwillige zorg te worden verleend.

#### **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).*

## **Achtergrondinformatie**

In deze aanbeveling worden feitelijk twee aanbevelingen gedaan over twee heel verschillende onderwerpen. De ene aanbeveling heeft betrekking op de taak van de Wzd-functionaris, de andere aanbeveling heeft betrekking op solistisch werkende beroepsbeoefenaren. Deze laatste aanbeveling nemen wij voor kennisgeving aan.

De Wzd voorziet in de volgende begripsbepaling van het begrip Wzd-functionaris: *'ter zake kundige arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist, al dan niet in dienst van de zorgaanbieder, die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg'*. De aanbeveling heeft betrekking op het onderstreepte gedeelte van deze taakbeschrijving.

## **Standpunt ActiZ en VGN**

In het profiel Wzd-functionaris, opgesteld door Verenso, NVAVG, NIP, NVO, ActiZ, VGN en Zorgthuisnl, wordt de verantwoordelijkheid van de Wzd-functionarissen zo omschreven: *'De verantwoordelijkheid van de Wzd-functionarissen bestaat daaruit dat zij erop toezien dat de Wzd en het beleidsplan in de individuele cliëntenzorg goed worden toegepast en dat zij ingrijpen als dat niet het geval blijkt te zijn'*. Door de Wzd-functionaris als toezichthouder te positioneren, levert de wettelijke begripsbepaling in de praktijk voor zover ons bekend niet tot rolverwarring. Het verdient echter de voorkeur dat de terminologie van de Wzd aansluit bij de taakverdeling tussen de Wzd-functionaris en bestuurder, wij steunen dan ook deze aanbeveling.

## **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).*

## **Achtergrondinformatie**

De Wet langdurige zorg voorziet in bepalingen over de zorgplanbespreking en het zorgplan (artikel 8.1.1 tot en met 8.1.3 Wlz). De artikelen 5-9 Wzd voorzien in bepalingen over het opstellen van een zorgplan waarin alleen vrijwillige zorg is opgenomen (opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan komt pas daarna in artikel 10 Wzd). Hoe deze bepalingen uit de Wlz en de Wzd zich tot elkaar verhouden is niet duidelijk.

## **Standpunt ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling spreekt ons aan. De desbetreffende bepalingen uit de Wlz en de Wzd zouden naadloos op elkaar aan moeten sluiten. Het is bijvoorbeeld ongewenst dat een zorgplan op grond van de Wzd binnen vier weken nadat met de uitvoering van het zorgplan

is begonnen al moet worden geëvalueerd (artikel 8, lid 1 Wzd), terwijl dit op basis van de Wlz pas binnen zes maanden moet gebeuren.

Overigens lijkt deze aanbeveling ervan uit te gaan dat de Wet langdurige zorg van toepassing is op alle cliënten op wie de Wzd van toepassing is. Dat is echter niet altijd het geval, op basis van een medische verklaring kan de Wzd ook van toepassing zijn op cliënten die geen indicatie hebben voor langdurige zorg. Als zou worden gekozen voor het schrappen van een bepaling uit de Wzd in de veronderstelling dat de Wlz van toepassing is, dient hiermee dus rekening gehouden te worden.

Tevens wijzen wij op cliënten die niet op basis van de Wet langdurige zorg ondersteuning of zorg ontvangen, maar op basis van de Jeugdwet, de Wmo of de Zorgverzekeringswet. Afstemming van de Wzd op deze wetten is voor de uitvoeringspraktijk noodzakelijk.

### **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).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 2, lid 1, onder a Wzd luidt als volgt: *'toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische stoornis'*.

In dit verband is ook aanbeveling 8 ten aanzien van de Wvvgz van belang. In artikel 3:2, lid 2, onder a Wvvgz komt dezelfde formulering voor met dien verstande dat daar uiteraard geen sprake is van *'behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan'*, maar van een *'behandeling van een psychische stoornis'*. Ook ten aanzien van deze bepaling bevelen de onderzoekers opsplitsing aan. In ieder geval het toedienen van medicatie zou als apart onderdeel benoemd moeten worden.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij hebben de indruk dat de aanbeveling om onderdeel a van artikel 2, lid 1 Wzd te splitsen is gebaseerd op de veronderstelling dat deze algemene beschrijving in de praktijk in het zorgplan wordt opgenomen. Wij zien deze indruk bevestigd in de juridische analyse, waar de vraag wordt gesteld of *'deze brede zorgvorm als geheel in het zorgplan (mag) worden opgenomen als de daartoe vereiste procedure doorlopen is, zonder verdere verbijzondering van wat precies aan onvrijwillige zorg op dit punt is toegestaan?'*

Deze veronderstelling is echter onjuist. In een zorgplan staat concreet welke zorg aan een cliënt verleend wordt, zorgverleners moeten in het zorgplan precies kunnen lezen wat van

hen verwacht wordt ten aanzien van de zorgverlening aan de desbetreffende cliënt. Met de algemene omschrijving van onderdeel a kan dus zeker niet volstaan worden. Dat kan evenmin als deze zou worden opgesplitst, ook de onderdelen zijn nog veel te algemeen geformuleerd. Als bijvoorbeeld 'medicatie' afzonderlijk in de opsomming zou worden opgenomen biedt dat zorgverleners geen enkel houvast. Een zorgverlener moet in het zorgplan kunnen lezen welke medicatie de cliënt gebruikt, wanneer, in welke dosering etc.

Dat niet volstaan kan worden met opname in het zorgplan van een categorieën van onvrijwillige zorg, geldt overigens bepaald niet alleen voor deze categorie, maar ook voor andere ruim geformuleerde categorieën zoals beperking van de bewegingsvrijheid, en met name ook beperking van de vrijheid om het leven naar eigen inzicht in te richten. Steeds moet in het zorgplan concreet benoemd worden welke zorg verleend kan worden.

Het maakt voor de toepassing van de Wzd dus niet uit of onderdeel a wordt opgesplitst of niet, alleen de leesbaarheid wordt hierdoor wat verbeterd.

Overigens is ons bekend dat in het 'informatieproduct' zorgplan, dat in het kader van de Wvggz is opgesteld, wel volstaan wordt met het aankruisen van de categorie van verplichte zorg, zonder dus nader te concretiseren wat de onvrijwillige zorg inhoudt<sup>3</sup>. Kennelijk is verondersteld dat dit elders alsnog wordt geconcretiseerd<sup>4</sup>. De Wzd biedt die mogelijkheid niet, artikel 6 Wzd bepaalt immers dat uitsluitend zorg wordt verleend op basis van het zorgplan (tenzij nog geen zorgplan is opgesteld).

Het tweede deel van de aanbeveling: verduidelijk wanneer een somatische aandoening op basis van de Wzd kan worden behandeld, onderschrijven wij van harte.

### **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).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

ActiZ en VGN steunen deze aanbeveling. Wij vinden het echter wel van belang dat niet alleen voorzien wordt in een wettelijke basis voor de gegevensuitwisseling voor het onderzoek op basis waarvan een medische verklaring kan worden opgesteld en bij de uitvoering van het stappenplan, maar dat bij alle bepalingen uit de Wzd op basis waarvan gegevens uitgewisseld worden, wordt beoordeeld of voor die gegevensuitwisseling een wettelijke basis bestaat. Denk hierbij bijvoorbeeld aan artikel 8, lid 2 Wzd, waarin wordt

---

<sup>3</sup> Gepubliceerd op wvggz-kct.nl. Wij lezen versie 18 van dit informatieproduct.

<sup>4</sup> In het informatieproduct 'Beslissing en mededeling tot verlenen verplichte zorg' wordt de verplichte zorg uit de a-categorie wel opgesplitst. In de ene variant van deze beslissing in vijf onderdelen (toediening van vocht, toediening van voeding, toediening van medicatie, verrichten medische controles en andere medische handelingen en therapeutische handelen) en in de andere variant in twee onderdelen (toedienen van vocht en voeding en toedienen van medicatie, het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen). In het format dat als bijlage bij de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg is gevoegd wordt gekozen voor drie onderdelen waarvan er twee weer worden onderverdeeld in subonderdelen. Dit format moet gebruikt worden voor de halfjaarlijkse digitale overzichten van verleende verplichte zorg.



verondersteld dat het ziekenhuis in het bezit is van het zorgplan. Aangenomen zal zijn dat de zorgaanbieder dit aan het ziekenhuis verstrekt, maar een wettelijke basis daarvoor ontbreekt. Of denk hierbij aan de zorgaanbieder die een medische verklaring wil laten opstellen op basis waarvan zijn cliënt onder de Wzd valt (artikel 1, lid 1, onderdeel c Wzd). De arts die deze verklaring opstelt, zal daarvoor informatie nodig hebben, kan die zonder toestemming van de cliënt verstrekt worden?

### **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).*

### **Achtergrondinformatie**

De onderzoekers signaleren dat niet duidelijk is wat de consequenties zijn van een besluit opname en verblijf: welke beperkingen mogen een cliënt dan wel en niet worden opgelegd?

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij steunen deze aanbeveling. In het verleden was het gangbaar om (de voorganger van) een besluit opname en verblijf aan te vragen als gedwongen zorg werd overwogen. De cliënt kreeg op deze manier de rechtsbescherming waarin de Bopz voorzag. Sinds de inwerkingtreding van de Wzd is de mogelijkheid om onvrijwillige zorg te verlenen losgekoppeld van de verblijfstitel. Het is derhalve niet zinvol meer om een besluit opname en verblijf aan te vragen om onvrijwillige zorg toe te kunnen passen.

Het besluit opname en verblijf strekt onzes inziens tot vrijheidsontneming, evenals dat op basis van de Bopz het geval was. Dat de verloffregeling niet van toepassing is, is vanuit de wetsgeschiedenis verklaarbaar, maar is een omissie. Binnen het bestek van deze reactie laten wij het bij het poneren van deze stelling.

Mocht onze stelling onjuist zijn, dan zien wij niet in wat mogelijkerwijs wel de strekking van een besluit opname en verblijf is. In de juridische analyse (p. 232) wordt verwezen naar de memorie van toelichting waarin staat dat een cliënt wellicht op een gesloten afdeling kan worden opgenomen en dat met het oog daarop een besluit opname en verblijf moet worden aangevraagd. Ervan uitgaande dat opname op een gesloten afdeling, conform de Regeling zorg en dwang gezien moet worden als een vorm van beperking van de bewegingsvrijheid, is zo'n opname sowieso mogelijk bij iedere cliënt die onder de Wzd valt. Daar hoeft dus geen besluit opname en verblijf voor te worden aangevraagd. Ook kan hiermee niet verklaard worden waarom een cliënt die wilsonbekwaam is ter zake van de opname alleen in een accommodatie (en dus niet in een locatie) mag worden opgenomen.

Wij vinden het van belang bij de discussie over dit punt te betrekken dat cliënten met een psychische stoornis die wilsonbekwaam zijn ter zake van een opname, maar zich daartegen niet verzetten, wel zonder besluit tot opname en verblijf kunnen worden opgenomen.

### **Aanbeveling 29:**

*Neem alsnog in de Wzd een verplichting op vergelijkbaar met die van art. 8:31 Wvvggz (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Artikel 8:31 Wvvggz bepaalt dat de officieren van justitie, de colleges van burgemeester en wethouders en de geneesheren-directeuren van zorgaanbieders, die deel uitmaken van een regio, periodiek overleg voeren met elkaar en met de politie en overige ketenpartners in de zorg. Onder regio wordt verstaan: een veiligheidsregio zoals bedoeld in Wet veiligheidsregio's. Er zijn 25 van deze veiligheidsregio's. In het regio-overleg komt aan de orde: het aanbod van verplichte zorg in de regio, de knelpunten bij de voorbereiding daarop en de tenuitvoerlegging en de uitvoering ervan, waaronder in ieder geval begrepen de noodzakelijke gegevensvertrekking alsmede het toezicht op de verplichte zorg. Het overleg moet tenminste eens per drie maanden worden gehouden.

Op [dwanginzorg.nl](http://dwanginzorg.nl) is een concept handreiking verplicht regio-overleg gepubliceerd, deze biedt enige aanknopingspunten voor de organisatie van het regio-overleg.

De onderzoekers geven weinig onderbouwing voor deze aanbeveling. In het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek naar de uitvoering van de Wvvggz wordt geconstateerd dat respondenten uit de ggz positief gestemd zijn over het regio-overleg. Elders in het evaluatierapport wordt gesteld dat dit regio-overleg belangrijk is, *'maar in de praktijk ook complex'*. In de juridische analyse van de Wzd wordt gesteld dat het tekort aan crisisplaatsen in de Wzd-sectoren regionaal overleg *'des te meer noodzakelijk maakt'*.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij kunnen ons voorstellen dat een vorm van overleg tussen de ketenpartners zinvol is, maar zijn er nog niet van overtuigd dat een wettelijke regeling naar analogie van de Wvvggz wenselijk is. Het is ons ook niet duidelijk waarom zo'n regionaal overleg de oplossing zou zijn voor het tekort aan crisisopvangplaatsen.

Om een standpunt over deze aanbeveling te kunnen innemen hebben wij behoefte aan concretisering van de onderwerpen die zinvol op regionaal niveau structureel besproken zouden kunnen worden met ketenpartners en van de organisatie van het overleg. Wie neemt bijvoorbeeld het voortouw bij de organisatie van de regio-overleggen en wie is verantwoordelijk voor het functioneren ervan?

### **Aanbeveling 30:**

*Voeg aan de Wzd een met art. 8:1 lid 5 Wvvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Artikel 8:1, lid 5 Wvvggz bepaalt dat de burgemeester c.q. de officier van justitie de hulp kan inroepen van de politie bij de tenuitvoerlegging of de uitvoering van een crisismaatregel, een machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel of een zorgmachtiging. Artikel

8:2 Wvggz geeft de politie onder meer de bevoegdheid om de woning van betrokkene zonder zijn toestemming te betreden voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor de tenuitvoerlegging van een crisismaatregel.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Artikel 28b Wzd en artikel 33 Wzd voorzien in een regeling van de tenuitvoerlegging van een rechterlijke machtiging die is afgegeven door de strafrechter en van de tenuitvoerlegging van een inbewaringstelling. Ten aanzien hiervan is de aanbeveling derhalve overbodig.

Voor de tenuitvoerlegging van een rechterlijke machtiging die is afgegeven door de civiele rechter is de aanbeveling wel van belang. Hierover is momenteel immers niets geregeld in de Wzd. Wij vinden het van groot belang dat een instantie wordt aangewezen die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van rechterlijke machtigingen en dat deze daarbij dezelfde mogelijkheden heeft om de hulp van de politie in te roepen.

In dit verband wijzen wij nog met nadruk op artikel 8:10 Wvggz dat de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke de mogelijkheid geeft om een beroep te doen op onder meer de politie als dat nodig is bij de uitvoering van verplichte zorg. Wij vinden het van belang dat Wzd-zorgaanbieders deze mogelijkheid ook krijgen, met name bij de uitvoering van ambulante onvrijwillige zorg kan dit van belang zijn.

Het valt ons overigens op dat voor de uitvoering van artikel 8:10 Wvggz niet de bevoegdheden worden gegeven die, op basis van artikel 8:2 Wvggz, wel gegeven worden voor hulp bij de tenuitvoerlegging van een crisismaatregel of zorgmachtiging. Het lijkt ons van belang dat ook bij de uitvoering van hulp bij de verlening van verplichte zorg over die bevoegdheden beschikt kan worden.

### **Aanbeveling 31:**

*Voeg aan de Wzd een met art. 7:3 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 7:3 Wvggz biedt de mogelijkheid om in het kader van de voorbereiding van een crisismaatregel 'gedurende korte tijd' aan iemand verplichte zorg te verlenen. Deze verplichte zorg kan inhouden dat de betrokkene zijn vrijheid wordt ontnomen en 'onverwijld wordt overgebracht naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf'. Deze zorg duurt maximaal 18 uur (en niet meer dan 12 uur vanaf het onderzoek door de psychiater). In de ggz zijn met dit doel per regio beoordelingslocaties aangewezen. De onderzoekers stellen dat een dergelijke bepaling in de Wzd-praktijk 'wel degelijk wordt gemist'.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij onderkennen dat zich bij de voorbereiding van een inbewaringstelling het probleem kan voordoen dat het onderzoek door de arts die de medische verklaring opstelt onvoldoende informatie oplevert om te kunnen vaststellen dat een ernstig vermoeden bestaat dat de betrokkene een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking heeft en dat aan de andere eisen voor inbewaringstelling is voldaan. Dit kan met name het geval

zijn als de cliënt en zijn naasten iedere medewerking aan het onderzoek weigeren. Niettemin denken wij dat ook dan de verklarende arts doorgaans een medische verklaring zal kunnen opstellen, mits de zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent of de huisarts hem voldoende informatie kan verstrekken (artikel 30, lid 3 Wzd). Wij vinden het daarom van groot belang dat duidelijk is dat zij deze informatie kunnen verstrekken zonder toestemming van de cliënt (zie aanbeveling 27). Mocht ook op basis van die informatie niet duidelijk zijn of een ernstig vermoeden bestaat dat de betrokkene een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking heeft, dan kan opname in een voorziening zoals hier bedoeld wellicht wenselijk zijn.

Wij vragen hierbij bij voorbaat aandacht voor de vraag waar zo'n tijdelijk verblijf plaats zou moeten vinden. Gelet op het naar verwachting zeer beperkte aantal keren dat van deze mogelijkheid gebruik gemaakt zal worden, lijkt het ons bepaald ondoelmatig als de aanbieders in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg zouden moeten zorgdragen voor totstandkoming van beoordelingslocaties per regio.

### **Aanbeveling 32:**

*Pas art. 58 Wzd in die zin aan dat de cvp altijd in staat moet worden gesteld tot een algemeen locatiebezoek (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Ter onderbouwing van deze aanbeveling schrijven de onderzoekers het volgende: *'Gelet op het belang van de functie van de cvp, en het daaruit voortvloeiend belang van adequate mogelijkheden om zich bekend te maken, is het cruciaal dat deze functionaris ook in algemene zin toegang krijgt tot locaties. Het ligt voor de hand dit in de wet te regelen'.*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

In de Wzd is al geregeld dat de cvp toegang heeft tot een locatie als een cliënt of vertegenwoordiger een beroep op hem heeft gedaan (art. 58, lid 1 Wzd). Als wij het goed begrijpen strekt deze aanbeveling tot het opnemen van een bepaling in de Wzd op grond waarvan de cvp locaties ook kan bezoeken om zich bekend te maken. Ook dat is echter al geregeld. In het Besluit zorg en dwang is bepaald dat de cvp voorlichting geeft aan cliënten en hun vertegenwoordigers en aan de medewerkers van de zorgaanbieder over de aard en uitvoering van zijn taak (art. 6:3 Bzd). In de toelichting wordt vermeld dat de zorgaanbieder de cvp hiertoe alle ruimte dient te geven. In de praktijk levert dit geen problemen op. Welk probleem de onderzoekers met deze aanbeveling beogen op te lossen, is ons dan ook niet duidelijk.

Overigens bestaat in het veld wel verschil van inzicht over de vraag of de cvp ook voorlichting moet kunnen geven op locaties die niet in het locatieregister zijn geregistreerd en over de vraag of de cvp ook een min of meer toezichthoudende taak heeft en in dat kader locaties kan bezoeken (dus niet om zich bekend te maken of op verzoek van een cliënt).

### **Aanbeveling 33:**

*Beperk de aansprakelijkheid voor schadevergoeding tot de zorgaanbieder (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Artikel 44 Wzd bepaalt dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger de rechter kan verzoeken hem een schadevergoeding toe te kennen indien de wet niet in acht is genomen door de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris of de zorgverantwoordelijke. De schadevergoeding wordt naar billijkheid toegekend.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Aan de vraag wie de in dit artikel bedoelde schade moet vergoeden, gaat een vraag vooraf, namelijk de vraag wat met deze bepaling beoogd is. De cliënt of zijn vertegenwoordiger kan in het kader van de klachtenprocedure een schadevergoeding vragen, deze wordt eveneens naar billijkheid toegekend (artikel 56g Wzd). Hij kan dit ook buiten de Wzd om doen in het kader van een onrechtmatige daadprocedure. Wat artikel 44 Wzd daaraan beoogt toe te voegen is ons niet duidelijk.

Wij wijzen erop dat in de wetsgeschiedenis hierover niets te vinden is. In de Wzd, zoals die door de Tweede Kamer is aangenomen, ontbrak deze mogelijkheid, evenals voorheen in de Bopz. Artikel 44 Wzd, zoals dat toen luidde, had alleen betrekking op schadevergoeding wegens een onrechtmatige inbewaringstelling. Pas in de tweede nota van wijziging Wvvgz werd daaraan toegevoegd dat schadevergoeding gevraagd kon worden als de wet niet in acht is genomen door een zorgaanbieder of de zorgverantwoordelijke<sup>5</sup>. Als enige toelichting werd vermeld dat daarmee voorzien werd in eenzelfde regeling als in artikel 10:12 Wvvgz. Ook dat artikel werd in de tweede nota van wijziging Wvvgz gewijzigd zodat schadevergoeding kon worden gevraagd als de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke zich niet aan de wet heeft gehouden. Ook bij deze wijziging is echter geen inhoudelijke toelichting gegeven.

Wij hebben dus allereerst behoefte aan een toelichting waarin wordt aangegeven wat beoogd is met deze bepalingen. Ook zouden wij graag horen hoe vaak inmiddels een beroep is gedaan op deze bepaling.

Mocht de conclusie zijn dat het zinvol is deze bepaling te laten staan, dan zijn we het eens met de aanbeveling dat schade in principe wordt vergoed door de zorgaanbieder. Deze risico-aansprakelijkheid volgt overigens ook al voort uit het algemene aansprakelijkheidsrecht. Of de huidige regeling daarvan beoogt af te wijken en zo ja waarom, is ons niet duidelijk.

Wij wijzen er nog op dat deze aanbeveling ook van belang is voor de Wvvgz. Artikel 10:12, lid 2 Wvvgz voorziet immers ook in de mogelijkheid dat de zorgverantwoordelijke persoonlijk schade moet vergoeden (artikel 10:12, lid 2 Wvvgz).

---

<sup>5</sup> Bij amendement werd daaraan later de Wzd-functionaris toegevoegd.

### **Aanbeveling 34:**

*Bezie op welke punten de verhouding tussen Wzd en Wgbo nog verder verduidelijkt kan worden (overheid).*

#### **Achtergrondinformatie**

De onderzoekers stellen dat de verhouding tussen de Wzd en de Wgbo in grote lijnen wel duidelijk is: de Wgbo is de algemene wet en de Wzd is de speciale. Bij strijdigheid tussen beide regelingen prevaleert dus de Wzd. Niettemin zijn er volgens de onderzoekers onduidelijkheden, waarvan de toepassing van de Wzd bij somatische zorg als voorbeeld wordt genoemd. Op dit laatste punt heeft ook aanbeveling 26 betrekking.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij zijn het niet eens met de stelling dat de verhouding tussen de Wgbo en de Wzd in grote lijnen wel duidelijk is en dat de Wgbo als *lex generalis* heeft te gelden en de Wzd als *lex specialis*.

In de eerste plaats dient de vraag zich aan of de Wgbo überhaupt van toepassing is op de verhouding tussen een zorgaanbieder en een cliënt. Ook als het een cliënt met een Wlz-indicatie betreft, is de toepasselijkheid van de Wgbo geen vanzelfsprekendheid. Veldpartijen dringen er al sinds jaar en dag op aan de Wgbo expliciet van toepassing wordt verklaard op in de cure-sector. Bij de behandeling van het laatste wetsvoorstel tot wijziging van de Wgbo (34 994) hebben wij hier opnieuw op aangedrongen. Wij citeren uit de memorie van toelichting: *'In de langdurige zorg is deze afdeling (bedoeld is de Wgbo) niet altijd van toepassing. Verpleging en verzorging in een verpleeghuis valt alleen hieronder, voor zover dit onderdeel is van een geneeskundige behandeling. Verzorging van ouderen in een verpleeghuis valt alleen hieronder, voor zover dit onderdeel is van een geneeskundige behandeling. Verzorging van ouderen in een verpleeghuis valt bijvoorbeeld niet hieronder.*

*In het voorstel van wet van de Wcz was voorzien in verbreding van de reikwijdte naar alle zorgrelaties binnen de langdurige zorg. Zowel de cliëntenorganisaties als de brancheorganisaties in de zorg steunden de voorgestelde reikwijdte verbreding. Met het opknippen van de Wcz is de voorgestelde verbreding komen te vervallen. Het kabinet is nog steeds voornemens de beoogde verbreding naar de langdurige zorg te regelen. Hiertoe zal na de behandeling van onderhavig wetsvoorstel een wetsvoorstel tot wijziging van de Wlz worden voorbereid' (34 994, nr. 3, p. 15).*

Aan het einde van de behandeling van dit wetsvoorstel heeft de minister voor Medische zorg nogmaals nadrukkelijk toegezegd dat zo snel mogelijk na aanvaarding van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wgbo gestart zal worden met de voorbereiding van een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet langdurige zorg (34 994, nr. 20). In april 2019 is het wetsvoorstel tot wijziging van de Wgbo aangenomen, tot op heden is deze toezegging echter niet nagekomen. In recent ingediend wetsvoorstel (35 943) dat voorziet in wijzigingen van de Wlz, wordt hierover met geen woord gerept, zodat de vraag zich

aandient of de minister van VWS überhaupt nog voornemens is deze toezegging uit te voeren.

In dit verband wijzen wij er nog op dat VWS ervan uitgaat dat de Wzd ook van toepassing kan zijn op cliënten die jeugdhulp of maatschappelijke ondersteuning ontvangen. Op deze cliënten is de Wgbo sowieso niet van toepassing.

## **6. Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. 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).*

#### **Achtergrondinformatie**

Deze aanbeveling heeft betrekking op de situatie waarin ten aanzien van een cliënt, voor wie een zorgmachtiging op basis van de Wvggz is verleend, een rechterlijke machtiging op basis van de Wzd wordt afgegeven omdat gedwongen opname in een Wzd-accommodatie beter passend is voor de cliënt. Artikel 1, lid 6 Wzd bepaalt dat in zo'n geval de zorgmachtiging vervalt. Mocht terugplaatsing naar de geestelijke gezondheidszorg nodig zijn, dan moet dus een nieuwe zorgmachtiging worden aangevraagd. Om dit te voorkomen doen de onderzoekers de aanbeveling dat de zorgmachtiging niet vervalt maar opgeschort wordt. Mocht terugplaatsing nodig zijn, dan kan deze plaatsvinden op basis de tot dan opgeschorte zorgmachtiging.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij vinden dit een second best oplossing. Wij geven er de voorkeur aan dat de wetgeving wordt aangepast zodat in een situatie zoals hier bedoeld, waarin ten behoeve van een cliënt een zorgmachtiging is afgegeven die mede voorziet in de mogelijkheid van opname, bij overplaatsing naar de ouderenzorg of gehandicaptenzorg geen rechterlijke machtiging aangevraagd hoeft te worden. De rechter heeft immers in het kader van de zorgmachtiging immers al geoordeeld dat de cliënt gedwongen opgenomen moet kunnen worden. In plaats daarvan zou bepaald moeten worden dat, wanneer een cliënt met een zorgmachtiging wordt overgeplaatst naar een Wzd-accommodatie, de zorgmachtiging van rechtswege wordt omgezet naar een rechterlijke machtiging op basis van de Wzd. Bij terugplaatsing zou het omgekeerde moeten gelden.

### **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).*

#### **Achtergrondinformatie**

Deze aanbeveling heeft betrekking op de situatie waarin een cliënt in eerste instantie op

basis van een rechterlijke machtiging is opgenomen in een Wzd-accommodatie, maar overplaatsing naar de geestelijk gezondheidszorg noodzakelijk is. Dan wordt derhalve een zorgmachtiging aangevraagd. Op het moment van opname in een Wvggz-accommodatie op basis van een zorgmachtiging wordt de rechterlijke machtiging op basis van de Wzd geschorst (op grond van artikel 1:1, lid 3 Wvggz). Vervalt de zorgmachtiging, dan eindigt de schorsing van de rechterlijke machtiging en kan de cliënt op basis daarvan weer in een Wzd-accommodatie worden opgenomen. Aanbeveling 36 strekt ertoe om in de periode waarin de rechterlijke machtiging geschorst is verlenging aan te kunnen vragen.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

In onze optiek heeft het de voorkeur om de wetgeving aan te passen zodat een cliënt in deze situatie op basis van de rechterlijke machtiging kan worden overgeplaatst naar de een Wvggz-accommodatie en dat de rechterlijke machtiging dan van rechtswege wordt omgezet in een zorgmachtiging die gedwongen opname mogelijk maakt. Is terugplaatsing wenselijk, dan kan dat op basis van deze zorgmachtiging. Op het moment van overplaatsing wordt de zorgmachtiging van rechtswege omgezet in een rechterlijke machtiging. Wordt gekozen voor deze systematiek, dan is deze aanbeveling overbodig.

### **Aanbeveling 37:**

*Neem in de Wvggz vergelijkbare doorgeleidingsbepalingen op als thans in art. 28, tweede lid en 30, tiende lid Wzd (bedoeld is: artikel 38, 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).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 28, lid 2 Wzd geeft het CIZ de mogelijkheid om een aanvraag voor een rechterlijke machtiging door te sturen naar de officier van justitie zodat deze op basis van de aanvraag de voorbereiding van een zorgmachtiging kan starten.

Artikel 38, lid 10 Wzd geeft de rechter de mogelijkheid om een verzoek om een rechterlijke machtiging op basis van de Wzd te verlenen te beschouwen als een verzoek om een zorgmachtiging op basis van de Wvggz te verlenen.

De aanbeveling strekt ertoe ook het omgekeerde mogelijk te maken, zodat de officier van justitie een aanvraag voorbereiding zorgmachtiging kan doorgeven aan het CIZ en het CIZ vervolgens een verzoek tot afgifte van een rechterlijke machtiging kan indienen en de rechter op basis van een verzoek tot verlening van een zorgmachtiging een rechterlijke machtiging kan verlenen.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij steunen deze aanbeveling. Wij vinden het echter wel van belang dat doorzending van een aanvraag door het CIZ aan de officier van justitie en omgekeerd alleen zou moeten plaatsvinden als de aanvrager daarmee instemt.



Overigens hebben wij de indruk dat een rechter die een verzoek om een rechterlijke machtiging te verlenen behandelt onvoldoende informatie heeft om op basis daarvan een zorgmachtiging te verlenen<sup>6</sup>. Vindt hij dit wenselijk dan zal hij derhalve de officier van justitie vragen om de voorbereiding van een zorgmachtiging te starten.

### **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 opname in een Wzd-accommodatie (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Verplichte zorg, waaronder ook opname in een accommodatie begrepen is, moet worden uitgevoerd door zorgaanbieders in de zin van de Wvggz. De aanbeveling strekt ertoe de mogelijkheid te bieden dat een cliënt ook in een accommodatie van een Wzd-zorgaanbieder kan worden opgenomen.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij steunen deze aanbeveling. Artikel 8:16 Wvggz geeft de geneesheer-directeur de mogelijkheid de verantwoordelijkheid voor zorgverlening aan een cliënt toe te wijzen aan een andere zorgaanbieder. Onder zorgaanbieder wordt in dit verband een Wvggz-zorgaanbieder verstaan. Als de mogelijkheid zou worden gecreëerd dat de geneesheer-directeur de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening ook kan overdragen aan een Wzd-zorgaanbieder, zou daarmee dit probleem opgelost zijn.

Wij vinden het van belang dat duidelijk is wat de rechtspositie is van een cliënt die op basis van een zorgmachtiging is opgenomen in een Wzd-accommodatie. In de Wzd zou daarom, naar analogie van artikel 49, lid 1 Wzd, bepaald moeten worden dat zo'n cliënt, vanaf het moment van opname in een accommodatie, wordt aangemerkt als een cliënt die is opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf als bedoeld in artikel 24 Wzd.

## **7. Aanbevelingen uit deel 1 van het evaluatierapport t.a.v. 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).*

### **Achtergrondinformatie**

Artikel 2.3 Wfz geeft de strafrechter de mogelijkheid om een zorgmachtiging op basis van

---

<sup>6</sup> Deze bepaling is geschreven in de veronderstelling dat naast de Wzd de Bopz van toepassing zou zijn. Op basis van de informatie die aan de rechter wordt verstrekt bij het verzoek om een rechterlijke machtiging te verlenen op basis van de Wzd is ook voldoende voor verlening van een rechterlijke machtiging op basis van de Bopz.

de Wvggz of een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf op basis van de Wzd op te leggen. In de onderzoeksperiode (1 januari 2020 tot 1 juli 2021) heeft de strafrechter 102 zorgmachtigingen verleend en 14 rechterlijke machtigingen<sup>7</sup>.

De onderzoekers constateren terecht dat de tenuitvoerlegging van deze machtigingen problemen oplevert als een hoger beveiligingsniveau vereist is dan normaal gesproken in Wvggz-accommodaties of Wzd-accommodaties gerealiseerd kan worden. Dit roept de vraag op of onderscheid wenselijk is tussen een door de strafrechter af te geven machtiging die strekt tot opname in een Wvggz-accommodatie of Wzd-accommodatie en een machtiging die strekt tot opname in een forensische setting. De onderzoekers bevelen aan deze mogelijkheid te onderzoeken.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Wij onderkennen de problemen die de onderzoekers signaleren ten aanzien van de tenuitvoerlegging van rechterlijke machtigingen die door de strafrechter zijn afgegeven. Deze problemen geven de onderzoekers echter geen aanleiding om deze machtigingen als zodanig ter discussie te stellen. Wij vinden discussie hierover echter wel van belang, omdat wij zien dat op basis van deze machtigingen cliënten worden geplaatst in Wzd-accommodaties terwijl die accommodaties niet goed toegerust zijn voor de zorgverlening aan deze cliënten, mede doordat de financiering van de zorg die deze cliënten geboden moet worden niet toereikend is. Wij geven daarom nadrukkelijk in overweging om de mogelijkheid dat de strafrechter een rechterlijke machtiging afgeeft te schrappen uit de Wet forensische zorg. Hiermee wordt feitelijk het door de onderzoekers aanbevolen onderscheid tussen opname in een Wzd-accommodatie en opname in een forensische setting gerealiseerd. Is forensische zorg nodig, dan wordt die op basis van de Wet forensische zorg geboden. Is geen forensische zorg nodig, maar is een gedwongen opname om zorg te kunnen verlenen wel nodig, dan kan die opname op basis van een door de civiele rechter af te geven rechterlijke machtiging worden gerealiseerd. Hierbij kan de reguliere procedure uit de Wzd gevolgd worden. De strafrechter zou toegevoegd kunnen worden aan de opsomming in artikel 25, lid 1 Wzd van degenen die het CIZ kunnen vragen om bij de rechter een verzoek in te dienen om een rechterlijke machtiging af te geven. Hiermee is tevens gewaarborgd dat voor de cliënt een passende indicatie voor langdurige zorg wordt afgegeven, deze moet immers bij het verzoek worden gevoegd.

Wordt de mogelijkheid dat de strafrechter een rechterlijke machtiging afgeeft geschrapt uit de Wet forensische zorg, dan heeft dat uiteraard ook tot gevolg dat de bepalingen uit de Wzd die op deze machtigingen betrekking hebben vervallen. Dit betreft paragraaf 2.4 en de specifieke regelingen inzake verlop en ontslag die op cliënten van toepassing zijn die op basis van een door de strafrechter afgegeven rechterlijke machtiging zijn opgenomen. Dit levert een aanzienlijke vereenvoudiging van de Wzd op.

### **Aanbeveling 40:**

*Overweeg het creëren van een plaatsingsloket met betrekking tot de uitvoering van*

---

<sup>7</sup> Trimbos cahier 2021-29: Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk, blz. 50.

*machtigingen op grond van art. 2.3 Wfz (overheid i.s.m. de veldpartijen).*

### **Achtergrondinformatie**

Deze aanbeveling heeft betrekking op de artikelen 28a tot en met 28c Wzd. Hierin wordt de tenuitvoerlegging geregeld van een rechterlijke machtiging die is afgegeven door de strafrechter. De officier van justitie is belast met deze tenuitvoerlegging, maar feitelijk houdt dit niet meer in dan dat hij de machtiging doorstuurt aan, afhankelijk van de situatie, de Wzd-uitvoerder, het college van burgemeester en wethouders of de zorgverzekeraar van de cliënt. Zij zoeken een zorgaanbieder die de cliënt kan opnemen. De zorgaanbieder is verplicht de cliënt zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen een week, op te nemen. Neemt de zorgaanbieder de cliënt niet (of niet tijdig) op, dan de meldt de instantie die met de plaatsing is belast dit aan de IGJ. De IGJ kan dan een last onder dwangsom opleggen. De onderzoekers geven in overweging aan dit palet een plaatsingsloket toe te voegen.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Wij willen de mogelijkheid dat de strafrechter een rechterlijke machtiging afgeeft nadrukkelijk ter discussie stellen (zie onze reactie op aanbeveling 39). Wordt deze mogelijkheid geschrapt, dan kan een cliënt hetzij op basis de Wet forensische zorg worden geplaatst, hetzij op basis van een door de civiele rechter af te geven rechterlijke machtiging. Hiervan uitgaande is er uiteraard geen aanleiding meer om een specifiek plaatsingsloket te overwegen voor cliënten met een door de strafrechter af te geven rechterlijke machtiging.

### **Aanbeveling 41:**

*Schrap de wettelijke rol van de minister van J en V met betrekking tot verlof en beëindiging inzake een op grond van art. 2.3 Wfz gegeven zorgmachtiging (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Als een cliënt is opgenomen op basis van een door de strafrechter afgegeven zorgmachtiging, mag de opname alleen met toestemming van de minister van Justitie en Veiligheid tijdelijk worden onderbroken of beëindigd<sup>8</sup>.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

De onderzoekers beperken deze aanbeveling tot zorgmachtigingen, maar de minister van Justitie en Veiligheid heeft dezelfde rol bij verlof of ontslag van een cliënt die op basis van een door de strafrechter afgegeven rechterlijke machtiging. Elders in het evaluatierapport wijzen de onderzoekers daar op (zie blz. 407) en geven zij aan dat deze aanbeveling ook voor de Wzd relevant is. Wij gaan er dus vanuit dat de aanbeveling mede strekt tot het schrappen van de artikelen uit de Wzd die betrekking hebben op de rol van de minister van Justitie en Veiligheid bij verlof en ontslag van cliënten die zijn opgenomen op basis

---

<sup>8</sup> Tenzij het een cliënt betreft die is vrijgesproken, in dat geval kan tot tijdelijke onderbreking of beëindiging van de opname worden besloten zonder toestemming van de minister.

van een door de strafrechter verleende rechterlijke machtiging (artikel 47, lid 4 en 5 Wzd en artikel 48, lid 6, 7 en 8 Wzd).

De aanbeveling gaat er echter vanuit dat de mogelijkheid dat de strafrechter een rechterlijke machtiging afgeeft gehandhaafd blijft. Wij willen die mogelijkheid juist ter discussie stellen. Wordt deze mogelijkheid geschrapt, dan vervallen daarmee ook de bepalingen inzake verlof en ontslag die betrekking hebben op cliënten die op basis van zo'n machtiging zijn opgenomen.

#### **Aanbeveling 42:**

*Vereenvoudig en verduidelijk Hoofdstuk 9 Wvvggz en sluit beter aan bij de opzet en terminologie van die wet (wetgever).*

#### **Achtergrondinformatie**

Hoofdstuk 9 Wvvggz heeft betrekking op personen die op basis van een strafrechtelijke titel worden opgenomen in een Wvvggz-accommodatie. Ook in Wzd-accommodaties kunnen personen worden geplaatst op basis van een strafrechtelijke titel. Op deze personen is hoofdstuk 3A Wzd van toepassing.

#### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling heeft specifiek betrekking op de Wvvggz. Wij vinden het van belang dat ook de positie van cliënten die op basis van een strafrechtelijke titel geplaatst worden in een Wzd-accommodatie in het kader van de evaluatie kritisch wordt gezien (zie paragraaf 2.5 van deze reactie).

#### **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).*

#### **Achtergrondinformatie**

Ook deze aanbeveling heeft betrekking op de tenuitvoerlegging van een rechterlijke machtiging die is afgegeven door de strafrechter.

De officier van justitie is belast met deze tenuitvoerlegging, maar feitelijk houdt dit niet meer in dan dat hij de machtiging doorstuurt aan, afhankelijk van de situatie, de Wzd-uitvoerder, het college van burgemeester en wethouders of de zorgverzekeraar van de cliënt. Zij zoeken een zorgaanbieder die de cliënt kan worden opnemen. De zorgaanbieder is verplicht de cliënt zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen een week, op te nemen. Neemt de zorgaanbieder de cliënt niet (of niet tijdig) op dan meldt aan de IGJ. De IGJ kan dan een last onder dwangsom opleggen. De onderzoekers constateren dat er een sterke behoefte is aan een functionaris die dit proces kan stroomlijnen en coördineren.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij willen de mogelijkheid dat de strafrechter een rechterlijke machtiging afgeeft nadruk-

kelijk ter discussie stellen (zie ons standpunt ten aanzien van aanbeveling 39). Wordt deze mogelijkheid geschrapt, dan is een coördinerende functie zoals hier wordt aanbevolen uiteraard niet meer aan de orde.

## **8. Algemene aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport, deel I**

Deze algemene aanbevelingen hebben zowel betrekking op de Wzd als op de Wvvgz.

### **Aanbeveling 44:**

*Sta in de periode tot de tweede evaluatie expliciet stil bij de vraag of de ontwikkelingen in wetgeving en praktijk tot een voldoende werkbare verhouding tussen Wvvgz en Wzd leiden; zo niet, overweeg dan beide wetten samen te voegen tot een wettelijk systeem waarin voldoende rekening wordt gehouden met de karakteristieken van de GGZ- en de PG/VG-sector (overheid/wetgever i.s.m. veldpartijen).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling spreekt ons niet aan. De komende twee jaar zijn nodig om de Wzd en de Wvvgz ingrijpend te wijzigen. In dat kader moet voorzien worden in regelingen die het mogelijk maken om, bij wisselende zorgbehoefte van een cliënt, ook het wettelijke kader aan te passen, zodat een cliënt met zo min mogelijk bureaucratie kan overstappen van de geestelijke gezondheidszorg naar de ouderenzorg of gehandicaptenzorg en andersom. Dit zou wat ons betreft al op kortere termijn geregeld moeten worden (zie algemeen deel van deze reactie). Daarmee is de door de onderzoekers beoogde 'werkbaar verhouding tussen Wvvgz en Wzd' gerealiseerd. Een discussie over samenvoeging van beide wetten is wat ons betreft pas weer aan de orde als de volgende evaluatie van beide wetten daartoe aanleiding geeft. Wij wijzen er in dit verband nog op dat het aantal cliënten van sector wisselt relatief gering is. De uitzondering moet niet de regel bepalen.

### **Aanbeveling 45:**

*Onderzoek mogelijkheden om de volledigheid, betrouwbaarheid en tijdige aanlevering van de verplicht aan te leveren gegevens te verbeteren (overheid, IGJ, veldpartijen).*

### **Voorlopig standpunt ActiZ en VGN**

Zie hierna het voorlopig standpunt van ActiZ en VGN ten aanzien van aanbeveling 46.

### **Aanbeveling 46:**

*Heroverweeg de aard, omvang en gedetailleerdheid van de gegevens over toegepaste verplichte/onvrijwillige zorg die zorgaanbieders verplicht zijn te registreren en bij de IGJ aan te leveren, in relatie tot de met de analyse van die gegevens beoogde doelen (IGJ, veldpartijen, wetgever).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Aanbeveling 45 en 46 liggen in elkaars verlengde, althans wij nemen aan dat de onderzoekers beogen dat eerst de registratieplicht en de verplichting om digitale overzichten

van verleende onvrijwillige zorg aan de IGJ te sturen, worden heroverwogen en dat vervolgens, gesteld dat de verplichting om gegevens aan te leveren aan de IGJ na deze heroverweging gehandhaafd blijft, wordt onderzocht hoe de aanlevering van gegevens aan de IGJ verbeterd kan worden.

De registratieplicht houdt onder meer in dat de zorgverantwoordelijke ervoor zorg draagt dat, zodra onvrijwillige zorg is verleend, hiervan melding wordt gemaakt in het dossier en dat de noodzaak daartoe gemotiveerd wordt (artikel 16, lid 3). Voor zover het gaat om onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen en op basis van het zorgplan structureel wordt uitgevoerd, vinden wij dit onnodig en daarmee ook onwenselijk. De registratieplicht kan beperkt worden tot structureel ongeplande onvrijwillige zorg en onvoorziene onvrijwillige zorg<sup>9</sup>.

Ten aanzien van de gegevensverstrekking aan de IGJ zijn ActiZ en VGN van mening dat vrijwillige zorg en gedwongen zorg beide (en in onderlinge samenhang) aan de orde behoren te komen in het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties en in de verantwoording die zorgorganisaties jaarlijks afleggen. Een apart kader voor gedwongen zorg is niet wenselijk. Dit houdt in dat de reguliere systematiek van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten ook betrekking heeft op gedwongen zorg. De halfjaarlijkse aanlevering van digitale overzichten kan derhalve geschrapt worden, onderzocht moet worden of er goede meetinstrumenten ontwikkeld kunnen worden waarmee de kwaliteit van gedwongen zorgverlening gemeten kan worden.

#### **Aanbeveling 47:**

*Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van verplichte zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de interpretatie van het begrip verzet en om een richtinggevend kader voor het wel of niet nemen van een art. 8:9 beslissing (veldpartijen).*

#### **Achtergrondinformatie**

Hoewel deze aanbeveling onder het kopje 'algemeen' is opgenomen, betreft het een specifieke aanbeveling ten aanzien van de Wvvgz. Een aanbeveling met ongeveer dezelfde strekking is echter ook gedaan ten aanzien van de Wzd (zie aanbeveling 59).

Met een 'art. 8:9 beslissing' wordt de beslissing bedoeld van de zorgverantwoordelijke om de zorgmachtiging te operationaliseren, dat wil zeggen het besluit om een vorm van verplichte zorg die in de zorgmachtiging is opgenomen, ook daadwerkelijk in te zetten.

---

<sup>9</sup> De termen 'structureel geplande onvrijwillige zorg', 'structureel ongeplande onvrijwillige zorg' en 'onvoorziene onvrijwillige zorg' worden hier gebruikt in de betekenis die de Technische handreiking aanlevering toezichtinformatie Wzd daaraan geeft. Van 'structureel geplande onvrijwillige zorg' is sprake als de onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen en daarbij de frequentie is aangegeven waarin de onvrijwillige zorg toegepast moet worden. Van structureel ongeplande zorg is sprake als onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen, maar de frequentie van de onvrijwillige zorgverlening niet is vastgelegd (de onvrijwillige zorg kan dan zo nodig worden verleend). Van onvoorziene onvrijwillige zorg is sprake als deze niet in het zorgplan is opgenomen, maar wordt verleend op basis van een besluit van de zorgverantwoordelijke op basis van artikel 15 Wzd.

## **Korte reactie ActiZ en VGN**

Nu deze aanbeveling specifiek op de Wvggz betrekking heeft, nemen ActiZ en VGN deze aanbeveling voor kennisgeving aan.

Naar aanleiding van deze aanbeveling vragen wij er wel aandacht voor een opvallend verschil tussen de Wvggz en de Wzd. De 'art 8:9 beslissing' is vergelijkbaar met de beslissing om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen. Het effect van beide beslissingen is dat gedwongen zorg daadwerkelijk toegepast mag worden. Of dit ook feitelijk gebeurt, beslist in de Wzd de zorgverlener. De zorgverlener moet, steeds als onvrijwillige zorgverlening op basis van de zorgplan aan de orde is, beoordelen of dit in de concrete situatie inderdaad noodzakelijk is (artikel 13 Wzd). Een vergelijkbare bepaling ontbreekt in de Wvggz. Dit verschil kan naar onze indruk niet gebaseerd worden op de verschillen in doelgroep van de beide wetten.

Wij zijn van mening dat de toepassing van artikel 13 Wzd beperkt kan worden tot die situaties waarin een zorgverlener onvrijwillige zorg verleent waartoe het zorgplan wel de grondslag biedt, maar niet de frequentie aangeeft (in de terminologie van de Handreiking aanlevering toezichtinformatie Wzd: 'structureel ongeplande onvrijwillige zorg'). Wordt ook de frequentie aangegeven in het zorgplan, dan kan er in principe vanuit worden gegaan dat het zorgplan is uitgevoerd, ook als dat niet is geregistreerd.

### **Aanbeveling 48:**

*Richt het toezicht van de IGJ met betrekking tot de rechtsbescherming van de patiënt zo in, dat ook de werkelijkheid achter de toepassing van de wettelijke bepalingen in beeld komt (IGJ, overheid).*

## **Standpunt ActiZ en VGN**

Deze cryptisch geformuleerde aanbeveling spreekt ons niet aan. Wij vinden het van belang dat de conclusies van het evaluatierapport doorwerken in de wijze waarop de IGJ toezicht houdt. Nu geconcludeerd wordt dat de Wzd een te complexe wet is, het maar de vraag is of de Wzd bijdraagt aan het beoogde doel en de minister naar aanleiding van het evaluatierapport heeft aangekondigd dat zij terug wil naar de kern en naar de geest van de wet, past bij het toezicht op de naleving van de Wzd voorlopig een terughoudende opstelling van de IGJ. Het toezicht moet niet gericht zijn op handhaving van de letter van de wet, maar het handelen in de geest daarvan stimuleren.

## **9. Aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport t.a.v. de Wvggz**

### **Aanbeveling 49:**

*Pas de Wvggz zodanig aan dat wordt voorzien in één instrument dat waarborgt dat wensen en voorkeuren van de patiënt tijdig worden geïnventariseerd en kenbaar zijn (wetgever).*

## **Achtergrondinformatie**

De Wvggz voorziet in twee instrumenten waarmee beoogd wordt de wensen en voorkeuren

van cliënten kenbaar te maken. Het betreft het plan van aanpak dat opgesteld kan worden om gedwongen zorg te voorkomen en de zorgkaart (art. 5:12 Wvggz). De afstemming van de wensen en voorkeuren van de cliënten en de te verlenen zorg vindt op basis van de Wzd plaats tijdens het overleg over het zorgplan (art. 7 Wzd).

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Nu deze aanbeveling specifiek op de Wvggz betrekking heeft, nemen ActiZ en VGN deze aanbeveling voor kennisgeving aan.

#### **Aanbeveling 50:**

*Richt de praktijk zo in dat tijdig (vóór de ZM-procedure) een laagdrempelig gesprek plaatsvindt met de patiënt over diens wensen en voorkeuren, herhaal dat gesprek regelmatig en leg de uitkomsten vast op een wijze (bijvoorbeeld een pagina in het EPD) die makkelijk toegankelijk is voor alle betrokkenen, waaronder de rechter (veldpartijen, zo nodig de wetgever).*

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling heeft specifiek betrekking op de Wvggz. ActiZ en VGN nemen deze aanbeveling daarom voor kennisgeving aan. Het beoogde laagdrempelige gesprek vindt bij de uitvoering van de Wzd plaats voorafgaand aan opstelling van het zorgplan en in het kader van de evaluatie daarvan.

#### **Aanbeveling 51:**

*Bepaal in de wet dat alle betrokkenen de wensen en voorkeuren van de patiënt bij hun besluitvorming betrekken en daarover rapporteren (wetgever).*

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Voor zover het zorgaanbieders betreft, voorziet de Wzd al in een bepaling met deze strekking (zie artikel 7 Wzd).

#### **Aanbeveling 52:**

*Voorzie in de wettelijke mogelijkheid dat de termijn voor het verkennend onderzoek langer kan zijn dan 14 dagen (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Op basis van de Wvggz zijn gemeenten verplicht om een meldpunt in te stellen waar een ieder terecht kan die meent dat aan iemand mogelijk verplichte zorg moet worden verleend. Het meldpunt onderzoekt de melding. Dit onderzoek moet binnen 14 dagen zijn afgerond (art. 5:2, lid 2 Wvggz). Op basis van de melding kan de college van B&W de officier van justitie verzoeken om de procedure te starten die leidt tot een zorgmachtiging. Als de conclusie van het onderzoek echter is dat het iemand betreft met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, dan voorziet de Wvggz niet in een vervolg



van het onderzoek. Hierdoor ontstaat het risico dat in situaties waarin ernstig nadeel dreigt voor de cliënt of voor anderen niet wordt ingegrepen.

In de handreiking Samenloop geeft VWS aan dat het meldpunt in zo'n geval de familie of de huisarts kan informeren over de mogelijkheid om een gedwongen opname te initiëren. Wij vinden dit geen reële opties. Familie ontbreekt soms of is niet bereid of in staat om een aanvraag in te dienen bij het CIZ en een arts in te schakelen die een medische verklaring opstelt. De huisarts heeft toestemming nodig van de cliënt of diens vertegenwoordiger, die zal hij in dit geval niet krijgen (het gaat immers om zorg waartegen zij zich verzetten).

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Wij stellen voor artikel 5:2 Wvggz zo te wijzigen dat ook meldingen met betrekking tot cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening onderzocht kunnen worden en dat voorzien wordt in een mogelijkheid om zo nodig vervolgens een rechterlijke machtiging aan te vragen, zonder daarbij afhankelijk te zijn van de inzet van de familie of de huisarts van de cliënt.

### **Aanbeveling 53:**

*Verbeter met betrekking tot het verkennend onderzoek en het wederkerigheidsprincipe de informatiesystemen en creëer duidelijkheid over de vraag welke informatie alleen met toestemming van de patiënt mag worden uitgewisseld en welke ook zonder; bevorder dat het proces van het vragen van toestemming, indien nodig, tijdig in gang wordt gezet; verbeter zo nodig de juridische grondslag(en) voor gegevensuitwisseling tussen gemeente en GGZ (overheid, veldpartijen, zo nodig de wetgever).*

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling heeft specifiek op de Wvggz betrekking, ActiZ en VGN deze aanbeveling daarom voor kennisgeving aan.

### **Aanbeveling 54:**

*Formuleer het wederkerigheidsprincipe duidelijker als een inspanningsverplichting voor gemeenten en zorgaanbieders die door de rechter kan worden getoetst (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Het wederkerigheidsprincipe houdt in dat de mogelijkheid om iemand verplichte zorg te verlenen ook de verplichting impliceert om de randvoorwaarden te creëren voor een succesvolle hervatting van diens deelname aan het maatschappelijk leven.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling heeft specifiek op de Wvggz betrekking, ActiZ en VGN deze aanbeveling daarom voor kennisgeving aan.

### **Aanbeveling 55:**

*Neem in de te registreren gegevensset op grond van art. 8:24 Wvggz een onderscheid op*

*tussen intramurale en ambulante verplichte zorg (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Met de gegevensset op grond van art. 8:24 Wvggz worden de digitale overzichten van verleende verplichte zorg bedoeld die zorgaanbieders halfjaarlijks aan de IGJ dienen te verstrekken.

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Wij hebben ons standpunt ten aanzien van de digitale overzichten van verleende onvrijwillige zorg geformuleerd naar aanleiding van aanbeveling 48.

### **Aanbeveling 56:**

*Verbeter de ondersteuning vanuit EPD-systemen bij de gegevensregistratie door zorgverleners en andere medewerkers; neem in het EPD-systeem ook een faciliteit op die het mogelijk maakt een koppeling te leggen tussen de looptijden van juridische titels en de registratie van verleende verplichte zorg (veldpartijen).*

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Deze aanbeveling heeft specifiek op de Wvggz betrekking, ActiZ en VGN deze aanbeveling daarom voor kennisgeving aan.

### **Aanbeveling 57:**

*Breid het kostenonderzoek uit naar andere Wvggz-procedures (zoals de procedure voor een crisismaatregel, en de voortzetting daarvan; en de klachtenprocedure) en andere actoren (zoals de gemeente en de advocatuur) zodat een integraal (alomvattend) beeld wordt verkregen van de kosten die gemoed gaan met de uitvoering van de Wvggz in de praktijk (overheid).*

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Wij zien geen reden waarom deze aanbeveling beperkt is tot de Wvggz. De aanbeveling is voor de Wzd evenzeer van belang en behoort daarom ten aanzien van beide wetten gedaan te worden.

### **Aanbeveling 58:**

*Breng in toekomstig kostenonderzoek ook de ervaringen en tevredenheid van betrokkenen en hun naasten in kaart om zicht te krijgen op de effecten van de tijdsbesteding van actoren aan Wvggz-procedures (overheid).*

### **Korte reactie ActiZ en VGN**

Ook deze aanbeveling is voor de Wzd net zo zeer van belang als voor de Wvggz en behoort daarom ten aanzien van beide wetten gedaan te worden.

## 10. Aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport t.a.v. de Wzd

### Aanbeveling 59:

*Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van onvrijwillige zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de verschillende vormen en gradaties van drang en om de interpretatie van het begrip verzet (veldpartijen).*

#### Standpunt ActiZ en VGN

Wij vinden dit een veel te algemeen geformuleerde aanbeveling. Ieders inzet moet nu gericht zijn op herziening van de Wzd, als vervolgens blijkt dat zorgverleners in de praktijk behoefte hebben aan richtlijnen, kan altijd alsnog besloten worden om die te ontwikkelen. Daarvoor is wel een concrete duiding nodig van het op te lossen probleem en een onderbouwde verwachting dat een richtlijn bijdraagt aan de oplossing daarvan.

### Aanbeveling 60:

*Voorzie in nadere handreikingen en instructies met betrekking tot ambulante onvrijwillige zorg, onder meer waar het gaat om de beschikbaarheid van de cvp, de positie van mantelzorgers en de afspraken tussen mantelzorgers en zorgverleners (veldpartijen).*

#### Standpunt ActiZ en VGN

Ook deze aanbeveling is erg algemeen geformuleerd. Dat ambulante onvrijwillige zorgverlening nauwelijks van de grond komt, kan niet worden opgelost met 'handreikingen en instructies'. Wij zijn van mening dat de uitgangspunten die aan de regeling van ambulante onvrijwillige zorgverlening ten grondslag liggen, namelijk dat alle vormen van onvrijwillige zorg ook ambulante verleend moeten kunnen worden en dat bij ambulante onvrijwillige zorgverlening aan nog strengere voorwaarden voldaan moet worden dan bij intramurale zorgverlening, heroverwogen moeten worden. Hierbij moet in aanmerking genomen worden dat een spanningsveld bestaat tussen de multidisciplinaire aanpak die in de Wzd centraal staat en de monodisciplinaire werkwijze van een aantal aanbieders van ambulante onvrijwillige zorg.

Naar onze indruk moet preciezer worden gekeken aan welke vormen van ambulante onvrijwillige zorgverlening behoefte bestaat. Vervolgens komt de vraag aan de orde aan welke voorwaarden voldaan moet worden om deze zorg verantwoord te kunnen verlenen. Dit kan per vorm van zorg verschillen. Last but not least moet voorzien worden in een adequate bekostiging van de ambulante onvrijwillige zorgverlening en in een adequate regeling op basis waarvan zorgaanbieders onderling gegevens kunnen uitwisselen.

### Aanbeveling 61:

*Maak het stappenplan in de Wzd minder rigide en schep ruimte voor professionals om door maatwerk recht te doen aan de omstandigheden van individuele cliënten. Beperk de wettelijke regeling tot de materiële uitgangspunten (zoals noodzaak, proportionaliteit, sub-*

*sidiariteit) en de hoofdlijnen van de bij de besluitvorming rond onvrijwillige zorg te volgen procedure (wetgever).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij onderschrijven deze aanbeveling in zoverre dat ook wij van mening zijn dat het huidige stappenplan te rigide is. De cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen en brancheorganisaties in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg hebben gezamenlijk in hun advies 'Van stappenplan naar maatwerk in dialoog' aangegeven hoe de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan zo kan worden geregeld dat voldoende ruimte ontstaat om in te spelen op de specifieke situatie van iedere cliënt en bovendien de rechtspositie van de cliënt goed gewaarborgd wordt. Wij onderschrijven dat advies en verzoeken de minister dit in wetgeving om te zetten.

### **Aanbeveling 62:**

*Laat verdere uitwerking van het stappenplan aan zelfregulering over, in overleg met cliëntenorganisaties. Besteed daarnaast ook aandacht aan de benodigde randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de (aangepaste) regeling van het stappenplan (veldpartijen, overheid).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij onderschrijven deze aanbeveling niet. Het advies 'Van stappenplan naar maatwerk in dialoog' voorziet in een adequate wettelijke regeling, een nadere uitwerking op basis van zelfregulering is overbodig. Hoe de wettelijke regeling in een zorgorganisatie wordt uitgevoerd, wordt geconcretiseerd in het beleidsplan onvrijwillige zorg. In 'Van stappenplan naar maatwerk in dialoog' adviseren de veldpartijen om de cliëntenraad en de zorgverleners een instemmingsrecht te geven bij de vaststelling van dit beleidsplan. Hun inbreng is hiermee gewaarborgd.

### **Aanbeveling 63:**

*Laat art. 2 lid 2 Wzd in de huidige vorm vervallen voor situaties waarin de vertegenwoordiger instemt, maar regel dat in het door de zorgaanbieder op te stellen beleidsplan ex art. 19 Wzd wordt aangegeven in welke extra waarborgen zal worden voorzien met het oog op zorgvuldige besluitvorming en evaluatie van de in art. 2 lid 2 bedoelde situaties (wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

Op basis van artikel 2, lid 2 Wzd moet het stappenplan gevolgd worden als in het zorgplan van een ter zake wilsonbekwame cliënt op vrijwillige basis (dus met instemming van de vertegenwoordiger en zonder verzet van de cliënt) één van de volgende vormen van zorg wordt opgenomen: toediening van gedrag beïnvloedende medicatie, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting. Het betreft toediening van gedrag beïnvloedende medicatie in afwijking van de professionele richtlijn, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting.

Ervan uitgaande dat het advies Van stappenplan naar maatwerk in dialoog wordt overgenomen, zou dat voor de toepassing van artikel 2, lid 2 Wzd ook een overgang van het stappenplan naar maatwerk in dialoog inhouden. Concreet houdt dit in dat:

- a. het zorgplan op basis van multidisciplinair overleg wordt vastgesteld;
- b. dat opname van deze vormen van zorg in het zorgplan alleen mogelijk is als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen;
- c. dat het zorgplan ter beoordeling aan de Wzd-functionaris moet worden voorgelegd;
- d. dat een evaluatietermijn op maat wordt afgesproken (maximaal 6 maanden);
- e. dat bij de evaluatie van het zorgplan een deskundige met een frisse blik wordt betrokken als voortzetting van deze vorm van zorgverlening overwogen wordt.

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij steunen de aanbeveling in zoverre dat ook wij van mening zijn dat artikel 2, lid 2 Wzd in de huidige vorm kan vervallen. Voor zover de aanbeveling ertoe strekt dat in het beleidsplan onvrijwillige zorg alsnog moet worden voorzien in extra waarborgen ten aanzien van opname van deze vormen van zorg in het zorgplan van wilsonbekwame cliënten onderschrijven wij deze aanbeveling niet. Dit zou immers slechts leiden tot verschuiving van regeldruk en bovendien de vraag oproepen of het gerechtvaardigd is dat de rechtspositie van cliënten op dit punt per zorgorganisatie verschilt.

Gegeven de impact die deze vormen van zorg kunnen hebben op cliënten, zijn wij van mening dat extra waarborgen gerechtvaardigd zijn als wordt overwogen deze zorg aan ter zake wilsonbekwame cliënten te verlenen. Deze waarborgen moeten echter niet zover gaan als bij onvrijwillige zorgverlening het geval is. Wij stellen voor wettelijk te regelen dat deze vormen van zorg alleen in het zorgplan van een ter zake wilsonbekwame cliënt kunnen worden opgenomen op basis van multidisciplinaire besluitvorming en dat evaluatietermijn op maat wordt afgesproken. Een verplichting om dit nader te regelen in het beleidsplan onvrijwillige zorg kan dan achterwege blijven.

### **Aanbeveling 64:**

*Vershaf duidelijkheid met betrekking tot de gesignaleerde knelpunten inzake art. 21 Wzd, bijvoorbeeld door aanpassing van de factsheet Opname en verblijf in de Wzd (overheid).*

### **Achtergrondinformatie**

De onderzoekers signaleren enkele knelpunten met betrekking tot het besluit opname en verblijf 'zoals het moment waarop de aanvraag voor het desbetreffend CIZ-besluit moet worden gedaan, de eis dat de locatie waar opname plaatsvindt als accommodatie geregistreerd moet zijn, en hoe te handelen bij (wilsonbekwame, zich niet verzettende) cliënten die al voor inwerkingtreding van de Wzd zonder art. 60 Bopz-indicatie waren opgenomen (in een niet-Bopz locatie)' (Evaluatierapport, deel 2, blz. 303).

Elders in deel 2 van het Evaluatierapport stellen de onderzoekers zich op het standpunt dat ten aanzien van de punten die ActiZ en VGN in een brief aan VWS aan de orde stellen eveneens duidelijkheid moet worden verschaft (blz. 222). Het betreft de volgende punten:

- a. waarom mag een gbgv-cliënt (d.w.z. een cliënt die geen bereidheid tot opname toont maar zich daartegen ook niet verzet) alleen worden opgenomen als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen?
- b. waarom mag een gbgv-cliënt alleen in een geregistreerde accommodatie worden opgenomen?
- c. moet voor iedere gbgv-cliënt die ooit is opgenomen zonder besluit opname en verblijf (of artikel 61-indicatie op basis van de Bopz) alsnog een besluit opname en verblijf worden aangevraagd? Zo ja, moet een cliënt die zo'n besluit niet krijgt ontslagen worden? En moet een cliënt die zo'n besluit wel krijgt, maar niet in een accommodatie verblijft, verhuizen naar een accommodatie?
- d. waarom is gekozen voor beperking van de geldigheidsduur van een besluit opname en verblijf? Moet een cliënt voor wie geen nieuw besluit opname en verblijf wordt afgegeven ontslagen worden?
- e. waarom moet een besluit opname en verblijf worden aangevraagd voor een cliënt die vrijwillige is opgenomen maar na verloop van tijd niet meer weloverwogen kan beslissen over voortzetting van zijn verblijf maar zich daartegen niet verzet? Wat moet met zo'n cliënt gebeuren als geen besluit opname en verblijf wordt afgegeven?
- f. waarom heeft een cliënt die met een besluit opname en verblijf is opgenomen en het verblijf wil voortzetten de mogelijkheid gekregen om het CIZ te vragen het besluit opname en verblijf te laten vervallen? Wat is het effect van het vervallen van een besluit opname en verblijf in zo'n situatie?

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij onderschrijven deze aanbeveling. Het verschaffen van duidelijkheid over de huidige regeling ten aanzien van het besluit opname en verblijf is van belang voor zolang deze regeling gehandhaafd blijft. In het kader van de wetsevaluatie is echter vooral de vraag van belang of dit zinvol is (zie aanbeveling 66).

#### **Aanbeveling 65:**

*Bepaal in de Wzd dat de rechter in gevallen waarin hij verzet niet aanwezig acht zelf een art. 21-besluit kan nemen (wetgever).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Deze bepaling is alleen relevant als de uitkomst van de discussie over aanbeveling 66 is dat het besluit opname en verblijf gehandhaafd moet blijven.

#### **Aanbeveling 66:**

*Maak duidelijk waarom met een minder ingrijpende procedure voor opname van gbgv-cliënten dan de huidige art. 21 Wzd-regeling niet kan worden volstaan (overheid).*

### **Standpunt ActiZ en VGN**

Deze formulering lijkt er ten onrechte bij voorbaat vanuit te gaan dat met een minder ingrijpende procedure niet volstaan kan worden. Dit sluit niet aan bij de bevindingen zoals

die door de onderzoekers worden geformuleerd: 'Al met al is er voldoende aanleiding om de art. 21 procedure nog eens kritisch te bezien, mede in het licht van de met de bepaling gepaard gaande administratieve lasten. Er zijn argumenten te geven voor, maar zeker ook tegen handhaving van art. 21 Wzd' (Evaluatierapport, deel 2, blz. 304). Ervan uitgaande dat beoogd is aan te bevelen nut en noodzaak van het besluit opname en verblijf kritisch te bezien, steunen wij deze aanbeveling.

### **Aanbeveling 67:**

*Breid, al dan niet onder voorwaarden, de beroepsgroepen die als Wzd-functionaris kunnen optreden uit en verhelder de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke (overheid, veldpartijen).*

### **Achtergrondinformatie**

Alleen een ter zake kundige arts, een gz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist kan de rol van de Wzd-functionaris vervullen (artikel 1, eerste lid, onderdeel m Wzd).

### **Standpunt ActiZ en VGN**

De Wzd-functionaris vervult een belangrijke rol in de Wzd, zijn deskundigheid moet daarom gewaarborgd zijn. De complexiteit van de zorgvraag van cliënten voor wie een Wzd-functionaris werkzaam is, kan echter sterk verschillen. Het is niet altijd nodig om de hoogst opgeleide zorgverleners als Wzd-functionaris in te zetten, bijvoorbeeld in de wijkverpleging zou deze rol ook vervuld kunnen worden door een verpleegkundige van niveau 5. Wij steunen daarom de aanbeveling voor zover deze ertoe strekt het aantal beroepsgroepen dat de rol van Wzd-functionaris kan vervullen uit te bereiden.

In dit verband wijzen wij erop dat ook een brede variatie van zorgverleners de rol van zorgverantwoordelijke kan vervullen. Dit wil niet zeggen dat deze zorgverlener in alle omstandigheden deze rol kunnen vervullen, maar dat ruimte wordt geboden om te variëren al naar gelang de complexiteit van de zorg die cliënten nodig hebben.

Deze aanbeveling strekt ook tot verheldering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke. Op welke punten deze verheldering wenselijk is geven de onderzoekers niet aan. Wij doen de volgende voorstellen:

- a. schrap de bepaling op basis waarvan de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris op de hoogte moet stellen van de beslissing over de wilsbekwaamheid van de cliënt en het overleg hierover met de vertegenwoordiger (artikel 3, lid 3, laatste volzin Wzd);
- b. schrap de bepaling op basis waarvan de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris moeten informeren over de evaluatie zoals bedoeld in artikel 11
- c. schrap de bepaling op basis waarvan in het zorgplan moet staan hoe de Wzd-functionaris toezicht houdt;
- d. schrap de bepaling op basis waarvan de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris zo mogelijk vooraf informeert over onvrijwillige zorgverlening buiten het zorgplan om.

### **Aanbeveling 68:**

*Entameer ook een verdiepingsonderzoek Wzd, waarin onderzocht wordt op welke wijze zorgaanbieders op dat terrein zelf kunnen bijdragen aan het beter realiseren van de doelstellingen van de wet (overheid, veldpartijen).*

#### **Achtergrondinformatie**

In deze aanbeveling wordt gerefereerd aan het verdiepingsonderzoek Wvggz dat aanvullend aan de wetsevaluatie wordt gehouden. Dit onderzoek is erop gericht om best practices bij onder meer het voorkomen van verplichte zorg te vinden en te onderzoeken of deze op bredere schaal geïmplementeerd kunnen worden.

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij vinden dit een sympathieke aanbeveling en denken graag mee bij de concretisering hiervan.

### **11. Algemene aanbevelingen uit deel 2 van het evaluatierapport, deel II**

Deze algemene aanbevelingen hebben zowel betrekking op de Wzd als op de Wvggz.

### **Aanbeveling 69:**

*Entameer op de kortst mogelijke termijn een gedragen actieprogramma dat zich richt op manieren om anders dan door wetsaanpassing te komen tot verbetering van de werkbaarheid, uitvoerbaarheid en effectiviteit van de Wvggz en de Wzd. Stimuleer daarbij de uitwisseling van ervaringen tussen zorgaanbieders, om van elkaar te leren (overheid, veldpartijen).*

#### **Standpunt ActiZ en VGN**

Wij zijn erg terughoudend ten aanzien van het in afwachting van de beoogde wijziging van de Wzd ontwikkelen van een actieprogramma zoals hier bedoeld. Het risico is groot dat de uitvoeringspraktijk niet verlicht, maar juist belast wordt door zo'n actieprogramma, dat bovendien zeer tijdelijk van aard is. Ook ontstaat grote handelingsonzekerheid over hoe zo'n actieprogramma zich verhoudt tot de wet.

De volgende punten kunnen echter niet wachten tot de inwerkingtreding van de wijzigingswet:

- a. Uitvoering van het advies Van stappenplan naar maatwerk in dialoog.

In dit advies geven cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen en brancheorganisaties uit de ouderenzorg en gehandicaptenzorg aan hoe de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan geregeld zou moeten worden. Nu over dit advies brede overeenstemming bestaat, zou de praktijk conform dit advies moeten kunnen handelen, zodra de minister in het regeringsstandpunt ten aanzien van het evaluatierapport, te kennen heeft gegeven voornemens te zijn om dit advies in wetgeving om te zetten.



b. Uitvoering van de aanbeveling over gelijkgestelde aandoeningen

Door een brede coalitie van 19 veldpartijen uit de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is bepleit om de mogelijkheid te creëren dat cliënten met een psychische stoornis onder de Wzd worden gebracht. Dit ongeacht welke psychische stoornis zij hebben. Niet de diagnose, maar de zorgbehoefte moet bepalend zijn. In het evaluatieonderzoek wordt een aanbeveling gedaan met diezelfde strekking (aanbeveling 21).

c. Oplossen van problemen bij multiproblematiek (verstandelijke beperking / psychogeriatrische aandoening in combinatie met een psychische stoornis).

Door een veranderende zorgbehoefte kan het wenselijk zijn dat een cliënt van de ouderenzorg of gehandicaptenzorg overgeplaatst wordt naar de geestelijke gezondheidszorg of andersom. Zo'n overgang brengt nu veel bureaucratie met zich mee. Op korte termijn moet overplaatsing van de ene sector naar de andere vereenvoudigd worden.

d. Verleng vooralsnog de geldigheidsduur van besluiten opname en verblijf

Op de datum van inwerkingtreding van de Wzd zijn van rechtswege alle op basis van de Bopz afgegeven artikel 60-besluiten omgezet in een besluit opname en verblijf op basis van de Wzd, met een geldigheidsduur van vijf jaar. Deze geldigheidsduur verloopt derhalve op 1/1/25. Op die datum treedt, in het gunstigste scenario, de wijzigingswet Wzd in werking. Nu nut en noodzaak van het besluit opname en verblijf ter discussie staan en bovendien VWS te kennen heeft gegeven dat het al dan niet beschikken over een besluit opname en verblijf voor de rechtspositie van een cliënt die al is opgenomen geen verschil maakt, zijn wij van mening dat van de praktijk niet verwacht mag worden dat een nieuw besluit opname en verblijf wordt aangevraagd voor cliënten die al zijn opgenomen. De geldigheidsduur van de besluiten opname en verblijf van deze cliënten moet daarom van rechtswege verlengd worden voor de periode waarin naar verwachting de discussie over het al dan niet handhaven van het besluit opname en verblijf loopt.

### **Aanbeveling 70:**

*Richt de tweede evaluatie van de Wvvgz en de Wzd zo in dat in de periode 2023-2026 sprake is van een thematische aanpak, die tegen het einde van de genoemde periode wordt afgesloten met een meer overkoepelende analyse (overheid, wetgever).*

### **Achtergrondinformatie**

De Wzd bepaalt dat de eerste evaluatie binnen twee jaar na inwerkingtreding van de wet moet plaatsvinden (dus eind 2021). Daarna moet de wet iedere vijf jaar geëvalueerd worden. De eerstvolgende evaluatie moet dus eind 2026 gereed zijn. Dat de eerste evaluatie later is gepubliceerd dan in de Wzd is bepaald, heeft geen gevolgen voor de volgende termijn (die eindigt dus ultimo 2026).

## **Standpunt ActiZ en VGN**

Deze eerste evaluatie geeft aanleiding tot een grondige herbezinning op de Wzd, deze zal tot ingrijpende wijzigingen van de wet leiden. Deze wetswijziging zal op z'n vroegst per 1/1/25 in werking treden. Deze gewijzigde Wzd zou wat ons betreft opnieuw binnen twee jaar na inwerkingtreding geëvalueerd moeten worden. Uitgaande van inwerkingtreding van de gewijzigde wet per 1/1/25, houdt dat in dat de volgende evaluatie uiterlijk per 31/12/26 beschikbaar moet zijn. In de tussenliggende periode vinden wij (deel-) evaluaties niet wenselijk.