

MEMORIE VAN TOELICHTING EVALUATIEWET WVGZ EN WZD

I. ALGEMEEN DEEL

1. Inleiding

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven, op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en op onaantastbaarheid van het lichaam. Ook heeft iedereen het recht op toegang tot zorg. Deze grondrechten zijn vastgelegd in de Grondwet en internationale mensenrechtenverdragen en deze rechten kunnen alleen op basis van een wettelijke grondslag worden beperkt.¹ Er zijn situaties waarin gedrag dat voortkomt uit een psychische stoornis, verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening kan leiden tot ernstig nadeel voor een persoon zelf of anderen.² Ernstig nadeel betekent kort gezegd dat er een aanzienlijk risico bestaat dat iemand zichzelf of anderen schade toebrengt. Gedwongen zorg kan worden overwogen als iemands gedrag leidt tot ernstig nadeel en als dat gedrag een gevolg is van een psychiatrische of psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking.³ Die gedwongen zorg kan uitsluitend als uiterste middel worden verleend als er geen vrijwillige alternatieven zijn en dan zo kort en minst ingrijpend mogelijk.

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) bieden de wettelijke basis en bepalen de vereisten om gedwongen zorg te kunnen bieden en daarbij zo nodig, indien het echt niet anders kan, fundamentele grondrechten van mensen in te perken. De Wvggz is gericht op mensen met een psychische stoornis en de Wzd op mensen met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een daaraan gelijkgestelde ziekte of aandoening. De wetten regelen de procedures en voorwaarden voor een zorgvuldige besluitvorming en toepassing met betrekking tot gedwongen zorg en bevatten waarborgen voor de rechtsbescherming voor mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen.

Met dit wetsvoorstel worden wijzigingen voorgesteld in de Wvggz en de Wzd.

Met de onderhavige wijziging van de Wvggz en de Wzd is beoogd de rechtsbescherming van betrokkenen en cliënten centraal te zetten en tegelijkertijd een betere uitvoerbaarheid van de wetten te realiseren.⁴ Dat betekent zorgvuldige procedures en maatwerk waar het kan. Daarmee krijgen zorgverleners meer tijd voor het bieden van passende zorg en meer ruimte om de wensen en voorkeuren van betrokkenen en cliënten in de behandeling mee te nemen. Ook worden voorstellen gedaan om de samenloop tussen de Wvggz, de Wzd en de Wet forensische zorg (Wfz) te verbeteren, zodat mensen op de best passende plek zorg kunnen krijgen. Op deze wijze wordt ervoor gezorgd dat indien het gerechtvaardigd is om bepaalde grondrechten in te perken, dit op een goede, zorgvuldige en zo terughoudend mogelijke manier gebeurt.

Een wetsvoorstel voor verschillende doelgroepen

Het is goed om te beseffen dat de doelgroepen van de wetten anders zijn en dat daarom de wetten ook anders zijn vormgegeven om goed aan te sluiten bij de doelgroep. Zo heeft de Wvggz een focus op eigen regie en zelfbeschikking en worden met de voorliggende wijziging verbeteringen voorgesteld om wensen en voorkeuren van de doelgroep zoveel mogelijk mee te nemen in de behandeling. Het betreft hier mensen voor wie herstel (in zekere mate) mogelijk is. De doelgroep

¹ Dit zijn naast de Grondwet met name het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, VN-antifolteringsverdrag en Europees antifolteringsverdrag (CAT en CPT), VN-verdrag Handicap, Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK).

² Voor de definitie van ernstig nadeel zie art. 1:1 lid 2 Wvggz, art. 1 lid 2 Wzd.

³ Hoewel het opschrift van de Wzd spreekt van verstandelijke handicap wordt in deze memorie van toelichting de in de zorg meer gangbare term "verstandelijke beperking" gebruikt.

⁴ Personen die gedwongen zorg (dreigen te) ondergaan worden in de Wvggz "betrokkenen" genoemd en in de Wzd "cliënten".

van de Wzd, psychogeriatrische (bijvoorbeeld mensen met dementie) en verstandelijk gehandicapte cliënten, zijn vaak minder goed in staat tot eigen regie of om hun wensen en voorkeuren te kunnen uiten. Het uitgangspunt van de Wzd is dan ook het zoveel mogelijk voorkomen van gedwongen zorg door bewustwording, kennisvergroting bij en persoonsgerichte zorg door zorgverleners.

Vanwege de samenhang tussen beide wetten worden de voorgestelde wijzigingen in één wetsvoorstel opgenomen. Deze memorie van toelichting wordt ingediend door de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg, de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport en de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid.

1.1. Doelstelling van dit wetsvoorstel

Rechtsbescherming staat centraal

Het primaire doel van dit wetsvoorstel is om mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen betere en meer effectieve rechtsbescherming te bieden dan nu het geval is. Uit de wetsevaluatie (zie hierna onder paragraaf 1.2.) blijkt dat in de praktijk de procedures als te omvangrijk, te complex en als lastig uitvoerbaar worden ervaren. De tijd die zorgverleners moeten besteden aan procedures gaat ten koste van tijd voor de betrokkene of de cliënt en het voorkomen van gedwongen zorg. Hierdoor is er minder tijd om bijvoorbeeld in gesprek te gaan om vrijwillige alternatieven te verkennen en ruimte te geven aan wensen en voorkeuren. Daarnaast is naar voren gebracht dat de huidige procedures te weinig ruimte bieden voor maatwerk. Alhoewel de wetten bij hebben gedragen aan bewustwording bij zorgverleners en hebben gezorgd voor meer aandacht voor preventie, komt de rechtsbescherming nog onvoldoende uit de verf. Goede rechtsbescherming begint met het hebben van tijd om te luisteren naar de betrokkene of de cliënt en te verkennen welke mogelijkheden er zijn om gedwongen zorg te voorkomen of te beperken. Daarnaast is het kunnen bieden van maatwerk van belang om iedereen de best passende zorg te kunnen geven. Als deze mogelijkheden niet aanwezig zijn ontstaat de situatie dat procedures op papier weliswaar goed zijn geregeld, maar leidt het gebrek aan tijd en flexibiliteit ertoe dat de procedures niet op het juiste moment of met onvoldoende oog voor de betrokkene of de cliënt worden uitgevoerd. In de praktijk doet dat dan af aan de mate van rechtsbescherming. Verpleegkundigen geven het voorbeeld voor de Wvggz dat betrokkene eerst een brief van de geneesheer-directeur krijgt waarin wordt vermeld dat een zorgmachtiging wordt voorbereid waarna de verpleegkundige veel tijd kwijt is met het uitleggen van de brief. Als er meer ruimte is om eerst uit te leggen wat er gaat gebeuren en iemand dat achteraf kan nalezen, is dat beter voor de betrokkene en de zorgverlener. Voor de Wzd werden bijvoorbeeld de verplichte evaluatiemomenten binnen drie maanden van de gedwongen zorg in het zorgplan⁵ als knellend ervaren.

Terugdringen dwang, eigen regie en uitvoerbaarheid

Naast het primaire doel om de rechtsbescherming te verbeteren heeft het wetsvoorstel een aantal afgeleide doelen. Deze zijn het terugdringen van het toepassen van dwang en het vergroten van de eigen regie van mensen die gedwongen zorg nodig hebben. In de Wzd krijgt dit vorm door wijziging van de multidisciplinaire besluitvormingsprocedure en de periodieke multidisciplinaire evaluatie, waarbij de alternatieven voor gedwongen zorg moeten worden onderzocht. In de Wvggz krijgt dit gestalte door middel van aanpassing van de eigen regie-instrumenten die ervoor zorgen dat alle vrijwillige alternatieven worden onderzocht en er ruimte wordt geboden voor wensen en voorkeuren bij zorg.

Tot slot wordt ingezet op het vergroten van de uitvoerbaarheid van beide wetten. Verlaging van administratieve lasten voor zorgaanbieders geeft zorgverleners immers meer tijd voor goede zorg.⁶ Dit sluit tevens aan bij het doel van het terugdringen van het toepassen van dwang dat breed wordt gedragen binnen de gezondheidszorg. In hoofdstuk 2 zal verder worden stilgestaan bij hoe deze doelstellingen in het wetsvoorstel voor de specifieke wetten gestalte krijgen.

⁵ Een zorgplan heet ook wel (zorg)leefplan of ondersteuningsplan.

⁶ Kamerstukken II, 2023/24, 29515, nr. 491.

1.2. Aanleiding van het wetsvoorstel

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) is op 1 januari 2020 vervangen door twee aparte wetten: de Wvggz en de Wzd. Het zijn complexe wetten, mede door de langdurige ontstaansgeschiedenis en een grote hoeveelheid aan wijzigingen die gedurende het wetgevingsproces zijn aangebracht.

In zowel de Wvggz als in de Wzd is opgenomen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste verslag over de doeltreffendheid en de effecten van beide wetten in de praktijk naar beide Kamers van de Staten-Generaal wordt gezonden. Begin 2020 heeft de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ZonMw de opdracht gegeven om deze wetsevaluatie uit te laten voeren. Het rapport van de eerste fase van de evaluatie is op 16 december 2021 aan beide Kamers aangeboden.⁷ Het eindrapport volgde op 21 oktober 2022.⁸

In het eindrapport van de wetsevaluatie merken de onderzoekers op dat de resultaten van de invoering van de Wvggz en de Wzd zich langzaam bewegen in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen. Tegelijkertijd komen de onderzoekers tot de stevige conclusie dat de wetten vooralsnog onvoldoende in hun doelstellingen zijn geslaagd. De onderzoekers adviseren dan ook beide wetten op verschillende onderdelen aan te passen.⁹

In de beleidsreactie op de wetsevaluatie van 13 maart 2023 is door de toenmalige minister voor Langdurige Zorg en Sport, mede namens de toenmalige minister voor Rechtsbescherming, een uitgebreide reactie gegeven op de belangrijkste aanbevelingen. Ook heeft de minister aangekondigd om een wetsvoorstel uit te werken, samen met de betrokken veldpartijen.¹⁰ Voor de totstandkoming van de voorstellen tot verbetering van de Wvggz en de Wzd heeft de minister leidende principes geschetst die ertoe moeten leiden dat de oorspronkelijke doelen van beide wetten beter worden bereikt.

1.3. Leidende principes

In de beleidsreactie is reeds aangegeven dat een aantal leidende principes zijn vastgesteld die ten grondslag liggen aan dit wetsvoorstel naar aanleiding van de wetsevaluatie.¹¹

Terug naar de kern

Uit de evaluatie blijkt dat de gedwongen zorgwetten te veel beleidsdoelen nastreven die verder gaan dan het regelen van de rechtspositie van mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen. Dit is mede ontstaan door de langdurige ontstaansgeschiedenis en een grote hoeveelheid aan wijzigingen die gedurende het wetgevingsproces zijn aangebracht. Het doel van dit wetsvoorstel is om de centrale doelstelling van de wetten, het bieden van rechtsbescherming voor betrokkenen en cliënten, weer voorop te stellen.

Van regels naar principes

De huidige Wvggz en Wzd leggen veelal op detailniveau de procedures vast waarmee een zorgverlener dwang mag toepassen. De inzet is om waar dat kan minder op detailniveau te regelen. Het streven is om zorgverleners beter dan nu het geval is in staat te stellen om in complexe situaties samen met de betrokkene, de cliënt of de vertegenwoordiger de juiste afwegingen te maken op basis van iemands zorgbehoefte en wensen. Daarbij staat het principe voorop dat de betrokkene of de cliënt (en eventuele vertegenwoordiger) gelijkwaardige

⁷ Kamerstukken II, 2021/22, 25424, nr. 598, Kamerstukken I 2022-202335370, nr. E.

⁸ Kamerstukken II, 2022/23, 25424, nr. 622, Kamerstukken I 2022-2023, 35370, nr. G.

⁹ ZonMw, Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2, Den Haag: oktober 2022, p. 321-328.

¹⁰ Kamerstukken II, 2022/23, 25424, nr. 648, Kamerstukken I, 2022-2023, 35370, nr. I.

gesprekspartners zijn. Als zorgverleners besluiten moeten nemen over gedwongen zorg is het de bedoeling dat zij de persoon om wie het gaat hierbij in een vroeg stadium betrekken en hierbij meer ruimte voor maatwerk hebben.

Begrijpelijkheid

Wetgeving moet toegankelijk, begrijpelijk en uitlegbaar zijn. Dit is geen nieuw principe. Toch wordt dit benadrukt nu blijkt dat op dit punt winst te behalen valt voor de doelgroepen en uitvoerders van de Wvvgz en de Wzd. Voor de rechtsbescherming is het essentieel dat de mensen die gedwongen zorg ondergaan weten wat hun rechten zijn en dat zorgverleners weten wat van hen wordt verwacht. Het wetsvoorstel is dan ook op verschillende manieren op "doenlijkheid" getoetst (doenvermogenstoets) en daarbij zijn de vijf basisstappen doorlopen, zoals beschreven in het WRR-rapport "Van toets naar tools".¹²

Meer tijd voor zorgverlening

Gedwongen zorg moet altijd het laatste in te zetten middel zijn. Inzetten op vrijwillige alternatieven is beter voor de betrokkene of de cliënt en levert in sommige gevallen juist tijdswinst op voor zorgverleners, omdat besluitvorming over gedwongen zorg niet nodig is. Indien dwang toch onvermijdelijk blijkt, dient die zorg transparant en navolgbaar te worden uitgevoerd. Daarom is het belangrijk dat alle gedwongen zorg wordt vastgelegd volgens de in beide wetten opgenomen procedures. Wel wordt voorgesteld om een aantal processen te vereenvoudigen, zodat deze processen minder tijd kosten en er meer tijd ontstaat voor de zorg en om met elkaar in gesprek te gaan over wensen en voorkeuren bij de zorg.

Meer synergie tussen de Wvvgz, Wzd en Wfz

Veldpartijen hebben verzocht om met urgentie de uitvoerbaarheid van de Wvvgz en de Wzd te verbeteren, zeker waar het gaat om mensen die zorg nodig hebben die zich op het grensvlak van beide wetten bevindt. De uitvoerbaarheid kan daarbij aanzienlijk worden verbeterd door meer synergie tussen beide wetten aan te brengen, door problemen rond de overgang tussen de twee wetten op te lossen en meer eenheid van taal aan te brengen. Zo wordt in de Wvvgz tot nu toe gesproken van verplichte zorg en in de Wzd van onvrijwillige zorg. Met dit voorstel wordt het gebruik van de overkoepelende term gedwongen zorg geïntroduceerd. De termen betrokkene (Wvvgz) en cliënt (Wzd) blijven gebruikt. De bedoeling is om daar waar het kan ook meer inhoudelijke samenhang tussen de wetten aan te brengen, zodat mensen niet tussen wal en schip vallen omdat hun situatie niet precies te vangen is binnen één van de wetten of dat een noodzakelijk tijdelijk verblijf voor behandeling in een andere instelling niet uitvoerbaar is. Het is van belang dat samenwerking tussen zorgverleners in geval van complexe casuïstiek bij de betrokkene en de cliënt wordt vergemakkelijkt en gestimuleerd.

Tot slot wordt de samenloop met de Wfz met dit wetsvoorstel verbeterd. De aangekondigde forensische variant van artikel 2.3 Wfz wordt nader uitgewerkt in een separaat wetsvoorstel van de minister van Justitie en Veiligheid.¹³

1.4. Leeswijzer

Het algemene deel van de memorie van toelichting is als volgt opgebouwd: hoofdstuk 1 bevat de doelstelling, de leidende principes, de aanleiding van het wetsvoorstel en de voorgeschiedenis van de wetten. Hoofdstuk 2 beslaat de inhoud van het wetsvoorstel op hoofdlijnen. Hoofdstuk 3 gaat in op de verhouding van het wetsvoorstel tot hoger recht en hoofdstuk 4 op de verhouding tot nationale regelgeving. Hoofdstuk 5 gaat in op de gevolgen van het wetsvoorstel en bevat een samenvatting van de gehouden rondetafelgesprekken over de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel. Hoofdstuk 6 gaat in op de uitvoering en hoofdstuk 7 betreft de toezicht- en

¹² M. Bovens, A.G. Keizer, *Doenvermogen: van toets naar tools*, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, september 2020.

¹³ Kamerstukken II, 2024-25, 33628-106.

handhaving door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (de inspectie). Hoofdstuk 8 bevat de financiële gevolgen, hoofdstuk 9 behandelt de (volgende) evaluatie en tot slot gaat hoofdstuk 10 in op de regeling in Caribisch Nederland.

2. Inhoud van het wetsvoorstel

2.1. Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

2.1.1. Doelstellingen

Zoals eerder gesteld, bepaalt de Grondwet dat ieder recht heeft op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer en op onaantastbaarheid van zijn lichaam. Enkel in uitzonderlijke situaties kan dit recht ingeperkt worden, namelijk als gedrag dat voortkomt uit een psychische stoornis kan leiden tot ernstig nadeel voor betrokkene of anderen, en gedwongen geestelijke gezondheidszorg (ggz) het enige middel is om dat ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Als iemand zich tegen zorg verzet, biedt de Wvggz de wettelijke basis om deze zorg toch te kunnen verlenen, mits aan alle wettelijke vereisten wordt voldaan, zoals proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit. Vanwege de mogelijk verstrekende gevolgen voor betrokkenen is het van groot belang dat er zorgvuldige procedures worden gehanteerd. Tegelijk blijkt uit de wetsevaluatie dat de wet complex is en lastig uitvoerbaar. Tijd die zorgverleners moeten besteden aan procedures gaat ten koste van de tijd die aan betrokkene kan worden besteed. Daarom is het goed om terug te gaan naar de kern van de wet en de wet te herijken aan de hand van de oorspronkelijke doelstellingen van de wet.

In 2010 is het oorspronkelijke wetsvoorstel ingediend en zijn de doelstellingen geschetst die de kern vormen van deze wet.¹⁴ In de eerste jaren na de inwerkingtreding zijn deze doelstellingen onvoldoende bereikt, zo concludeert de evaluatiecommissie. Met dit wetsvoorstel wil de regering ruimte scheppen om beter naar de geest van de wet te kunnen handelen.

Het eerste en belangrijkste doel was en is om de rechtspositie te versterken van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend. De Wvggz is een rechtsbeschermingswet en dit uitgangspunt moet voorop staan. De Wvggz regelt in het kader van rechtsbescherming een zorgvuldige voorbereiding van de beslissingen tot gedwongen zorg. Denk hierbij aan de rechterlijke toets bij gedwongen zorg, de eis van een onafhankelijke medische verklaring, bijstand door een advocaat en het klachtrecht. Deze procedures zijn vastgelegd in de wet, net als de rechten van betrokkene op informatie en een vertrouwenspersoon. Maar volgens veldpartijen is gebleken dat door alle ingebouwde checks and balances deze zorgvuldige procedure in de praktijk soms wordt gereduceerd tot een "afvinklijstje". Ook leidt de hoeveelheid informatie die betrokkene krijgt bij elke beslissing niet altijd tot beter begrip bij betrokkene en bijgevolg mogelijk ook niet altijd tot een betere uitoefening van zijn rechten. Er is meer ruimte voor maatwerk nodig in de procedures en bij de informatievoorziening om de rechtspositie te versterken. Dat is dan ook de kern van onderhavig wetsvoorstel.

In de tweede plaats is het doel van de Wvggz om dwang zoveel mogelijk te voorkomen en indien noodzakelijk, tot het minimum te beperken: gedwongen zorg is het ultimum remedium. In de wet komt dit terug bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van de crisismaatregel, de voortzetting hiervan en de zorgmachtiging. Verplichte evaluatiemomenten van de gedwongen zorg en de inzet van eigen regie-instrumenten moeten ertoe leiden dat de duur van die zorg tot een minimum wordt beperkt. Ook hierin is meer maatwerk nodig om ervoor te zorgen dat de eigen regie-instrumenten op de juiste momenten worden ingezet. Verder is het aan de praktijk om een nadere invulling te geven aan het voorkomen of afbouwen van dwang.

Het derde oorspronkelijke doel van de wet is het verhogen van de kwaliteit van de gedwongen zorg. De Wvggz kent procedurele waarborgen, maar regelt niet de inhoud van die zorg; dat is aan de zorgprofessionals. De inhoud van de zorg moet voldoen aan de professionele standaarden. De wet verplicht ertoe om gedwongen zorg op basis van een multidisciplinaire richtlijn te verlenen. De

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) werkt momenteel aan de aanscherping van de zorgstandaard assertieve en verplichte zorg. Met het onderhavige wetsvoorstel wijzigt dit procedureel kader niet.

In de vierde plaats is een integrale benadering van zorg op maat en samenwerking over de domeinen heen een belangrijk doel. Het wederkerigheidsbeginsel houdt in dat het verlenen van gedwongen zorg ook de verplichting met zich meebrengt om na te gaan wat nodig is aan essentiële voorwaarden om op een later moment weer aan het maatschappelijk leven deel te kunnen nemen zonder gedwongen zorg. Aan dat beginsel zal herhaaldelijk, maar in elk geval voor beëindiging van gedwongen zorg aandacht moeten worden geschonken. Ook het uitgangspunt van een zorgmachtiging op maat past bij deze doelstelling. Verlening van gedwongen zorg is niet meer afhankelijk van gedwongen opname en de geoorloofdheid wordt per individu per zorgvorm bepaald. Met onderhavig wetsvoorstel wordt meer maatwerk mogelijk gemaakt binnen de procedures van de Wvvgz, en worden regels gesteld om een betere borging van de essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven te bewerkstelligen.

Door de oorspronkelijke doelstellingen van de Wvvgz te herijken met inachtneming van de uitgangspunten die in de beleidsreactie zijn geschetst, wil de regering duidelijkheid scheppen waar nodig en ruimte maken voor maatwerk waar mogelijk.

2.1.2. Eigen regie

De Wvvgz bevat de procedures om te komen tot gedwongen zorg voor mensen die tijdelijk de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt. Gedwongen zorg betekent dat betrokkene zorg moet accepteren en daardoor tijdelijk een stuk van zijn autonomie verliest. Hier dient niet lichtvaardig mee te worden omgegaan. De Wvvgz-procedures kennen om deze reden verschillende eigen regie-instrumenten om mensen de kans te geven de eigen regie te herwinnen of in elk geval de autonomie zoveel mogelijk te respecteren en te behouden, ondanks dat sprake is van gedwongen zorg.

De eigen regie-instrumenten die zijn vastgelegd in de Wvvgz zijn het plan van aanpak, de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring. De instrumenten zijn ten eerste bedoeld om waar het kan gedwongen zorg te voorkomen. Uit de doenvermogenstoets blijkt een behoefte om eerder dan nu het geval is te beginnen met het vastleggen van wensen en voorkeuren van betrokkene, zodat als dwang niet meer te voorkomen is, met die wensen en voorkeuren rekening kan worden gehouden. Daarnaast blijkt uit de wetsevaluatie dat een zorgmachtiging soms wordt aangevraagd zonder dat uiteindelijk de daarin vastgelegde gedwongen zorg wordt toegepast. Daar kunnen meer verklaringen voor zijn, bijvoorbeeld dat de zorgmachtiging als voorwaardelijk zorgmachtiging (stok achter de deur) is ingericht, of dat verzet niet als zodanig is herkend, en daardoor er ten onrechte geen aanzegging en toepassing van gedwongen zorg heeft plaatsgevonden. Wat daar ook van zij, uit een verdiepingsonderzoek naar de uitvoering van de Wvvgz blijkt in elk geval dat sommige betrokkenen de afgifte van de zorgmachtiging op zichzelf als bijna even belastend ervaren als de daadwerkelijke toepassing van gedwongen zorg. In die gevallen kunnen eigen regie-instrumenten mogelijk een rol spelen bij het voorkomen van de aanvraag van een zorgmachtiging bij de groep mensen die zich niet evident verzet en waarbij nog gesprekken kunnen worden gevoerd over vrijwillige zorg.¹⁵ Verder dienen de eigen regie-instrumenten om zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen en voorkeuren van mensen voorafgaand aan, in de voorbereiding van en bij de uitvoering van gedwongen zorg. Uiteindelijk dient zo snel mogelijk te worden toegewerkt naar een zo vrijwillig mogelijk vorm van zorgverlening, waardoor mensen zo veel mogelijk hun autonomie terugkrijgen.

¹⁵ E. Plomp, J. Legemaate, *Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvvgz: goede voorbeelden uit de praktijk*, Den Haag: ZonMw, maart 2024, p. 419-420.

De eigen regie-instrumenten in de Wvggz worden sinds de inwerkingtreding van de Wvggz beperkt gebruikt¹⁶, terwijl het geven van ruimte aan eigen regie als zeer belangrijk wordt ervaren door alle betrokken partijen bij de Wvggz.¹⁷ Uit de wetsevaluatie volgt dat meer behoefte is om vanuit principes te werken in plaats van gedetailleerde regels: waar het kan moet maatwerk worden geboden, zowel ten aanzien van het moment dat aandacht wordt gegeven aan de eigen regie, als de vorm die hiervoor wordt gebruikt. Het uitgangspunt is dat betrokkenen gelijkwaardige gesprekspartners zijn en dat zij in een vroeg stadium betrokken worden wanneer besluiten worden genomen over gedwongen zorg. In de huidige wet zijn de eigen regie-instrumenten vervlochten in de voorbereidingsprocedure voor een zorgmachtiging. Dit betekent dat er tijdsdruk is om in deze vier weken aan alle formele stappen te voldoen. In de wetsevaluatie wordt aanbevolen om kritisch te kijken naar deze periode. Daarnaast volgt uit de wetsevaluatie dat juist als men al is overgegaan tot de aanvraag van een zorgmachtiging het succesvol opstellen van een plan van aanpak lastig of zelfs niet meer mogelijk is voor betrokkene. De timing is daarbij niet goed en het doel, het voorkomen van gedwongen zorg, wordt niet altijd gehaald. Daardoor komt het recht om ruimte te krijgen voor eigen regie onvoldoende uit de verf. Het bieden van ruimte voor eigen regie moet niet beperkt zijn tot een wettelijk voorgeschreven procedurestap, maar zou onderdeel moeten zijn van de behandeling, in elk geval op momenten in procedures waarin die eigen regie-instrumenten van belang kunnen zijn of wanneer betrokkene daar om vraagt. Naast dit principe van maatwerk, wordt ook een aantal wetswijzigingen voorgesteld zodat de instrumenten beter kunnen worden ingezet. Hier gaat het om de procedure voor de zorgmachtiging op basis van de zelfbindingsverklaring en de tijdelijke gedwongen zorg die voorafgaand aan de afgifte van die zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring kan worden verleend (hoofdstuk 4, paragrafen 2 en 3) en de herpositionering van het plan van aanpak bij beëindiging van gedwongen zorg (hoofdstuk 8, paragraaf 5b).

Maatwerk

Met dit wetsvoorstel wordt het uitgangspunt dat de aandacht voor de eigen regie deel moet uitmaken van het gehele behandeltraject kracht bijgezet. Weliswaar worden specifieke momenten aangewezen waarop deze instrumenten onder de aandacht moeten worden gebracht, maar voor de daadwerkelijke inzet is ruimte voor maatwerk. Dit betekent dat behandelaren alert zijn op wat een goed moment is om voor te stellen een eigen regie-instrument in te zetten en dat er voortdurend communicatie hierover is met de betrokkene. De betrokkene kan hierdoor op een eigen gekozen moment werken aan een plan van aanpak of zorgkaart en deze bespreken met de behandelaar. Deze aanpassingen worden voorgesteld omdat uit de ervaringen van de afgelopen jaren blijkt dat mensen op verschillende momenten en wijzen behoefte hebben om te werken aan hun eigen wensen en voorkeuren bij de toepassing van gedwongen zorg en daar ook verschillende vormen van ondersteuning bij willen hebben. Maatwerk moet ook mogelijk zijn, juist in het belang van de rechtsbescherming van een betrokkene.

Kortom, dit wetsvoorstel heeft tot doel de instrumenten beter te positioneren en daarmee een betere rechtsbescherming te bieden. Daarnaast is het goed om te benoemen dat er ook andere instrumenten zijn, zoals het crisissignaleringsplan of de hulpkaart, die in verschillende fases een belangrijke rol kunnen spelen. Mochten dergelijke andere instrumenten worden ingezet, dan kunnen afschriften daarvan als bijlage bij de zorgkaart worden gevoegd, zodat de wensen en voorkeuren van betrokkene in samenhang kunnen worden gezien.

Zorgkaart

Bij het opstellen van een zorgplan ten behoeve van een zorgmachtiging moet de zorgverantwoordelijke de betrokkene in staat stellen een zorgkaart op te stellen. Dit blijft met dit wetsvoorstel hetzelfde, ondanks de aanbeveling om in de Wvggz één instrument te benoemen om

¹⁶ In de ketenmonitor Wvggz 2022 is te zien dat het gebruik van de eigen regie-instrumenten laag is. Het plan van aanpak is in 2022 bijvoorbeeld bij 856 van de 15.239 afgegeven zorgmachtigingen ingezet. <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz/ketenmonitor-wvggz>

¹⁷ J. Legemaate et al., *Evaluatie wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – doeltreffendheid en (neven)effecten*, Den Haag: ZonMw, oktober 2022, eindrapport, p. 61.

de wensen en voorkeuren te inventariseren. Ervaringsdeskundigen gaven aan waarde te hechten aan de zorgkaart als eigen instrument van betrokkene (al dan niet opgesteld met hulp van de zorgverantwoordelijke, naaste of een patiëntenvertrouwenspersoon).

Ook als iemand op dit moment niet in staat is om een zorgkaart op te stellen, is het de bedoeling om wilsuitingen te inventariseren en als bijlage te voegen bij de zorgkaart. Dit kunnen ook eerdere wilsuitingen zijn, zoals een eerder opgesteld plan van aanpak of zelfbindingsverklaring. Een goede zorgkaart helpt zowel zorgverleners als de rechter om zoveel mogelijk te luisteren naar wensen en voorkeuren van betrokkene.

Dat de zorgkaart een verplicht document is bij de voorbereidingsprocedure laat onverlet dat de zorgkaart en eventuele andere schriftelijke wilsuitingen die als bijlage bij de zorgkaart zijn gevoegd, ook op andere momenten van belang kunnen zijn. Immers is één van de algemene uitgangspunten van gedwongen zorg dat wensen en voorkeuren van betrokkene waar mogelijk worden gehonoreerd. Voorgesteld wordt om niet alleen in het zorgplan vast te leggen met welke frequentie het zorgplan wordt geëvalueerd en geactualiseerd, maar ook de zorgkaart daarin mee te nemen. Daarnaast kan betrokkene op elk moment vragen om zijn zorgplan en zorgkaart te evalueren en actualiseren.

Plan van aanpak

Het plan van aanpak is een eigen regie-instrument waarmee betrokkene zelf met zijn familie of naasten een plan maakt waarmee gedwongen zorg kan worden voorkomen. Zoveel als mogelijk wordt hiermee zorg op basis van vrijwilligheid bevorderd. In het plan van aanpak kunnen bijvoorbeeld de vormen van zorg worden opgenomen die betrokkene *wel* wil ontvangen of essentiële voorwaarden die nodig zijn voor deelname aan het maatschappelijk leven. In de huidige procedure is het plan van aanpak verweven met de voorbereiding op het verzoek tot een zorgmachtiging. De voorbereiding kan twee weken worden geschorst om betrokkene tijd te geven een plan van aanpak op te stellen. Deze termijn zorgt voor tijdsdruk: als het plan van aanpak niet op tijd af is, kan het niet in de voorbereiding worden gebruikt.

In dit wetsvoorstel wordt dan ook voorgesteld het plan van aanpak uit de voorbereidingsprocedure voor de zorgmachtiging te halen. Uit praktijkonderzoek blijkt dat het beste ruimte kan worden geboden aan eigen regie op een zo wilsbekwaam mogelijk moment, bij voorkeur op het moment dat een betrokkene nog niet in crisis is of zich nog niet verzet tegen de zorg.¹⁸ Om aan deze bevinding recht te doen, wordt voorgesteld de wet zodanig aan te passen dat het plan van aanpak niet langer beperkt is tot de aanvraag voor de voorbereiding van een zorgmachtiging, maar op elk moment kan worden opgesteld. Het is aan de praktijk om hier invulling aan te geven. Wel introduceert dit wetsvoorstel een vergewisplicht voor de geneesheer-directeur aan het begin van de voorbereidingsprocedure dat alle mogelijkheden van een plan van aanpak zijn doorlopen, dat wil zeggen alle mogelijkheden tot vrijwillige zorg zijn uitgeput. Ook als het plan van aanpak de voorbereiding van een zorgmachtiging niet kan voorkomen, kan het als een schriftelijke wilsuiting dienen waar de geneesheer-directeur rekening mee kan houden.

Daarnaast wordt de mogelijkheid om een plan van aanpak bij beëindiging van gedwongen zorg op te stellen of aan te passen toegevoegd, omdat het middel zo gebruikt kan worden om de gedwongen zorg te evalueren en vooruit te blikken hoe gedwongen zorg in de toekomst kan worden voorkomen. Dit sluit bovendien aan op de bepaling dat de geneesheer-directeur de gemeente bij beëindiging van gedwongen zorg informeert als er essentiële voorwaarden ontbreken voor deelname aan het maatschappelijk leven.

Zelfbindingsverklaring

Met de zelfbindingsverklaring kan betrokkene vooraf aangeven welke gedwongen zorg in het uiterste geval en onder door hem omschreven omstandigheden aan hem kan worden verleend. Op een wilsbekwaam moment wordt het gesprek gevoerd over de wensen van betrokkene in het geval

¹⁸ E. Plomp, J. Legemaate, *Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvvggz: goede voorbeelden uit de praktijk*, Den Haag: ZonMw, p. 27.

dat gedwongen zorg onvermijdelijk wordt. Zo kan worden geanticipeerd op mogelijke (crisis)situaties in de toekomst. Indien een dergelijke situatie ontstaat en is voldaan aan de vereisten die zijn vastgelegd in de zelfbindingsverklaring, dan kan via een versnelde procedure een zorgmachtiging op basis van de zelfbindingsverklaring worden aangevraagd. De rechter toetst of de criteria voor gedwongen zorg en de omstandigheden die zijn vastgelegd in de zelfbindingsverklaring zich voordoen, en of de vastgelegde gedwongen zorgvormen het ernstig nadeel kunnen wegnemen. Als dat zo is, dan heeft betrokkene feitelijk in goeden doen zijn eigen versneld afgegeven zorgmachtiging vormgegeven, en kan bovendien de afgifte van een crisismaatregel worden voorkomen. In de huidige wet staat de procedure die dient te worden gevolgd bij een aanvraag van een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring echter niet volledig uitgeschreven. Deze onduidelijkheid leidt ertoe dat in de praktijk weinig gebruik wordt gemaakt van de zelfbindingsverklaring en zekerheidshalve een reguliere zorgmachtiging of crisismaatregel wordt aangevraagd. Daarnaast duurt in de praktijk de aanvraag van de zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring te lang op basis van de huidige wet en moet soms alsnog een crisismaatregel worden aangevraagd. Dat is nu juist de situatie die de betrokkene wil voorkomen met de zelfbindingsverklaring.

Vanuit de praktijk bestaat daarom de wens om de procedure van de zelfbindingsverklaring te verduidelijken, zodat hier meer gebruik van kan worden gemaakt. In het onderhavige wetsvoorstel wordt deze versnelde zorgmachtigingsprocedure uitgeschreven, waarbij zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de huidige zorgmachtigingsprocedure. In aansluiting op het voorgaande wordt tevens voorgesteld om op basis van de zelfbindingsverklaring tijdelijke gedwongen zorg mogelijk te maken. De situatie kan zich voordoen dat de uitspraak van de rechter over de zorgmachtiging op grond van de zelfbindingsverklaring niet meer kan worden afgewacht vanwege het ernstige nadeel dat dreigt of reeds bestaat. Het voorstel is daarom om tijdelijke gedwongen zorg mogelijk te maken tussen het moment dat het verzoekschrift voor een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring is ingediend en afgifte van die zorgmachtiging (de rechter doet binnen drie werkdagen uitspraak). Alleen de vormen van gedwongen zorg die op basis van de zelfbindingsverklaring in het verzoekschrift zijn opgenomen mogen als tijdelijke gedwongen zorg worden verleend.

2.1.3. Informatievoorziening

Voor de rechtsbescherming van personen die gedwongen zorg ondergaan is het essentieel dat de informatie hierover begrijpelijk is, dat zij weten wat hun rechten zijn en dat zorgverleners weten wat van hen wordt verwacht. De Wvrgz schrijft voor op welke momenten betrokkenen die met gedwongen zorg te maken krijgen dienen te worden geïnformeerd. Dit is van groot belang zodat iemand weet waar hij aan toe is. Betrokkenen dienen te kunnen (terug)lezen welke procedures zijn gestart en van welke klachtprocedures zij gebruik kunnen maken. Door de informatie schriftelijk te verstrekken, kunnen zij deze naar eigen inzicht delen met vertrouwenspersonen, familieleden en andere personen die hen kunnen bijstaan.

In de praktijk zorgt de huidige vormgeving van de schriftelijke informatie echter voor knelpunten. Zo bleek onder andere tijdens de gesprekken over de doenvermogenstoets dat ervaringsdeskundigen de schriftelijke informatie als veel en ingewikkeld kunnen ervaren. Ook geven sommige ervaringsdeskundigen aan op het moment van informeren soms niet gebaat te zijn bij deze informatie of dat dit zelfs onregelend kan werken. Zij hadden liever mondeling of op een rustiger moment geïnformeerd willen worden. Andere ervaringsdeskundigen geven aan juist wel alle informatie schriftelijk te willen ontvangen, omdat zij precies op de hoogte willen zijn over wat er gebeurt en welke (juridische) betekenis dit heeft. Er bestaan dus verschillende behoeften op het gebied van informatievoorziening. De uitkomsten van de doenvermogenstoets onderstrepen dit: er is geen eenduidig beeld over hoe betrokkenen willen worden geïnformeerd, maar duidelijk is dat het belangrijk wordt gevonden dat informatie daadwerkelijk door betrokkenen wordt begrepen. De oplossing kan gevonden worden in maatwerk. Op dit moment biedt de wet geen ruimte om betrokkene op een passend moment van informatie te voorzien. Ook leidt strikte opvolging van

informatieverplichtingen op grond van de wet tot herhaling, met name wanneer sprake is van opeenvolgende crisismaatregelen en zorgmachtigingen.

In dit wetsvoorstel wordt de frequentie en wijze van informeren geflexibiliseerd: op de zorgaanbieder rust een resultaatsverplichting om betrokkene goed te informeren over de sleutelfiguren die verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening, vertrouwenspersonen, huisregels, de klachtregeling, richtlijnen en zijn rechten en plichten. Hoe vaak de zorgaanbieder betrokkene in de praktijk zal moeten informeren over bijvoorbeeld huisregels kan hij laten afhangen van de vindbaarheid en de veranderlijkheid van die huisregels. De zorgverlener kan dus de afweging maken of iemand passend en voldoende is geïnformeerd of dat opnieuw informeren zinvol is, mede afhankelijk van de persoonskenmerken of voorkeuren van betrokkene.

Dat neemt niet weg dat op momenten die belangrijk zijn voor zijn rechtspositie nog steeds een brief moet worden gestuurd aan betrokkene, maar rondom deze momenten krijgt de zorgverlener meer vrijheid om op een begrijpelijke wijze en op een geschikt moment betrokkene te informeren. Het doel van de aanpassing is om de betrokkenen te informeren op een moment waarop de informatie het beste kan doordringen tot de betrokkene. Stel dat iemand moet worden ingesloten vanwege een psychose: dan heeft het weinig zin om betrokkene een brief onder de deur door te schuiven over klachtwaardigheid en het recht op een patiëntenvertrouwenspersoon. Een paar dagen later kan deze brief bij een evaluatiegesprek of omdat de patiëntenvertrouwenspersoon langskomt bij de separeer wel goed aankomen.

Het uitgangspunt is dat de manier van informeren op betrokkene is afgestemd, zodat de informatieverstrekking zo effectief mogelijk is. Betrokkenen kunnen bijvoorbeeld herhaaldelijk mondeling worden geïnformeerd met een schriftelijke bevestiging per brief of in het patiëntendossier als sluitstuk. Ook andere manieren van communicatie zijn denkbaar, zoals digitale applicaties, informatieve illustraties en folders. De brieven blijven evenwel belangrijk als sluitstuk van de communicatie met betrokkenen, nu de correspondentie vanuit het oogpunt van rechtsbescherming essentieel is. Op basis hiervan kan immers worden geverifieerd of de betrokkene is geïnformeerd, de klachtenprocedures en rechtsmiddelen worden hierin correct uitgelegd en de betrokkene kan te allen tijde de brief herlezen.

2.1.4. Patiënten- en familievertrouwenspersoon

De patiënten- en familievertrouwenspersoon leveren een wezenlijke bijdrage aan de bescherming van de rechten van betrokkenen en de familie en naasten van betrokkenen, die vaak een belangrijke rol spelen in de continuïteit van zorg. Daar wordt echter nog niet altijd gebruik van gemaakt door betrokkenen. De rol van de vertrouwenspersonen is reeds vastgelegd in de Wvvgg. Het onderhavige wetsvoorstel beoogt die rol te versterken. Zo maakt dit wetsvoorstel het mogelijk dat de vertrouwenspersonen zonder voorafgaande toestemming de contactgegevens van betrokkenen ontvangen om het eerste contact te leggen met betrokkenen voor wie een zorgmachtiging wordt voorbereid, en worden de taken en verantwoordelijkheden van de vertrouwenspersoon verduidelijkt.

Informeren over vertrouwenspersonen

In de wetsevaluatie wordt het belang van betrokkenheid van de vertrouwenspersonen onderschreven.¹⁹ Het gaat om een kwetsbare groep betrokkenen en naasten die zich in een moeilijke situatie kunnen bevinden. Een vertrouwenspersoon kan hen bijstaan en informeren over juridische en praktische zaken. Waar een advocaat betrokkenen voornamelijk bijstaat ter zitting, staat de patiëntenvertrouwenspersoon hen bij op andere momenten. Betrokkenen kunnen bijvoorbeeld bij hen terecht voor bijstand in klachtenprocedures, de inzet van eigen regie-instrumenten en in de communicatie met hun behandelaren over medische wensen. De patiëntenvertrouwenspersoon is daarbij vaak aanwezig op de accommodaties, wat laagdrempelig

¹⁹ J. Legemaate et al., *Evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*, Den Haag: ZonMw, december 2021, p. 388 en 391.

contact mogelijk maakt. Zij vormen daarom een belangrijke schakel in de rechtsbescherming van betrokkenen.

In de praktijk blijkt dat betrokkenen en naasten vaak pas in aanraking komen met een vertrouwenspersoon als de crisismaatregel of zorgmachtiging reeds is verleend. Gebleken is dat slechts bij 6% van de in voorbereiding genomen verzoekschriften voor een zorgmachtiging toestemming wordt verleend voor gegevensdeling met de patiëntenvertrouwenspersoon. In de praktijk maakt het toestemmingsvereiste vanwege de situatie waar betrokkene in zit op het moment dat een zorgmachtiging wordt voorbereid de drempel om met de patiëntenvertrouwenspersoon in contact te komen hoog.²⁰ Vaak is tevens sprake van wantrouwen van de betrokkene jegens de zorgverlener, waardoor toestemming tot het verstrekken van persoonsgegevens niet snel wordt gegeven. Ervaringsdeskundigen geven aan dat zij achteraf gezien graag eerder in de voorbereidingsprocedure zouden zijn ondersteund.²¹ Het moment dat wordt overgegaan tot de voorbereiding van gedwongen zorg is vaak niet het moment dat een betrokkene ontvankelijk is voor informatie over de rol en beschikbaarheid van de vertrouwenspersonen of nut en noodzaak hiervan voldoende kan inzien.

In lijn met de aanbeveling uit de wetsevaluatie en het brede verzoek uit het veld wordt voorgesteld om het eerste contactmoment te laten initiëren door de patiëntenvertrouwenspersoon, zonder dat daaraan voorafgaand toestemming moet worden gegeven door de betrokkene. Doordat de patiëntenvertrouwenspersoon zelf contact kan opnemen, verneemt de betrokkene uit eerste hand wat het ontvangen van informatie, advies en bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon inhoudt. Ook kan daarmee een eerste stap worden gezet richting een vertrouwensband. Daarbij kan de patiëntenvertrouwenspersoon zo in een eerder stadium bijstand bieden: juist in het voorstadium van gedwongen zorg kan een patiëntenvertrouwenspersoon het verschil maken. De patiëntenvertrouwenspersoon kan betrokkene bijvoorbeeld helpen bij het begrijpen van ontvangen informatie, de communicatie met zorgverleners en het opstellen van een zorgkaart of het zorgplan.

Voorgesteld wordt, met het oog op beperking van de inbreuk op de privacy van betrokkenen, om de minimaal benodigde gegevens te verstrekken aan de Stichting PVP om het eerste contact mogelijk te maken: enkel de naam en contactgegevens (telefoonnummer, adres) van betrokkenen worden gedeeld. Deze worden verstrekt tijdens de voorbereiding voor een zorgmachtiging. Op het moment dat betrokkene te kennen geeft geen behoefte te hebben aan de dienstverlening van de patiëntenvertrouwenspersoon, zal de patiëntenvertrouwenspersoon de naam en contactgegevens vernietigen. Mocht iemand zich achteraf bedenken, dan kan diegene uiteraard alsnog vragen om een patiëntenvertrouwenspersoon.

Op dit punt wijkt de Wvvgz af van de Wzd. Dit vloeit voort uit de verschillen tussen de doelgroepen van beide wetten. Cliënten die gedwongen zorg ondergaan op basis van de Wzd zijn vaak al langer bekend in de zorg en kennen vaker een langduriger en meer gestaag verloop van vrijwillige zorg naar gedwongen zorg, waarbij ook vaker sprake zal zijn van een wettelijk vertegenwoordiger. De knelpunten die in de evaluatie zijn gesignaleerd in het kader van de Wvvgz en de inzet van de patiëntenvertrouwenspersoon verschillen van de knelpunten bij de Wzd.

Informereren van naasten

Ook familie en naasten van betrokkenen hebben in de gesprekken over dit voorstel aangegeven dat zij achteraf eerder ondersteuning van een familievertrouwenspersoon hadden gewild. Een van de uitgangspunten van de wet is dat de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten zoveel mogelijk bij de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van gedwongen zorg worden betrokken. Op grond van de huidige wet is dit uitgangspunt onder meer geconcretiseerd in de eis dat de zorgverantwoordelijke de naasten moet betrekken bij het opstellen van het zorgplan, maar het is niet verplicht actief te wijzen op de mogelijkheid tot ondersteuning van een

²⁰ Ketenmonitor 2022, p. 40. <https://www.dwangindezorg.nl/wvvgz/ketenmonitor-wvvgz>.

²¹ J. Legemaate et al., *Evaluatie wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – doeltreffendheid en (neven)effecten*, Den Haag: ZonMw, oktober 2022, p. 58.

familievertrouwenspersoon. Daarom wordt conform de aanbevelingen uit de wetsevaluatie een wijziging voorgesteld die de zorgverantwoordelijke verplicht om de naasten te informeren over de familievertrouwenspersoon.

Taken vertrouwenspersonen

De taken van de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon zijn in de wet vastgelegd. In het wijzigingsvoorstel blijven deze taken gehandhaafd. Op een enkel punt worden de taken in de wet verduidelijkt.

Zowel de patiëntenvertrouwenspersoon als de familievertrouwenspersoon heeft op grond van de huidige wet een taak bij het voorbereiden van de zorgmachtiging. Voor het plan van aanpak is dat niet expliciet geregeld en de betrokkene kan zelf bepalen of hij hulp wil bij het opstellen van het plan van aanpak, en van wie. Dit kan bijvoorbeeld een naaste, de zorgverantwoordelijke of een ervaringsdeskundige zijn. Uit de wetsevaluatie blijkt dat veel betrokkenen het moeilijk vinden om een plan van aanpak te schrijven. Zij missen daarbij soms hulp van een derde.²² Daarom wordt voorgesteld om vast te leggen dat de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon ook een taak hebben bij de totstandkoming van het plan van aanpak. Met de voorgestelde wijziging wordt het ondersteunen bij het plan van aanpak expliciet onderdeel van het takenpakket van de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon. Bij de beëindiging van gedwongen zorg kan een plan van aanpak worden opgesteld of bijgesteld. De vertrouwenspersonen kunnen hierbij helpen en de geneesheer-directeur kan het plan van aanpak meenemen in de beslissing tot beëindiging van gedwongen zorg en welke voorwaarden eventueel daarvoor gelden. Ook kunnen de vertrouwenspersonen samen met de betrokkene vooruitblikken op wat beter kan in het geval dat nogmaals gedwongen zorg nodig is.

Ook de bijstand aan naasten van mensen die vrijwillig opgenomen zijn in een Wvggz-accommodatie zal volgens de voorgestelde wijzigingen gaan behoren tot de wettelijke taken van de familievertrouwenspersoon. Zo wordt voorgesteld de ondersteuning door de familievertrouwenspersoon van naasten van zowel vrijwillig als gedwongen opgenomen personen hetzelfde te regelen. Daarbij zullen de taken van de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon zoveel mogelijk worden geharmoniseerd, wat zorgt voor meer duidelijkheid voor alle betrokkenen, hun familie en naasten.

2.1.5. Klachtrecht

De mogelijkheid voor betrokkenen om een klacht in te dienen, vormt een belangrijke pijler voor hun rechtsbescherming. Op grond van de huidige wet is het verplicht om de uitspraken van klachtencommissies te publiceren, maar de klachtencommissies zijn niet verplicht om de uitspraken te publiceren op een centrale plaats. Voor uitspraken op basis van de Wvggz gebeurt dit gedeeltelijk. In de wetsevaluatie is aanbevolen om in de wet te bepalen dat de klachtuitspraken worden gepubliceerd op een centraal punt, zodat deze goed vindbaar zijn voor eenieder. Dit wetsvoorstel voorziet in een grondslag om dit nader te regelen. Het uitgangspunt is om aan te sluiten bij het aangekondigde wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ten aanzien van de centrale publicatie van uitspraken van geschilleninstanties.²³

2.1.6. Procedures

Uit de wetsevaluatie blijkt dat de procedures in de huidige wet zorgen voor een te grote regeldruk voor zorgverleners, wat de rechtsbescherming en zorgverlening niet ten goede komt. Met dit wetsvoorstel wordt beoogd de procedures te vereenvoudigen en procedurele eisen in te perken en waar mogelijk een beweging maken van regels naar principes. De procedures omtrent het eigen plan van aanpak en de zelfbindingsverklaring zijn reeds behandeld in paragraaf 2.3.2., hieronder wordt daarom enkel ingegaan op de wijzigingen van de procedures ten aanzien van de zorgtitels:

²² J. Legemaate et al., *Evaluatie wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – doeltreffendheid en (neven)effecten*, Den Haag: ZonMw, oktober 2022, p. 57 en 58.

²³ Kamerstukken I, 2023-2024, 32402, nr. 81.

de zorgmachtiging en de (machtiging tot voortzetting van de) crisismaatregel. Voor de zorgmachtiging geldt dat de wijzigingen vooral zien op het verminderen van de administratieve lasten. De crisismaatregel verandert verdergaand om een gezamenlijke crisismaatregel tot stand te brengen voor Wvggz en Wzd. Dit met als doel om te voorkomen dat mensen met een zorgvraag op het grensvlak van beide wetten pas na stapeling van (voortgezette) crisismaatregelen en (voortgezette) inbewaringstellingen in het juiste regime kunnen instromen en de juiste zorg kunnen ontvangen.

Brieven

Voor de procedure omtrent de zorgmachtiging is de hoeveelheid brieven die aan betrokkenen wordt gestuurd onder de loep genomen, net als de momenten waarop de brieven worden gestuurd. Met dit wetsvoorstel wordt de correspondentie die onvoldoende bijdraagt aan de rechtsbescherming geschrapt. Een voorbeeld daarvan is de correspondentie die op grond van de huidige wet verplicht is wanneer een betrokkene van zorgverantwoordelijke verandert. Vaak is dat in de praktijk niet een verplaatsing maar een (soms zelfs tijdelijke) personeelwisseling, of hooguit een verplaatsing naar een andere afdeling binnen dezelfde zorginstelling. Ook sturen zorgverleners op basis van de huidige wet bij iedere nieuwe zorgtitel opnieuw het hele informatiepakket, ook wanneer de zorgtitels kort na elkaar ingaan en bijvoorbeeld de zorgverantwoordelijke en de huisregels niet veranderen. Dit is niet efficiënt en de veelheid aan stukken kan bij de betrokkene juist verwarring oproepen. Voorgesteld wordt om de wet ook hierop aan te passen.

Afschriften

Ook de correspondentie naar derden, zoals de rechtbank, de officier van justitie, de inspectie en de gemeenten kan op sommige plaatsen spaarzamer ingezet worden, zo stelt de wetsevaluatie, om beter aan te sluiten op de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de administratieve lasten te verlichten.²⁴ Met dit wetsvoorstel wordt hier invulling aan gegeven doordat de inspectie geen afschriften meer krijgt van de crisismaatregel of zorgmachtiging. Dit ook omdat deze veel persoonsgegevens bevatten en de inspectie andere middelen heeft voor haar toezicht op de kwaliteit van zorg.

Daarnaast moet op basis van de huidige wet een afschrift van de zorgtitel zijn overgelegd aan de betrokkene voordat de gedwongen zorg kan worden uitgevoerd. De rechter doet mondeling ter zitting uitspraak, maar het afschrift van de zorgtitel wordt vaak pas dagen later toegestuurd aan de zorgaanbieder. Dit betekent dat wanneer de wet strikt wordt toegepast, betrokkene verstoken zou blijven van passende zorg tot het afschrift binnen is, terwijl de uitspraak van de rechter reeds bekend en uitvoerbaar is. In de praktijk wordt dit vaak opgelost door ter zitting een formulier af te geven waarop de zorgtitel wordt aangetekend, zodat aan de wettelijke eis is voldaan en de zorg kan worden verleend. Met dit wetsvoorstel wordt de start van uitvoering van gedwongen zorg daarom niet langer afhankelijk gesteld van de ontvangst van een afschrift.

Crisismaatregel en hoorplicht burgemeester

In het licht van de vraag naar harmonisatie en meer inhoudelijke samenhang tussen de Wvggz en de Wzd, wordt voorgesteld een gezamenlijke crisismaatregel en een gezamenlijke machtiging tot voortzetting van die crisismaatregel in beide wetten op te nemen. De samenvoeging van de crisismaatregel op grond van de Wvggz en de inbewaringstelling op grond van de Wzd tot gezamenlijke crisismaatregel worden toegelicht vanaf paragraaf 2.4 van de algemene toelichting van dit wetsvoorstel.

In het kader van de gezamenlijke crisismaatregel is tevens van belang dat wordt voorgesteld om de hoorplicht van de burgemeester bij crisissituaties die nu expliciet is opgenomen in de Wvggz te schrappen, zoals in de wetsevaluatie wordt voorgesteld. Dat houdt in dat tevens de hoorplicht op basis van artikel 4:8 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) wordt uitgesloten. Het doel van de hoorplicht is een goede en zorgvuldige bestuurlijke voorbereiding van een besluit door de

²⁴ J. Legemaate et al., *Evaluatie wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – doeltreffendheid en (neven)effecten*, Den Haag: ZonMw, oktober 2022, p. 290, 321, 326.

burgemeester door een zo adequaat mogelijke feitenverzameling en een waarborg tegen vrijheidsontneming.²⁵ In de praktijk draagt de huidige hoorplicht niet bij aan dat doel. Uit de evaluatie blijkt namelijk dat het horen in crisis vaak als moeilijk en belastend voor de betrokkene wordt ervaren. Bijna de helft van de betrokkenen kan niet worden gehoord en voor de betrokkenen die wel worden gehoord geldt dat ook zij zich in een acute crisissituatie bevinden.²⁶ Dit betekent dat de betrokkene niet kan inzien dat er een situatie is waar ernstig nadeel uit voortvloeit. Als de betrokkene al aanspreekbaar is, is de betrokkene zo in de war dat hij of zij niet in staat is om te reflecteren op de huidige situatie. Als een betrokkene hiertoe wel in staat zou zijn, kan in overeenstemming met de zorgverlener tot een samenwerking worden gekomen waarbij geen gedwongen zorg nodig is en dus ook geen crisismaatregel hoeft te worden aangevraagd.^{27,28}

Het uitgangspunt van artikel 4:8 van de Awb is dat horen zinvol moet zijn. Dit betekent dat het moet bijdragen aan de kwaliteit van de besluitvorming. Als het horen geen nuttige informatie oplevert voor de besluitvorming kan het gezien worden als overbodig. Hierbij is van belang dat de informatie die de burgemeester aangereikt krijgt afdoende is om een besluit te nemen. In de praktijk wordt dus ernstig betwijfeld of het horen bijdraagt aan de kwaliteit van besluitvorming. Zoals hierboven is toegelicht, kan worden aangenomen dat iemand de situatie niet kan overzien en daarom ook worden betwijfeld of het horen gaat bijdragen aan de feitenverzameling die de burgemeester nodig heeft om een zorgvuldig besluit te kunnen nemen. De evaluatiecommissie is daarbij duidelijk in haar aanbeveling om geen hoorplicht voor de burgemeester op te nemen.²⁹ De vraag die dan van belang is, is of de burgemeester afdoende informatie heeft voor een zorgvuldige besluitvorming zonder de hoorplicht. In dat kader wordt erop gewezen dat in aanloop naar het opleggen van de crisismaatregel de betrokkene wordt gezien door een onafhankelijke psychiater om een medische verklaring op te stellen. Hierin wordt het ernstig nadeel beschreven, ingegaan op proportionaliteit, doelmatigheid en subsidiariteit en de actuele gezondheidstoestand. In dit gesprek wordt ook de mening van de betrokkene meegenomen. De burgemeester krijgt voor zijn besluitvorming op zijn verzoek ook een dossier met de zorghistorie voor zover relevant voor de beoordeling van het ernstig nadeel, om een weloverwogen besluit te kunnen nemen. Na het besluit van de burgemeester zal de betrokkene in de praktijk drie dagen later worden gehoord door de rechter in het geval van een verlenging van de crisismaatregel.

Verschillende respondenten gaven bij de evaluatiecommissie aan dat het wel van belang is om de stem van betrokkene zo mogelijk op andere momenten in het proces te borgen. Zoals hierboven in paragraaf 1.1. is aangegeven is de kern van voorliggend wetvoorstel om meer aandacht te geven aan de eigen regie-instrumenten en het blijvend inventariseren van wensen en voorkeuren. Het inventariseren van wensen en voorkeuren dient bij voorkeur te gebeuren als de betrokkene aanspreekbaar en wilsbekwaam is, maar is dat niet het geval, dan kunnen wensen en voorkeuren ook blijken uit de zorgkaart en bijlagen, of, als iemand herhaaldelijk in aanraking is geweest met gedwongen zorg, uit het dossier. Zie de toelichting over de eigen regie-instrumenten bij paragraaf 2.1.2. Daarnaast zal een betrokkene direct een advocaat toegewezen krijgen en zal de patiëntenvertrouwenspersoon contact opnemen met de betrokkene in de voorbereiding van een crisismaatregel indien betrokkene dit wil, zodat deze informatie kan verstrekken en advies en bijstand kan verlenen in alle fases van gedwongen zorgverlening en ten aanzien van alle rechtsmiddelen en eigen regie-instrumenten die tot zijn beschikking staan. Dit is van belang voor de rechtspositie van de betrokkene.

²⁵ Aardema, F.M.D., "De hoorplicht van de artikelen 4:7 en 4:8 Awb: een wettelijke inkleuring van de zorgvuldigheidsnorm in fletse tinten?", *Jurisprudentie Bestuursrecht plus*, 2003/4, p. 50 en p. 200.

²⁶ Legemaate et al., *Evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*, Den Haag: ZonMw, december 2021, p. 73 en 127.

²⁷ Legemaate et al., *Evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*, Den Haag: ZonMw, december 2021, p. 182-183.

²⁸ Baidjnath-Panday et al., *De hoorplicht van burgemeesters – Een fundamenteel recht of een wassen neus?*, Rotterdam: Erasmus School of Law, 31 maart 2021, p. 32-33.

²⁹ Legemaate et al., *Evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*, Den Haag: ZonMw, december 2021 p. 386-387.

2.1.7. Rol gemeente

De gemeente heeft een centrale rol als startpunt voor mensen die mogelijk gedwongen zorg nodig hebben en ook bij afronding van gedwongen zorg en de terugkeer naar hun eigen leefomgeving. De algemene zorgtaak van de gemeente vloeit onder andere voort uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Participatiewet. Die taak wordt nog steviger verankerd met het bij koninklijke boodschap van 30 januari 2023 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning en enkele andere wetten met het oog op een integrale en gecoördineerde aanpak bij meervoudige problematiek en de daarvoor benodigde gegevensverwerking (Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein, Wams).³⁰ De gemeente regelt bemoeizorg voor mensen die zorg mijden, maar wel een veronderstelde zorgbehoefte hebben. Met de Wmo 2015, het meldpunt Wvggz en het daarop volgende verkennend onderzoek wordt de schakeling tussen bemoeizorg en gedwongen zorg geregeld. Daarnaast heeft de burgemeester op basis van de Wvggz en de Wzd een centrale rol bij de besluitvorming rondom crisissituaties waarbij gedwongen zorg is benodigd. Deze wettelijke rollen binnen het gemeentelijk domein worden in het wetsvoorstel Wvggz/Wzd op een aantal punten aangepast of versterkt.

Onder de huidige wet bestaat de mogelijkheid voor contact met de gemeente gedurende de voorbereiding van een zorgmachtiging en bij vroegtijdige beëindiging van de zorg. Uit de Uitvoerbaarheidstoets decentrale overheden (UDO) blijkt dat gemeenten het belangrijk vinden om te worden geïnformeerd over betrokkenen die terugkeren naar de samenleving, terwijl bepaalde essentiële voorwaarden ontbreken die daarvoor nodig zijn, zoals een woning en inkomen. Als gemeenten hiervan op de hoogte zijn kunnen zij hiernaar handelen. De groep waarover de gemeente wordt geïnformeerd bij de beëindiging van zorg is op basis van de huidige wet relatief klein, nu dit alleen gaat over betrokkenen bij wie de zorg vroegtijdig wordt beëindigd. Ook blijkt dat contact met de gemeente vaak uitblijft om verschillende redenen. De zorgprofessional is bijvoorbeeld niet altijd op de hoogte van het ontbreken van essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven of de timing (bij het begin van een opname) wordt niet als optimaal ervaren.

In het licht van het voorgaande wordt voorgesteld om de grondslag voor contact tussen de zorg en de gemeente uit te breiden, naar een contactmogelijkheid aan het einde van gedwongen zorg. Deze wijziging zorgt ervoor dat ten aanzien van alle betrokkenen voor wie dat nodig is omdat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven ontbreken contact kan worden opgenomen met de gemeente wanneer zij terugkeren naar hun woonplaats.

2.2. Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten

2.2.1. Algemene uitgangspunten en reikwijdte

Zoals hierboven toegelicht, is de Wzd gericht op personen met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een daaraan gelijkgestelde ziekte of aandoening voor wie gedwongen zorg of gedwongen opname wordt overwogen of nodig is. De belangrijkste doelen van deze wet zijn, net als in de Wvggz, het bieden van rechtsbescherming en het voorkomen van gedwongen zorg. De systematiek van de Wzd is zo opgezet dat het zelfbeschikkingsrecht van de persoon met een psychogeriatrische stoornis, een verstandelijke beperking of een daaraan gelijkgestelde ziekte of aandoening het uitgangspunt is. Afspraken in het zorgplan berusten in beginsel dan ook op instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger.³¹

De Wzd is pas van toepassing als er ernstig nadeel is als gevolg van de aandoening of beperking en de cliënt niet instemt met de benodigde zorg. Het algemene uitgangspunt van de Wzd is en blijft het ultimatum remedium beginsel: gedwongen opname of andere gedwongen zorg kan alleen als laatste middel worden ingezet en er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn. In dat geval kan

³⁰ Kamerstukken II, 2022-2023, 36295, nr. 2.

³¹ Zie ook paragraaf 3.3 van deze memorie over het VN Verdrag Handicap.

op basis van een zorgvuldige besluitvormingsprocedure tot gedwongen zorg worden besloten, waarbij het van groot belang is dat de wensen en de voorkeuren van de cliënt zoveel mogelijk worden gehonoreerd. De gedwongen zorgvorm moet in verhouding staan tot het te bereiken doel. Ook moeten er geen minder vergaande alternatieven zijn om dat doel te bereiken. De wensen en de voorkeuren alsmede de gemaakte afspraken over gedwongen zorg worden in het zorgplan opgenomen. Als gedwongen zorg wordt verleend, is het van belang dat deze zorg zo kort en zo licht mogelijk wordt toegepast.

Een ander uitgangspunt blijft dat een machtiging van de rechter is vereist indien een gedwongen opname noodzakelijk is en de cliënt zich verzet. Voor situaties van crisis wordt met dit wetsvoorstel een nieuwe met de Wvvgz gezamenlijke crisismaatregel voorgesteld. In paragraaf 2.4. zal hier nader op worden ingegaan.

Een aantal mensen dat onder de Wzd valt toont noch verzet noch bereidheid ten aanzien van opname (in een instelling) en andere zorg. Deze cliënten zijn daarom extra kwetsbaar en vanuit het oogpunt van rechtsbescherming is het uitgangspunt dat voor deze cliënten een eigenstandige procedure bij opname in een verpleeghuis dan wel een zorginstelling voor gehandicaptenzorg blijft gelden. Ook moet voor deze cliënten bij een aantal zorgvormen altijd de multidisciplinaire besluitvormingsprocedure worden gevolgd, ongeacht of de vertegenwoordiger instemt met de voorgenomen zorgvorm. Paragraaf 2.2.2. gaat hier nader op in.

2.2.2. Gedwongen zorg in het zorgplan

Aanleiding wijzigingen

In het tweede deelrapport van de wetsevaluatie is ingegaan op de doeltreffendheid en de effecten van de huidige besluitvormingsprocedure voor het in het zorgplan opnemen van gedwongen zorg in de praktijk. Alhoewel het principe van de processtappen volgens de onderzoekers bijdraagt aan de groeiende bewustwording over (onnodige) gedwongen zorg, geeft de vormgeving in de huidige wet aanleiding tot kritiek. Kernpunt is daarin "dat het in de wet opgenomen model flexibiliteit mist en geen variatie toelaat terwijl de praktijk van de zorgverlening juist divers en veelvormig is". Hierdoor ontstaat volgens de onderzoekers het risico van een ritueel proces dat meer dient voor het legitimeren van reeds genomen besluiten dan voor reflectie op mogelijkheden om dwang te voorkomen. Dit gaat ten koste van de rechtsbescherming die met de procedure is beoogd. Daarnaast leidt de gedetailleerde vormgeving in de wetgeving tot een hoge ervaren regeldruk bij zorgprofessionals.³²

Deze bevindingen worden bevestigd door de gegevens uit een rapport over de implementatie van de Wzd van PwC.³³ Een grote meerderheid van de respondenten geeft aan dat de Wzd een positieve bijdrage heeft geleverd aan bewustwording (87%, 2022). Uit het rapport komt ook naar voren dat de administratieve lasten (83%, 2022) en de complexiteit in het organiseren van zorg (78%, 2022) zijn toegenomen. Zorgaanbieders geven aan dat de benodigde functies en rollen niet altijd beschikbaar zijn, de termijnen te krap worden bevonden en de complexiteit rondom het organiseren van de wettelijk voorgeschreven stappen de druk verhoogt op het behalen van de gestelde termijnen in plaats van het creëren van de benodigde bewustwording.

In het evaluatierapport zijn vijf scenario's geschetst voor de toekomstige besluitvorming over en evaluatie van gedwongen zorg, variërend van niets doen tot zelfregulering aan de hand van globale wettelijke regels. Eén van de scenario's ten aanzien van de besluitvorming over en evaluatie van gedwongen zorg is uitgewerkt in een gezamenlijk advies van een samenwerkingsverband van betrokken veldpartijen met als titel "Van stappenplan naar maatwerk in dialoog". De partijen die hebben bijgedragen aan het advies zijn LOC, Ieder(in), LSR, KansPlus, Alzheimer Nederland, Verenso, NVAVG, V&VN, NVO, NIP, ActiZ, VGN en een coalitie van aanbieders van kleinschalige

³² J. Legemaate et al., Evaluatie wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – doeltreffendheid en (neven)effecten, Den Haag: ZonMw, oktober 2022, p. 189-211.

³³ <https://publicreports.pwc.nl/report/wetzorgendwang/>

zorg, bestaande uit Zorgthuisnl, Federatie Landbouw en Zorg, BVKZ, SPOT en SOLO Partners. In de beleidsreactie naar aanleiding van de evaluatie heeft de toenmalige minister voor Langdurige Zorg en Sport aangegeven dat het advies van de veldpartijen de basis zal vormen voor een nieuwe besluitvormingsprocedure.³⁴ Dit advies is in eerste instantie verwerkt in de Bestuurlijke afspraken Uitvoering Wet Zorg en Dwang (Wzd) 2024³⁵ en nader uitgewerkt in dit wetsvoorstel.

Voorstel wijzigingen

Kern van de procedure

De kern van de procedure voor het verlenen van gedwongen zorg blijft ongewijzigd. Wel wordt voorgesteld om, tegen de achtergrond van de leidende principes, de procedure voor het opnemen en evalueren van gedwongen zorg in het zorgplan flexibeler, begrijpelijker en eenvoudiger te maken. Zo wordt voorgesteld om zorgverleners meer ruimte te bieden om evaluatietermijnen te bepalen, in samenspraak met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Uitgangspunt is dat gedwongen zorg zo kort mogelijk wordt ingezet, zo (snel) mogelijk wordt afgebouwd en dat evaluatie plaatsvindt zodra de zorgbehoefte van de cliënt daartoe aanleiding geeft. Daarbij staat het principe voorop dat de cliënt en diens vertegenwoordiger gelijkwaardige gesprekspartners zijn. De periode van de inzet van gedwongen zorg kan variëren, afhankelijk van de wisseling in zorgbehoefte maar kan zonder evaluatie nooit langer zijn dan zes maanden. De gewijzigde besluitvormingsprocedure sluit aan bij de reguliere zorgprocessen rondom de bespreking van het zorgplan en vereenvoudigt de uitvoering van de Wzd. Zo sluit de voorgestelde maximumtermijn van zes maanden aan bij de werkwijze in de Wet langdurige zorg (Wlz), waarin het reguliere zorgplan elk half jaar wordt besproken en behandel- en zorgdoelen worden ge(her)formuleerd.³⁶ Het is belangrijk om de noodzaak van periodiek evalueren blijvend te benadrukken om te voorkomen dat gedwongen zorg "als gewoonte" wordt ingezet en om telkens weer af te wegen of er andere manieren zijn om ernstig nadeel af te wenden. Uitgangspunt hierbij is een cyclische werkwijze, waarbij de inzet van gedwongen zorg in samenspraak met de cliënt of de vertegenwoordiger periodiek wordt beoordeeld.

Naar verwachting leidt het vereenvoudigen en flexibeler maken van de besluitvormings- en evaluatieprocedure tot een vermindering van de administratieve lasten en daarmee tot meer tijd voor directe zorgverlening. Tegelijkertijd wordt de positie van de cliënt en diens vertegenwoordiger versterkt.

Vóór het opnemen van gedwongen zorg in het zorgplan

Voordat gedwongen zorg wordt opgenomen in het zorgplan betreft de zorgverantwoordelijke tenminste één deskundige van een andere discipline die ook werkzaam is op het terrein van de aan de cliënt te verlenen zorg.³⁷ Dit waarborgt dat gedwongen zorg alleen wordt verleend na multidisciplinair overleg. Vervolgens toetst de Wzd-functionaris het zorgplan. De Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat gedwongen zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen.

Bij elke evaluatie van gedwongen zorg in het zorgplan

Bij elke periodieke evaluatie betreft de zorgverantwoordelijke een niet bij de zorg betrokken deskundige.³⁸ Dit garandeert een frisse blik bij elke evaluatie van de gedwongen zorg. Het zorgplan wordt na elke evaluatie getoetst door de Wzd-functionaris. Daarnaast wordt in het kader van de periodieke evaluaties ten minste eenmaal het advies ingewonnen van een onafhankelijke

³⁴ Kamerstukken II, 2022/23, 25424, nr. 648, Kamerstukken I, 2022-2023, 35370, nr. I.

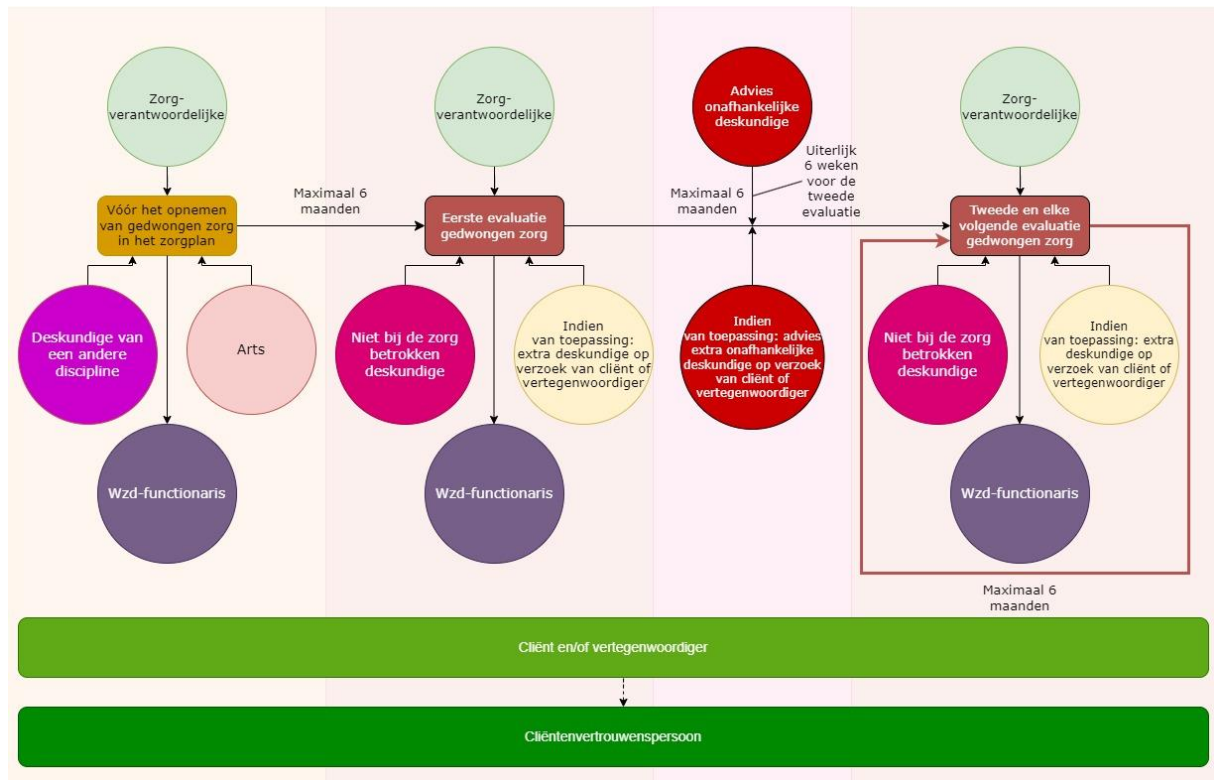
³⁵ Kamerstukken II, 2023/24, 35370, nr. 675.

³⁶ Artikel 8.1.1 lid 6 Wlz en artikel 8.1.3 Wlz.

³⁷ Onder een deskundige van een andere discipline wordt een zorgverlener bedoeld, die een andere discipline heeft dan de zorgverantwoordelijke (artikel 9 lid 2 Wzd). Met "deskundige" wordt bedoeld dat de betreffende zorgverlener kennis heeft van de problematiek van de cliënt, van gedwongen zorg en de geldende procedures.

³⁸ Onder een niet bij de zorg betrokken deskundige wordt een zorgverlener bedoeld die kennis heeft van de problematiek van de cliënt, van gedwongen zorg en de geldende procedures en die de cliënt niet feitelijk zorg verleent. Het kan bijvoorbeeld een collega van een ander team zijn.

deskundige. De zorgverantwoordelijke kiest de te betrekken deskundige in samenspraak met de cliënt en de vertegenwoordiger.



Figuur 1: Grafische weergave besluitvormings- en evaluatieprocedure Wzd

Versterken rechtspositie cliënt en vertegenwoordiger

Met het wetsvoorstel blijft de besluitvormings- en evaluatieprocedure ook van toepassing als de cliënt van twaalf jaar of ouder die wilsonbekwaam ter zake is en geen bereidheid uit, maar ook geen verzet toont als het gaat om drie specifieke zorgvormen. Dit is ten eerste het geval bij het opnemen in het zorgplan van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, indien die medicatie niet wordt voorgeschreven overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen. Daarnaast gaat het om maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt en de mogelijkheid tot insluiting. Het toepassen van deze zorgvormen is dusdanig ingrijpend dat deze niet zomaar mogen worden toegepast. Voor de rechtsbescherming van deze cliënten is bij deze drie zorgvormen juist multidisciplinaire besluitvorming over en periodieke evaluatie van deze zorg nodig, omdat zij zich niet kunnen verzetten tegen vrijheidsbeperkingen of omdat hun verzet niet wordt herkend. Dat geldt ook als er instemming is van de vertegenwoordiger. Omdat beter wordt aangesloten bij het reguliere zorgproces inzake het bespreken van het zorgplan en het formuleren van behandel- en zorgdoelen, is de verwachting dat de gewijzigde procedure voor besluitvorming over en evaluatie van gedwongen zorg ook voor deze groep cliënten goed uitvoerbaar is.

Daarnaast worden, mede op basis van het advies van de veldpartijen, in onderhavig wetsvoorstel voorstellen gedaan om de positie van cliënten en vertegenwoordigers te versterken. Zo kan overleg over de gedwongen zorg in het zorgplan ook eerder plaatsvinden op initiatief van de cliënt of diens vertegenwoordiger of als een verandering in zorgbehoefte hiertoe aanleiding geeft. Daarnaast is expliciet in het wetsvoorstel opgenomen dat de cliënt of diens vertegenwoordiger zelf een deskundige kunnen betrekken, indien er verschil van mening bestaat met de zorgverantwoordelijke over de te betrekken deskundige voor een frisse blik. Tot slot wordt de cliënt of diens vertegenwoordiger zodra gedwongen zorg wordt overwogen actief door de zorgaanbieder gewezen op het recht op ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon. In de artikelsgewijze

toelichting wordt nader ingegaan op de concrete wijzigingen in de besluitvormings- en evaluatieprocedure.

2.2.3. Opname van cliënten die geen bereidheid en geen verzet tonen

Cliënten met een psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke beperking of een daaraan gelijkgestelde ziekte of aandoening kunnen zoveel zorg nodig hebben dat een opname in een instelling nodig is. Onder hen bestaat een groep die geen blijk geeft van de nodige bereidheid, maar zich ook niet verzet ten aanzien van de opname bij een zorgaanbieder. Nu is voor de opname van deze groep cliënten een besluit tot opname en verblijf door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vereist. Een indicatieadviseur van het CIZ bezoekt de cliënt thuis en onderzoekt of er sprake is van ernstig nadeel waardoor opname noodzakelijk is en hoe de houding van de cliënt is ten aanzien van de opname. Als hieruit volgt dat de cliënt bereidheid noch verzet toont ten opzichte van de vraag of hij opgenomen wil worden, maar een opname wel noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, geeft het CIZ een besluit tot opname af. Als de indicatieadviseur echter verzet bij de cliënt constateert, vraagt het CIZ een rechterlijke machtiging aan. Op dit moment is een opname op basis van een besluit van het CIZ alleen mogelijk in een geregistreerde accommodatie.

Aanleiding wijziging

Uit de wetsevaluatie en signalen uit de praktijk is gebleken dat er vraagtekens te zetten zijn bij nut en noodzaak van deze procedure. De onderzoekers brachten onder meer naar voren dat het besluit tot opname en verblijf alleen betrekking heeft op het opnemen van de cliënt en niet op het toepassen van gedwongen zorg gedurende het verblijf. In de wetsevaluatie wordt nadrukkelijk de vraag opgeroepen waarom het niet zou volstaan dat de vertegenwoordiger van de cliënt, na overleg met behandelaars en instelling, namens de cliënt instemt met opname. In de praktijk vindt dit gesprek tussen de vertegenwoordiger van de cliënt, een of meerdere zorgverleners uit de thuissituatie en de dossierhouder van de opnemende instelling nu veelal plaats voordat een besluit bij het CIZ wordt aangevraagd. In de wetsevaluatie en in de gesprekken met betrokken veldpartijen is ook naar voren gebracht dat het bezoek van een voor de cliënt onbekende indicatieadviseur vaak als ingrijpend of verwarrend wordt ervaren waardoor de cliënt anders dan gewoonlijk reageert. Dit zou er soms toe leiden dat te snel wordt geconcludeerd dat er sprake is van verzet waarna onnodig de procedure van het verlenen van een rechterlijke machtiging voor opname van de cliënt wordt gestart.

Tegelijkertijd zijn goede rechtswaarborgen en een zorgvuldige besluitvormingsprocedure noodzakelijk omdat er bij deze groep cliënten geen sprake is van een vrijwillige opname en omdat een opname voor deze cliënten een verstrekkende vorm van zorg is die doorgaans een definitieve verhuizing betekent. Tegen deze achtergrond en naar aanleiding van de uitkomsten van de wetsevaluatie zijn gesprekken gevoerd met het CIZ, vertegenwoordigers van cliënten, zorgverleners en zorgaanbieders over de huidige procedure. Uit deze gesprekken is gebleken dat er draagvlak is om de huidige procedure aan te passen. Wel is in deze gesprekken aangegeven dat het van belang is dat de beslissing over opname zorgvuldig, na overleg tussen betrokken zorgverleners, wordt genomen. Daarnaast is door cliëntenorganisaties aangegeven dat het van belang is dat cliënten of vertegenwoordigers bij de opnameprocedure ondersteuning kunnen krijgen van bijvoorbeeld de cliëntenvertrouwenspersoon.

Voorstel wijzigingen

Gelet op het vorenstaande en tegen de achtergrond van de leidende principes wordt voorgesteld deze opnameprocedure aan te passen. De procedure wordt begrijpelijker en bevat minder regels. Daarnaast wordt de rol van de zorgverleners van de cliënt belangrijker. Het voorstel is dat het CIZ niet meer in alle gevallen een besluit tot opname neemt voor cliënten die niet (meer) kunnen aangeven of zij het al dan niet eens zijn met een opname in een accommodatie. Centraal staat de consensus tussen alle betrokkenen rondom de cliënt. De opname van de cliënt mag pas plaatsvinden als de vertegenwoordiger heeft ingestemd, nadat ten minste drie betrokken zorgverleners van twee verschillende disciplines, waaronder een huisarts of een ter zake kundige

arts, in een overleg hebben vastgesteld dat aan de criteria voor opname is voldaan. De voorgestelde procedure sluit daarmee aan bij de huidige praktijk; dat wil zeggen dat het ook nu al zo is dat cliënt, vertegenwoordiger en zorgverleners in gesprek gaan wanneer een opname steeds meer nodig lijkt te worden. De huisarts of de ter zake kundige arts betreft de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij de vaststelling of wordt voldaan aan deze criteria. Dat betekent dat de cliënt en de vertegenwoordiger deelnemen aan het overleg. Het is dus niet de bedoeling dat er alleen over de cliënt wordt gesproken. Naast de hiervoor genoemde huisarts of de ter zake kundige arts, kan bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige, een casemanager dementie, een praktijkondersteuner (POH), een fysiotherapeut, een ambulante begeleider, een orthopedagoog, een psycholoog of een dossierhouder van de opnemende instelling worden betrokken.

De criteria voor opname blijven onveranderd. Deze criteria zijn kort gezegd dat de cliënt geen blijf geeft van bereidheid of verzet ten aanzien van de opname, dat er sprake is van ernstig nadeel en dat de opname noodzakelijk is. Net als in de huidige wet blijft onveranderd dat een cliënt te allen tijde de instelling kan verlaten. Indien de cliënt de instelling wil verlaten of zich verzet tegen opname terwijl opname noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen dient een crisismaatregel of een rechterlijke machtiging te worden aangevraagd, waarbij de opname wordt omgezet in een gedwongen opname.

De cliënt en diens vertegenwoordiger kunnen zich bij het (voorbereiden van het) overleg laten ondersteunen door een familielid, naaste of een cliëntenvertrouwenspersoon. De betrokken zorgverleners moeten de cliënt en de vertegenwoordiger dus actief wijzen op de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen van een cliëntenvertrouwenspersoon. Het overleg is overigens vormvrij, wat betekent dat het aan de zorgverleners is om het overleg zodanig te organiseren dat de hiervoor genoemde personen bij het overleg betrokken kunnen zijn. Het is dus ook mogelijk om de beoordeling aan de hand van meerdere (bilaterale) overleggen te doen. Van de uitkomsten van het overleg en de eventueel bereikte consensus maakt de huisarts of de ter zake kundige arts een aantekening in het (digitale) dossier van de cliënt.

In bepaalde gevallen kan het toch wenselijk of nodig zijn om het CIZ als onafhankelijke instantie te betrekken bij de besluitvorming en om een besluit van het CIZ te vragen of opname noodzakelijk is. Het gaat dan om de volgende situaties:

- de vertegenwoordiger of de zorgverlener wenst een besluit van het CIZ;
- de betrokken cliënt heeft geen vertegenwoordiger;
- er wordt tijdens het overleg geen overeenstemming bereikt dat wordt voldaan aan de criteria voor opname;
- een zorgverlener die deelneemt aan het overleg heeft ernstige twijfels of de vertegenwoordiger de zorg van een goed vertegenwoordiger betracht.

In die gevallen zal het CIZ beoordelen of aan de criteria voor opname wordt voldaan en, indien dat het geval is, een besluit tot opname afgeven. Voorgesteld wordt de wet zodanig aan te passen dat een besluit tot opname slechts eenmaal hoeft te worden genomen. Er zal niet langer sprake van besluiten die ten hoogste vijf jaar geldig zijn. De situatie van de meeste cliënten wijzigt na vijf jaar veelal niet ten opzichte van hun oorspronkelijke opname. Ongewijzigd blijft dat als een cliënt eenmaal is opgenomen en zich vervolgens verzet, de zorgaanbieder een rechterlijke machtiging dient aan te vragen. Eveneens blijft ongewijzigd dat indien het CIZ wordt betrokken en constateert dat een cliënt zich tegen opname verzet, het CIZ een verzoekschrift indient bij de rechter voor een rechterlijke machtiging. Omdat zich met enige regelmaat de situatie voordoet dat de rechter constateert dat er ten tijde van de zitting geen sprake (meer) is van verzet, is in dit wetsvoorstel de mogelijkheid opgenomen dat als de rechter constateert dat er een noodzaak tot opname is, en er sprake is van geen bereidheid en geen verzet, de rechter de bevoegdheid heeft om een beslissing tot opname van een cliënt te nemen.

2.2.4. Cliëntenvertrouwenspersoon

Aanleiding wijzigingen

De cliëntenvertrouwenspersoon is in de Wzd geïntroduceerd om de positie van de cliënt te versterken ten opzichte van de zorgaanbieder waar de cliënt gedwongen zorg ontvangt. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft een onafhankelijke, partijdige functie. In de evaluatie is gebleken dat er behoefte bestaat aan het verstevigen van de positie van de cliëntenvertrouwenspersoon en dat heeft geleid tot een aantal voorstellen voor aanpassing omtrent de cliëntenvertrouwenspersoon.

Voorstel wijzigingen

Verduidelijking rol en taken

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft op grond van de huidige Wzd kort gezegd de taak de cliënt of de vertegenwoordiger advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van gedwongen zorg aan de cliënt. De termen advies en bijstand sluiten onvoldoende aan bij de dagelijkse praktijk van de cliëntenvertrouwenspersonen omdat vooral het informeren van cliënten en vertegenwoordigers over hun rechten bij gedwongen zorg een groot onderdeel van het werk vormt. Bovendien hoeft uit het contact tussen een cliëntenvertrouwenspersoon en een cliënt niet altijd een advies te volgen. Voorgesteld wordt om het verstrekken van informatie toe te voegen aan de taakomschrijving van de cliëntenvertrouwenspersoon, om recht te doen aan de praktijk, de cliëntenvertrouwenspersoon ruimte te laten om zelf in het takenpakket een zwaartepunt aan te brengen en daarmee de taak duidelijker te omschrijven.

Uit de aard van de functie kan een cliëntenvertrouwenspersoon tekortkomingen signaleren in de uitvoering van gedwongen zorg of opname. Onterecht wordt de cliëntenvertrouwenspersoon daarmee in de praktijk soms als toezichthouder gezien, een rol die de cliëntenvertrouwenspersoon nadrukkelijk niet heeft. De signaleringstaak wordt daarom verduidelijkt. Duidelijker wordt aangegeven dat de cliëntenvertrouwenspersoon de bevoegdheid heeft om signalen over tekortkomingen in de uitvoering van gedwongen zorg of opname aan de inspectie te melden, waarbij het in de rede ligt dat de cliëntenvertrouwenspersoon hierover eerst in gesprek gaat met de zorgaanbieder. Wanneer de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris of de zorgverantwoordelijke onvoldoende reageert op de melding van de cliëntenvertrouwenspersoon, kan de cliëntenvertrouwenspersoon dit ook aan de inspectie melden. Net als ieder ander heeft de cliëntenvertrouwenspersoon de mogelijkheid direct op de schalen naar de inspectie in situaties waarin het recht van de cliënt ernstig en acuut wordt geschaad.

Uitbreiding taken

Vragen en klachten beperken zich niet altijd tot gedwongen zorg. Ervaringen of klachten van een cliënt beperken zich ook niet altijd tot één wet of klachtenprocedure. Er is behoefte om als cliëntenvertrouwenspersoon ondersteuning te kunnen bieden bij klachten over gedwongen zorg die tevens raken aan Wkkgz-klachten. In de praktijk pakt de cliëntenvertrouwenspersoon zelf klachten op als deze in hoofdzaak gerelateerd zijn aan gedwongen zorg. Wanneer klachten vooral over andere aspecten van de zorg gaan, verwijst de cliëntenvertrouwenspersoon de cliënt naar de juiste klachtenfunctionaris. Omdat de wet hiertoe echter niet duidelijk de ruimte biedt, wordt voorgesteld dit aan te passen. Op deze manier is meer maatwerk mogelijk voor cliënten. Wanneer bij de klachtbehandeling sprake is van meerdere functionarissen, bijvoorbeeld ook een klachtenfunctionaris, is het wenselijk dat er gezamenlijk afspraken worden gemaakt en kennis wordt gedeeld.

Toegang tot de cliënt en de locatie

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft op grond van de huidige Wzd al vrije toegang tot de cliënt door middel van een locatiebezoek. Een locatiebezoek is een proactief bezoek in de instelling waardoor de cliëntenvertrouwenspersoon laagdrempelig beschikbaar is voor cliënten. In de praktijk bestaat soms verwarring over toegang tot instellingen wanneer er geen direct verzoek van een cliënt of diens vertegenwoordiger ligt. Er is op ingezet dat partijen afspraken maken over het

bezoeken van instellingen. Op veel plekken is dit gelukt met als resultaat dat de toegang tot een cliëntenvertrouwenspersoon is verbeterd. De toegang is echter nog niet overal op orde. In dit wetsvoorstel wordt daarom expliciet gemaakt dat de cliëntenvertrouwenspersoon toegang heeft tot de instelling voor een bezoek. Toestemming van de zorgaanbieder is daarbij niet vereist. Wel is het belangrijk dat de cliëntenvertrouwenspersoon en de zorgaanbieder in contact treden over bijvoorbeeld het tijdstip en de tijdsduur, rekening houdend met de locatie, de doelgroep en de manier van bejegening, zodat die past bij het ontwikkelings- en bevattingsniveau van de cliënten.

Verstevigen informatieplicht zorgaanbieder

Het is van belang dat cliënten en hun vertegenwoordigers op de hoogte zijn van hun recht op een cliëntenvertrouwenspersoon zodat zij weten dat zij ondersteuning kunnen krijgen van deze functionaris. In de praktijk is gebleken dat cliënten en vertegenwoordigers nu nog vaak niet bekend zijn met de functie van cliëntenvertrouwenspersoon. Voorgesteld wordt om in de wet toe te voegen dat de zorgaanbieder verplicht is de cliënt op meer momenten op de cliëntenvertrouwenspersoon te wijzen. In de artikelsgewijze toelichting wordt dit nader toegelicht.

2.2.5. Klachtrecht

De mogelijkheid om een klacht in te dienen, vormt een belangrijke pijler van rechtsbescherming van cliënten. Het doorlopen van een klachtenprocedure wordt veelal gezien als laatste stap, meestal nadat er een gesprek is gevoerd met zorgverleners over de onvrede. Voorgesteld wordt om een aantal klachtgronden te verduidelijken, toe te voegen of in lijn te brengen met de klachtgronden in de Wvvgz. Dit is nader omschreven in de artikelsgewijze toelichting.

Op grond van de huidige wet is het verplicht om de uitspraken van de klachtencommissies te publiceren, maar is het niet verplicht om deze uitspraken op een centrale plek te publiceren. Net als omschreven in paragraaf 2.1.5. over het klachtrecht in de Wvvgz is in de wetsevaluatie aanbevolen om klachtuitspraken van klachtencommissies op een centrale plaats te publiceren, zodat deze goed vindbaar zijn voor eenieder. Dit wetsvoorstel voorziet in een grondslag om dit nader te regelen. Het uitgangspunt is om aan te sluiten bij het wetsvoorstel tot wijzigen van de Wkkgz ten aanzien van de centrale publicatie van uitspraken van geschilleninstanties, zoals aangekondigd in een brief aan de leden van de Tweede Kamer op 4 juni 2024.³⁹ Dit voorstel is in lijn met deze aanbeveling, daar waar het gaat om de klachtencommissies.

2.2.6. Wzd-functionaris

De Wzd-functionaris is een onafhankelijke functionaris al dan niet in dienst van de zorgaanbieder, die toeziet op de inzet van de minst ingrijpende vorm van gedwongen zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van gedwongen zorg. De Wzd-functionaris heeft daarmee een sleutelfunctie in de toepassing van gedwongen zorg op cliëntniveau. De zorgaanbieder wijst na advies van de cliëntenraad een Wzd-functionaris aan. De functie mag tot nu toe worden uitgeoefend door een ter zake kundige arts, een gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog-generalist. Al in 2019 is in opdracht van het ministerie van VWS door NIP, Verenso, NVAVG, NVO, Zorgthuisnl, ActiZ en VGN een profiel opgesteld van de Wzd-functionaris.⁴⁰

Aanleiding wijziging

De onderzoekers hebben in de wetsevaluatie de aanbeveling gedaan om, al dan niet onder voorwaarden, het aantal beroepsgroepen dat als Wzd-functionaris kan optreden uit te breiden en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke te verhelderen.⁴¹ Deze aanbeveling is onder meer ingegeven door de in de praktijk ervaren schaarste

³⁹ Kamerstukken II, 2023/24, 34402, nr. 81.

⁴⁰ <https://www.dwanginzorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/profiel-wzd-functionaris>

⁴¹ J. Legemaate et al., Evaluatie wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – doeltreffendheid en (neven)effecten, Den Haag: ZonMw, oktober 2022, p. 305.

aan zorgprofessionals die op dit moment de rol van Wzd-functionaris kunnen invullen. De aanbeveling om het aantal beroepsgroepen uit te breiden wordt gedragen door de belanghebbende organisaties. Een voldoende opleidingsniveau en ervaring met het verlenen van gedwongen zorg blijven daarbij essentiële voorwaarden. Het is bovendien van belang dat een Wzd-functionaris over bepaalde competenties beschikt om de rol goed te kunnen uitvoeren. Deze competenties zijn de afgelopen jaren door zorgprofessionals en zorgaanbieders vastgelegd in het functieprofiel voor de Wzd-functionaris.⁴²

De Wzd-functionaris is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van gedwongen zorg. Deze verantwoordelijkheid moet niet worden verward met de overkoepelende verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder ten aanzien van de gang van zaken in de organisatie, waaronder de gedwongen zorg. De verantwoordelijkheid van de Wzd-functionaris betreft een inhoudsdeskundigheid die de Wzd-functionaris beschikbaar stelt en op basis waarvan hij het management en bestuur van de zorginstelling adviseert; uiteindelijk is de zorgaanbieder eindverantwoordelijk voor de uitvoering van alle gedwongen zorg. Waar het gaat om de verhouding tussen de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke ligt bij de Wzd-functionaris de verantwoordelijkheid de kaders aan te geven voor de inzet van gedwongen zorg en te toetsen. Bij de zorgverantwoordelijke rust de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van gedwongen zorg.

Voorstel wijzigingen

Verruiming beroepsgroepen onder voorwaarden

Het wetsvoorstel bevat een verruiming van het aantal beroepsgroepen dat in aanmerking komt om de taken van Wzd-functionaris te vervullen. Een van de leidende principes bij de herziening van de Wzd is om van regels naar principes te gaan en te vertrouwen op de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de zorgprofessionals, beroepsnormen, kwaliteitsstandaarden en richtlijnen waarop de inspectie het toezicht baseert. Pilots in de ouderenzorgsector hebben de afgelopen jaren laten zien dat ook andere dan de op dit moment in de wet genoemde beroepsgroepen de rol van Wzd-functionaris op een verantwoorde manier kunnen invullen.⁴³

Daarom wordt voorgesteld de verpleegkundige en de physician assistant toe te voegen als beroepsgroepen die de taak van Wzd-functionaris mogen vervullen. Deze beroepsgroepen zijn tevens opgenomen in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), zodat het kwaliteitsniveau is gewaarborgd. Deze BIG-geregistreerde professionals zijn bevoegd en bekwaam en hebben de verplichting om hun kennis up-to-date te houden. Bovendien geldt voor deze zorgprofessionals het tuchtrecht.

2.3. Afschaffen aanvullende eisen voor ambulante gedwongen zorg in de Wvvgz en Wzd

Aanleiding

De eisen die de Wvvgz en Wzd stellen aan het verlenen van gedwongen zorg gelden voor alle situaties waarin sprake is van gedwongen zorg, zowel in instellingen als daarbuiten. De wetten zijn persoonsvolgend en niet afhankelijk van de behandelsituatie. Bij de totstandkoming van beide wetten is bepaald dat de vormen van gedwongen zorg die ambulant toegepast mogen worden, bij algemene maatregel van bestuur moeten worden aangewezen (artikel 2:4 van de Wvvgz, respectievelijk artikel 2a, eerste lid, van de Wzd). Daarnaast worden bij algemene maatregel van bestuur nadere regels gesteld over het verlenen van ambulante gedwongen zorg. Dat is uitgewerkt in het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvvggz) respectievelijk het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten (Bzd). In beide besluiten zijn tot

⁴² <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/profiel-wzd-functionaris>

⁴³ HAN (2021) https://www.han.nl/artikelen/2021/09/verpleegkundig-specialist-als-wzd-functionaris/Eindrapport_Evaluatie_inzet_VS_als_Wzd_functionaris.pdf

en UKON (2023) <https://www.ukonnetwerk.nl/publicaties/de-vs-in-de-rol-van-wzd-functionaris-ter-zake-kundig/>

nu toe alle vormen van de in de wetten opgenomen vormen van gedwongen zorg in de ambulante situaties toegestaan.

De huidige besluiten bevatten een aantal aanvullende eisen aan ambulante gedwongen zorg. Het gaat met name om:

- afspraken in het zorgplan over toezicht op de betrokkene (Wvggz) of cliënt (Wzd) om diens veiligheid te borgen;
- afspraken in het zorgplan over hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn op het moment van daadwerkelijke uitvoering van gedwongen zorg;
- afspraken over de bereikbaarheid van een ter zake kundige zorgverlener.

Daarbij moeten zorgaanbieders in het beleidsplan onder meer opnemen welke factoren worden meegenomen bij de beoordeling of ambulante gedwongen zorg mogelijk is, hoe om wordt gegaan met fysiek verzet van de betrokkene of cliënt en hoe wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

De in de besluiten geformuleerde eisen gelden aanvullend op de waarborgen die reeds volgen uit de Wvggz en Wzd of andere wetgeving (Wkkgz en Wet BIG) en de veldnormen voor goede zorgverlening.⁴⁴ De besluiten stellen aanvullende eisen die met name voortkomen uit het verschil tussen een accommodatie en een thuis-setting en de manier waarop zorg wordt georganiseerd. Het onderscheid tussen zorg in een accommodatie en in een thuis-setting is echter steeds lastiger te maken. Dit geldt vooral in de ouderen- en gehandicaptenzorg, omdat er naast het klassieke verpleeghuis of de instelling steeds vaker voor andere (woon)vormen wordt gekozen om (gedwongen) zorg te leveren aan cliënten met een complexe zorgvraag. Ook in de ggz zijn verschillende kleinschaligere woonvormen bekend, anders dan de klassieke instelling. Daarbij komt de vraag naar voren of de zorg die in die andere woonvormen wordt verleend aangemerkt moet worden als zorg in een accommodatie of in een thuis-setting. In de toekomst zullen betrokkenen en cliënten mogelijk vaker kiezen uit een diversiteit aan woonvormen.

Uit de wetsevaluatie is gebleken dat de aanvullende eisen het geheel van de regelgeving minder overzichtelijk maken. Bovendien heeft de ontwikkeling van veldnormen voor ambulante gedwongen zorg⁴⁵ ervoor gezorgd dat de aanvullende eisen uit de besluiten steeds minder toegevoegde waarde hebben.

Wijzigingen

Gezien het bovenstaande wordt in dit wetsvoorstel voorgesteld de aanvullende eisen voor ambulante gedwongen zorg uit het Bvggz en Bzd te laten vervallen. Het is van belang dat zowel betrokkenen en cliënten als zorgprofessionals te maken hebben met dezelfde zorgvuldigheidseisen voor gedwongen zorg, ongeacht de setting waarin die zorg wordt verleend.

De wettelijke waarborgen rond de inzet van gedwongen zorg blijven daarbij vanzelfsprekend gehandhaafd. De zorgaanbieder maakt in het algemeen de afweging of zijn organisatie ambulante gedwongen zorg verantwoord kan aanbieden. In het beleidsplan moeten zorgaanbieders opnemen hoe wordt omgegaan met het toepassen van gedwongen zorg. Dat geldt voor elke setting waarin gedwongen zorg wordt toegepast. Indien de zorgaanbieder ambulante zorg aanbiedt, moet de zorgaanbieder in het beleidsplan opnemen hoe hij die zorgt organiseert en onder welke voorwaarden een cliënt daarvoor in aanmerking komt. Specifiek valt daarbij te denken aan afspraken over het inrichten van het multidisciplinaire overleg, afspraken in het zorgplan over toezicht op de cliënt om diens veiligheid te borgen, afspraken in het zorgplan over hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn op het moment van daadwerkelijke uitvoering van gedwongen zorg, afspraken over de bereikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener en afspraken over gedwongen zorg in urgente situaties. Of gedwongen zorg buiten de setting van de instelling

⁴⁴ Artikel 2.2 Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg en artikel 2.2 Besluit zorg en dwang.

⁴⁵ Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) een "Handreiking ambulante verplichte zorg" vastgesteld in aanvulling op de "Generieke module Assertieve en verplichte zorg"
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/assertieve-en-verplichte-zorg/introductie>

mogelijk is, is sterk afhankelijk van de zorgbehoefte van de cliënt, de leefsituatie en de (mantel)zorgkring die hem omringt en de mogelijkheden van de zorgaanbieder om gedwongen zorg buiten de instelling verantwoord te organiseren. De zorgaanbieder zal dit per geval moeten beoordelen.

2.4. Verkennend onderzoek

In de Wvggz is al de verplichting opgenomen dat het college van burgemeester en wethouders moet zorgen voor het in behandeling nemen van meldingen over personen die mogelijk ggz nodig hebben en die nog geen zorg ontvangen of van wie dat in ieder geval niet bekend is. Tevens moet het college een verkennend onderzoek uitvoeren naar aanleiding van de meldingen. Deze verplichting voor het in behandeling nemen van meldingen en het doen van verkennend onderzoek is tot nu toe niet opgenomen in de Wzd. Gebleken is dat hieraan wel behoefte bestaat. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 2.5. Voorgesteld wordt in de Wzd eveneens het meldpunt en het verkennend onderzoek op te nemen naar analogie van de Wvggz.

Hergebruik gegevens in het kader van de Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) en Jeugdwet ten behoeve van het verkennend onderzoek

Het wetsvoorstel voorziet erin dat het college van burgemeester en wethouders de bevoegdheid heeft om gegevens die zij in een eerder stadium heeft verwerkt in het kader van onderzoek naar de noodzaak tot een gecoördineerde aanpak van meervoudige problematiek op grond van de thans nog bij het Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel Wams ook te kunnen betrekken in het kader van het verkennend onderzoek. Met meervoudige problematiek wordt in dat wetsvoorstel bedoeld dat er sprake is van meerdere samenhangende problemen die betrekking hebben op verschillende aspecten van het sociaal domein, of het sociaal domein en aanpalende domeinen. Het "sociaal domein" omvat volgens de Wams de dienstverlening op grond van de Wmo 2015, hulp en interventies op grond van de Jeugdwet, schuldhulpverlening als bedoeld in de Wet op de gemeentelijke schuldhulpverlening of ondersteuning op grond van de Participatiewet. "Aanpalende domeinen" worden in de Wams gedefinieerd als dienstverlening of interventies op het terrein van de publieke gezondheidszorg, geneeskundige zorg, langdurige zorg, ggz, onderwijs, wonen anders dan beschermd wonen op grond van de Wmo 2015, werk of ander inkomen dan bedoeld in de Participatiewet en openbare orde en veiligheid.

Door het college de bevoegdheid te geven de gegevens uit deze onderzoeken te combineren kan zo snel mogelijk een zo compleet mogelijk beeld worden verkregen van betrokkene of de cliënt, zijn situatie, zijn eventuele zorgbehoefte en reeds ingezette hulpverlening binnen het sociaal domein, zonder dat gegevens – die al in het bezit zijn van het college – opnieuw opgevraagd hoeven worden. Deze gegevens zijn behulpzaam in het oordeel dat het college zich dient te vormen over nut en noodzaak van gedwongen zorg: eerst wordt getoetst van welke problematiek sprake is, en of deze problematiek met vrijwillige hulpverlening, al dan niet reeds ingezet, het hoofd kan worden geboden. Is dat niet het geval, dan wordt de noodzaak van gedwongen zorg als ultimum remedium onderzocht. Die noodzaak wordt verondersteld wanneer het onderzoek uitwijst dat er mogelijk sprake is van gedrag dat voortkomt uit een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking en ernstig nadeel tot gevolg heeft. De wijze waarop het verkennend onderzoek wordt uitgevoerd, behoort tot de beleidsvrijheid van het college.

Doorgeleiding bij vermoeden van meervoudige problematiek

Dit wetsvoorstel voorziet ook in de mogelijkheid om naar aanleiding van het verkennend onderzoek aanvullend onderzoek binnen het sociaal domein te doen. Indien bij of naar aanleiding van een melding of het daarop volgende verkennend onderzoek blijkt dat er mogelijk sprake is van voortdurende of terugkerende meervoudige problematiek als bedoeld in de Wams, kan het college een onderzoek uitvoeren naar de noodzaak van een gecoördineerde aanpak van diensten uit het sociaal domein, ongeacht of het college op grond van het verkennend onderzoek tot de conclusie is gekomen dat gedwongen zorg noodzakelijk is.

2.5. Samenloop Wvggz en Wzd

Met de introductie van de Wvggz en de Wzd was het de bedoeling dat mensen de rechtsbescherming zouden krijgen die voor hen het meest passend is ongeacht waar zij zorg

zouden ontvangen. In de praktijk blijkt dat de meeste instellingen mede vanwege de complexiteit van de wetten ervoor kiezen om één van beide wetten uit te voeren. Voor de meeste betrokkenen en cliënten is het ook duidelijk welk wetsregime (de Wzd of de Wvvggz) van toepassing is. De hoofdregel is dat het toepasselijke wetsregime wordt bepaald aan de hand van de vraag welke aandoening voorliggend is, dat wil zeggen welke stoornis of beperking de meeste zorg vraagt. Het kan bijvoorbeeld gaan om een psychiatrische patiënt bij wie een dementieel beeld steeds meer de overhand krijgt. De zorg voor die patiënt zal dan overgaan van de ggz-kliniek naar het verpleeghuis en na die overgang zal de patiënt onder de Wzd vallen als het gaat om gedwongen zorg.

Echter, bij een (relatief) kleine groep mensen voor wie minder duidelijk is welke problematiek voorliggend is of bij wie de zorgbehoefte in de loop van de tijd wisselt kan het lastig zijn om iemand op de juiste plek te plaatsen. Daarnaast zijn er betrokkenen die wat betreft hun aandoening onder de reikwijdte van de Wvvggz vallen, maar die qua zorgbehoefte beter passen in een instelling van de verpleeg-, verzorgingshuis en thuiszorg (vvt), waar in de regel de Wzd wordt uitgevoerd. Dan kan een overgang van een behandeling onder de Wzd naar de Wvvggz, of andersom, aan de orde zijn, zowel tijdelijk als definitief. Het organiseren van een overplaatsing en daarmee een overgang naar een ander wettelijk stelsel is vaak niet eenvoudig, zo blijkt uit de wetsevaluatie en de gesprekken met zorgverleners. Om deze overgang te verbeteren zijn in dit wetsvoorstel meerdere voorstellen opgenomen om het overstappen tussen de twee wetten te verbeteren zonder dat afbreuk aan de rechtsbescherming wordt gedaan.

Zoals hierboven bij paragraaf 2.4. is aangegeven wordt voorgesteld ook in de Wzd op te nemen dat gemeenten een meldpunt inrichten en verkennend onderzoek doen naar aanleiding van meldingen. Het betekent dat iedereen een melding kan doen bij de gemeente over een persoon voor wie de noodzaak tot zorg zou moeten worden onderzocht. In de huidige situatie wordt al Wzd-problematiek bij gemeentelijke Wvvggz-meldpunten gemeld. Hierbij valt te denken aan burgers die casuïstiek melden bij een meldpunt en begrijpelijkerwijs niet het precieze onderscheid kunnen maken tussen Wvvggz-problematiek of Wzd-problematiek. Ook zorgprofessionals geven aan het soms lastig te vinden om dit onderscheid meteen te maken. Omdat er nu geen meldpunt en verkennend onderzoek in de Wzd zijn opgenomen, ontbreekt voor de gemeente een grondslag om gedwongen zorg op basis van de Wzd te verkennen wanneer er zorgen om iemand met een verstandelijke beperking of ouderdomsproblematiek zijn. In de huidige situatie moeten gemeenten bepalen of de gemelde problematiek onder de Wvvggz of de Wzd valt. Dit blijkt een tijdrovend proces. Wanneer wordt geconstateerd dat de problematiek onder de Wzd valt hebben gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) slechts een grondslag om burgers naar vrijwillige zorg of ondersteuning toe te leiden. Dat het meldpunt en het verkennend onderzoek nu wel zijn opgenomen in de Wvvggz en niet in de Wzd leidt ook tot verschillen in de rechtsbescherming tussen de verschillende doelgroepen van de wetten. Met het voorstel om het meldpunt en het verkennend onderzoek ook op te nemen in de Wzd wordt beoogd dat mensen sneller op de juiste plek passende zorg kunnen ontvangen. Daarnaast betekent dit een verbetering van de rechtsbescherming indien er al dan niet tijdelijke gedwongen zorg moet worden verleend aan mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek. Ook wordt de uitvoering van de wetten voor gemeenten hiermee verduidelijkt.

2.5.1. Overgang van de Wvvggz naar de Wzd, en vice versa

Bij de overgang naar het andere wettelijk kader kan het gaan om een tijdelijke overplaatsing of om een permanente wijziging van regime.

Overgang van de Wvvggz naar Wzd

Voorgesteld wordt om in de Wvvggz op te nemen dat wanneer tijdens de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging reeds blijkt dat voor betrokkene beter een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd kan worden aangevraagd, de geneesheer-directeur dat kenbaar kan maken aan de officier van justitie, die op zijn beurt de voorbereiding van het verzoekschrift kan beëindigen en direct een aanvraag voor een rechterlijke machtiging kan doen bij het CIZ.

Vervolgens is het aan het CIZ om bij de rechter een machtiging tot opname op grond van de Wzd te verzoeken. Daarnaast wordt mogelijk gemaakt dat de rechter een verzoekschrift voor een zorgmachtiging kan beschouwen als een verzoek voor een rechterlijke machtiging tot opname op grond van de Wzd.

Overgang van de Wzd naar de Wvggz

Soms is voor iemand die in een instelling voor gehandicapten- of ouderenzorg verblijft behandeling nodig vanwege een (bijkomende) psychische stoornis. Deze situatie doet zich voor bij cliënten die tijdelijk een behandeling in de ggz nodig hebben, bijvoorbeeld wanneer iemands medicijngebruik regelmatig bij een ggz-instelling dient te worden aangepast. In dat geval is veelal een tijdelijke overplaatsing nodig naar de ggz. Op dit moment moeten verschillende stappen worden doorlopen om die tijdelijke overplaatsing te bewerkstelligen. Het is dan namelijk vereist dat de rechter een zorgmachtiging op grond van de Wvggz verleent. Dat betekent dat in de machtiging de benodigde gedwongen zorgvormen moeten worden opgenomen. De zorgmachtiging op grond van de Wvggz verschilt immers van de rechterlijke machtiging tot opname op grond van de Wzd, die alleen ziet op gedwongen opname in een geregistreerde zorginstelling. De overige zorgvormen worden bij de Wzd op basis van multidisciplinaire besluitvorming opgenomen in het zorgplan van de cliënt. Voorgesteld wordt mogelijk te maken dat de rechterlijke machtiging die op grond van de Wzd is verleend, en het zorgplan met vormen van gedwongen zorg, ten behoeve van een overplaatsing naar de ggz voor een beperkte periode mag worden uitgevoerd in een ggz-instelling, zodat de aanvraag voor een zorgmachtiging achterwege kan blijven.

Tevens wordt voorgesteld om de periode van een dergelijke overplaatsing te maximeren op drie maanden. Uitsluitend vormen van gedwongen zorg die al in het zorgplan zijn opgenomen mogen worden toegepast indien ook aan de overige voorwaarden om gedwongen zorg te verlenen is voldaan. Samenwerking tussen de betrokken instellingen is van belang voor de goede overdracht en voor de continuïteit van zorg. De termijn van drie maanden is ingegeven omdat met dit wetsvoorstel voor de Wzd eveneens wordt voorgesteld dat, indien er in het zorgplan door cliënt en zorgverlener geen termijn is vastgelegd om de gedwongen zorg te evalueren, na een periode van maximaal drie maanden een evaluatie moet plaatsvinden. Bij de tijdelijke overplaatsing van de Wzd naar de Wvggz ligt het in de rede om hierbij aan te sluiten. Indien na drie maanden de zorg onder de Wvggz moet worden voortgezet, zal een zorgmachtiging op grond van de Wvggz moeten worden aangevraagd. Wanneer er in de periode dat iemand tijdelijk in een Wvggz-accommodatie verblijft een nieuwe vorm van gedwongen zorg nodig is die niet in het zorgplan is opgenomen, zal daarvoor eveneens een zorgmachtiging van de Wvggz moeten worden aangevraagd. Indien het om een acute situatie gaat moet een crisismaatregel worden aangevraagd die zo nodig wordt opgevolgd door een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel en een zorgmachtiging.

Voor de situatie waarin de cliënt permanent van de Wzd-zorgaanbieder naar een Wvggz-zorgaanbieder wordt overgeplaatst zijn in dit wetsvoorstel geen aanvullende bepalingen opgenomen. Indien een permanente overplaatsing nodig is, moet een zorgmachtiging worden aangevraagd. Een overplaatsing van een Wvggz-zorgaanbieder naar een Wzd-zorgaanbieder zal in de regel langdurig (langer dan drie maanden) zijn, bijvoorbeeld omdat zich bij de betrokken persoon naast een psychische stoornis een psychogeriatrische aandoening heeft ontwikkeld die steeds meer op de voorgrond is komen te staan. In die situaties volstaat de reguliere Wzd-procedure om de benodigde (gedwongen) zorg in het zorgplan op te nemen.

2.5.2. Gelijkgestelde aandoeningen in de Wzd

Eén van de aanbevelingen in de wetsevaluatie is om een algemene bepaling in de Wzd op te nemen die een arts de bevoegdheid geeft om te bepalen dat iemands ziekte of aandoening gelijk wordt gesteld met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening indien voldaan is aan in de wet genoemde voorwaarden voor gelijkgestelde aandoeningen. Deze nieuwe regeling zou in de plaats komen van de huidige bepaling over gelijkgestelde aandoeningen op basis waarvan gelijkgestelde ziekten en aandoeningen worden aangewezen in het Bzd. Uit het oogpunt van

rechtsbescherming en rechtszekerheid en uit zorginhoudelijk en uitvoeringsperspectief wordt dit als volgt uitgewerkt.

Voorgesteld wordt de huidige aangewezen gelijkgestelde aandoeningen te behouden. Tot nu toe zijn in het Bzd het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel aangewezen als gelijkgestelde aandoeningen. Niet alle personen met het genoemde syndroom, ziekte en letsel hebben daarmee automatisch een gelijkgestelde aandoening. Daar is pas sprake van als het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en het hersenletsel bepaalde verschijningsvormen hebben die daadwerkelijk vergelijkbaar zijn met gedragsproblemen en regieverlies zoals deze voorkomen bij dementie of een verstandelijke handicap. Het syndroom, de ziekte of het letsel moet zich uiten als een neurocognitieve stoornis met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Bovendien moet in ieder individueel geval door een arts worden vastgesteld dat iemands ziekte of aandoening zich op deze manier uit. Overigens zijn in aanvulling op bovengenoemde drie aandoeningen in het Besluit uitbreiding gelijkgestelde aandoeningen bepaalde verschijningsvormen van gerontopsychiatrische aandoeningen en autismespectrumstoornissen aangewezen als gelijkgestelde aandoeningen. Het voornemen is het Besluit uitbreiding gelijkgestelde aandoeningen tegelijk in werking te laten treden met dit wetsvoorstel. Het in stand laten van de aangewezen aandoeningen biedt rechtszekerheid aan cliënten met deze aandoeningen en aan artsen. Voor personen bij wie al is vastgesteld dat zij een gelijkgestelde aandoening hebben, verandert er niets. Hun aandoening hoeft niet opnieuw te worden beoordeeld. Voor artsen betekent het dat zij in het geval van die aangewezen aandoeningen alleen hoeven te beoordelen of die aandoening zich bij de betreffende persoon uit op de manier zoals dat is omschreven in het Bzd.

Daarnaast wordt voorgesteld om een bepaling op wetsniveau toe te voegen op basis waarvan een ter zake kundige arts in een individueel geval iemands aandoening gelijk kan stellen aan een Wzd-aandoening ook al is dat geen aandoening die is aangewezen in het Bzd. In dat geval moet een arts beoordelen of de betreffende persoon een ziekte of aandoening heeft die voldoet aan de criteria die worden opgenomen in artikel 1b van de Wzd. Vanuit rechtsbeschermingsperspectief is in het voorstel tevens opgenomen dat ten minste twee artsen betrokken moeten zijn bij het gelijkstellen van een aandoening. De arts die de beoordeling doet moet met een ter zake kundige arts van een andere discipline dan die van hemzelf afstemmen of de benodigde zorg door de beoogde zorgaanbieder kan worden verleend. In het geval dat iemand op basis van een diagnose in eerste instantie wordt behandeld onder de Wvggz, maar waar diens persoonlijke situatie er op een bepaald moment toe leidt dat wordt voldaan aan de criteria voor gelijkstelling is het van belang om een arts vanuit zowel de ggz als vanuit de langdurige zorg te betrekken om af te stemmen dat de benodigde zorg daadwerkelijk kan worden verleend. In de huidige praktijk vindt afstemming tussen artsen in dit soort situaties al plaats. De afwegingen moeten schriftelijk worden vastgelegd in het dossier. Indien niet wordt voldaan aan de verplichtingen bij de procedure van een gelijkstelling kan de cliënt of diens vertegenwoordiger daarover een klacht indienen.

2.5.3. Gemeenschappelijke crisismaatregel en machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel

In het licht van de vraag naar harmonisatie en meer inhoudelijke samenhang tussen de Wvggz en de Wzd, wordt voorgesteld een gezamenlijke crisismaatregel en gezamenlijke machtiging tot voortzetting van die crisismaatregel in beide wetten op te nemen. Een gezamenlijke crisismaatregel en machtiging tot voortzetting daarvan draagt eraan bij dat betrokkenen en cliënten zo spoedig mogelijk op de best passende plaats terechtkomen voor een behandeling. Voorkomen wordt dat tijdens een crisissituatie een wisseling tussen wettelijke kaders nodig is om de benodigde zorg voort te zetten ingeval er sprake is van multiproblematiek of als blijkt dat er in eerste instantie een verkeerde diagnose is gesteld. Daarbij wordt stapeling van maatregelen voorkomen. Onder de huidige wetten moet er worden gekozen voor één van beide wetten, ook wanneer het bij iemand niet meteen duidelijk is welke problematiek voorliggend is. Als bijvoorbeeld na het afgeven van een

inbewaringstelling op grond van de Wzd blijkt dat iemand moet worden behandeld onder de Wvggz betekent dit nu dat er na een inbewaringstelling (Wzd) eerst een nieuwe crisismaatregel (Wvggz) moet worden aangevraagd. In opvolging van een inbewaringstelling kan op grond van de huidige regelgeving geen machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel op grond van de Wvggz worden aangevraagd. Daardoor wordt de rechter in vergelijking met de reguliere Wvggz- of Wzd-procedure pas op een later moment betrokken dan vanuit rechtsbeschermingsoogpunt wenselijk is. Immers voor de betreffende persoon wordt dan eerst een inbewaringstelling van drie dagen afgegeven en daarna een crisismaatregel van drie dagen, waarna pas de aanvraag van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel kan volgen. De stapeling van maatregelen kan ook administratief belastend zijn voor de betrokken professionals. Zij doorlopen de procedures van de wetten opnieuw en daardoor zit er een dubbeling in de voorbereiding van de gedwongen zorg. Met een gemeenschappelijke crisismaatregel kan dit worden voorkomen. De wens om een gemeenschappelijk crisismaatregel voor de Wvggz en de Wzd te introduceren is door verschillende professionals naar voren gebracht.

Vanzelfsprekend is het ook nu al belangrijk dat iemand in crisis zo snel mogelijk op een passende plek zorg ontvangt. Goede samenwerking tussen alle actoren die zijn betrokken bij de crisiszorg, de ggz, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg is daarvoor onontbeerlijk. Dit is essentieel om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden aan betrokkenen en cliënten die niet eenduidig en onveranderlijk binnen een van beide domeinen verblijven. Daarvoor zijn samenwerkingsafspraken gemaakt die regionaal zijn vormgegeven na eerdere inwerkingtreding van de wetten. Deze regionale samenwerkingsverbanden blijven in stand. Het voorstel voor een gemeenschappelijke crisismaatregel beoogt niet om de huidige ontwikkeling van deze samenwerking te veranderen, maar om deze te bekrachtigen.

Ten slotte wordt opgemerkt dat de nieuwe gezamenlijke crisismaatregel en de nieuwe machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel in de plaats komt van de huidige crisismaatregel op grond van de Wvggz, van de inbewaringstelling op grond van de Wzd en de machtiging tot voortzetting van die twee huidige maatregelen. De procedure van de gemeenschappelijke crisismaatregel verschilt op onderdelen van de huidige twee procedures. Zo wordt voorgesteld om de hoorplicht van de burgemeester bij crisissituaties die nu expliciet is opgenomen in de Wvggz te schrappen en om tevens de hoorplicht op basis van artikel 4:8 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) uit te sluiten in de Wvggz en de Wzd. Dit laatste is nader toegelicht in paragraaf 2.1.6.

Procedure crisismaatregel

Op grond van huidige wetten besluit de burgemeester tot het al dan niet afgeven van een inbewaringstelling of crisismaatregel. Dat blijft onveranderd. Ook de nieuwe crisismaatregel zal worden afgegeven door de burgemeester. In de crisismaatregel neemt de burgemeester op welke gedwongen zorgvormen mogen worden toegepast en welke zorgaanbieder wordt belast met de uitvoering van de crisismaatregel. De medische verklaring die altijd moet worden opgesteld ter voorbereiding van een crisismaatregel is daarbij leidend. Indien een Wvggz-zorgaanbieder wordt belast met de uitvoering van de crisismaatregel stuurt de burgemeester een afschrift van de crisismaatregel aan de officier van justitie. Indien een Wzd-zorgaanbieder wordt belast met de uitvoering van de crisismaatregel ontvangt het CIZ dat afschrift.

Procedure machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel

Het wetsvoorstel voorziet erin dat zowel de officier van justitie als het CIZ bij de rechter een verzoekschrift voor een machtiging tot voortzetting kunnen indienen. Aangezien de officier van justitie of het CIZ een afschrift van de crisismaatregel ontvangt, zal nooit voor dezelfde persoon vanuit beide instanties de procedure worden voortgezet. Een extra coördinatiemechanisme lijkt daarom niet nodig.

Termijn van voortzetting

Voorgesteld wordt de termijn van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel op drie weken vast te stellen. Voor de Wzd betekent dit dat de looptijd van de machtiging tot voortzetting wordt ingekort ten opzichte van de huidige regeling in de Wzd. Voor de Wvggz blijft de looptijd

gelijk. Gedurende deze termijn moet indien nodig de vervolgmachtiging onder de Wvggz of onder de Wzd worden aangevraagd. Als een vervolgmachtiging wordt aangevraagd, blijft de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel maximaal drie weken langer gelden, waarbinnen het zorgplan en de rechterlijke machtiging (Wzd) of de zorgmachtiging (Wvggz) gerealiseerd moeten zijn. Voor beide wetten gelden uitgebreide dossiervereisten die in korte tijd gerealiseerd moeten worden. Tegelijkertijd vormt de toepassing van zowel de crisismaatregel als de machtiging tot voortzetting ervan een beperking van grondrechten. Zo kan het onder meer gaan om gedwongen medicatie of gedwongen opname. Vanuit het oogpunt van rechtsbescherming is het dan ook van groot belang dat deze periode, waarin op basis van eerste bevindingen gedwongen zorg wordt verleend, zo beperkt mogelijk blijft.

Door verschillende veldpartijen is de zorg geuit dat juist in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg vaak een langere periode nodig is om te bepalen welke zorg er op de lange termijn nodig is. Zij vroegen zich af of een kortere periode ertoe kan leiden dat het verzoek voor een opvolgende machtiging tot opname niet tijdig of niet volledig ingediend kan worden. Echter, zoals hierboven aangegeven, is het vanuit het perspectief van rechtsbescherming voor de cliënt van belang dat crisismaatregelen en de machtiging tot voortzetting zo kort mogelijk voortduren. Daarnaast geldt dat ook in het geval een opvolgende zorgmachtiging op grond van de Wvggz nodig is, de betrokken zorgverleners binnen deze termijn een uitgebreide beoordeling moeten doen. Bovendien hoeft met de gezamenlijke crisismaatregel en machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel niet meteen gewerkt te worden aan het opnemen van gedwongen zorg in het zorgplan op basis van de besluitvormingsprocedure. De benodigde gedwongen zorgvormen worden immers al in de crisismaatregel en in de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel opgenomen. Gedurende een crisis kan gedwongen zorg verleend worden die acuut nodig is zonder dat deze in het zorgplan is opgenomen. De drie dagen plus drie weken en drie weken nawerking, die de crisisopname en verlenging daarvan mogen duren, zijn bedoeld om de betrokkene of de cliënt te stabiliseren. In die periode moet worden bepaald wat op dat moment de beste vervolgplek is.

De inschatting is dat ook voor het Wzd-veld met dit voorstel de administratieve lasten niet toenemen, hoewel de periode om de aanvraag voor een opvolgende machtiging na een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel in te dienen korter is. Onder de huidige wet moet binnen een periode van twee weken vanaf dat een inbewaringstelling is afgegeven gedwongen zorg in het zorgplan opgenomen worden. Met de voorgestelde regeling hoeft de opname van gedwongen zorg in het zorgplan pas later gestart te worden.

2.6. Samenloop met de Wet forensische zorg

Dit wetsvoorstel beoogt ook de samenloop met de forensische zorg te verbeteren. Daartoe zijn allereerst enkele voorstellen opgenomen met betrekking tot artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz), ook wel bekend als de "schakelbepaling" tussen het strafrecht en de Wvggz en de Wzd. Het artikel bevat de bevoegdheid van de strafrechter om op verschillende momenten in het strafproces een zorgmachtiging (Wvggz) of een rechterlijke machtiging tot opname (Wzd) af te geven. In de Wvggz en de Wzd zijn bepalingen opgenomen die dit verder uitwerken. De werking van deze schakelbepaling is geëvalueerd, waarbij enkele aanbevelingen zijn gedaan. Conform de beleidsreactie van 25 november 2024 van de staatsecretaris van Justitie en Veiligheid en de staatssecretarissen van VWS zijn in dit wetsvoorstel een aantal aanpassingen opgenomen die het proces van artikel 2.3 Wfz verbeteren.⁴⁶ De in de beleidsreactie aangekondigde "forensische variant" van artikel 2.3 Wfz wordt nader uitgewerkt in een separaat wetsvoorstel van de minister van Justitie en Veiligheid. Daarnaast zijn in dit wetsvoorstel conform de aanbevelingen in het evaluatierapport van ZonMw aanpassingen opgenomen in de hoofdstukken die betrekking hebben op personen met een strafrechtelijke titel die verblijven in instellingen die de Wvggz of de Wzd uitvoeren. Het betreft hoofdstuk 9 in de Wvggz en hoofdstuk 3A in de Wzd.

⁴⁶ Kamerstukken II, 2024/25, 33 628, nr. 106.

3. Verhouding tot hoger recht

De procedures van de Wvvgz en Wzd grijpen in op grondrechten doordat bij het toepassen van gedwongen zorg deze rechten worden ingeperkt. Dit hoofdstuk gaat in op de verhouding van dit wetsvoorstel tot grondrechten, die zijn vastgelegd in verschillende grondrechtencatalogi.

3.1 Grondwet en internationale en Europeesrechtelijke verdragen

Het wetsvoorstel is getoetst aan de Grondwet, internationale en Europeesrechtelijke verdragen. In het kader van gedwongen zorg zijn artikelen 10, 11 en 15 van de Grondwet relevant. Artikel 10 van de Grondwet bevat het recht op eerbiediging van ieders persoonlijke levenssfeer. Op grond van artikel 11 van de Grondwet heeft iedereen recht op onaantastbaarheid van het lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. Artikel 15 van de Grondwet bepaalt dat buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen. Het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en het VN-Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (IVBPR) leveren samen een deels overlappend stelsel aan internationaalrechtelijke normen op. In het kader van gedwongen zorgverlening zijn de artikelen 5 en 8 van het EVRM en artikel 17 van het IVBPR het meest relevant. Artikel 5 van het EVRM bevat een regeling over vrijheidsontneming. Op grond van artikel 8 van het EVRM en artikel 17 IVBPR heeft eenieder het recht op respect voor zijn privéleven.

Op basis van de Grondwet zijn beperkingen toegestaan als daarvoor een grondslag in een wet in formele zin is opgenomen. Op grond van het EVRM geldt dat beperkingen bij wet moeten zijn voorzien. Dat betekent concreet dat er een wettelijke basis moet zijn die voldoende kenbaar en voorzienbaar is. Een wet in formele zin is daarbij niet vereist. Op grond van het EVRM moet een beperking van grondrechten een legitiem doel dienen. Daarbij geldt dat de beperking noodzakelijk moet zijn in een democratische samenleving. Dat noodzakelijkheids criterium is geconcretiseerd met de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit. Het proportionaliteitsbeginsel vereist dat een beperking wordt afgewogen tegen het met het wetsvoorstel nagestreefde doel. Een beperking mag niet onevenredig zijn in verhouding tot het te dienen doel. Op grond van het subsidiariteitsbeginsel moet worden vastgesteld of dit doel in redelijkheid niet op een andere, voor de betrokkene of de cliënt minder ingrijpende wijze kan worden behaald. Ook geldt dat het gekozen middel geschikt moet zijn om het doel te bereiken. De toetsing aan het IVBPR is hiermee in lijn. Een beperking is op grond van dit verdrag alleen toegestaan voor zover dit bij wet is voorzien, een geoorloofd doel dient en noodzakelijk is in een democratische samenleving.

In de volgende alinea's wordt ingegaan op de voorgestelde wijzigingen die raken aan bovengenoemde grondrechten.

Tijdelijke gedwongen zorg voorafgaand aan zorgmachtiging in de Wvvgz

Met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld dat gedwongen zorg tijdelijk kan worden toegepast voorafgaand aan de afgifte van een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring. Dit vormt een beperking van de rechten op grond van artikelen 10 en 11 van de Grondwet en artikel 8 van het EVRM. Nu het verlenen van tijdelijke gedwongen zorg voorafgaand aan de zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring wordt opgenomen in de Wvvgz, wordt voldaan aan het legaliteitsvereiste uit de Grondwet, het EVRM en IVBPR. De beperkingen dienen een geoorloofd legitiem doel. Met dit voorstel wordt beoogd de gezondheid van betrokkenen en de rechten en vrijheden van anderen te beschermen. Het in deze situaties meteen kunnen ingrijpen is noodzakelijk. Omdat de zorg die is opgenomen in de zelfbindingsverklaring direct mag worden verleend wanneer de afgifte van de zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring niet kan worden afgewacht, kan worden ingegrepen zodra de situatie rondom de betrokkene dit noodzakelijk maakt. Er bestaat een redelijke verhouding tussen het te bereiken doel en de inperking van het grondrecht. Alleen de zorg zoals opgenomen in de zelfbindingsverklaring mag worden toegepast en bovendien enkel in de omstandigheden die daarin omschreven staan. Ook mag deze zorg slechts tijdelijk worden verleend en moet binnen drie dagen een zorgmachtiging door de rechter worden afgegeven. Het te bereiken doel kan niet op een andere, minder ingrijpende wijze worden bereikt. Relevant daarbij is bovendien dat de zelfbindingsverklaring met

betrokkene wordt opgesteld en betrokkene daarmee instemt. Op deze wijze is geborgd dat de wensen van de betrokkene ten tijde van de crisissituatie zoveel mogelijk worden gehonoreerd.

Besluitvormingsprocedure gedwongen zorg in het zorgplan in de Wzd

Met dit wetsvoorstel wordt een aantal wijzigingen in de Wzd voorgesteld ten aanzien van de procedure die moet worden gevolgd voordat gedwongen zorg in het zorgplan kan worden opgenomen. Daarmee is er sprake van een procedure die bij wet is voorzien en goed kenbaar is. De beperkingen van grondrechten die als gevolg van de besluitvormingsprocedure kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld het opnemen van gedwongen medicatie in een zorgplan, dienen een legitiem doel. Met de procedure wordt namelijk beoogd de gezondheid van cliënten en rechten en vrijheden van anderen te beschermen. Met de voorgestelde aanpassingen wordt een nadere invulling gegeven aan de verdragsrechtelijke eis van proportionaliteit. Voorgesteld wordt dat de termijn dat gedwongen zorg in het zorgplan kan worden opgenomen altijd moet worden afgestemd met de cliënt en diens vertegenwoordiger. Nu zijn dit nog vaste termijnen. Tegelijkertijd kan die termijn niet langer zijn dan drie maanden indien er geen overeenstemming is met de cliënt. Meer dan voorheen zal hierdoor afgewogen worden welke termijn van gedwongen zorg proportioneel is met het oog op het te dienen doel. Ook het subsidiariteitsbeginsel wordt nader ingevuld. Voorgesteld wordt dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger om een evaluatie van het zorgplan kunnen verzoeken, los van de afgesproken evaluatietermijnen. Bovendien wordt voorgesteld dat cliënten bij die evaluaties andere dan de door de zorgverantwoordelijke gekozen deskundigen kunnen (laten) betrekken.

Wijziging opname van cliënten die geen bereidheid en geen verzet tonen in de Wzd

De voorgestelde wijzigingen in de opnameprocedure van de groep cliënten die daartoe geen bereidheid tonen, maar zich ook niet verzetten zijn eveneens getoetst aan het hoger recht omdat de opname van deze cliënten wordt beschouwd als een niet-vrijwillige opname.⁴⁷ Met het opnemen van deze procedure in de Wzd is dan ook voorzien in een wettelijke grondslag. De opnameprocedure voor deze cliënten beoogt een legitiem doel, te weten de bescherming van de gezondheid van een cliënt of de rechten en vrijheden van anderen. Opname kan uitsluitend plaatsvinden als er sprake is van ernstig nadeel en de opname noodzakelijk is om dat nadeel te voorkomen of af te wenden. Gedacht kan worden aan situaties waarin een cliënt als gevolg van zijn aandoening of beperking het gas aan laat staan of 's nachts op straat rondwaalt. Ook kan het voor partners, familieleden of andere mantelzorgers te zwaar zijn om de zorg op zich te nemen. Bovendien ziet de procedure uitsluitend op de opname en niet op andere vormen van gedwongen zorg. Het is niet toegestaan om een cliënt op basis van deze procedure op een gesloten afdeling op te nemen. Verder kan een opname uitsluitend plaatsvinden als er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Met de voorgestelde procedure wordt in eerste instantie over de opname besloten op basis van overleg tussen drie zorgprofessionals, de cliënt en de vertegenwoordiger. De cliënt of diens vertegenwoordiger kan zich daarbij laten ondersteunen door een cliëntenvertrouwenspersoon, familielid of naaste. Daarnaast blijft het wetsvoorstel de mogelijkheid bieden om bij het CIZ een besluit tot opname van de cliënt aan te vragen. Tegen dat besluit is bezwaar en beroep mogelijk. Voorgaande maakt dat deze opnameprocedure noodzakelijk en geschikt is om een cliënt of anderen te kunnen beschermen en brengt tot uitdrukking dat de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit leidend zijn.

Gezamenlijke crisismaatregel en gezamenlijke machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel

Met de opname in beide wetten van de gezamenlijke crisismaatregel en machtiging tot voortzetting daarvan hebben beide procedures eenzelfde kenbare wettelijke basis. Het doel dat wordt beoogd is de bescherming van de gezondheid van een betrokkene of cliënt of de rechten en vrijheden van anderen. Er bestaat een redelijke verhouding tussen dit doel en de daaruit voortvloeiende beperkingen van grondrechten. De crisismaatregel of machtiging tot voortzetting daarvan mag namelijk alleen worden afgegeven als er sprake is van onmiddellijk dreigend ernstig nadeel en de maatregel noodzakelijk en geschikt is om dat ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. De situatie moet dus zodanig ernstig zijn dat een reguliere machtiging op grond van de Wvvgz of de

⁴⁷ Kamerstukken II, 2008/09, 31996, nr. 3.

Wzd niet kan worden afgewacht. Verder wordt vereist dat alle voor de betrokken persoon noodzakelijke gedwongen zorg wordt opgenomen in de crisismaatregel of machtiging tot voortzetting daarvan. Uit een medische verklaring van een ter zake kundige arts moet blijken waarom die zorgvormen noodzakelijk zijn om het onmiddellijk dreigend ernstig nadeel weg te nemen. Uit deze verklaring moet ook blijken dat er geen minder ingrijpende manier bestaat om in te grijpen. Er mogen voor de betrokkene of cliënt dus geen andere, minder ingrijpende mogelijkheden bestaan om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden dan met de crisismaatregel of de voortzetting daarvan. Op deze wijze wordt geborgd dat de inperking door een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting daarvan proportioneel is en niet verder gaat dan noodzakelijk is.

3.2. Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

Met dit wetsvoorstel wordt in de Wvvgz en de Wzd een aantal bestaande grondslagen voor de gegevensuitwisseling tussen partijen verduidelijkt of aangepast. Hierdoor is artikel 8 van het Handvest van toepassing. Dit artikel ziet op het grondrecht betreffende de bescherming van persoonsgegevens. Omdat de AVG de bescherming van artikel 8 van het Handvest regelt, worden het Handvest en de AVG gelijktijdig besproken.

Uit artikel 52, eerste lid, van het Handvest volgt dat beperkingen op rechten uit het Handvest bij wet moeten worden gesteld en de wezenlijke inhoud van die rechten en vrijheden moeten eerbiedigen. Er mogen alleen beperkingen worden gesteld indien dit noodzakelijk is en dit gebeurt met het oog op het algemeen belang of de bescherming van rechten en vrijheden van anderen. Op grond van de AVG moet elke gegevensverwerking gerechtvaardigd zijn. Daarvan is alleen sprake wanneer het doel van de verwerking kan worden gebaseerd op een van de rechtsgrondslagen uit artikel 6, eerste lid, onder a tot en met e van de AVG. Voor dit wetsvoorstel ligt de grondslag voor het verwerken van persoonsgegevens in het voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust (onderdeel c) en in de vervulling van een taak van algemeen belang (onderdeel e). Voor beide onderdelen geldt dat voor de verwerking een grondslag nodig is in het Unierecht of het lidstatelijk recht.⁴⁸

Voor de Wvvgz en de Wzd gaat het veelal om gegevens over de gezondheid. Dit zijn bijzondere categorieën van persoonsgegevens als bedoeld in artikel 9, eerste lid van de AVG, waarvoor een verwerkingsverbod geldt. Het tweede lid van artikel 9 van de AVG laat hier echter uitzonderingen op toe. Onderdeel h van het tweede lid biedt de mogelijkheid om gegevens over de gezondheid te verwerken als dit noodzakelijk is voor het verstrekken van gezondheidszorg en indien passende waarborgen zijn getroffen in het kader van het beroepsgeheim van de verwerkingsverantwoordelijke. De verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens moet daarnaast voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. In de volgende alinea's wordt per voorgestelde wijziging ingegaan op de verhouding met de AVG.

Concretisering grondslagen en automatische gegevensdeling in de Wvvgz

In dit wetsvoorstel wordt een aantal expliciete grondslagen opgenomen in de Wvvgz voor de gegevensverstrekking en -verwerking van bijzondere persoonsgegevens. Het gaat onder meer om een grondslag voor het delen van politie- en justitiegegevens, gegevensdeling bij verkennend onderzoek en gegevensdeling aan gemeenten bij het einde van gedwongen zorg. Daarnaast wordt ten aanzien van het voorbereiden van zorgmachtigingen voorgesteld dat persoonsgegevens van betrokkenen zonder voorafgaande toestemming worden verstrekt aan de patiëntenvertrouwenspersoon, zodat deze het eerste contact kan initiëren. Verwezen wordt naar paragraaf 2.1.4.

De voorgestelde wijzigingen voldoen aan de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit: de verwerking van de persoonsgegevens gaat niet verder dan noodzakelijk en de verwerking van persoonsgegevens is nodig om het doel te bereiken waarvoor de gegevens worden verzameld. Wat

⁴⁸ Algemene verordening gegevensbescherming, paragraaf 45.

betreft de procedure voor de automatische verstrekking van gegevens van betrokkenen aan patiëntenvertrouwenspersonen zijn alternatieve opties onderzocht en overwogen, zoals een "opt out-systeem" waarbij betrokkenen kunnen aangeven dat zij niet opnieuw benaderd wensen te worden door de patiëntenvertrouwenspersoon. Een van de nadelen van een dergelijk systeem is echter dat opslag van persoonsgegevens nodig is om bij te houden welke betrokkenen geen toestemming geven voor de gegevensdeling. Dit zorgt voor administratieve lasten aan de kant van de zorgverleners en een risico ten aanzien van privacy en datalekken voor betrokkenen. Daarom is gekozen voor een systeem dat uitgaat van minimale gegevens die gedeeld worden (naam en contactgegevens) en een minimale bewaartermijn van deze gegevens. Ten aanzien van het delen van politie- en justitiegegevens (indien aanwezig) en andere gegevens geldt dat deze uitsluitend worden verstrekt aan specifiek in de Wvvgz genoemde personen en instanties in verband met hun specifieke taken. De psychiater ontvangt deze gegevens voor het opstellen van de medische verklaring, terwijl de burgemeester deze gegevens kan ontvangen indien dat noodzakelijk is bij het beslissen over een crisismaatregel. Het wordt niet proportioneel geacht deze stukken ook te sturen aan de zorgverantwoordelijke.

Concretisering grondslagen in de Wzd

Op grond van de huidige Wzd worden al bijzondere persoonsgegevens verwerkt. Het verstrekken van gegevens volgt uit de wettelijke taak die op zorgaanbieders rust. Voor de herkenbaarheid, duidelijkheid en eenduidigheid van de wet wordt voorgesteld om in meerdere artikelen expliciet een grondslag voor gegevensverstrekking en -verwerking op te nemen ten behoeve van de voorbereiding van een overleg of het aanvragen van een advies. In die gevallen is het noodzakelijk om de daarvoor benodigde gegevens te ontvangen.

Ook worden grondslagen opgenomen voor het delen van politie- en justitiegegevens en voor gegevensdeling bij verkennend onderzoek, de gezamenlijke crisismaatregel en machtiging tot voortzetting daarvan en aan gemeenten. De voorgestelde wijzigingen voldoen aan de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit. In de Wzd is telkens specifiek opgenomen tussen welke partijen gegevens mogen worden gedeeld en binnen welk kader of voor welk doel dat mag gebeuren. Zo mogen gemeenten slechts persoonsgegevens verwerken in het kader van een verkennend onderzoek voor zover dat noodzakelijk is om dat onderzoek uit te kunnen voeren. De burgemeester mag persoonsgegevens en politie- en justitiegegevens ontvangen indien dat noodzakelijk is bij het beslissen over een crisismaatregel.

3.3. VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN-verdrag Handicap)

Met dit wetsvoorstel beoogt het kabinet bij te dragen aan de verdere verwezenlijking van de doelen van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN-verdrag Handicap) door de algemene beginselen uit dit verdrag te betrekken bij voorliggend wetsvoorstel. Uit de toelichting van artikel 1 van het verdrag komt naar voren dat onder personen met een handicap ook mensen worden verstaan met psychosociale of psychiatrische problematiek.

Op 15 augustus 2024 vond in Genève een dialoog plaats tussen het VN-comité voor de Rechten van Personen met een Handicap (het Comité) en Nederland plaats over het VN-verdrag Handicap in Genève. Op 11 september 2024 publiceerde het Comité zijn concluding observations voor de verdere implementatie van het VN-verdrag Handicap in Nederland. Het Comité heeft enkele aanbevelingen gedaan ten aanzien van gedwongen zorg die betrokken zijn bij dit wetsvoorstel.⁴⁹ De voorstellen voor het versterken van de rechtspositie van betrokkene en de cliënt zijn in lijn met de aanbevelingen over met name het klachtrecht en het recht op ondersteuning van een vertrouwenspersoon.

Het wetsvoorstel is met name getoetst aan de beginselen van gelijkheid en autonomie uit artikel 3 van dit verdrag. Het zelfbeschikkingsrecht van personen met een psychische aandoening, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is het uitgangspunt in dit wetsvoorstel.

⁴⁹ [tinternet.ohchr.org/ layouts/15/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=2691&Lang=en](https://tinternet.ohchr.org/layouts/15/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=2691&Lang=en)

Pas als gedrag dat voortkomt uit een psychische stoornis, verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening tot ernstig nadeel voor een persoon zelf of anderen leidt, kan gedwongen zorg worden overwogen. Uitsluitend het aanwezig zijn van een van deze aandoeningen is dus nooit een grond om gedwongen zorg te verlenen. Het wetsvoorstel bevat op de doelgroep afgestemde waarborgprocedures voor het toepassen van gedwongen zorg.

Daarnaast volgt uit dit wetsvoorstel dat betrokkenen, cliënten, hun vertegenwoordigers en naasten betrokken moeten worden bij de besluitvorming van de zorgverlening. Zorgaanbieders moeten hen informeren over de te voeren overleggen en hen in staat moeten stellen daarbij aan te sluiten. Op deze wijze heeft een betrokkene of cliënt en zijn vertegenwoordiger inspraak bij de zorgverlening. Ook hebben zorgaanbieders de verplichting om de zorg zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de zorgbehoefte van een betrokkene of cliënt, waarbij de wensen van een betrokkene of cliënt in beginsel moeten worden gerespecteerd.⁵⁰ In de Wvggz is dit al als uitgangspunt opgenomen. Dit wetsvoorstel voorziet erin om ook in de Wzd het uitgangspunt op te nemen dat de wensen en voorkeuren van een cliënt in beginsel moeten worden gehonoreerd. Hiermee hangt samen dat dit wetsvoorstel inzet op het versterken van eigen regie. Dit is gestoeld op bovenstaand uitgangspunt dat de wensen en voorkeuren van mensen die gedwongen zorg ontvangen van belang zijn en zoveel mogelijk moeten worden gerespecteerd.

De beoogde versterking van de positie van vertrouwenspersonen draagt daarnaast bij aan de verdere uitwerking van de beginselen uit het VN-verdrag Handicap. Vanuit beide wetten kunnen vertrouwenspersonen nu al ondersteuning bieden bij verschillende situaties waarmee een betrokkene of cliënt te maken krijgt in het geval van gedwongen zorg. Door de bekendheid en toegankelijkheid van vertrouwenspersonen te vergroten, zullen betrokkenen en cliënten beter op de hoogte zijn van het bestaan van vertrouwenspersonen en meer gebruik kunnen maken van de ondersteuning die vertrouwenspersonen bieden. Dat verstevigt de positie van betrokkenen en cliënten. Ook de beoogde uitbreiding van het aantal klachtgronden op grond van de Wzd draagt bij aan de verbetering van de positie van personen met een handicap, omdat zij daardoor over meer onderwerpen een gemotiveerde klacht kunnen indienen.

Bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel is een doenvermogenstoets uitgevoerd waarbij ervaringsdeskundigen zijn betrokken. Paragraaf 5.1. gaat hier nader op in.

4. Verhouding tot nationale wetgeving

4.1. Burgerlijk Wetboek (BW)

De bepalingen uit Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), regelen de relatie tussen hulpverlener en de betrokkene of cliënt op het terrein van zorg in het algemeen. Deze bepalingen hebben betrekking op handelingen op het gebied van de geneeskunde, waaronder wordt verstaan: alle verrichtingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon ertoe stekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen of deze verloskundige bijstand te verlenen.

Uitgangspunt is dat de Wgbo van toepassing is bij de vormen van zorg waar de betrokkene of cliënt mee instemt dan wel zich niet tegen verzet. De Wgbo biedt enige ruimte voor geneeskundige behandeling tegen de wil van de betrokkene of cliënt in. Zo'n behandeling is op grond van de Wgbo toegestaan wanneer de betrokkene of cliënt wilsonbekwaam inzake de medische behandeling wordt geacht en ernstig nadeel voorkomen dient te worden, ofwel als er sprake is van een noodsituatie. De Wvggz en de Wzd zijn van toepassing als gedwongen zorg wordt overwogen of moet worden verleend en er sprake is van een psychische of psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Somatische problematiek (bijvoorbeeld een maligniteit) hoeft niet rechtstreeks voort te vloeien uit de aandoening, handicap of stoornis, maar het verzet tegen de behandeling kan daar wel mee samenhangen. Als er sprake is van een dergelijk causaal verband kan op grond van de Wvggz en de Wzd gedwongen zorg ten aanzien van somatische problematiek worden verleend.

⁵⁰ Zie in dit verband ook: Europees Hof voor de Rechten van de Mens 6 juli 2023, nr. 46421/21.

Echter, het herstel van de fysieke gezondheid kan niet het enige doel zijn van een zorgmachtiging, rechterlijke machtiging of crisismaatregel. Indien geen causaal verband bestaat tussen de psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking en het somatisch nadeel, dan zal de al dan niet noodzakelijke behandeling op grond van de Wgbo moeten plaatsvinden. Een wilsbekwaamheidstoets vindt dan ook plaats in het kader van de Wgbo.

4.2. Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Op basis van de Wtza is iedere nieuwe zorg- en jeugdhulpaanbieder verplicht zich te melden. De meldplicht is bedoeld om alle zorgaanbieders en jeugdhulpaanbieders onder het toezichtdomein van de inspectie in beeld te brengen. Hiermee kan de inspectie haar toezicht beter inrichten. Ook worden nieuwe aanbieders beter bewust van de (kwaliteits)eisen die zijn gesteld aan de zorg- en jeugdhulpverlening en hun verantwoordelijkheid hiervoor. In het vragenformulier waarmee een zorg- en jeugdhulpaanbieder zich meldt zijn ook vragen over (het verlenen van) gedwongen zorg opgenomen.

Gedwongen zorg wordt verleend aan vaak kwetsbare cliënten, waarbij de rechtsbescherming moet zijn gewaarborgd. Het is daarom van groot belang dat nieuwe aanbieders zich bewust zijn van de vereisten die de Wvvgz of de Wzd aan het verlenen van gedwongen zorg stellen. Daarnaast kan de inspectie, als toezichthouder voor de Wvvgz en de Wzd, op deze manier al bij aanvang van zorg nagaan of een aanbieder zich tevens heeft geregistreerd in het locatieregister of dat de aanbieder dit naar verwachting op termijn zal gaan doen.

4.3. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Zowel de Wzd als de Wvvgz bevatten een klachtenregeling die als *lex specialis* geldt ten opzichte van de algemene klachtenregeling op grond van de Wkkgz. Voordeel van deze bijzondere klachtenregeling is dat deze laagdrempeliger is, een snellere klachtafdoening kent en ook een snellere toegang tot de rechter mogelijk maakt, waarbij de rechter niet marginaal toetst. De limitatieve opsomming van klachtgronden heeft betrekking op beslissingen en procedures op grond van de Wzd en de Wvvgz. De Wzd en de Wvvgz vereisen de toegang tot een onafhankelijke klachtencommissie die binnen twee weken een besluit neemt. Deze vereisten verschillen van de Wkkgz, die onder andere voorschrijft dat binnen maximaal zes weken een besluit wordt genomen.

Dit wetsvoorstel sluit aan op plannen voor het op één website publiceren van uitspraken van geschilleninstanties, zoals vereist zal worden door de Wkkgz. In de reactie op het onderzoek naar geschilleninstanties, verzonden op 4 juni 2024 is dit toegelicht.⁵¹

4.4. Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams)

De Wet houdende wijziging van de Wmo 2015 en enkele andere wetten met het oog op een integrale en gecoördineerde aanpak bij meervoudige problematiek en de daarvoor benodigde gegevensverwerking (Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein of Wams) is op het moment van schrijven van de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel Wvvgz en Wzd aanhangig bij de Tweede Kamer. Met de Wams is beoogd een juridische grondslag te bieden aan het domeinoverstijgend delen van persoonsgegevens. Dit wetsvoorstel is van belang voor personen met een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, nu het de bedoeling is betrokkenen passend te ondersteunen bij terugkeer naar de maatschappij. De bedoeling is een meer integraal en breed vangnet te vormen met verschillende ketenpartners, waaronder gemeenten. In paragraaf 2.4. is ingegaan op het verkennend onderzoek op grond van de Wvvgz en de Wzd en hoe zich dat verhoudt tot de Wams.

4.5. Wet rechtspositie gesloten jeugdhulp (Jeugdwet)

In de Jeugdwet zijn de rechten van kinderen die in een instelling voor gesloten jeugdhulp verblijven, vastgelegd. Op grond van de Jeugdwet kan alleen in gesloten jeugdhulpaccommodaties

⁵¹ Kamerstukken II, 2023/24, 32402, nr. 81.

dwang bij jeugdigen worden toegepast; in de Jeugdwet wordt daarvoor de term vrijheidsbeperkende maatregelen gehanteerd. Opname in een gesloten jeugdhulpaccommodatie kan alleen plaatsvinden op basis van een rechterlijke machtiging tot gesloten plaatsing. Die machtiging wordt slechts verleend in geval van ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid ernstig belemmeren. Daarbij moet de opname noodzakelijk en geschikt zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. Als derde eis geldt dat er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om de opgroei- en opvoedingsproblemen te behandelen. Om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen zijn hier strenge voorwaarden aan verbonden. Het uitgangspunt is "nee, tenzij". Ook worden aanvullende eisen gesteld aan een aantal specifieke vrijheidsbeperkende maatregelen, afzonderingsruimtes en de fysieke en sociale veiligheid in de gesloten jeugdhulp.

De Wvggz en Wzd kunnen ook van toepassing zijn op minderjarigen. Als sprake is van gedrag dat voortvloeit uit een psychische stoornis of verstandelijke beperking en dit gedrag leidt tot ernstig nadeel dat enkel met gedwongen zorg kan worden voorkomen of beperkt zijn de procedures van de Wvggz of Wzd van toepassing.

5. Gevolgen (m.u.v. financiële gevolgen)

5.1. Doenvermogen

5.1.1. Uitkomsten doenvermogenstoets Wzd

Het is van belang dat de Wvggz en de Wzd begrijpelijk zijn voor de mensen over wie het gaat, dat er goede informatievoorziening en ondersteuningsmogelijkheden zijn en dat er zoveel mogelijk eigen regie wordt geboden. Om betrokkenen van de Wvggz en cliënten van de Wzd zoveel mogelijk ruimte te geven om knelpunten te signaleren en met hen voorstellen voor aanpassing van wetgeving te bespreken is een doenvermogenstoets uitgevoerd. De uitkomsten van de doenvermogenstoets zijn betrokken bij de uitwerking van dit wetsvoorstel. Hieronder wordt kort samengevat welke punten bij de toets naar voren zijn gekomen.

De wijzigingen voor de Wzd zijn voorgelegd aan een groep van vier ervaringsdeskundigen en vier ouders/begeleiders binnen de sector gehandicaptenzorg en aan vijf naasten van personen met een psychogeriatrische aandoening. De onderwerpen die aan hen zijn voorgelegd zijn de besluitvorming rondom gedwongen zorg in het zorgplan, de cliëntenvertrouwenspersoon en het klachtrecht. De opnameprocedure bij cliënten die geen bereidheid en geen verzet tonen is daarnaast voorgelegd aan de ervaringsdeskundigen binnen zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening.

De ervaringsdeskundigen hebben positief gereageerd op het voorstel om de besluitvorming rond gedwongen zorg meer te doen aansluiten op de reguliere zorgplanbesprekingen. Zij ondersteunen het uitgangspunt om aan te sluiten bij de meer natuurlijke momenten en dat cliënten zelf invloed kunnen uitoefenen op de frequentie van evaluatie omdat zij zelf het beste ervaren hoe hun situatie en daarmee hun behoeften veranderen. Benadrukt wordt hoe belangrijk het is dat er met hen en niet over hen gesproken wordt. Het is voor cliënten belangrijk zoveel mogelijk eigen zeggenschap en eigen regie te behouden waar dat mogelijk is. Dat de basis is om samen te beslissen werd ook benadrukt door de naasten van mensen met een psychogeriatrische aandoening.

De ervaringsdeskundigen steunen ook de uitbreiding van de beroepsgroepen die kunnen optreden als Wzd-functionaris en de mogelijkheid om een eigen gekozen deskundige te betrekken bij de evaluatiegesprekken over gedwongen zorg. De ervaringsdeskundigen benoemen wel het belang van een toelichting hierbij; aan wat voor deskundigen men kan denken en dat dit een deskundige van buiten de desbetreffende zorginstelling kan zijn. De naasten van personen met een psychogeriatrische aandoening reageren kritisch op het verplichte onafhankelijke advies zes weken voor de tweede evaluatie. Zij benoemen dat dit een administratieve last kan opleveren voor zorgprofessionals.

Met betrekking tot het besluit tot opname voor cliënten die geen bereidheid en geen verzet tonen steunen de ervaringsdeskundigen het voorstel om het CIZ niet langer altijd de aangewezen partij te laten zijn voor deze procedure.

Over de cliëntenvertrouwenspersoon hebben de ervaringsdeskundigen opgemerkt dat er meer informatie over de cliëntenvertrouwenspersoon, zowel door zorgorganisaties als door diverse andere partijen en individuele zorgprofessionals, zoals de casemanager dementie wordt verstrekt.

Ten slotte hebben de ervaringsdeskundigen positief gereageerd op de uitbreiding van de klachtgronden. Ook geven zij aan dat klagen precar is omdat cliënten zich niet altijd veilig genoeg voelen. Cliënten voelen zich afhankelijk en zijn gewend dat er regels zijn, ook al beperken die soms de vrijheid. Klagen zien de ervaringsdeskundigen als een allerlaatste stap nadat gesprekken met zorgverleners, al dan niet met een derde erbij, op niets zijn uitgelopen. Door ervaringsdeskundigen in de gehandicaptenzorg wordt aangegeven dat klagen met name in een ambulante setting lastig is. De procedures zijn vaak niet duidelijk (genoeg). Zij hebben naar voren gebracht dat het wellicht mogelijk is om meer toezicht en intervisie te organiseren, bijvoorbeeld door inspectiebezoeken maar ook via wederzijdse collegiale bezoeken of toetsingen om de externe blik te realiseren.

5.1.2. Uitkomsten doenvermogenstoets Wvggz

Bij de Wvggz bestond de doenvermogenstoets uit een reeks gesprekken met ervaringsdeskundigen, zowel betrokkenen als naasten, die hun ervaringen met gedwongen zorg en de procedures van de Wvggz hebben kunnen delen. De gesprekken zijn op verschillende momenten gevoerd, zowel na uitkomst van de evaluatie om knelpunten en aanbevelingen voor wetgeving te bespreken, als bij aanvang van het schrijfproces van wetgeving en op een later moment om de voorgenomen voorstellen te toetsen. Uit de gesprekken met ervaringsdeskundigen kwamen vaak verschillende wensen en voorkeuren over de voorbereidingsprocedure en de uitvoering van (gedwongen) zorg naar voren. Er is naar voren gebracht dat er aandacht moet zijn voor de balans tussen een duidelijk rechtsbeschermingskader en de behoefte aan maatwerk. Er is met ervaringsdeskundigen gekeken naar hoe ruimte geboden kan worden voor maatwerk, door bijvoorbeeld meer flexibiliteit in het bieden van eigen regie en het geven van informatie. Daarnaast is duidelijk de wens naar voren gekomen om in een vroegtijdig stadium na te denken over wensen en voorkeuren bij gedwongen zorg. Dit heeft als gevolg dat de eigen regie-instrumenten zoveel mogelijk daarop gericht zijn, door bijvoorbeeld het plan van aanpak uit de voorbereidingsprocedure te halen en de procedure voor de zelfbindingsverklaring duidelijker te maken. Uit de gesprekken blijkt een eenduidige wens dat een betrokkene zich goed gehoord moet kunnen voelen. Daarom moet ruimte geboden kunnen worden voor maatwerk zonder afbreuk van rechtsbescherming. Dit voorstel beoogt tegemoet te komen aan de geuite wensen.

5.2. Regeldruk

De regeldrukberekening wordt naar verwachting in het voorjaar van 2025 afgerond en uitgevoerd conform het Handboek Meting regeldrukkosten van het ministerie van Economische Zaken. Deze paragraaf wordt aangevuld en gekwantificeerd na de regeldrukberekening.

5.3. Administratieve lasten

5.3.1. Voorbereiding en uitvoering Wvggz-procedures

Beoogd is dat de administratieve last voor zorgverleners en andere professionals die de Wvggz uitvoeren zal afnemen.

In dit verband ziet één van de aanbevelingen op de vier weken-termijn voor de voorbereiding van een zorgmachtiging. Hierin worden de volgende wijzigingen voorgesteld. In de meeste gevallen (ruim 90%) komt de aanvraag voor een zorgmachtiging uit de zorg zelf. De geneesheer-directeur hoeft in dat geval niet te worden aangewezen door de officier van justitie.

Door het plan van aanpak niet in de strakke termijn van de voorbereidingsprocedure op te nemen, hoeven de geneesheer-directeur en betrokkene geen brieven heen en weer te sturen. Het huidige artikel 5:5 kent drie schriftelijke kennisgevingen, drie besluiten en vier overlegplichten. Het plan van aanpak is meer onderdeel van het voorkomen van gedwongen zorg. Door meer aandacht te vragen voor de instrumenten voor eigen regie gedurende de hele periode dat iemand zorg krijgt, is er minder druk in de voorbereidingsprocedure om wensen en voorkeuren te inventariseren. Ook de ondersteuning door de patiëntenvertrouwenspersoon wordt hier versterkt. Het automatisch verzenden van naam en contactgegevens naar de patiëntenvertrouwenspersoon is een reductie in lasten, omdat de uitdrukkelijke toestemming van betrokkene niet meer hoeft te worden gevraagd en vastgelegd.

Daarnaast krijgen zorgverleners meer vrijheid om reeds aan betrokkene gegeven informatie niet nogmaals te verstrekken als de informatie onvoldoende bijdraagt aan rechtsbescherming, en wanneer de informatie niet rechtstreeks ziet op de rechtspositie van betrokkene. Ook hoeven zij betrokkenen niet schriftelijk te informeren wanneer sprake is van een interne overplaatsing van de betrokkene. Verder wordt voorgesteld dat wanneer sprake is van een ononderbroken en ongewijzigde voortzetting van een gedwongen zorgvorm op grond van een voorgaande juridische titel, artikel 8:9 niet van toepassing is. Bij het vroegtijdig beëindigen van de gedwongen zorg vervalt de extra medische verklaring. Ook de overlegplicht met burgemeester of officier van justitie in dat kader komt te vervallen; zij worden voortaan tijdig over deze beslissing geïnformeerd. In plaats daarvan wordt meer aandacht besteed aan de relatie met de gemeente als dat voor nazorg noodzakelijk is.

Met het beperken van de informatie over verleende gedwongen zorg die in een overzicht aan de inspectie moet worden aangeleverd, wordt beter aangesloten bij wat zorgverleners registreren voor hun betrokkenen en eigen kwaliteitsverbetering.

Tot slot wordt het sturen van afschriften naar derden waar mogelijk beperkt, om beter aan te sluiten op de AVG en de administratieve lasten te verlichten.

Het vervallen van de hoorplicht tijdens de crisismaatregelprocedure en het in het leven roepen van de gemeenschappelijke crisismaatregel maakt de procedure eenvoudiger voor de burgemeester.

5.3.2. Periodiek besluitvormingsoverleg Wzd

De verwachting is dat de administratieve lasten rondom de periodieke besluitvormingsprocedure afnemen ten opzichte van de situatie in de huidige wet. Dit is voornamelijk te verklaren door de evaluatietermijnen. Waar in de huidige situatie er drie keer drie maanden en vervolgens elke zes maanden diende te worden geëvalueerd, is dat nu gewijzigd naar standaard zes maanden als maximumtermijn. Het voordeel hiervan is dat wordt aangesloten bij de werkwijze in de langdurige zorg, waarin het zorgplan ook tweemaal per jaar wordt geëvalueerd. Daarnaast is het aantal verschillende functionarissen, dat betrokken dient te worden bij de evaluaties, teruggebracht. De voorgestelde wijzigingen vereenvoudigen de uitvoering van het periodieke besluitvormingsoverleg en verminderen daarmee de bijbehorende administratieve lasten.

Een wijziging die de administratieve lasten in beperkte mate kunnen doen toenemen is het voorstel dat een evaluatie van de gedwongen zorg ook op initiatief van de cliënt of diens vertegenwoordiger kan plaatsvinden.

5.3.3. Opname van cliënten die geen bereidheid en geen verzet tonen

De invoering van de voorgestelde gewijzigde opnameprocedure ten aanzien van cliënten die geen bereidheid of bezwaar kunnen tonen, zal niet leiden tot een toename van de uitvoerings- en administratieve lasten voor zorgverleners. Immers, in de praktijk gebeurt het al dat de huisarts of een ter zake kundige arts, samen met andere zorgverleners over de opname van een cliënt overleggen. Wel zal de huisarts of de ter zake kundige arts aantekening in het dossier van de cliënt dienen te maken. Daarnaast zullen de uitvoerings- en administratieve lasten bij het CIZ afnemen, nu het CIZ in beginsel geen besluit tot opname hoeft af te geven. Ook hoeven de zorgverleners (in

beginsel) geen aanvraag voor een besluit tot opname voor te bereiden. Deze last vervalt dan ook voor de zorgverleners.

5.3.4. Ronde tafelgesprekken (verslag van de MKB-panelgesprekken)

Eind mei 2024 hebben rondetafelgesprekken plaatsgevonden met vertegenwoordigers uit de zorgsector. De gesprekken zijn gehouden met het doel om de uitvoerbaarheid, werkbaarheid en de regeldruk van dit wetsvoorstel voor zorgverleners te toetsen. In totaal hebben 23 mensen uit de praktijk deelgenomen aan de panelgesprekken. De gesprekken zijn betrokken bij het opstellen van dit wetsvoorstel. Hieronder is een weergave opgenomen van de gesprekken die hebben plaatsgevonden.

Rondetafelgesprek Wvvgz

Het gesprek van 28 mei 2024 heeft plaatsgevonden met twee verpleegkundig specialisten, een verpleegkundige in opleiding tot specialist, een geneesheer-directeur en een secretariael medewerker van een bureau geneesheer-directeur. Het wetsvoorstel Wvvgz is op zeven hoofdonderwerpen toegelicht, waarna de aanwezigen de gelegenheid hebben gehad hun zienswijze naar voren te brengen. De volgende onderwerpen zijn besproken.

Voorbereiding zorgmachtiging en eigen regie

De aanwezigen geven aan dat de eigen regie-instrumenten in de praktijk niet optimaal werken. Betrokkenen begrijpen niet altijd wat de bedoeling is en patiëntenvertrouwenspersonen zijn niet altijd betrokken. De timing van het plan van aanpak kan ook ingewikkeld zijn: de termijn van twee weken is kort en het kan verwarrend zijn om te spreken over een eigen plan van aanpak, terwijl gedwongen zorg wordt voorbereid. Dit kan de behandelrelatie zelfs bemoeilijken: betrokkenen doen moeite voor een plan van aanpak en zijn teleurgesteld als dit niet wordt gevolgd. Dan wordt het verlies van regie juist bevestigd. Verder is de procedure voor de zelfbindingsverklaring niet altijd helder en dit instrument wordt niet vaak ingezet. Als de voorwaarden van de zelfbindingsverklaring niet aansluiten op de situatie, dan wordt al snel een reguliere zorgmachtiging aangevraagd. Daarnaast wordt de crisiskaart waardevol gevonden. Hierin kan bijvoorbeeld worden vastgelegd welke medicatie de voorkeur heeft. Tot slot wordt aangegeven dat de effectiviteit van de eigen regie-instrumenten ook verbonden is met de wijze van communicatie en de werkcultuur binnen een instelling.

Vertrouwenswerk en automatische gegevensdeling

De voorafgaande toestemming voor gegevensdeling met vertrouwenspersonen wordt door de aanwezigen belangrijk gevonden. Het is een vorm van eigen regie van betrokkenen. De ervaring is dat patiëntenvertrouwenspersonen goed te vinden zijn en dat voldoende voorlichting wordt gegeven. De aanwezigen zijn niet bekend met betrokkenen die achteraf eerder bijstand van vertrouwenspersonen hadden gewild. Er wordt terughoudend gereageerd op automatische gegevensdeling, nu er vanuit de instellingen geen grip is op de gegevens die worden gestuurd. Patiëntenvertrouwenspersonen zijn niet in dienst van de instellingen. De vraag is ook of betrokkenen eerder op de hoogte zijn van het bestaan van patiëntenvertrouwenspersonen, nu de zorgverlener die de gegevens zou moeten delen ook de betrokkene informeert. Er wordt een verschil ervaren tussen de juridische bijstand door een advocaat en de bijstand die de patiëntenvertrouwenspersoon verleent. De bijstand van een patiëntenvertrouwenspersoon ziet op de zorg in bredere zin.

Informatievoorziening

Te veel informatie of verkeerd getimed informatie kan volgens de aanwezigen ontregelend werken. Ook begrijpt het merendeel van de betrokkenen de informatie niet. Het Nederlands is te moeilijk, de informatie is niet afgestemd op anderstaligen en mensen krijgen te veel brieven achter elkaar. Het zou beter zijn als de brieven korter en alleen naar de advocaat worden gestuurd als dat beter is voor betrokkene. Tegelijkertijd bieden de brieven ook juridische bescherming aan zorgverleners en betrokkenen. Mede daarom moeten de brieven juridisch kloppen en volledig zijn. Verder zouden de aanwezigen meer ruimte willen voor behandelaren om het moment van

informereren zelf te kiezen. Zij kunnen dan rekening houden met de staat waarin de betrokkene verkeert. De juridische en medische belangen zijn soms met elkaar in conflict: gedwongen zorg is alleen mogelijk na het doorlopen van juridische procedures die voor betrokkenen belastend zijn. Vanuit een medisch perspectief zou het beter zijn om betrokkenen hiervoor af te schermen. Tegelijkertijd moeten betrokkenen hun rechten kennen en behandelaren moeten toetsbaar zijn, juist omdat gedwongen zorg ingrijpend is.

Uitvoering gedwongen zorg

Het plan om alleen een brief op grond van artikel 8:16 van de Wvggz te sturen als een betrokkene structureel wordt overgeplaatst, wordt goed ontvangen door de aanwezigen. Verder wordt de wilsbekwaamheidstoets als ingewikkeld ervaren, want de wilsbekwaamheid kan fluctueren. Ook de extra medische verklaring van artikel 8:18 van de Wvggz wordt besproken. Gezien de tijd en administratieve lasten zijn de aanwezigen voor schrapping van deze verklaring. Anderzijds gaat daarmee wel een "frisse blik" op de situatie verloren. Ten slotte wordt gesproken over beeldbellen. Dit is mogelijk als het goed is gemotiveerd en in sommige gevallen wordt het als wenselijk ervaren. Het tekort aan psychiaters wordt daarbij relevant gevonden: soms zijn er geen psychiaters op de plaatsen waar ze het hardst nodig zijn.

Registratie

Door de aanwezigen wordt registratie vooral belangrijk gevonden voor interne evaluaties. Insluiten en medicatie worden gezien als de belangrijkste onderwerpen om te registreren. Het wordt van waarde geacht om de cijfers te duiden. De interpretatie van termen en handelingen is daarbij van invloed, bijvoorbeeld het aanmerken van handelingen als drang of dwang. Ook het verzetsbegrip kan verschillend worden opgevat. Sommige situaties betreffen een grijs gebied en dit kan van invloed zijn op het beeld dat de registratie laat zien. Wanneer een externe, overkoepelende toetsing zou plaatsvinden, vinden de aanwezigen het belangrijk om de context hierin mee te nemen: het soort instelling, de plaats van de instelling en andere omstandigheden kunnen de cijfers beïnvloeden. Ook de werkcultuur binnen een instelling heeft invloed op de cijfers rondom gedwongen zorg.

Wederkerigheid

Vroeg contact met de gemeente kan volgens de aanwezigen nuttig zijn, maar dat is alleen mogelijk als betrokkenen daarvoor toestemming geven. Soms geven betrokkenen geen toestemming omdat ze opgenomen willen blijven. Als een betrokkene terugkeert naar een woning dan heeft het ambulante zorgteam contact met de betrokken gemeente en dat loopt doorgaans goed. De gemeenten organiseren het proces rondom essentiële voorwaarden verschillend. Ook wordt aangegeven dat de zorg- en veiligheidssystemen niet naadloos op elkaar aansluiten. Soms vallen mensen tussen wal en schip, bijvoorbeeld als betrokkenen dakloos zijn. Ook is de terminologie per instantie verschillend en gegevensdeling tussen instanties kan een probleem vormen.

Samenloop met de Wzd en crisismaatregel

De aanwezigen vinden het principe van een gezamenlijke crisismaatregel kloppend, maar de angst bestaat voor een aanzuigende werking van patiënten met een multidisciplinaire zorgvraag naar ggz-instellingen. Bedden in Wzd-instellingen zijn schaars. In ggz-instellingen is vaker een crisisbed beschikbaar, terwijl de juiste expertise om iemand passend te behandelen soms ontbreekt, bijvoorbeeld in het geval van een licht verstandelijke beperking of verslaving. Volgens de aanwezigen is op voorhand vaak wel duidelijk wat de voorliggende stoornis is, maar het komt weleens voor dat iemand eerst op basis van de Wvggz wordt opgenomen en daarna een wijziging wordt gemaakt naar een inbewaringstelling op basis van de Wzd. Hierover zijn goede afspraken gemaakt. Dan wordt eerst de crisismaatregel opgeheven, waarna een onafhankelijk psychiater opnieuw de betrokkene of cliënt beoordeelt. Een samenvoeging van de spoedprocedures zou deze extra beoordeling overbodig maken. Een alternatieve oplossing zou kunnen zijn dat de titel wacht op de plaats die uiteindelijk wordt gegeven. De aanwezigen benadrukken dat de problematiek rondom de uitvoering eerst moet worden opgelost. Het is een gezamenlijk probleem van de Wzd-instellingen en ggz-instellingen.

Rondetafelgesprek Wzd, sector gehandicaptenzorg

Het gesprek heeft op 29 mei 2024 plaatsgevonden met twee artsen verstandelijk gehandicapten (tevens Wzd-functionaris), een lid van een klachtencommissie, een jurist die werkt in een Wzd-beleidsteam van een zorginstelling, een cliëntenvertrouwenspersoon, twee gedragswetenschappers en twee beleidsmedewerkers kwaliteit en veiligheid.

Inleidend

Aanwezigen geven het belang aan van goede samenwerking tussen de sector gehandicaptenzorg en de ggz en benoemen zorgen ten aanzien van de samenloop tussen de Wzd en Wvggz. Vooral voor cliënten met complexe problematiek is niet altijd duidelijk welke problematiek voorliggend is, terwijl toch een keuze moet worden gemaakt over wat de best passende woon-/zorgplek is. Dit is ofwel in de gehandicaptenzorg of de zorg voor mensen met psychogeriatric (Wzd) ofwel in de geestelijk gezondheidszorg (Wvggz). Daarnaast geeft een aantal van de aanwezigen aan dat de term "onvrijwillige zorg" de voorkeur heeft ten opzichte van "gedwongen zorg". De reden hiervoor is dat indien het gehanteerde woordgebruik "gedwongen zorg" is, dat sneller het idee zal geven dat het gaat om meer ingrijpende zorgvormen, terwijl dit niet het geval hoeft te zijn. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat, gezien vanuit het oogpunt van de cliënt, het altijd als gedwongen zorg wordt ervaren, ook als het "onvrijwillig" wordt genoemd.

Gedwongen zorg in het zorgplan

Aan de aanwezigen wordt toegelicht dat de kern van de procedure voor het toepassen van gedwongen zorg ongewijzigd blijft. Voorgesteld wordt om de procedure omtrent het opnemen en evalueren van gedwongen zorg in het zorgplan flexibeler en eenvoudiger te maken en te laten aansluiten bij het reguliere zorgproces. Zo wordt voorgesteld om zorgverleners meer ruimte te bieden om evaluatietermijnen te bepalen, in samenspraak met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. De aanwezigen reageren positief op het voorgestelde, maar hebben wel vragen bij het onderdeel over de verplichte adviesaanvraag aan een onafhankelijk deskundige, indien het niet lukt om voor het tweede evaluatiemoment de gedwongen zorgvorm af te bouwen. De meerderheid van de aanwezigen geeft aan dat het multidisciplinaire overleg en de herhaalde toets van de Wzd-functionaris op het zorgplan voldoende waarborg zou moeten zijn ten aanzien van de rechtsbescherming van een cliënt. Tevens geven de aanwezigen aan dat de vereiste instemming door een arts, indien een zorgverantwoordelijke geen arts is, niet wenselijk wordt gevonden. Een gedragsdeskundige zou de opname van gedwongen zorg in het zorgplan ook kunnen beoordelen. Het gaat immers veelal om zorgvormen die gedragsmaatregelen zijn. Toegelicht wordt dat het uitsluiten van somatische oorzaken van het probleem aan een arts is. De voorgestelde uitbreiding van de beroepsgroepen die de functie Wzd-functionaris kunnen vervullen wordt positief ontvangen. Door de aanwezigen wordt gevraagd hoe tot deze afbakening van beroepsgroepen is gekomen en waarom de groep niet breder is (bijvoorbeeld een orthopedagoog of een gedragswetenschapper). Aangegeven wordt waarom er een noodzaak is voor een wettelijke, objectieve afbakening, en dat er altijd kundige professionals zullen zijn die daardoor buiten de reikwijdte van de wet vallen.

Cliëntenvertrouwenspersoon en klachtrecht

De aanwezigen geven aan dat "ondersteunen" de juiste term is voor de werkzaamheden van de cliëntenvertrouwenspersoon. Daarnaast wordt aangegeven of overwogen kan worden om de vorm van het informeren van de cliënt over de cliëntenvertrouwenspersoon vast te leggen (ook in een briefvorm, conform de Wvggz). Dan ligt het recht van de cliënt duidelijker vast, zo menen zij.

Het is van groot belang, zo geven de aanwezigen aan, dat cliënten en vertegenwoordigers rechtstreeks een klacht kunnen indienen bij de klachtencommissie. Het wordt bevestigd dat dit nu ook zo in de Wzd staat en behouden blijft. Daarnaast wordt door de aanwezigen aangegeven dat één klachtencommissie voor zowel Wzd als Wkkgz goed zou zijn. Bovendien wordt door de aanwezigen aangegeven dat ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon bij klachtrecht belangrijk is voor de cliënt.

Vormgeving besluit tot opname (artikel 21 van de Wzd)

De aangepaste vormgeving wordt aan de aanwezigen toegelicht. De aanwezigen zijn overwegend positief, maar hebben ook vragen. Wie beslist uiteindelijk als de procedure is gericht op consensus? Daar mag geen onduidelijkheid over bestaan. Daarnaast wordt door de aanwezigen de vraag gesteld waarom het hebben van een procedure voor opname nodig is. In reactie hierop wordt aangegeven dat het om een kwetsbare groep cliënten gaat, die geen verzet (kunnen) laten zien en waarbij het dus niet duidelijk is of zij bereid zijn om te verhuizen. Om ook voor deze cliënten een goede rechtsbescherming te waarborgen, wordt het artikel behouden, maar wel anders vormgegeven. Er wordt tevens door de aanwezigen voorgesteld om de eis van een geregistreerde accommodatie uit de Wzd te halen voor cliënten, die geen bereidheid laten zien, maar ook geen verzet tonen.

Samenloop met de Wvvggz, waaronder een gemeenschappelijke crisismaatregel

Door de aanwezigen wordt in de eerste plaats de samenwerking met ggz-aanbieders aangekaart, deze moet goed zijn om bijvoorbeeld mensen met multiproblematiek te behandelen. Daarnaast wordt gevraagd of de zorgverantwoordelijke van een VG-aanbieder verantwoordelijk blijft als iemand tijdelijk onder een ander regime valt. In reactie hierop wordt aangegeven dat dit niet zo is, maar betrokkenheid en nauw contact tussen de zorgverleners blijft essentieel. Ten aanzien van de voorgestelde gemeenschappelijke crisismaatregel wordt aangegeven dat het hanteren van één term in de Wzd en de Wvvggz niet duidelijk is; in de praktijk (zowel vg als ggz) is men gewend aan het woord en de betekenis van een inbewaringstelling. Het voorstel voor een gemeenschappelijke crisismaatregel lost eigenlijk niets op als er niet ook iets aan het aanbod verandert, zo geven de aanwezigen aan. De cliënt moet toch bij een zorgaanbieder worden opgenomen. Een gecombineerde opvanglocatie voor crisis (crisishuis zonder regime) zou in het verlengde moeten liggen van de gemeenschappelijke crisismaatregel. Dan pas is het volgens hen nuttig om een gemeenschappelijke crisismaatregel te kunnen inzetten.

Rondetafelgesprek Wzd, sector ouderenzorg

Het gesprek heeft op 30 mei 2024 plaatsgevonden met drie specialisten ouderengeneeskunde (tevens Wzd-functionaris), een casemanager dementie, twee zorgbemiddelaars van een zorgaanbieder, een verpleegkundig specialist ggz, één cliëntenvertrouwenspersoon en een lid van een klachtencommissie Wzd/Wvvggz.

Inleidend

Bij de gehanteerde term in het wetsvoorstel "gedwongen zorg" in plaats van "onvrijwillige zorg" wordt door een aantal aanwezigen stilgestaan. Op de werkvloer is men nu gewend aan de term "onvrijwillige zorg".

Gedwongen zorg in het zorgplan

De aanwezigen reageren positief op het voornemen om de processen en procedures in de Wzd meer te koppelen aan die in de reguliere zorg en aansluiting te zoeken bij het zorgplan. Het is van belang om duidelijk in het wetsvoorstel aan te geven of evaluatiemomenten éénmaal per jaar zijn of eenmaal per zes maanden. Daarnaast geven de aanwezigen aan dat de huidige Wzd te veel gericht is op afbouw waar het gaat om medicatie. Het duurt vaak veel langer om iemand goed in te stellen en te zien of de medicatie effect heeft. Daar horen langere evaluatietermijnen bij. Overigens zitten te korte termijnen ook in de richtlijnen van de eigen beroepsgroepen. Op andere momenten is zes maanden tussen evaluaties weer veel te lang en moet je eerder denken aan weken in plaats van maanden. Het is dus vooral van belang dat er flexibiliteit mogelijk is. De aanwezigen kunnen zich, na een toelichting, vinden in het voorstel om de voorgestelde Wzd-procedures ook te laten gelden voor cliënten die geen bereidheid en geen verzet laten zien.

Ten aanzien van de opname van gedwongen zorg in het zorgplan moet een arts instemmen als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is. De aanwezigen vragen zich af waarom daar ook niet bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist, de physician assistant, de gz-psycholoog en de gedragsdeskundige aan worden toegevoegd. Een deel van deze beroepsgroepen mag immers wel

de toetsende functie vervullen als Wzd-functionaris, maar niet beoordelen of gedwongen zorg nodig is. Uiteraard moeten de somatische oorzaken worden uitgesloten door een ter zake kundige zorgprofessional, ook hier geldt dat de deskundigheid van een collega moet worden ingeroepen als een zorgverlener zelf onvoldoende deskundig is (vertrouwen in de professional en zijn handelen). De aanwezigen kunnen instemmen met de uitbreiding van de beroepsgroepen die Wzd-functionaris kunnen zijn. Het is en blijft belangrijk dat de zorgprofessional zelf weet waar de grenzen van zijn deskundigheid liggen, kennis van het ziektebeeld heeft en waar zo nodig de deskundigheid van een collega moet worden ingeroepen (professioneel handelen), zo geven de aanwezigen aan. Er is kort gesproken of een uitbreiding met de beroepsgroepen casemanager dementie en wijkverpleegkundige wenselijk is.

De aanwezigen geven aan dat een onafhankelijke deskundige vaak lastig te vinden is, met name voor kleine zorgaanbieders. Zij stellen de vraag of de wet wordt vormgegeven uitgaande van de excessen die voorkomen of vanuit vertrouwen in de beroepsgroep en de naasten. Er is vaak al veel deskundigheid in het team dat betrokken is bij een cliënt. Dit roept de vraag op of niet onderling kan worden geregeld dat er een frisse blik meekijkt.

Cliëntenvertrouwenspersoon en klachtrecht

De aanwezigen geven aan dat "ondersteunen" de juiste omschrijving is voor de werkzaamheden van de cliëntenvertrouwenspersoon en zijn instemmend over de informatieverplichtingen van de zorgaanbieder. De aanwezigen lijkt het wel lastig te controleren door de inspectie of de zorgaanbieder zich hieraan houdt. De aanwezigen hebben geen vragen bij de voorstellen over het klachtrecht.

Vormgeving besluit tot opname

De aanwezigen ondersteunen het voorstel dat het CIZ niet meer standaard een beoordeling zou moeten doen. Echter, de aanwezigen hebben vragen bij de consensus van drie zorgverleners. Zij zien liever dat dit twee zorgverleners zijn. De casemanager dementie kan hierin een belangrijke rol spelen. Daarnaast vragen aanwezigen hoe om te gaan met cliënten, die niet drie zorgverleners om zich heen hebben en geen familie. Meestal wordt in het huidige geval dan een rechterlijke machtiging aangevraagd voor de cliënt. Voorts wordt aangegeven dat indien er bij geen bereidheid, geen verzet van een cliënt ten aanzien van de opname meer rechtswaarborgen dienen te zijn, dat een suggestie kan zijn dat de zorgaanbieder bij opname van een cliënt goed nagaat of er sprake is van verzet. Zo ja, dan dient de gebruikelijke procedure van opname van gedwongen zorg in het zorgplan te worden gevolgd. Het uitgangspunt is in ieder geval om zoveel mogelijk de rechterlijke machtigingsprocedure te voorkomen. Heel vaak is het zo dat de zorgverleners de houding van de cliënt pas ná de opname te weten komen. Het CIZ maakt onder de huidige Wzd een momentopname. De zorgaanbieder is in staat om een cliënt langer te observeren en de situatie te beoordelen. Het risico bestaat dat iemand al is opgenomen en daarna terug naar huis blijkt te willen en daartoe in staat te zijn. De deelnemers achten dat risico weliswaar aanwezig maar klein in de praktijk. Ook hier vragen de aanwezigen zich af of het wetsvoorstel uitgaat van excessen en wantrouwen of uitgaat van vertrouwen in de zorgverleners en naasten.

Samenloop met de Wvggz, waaronder een gemeenschappelijke crisismaatregel

Door de aanwezigen wordt aangegeven dat het "meenemen" van het zorgplan voor een tijdelijke opname en behandeling onder een ander regime met een maximum van drie maanden positief is. Een aandachtspunt is wel de termijn van maximaal drie maanden, dat lijkt de aanwezigen te kort. Ten aanzien van de gelijkgestelde aandoeeningen geeft een aantal aanwezigen aan dat dit ook in de huidige praktijk tot problemen leidt met name ten aanzien van opname van cliënten, die eigenlijk beter passen in bijvoorbeeld een gesloten setting. De zorgbehoefte van een cliënt moet voorop staan. Er is veelal ook een bepaalde mate van beveiliging nodig, die een PG-instelling⁵² vaak niet kan bieden. Dit brengt voor een PG-instelling veel onrust met zich mee, zowel bij de zorgverleners als ook bij de huidige bewoners.

⁵² Pg staat voor psychogeriatric.

Ten aanzien van de voorgestelde gemeenschappelijke crisismaatregel wordt aangegeven dat in de huidige praktijk de meeste cliënten door een psychiater worden beoordeeld. Een PG-instelling kan doorgaans geen Wvggz-diagnostiek uitvoeren. Aanwezigen vragen zich af welk probleem met een gemeenschappelijke crisismaatregel wordt opgelost. Het is, ook op dit moment, veel meer een organisatorisch probleem en een probleem van onvoldoende samenwerken tussen instellingen, waardoor er onvoldoende crisisplekken zijn waar tijd is om een goede beoordeling te doen. De aanwezigen bevelen aan om "eerste hulp plekken" te organiseren voor de mensen van wie je niet direct weet of het een Wvggz- of Wzd-plek moet zijn. Tot slot wordt aangegeven dat de termijn van voortzetting van de crisismaatregel van drie weken te kort is.

6. Uitvoering

6.1. CIZ

Het CIZ is onder meer verantwoordelijk voor de afhandeling van de aanvragen voor de Wlz-indicatie (inclusief ggz) en de Wzd. Het CIZ beoordeelt of een cliënt toegang heeft tot de Wlz en bepaalt welk zorgprofiel hierbij het best passend is. Ten aanzien van de Wzd toetst het CIZ thans of een cliënt die in een toestand verkeert dat hij geen bereidheid of geen verzet aangeeft bezwaar heeft tegen opname in een Wzd-geregistreerde accommodatie waarna een besluit tot opname en verblijf wordt afgegeven. Voorgesteld wordt om deze procedure te wijzigen, zoals is toegelicht in paragraaf 2.2.3. Daarnaast heeft het CIZ taken ten aanzien van de rechterlijke machtiging en de voortzetting van de huidige inbewaringstelling.

6.2. Gemeentelijke uitvoering

Binnen de Wvggz en Wzd heeft de gemeente verschillende uitvoeringstaken, zowel bij crisissituaties als voorafgaand en bij afronding van de toepassing van gedwongen zorg. Om de uitvoerbaarheid van de gemeentelijke taken in goede afstemming met gemeenten te verbeteren en de voorgestelde wetswijzigingen te toetsen, is er een UDO gedaan. In deze uitvoeringstoets zijn in gezamenlijkheid met betrokken organisaties waaronder de Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG), het Nederlands Genootschap van Burgemeesters (NGB) en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de huidige knelpunten in de uitvoering van de wettelijke taken en de oplossingsrichtingen besproken.

De onderwerpen die zijn besproken betreffen het vervallen van de expliciete hoorplicht bij de crisismaatregel en het versterken van het wederkerigheidsprincipe (essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven) onder de Wvggz, het overnemen van het meldpunt en verkennend onderzoek vanuit de Wvggz in de Wzd en de gemeenschappelijke crisismaatregel onder de Wvggz en Wzd. Deze voorgestelde wijzigingen komen onder andere voort uit gesprekken en werkbezoeken met gemeenten, met bestuurders, medewerkers vanuit het sociaal domein, de VNG, NGB en andere betrokken organisaties. Duidelijk werd dat deze wijzigingen de uitvoerbaarheid van de wetten verbeteren en nieuwe mogelijkheden geven om een goede samenwerking tussen de gemeente en de zorg te organiseren.

Uit gesprekken met burgemeesters blijkt dat het vaak niet lukt om de hoorplicht uit te voeren en als de hoorplicht wordt uitgevoerd dit eerder leidt tot verwarring bij betrokkene dan tot een betere afweging door de burgemeester. Een crisissituatie is het verkeerde moment om iemand te horen. Burgemeesters zouden graag achteraf kunnen toetsen of ze de juiste beslissing hebben genomen, maar dan wordt betrokkene al gehoord door de rechter. De deelnemers aan de UDO gaven aan dat de uitvoeringslasten voor de gemeenten voor de Wvggz aanzienlijk verminderen als de hoorplicht zou vervallen conform de aanbeveling. Deze wijziging wordt toegelicht onder paragraaf 2.1.6.

7. Toezicht en handhaving

De inspectie houdt toezicht op de naleving van de Wvggz en de Wzd. Het toezicht van de inspectie is gericht op het bewaken van een goede kwalitatieve gezondheidszorg voor betrokkenen en cliënten. Het gaat daarbij om toezicht op de naleving door de zorgaanbieder van de wet- en

regelgeving ten aanzien van gedwongen zorg. Raakt het toezicht van de inspectie aan of overlapt het met dat van andere toezichthouders, dan werken de toezichthouders samen of wordt er onderling afgestemd.

Naast het toezicht heeft de inspectie namens de minister van VWS een handhavende taak. De inspectie kan agenderen, stimuleren of handhavend interveniëren. De inspectie kiest de instrumenten die in een bepaalde situatie het meeste effect hebben. Juist op die wijze kan de zorg aan betrokkenen of cliënten zichtbaar beter worden. Tevens reageert de inspectie op meldingen van burgers, zorgverleners en signalen van patiënten- en cliëntenvertrouwenspersonen. Bij het vormgeven van het toezicht en het interventiebeleid is oog voor het beperken van de toezichtlasten voor zorgaanbieders en zorgverleners.

Zorgaanbieders dienen in de huidige situatie bepaalde gegevens over gedwongen zorg digitaal beschikbaar te hebben. Dit dient allereerst voor het eigen inzicht en sturend vermogen op de uitvoering van de gedwongen zorg en daarnaast voor het toezicht, waarvoor eens per zes maanden een digitaal overzicht aan de inspectie moet worden verstrekt. Uit de wetsevaluatie en de gesprekken met veldpartijen is gebleken dat de nu voorgeschreven aanlevervorm en de grote variëteit aan en gedetailleerdheid van gegevens hoge administratieve lasten voor zorgaanbieders met zich meebrengen. Daarom wordt voorgesteld de betreffende artikelen in de beide wetten (en de bijbehorende regelingen) aan te passen om een betere balans aan te brengen tussen de administratieve belasting van zorgaanbieders, de privacygevoelige informatie die gedeeld wordt en wat de inspectie nodig heeft om haar toezicht op een juiste manier te kunnen uitvoeren. Dit betekent dat er bij de voorbereiding van het wetsvoorstel is gekeken naar welke gegevens bijdragen aan het vroegtijdig signaleren van trends en excessen in de uitvoering van gedwongen zorg. Daarnaast wordt beoogd om de manier van aanlevering beter aan te laten sluiten bij de praktijk zodat de administratieve belasting zoveel mogelijk kan worden voorkomen.

De hoeveelheid gegevens die ten behoeve van het toezicht door de inspectie moeten worden aangeleverd wordt sterk beperkt. In de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg (Rvvggz) en de Regeling zorg en dwang (Rzd) wordt uitgewerkt op welke wijze en met welke frequentie zorgaanbieders de gegevens dienen aan te leveren bij de inspectie.

Naast de kwantitatieve gegevensoverzichten en de kwalitatieve analyses ontvangt de inspectie afschriften van besluiten die in de procedures van de Wvvggz en Wzd worden genomen, zoals machtigingen die afgegeven worden of worden beëindigd. Voorgesteld wordt het toezenden van deze afschriften aan de inspectie te laten vervallen. De afschriften bevatten veel medische gegevens die privacygevoelig zijn. De verzameling van al deze gegevens door de inspectie staat daarmee op gespannen voet met het proportionaliteitsbeginsel. Daarbij kan de inspectie op het moment dat er in een individuele casus meer informatie benodigd is, het specifieke dossier bij de instelling inzien waarin ook de afschriften zijn opgenomen. Daarnaast past het voorstel bij de lastenvermindering van uitvoerende organisaties van de Wvvggz en de Wzd.

Wijziging van het handhavingsinstrumentarium

In het wetsvoorstel wordt een uitbreiding van het handhavingsinstrumentarium voorgesteld. Tegelijkertijd zal het handhavingsinstrumentarium met de voorgestelde wijzigingen eenduidiger, duidelijker en voorspelbaarder worden. Zo wordt voorgesteld om de mogelijkheden om zowel een bestuurlijke boete als een last onder dwangsom ten aanzien van één artikel op te leggen, zoals nu het geval is in beide wetten ten aanzien van een groot aantal artikelen, te beperken.

Voorgesteld wordt om in de Wvvggz en de Wzd de bevoegdheid tot het geven van een (schriftelijke) aanwijzing te introduceren. De inhoud van een aanwijzing bestaat uit welke maatregelen een zorgaanbieder moet treffen en de termijn waarbinnen de zorgaanbieder aan deze aanwijzing moet voldoen. Indien niet tijdig aan een gegeven aanwijzing wordt voldaan of wanneer een aanwijzing niet goed wordt uitgevoerd, zal ter handhaving van die aanwijzing een last onder bestuursdwang kunnen worden opgelegd. De bevoegdheid om direct een last onder dwangsom op te leggen blijft behouden voor de gevallen waarin een aanwijzing niet de aangewezen maatregel is. Ten slotte wordt voorgesteld om de bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete voor specifieke

overtredingen te behouden. Een bestuurlijke boete is aan de orde in het geval de overtreding niet meer herstelbaar is.

Rechtsbescherming

Tegen aanwijzingen, lasten onder bestuursdwang en bestuurlijke boetes staat eerst bezwaar en beroep open en vervolgens eventueel hoger beroep bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State.

Toezicht en handhavinginstrumentarium van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt zich binnen de kaders van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) onder meer bezig met marktontwikkeling en marktordening (met inbegrip van marktonderzoek) op het gebied van zorg en het toezicht op zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en – voor een aantal wettelijke verplichtingen – aanbieders van zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz. Hieronder valt ook het toezicht en de handhaving van rechtmatige declaraties van tarieven in het kader van verleende Wvvgz- en/ of Wzd-zorg.

Het gebruikelijke toezicht- en handhavinginstrumentarium dat de NZa op grond van de Wmg heeft, is hierbij van toepassing. Zij heeft derhalve de beschikking over informele handhavinginstrumenten, zoals een waarschuwing, en formele handhavinginstrumenten, te weten de aanwijzing, last onder bestuursdwang of onder dwangsom en een bestuurlijke boete. Het is aan de NZa om, gelet op alle omstandigheden van het geval een keuze te maken welke reactie het best past als een overtreding is geconstateerd. De NZa is ook bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van zorg die wordt geleverd onder de Wzd en Wvvgz, en valt onder de Zorgverzekeringswet.

Resultaat uitvoerings- en handhavingstoetsen

De uitvoerings- en handhavingstoetsen worden parallel aan de internetconsultatie uitgevoerd. Na de internetconsultatie wordt deze paragraaf aangevuld.

8. Financiële gevolgen

Dit wetsvoorstel kan leiden tot indirecte financiële gevolgen. Vooralsnog is het wetsvoorstel budgettair neutraal en zijn er geen extra middelen nodig. Indien daar aanleiding toe is wordt deze paragraaf aangevuld na de regeldrukberekening en de internetconsultatie.

9. Evaluatie

De Wvvgz en de Wzd bepalen dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wetten en vervolgens telkens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de wetten in de praktijk zendt. Nu de eerste evaluatie in 2021 heeft plaatsgevonden, zal de volgende evaluatie in 2026 zijn. Dit betreft een thematische wetsevaluatie.

10. Regeling in Caribisch Nederland

Dit wetsvoorstel heeft geen gevolgen voor Caribisch Nederland. Caribisch Nederland kent eigen regelgeving op het gebied van gedwongen zorg.⁵³

11. Advies en consultatie

12. Overgangsrecht en inwerkingtreding

B. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

C. BIJLAGEN BIJ DE TOELICHTING

⁵³ Kamerstukken II, 2022/23, 36 200 XVI, nr. 237.