

22 mei 2025

Reactie cliëntenorganisaties op de Evaluatiewet Wet zorg en dwang



Alzheimer Nederland, Ieder(in), KansPlus, LFB, het LSR en Per Saldo



PerSaldo

In opdracht van:

Alzheimer Nederland, Ieder(in), KansPlus, LFB, het LSR en Per Saldo

Tekst en advies:

Brenda Frederiks, gezondheidsjurist i.s.m. de cliëntenorganisaties

Inhoud

Inhoud	3
1. Inleiding	4
2. Algemene aanbevelingen wettekst.....	7
3. Thema's	9
3.1 VN-verdrag Handicap en ondersteunde besluitvorming.....	9
3.2 Beleidsplan.....	9
3.3 Reikwijdte en gelijkgestelde aandoeningen.....	10
3.4 Rechten van cliënten.....	11
3.5 Onvrijwillige opname procedures	16
3.6 Vormen van onvrijwillige zorg en het stappenplan	18
3.7 Wzd-functionaris	19
3.8 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	19
4. Slotwoord	21
Bijlage 1: Factsheet van de eerste uitkomsten uitvraag onder cliënten naar hun ervaringen met onvrijwillige zorg en de Wet zorg en dwang (Wzd) in 2024/2025	22
Bijlage 2: Ondertekeningen	26

1. Inleiding

Met dit document reageren cliëntenorganisatie Alzheimer Nederland, Ieder(in), KansPlus, LFB, het LSR en Per Saldo op de internetconsultatie 'Evaluatiewet Wvggz en Wzd'. Het doel van deze wetswijziging is het versterken van de rechtspositie van mensen die met onvrijwillige zorg te maken krijgen. Daarnaast moet de wetswijziging de wet vereenvoudigen en verduidelijken, zodat deze makkelijker uitvoerbaar wordt. Met dit in gedachten hebben we de voorgestelde wetswijzigingen bekeken.

Rechten cliënten onvoldoende beschermd

Onvrijwillige zorg raakt mensen in de kern van hun zijn en leidt altijd tot inperking van fundamentele grond- en mensenrechten. Deze rechten dienen zorgvuldig beschermd en bevorderd te worden, zeker wanneer mensen niet in staat zijn goed voor zichzelf op te komen. De Wet zorg en dwang (Wzd) moet hier voor zorgen. De Wzd biedt de mogelijkheid om cliënten onvrijwillige zorg te bieden en beschrijft zorgvuldigheidseisen om de rechten van cliënten te beschermen. Echter, zo blijkt onder andere uit onderzoek van de cliëntenorganisaties¹, dat laatste doet de wet momenteel onvoldoende.

Het belangrijkste probleem is dat cliënten en hun vertegenwoordigers nog steeds te weinig worden geïnformeerd door hun zorgaanbieder over onvrijwillige zorg en de Wzd. Dat betreft niet alleen de wet zelf. Het gaat ook om specifieke onderdelen daarvan, zoals het stappenplan, het recht op ondersteuning van een cliëntenvertrouwenspersoon of de mogelijkheid een klacht in te dienen. Door deze gebrekkige informatievoorziening wordt de rechtspositie van cliënten in de praktijk onvoldoende geborgd. Niet alleen cliënten en hun vertegenwoordigers zijn onvoldoende op de hoogte van de Wzd. Ook zorgprofessionals lijken nog steeds te weinig kennis te hebben over de Wzd. Dat kan in de praktijk leiden tot allerlei misverstanden, negatieve beeldvorming en onveilige situaties. Maar ook tot het te lang en onnodig toepassen van onvrijwillige zorg.

We waarderen dat in de evaluatie Wzd de focus ligt op het beter waarborgen van de rechten van cliënten die te maken krijgen met een onvrijwillige opname en onvrijwillige zorg. Ook constateren we dat er in het nieuwe wetsvoorstel veel aandacht is voor een informatieverplichting ten aanzien van de rechten van mensen die te maken krijgen met onvrijwillige zorg. Ondanks diverse verbeteringen, doen wij in dit document een aantal voorstellen om de rechtspositie nog steviger te waarborgen.

Meer ruimte voor maatwerk brengt rechtsbescherming in gevaar

We waarderen zeer dat in de documenten van de internetconsultatie de rechtspositie van cliënten centraal staat. Het doel van de evaluatiewet Wzd is om de rechtsbescherming van cliënten² met een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening en gelijkgestelde aandoeningen³ centraal te zetten en een betere uitvoerbaarheid van de

¹ [Onbekendheid met Wet zorg en dwang brengt grondrechten cliënten in gevaar - Iederin](#)

² We realiseren ons dat in het VN-verdrag voor mensen met een Handicap wordt gesproken over 'mensen met een beperking'. In de Wet zorg en dwang gaat het over mensen die professionele zorg nodig hebben. Daarom kiezen we er voor om in dit document voornamelijk het begrip cliënt te gebruiken.

³ Wanneer we gebruik maken van de term cliënt of van de term 'mensen met een beperking', doelen we op de doelgroep van de Wzd, namelijk mensen met een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening en gelijkgestelde aandoeningen.

wet te realiseren. De Wzd omvat naast procedures ook waarborgen voor de rechtsbescherming van cliënten die te maken krijgen met gedwongen zorg.

We lezen in de stukken van de internetconsultatie dat de wetgever inzet op een zorgvuldige besluitvorming.

Daarnaast worden in de evaluatiewet ook een aantal voorstellen gedaan die de uitvoering van de Wzd in de praktijk niet eenvoudiger maken. We doelen dan op artikel 21 maar ook op het stappenplan. Enerzijds kiest de wetgever voor vereenvoudiging en anderzijds komen er stappen bij. Belangrijk is dat mensen weten wat hun rechten zijn en daar door zorgverleners ook actief op worden gewezen. We zien dat nu nog te weinig terug in de evaluatiewet.

De wetgever zet ook in op (meer) maatwerk, zodat zorgverleners meer tijd hebben voor passende zorg en het meenemen van de wensen en voorkeuren van cliënten. De cliëntenorganisaties ervaren een spanningsveld tussen enerzijds de nadruk die wordt gelegd op meer maatwerk en anderzijds het (blijven) waarborgen van de rechtsbescherming van cliënten. Meer maatwerk betekent dat zorgverleners meer ruimte krijgen om eigen afwegingen te maken. Hoe verhoudt deze ruimte zich tot de rechtszekerheid voor cliënten en vertegenwoordigers? Meer maatwerk leidt immers ook tot meer verschillen in rechtsbescherming. Maatwerk mag nooit ten koste mag gaan van de rechtsbescherming van cliënten die te maken krijgen met onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname.

Ga uit van het sociaal model en niet het medisch model

In het licht van het VN-Verdrag Handicap willen we nog een opvallende passage benoemen (pagina 1-2 Mvt Evaluatiewet):

'Het is goed om te beseffen dat de doelgroepen van de wetten anders zijn en daarom de wetten ook anders zijn vormgegeven om goed aan te sluiten bij de doelgroep. Zo heeft de Wvvgz 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 van de Wzd 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'.

Het uitgangspunt van dit verdrag is immers dat álle mensen met een beperking⁴ recht hebben op ondersteuning, met als doel om (zo lang mogelijk) eigen regie te behouden of te vergroten. Het enkele feit dat mensen een beperking (of chronische ziekte) hebben, betekent niet dat zij geen eigen regie (meer) kunnen hebben. Dit gedachtegoed is niet in lijn met het VN-Verdrag Handicap.

Het VN-Verdrag Handicap gaat uit van het sociaal model, waar de Wzd nog steeds lijkt uit te gaan vanuit het medisch model. Het medische model richt zich op de beperking van een individu, een medisch probleem dat ondersteund, aangepast of verholpen moet worden. De beperking wordt daarbij gezien als een defect, waardoor iemand bepaalde dingen níet kan. Het sociale model richt zich juist op de relatie tussen het individu en

⁴ Het VN-Verdrag Handicap spreekt over mensen met een beperking; hier valt de gehele doelgroep onder van de Wzd, dus niet alleen mensen met een verstandelijke beperking, maar ook mensen met een psychogeriatrische of gelijkgestelde aandoening

haar omgeving. En stelt daarbij de vraag hoe die omgeving zo kan worden aangepast of ingericht dat mensen zoveel mogelijk mee kunnen doen en eigen regie kunnen houden.

Dit betekent dat in de Wzd de focus niet moet liggen op wat cliënten niet kunnen, maar juist op wat ze wel kunnen, welke ondersteuning daarbij passend is en welke aanpassingen in de omgeving hiervoor nodig zijn. Daarvoor is het onvoldoende dat de wensen en voorkeuren van een client in beginsel moeten worden gehonoreerd (zie artikel 6 lid 2 Evaluatiewet Wzd). De cliëntenorganisaties missen instrumenten en heldere en eenduidige bepalingen in de Wzd die de eigen regie van cliënten centraal stellen.

Voorkeuren en wensen van cliënt altijd centraal, tenzij...

Een belangrijk uitgangspunt van het VN-verdrag Handicap wat we over het algemeen terugzien in de Wzd is het centraal stellen van de wensen en voorkeuren van cliënten. Dit draagt bij aan het voorkomen van onvrijwillige zorg. Ook draagt het bij aan het toepassen van onvrijwillige zorg die passend is bij een cliënt, als er echt geen alternatieve, vrijwillige optie mogelijk is. In sommige gevallen is onvrijwillige zorg noodzakelijk om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden, voor de persoon zelf en de omgeving. Het moet dan wel de minst ingrijpende maatregel zijn, die zo kort mogelijk duurt en waarbij alsnog zo veel als mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen van de cliënt en/of vertegenwoordiger.

In artikel 6 lid 2 Evaluatiewet Wzd worden de wensen en voorkeuren van een cliënt ten aanzien van gedwongen zorg overigens niet gehonoreerd als een cliënt wilsonbekwaam ter zake is. Dat is niet in lijn met de uitgangspunten van het VN-verdrag en ondersteunde besluitvorming. We zouden deze bepaling dus heel graag gewijzigd zien worden. De voorkeuren en wensen moeten altijd centraal staan en het startpunt vormen van (onvrijwillige) zorg, ook als cliënten wilsonbekwaam ter zake zijn.

2. Algemene aanbevelingen wettekst

Voordat we ingaan op een aantal specifieke thema's willen we eerst een aantal algemene aanbevelingen doen op de inhoud van de evaluatiewet.

- **Vervang de term onvrijwillige zorg niet voor gedwongen zorg**

De cliëntenorganisaties willen niet dat de term onvrijwillige zorg wordt vervangen door gedwongen zorg. Zowel qua lading van het woord als praktisch is het wijzigen van onvrijwillige zorg in gedwongen zorg geen goede keuze. Het veld – cliënten, vertegenwoordigers en zorgverleners – zijn inmiddels gewend geraakt aan deze term. In het verleden werden termen gebruikt als beschermende of vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook daar willen we niet naar terug, omdat deze termen verhullend zijn en niet duiden waar het echt om gaat. Wij vinden dat onvrijwillige zorg daarnaast een term is die passender is en veel meer de lading dekt. Want het gaat dan óók om zaken die door zorgverleners als klein of onbeduidend worden ervaren, maar die voor cliënten heel ingrijpend kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan het op de rem zetten van een rolstoel.

- **Pas naam van de wet aan in lijn met VN-Verdrag Handicap en voer dit door in de gehele wettekst**

De Wet zorg en dwang heet voluit 'de wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten'. Het is prettig als 'verstandelijk gehandicapte cliënten' wordt vervangen door 'mensen met een verstandelijke beperking'. Voluit zou de naam van de wet dan zijn: de Wet zorg en dwang voor mensen met een verstandelijk beperking of psychogeriatrische aandoening. Deze titel is ook passender bij het sociale model dat in het VN-verdrag voor mensen met een beperking centraal staat.

- **Voorkom met duidelijk en eenduidig taalgebruik verschillende interpretaties wetteksten**

De cliëntenorganisaties zijn voorstander van duidelijke taal en terminologie die consequent wordt gebruikt. We willen daarmee voorkomen dat straks weer wordt gesproken over de bedoeling van de wet of de geest van de wet. Ook willen we voorkomen dat in de praktijk verschillende interpretaties worden gegeven aan begrippen. We komen daar verderop in onze reactie nog op terug. Met duidelijke taal bedoelen we ook dat begrippen in de wet eenvoudig en in de gehele wet op vergelijkbare en op een consequente wijze worden opgeschreven. In de evaluatiewet lezen we op verschillende plekken 'toekomstige rechten'. Soms wordt wel uitgelegd wat onder deze rechten wordt verstaan (zoals in artikel 15) maar op andere plekken weer niet. Dat is verwarrend voor cliënten en vertegenwoordigers.

- **Voorkom te veel druk op cliënten en hun vertegenwoordigers**

De cliëntenorganisaties pleiten voor duidelijke procedures. In de evaluatiewet Wzd zijn een aantal stappen 'erbij' gekomen die het niet altijd eenvoudiger maken. We doelen dan op het stappenplan, de reikwijdte bepaling, maar ook artikel 21. De aanwezigheid van een cvp kan hierbij zeker ondersteunend zijn.

We zijn blij te lezen dat aan artikel 11 is toegevoegd dat cliënten en hun vertegenwoordiger zelf om een evaluatiegesprek mogen vragen, ongeacht termijn. Ook vinden we het een aanvulling dat zij een deskundige ofwel onafhankelijk deskundige mogen uitnodigen voor een evaluatiegesprek.

Daarbij vinden we het wel een aandachtspunt dat dergelijke rechten ook druk kunnen leggen op cliënten en vertegenwoordigers. Gaat een cliënt of vertegenwoordiger wel zelf om een (onafhankelijke) deskundige vragen? Of om een evaluatie? Dit vereist bepaalde vaardigheden en assertiviteit. Ook kan de afhankelijkheidsrelatie tussen cliënt/vertegenwoordigers en zorgverlener in de weg zitten. Mensen zullen daardoor niet altijd het initiatief durven te nemen en zich uit spreken.

Een duidelijke borging waarbij cliënten en vertegenwoordigers ondersteund kunnen worden bij deze stappen, bijvoorbeeld door een cvp, in ieder geval bij de inzet van (onafhankelijke) deskundigen en het aanvragen van een evaluatiegesprek, is dan ook zeer wenselijk.

Diverse onderzoeken van Iederin over de bekendheid van de Wzd laten zien dat cliënten en ook vertegenwoordigers nog te weinig op de hoogte zijn van de Wzd. Ze worden vaak nog te weinig geïnformeerd, laat staan dat zij op de hoogte zijn van hun rechten. Zolang zij niet goed op de hoogte zijn, wordt het ook lastig om hierin initiatief te nemen.

- **Borg ook rechten Wzd-cliënten die GGZ-zorg nodig hebben**

We zijn voorstander van een goede samenwerking met de GGZ. Het kan voor cliënten echter heel ingrijpend zijn als ze tijdelijk naar de GGZ moeten verhuizen. De kennis over mensen met dementie en een verstandelijke beperking is daar nog niet overal gewaarborgd en kan de cvp zijn of haar functie wel voortzetten op een andere plek? Wij pleiten liever voor meer samenwerking tussen de ggz, ouderenzorg en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Dat kan bijvoorbeeld door het creëren van locaties waar wordt samengewerkt en waar beide wetten van toepassing zijn. Het gedwongen overplaatsen naar de ggz, met een ander wettelijk regime, heeft niet onze voorkeur. We vragen ons af op welke wijze de rechten van cliënten dan blijven gewaarborgd.

3. Thema's

Hieronder lichten we een aantal thema's nader toe.

3.1 VN-verdrag Handicap en ondersteunde besluitvorming

Eerder in de inleiding zijn we al ingegaan op het belang de Wzd meer in lijn te schrijven met het VN-Verdrag Handicap, bijvoorbeeld door uit te gaan van het sociale model in plaats van het medische model. Hier willen we nog een ander begrip naar voren halen dat centraal staat in het VN-Verdrag Handicap, namelijk ondersteunde besluitvorming. In artikel 3 lid 2 van de Evaluatiewet lezen we nog steeds in de passage 'dat een vertegenwoordiger namens een cliënt optreedt als een cliënt wilsonbekwaam ter zake is of de uitoefening van zijn rechten op grond van deze wet'.

De cliëntenorganisaties willen benadrukken dat artikel 3 lid 2 niet in lijn is met het VN-Verdrag. Een vertegenwoordiger – benoemd door een rechter, schriftelijke gemachtigde of een onbenoemde vertegenwoordiger zoals ouders – heeft de taak om hun cliënt te ondersteunen bij het nemen van een beslissing. Artikel 3 ademt nu nog vervangende vertegenwoordiging uit.

Daarnaast is in artikel 3 niet beschreven welke stappen een cliënt kan nemen als hij het niet eens is met de toetsing van een deskundige over de wilsbekwaamheid. Nu wordt alleen de situatie beschreven dat een vertegenwoordiger het niet eens is met de toetsing van wilsbekwaamheid. De cliënt kan het hier echter ook mee oneens zijn. Dan rest hem eigenlijk alleen de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij een klachtencommissie onvrijwillige zorg, maar dat wordt niet benoemd in dit artikel en zou eigenlijk een vervolgstap moeten zijn.

Tot nu toe werd de Wzd-functionaris actief geïnformeerd over een toetsing van wilsbekwaamheid. Dit komt te vervallen in de evaluatiewet. In de Memorie van Toelichting lezen we dat een Wzd-functionaris dit zelf terug kan lezen in het dossier. De cliëntenorganisaties pleiten ervoor om dit artikel niet te schrappen. Juist in het licht van het VN-verdrag Handicap is het belangrijk dat zorgvuldig met toetsingen over wilsbekwaamheid wordt omgegaan. Bovendien wordt de toetsing lang nog niet overal zorgvuldig uitgevoerd, zie hiervoor ook de jurisprudentie van de KCOZ⁵. Het is dus belangrijk dat in artikel 11a maar ook in artikel 6, waarin de uitgangspunten zijn benoemd voor gedwongen zorg, het begrip wilsbekwaamheid ook wordt genoemd.

3.2 Beleidsplan

In het beleidsplan onvrijwillige zorg moet een aantal (nieuwe) onderdelen worden opgenomen.

Allereerst gaat het dan om artikel 5 lid 2 Evaluatiewet Wzd waarin staat dat *'bij de overweging, de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van gedwongen zorg of opname in een accommodatie wordt de cliënt of de vertegenwoordiger op een voor hem begrijpelijke wijze geïnformeerd over de op grond van deze wet aan de cliënt toekomende rechten'*.

Wij zien graag in het beleidsplan terug op welke wijze cliënten en vertegenwoordigers in begrijpelijke taal worden geïnformeerd over de Wet zorg en dwang en de rechten die daaruit voortvloeien. Komt er bijvoorbeeld ook toegankelijke informatie op de website

⁵ Zie: **KCOZ 2024-29**.

van de zorgaanbieder te staan en worden cliënten gewezen op de nieuwe website: www.informatiepuntwzd.nl

Ook zien we in het beleidsplan graag terug op welke wijze tolken kunnen worden ingezet bij onvrijwillige zorg en een onvrijwillige opname zodat ook voor zorgverleners helder is hoe deze procedure binnen de zorginstelling verloopt (ook met het oog op de kosten en het voorkomen van het inzetten van eigen familie als tolk). Tot slot willen we in het beleidsplan ook terugzien op welke wijze, welke momenten en waar cliënten worden geïnformeerd over de cvp.

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat de cliëntenraad een instemmingsrecht heeft als het gaat om het vaststellen van het beleidsplan. In artikel 7 lid 4 is dit nu onterecht gewijzigd in een adviesrecht. Zie bestuurlijke afspraken: de zorgaanbieder vraagt instemming op het beleidsplan (artikel 19 Wzd) aan de cliëntenraad, in plaats van advies. Dit wijkt af van de huidige Wzd (artikel 19, lid 3). De wetgever lijkt nu onterecht af te wijken van een belangrijk aspect uit de bestuurlijke afspraken.

Daarnaast missen we in het beleidsplan de wijze waarop invulling en vorm wordt gegeven aan artikel 2 lid 3 Evaluatiewet Wzd, ook omdat we weten dat veel organisaties afwijken van artikel 2 lid 3. Denk bijvoorbeeld aan de gesloten afdelingen. We willen artikel 2 lid 3 als vast onderdeel van het beleidsplan terugzien en in dat kader zou het artikel toegevoegd moeten worden aan artikel 7 lid 2 Evaluatiewet Wzd.

Als het beleidsplan een krachtiger instrument wordt, dan biedt het ook meer waardevolle informatie voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en kan IGJ hierover in gesprek gaan met de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. IGJ mag immers handhaven als het beleidsplan niet voldoet aan de vereisten van de wet (artikel 60 en 61a Evaluatiewet Wzd).

3.3 Reikwijdte en gelijkgestelde aandoeningen

3.3.1 Brede reikwijdte

In de artikelsgewijze toelichting van de Wzd (2020) is op pagina 3 te lezen dat twee begrippen bepalend zijn voor de reikwijdte van de regeling: cliënt en zorg. Het moet gaan om mensen die in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap zijn aangewezen op zorg. Het moet dan wel gaan om professionele zorg.

De brede reikwijdte van de Wzd wordt bevestigd in het rapport van de wetsevaluatie Wzd (pagina 211) waarin is terug te lezen:

'de titel van de wet en centrale plaats daarin voor bescherming tegen dwang hebben wel de vraag doen rijzen of de wet alleen van toepassing is op onvrijwillige zorg. Dat laatste is niet het geval. Afgezien van de ruime omschrijving van het begrip zorg in artikel 1 lid 3 kent de wet verschillende onderdelen die op alle Wzd-cliënten betrekking hebben, ongeacht of bij hen onvrijwillige zorg een rol speelt'.

In de memorie van toelichting evaluatiewet lijkt het alsof de reikwijdte nauwer wordt en de wet pas gaat gelden als sprake is van onvrijwillige zorg en/of onvrijwillige opname. Deze redenering kunnen wij niet volgen, ook omdat het nieuwe artikel 5 Evaluatiewet Wzd uitgaat van vrijwilligheid. Dat scheidt verwarring. De cliëntenorganisaties pleiten ook nu voor een brede reikwijdte van de Wzd. Dat doen we ook omdat de systematiek van de Wzd anders in elkaar zit dan de Wvvgz, waar de zorgmachtiging de ingangseis is om

onder de reikwijdte van de Wvvgz te kunnen vallen. Indien mensen met een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of gelijkgestelde aandoening afhankelijk zijn van zorg (en daarmee van zorgaanbieder en zorgverlener), maakt hen dit kwetsbaar en vanuit dat kader is het qua rechtsbescherming belangrijk dat zij ook naar een cvp toe kunnen stappen als onvrijwillige zorg nog niet aan de orde is. Ook moeten zij de mogelijkheid hebben om over bijvoorbeeld de huisregels een klacht in te kunnen dienen, desgewenst met ondersteuning van een cvp.

3.3.2 Gelijkgestelde aandoeningen

In artikel 1b Evaluatiewet Wzd worden de mogelijkheden voor een gelijkgestelde aandoening verruimd voor cliënten die niet een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking hebben. Het gaat hier in veel gevallen niet om een routineklus. Daarom vinden we het prettig dat de procedure zorgvuldig wordt ingestoken. De verklaring moet worden opgesteld door twee artsen. De verklaring zelf wordt opgesteld door de ter zake kundige arts. Dit kan ook de behandelend arts zijn van een cliënt.

In de richtlijn omgaan met medische gegevens is nadrukkelijk benoemd dat een verklaring niet mag worden opgesteld door de behandelend arts. Hoewel het in dit kader wellicht niet direct gaat om een waardeoordeel (het gaat immers om het vaststellen/beoordelen of een cliënt een gelijkgestelde ziekte of aandoening heeft), kan de vaststelling ervan wel gevolgen hebben voor de vertrouwensrelatie tussen een arts en een cliënt. Een model voor het opstellen van een dergelijke verklaring is dan ook zeer gewenst. Nog te vaak wordt een verklaring opgesteld met het idee dat dan 'automatisch' bij cliënten onvrijwillige zorg kan worden toegepast.

De cliëntenorganisaties hechten er waarde aan dat de verklaring wordt geschreven door een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar. Naast een arts zou dat ook een orthopedagoog-generalist of gz-psycholoog kunnen zijn, als het bijvoorbeeld gaat om autisme.

3.4 Rechten van cliënten

3.4.1 Informatieverplichting

Ook hier vragen we aandacht voor een gedegen uitwerking van artikel 5 Evaluatiewet Wzd. In dit artikel staat benoemd: 'Bij de overweging, de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van gedwongen zorg of opname in een accommodatie wordt de cliënt of de vertegenwoordiger op een voor hem begrijpelijke wijze geïnformeerd over de op grond van deze wet aan de cliënt toekomende rechten'. Dit artikel is een mooi startpunt. Toch zien we graag dat de inhoud ervan ook in de wetsartikelen over onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname terugkomen.

Zoals eerder benoemd betreuren wij het dat cliënten en ook vertegenwoordigers niet actief worden gewezen op de ondersteuning van een cvp en de mogelijkheden om een klacht in te dienen als onvrijwillige zorg wordt toegepast, maar ook als de huisregels als zodanig worden toegepast. Dit is iets anders dan in het voortraject informatief te worden gewezen op een cvp, die cliënten en vertegenwoordigers mee kunnen nemen naar het besluitvormingsproces om tot onvrijwillige zorg te komen (zie ook pagina 18 van de memorie van toelichting evaluatiewet) en/of te benaderen voor andere vragen die samenhangen met onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname.

Wij pleiten ervoor dat cliënten en vertegenwoordigers, als sprake is van een onvrijwillige opname en onvrijwillige zorg:

- op eenvoudige wijze, in begrijpelijke taal en actief worden geïnformeerd over wat er op dat moment gebeurt (redenen van de onvrijwillige opname en onvrijwillige zorg)
- op eenvoudige wijze, in begrijpelijke taal en actief worden geïnformeerd over de cvp en de mogelijkheid een klacht in te dienen bij een klachtencommissie onvrijwillige zorg. *Vervolgens zou dit ook klachtwaardig moeten zijn bij de klachtencommissies onvrijwillige zorg. Dit punt komt nog terug bij het onderdeel klachtencommissies onvrijwillige zorg.*

3.4.2 Wilsbekwaam verzet

In de evaluatiewet Wzd wordt ruimte gemaakt voor wilsbekwaam verzet. De cliëntenorganisaties vinden dit een belangrijk punt. Een bepaling hierover ontbrak in de Wzd. In de Wvvgz moet wilsbekwaam verzet worden gerespecteerd behalve als er sprake is van een levensbedreigende situatie voor de patiënt zelf of dreigend ernstig nadeel voor een ander. Tot nu toe was in de Wzd geen aandacht voor wilsbekwaam verzet.

Ook als een cliënt wilsbekwaam ter zake is en zich verzet tegen zorg, mag onvrijwillige zorg worden toegepast. Dit betekent bijvoorbeeld in de praktijk: als een client diabetes heeft en dol op taart is, en daar weloverwogen de gevolgen van kan inzien, tegen zijn wil gedwongen kan worden om geen taart meer te eten. Het gaat feitelijk om het maken van niet verstandige keuzes.

De cliëntenorganisaties vinden de inhoud van artikel 6 lid 2 evaluatiewet Wzd nu niet duidelijk geformuleerd. We zouden hier meer duiding willen zien om te voorkomen dat wilsbekwaam verzet in de praktijk niet wordt gehonoreerd. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt met een LVB zich bevindt in een ongelijkwaardige relatie, dit herkent en erkent, maar deze niet wenst te beëindigen. We achten het dan ook noodzakelijk dat acuut levensgevaar beter gedefinieerd wordt om te voorkomen dat er voorbij gegaan wordt aan wilsbekwaam verzet en men toch in gaat grijpen

Bovendien is artikel 3 passender om daarin bepalingen op te nemen over wilsbekwaamheid. De cliëntorganisaties vragen zich ook af wat de wetgever bedoeld met de inhoud van artikel 6 lid 2. Daarnaast achten we het noodzakelijk dat artikel 6 ook benoemd wordt bij de klachtgronden in artikel 55 Evaluatiewet Wzd.

3.4.3 Begrijpelijke taal

Op twee momenten in de wettekst (artikel 5 lid 2 en artikel 57a) van de evaluatiewet Wzd wordt benoemd dat de zorgaanbieder op begrijpelijke wijze uitleg moet geven aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger over de rechten. We zouden graag zien dat dit artikel nader wordt toegelicht, mede ook in het licht van het VN-verdrag Handicap. Wat verstaat de wetgever onder 'begrijpelijk'?

Helaas wordt in artikel 5 niet nader toegelicht om welke rechten het gaat. Vervolgens wordt in *artikel 6 lid 5* benoemd dat een cliënt ook recht heeft op bijstand van een tolk of een begeleider, maar alleen als gedwongen zorg of gedwongen opname leidt tot vrijheidsbeneming. Waarom moet sprake zijn van vrijheidsbeneming? En wie bepaalt dat? Wij pleiten er voor dat bij alle vormen van onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname een beroep kan worden gedaan op een tolk.

Cliëntenorganisaties vragen zich af of zij goed hebben begrepen dat de kosten voor deze bijstand door de zorgaanbieder worden gedragen en dat het een verplichting is van de zorgaanbieder om deze bijstand te regelen? Als we dan kijken bij de klachtgronden in

artikel 55 kunnen cliënten hier helaas (opnieuw) niet een klacht over indienen. We vinden het noodzakelijk dat ook hier een klachtengrond over wordt opgenomen om het recht op een tolk steviger te waarborgen.

3.4.4 Huisregels

In artikel 45 is e.e.a. aangepast als het gaat om de huisregels. De oorspronkelijke definitie van huisregels - waarin het gaat om regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en veiligheid - roepen in de praktijk ook al vele vragen op. In het nieuwe artikel 45 lid 2 Evaluatiewet Wzd is toegevoegd 'passend bij de doelgroep'. Wat verstaat de wetgever hieronder? Betekent dit dat bij jongeren meer of andere regels mogen worden opgesteld? Ook bij ouderen kunnen zo de huisregels passend bij de doelgroep onterecht worden opgerekt: in een verpleeghuis mogen cliënten geen bezoek ontvangen in de woonkamer. Dat zou tot onrust leiden bij de cliënten. Overdag zijn de slaapkamers dicht, dus bezoek in de eigen kamer is ook geen optie. Familie geeft echter aan dat het niet altijd mogelijk is om met hun moeder naar het restaurant te gaan. Als ze geen goede dag heeft, is dat geen optie. Er is dan geen alternatief voor hun moeder beschikbaar. Is dit dan een huisregel die passend is bij de doelgroep? Wij menen dat je dit soort afspraken individueel in het zorgplan moet vastleggen.

Het mag ook niet zo zijn dat gedragsregels en opvoedkundige regels terugkeren in de huisregels. Dergelijke regels maken onderdeel uit van de zorg en behandeling en moeten in het zorgplan van een cliënt worden opgenomen. We zien in de jurisprudentie van de KCOZ dat daar in de praktijk verwarring over bestaat.⁶

Er is helaas geen actueel modelreglement huisregels. Het modelreglement dat is opgesteld door VGN/Actiz is verouderd. De cliëntenorganisaties pleiten voor een actueel document waarbij het cliëntenperspectief voorop staat. We pleiten er voor dat cliëntorganisaties nauw betrokken worden bij het opstellen van een nieuw regelement, uiteraard in samenwerking met alle veldpartijen.

De cliëntenorganisaties vinden het positief dat net als in de Wvvgz het mogelijk wordt om bij een klachtencommissie onvrijwillige zorg een klacht in te dienen over huisregels, temeer huisregels heel vaak verder gaan dan juridisch toegestaan is. De klachtenregeling via een klachtencommissie onvrijwillige zorg biedt veel meer waarborgen dan de reguliere klachtenregeling op grond van de WKKGZ.

In artikel 45 lid 3 wordt gesproken over cliënten met risicovol gedrag waarbij extra huisregels kunnen worden afgesproken. Het gaat om postcontrole, controle van woon- en verblijfruimtes en controle van meegebrachte voorwerpen. De cliëntenorganisaties willen beter onderbouwd zien om welke cliënten dit kan gaan, ook om te voorkomen dat veel meer cliënten dan gewenst is aan deze controle wordt onderworpen. Bovendien gaat het bij deze cliënten ook om (incidentele) individuele zorgvragen, waarbij moet worden voorkomen dat deze strenge maatregelen voor iedereen - en ten alle tijden - gaan gelden en op deze manier de procedure voor onvrijwillige zorg wordt vermeden.

3.4.5 Rol vertegenwoordiger

In artikel 6 lid 3 Evaluatiewet Wzd wordt gesproken over naasten en familie. Het is ons hier niet duidelijk hoe deze informatieoverdracht zich verhoudt tot de rechten van cliënten en vertegenwoordigers. Als sprake is van onvrijwillige zorg of een onvrijwillige opname wordt allereerst met de cliënt gesproken. Als cliënt wilsonbekwaam ter zake is,

⁶ KCOZ 2023-05

wordt daar ook de vertegenwoordiger bij betrokken. Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) én de Wzd heeft cliënt (alleen) een vertegenwoordiger waarmee informatie uitgewisseld mag worden. Het is vaak zo dat de vertegenwoordiger van mensen uit de doelgroep die onder de Wzd valt, een naaste is. Toch lijken de termen naasten/familie en vertegenwoordiger hier door elkaar te lopen.

Het valt ons op dat de rol/positie van de wettelijk vertegenwoordiger minder vaak en nadrukkelijk naar voren komt in de nieuwe wettekst. In het kader van zorgvuldige besluitvorming is het echter noodzakelijk dat de rol van de vertegenwoordiger goed vastgelegd is. Hierdoor rijst de vraag: Blijft de rol en rechtspositie van de wettelijk vertegenwoordiger onveranderd, zoals in de WGBO is vastgelegd? Of zijn er wel daadwerkelijke wijzigingen?

3.4.6 Klachtencommissie onvrijwillige zorg

In artikel 5 lid 2 is opgenomen dat cliënten worden geïnformeerd over hun rechten. Helaas wordt hier niet expliciet de klachtenregeling onvrijwillige zorg benoemd.

Cliëntorganisaties zien graag dat het onvoldoende informeren over je rechten – de cvp, de klachtencommissie onvrijwillige zorg, het stappenplan, de huisregels, het mogen aanvragen van een evaluatie – ook klachtwaardig is. En dat geldt eveneens voor het onvoldoende uitleggen in begrijpelijke taal met behulp van een tolk of een begeleider (artikel 6 lid 5). En ook voor het onvoldoende meenemen van de wensen en voorkeuren van een cliënt (artikel 6 lid 2) zoals eerder in deze notitie benoemd.

Daarnaast wordt in de memorie van toelichting beschreven dat ervaringen en klachten van cliënten of vertegenwoordigers zich niet altijd beperken tot één wet of klachtenprocedure. Voorgesteld wordt dat de cvp ook bij gecombineerde Wzd/Wkkgz klachten kan ondersteunen. De cliëntorganisaties zijn hier voorstander van, omdat dit in de praktijk betekent dat er laagdrempeliger oplossingen gevonden kunnen worden. We zien echter in de wettekst daarover geen wijzigingen/voorstellen terug en pleiten hier wel voor.

Naast de KCOZ zijn er ook andere klachtencommissies Wzd. De afgelopen jaren hebben cvp'en daarover diverse signalen afgegeven bij de IGJ. De kwaliteit van klachtencommissie is regelmatig onvoldoende. Wie houdt nu toezicht op de kwaliteit van deze commissies? Tot nu toe is dat onduidelijk. We zien daarover graag expliciet een bepaling in de wet opgenomen. Voor klagers moet het ook duidelijk zijn waar zij naartoe kunnen stappen als klachtencommissies onvrijwillige zorg zich niet aan de wettelijke normen houden.

Bij de totstandkoming van de KCOZ is een reglement opgesteld waarin helaas is opgenomen dat cliënten niet rechtstreeks zelf een klacht kunnen indienen. Dit is strijdig met de huidige Wzd. Het is nu onduidelijk wie toezicht houdt op dit reglement.

Het is dus prettig dat in artikel 55 expliciet is opgenomen dat cliënten, naasten en vertegenwoordigers rechtstreeks zelf een klacht kunnen indienen bij een klachtencommissie onvrijwillige zorg. We gaan er dus ook vanuit dat het huidige reglement van de KCOZ vanaf dat moment nietig is.

In dat kader mag artikel 52 lid 1 Evaluatiewet Wzd anders worden geformuleerd: het adres waar de zorgaanbieder bereikbaar is mag worden vervangen door de contactgegevens van een klachtencommissie onvrijwillige zorg. Als een klachtencommissie geen rechtstreekse toegang mogelijk maakt, zou dat ook

klachtwaardig moeten zijn (artikel 52 lid 1). Daarnaast betekent dit ook dat de website van klachtencommissies onvrijwillige zorg volgens de vereisten van het VN-verdrag Handicap toegankelijk gemaakt moet worden (B1 taal). We zien graag dat de wetgever/het ministerie van VWS de zorgaanbieders hier actief op aanspreekt en IGJ hier toezicht op houdt.

Daarnaast is in artikel 56 lid 2c opgenomen dat de zitting plaatsvindt op een locatie die op eenvoudige wijze bereikbaar is voor de client. Tot nu toe vinden alle zittingen van de KCOZ digitaal plaats. We zien graag dat in de wet in artikel 56 lid 2c een keuzemogelijkheid aan cliënten, naasten en vertegenwoordigers wordt geboden: digitaal of op locatie waarbij de wens van de cliënt leidend is.

Tot slot is bij dit onderdeel ook belangrijk dat de website, de informatie en ook de uitspraken in begrijpelijke taal worden geschreven. We zien daar graag een wetsartikel over opgenomen in de Evaluatiewet Wzd. Waarbij het ook belangrijk is wie vervolgens toezicht houdt op de KCOZ en de andere klachtencommissies onvrijwillige zorg.

3.4.7 Cliëntenvertrouwenspersoon

Het is mooi om te lezen dat de bekendheid en toegankelijkheid van de cvp wordt vergroot, maar de cliëntenorganisaties betreuren het dat op de cruciale momenten – als onvrijwillige zorg daadwerkelijk wordt toegepast – een cliënt niet actief op een cvp wordt gewezen (en ook niet op de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de klachtencommissie onvrijwillige zorg). Ook op andere momenten, bijvoorbeeld in het stappenplan, gebeurt dit niet. Daarnaast wordt de cvp in zijn geheel niet genoemd bij de voorwaardelijke machtiging en de RM.

De cliënt wordt in artikel 9 lid 4 Evaluatiewet in het kader van het opnemen van gedwongen zorg in het zorgplan uitgenodigd om bij het overleg aanwezig te zijn, en wordt daarbij gewezen op de ondersteuning van een cvp. Dit is echter iets anders dan een client actief wijzen op zijn rechten en vooral wat deze rechten ook inhouden. In artikel 10 Evaluatiewet – als onvrijwillige zorg is overwogen – en artikel 12 – als onvrijwillige zorg daadwerkelijk wordt toegepast – wordt de cvp (en ook het klachtrecht) onterecht niet meer expliciet genoemd. Juist op deze momenten is ondersteuning van een cvp wenselijk (en/of de mogelijkheid om naar een klachtencommissie onvrijwillige zorg te stappen).

De cliëntorganisaties missen in artikel 12 en 13 – als onvrijwillige zorg daadwerkelijk wordt toegepast – een actieve informatieplicht naar de cliënt en zijn vertegenwoordiger over de redenen van toepassing, ondersteuning van een cvp en de mogelijkheid om een klacht in te dienen. Opvallend genoeg is dit nog wel steeds opgenomen in artikel 15 Evaluatiewet maar dat is bij de behandeling van de Wzd min of meer als compromis in de Wzd opgenomen. De cliëntenorganisaties missen in de evaluatiewet *consequent* dezelfde formuleringen. Bovendien moet op het moment dat onvrijwillige zorg wordt toegepast ook aan de cliënt dan wel zijn vertegenwoordiger worden uitgelegd wat het ernstig nadeel is en of voldaan is aan de criteria proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Nu wordt dat wel opgeschreven in het zorgplan maar niet actief medegedeeld aan client of vertegenwoordiger.

Bij onvrijwillige opname wordt nu een (willekeurig) compromis gezocht:

- Bij een artikel 21 procedure wordt een cliënt en zijn vertegenwoordiger door de huisarts of ter zake kundige arts gewezen op de cvp.

- Bij een RM en voorwaardelijke machtiging wordt de cvp niet genoemd
- Bij een crisissituatie verstrekt de burgemeester de naam en contactgegevens van de client aan de cvp

Cliëntenorganisaties zijn vooralsnog geen voorstander van het automatisch verstrekken van de gegevens van een client aan stemgever. Het is nu niet gebruikelijk dat cliënten proactief worden benaderd door een cvp. Maar willen wel met de voorgestelde wijzigingen – als het gaat om het informeren op cruciale momenten, in het beleidsplan actief opnemen hoe cliënten worden geïnformeerd en het klachtwaardig maken van niet goed informeren – bereiken dat cliënten en vertegenwoordigers de weg naar de cvp sneller en beter weten te vinden.

Wij zien in lijn met de uitkomsten van de wetsevaluatie en in het bijzonder aanbeveling 16 – over het automatisch uitwisselen van gegevens – wel belang in dat bij onvrijwillige opname en onvrijwillige zorg actief wordt gevraagd door de zorgaanbieder of een cliënt behoefte heeft aan een cvp. Indien het antwoord ja is, mogen de gegevens worden uitgewisseld.

3.5 Onvrijwillige opname procedures

3.5.1 Voorwaardelijke machtiging

De cliëntenorganisaties betreuren het dat de voorwaardelijke machtiging nu alleen voor een zeer beperkte doelgroep beschikbaar is. Ook vanuit de gedachte dat steeds meer cliënten langer thuis blijven wonen.

3.5.2 Tijdelijke plaatsing in GGZ

Daarnaast schrijven we al eerder in deze notitie dat we geen voorstander zijn van tijdelijke overplaatsingen naar de GGZ. We zien liever dat er meer gezamenlijke afdelingen komen waarbij ook GGZ-expertise ingezet kan worden. Nu worden er tussenoplossingen gezocht, omdat we twee verschillende wetten hebben die de afgelopen jaren eigenlijk geleid hebben tot meer afstand tussen de GGZ, VG en de PG. We denken graag mee over oplossingen, maar hebben grote twijfels bij een tijdelijke overplaatsing naar de GGZ, zonder dat dat de procedure van een zorgmachtiging wordt gevolgd. Het is ook onhandig dat de nieuwe procedure uit artikel 3:1 en 8:20A Wet verplichte ggz niet nader is uitgewerkt in de Wzd. Moet daarvoor niet iets extra's worden geregeld in artikel 48 of artikel 48b Evaluatiewet Wzd?

3.5.3 Artikel 21 Wzd

De huidige procedure van een artikel 21 Wzd levert in de praktijk onvoldoende waarborgen op voor cliënten en naasten. Dit komt deels omdat het CIZ bij een toetsing thuis vaak vraagt of een cliënt naar een gesloten afdeling wil verhuizen. Ook is in de praktijk veel onduidelijk over de betekenis van een artikel 21 Wzd-procedure. Veel zorgaanbieders plaatsen cliënten met een artikel 21 op een gesloten afdeling. We vinden het belangrijk dat deze misverstanden worden weggenomen. Ook vinden we het gewenst dat in artikel 21 wordt vermeld dat een artikel 21 nog niet mag leiden tot de inzet van onvrijwillige zorg, waaronder de plaatsing op een gesloten afdeling. De Wzd is immers al van toepassing op deze cliënten in de thuissituatie. In veel gevallen ontvangt een client professionele zorg thuis en is sprake van een diagnose (verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening).

De cliëntenorganisaties zijn niet blij met de huidige procedure, die onder de Wet bopz in het leven is geroepen (artikel 60 Wet bopz). In de periode voorafgaand aan de

evaluatiwet is nauw met beleidsmedewerkers van het Ministerie van VWS gesproken over een mogelijke andere invulling, die wel omringd is met voldoende waarborgen. De cvp kan hierin ook een belangrijke rol spelen, door een cliënt maar ook zijn naasten en vertegenwoordiger te ondersteunen.

In artikel 21 Evaluatiwet Wzd worden nu *drie zorgverleners* benoemd die moeten worden betrokken in het proces van artikel 21. We lezen de huisarts en twee ter zake kundige zorgverleners van een andere discipline. We vragen ons af of deze rol bij de huisarts moet worden neergelegd. In veel gevallen is een casemanager betrokken die samen met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger bij het proces is betrokken. Overigens vragen we ons ook af wie de 'casemanager' in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking dan zou moeten zijn.

Samen met V&VN komen we tot een ander voorstel:

Opname bij geen bereidheid en geen verzet

1. Opname in een accommodatie van een cliënt van 12 jaar of ouder die geen blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe, maar zich er ook niet tegen verzet, vindt uitsluitend plaats met instemming van diens vertegenwoordiger indien een bij de zorg **betrokken ter zake kundige zorgverlener** heeft vastgesteld dat:

a. de cliënt geen blijk geeft van bereidheid tot opname, maar zich er ook niet tegen verzet;

b. het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;

c. de opname noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden; en

d. er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden.

2. De betrokken ter zake kundige zorgverlener overlegt met de client en zijn vertegenwoordiger of wordt voldaan aan de criteria voor opname en wijst hen op de mogelijkheid om zich te laten ondersteunen door een familielid, naaste en/of een cliëntenvertrouwenspersoon.

3. De betrokken ter zake kundige zorgverlener legt de uitkomst van de beoordeling of voldaan wordt aan de criteria voor opname en dat de vertegenwoordiger heeft ingestemd met opname vast in het dossier van de client.

4. In afwijking van het eerste lid kan opname plaats vinden op basis van een akkoordverklaring tot opname van het CIZ indien:

a. de cliënt, of de vertegenwoordiger of de bij de zorg betrokken ter zake deskundige zorgverlener dat wenst dan wel dat zij dit gezamenlijk wensen;

b. de cliënt geen vertegenwoordiger heeft, op verzoek van een bij de zorg betrokken ter zake deskundige zorgverlener.

5. Het CIZ neemt uitsluitend een akkoordverklaring tot opname indien het CIZ oordeelt dat wordt voldaan aan de criteria, bedoeld in het eerste lid. Het CIZ raadpleegt hierbij de bij de zorg betrokken zorgverlener, cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

Daarnaast zouden wij het passend vinden - en meer recht doen aan de rechtsbescherming van cliënten - als de wzd-functionaris wordt geïnformeerd over de artikel 21 opnames. Ook zou de cvp binnen een bepaalde periode langs moeten komen zodra een client is opgenomen, uiteraard met toestemming van client en vertegenwoordiger. Zie hiervoor de eerdere opmerkingen over het informeren over de cvp.

Tot slot vragen we ons af waar je een klacht kunt indienen als je het niet eens bent met de procedure? Moet je dan als vertegenwoordiger naar het CIZ, of toch een klachtencommissie onvrijwillige zorg? Het is geen klachtgrond in artikel 55 Evaluatiewet Wzd. Hoe ziet deze procedure eruit?

3.5.4 Crisismachtiging

We waarderen de inspanning van het Ministerie van VWS om de crisismachtiging gelijk te trekken met de Wvvgz. Het is echter sterk de vraag of het een oplossing is voor de problemen in de praktijk, omdat het probleem vaak (een tekort aan) crisisbedden zelf zijn.

In artikel 31 Evaluatiewet Wzd is geregeld dat voorafgaande aan de crisismaatregel ook gedwongen zorg mag worden geleverd. In beginsel valt een cliënt al onder de reikwijdte van de Wzd zoals eerder uitgelegd. Er horen echter wel waarborgen bij de inzet van gedwongen zorg. Het valt ons op dat de zorgverantwoordelijke deze beslissing mag nemen in de Wzd, terwijl in de Wvvgz dat de geneesheer-directeur is. Ervan uitgaande dat een zorgverantwoordelijke ook een MBO-niveau 3 kan zijn, vinden we dit niet gepast, zeker niet in vergelijking met de Wvvgz. Want hoe ziet de procedure er dan uit? Waarom niet dezelfde procedure als artikel 15? Waar is de rol van de cvp? Waar is de rol van de vertegenwoordiger en hoe moet je dan weten dat je een klacht kunt indienen bij een klachtencommissie onvrijwillige zorg?

3.6 Vormen van onvrijwillige zorg en het stappenplan

Als het gaat om de vormen van onvrijwillige zorg willen wij deze graag behouden zoals nu ook opgenomen in de Evaluatiewet Wzd, dus ook de beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten.

Het is prettig dat bij toepassing van artikel 2 lid 3 Wzd – zonder verzet, maar wilsonbekwaam ter zake en met instemming van vertegenwoordiger – toch het stappenplan moet worden gevolgd.

We maken ons wel zorgen om het stappenplan. Wij hechten waarde aan het bestuurlijk akkoord, maar ook aan de inzet van een onafhankelijke deskundige. Cliëntenorganisaties vinden het allemaal erg vrijblijvend geformuleerd in artikel 11. Waarom kijkt er niet standaard een onafhankelijke deskundige mee als onvrijwillige zorg een bepaalde periode duurt? De oplossing die nu wordt gekozen in artikel 11 is dermate ingewikkeld en ook vrijblijvend. Dit geldt vooral voor het zelf inschakelen van mensen, maar ook lid 5 met daarin een periode van zes weken en de inzet van een tweede onafhankelijke deskundige. In het gehele artikel 11 wordt een vertegenwoordiger en cliënt niet gewezen op zijn rechten. De cliëntenorganisaties pleiten voor eenduidigheid, minder maatwerk en duidelijkheid over hun rechten bij artikel 10-15. De inzet van een onafhankelijke deskundige mag niet iets vrijblijvends zijn.

3.7 Wzd-functionaris

De cliëntenorganisaties hechten er waarde aan dat de Wzd-functionaris door een BIG-geregistreeerde zorgverlener wordt uitgevoerd, met een HBO/universitair niveau. Dat betekent dat een verpleegkundig specialist akkoord is, alsmede een BIG-geregistreeerde casemanager dementie. Maar de cliëntenorganisaties willen een MBO-opgeleide verpleegkundige niet toevoegen. Hetzelfde geldt voor een gedragskundige die niet BIG-geregistreerd is. De Wzd-functionaris is immers een belangrijke functie in de wet. Deze functie wordt door de cliëntenorganisaties gezien als een belangrijke schakel in het beschermen van de rechtspositie van cliënten die te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

In artikel 1 lid 1^e staat helaas nog vermeld dat een Wzd-functionaris verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van gedwongen zorg. Al diverse keren, waaronder ook in de wetsevaluatie Wzd, is opgemerkt dat deze zin niet passend is. Het is immers de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de infrastructuur van de Wzd, ook in het licht van de WKKGZ.

Als het gaat om de benoemingsprocedure vinden de cliëntenorganisaties het een mooie aanvulling dat ook de RvT wordt betrokken bij de benoeming van de Wzd-functionaris. De RvT moet immers ook actief betrokken zijn bij de Wzd. Het komt nog te vaak voor dat een Wzd-functionaris niet of nauwelijks contact heeft met de RvT.

Daarnaast willen de cliëntenorganisaties ook graag benoemen dat op een aantal cruciale momenten de rol van de Wzd-functionaris niet of nauwelijks aanwezig is. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de voorwaardelijke machtiging. De zorgverantwoordelijke beslist op grond van artikel 28ac of een client wordt opgenomen in een accommodatie. Dit gebeurt na overleg met een onafhankelijke deskundige, maar zonder betrokkenheid van anderen. Ook de cvp wordt hier niet genoemd, wat al eerder is benoemd in deze notitie.

In de evaluatiewet Wzd is een nieuwe bepaling opgenomen over overplaatsing (artikel 48b). De cliëntorganisaties vinden het fijn dat overplaatsing in de evaluatiewet is voorzien van waarborgen, ook omdat in de huidige Wzd daar niets over is geregeld. Opvallend genoeg is daar ook de rol van de Wzd-functionaris niet opgenomen, terwijl dit wel het geval is bij ontslag en verlof. De cliëntorganisaties zien graag dat de Wzd-functionaris om advies wordt gevraagd over een overplaatsing.

Het is fijn om te lezen dat bij de zorg in onvoorziene situaties de Wzd-functionaris een meer actieve rol krijgt.

3.8 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

De cliëntenorganisaties kunnen zich vinden in de uitbreiding van de bevoegdheden van de IGJ. Ze zien graag dat de IGJ zich actiever gaat bemoeien met een aantal verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, waaronder het actief informeren van cliënten op hun rechten in begrijpelijke taal. Maar ook de kwaliteit van de verschillende klachtencommissies onvrijwillige zorg.

Zoals eerder benoemd, zien we ook graag dat er elementen worden toegevoegd aan het beleidsplan. Zo wordt dit een krachtiger instrument en biedt het meer waardevolle informatie voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daarnaast biedt het dan meer handvatten voor de IGJ om in gesprek gaan met de Raad van Bestuur en de Raad

van Toezicht. IGJ mag immers handhaven als het beleidsplan niet voldoet aan de vereisten van de wet (artikel 60 en 61a Evaluatiewet Wzd).

4. Slotwoord

De impact van het beperken van de vrijheid van mensen is van onmetelijke invloed op hun leven. Het leidt altijd tot inperking van fundamentele grond- en mensenrechten. Deze rechten dienen zorgvuldig beschermd en bevorderd te worden, zeker wanneer mensen niet in staat zijn goed voor zichzelf op te komen. *De Wzd dient er ten allen tijde op gericht te zijn om – vanuit cliëntperspectief - de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking, psychogeriatrische of gelijkgestelde aandoening te beschermen, wanneer zij te maken krijgen met onvrijwillige zorg.*

We waarderen dan ook dat in het wetsvoorstel de focus ligt op het beter waarborgen van de rechten van cliënten die te maken krijgen met een onvrijwillige opname en onvrijwillige zorg. In het licht van het VN-verdrag voor mensen met een Handicap, maar ook het EVRM en onze Grondwet hechten cliënten en ook vertegenwoordigers aan een wet waarin waarborgen expliciet benoemd zijn. Ondanks de diverse verbeteringen, hebben we in dit document een aantal voorstellen gedaan om die rechtspositie nog verder te verbeteren. Ook omdat we weten dat cliënten en vertegenwoordigers nog te weinig bekend zijn met de rechten die in de Wzd zijn verankerd. *Het is uitermate belangrijk dat cliënten en ook vertegenwoordigers terug kunnen vallen op duidelijke rechten.*

Belangrijk is dat cliënten en vertegenwoordigers weten wat hun rechten zijn en daar door zorgverleners ook actief op worden gewezen. We zien dat nu nog te weinig terug in de evaluatiewet. *Onze belangrijkste boodschap daarbij is dat maatwerk niet ten koste mag gaan van de rechtsbescherming van cliënten, die te maken krijgen met onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname.*

In de evaluatiewet worden ook een aantal voorstellen gedaan die de uitvoering van de Wzd in de praktijk niet eenvoudiger maken. We doelen dan op artikel 21 maar ook op het stappenplan. Enerzijds kiest de wetgever voor vereenvoudiging en anderszijds komen er stappen bij. Behalve dat de wet niet eenvoudiger lijkt te zijn geworden, dient de wet überhaupt niet geschreven te worden om de uitvoerbaarheid te verbeteren. Wij zijn ons er zeker van bewust en onderkennen dat goede uitvoerbaarheid bijdraagt aan kwaliteit van zorgverleningen betere rechtspositie van cliënten. *Als betere uitvoerbaarheid meer maatwerk en minder verplichtingen betekent, dan bevordert dat juist niet de rechtspositie van de mensen waar om het om gaat.*

Bijlage 1:

Factsheet van de eerste uitkomsten uitvraag onder cliënten naar hun ervaringen met onvrijwillige zorg en de Wet zorg en dwang (Wzd) in 2024/2025

1 Achtergrond

Tussen 27 maart en 21 april 2025 hebben de cliëntenorganisaties een vragenlijst rondgestuurd in haar achterbannen om ervaringen op te halen met onvrijwillige zorg en de Wzd. Met de uitkomsten daarvan willen we nog beter in beeld brengen welke aanpassingen of verbeteringen van de Wzd er zinvol zijn. Hierop hebben ruim 1000 mensen gereageerd. In dit factsheet geven we een eerste beknopte overzicht van de uitkomsten. Een volledig rapport waarin we de uitkomsten ook zullen duiden, onder andere met quotes en voorbeelden, volgt. De vragenlijst is gebaseerd op twee uitvragen⁷ die cliëntenorganisaties eerder hebben gedaan.

In onderstaande tabellen hebben we alleen de mensen meegenomen die de gehele vragenlijst hebben ingevuld én in 2024 of (begin) 2025 te maken hebben gehad met onvrijwillige zorg. Dat zijn 190 mensen in totaal.

De respondenten bestaan voor ruim 80% uit naasten van mensen met een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of gelijkgestelde aandoening. Als we dan kijken naar welke aandoening mensen dan hebben, valt op dat (evenals in eerdere onderzoeken) vooral een psychogeriatrische aandoening wordt genoemd (84%).

2 Tabellen

2.1 Ervaren onvrijwillige zorg

Ervaren onvrijwillige zorg in 2024/2025 (N=190)	Percentage	Aantal
Er wordt toezicht op mij gehouden (met bijvoorbeeld camera, deurverklikker of sensor)	56%	107
Ik ben ingesloten (ik mocht niet van mijn kamer, heb ook een gesloten afdeling gezeten)	31%	58
Mijn bewegingsvrijheid is beperkt (fixeren, mij op een bepaalde tijd naar mijn kamer sturen)	24%	45
Ik mag mijn eigen leven niet inrichten zoals ik wil (vroeg naar bed, beperking telefoongebruik, enzovoort)	20%	38
Ik heb gedwongen moeten eten, drinken of medicijnen slikken	16%	30
Ik heb gedwongen medisch onderzoek of behandeling gehad	11%	20
Mijn kamer of woning is tegen mijn zin gecontroleerd (op alcohol, drugs of gevaarlijke voorwerpen)	5%	9
Mijn kleding of lichaam is tegen mijn zin gecontroleerd (op alcohol, drugs of gevaarlijke voorwerpen)	5%	9
Ik mag niet al het bezoek ontvangen dat ik wil	4%	8
Anders, namelijk:	28%	53

⁷ [Onbekendheid met Wet zorg en dwang brengt grondrechten cliënten in gevaar - Iederin](#)

2.2 Op de hoogte van de Wzd

Heb je weleens gehoord van de Wzd? (N=190)	Percentage	Aantal
Ja, via mijn zorgaanbieder	39%	75
Ja, via iets of iemand anders	29%	56
Nee, ik heb nog nooit over de Wet zorg en dwang gehoord.	18%	35
Ja, via internet	14%	27
Ja, via een cliëntenorganisatie	13%	24

2.3 Stappenplan

Heeft je zorgverlener het stappenplan uitgelegd, toen je onvrijwillige zorg nodig had? (N=190)	Percentage	Aantal
Ja	42%	79
Nee	31%	58
Dat weet ik niet	28%	53

Is het stappenplan gevolgd toen je onvrijwillige zorg kreeg? (N=190)	Percentage	Aantal
Ja	40%	76
Nee	19%	36
Dat weet ik niet	41%	78

2.4 Zorgplan en onvrijwillige zorg

Staat er in je zorgplan iets over de onvrijwillige zorg die je krijgt? (N=190)	Percentage	Aantal
Er staat niets over onvrijwillige zorg die ik krijg in mijn zorgplan	29%	55
Ja, over wanneer we de onvrijwillige zorg bespreken (evalueren)	32%	60
Ja, over hoelang de onvrijwillige zorg mag duren (de termijn)	22%	42
Ja, over hoe de onvrijwillige zorg kan worden voorkomen (alternatieven)	17%	33
Ja, over het verminderen van de onvrijwillige zorg (afbouwen)	13%	25
Anders	25%	47

2.5 Evalueren

Hoe vaak hebben jij en/of je vertegenwoordiger een evaluatiegesprek met je zorgverlener over de onvrijwillige zorg die je krijgt? (N=190)	Percentage	Aantal
Ik en/of mijn vertegenwoordiger hebben nog nooit een gesprek gehad met mijn zorgverlener over onvrijwillige zorg	18%	34
1 keer per jaar of minder	14%	26
2 keer per jaar	26%	49
Vaker dan 2 keer per jaar	21%	40
Anders	22%	41

Wie plant het evaluatiegesprek of geeft aan wanneer er weer een gesprek nodig is?	Percentage	Aantal
De zorgverlener	67%	128
Mijn vertegenwoordiger	27%	52
Weet ik niet	12%	23
Anders, namelijk	11%	21
Ik zelf	8%	15

Waar heb je het over gehad in het evaluatiegesprek? (N=190)	Percentage	Aantal
Over waarom de onvrijwillige zorg nodig is	48%	92
Over wat ik van de onvrijwillige zorg vind	29%	56
Over hoe we de onvrijwillige zorg kunnen voorkomen	22%	42
Over het verminderen of afbouwen van de onvrijwillige zorg	21%	40
Over hoelang de onvrijwillige zorg nog gaat duren	16%	30
Anders	39%	75

2.6 Cliëntenvertrouwenspersoon

Heb je weleens gehoord over de cliëntenvertrouwenspersoon Wzd? (N=190)	Percentage	Aantal
Nee, ik heb nog nooit over de cliëntenvertrouwenspersoon Wzd gehoord.	44%	84
Ja, via mijn zorgaanbieder	34%	64
Ja, via een cliëntenorganisatie	11%	21
Ja, via internet	9%	18
Anders	11%	21

Heb je in 2024 of 2025 ondersteuning gevraagd aan de cliëntenvertrouwenspersoon Wzd? (N=106)	Percentage	Aantal
Nee	73%	77
Ja	23%	24
Weet ik niet	5%	5

2.7 Klacht indienen

Weet je dat je een klacht kunt indienen over onvrijwillige zorg die je krijgt? (N=190)	Percentage	Aantal
Nee, ik weet niet dat ik een klacht kan indienen over de onvrijwillige zorg die ik krijg	39%	74
Ja, dat heb ik gehoord van mijn zorgverlener	22%	41
Ja, dat heb ik gelezen op internet	13%	24
Ja, dat heb ik gehoord van een cliëntenorganisatie	7%	14
Ja, dat heb ik gehoord op een informatiebijeenkomst	3%	6
Anders	16%	31

Bij wie heb je een klacht ingediend over onvrijwillige zorg? (N=17)	Percentage	Aantal
Bij mijn zorgaanbieder	59%	10
Bij mijn zorgverlener	24%	4
Bij de klachtencommissie KCOZ	6%	1
Ergens anders	41%	7

3 Samenvattend

Van alle mensen die onvrijwillige zorg heeft ervaren, geeft 18% aan nog nooit over de Wzd gehoord te hebben. Verder heeft 44% nog nooit gehoord van de cvp en weet 39% niet dat ze een klacht kunnen indienen over de onvrijwillige zorg die ze krijgen.

Ook valt op dat bij 30% van de respondenten die zeggen dat er ervaring is met onvrijwillige zorg, hier niets over is opgenomen in het zorgplan. Bij eveneens 30% wordt er geen uitleg gegeven over het Stappenplan en slechts 40% van de respondenten geeft aan dat het Stappenplan gevolgd is bij de onvrijwillige zorg die zij hebben ervaren.

Hoewel er nog een aantal gegevens geanalyseerd moeten worden, valt uit deze eerste uitkomsten op dat mensen nog steeds weinig op de hoogte zijn van de Wzd. Dit is vergelijkbaar met de eerdere onderzoeken die door de cliëntorganisaties zijn uitgevoerd. Dit bevestigt het belang van het toevoegen (en goed uitwerken) van een informatieverplichting: over de cvp, de klachtenregeling, maar ook uitleg en toepassing van het Stappenplan, rol van het zorgplan en het recht op evalueren.

Bijlage 2: Ondertekeningen

Namens Alzheimer Nederland:

Julie Meerveld, manager

Namens Ieder(in):

Deborah Lauria, directeur

Namens KansPlus:

José Laheij, vicevoorzitter

Namens LFB:

Ellis Jongerius, directeur

Namens het LSR:

Debbie Maas

Namens Per Saldo:

Aline Molenaar, directeur