



branchevereniging van zorgorganisaties
verpleeghuiszorg | zorg thuis | revalidatie en herstel | jeugd



Consultatiereactie

Evaluatiewet Wvggz en Wzd

**190 voorstellen ter verbetering van
de Wet zorg en dwang**

26 mei 2025

Inhoudsopgave

	Algemene beoordeling Evaluatiewet	7
	Consultatiereactie per onderdeel van de Evaluatiewet	10
1.	Algemene opmerkingen	10
1.1	Wet vrijheid en veiligheid	10
1.2	Minder gedetailleerde wetgeving	10
1.3	Verstandelijke handicap	10
1.4	Vrijwilligheid	10
1.5	Gedwongen zorg	11
1.6	Klachtwaardigheid	12
1.7	Ter zake kundig	12
2.	Reactie op hoofdstuk 1 Algemene bepalingen	12
2.1	Definitie zorgaanbieder	12
2.2	Taak Wzd-functionaris	14
2.3	Reikwijdteverklaring	15
2.4	Gelijkgestelde aandoeningen	16
2.5	Vormen van gedwongen zorg	19
2.6	Vrijwillige zorgverlening aan ter zake wilsonbekwame cliënten	23
2.7	Ambulante gedwongen zorg	26
2.8	De benoeming van de Wzd-functionaris	27
2.9	Beoordeling wilsbekwaamheid	27
2.10	Verzet	28
3.	Reactie op paragraaf 2.1 Uitgangspunten	28
3.1	Algemene reactie	28
3.2	Informatieverplichtingen	28
3.3	Wilsbekwaam verzet	30
3.4	Betrokkenheid naasten	33
3.5	Beleidsplan	33
4.	Reactie op paragraaf 2.2 Zorgverantwoordelijke en zorgplan	34
4.1	Taak zorgverantwoordelijke	34
4.2	Een gezamenlijke zorgverantwoordelijke	35

4.3	Zorg in de periode waarin nog geen zorgplan is opgesteld	35
5.	Reactie op paragraaf 2.3 Gedwongen zorg in het zorgplan	36
5.1	Algemeen	36
5.2	Opname van gedwongen zorg in het zorgplan	36
5.3	Evaluatie van de gedwongen zorgverlening	38
5.4	Toetsingscriteria	40
5.5	Verplichte inzet onafhankelijke deskundige bij tweede evaluatie	41
5.6	Beoordeling zorgplan door Wzd-functionaris	42
6.	Reactie op paragraaf 2.4 Uitvoeren van het zorgplan	43
6.1	Uitvoering zorgplan	43
6.2	Uitvoering onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen	44
6.3	Tijdelijk verblijf elders	45
7.	Reactie op paragraaf 2.5 Zorg in onvoorziene situaties	45
7.1	Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet	45
7.2	Niet van toepassing in situaties waarin acuut gehandeld moet worden	47
7.3	Urgente situaties	47
7.4	Termijn	48
7.5	Vastlegging in dossier	48
7.6	Rol Wzd-functionaris	48
7.7	Tekstvoorstel	49
7.8	Veiligheidsonderzoeken	50
8.	Reactie op paragraaf 2.6 Administratieve voorschriften en verplichtingen tot het verstrekken van gegevens	50
8.1	Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet	50
8.2	Reactie op de voorstellen uit de Evaluatiewet	51
8.3	Accommodatie / locatie / locatieregister	52
9.	Reactie op hoofdstuk 2a Melding en aanvraag van gedwongen zorg of opname	54
9.1	Algemeen	54
10.	Reactie op paragraaf 3.1 Opname bij geen bereidheid en geen verzet	55
10.1	Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet	55
10.2	Algemene reactie	56
10.3	Gdgv?	57
10.4	Mogelijke aanvragers besluit opname	57

10.5	Vragen over de beoordeling door de huisarts	58
10.6	Voorstellen ten aanzien van de procedure bij de huisarts	59
10.7	Vragen ten aanzien van de procedure bij het CIZ	59
10.8	Voorstellen ten aanzien van de procedure bij het CIZ	59
10.9	Spoedopname gbgv-cliënt	60
10.10	Afwijzing besluit opname	60
10.11	Verval besluit opname	60
10.12	Bezwaar en beroep	61
11.	Reactie op paragraaf 2.1 Gedwongen opname of voortgezet verblijf	61
11.1	Rechterlijk machtiging bij verzet tegen zorg	61
12.	Reactie op paragraaf 2.2 De aanvraag voor een rechterlijke machtiging	61
12.1	Medische verklaring rechterlijke machtiging	61
12.2	Onafhankelijk van de zorgaanbieder	62
13.	Reactie op paragraaf 2.3 Het verzoek om een rechterlijke machtiging	63
13.1	Afschrift verzoekschrift	63
13.2	Omzetting naar aanvraag zorgmachtiging	63
14.	Reactie op paragraaf 2.3a Voorwaardelijke machtiging jongvolwassenen	63
14.1	Algemeen	63
14.2	Toepasbaarheid voorwaardelijke machtiging	63
14.3	Medische verklaring, artikel 28aa, lid 4	64
14.4	Medische verklaring, artikel 28ab, lid 4	64
14.5	Termijn	64
14.6	Advies onafhankelijke deskundige	64
14.7	Beoordeling door de rechter	65
15.	Reactie op paragraaf 2.5 Crisismaatregel en machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel	65
15.1	Inleiding	65
15.2	Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet	65
15.3	Positie initiatiefnemer	66
15.4	Medische verklaring	67
15.5	Uitvoering crisismaatregel	67
15.6	Rol burgemeester	67
15.7	Plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum	68
15.8	Rol CIZ / de officier van justitie	69

15.9	Uitvoering crisismaatregel	70
15.10	Geldigheidsduur machtiging voortzetting crisismaatregel / aanvraag vervolgmachtiging	71
15.11	Wijziging machtiging voortzetting crisismaatregel	72
15.12	Gedwongen zorg voorafgaand aan crisismaatregel	72
15.13	Algemene conclusie ten aanzien van de gemeenschappelijke crisismaatregel	73
16.	Reactie op paragraaf 2.6 Rechterlijke machtiging	75
16.1	Procesbevoegdheid minderjarigen	75
16.2	Beslistermijn rechter	75
16.3	Tenuitvoerlegging	75
16.4	Schrap termijn tenuitvoerlegging	76
16.5	Hulp bij tenuitvoerlegging	76
16.6	Mededelingsplicht	77
16.7	Verval rechterlijke machtiging	77
17.	Reactie op paragraaf 3 Administratieve voorschriften bij opname	78
17.1	Huisregels	78
17.2	Documenten bij opname	78
17.3	Mondelinge toelichting crisismaatregel	79
18.	Reactie op artikel 47 Verlof	79
18.1	Definitie van verlof	79
18.2	Reikwijdte verlofregeling	79
18.3	Verplichting om uit eigen beweging verlof te verlenen	80
18.4	Rolverdeling bij besluiten over verlof	80
18.5	Verlofbriefje	80
19.	Reactie op artikel 48 en 49 Ontslag	80
19.1	Term 'ontslag'	80
19.2	Reikwijdte ontslagregeling	80
19.3	Rolverdeling bij besluiten over ontslag	81
19.4	Rol familie bij ontslag	81
19.5	Rol rechter bij ontslag	81
20.	Reactie op artikel 48b Overplaatsing	82
20.1	Algemeen	82
20.2	Begrip cliënt	83
20.3	Begrip zorgaanbieder	83

20.4	Beslissing overplaatsing	84
20.5	Doorbreking geheimhoudingsplicht	84
20.6	Dossier	84
20.7	Permanente overplaatsing	84
20.8	Terugplaatsing	85
20.9	Vormen van gedwongen zorg	85
20.10	Andere vormen van gedwongen zorg	85
20.11	Periode waarin gedwongen zorg kan worden verleend	86
21.	Reactie op hoofdstuk 4 Klachtenprocedure en schadevergoeding	86
21.1	Informatie over de klachtenregeling	86
21.2	Klachtgronden	86
21.3	Klachten over toepassing BVT	87
22.	Reactie op hoofdstuk 4a Cliëntenvertrouwenspersoon	88
22.1	Signalerende functie	88
22.2	Inzage dossier	89
22.3	Locatiebezoeken	89
22.4	Gegevens cliënt doorgeven aan cvp	89
22.5	Medewerking aan cvp	90
23.	Reactie op paragraaf 5.1 Toezicht	90
23.1	Melding vermissingen	90
23.2	Melding forensische cliënten	90
24.	Reactie op hoofdstuk 5 Toezicht en handhaving	91
24.1	Aanwijzing en bevel	91
24.2	Misdrijven	91
24.3	Overtredingen	92
Bijlage 1	Schema Gelijkgestelde aandoeningen	93
Bijlage 2	Schema Ernstig nadeel in de Evaluatiewet	94

Algemene beoordeling Evaluatiewet

Verenso, de NVO, het NIP, de VGN en ActiZ hebben de Evaluatiewet bestudeerd en besproken met hun achterban. Wij hebben onze bevindingen gedeeld en zijn tot de conclusie gekomen dat wij het eens zijn over onze algemene beoordeling van de Evaluatiewet en ook over tal van voorstellen die wij willen doen om de Wet zorg en dwang te verbeteren. Deze voorstellen hebben wij voorgelegd aan Zorgthuisnl, de Federatie Landbouw en Zorg en aan de Branchevereniging Kleinschalige zorg (BVKZ). Zij gaven aan de voorstellen te kunnen onderschrijven. De voorstellen betreffen de volle breedte van de Wet zorg en dwang. Het spreekt voor zich dat ieder van ons zijn eigen rol en verantwoordelijkheid heeft en dat niet alle onderdelen die in deze reactie aan de orde komen daarbinnen vallen.

Naast deze gezamenlijke reactie zullen wij ook afzonderlijk reageren op de Evaluatiewet. In onze afzonderlijke reacties gaan we in op onderwerpen die in de gezamenlijke reactie niet aan de orde zijn gekomen en plaatsen wij ook eigen accenten.

In de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg staan zorgverleners vaak voor een moeilijke afweging. Enerzijds is hun opdracht om cliënten te helpen hun leven naar eigen inzicht in te richten en de eigen keuzes die zij daarbij maken te respecteren. Anderzijds is hun opdracht om te voorkomen dat cliënten, die de gevolgen van hun handelen niet goed kunnen overzien, zichzelf of anderen ernstig benadelen. De Wet zorg en dwang (Wzd) is het kompas dat zorgverleners moet helpen om deze afweging tussen vrijheid en veiligheid zorgvuldig te maken. Wij merken in de praktijk dat dit kompas niet goed functioneert en dat baart ons grote zorgen. Deze zorgen werden bevestigd door de uitkomsten van de evaluatie van de Wzd.

De evaluatie van de Wzd en de Wvggz heeft een heldere conclusie opgeleverd: *'Als het erom gaat dat een wet toegankelijk en werkbaar is, aansluit bij het terrein waarop deze van toepassing is en relatief makkelijk te implementeren is, dan zijn de Wvggz en de Wzd in belangrijke mate mislukt'*. Deze conclusie wordt in de praktijk breed onderschreven. Dat is verontrustend. Ingrijpende wijzigingen zijn noodzakelijk om de uitvoerbaarheid van de Wzd te verbeteren. Wij constateren echter dat de voorstellen die in de Evaluatiewet worden gedaan daarin onvoldoende voorzien.

Ook zien wij in de Evaluatiewet onvoldoende terug van de concretisering van de leidende principes die de minister van VWS in haar beleidsreactie op het evaluatierapport heeft benoemd. Dit geldt met name voor de concretisering van de leidende principes 'terug naar de kern' en 'van regels naar principes'.

Eén van die leidende principes is 'begrijpelijkheid'. Wij hechten veel belang aan dit principe. Het is zowel voor cliënten als voor zorgverleners van groot belang dat duidelijk is hoe de afweging tussen vrijheid en veiligheid gemaakt moet worden. Wij constateren echter dat het bij de goede voornemens uit de beleidsreactie is gebleven. De Evaluatiewet maakt de Wzd niet begrijpelijker, te meer niet omdat de toelichting vaak niet verder komt dan het in iets andere bewoordingen herhalen wat al in de wettekst is

verwoord en de onderliggende keuzes en systematiek niet verheldert. Belangrijke wijzigingen worden soms überhaupt niet benoemd in de toelichting.

Wij willen benadrukken dat een begrijpelijke wet ook een eerste vereiste is voor goede rechtsbescherming van de cliënt. Het belang hiervan onderschrijven wij van harte. Het is echter een misverstand dat gedetailleerde wetgeving, bijvoorbeeld over het informeren van de cliënt en zijn vertegenwoordiger, nodig is voor een goede rechtsbescherming. Het gaat in de eerste plaats om, zoals het in het evaluatierapport wordt geformuleerd, een toegankelijke en werkbare wet die aansluit bij het terrein waarop de wet van toepassing is. Daarnaast is uiteraard van belang dat een cliënt zo nodig een beroep kan doen op de klachtenregeling en daarbij goede ondersteuning krijgt.

Onderdelen van de Evaluatiewet verslechteren juist de uitvoerbaarheid van de Wzd. Het voorstel om de crisismaatregel uit de Wvvggz ook in de Wzd op te nemen, is daar een voorbeeld van. Op dit punt, maar ook op tal van andere punten, lijkt de wens om de Wzd aan te passen naar het model van de Wvvggz, bij het opstellen van de Evaluatiewet zwaarder gewogen te hebben dan de wens om de uitvoerbaarheid en begrijpelijkheid van de Wzd te verbeteren. Dit doet afbreuk aan de keuze voor twee wetten. Wij willen benadrukken dat wij onverminderd veel belang hechten aan die keuze. De keuze voor twee wetten levert soms problemen op als cliënten die in de Wzd-sector zorg ontvangen beter op hun plek blijken te zijn in de Wvvggz-sector of andersom. Die problemen moeten opgelost worden, maar daarvoor is niet nodig om voor cliënten in crisissituaties feitelijk één wet in te voeren.

In de Evaluatiewet wordt geen vervolg gegeven aan voornemens die in de beleidsreactie op de evaluatierapporten werden aangekondigd. Met name voor het voornemen om de bepaling te schrappen op grond waarvan vrijwillige zorg soms wordt gelijkgesteld met onvrijwillige zorg (artikel 2, lid 2) bestaat in de praktijk veel steun. In de Evaluatiewet blijft dit artikel echter ongewijzigd. Wij hechten er veel belang aan dat het voornemen om deze bepaling te schrappen alsnog wordt uitgevoerd.

Ook hechten wij veel belang aan de opmerkingen die wij in deze reactie maken ten aanzien van de voorgestelde bepalingen over de besluitvorming over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en de uitvoering van onvrijwillige zorg (artikel 9 t / m 15). Deze bepalingen vormen de kern van de wet. Het is zowel voor zorgverleners als voor cliënten en hun vertegenwoordigers essentieel dat deze bepalingen helder en goed uitvoerbaar zijn. De voorstellen die in dit kader in de Evaluatiewet gedaan worden ten aanzien van de inzet van deskundigen zien wij als een stap terug ten opzichte van de bestuurlijke afspraken. Dat de onafhankelijke deskundige wordt gehandhaafd, hoewel deze zich vrijwel niet onderscheidt van de niet bij de zorg betrokken deskundige, vinden wij een gemiste kans om de wet op dit belangrijke punt te verbeteren.

De Wzd heeft een lange voorgeschiedenis. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is de wet vele malen gewijzigd. Vervolgens heeft de harmonisatie met de Wvvggz opnieuw talrijke wijzigingen opgeleverd. En sinds de inwerkingtreding in 2020 is de Wzd inmiddels alweer drie keer gewijzigd. Dit heeft een gemankeerde wet

opgeleverd. De Evaluatiewet beoogt deze gemankeerde wet weer wat te herstellen, maar slaagt daar niet in. In deze reactie voorzien wij de wijzigingsvoorstellen uit de Evaluatiewet gedetailleerd van commentaar. Dat levert 190 voorstellen tot verbetering van de wet op. Dit aantal is illustratief voor de slechte staat waarin de Wzd zich bevindt, ook na verwerking van de voorstellen uit de Evaluatiewet.

Om te voorkomen dat bij de volgende evaluatie opnieuw de conclusie wordt getrokken dat de wet mislukt is, is veel meer nodig dan in de Evaluatiewet wordt voorgesteld. Wij stellen daarom voor de Wzd integraal te herzien en van een nieuwe integrale en consistente toelichting te voorzien, zodat niet meer teruggegrepen hoeft te worden op een inmiddels veel te omvangrijke wetsgeschiedenis. Wij stellen voor die herziene wet ook een nieuwe naam te geven, waarin tot uitdrukking komt dat de wet het kompas is met behulp waarvan de afweging gemaakt wordt tussen vrijheid en veiligheid. Wij stellen voor die wet te noemen: Wet Vrijheid en Veiligheid.

Consultatiereactie per onderdeel van de Evaluatiewet

In deze consultatiereactie doen wij een groot aantal voorstellen en vragen wij soms om verduidelijking van bepaalde onderdelen van de Evaluatiewet. Deze voorstellen en vragen zijn aangeduid met een hoofdletter V en een volgnummer.

1. Algemene opmerkingen

1.1 Wet vrijheid en veiligheid

Wij stellen voor de Evaluatiewet te benutten om de Wet zorg en dwang (Wzd) een nieuwe naam te geven (**V1**). LOC heeft de naam *Wet vrijheid en veiligheid* voorgesteld. Wij steunen dat voorstel. In deze naam komt precies tot uitdrukking waarom het draait in deze wet: de vrijheid van cliënten om het leven naar eigen inzicht in te richten én de veiligheid die geboden kan worden door, desnoods met onvrijwillige zorgverlening, te voorkomen dat een cliënt die de gevolgen van zijn eigen handelen niet kan overzien, zichzelf of anderen ernstig benadeelt.

1.2 Minder gedetailleerde wetgeving

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg voorziet in een wettelijk kader voor de manier waarop zorgaanbieders de zorgverlening moeten organiseren. Centraal daarin staat dat zorgaanbieders niet voorgeschreven wordt hoe zij de zorgverlening precies moeten organiseren, maar alleen dat zij dit zo moeten doen dat dit redelijkerwijs leidt tot goede zorg. In de praktijk pakt dit goed uit. Zorgorganisaties kunnen eigen keuzes maken en leren van elkaars ervaring. Er is ruimte voor innovatie, nieuwe inzichten kunnen snel in praktijk worden gebracht. De Wzd is nog veel te veel gebaseerd op het gedateerde inzicht dat in de wet tot in detail geregeld moet worden hoe gedwongen zorg verleend moet worden, waarover gesproken moet worden, wie wat doet, wie waarover moet worden geïnformeerd en wanneer. Dat is de belangrijkste reden waarom in de evaluatierapporten de conclusie is getrokken dat de Wzd mislukt is. Wij bepleiten een aanzienlijke verminderingen van de regeldichtheid waarin de Wzd voorziet. In deze consultatiereactie doen wij tal van voorstellen die hieraan bijdragen.

1.3 Verstandelijke handicap

Overall in de memorie van toelichting wordt terecht de gangbare term '*verstandelijke beperking*' gebruikt. In de voorgestelde wettekst wordt echter nog steeds consequent de gedateerde term '*verstandelijke handicap*' gebruikt. Wij stellen voor om '*verstandelijke handicap*' ook in de wettekst te vervangen door '*verstandelijke beperking*' (**V2**).

1.4 Vrijwilligheid

In het algemeen deel van de memorie van toelichting wordt gesteld dat de Wzd van toepassing is '*als gedwongen zorg wordt overwogen of moet worden verleend*' (blz. 35). Dit impliceert dat de Wzd niet van toepassing is op cliënten aan wie alleen vrijwillige zorg wordt verleend. Wij zien hiervoor echter geen aanknopingspunt in de wettekst. Integendeel, verschillende bepalingen uit de wet hebben ook betrekking op cliënten aan

wie alleen vrijwillige zorg wordt verleend. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verplichting om een zorgverantwoordelijke aan te wijzen, een zorgplan op te stellen en zo nodig de rechter te vragen een mentor te benoemen.

Wij stellen voor om in de wet vast te leggen wat kennelijk de bedoeling is, namelijk dat de wet alleen van toepassing is als gedwongen zorg wordt overwogen of kan worden verleend **(V3)**. Dit zou vorm kunnen krijgen door de begripsbepaling van het begrip cliënt te wijzigen. Artikel 1, lid 4 bepaalt nu dat dat onder cliënt wordt verstaan *'een persoon die is aangewezen op zorg'*. Om dit in lijn met de toelichting te brengen zou dit vervangen moeten worden door *'een persoon ten aanzien van wie gedwongen zorgverlening wordt overwogen of ten aanzien van wie besloten is dat gedwongen zorg kan worden verleend'*.

1.5 Gedwongen zorg

De Wzd introduceerde in 2020 de term *'onvrijwillige zorg'*. De Wvvgz introduceerde in de geestelijke gezondheidszorg de term *'verplichte zorg'*. Nu wordt voorgesteld om beide termen te vervangen door *'gedwongen zorg'* en deze term zowel in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg als in de geestelijke gezondheidszorg te gebruiken. Als reden hiervoor wordt genoemd dat er geen zorginhoudelijk verschil is tussen zorg die op basis van de Wvvgz of de Wzd verleend kan worden ondanks dat de cliënt zich daartegen verzet.

Wij steunen dit voorstel niet. In de afgelopen vijf jaar is de term onvrijwillige zorg ingeburgerd in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Het overstappen op een nieuwe term heeft veel praktische consequenties en roept bovendien vragen op. Nu met de nieuwe term precies hetzelfde wordt bedoeld als met de gebruikelijke term, is cliënten en zorgverleners niet uit te leggen waarom toch overgeschakeld moet worden op een nieuwe term. Wij zien dit voorstel als een schoolvoorbeeld van een onnodige administratieve last.

Los hiervan vinden wij de term gedwongen zorg niet passend. Het gaat om zorg die wordt verleend om te voorkomen dat cliënten, die de gevolgen van hun handelen niet kunnen overzien, zichzelf of anderen ernstig benadelen. Het oogmerk is dus bescherming. Ter inspiratie wijzen wij op de Belgische wetgeving waarin terminologie die refereert aan dwang onlangs is vervangen door terminologie die refereert aan bescherming. Voor wat tot voor kort gedwongen zorg werd genoemd in België, wordt met ingang van 2025 de term *'beschermingsmaatregelen'* geïntroduceerd¹. Als al een nieuwe term geïntroduceerd zou moeten worden, dan zou daarin tot uitdrukking moet komen dat het om zorg gaat die noodzakelijk is om cliënten of anderen te beschermen tegen ernstig nadeel.

Niettemin stellen wij voor om geen nieuwe term te introduceren, maar de inmiddels ingeburgerde term *'onvrijwillige zorg'* te blijven gebruiken **(V4)**.

¹ Hervorming van de wet op de gedwongen opname in België: meer zorg op maat?, Tijdschrift voor psychiatrie, oktober 2024.

1.6 Klachtwaardigheid

De Evaluatiewet bepaalt dat als bepaalde beslissingen worden genomen, bijvoorbeeld een beslissing op basis waarvan gedwongen zorg kan worden verleend buiten het zorgplan om, de cliënt en zijn vertegenwoordiger geïnformeerd moeten worden over *'de klachtwaardigheid van die beslissing'*.

Wij stellen voor de formulering *'de klachtwaardigheid van de beslissing'* overal te vervangen door *'de mogelijkheid om over die beslissing een klacht in te dienen'* (V5). De term klachtwaardigheid komt in Van Dale niet voor en heeft een negatieve bijklank die dicht ligt bij afkeurenswaardig. Het gaat echter om besluiten die genomen worden om te voorkomen dat de cliënt zichzelf of anderen ernstig benadeelt en waarbij is voldaan aan de criteria die daaraan gesteld zijn. Wij vinden de term klachtwaardigheid dan niet passend.

1.7 Ter zake kundig

In de Wzd, zoals gewijzigd na verwerking van de voorstellen die in de Evaluatiewet worden gedaan, wordt 22 keer de term *'ter zake kundige arts'* gebruikt. Deze term wekt verwarring, omdat onduidelijk is waarom ten aanzien van de arts wordt bepaald dat deze ter zake kundig moet zijn en dit niet bepaald wordt ten aanzien van bijvoorbeeld de gezondheidszorgpsycholoog, de verpleegkundige of in het algemeen ten aanzien van zorgverleners.

Naar onze indruk is met de formulering *'ter zake kundige'* niet beoogd tot uitdrukking te brengen dat de individuele arts ter zake kundig is, maar is beoogd tot uitdrukking te brengen dat de arts een specialisatieopleiding heeft gevolgd op grond waarvan kan worden aangenomen dat hij gekwalificeerd is om de taak, die in de Wzd aan hem wordt toevertrouwd, uit te voeren.

Hiervan uitgaande stellen wij voor de term *'ter zake kundige arts'* overal te vervangen door *'arts'* en aan de begripsbepalingen toe te voegen:

'Arts: arts die is ingeschreven in een register, als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, van een specialisme waarvan de beoefenaren op basis van hun opleiding gekwalificeerd zijn voor de uitvoering van de in deze wet genoemde taak' (V6).

Een alternatief zou zijn om alleen de term *'arts'* te gebruiken, zonder verwijzing naar een specialisatieregister. Op grond van KNMG-gedragscode voor artsen is immers iedere arts gehouden om te blijven *'binnen de grenzen van je eigen kennen en kunnen'*.

2. Reactie op hoofdstuk 1 Algemene bepalingen

2.1 Definitie zorgaanbieder (artikel 1, lid 1, onderdeel d)

De Wzd is van toepassing op zorgaanbieders. Onder een zorgaanbieder wordt (verkort weergegeven) een natuurlijk persoon of rechtspersoon verstaan die beroepsmatig c.q. bedrijfsmatig *'zorg'* verleent. Onder zorg wordt verstaan: *'de zorg van een zorgaanbieder'*

jegens een cliënt die kan bestaan uit bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, bescherming, begeleiding en gedwongen zorg als bedoeld in artikel 2'. Op grond van deze definitie vallen naar onze indruk alleen aanbieders van gedwongen zorg onder de wet. In de begripsbepaling wordt immers aangegeven dat, naast de genoemde vormen van zorg, ook gedwongen zorg verleend kan worden ('en gedwongen zorg'). In de toelichting wordt dit echter niet tot uitdrukking gebracht. Wij verzoeken dit punt te verduidelijken. Als onze veronderstelling klopt, zien wij in de beschrijving van de andere genoemde elementen van zorg (bejegening, verzorging etc) geen meerwaarde.

Anders dan in de toelichting wordt vermeld, sluit de gebruikte formulering niet aan bij de Wkkgz. In de Wkkgz wordt 'zorg' niet beschreven zoals in de Wzd gebeurt, maar als: 'Wlz-zorg, Zvw-zorg en andere zorg'. Bij de vraag wat onder zorg verstaan moet worden is nog van belang dat VWS uitdraagt dat de Wzd ook van toepassing is / kan zijn op aanbieders van jeugdhulp en aanbieders van maatschappelijke ondersteuning. Wij zien daarvoor in de wet echter geen aanknopingspunt. Dit alles in aanmerking nemend stellen wij voor het begrip zorg als volgt te definiëren **(V7)**:

Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder 'zorg' verstaan:

- a. Wlz-zorg, Zvw-zorg en andere zorg zoals bedoeld in artikel 1, lid 1 Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg;*
- b. jeugdhulp zoals bedoeld in artikel 1.1 Jeugdwet;*
- c. maatschappelijke ondersteuning zoals bedoeld in artikel 1.1.1, lid 1 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.*

In de wet wordt het begrip zorgaanbieder naar onze indruk in verschillende betekenissen gebruikt. In artikel 14 heeft het begrip zorgaanbieder, blijkens de toelichting onder meer betrekking op ziekenhuizen en revalidatiecentra. Dat zijn echter geen zorgaanbieders in de zin van andere bepalingen, zoals de bepaling die verplicht om een beleidsplan te schrijven en om zich bij een klachtencommissie aan te sluiten. In artikel 48b wordt de term zorgaanbieder, blijkens de toelichting in weer een andere betekenis gebruikt. Nu vallen alleen Wzd-zorgaanbieders en de geneesheer-directeur onder dit begrip. In de regeling wie een aanvraag voor een rechterlijke machtiging kan indienen (artikel 25, lid 1) lijkt weer uitgegaan te worden van een veel ruimer begrip, al is niet duidelijk welke zorgaanbieders concreet een aanvraag kunnen indienen. Het ziekenhuis? De huisarts? De wijkverpleging? Een aanbieder van jeugdhulp? Of alleen een aanbieder van gedwongen zorg? Gaat het daarentegen om de mogelijkheid om een zorgaanbieder te bevelen een crisismaatregel uit te voeren (artikel 33) dan is het begrip zorgaanbieder kennelijk weer beperkt tot aanbieders van gedwongen zorg. De zorgaanbieder die op basis van artikel 26, lid 4 door het CIZ geïnformeerd moet worden over de beslissing om een verzoekschrift in te dienen, is echter kennelijk niet de aanbieder van gedwongen zorg, want die wordt apart genoemd in artikel 26, lid 5. Welke aanbieders wel bedoeld zijn is onduidelijk. Deze voorbeelden van bepalingen, waarin onduidelijk is op wie de term zorgaanbieder betrekking heeft, kunnen nog met vele aangevuld worden.

Kortom, de definitie van het begrip zorgaanbieder is niet duidelijk, brengt niet tot uitdrukking dat beoogd is dat ook aanbieders uit het sociaal domein eronder kunnen vallen en bovendien wordt het begrip zorgaanbieder in de wet in verschillende betekenissen gebruikt. Wij verzoeken dan ook te voorzien in een duidelijke definitie van het begrip 'zorgaanbieder' en in verduidelijking wanneer dit begrip in een van de definitie afwijkende betekenis wordt gebruikt **(V8)**.

2.2 Taak Wzd-functionaris (artikel 1, lid 1, onderdeel k)

In de beschrijving van de taak van de Wzd-functionaris is onder meer opgenomen dat deze *'verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg'*. In het evaluatierapport wordt de aanbeveling gedaan om de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken betreffende onvrijwillige zorg niet bij de Wzd-functionaris te beleggen, maar bij de zorgaanbieder (aanbeveling 24).

De Evaluatiewet laat de wet op dit punt echter ongewijzigd. In het algemeen deel van de memorie van toelichting (blz. 23) wordt hierover het volgende geschreven: *'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 het bestuur adviseert; uiteindelijk is de zorgaanbieder eindverantwoordelijk voor de uitvoering van alle gedwongen zorg'*.

Wij vinden de geciteerde tekst uit de memorie van toelichting verwarrend. Eerst wordt benoemd dat de Wzd-functionaris verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken bij gedwongen zorg. Vervolgens wordt een overkoepelende verantwoordelijkheid genoemd van de zorgaanbieder, onder meer voor de algemene gang van zaken bij de gedwongen zorg. Gesteld wordt dat die verantwoordelijkheden niet verward moeten worden, maar wat het verschil is wordt niet benoemd. Vervolgens wordt de Wzd-functionaris gepositioneerd als adviseur van management en bestuur en wordt wederom de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de uitvoering van alle gedwongen zorg benoemd. Dit wordt nu een eindverantwoordelijkheid genoemd.

De geciteerde toelichting is illustratief voor de verwarring die ontstaat door het toedelen van de algemene verantwoordelijkheid voor gedwongen zorg aan de Wzd-functionaris.

In het Profiel Wzd-functionaris schrijven de veldpartijen die het profiel hebben opgesteld hierover het volgende:

'De Wzd geeft in de definitie van de Wzd-functionaris aan dat deze 'verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg'. De wetgever heeft hiermee niet beoogd afbreuk te doen aan de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur. De verantwoordelijkheid van de Wzd-functionarissen bestaat daaruit dat zij erop toezien dat de Wzd en het beleidsplan in de individuele cliëntenzorg

goed worden toegepast en dat zij ingrijpen als dat niet het geval blijkt te zijn. Het takenpakket van de Wzd-functionaris, zoals beschreven in hoofdstuk 1 van dit profiel, sluit daarop aan'.

Deze lijn doortrekkend stellen we voor om de zinsnede *'die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien 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'* te vervangen door: *'die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien op de uitvoering van de wet en het beleidsplan en de taken uitvoert die wet hem toedeelt'* **(V9)**.

Met deze positionering van de Wzd-functionaris beogen wij mede tot uitdrukking te brengen dat uit de taak van de Wzd-functionaris als toezichthouder een signalerende en adviserende rol voortvloeit ten opzichte van de zorgaanbieder.

2.3 Reikwijdteverklaring (artikel 1, lid 4 onderdeel 2)

Evenals de huidige Wzd voorziet ook de Evaluatiewet in de mogelijkheid om mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, maar zonder indicatie voor langdurige zorg, onder de reikwijdte van de Wzd te brengen. Op dit punt voorziet de Evaluatiewet in twee wijzigingen die echter geen van beide worden toegelicht.

De eerste wijziging betreft de vraag wie de verklaring kan opstellen. Dat is nu een ter zake kundige arts, voorgesteld wordt ook de orthopedagoog-generalist die mogelijkheid te geven. De tweede wijziging betreft de inhoud van de verklaring. Nu moet in de verklaring staan dat de betreffende persoon een psychogeriatrische aandoening dan wel een verstandelijke beperking heeft én dat hij daardoor is aangewezen op zorg zoals bedoeld in de Wzd. Op basis van de Evaluatiewet is de diagnose voldoende, de zorgbehoefte is niet meer van belang.

Wij onderschrijven dat niet alleen artsen gekwalificeerd zijn om te beoordelen of iemand een verstandelijke beperking heeft en steunen dan ook het voorstel om de mogelijkheid te bieden dat orthopedagogen-generalist een reikwijdteverklaring opstellen. Ook gezondheidszorgpsychologen zijn echter gekwalificeerd om te beoordelen of iemand een verstandelijke beperking heeft.

Volgens de Evaluatiewet is het enkele feit dat is vastgesteld dat iemand een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening heeft voldoende om hem onder de reikwijdte van de Wzd te brengen. Dit lijkt ons in strijd met het VN verdrag Handicap. Naar onze indruk is een reikwijdteverklaring pas aan de orde als is vastgesteld dat de verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening leidt tot gedrag waardoor een aanzienlijk risico op ernstig nadeel ontstaat en onvrijwillige zorg nodig kan zijn om dat te voorkomen. In die situaties is het wenselijk dat een cliënt onder de reikwijdte van de Wzd wordt gebracht, zodat een zorgverantwoordelijke vervolgens zo nodig, met inachtneming van de waarborgen waarin de Wzd voorziet, kan beslissen om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen. Wij wijzen in dit verband op de regeling

van de gelijkgestelde aandoeningen, ook in dat kader moet worden beoordeeld of de aandoening gedrag veroorzaakt dat leidt tot ernstig nadeel.

Voor de toepassing van de Wzd in het sociaal domein is de reikwijdteverklaring van groot belang. Zonder zo'n verklaring vallen cliënten in het sociaal domein immers niet onder de Wzd. Niettemin wordt aan de reikwijdteverklaring amper aandacht besteed. Dat gold voor de omvangrijke wetsgeschiedenis van de Wzd en het geldt ook nu weer voor de Evaluatiewet. Voor de praktijk is het van belang dat alsnog wordt ingegaan op vragen zoals: kan de verklaring opgesteld worden door een behandelend arts of moet hiervoor een onafhankelijke arts benaderd worden? Is voor het opstellen van de verklaring de toestemming van de cliënt nodig? Of hoort de behandelend arts dit in het kader van de behandeling te doen? En gesteld dat de verklaring door een onafhankelijke arts moet worden opgesteld, is dan toestemming van de cliënt nodig voor het inschakelen van deze arts en voor het aan hem verstrekken van de informatie die hij nodig heeft om de verklaring te kunnen opstellen?

Wij stellen voor te bepalen dat een reikwijdteverklaring met betrekking tot iemand met een verstandelijke beperking ook kan worden opgesteld door een gezondheidszorgpsycholoog **(V10)** en wij stellen voor dat in de verklaring ook wordt beoordeeld of de verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening leidt tot gedrag waaruit ernstig nadeel kan voortvloeien **(V11)**. Wij stellen verder voor om aan de toelichting een tekst toe te voegen waarin de hiervoor gestelde vragen beantwoord worden **(V12)**.

Tot slot stellen wij voor om in de wet te bepalen dat de minister een model voor deze verklaring vaststelt **(V13)**.

2.4 Gelijkgestelde aandoeningen (artikel 1b)

2.4.1 Algemeen

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om de mogelijkheid te bieden dat ook cliënten die een ziekte of aandoening hebben die niet in het Besluit zorg en dwang is genoemd onder de reikwijdte van de Wzd worden gebracht. Dit kan iedere ziekte of aandoening betreffen, mits deze leidt tot een zorgbehoefte waarbij aan de drie wettelijke criteria wordt voldaan. Een ter zake kundige arts moet dit beoordelen.

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld dat de arts, die beoordeelt of iemand een gelijkgestelde aandoening heeft, niet alleen de cliënt beoordeelt maar ook beoordeelt of *'de beoogde zorgaanbieder'* de benodigde zorg kan verlenen. Bij de beoordeling hiervan moet de arts afstemmen met *'een ter zake kundige arts van een andere discipline dan die van hemzelf, op het terrein van de aan de betrokken persoon te verlenen zorg'*. De uitkomst van deze afstemming moet in de verklaring worden opgenomen.

Deze wijziging wordt als volgt toegelicht: *'Een gelijkstelling kan ingrijpend zijn. Het gelijkstellen van een ziekte of aandoening betekent immers dat bij de betreffende persoon de Wzd van toepassing kan zijn en in het geval dat gedwongen zorg nodig is,*

kan dat aanzienlijke gevolgen hebben voor die persoon. Tegen deze achtergrond is van groot belang dat goed wordt afgestemd dat de betreffende cliënt de beoogde zorg kan worden verleend'.

Wij steunen van harte het voorstel om de mogelijkheid te bieden dat een cliënt, ongeacht zijn diagnose, op basis van zijn zorgbehoefte onder de reikwijdte van de Wzd kan worden gebracht.

De vragen die wij stelden ten aanzien van de reikwijdteverklaring (zie paragraaf 2.3) kunnen ook ten aanzien van deze verklaring gesteld worden **(V14)**. Ook deze verklaring strekt er immers toe om cliënten onder de reikwijdte van de Wzd te brengen. Verder stellen wij voor dat in de wet wordt bepaald dat de minister een model voor deze verklaring vaststelt **(V15)**.

2.4.2 Toetsingscriteria

Het is ons niet duidelijk waarom de criteria, waaraan voldaan moet om een cliënt onder de reikwijdte van de Wzd te kunnen brengen, per ziekte of aandoening verschillen. Voor een overzicht van die verschillen verwijzen wij naar bijlage 1 bij deze notitie. Wij stellen voor dat de arts in alle gevallen uitsluitend beoordeelt of de cliënt voldoet aan de drie in de wet genoemde criteria **(V16)**.

2.4.3 Tweede arts

Het is ons evenmin duidelijk waarom wordt voorgesteld dat de arts die de verklaring opstelt ook een uitspraak moet doen over het zorgaanbod van de beoogde zorgaanbieder en daarover moet afstemmen met een arts van een andere discipline, op het terrein van de aan de betrokken persoon te verlenen zorg. Het is ons ook niet duidelijk welke arts dit in de praktijk zou moeten zijn. Wij gaan ervan uit dat de verklaring in de regel wordt opgesteld door een specialist ouderengeneeskunde of een arts VG en dat de verklaring betrekking heeft op een cliënt die zorg ontvangt of zal gaan ontvangen in de ouderenzorg of gehandicaptenzorg. Welke andere arts 'op het terrein van de aan de cliënt te verlenen zorg' moet de SO of arts VG raadplegen? En waarom? De SO en de arts VG zijn immers zelf bij uitstek in staat om te beoordelen of de cliënt in de ouderenzorg of gehandicaptenzorg passende zorg kan krijgen.

Wij vinden het niet zinvol dat in de verklaring een uitspraak gedaan wordt over het zorgaanbod. De verklaring kan beperkt blijven tot de vaststelling dat de cliënt op basis van zijn zorgbehoefte onder de Wzd valt. Het is aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger om de zorgaanbieder van hun voorkeur te benaderen en het is aan de zorgaanbieder om te beoordelen of hij een passend zorgaanbod kan doen. Wij stellen daarom voor de tekst over de beoordeling van het zorgaanbod en de afstemming daarover met een andere arts te schrappen **(V17)**.

Wij roepen nog in herinnering dat ook in de consultatieversie van het Besluit uitbreiding gelijkgestelde aandoeningen (Buga) werd voorgesteld dat een tweede arts bij de beoordeling zou worden betrokken. Een brede coalitie van 16 veldpartijen uit de

ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg wees dit voorstel van de hand. In het Buga is deze rol dan ook niet opgenomen. Het verbaast ons dat nu opnieuw wordt voorgesteld een tweede arts bij de beoordeling te betrekken.

2.4.4 Gelijkgestelde aandoeningen / gelijkgestelde zorgbehoefte

De term gelijkgestelde aandoeningen is verwarrend omdat geen enkele aandoening als zodanig is gelijkgesteld met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. De diagnose is immers niet voldoende, van een cliënt met een gelijkgestelde aandoening is pas sprake als de aandoening leidt tot een bepaalde zorgbehoefte. De term gelijkgestelde aandoeningen wordt in de Evaluatiewet nog verwarrender omdat geen sprake meer is van beperkt aantal aandoeningen, maar een cliënt ongeacht zijn ziekte of aandoening onder de Wzd gebracht kan worden, mits een arts heeft vastgesteld dat de ziekte of aandoening leidt tot een zorgbehoefte die voldoet aan de drie criteria die in de wet staan. Tegen deze achtergrond stellen wij voor om de term gelijkgestelde aandoeningen niet meer te gebruiken en in plaats daarvan te spreken over cliënten met een gelijkgestelde zorgbehoefte **(V18)**.

2.4.5 Vereenvoudiging regeling gelijkgestelde aandoeningen

Wij vinden de regeling van de gelijkgestelde aandoeningen onnodig complex. Wij stellen voor artikel 1a en de desbetreffende bepalingen uit het Bzd te schrappen. In plaats daarvan kan volstaan worden met de volgende wijziging van artikel 1, lid 4, onderdeel 3^e:

Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder 'cliënt' verstaan, een persoon die is aangewezen op zorg en van wie:

1° (ongewijzigd)

2° (ongewijzigd)

3° *uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat diegene:*

- a. een ziekte of aandoening heeft die dezelfde gedragsproblemen of regieverlies kan veroorzaken als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking;*
- b. die gedragsproblemen of regieverlies tot een zorgbehoefte leidt die vergelijkbaar is met de zorgbehoefte waartoe een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking leidt en*
- c. de gedragsproblemen kunnen of dit regieverlies kan leiden tot ernstig nadeel.*

Wij stellen voor om tevens in de wet te bepalen dat niet altijd door een arts hoeft te worden beoordeeld of iemand met een bepaalde ziekte of aandoening onder de Wzd valt **(V19)**. Gaat het bijvoorbeeld om de vraag of iemand met een autismespectrumstoornis onder de Wzd valt, dan is een gedragskundige gekwalificeerd om dat te beoordelen.

2.4.6 Formuleringen aanpassen aan nieuwe regeling

Verschillende bepalingen in de Evaluatiewet zijn nog gebaseerd op de veronderstelling dat een cliënt hetzij een verstandelijke beperking, hetzij een psychogeriatrische aandoening heeft, eventueel in combinatie met een psychische stoornis. Artikel 9 bepaalt bijvoorbeeld dat gedwongen zorg alleen in het zorgplan kan worden opgenomen als het gedrag van de cliënt *'als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoeningen of verstandelijke beperking, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan'* leidt tot ernstig nadeel. Deze bepaling laat geen ruimte voor opname van gedwongen zorg in het zorgplan als het gedrag van de cliënt niet het gevolg is van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Het zelfde geldt voor artikel 15.

Ook bij de opnameprocedures doet dit zich voor. In de medische verklaring, die wordt opgesteld in het kader van een procedure ter verkrijging van een rechterlijke machtiging, moet de arts onder meer beoordelen of *'er sprake is van gedrag als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap dan welk als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan'* dat leidt tot ernstig nadeel.

Wij stellen voor om de formulering *'als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan'* te vervangen door: *'als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel van een ziekte of aandoening waarvan is vastgesteld dat deze tot een daarmee gelijkgestelde zorgbehoefte leidt'* **(V20)**.

Als deze wijziging ook wordt verwerkt in de bepaling over de medische verklaring, kan de specifieke bepaling met betrekking tot psychische stoornissen (artikel 24, lid 4) vervallen en wordt daarmee de Wzd verder vereenvoudigd **(V21)**.

2.5 Vormen van gedwongen zorg

2.5.1 Algemeen

Het lijkt ons van belang te beginnen bij de basale vraag of een opsomming van vormen van gedwongen zorg, zoals in artikel 2, lid 1 is opgenomen, zinvol is.

Uit de wetsgeschiedenis blijkt dat beoogd is om een limitatieve opsomming te geven van zorg die desnoods onvrijwillig verleend kan worden. De zorgvormen zijn echter zodanig ruim omschreven dat we ons amper kunnen veronderstellen dat ooit is afgezien van het verlenen van onvrijwillige zorg omdat de beoogde onvrijwillige zorg niet onder één van de wettelijke beschrijvingen van zorgvormen bleek te vallen.

Een andere functie van de opsomming zou kunnen zijn dat deze structuur geeft aan de halfjaarlijks op te stellen digitale overzichten van verleende onvrijwillige zorg en aan de jaarlijks op te stellen analyse daarvan. Hierbij dient de vraag zich aan of enkele belangrijke categorieën niet zodanig ruim zijn omschreven dat ze zich niet goed lenen voor analyse (denk hierbij met name aan 'medische handelingen en overige therapeutische

maatregelen' en 'beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten'). Als de indeling in vormen van onvrijwillige zorg vooral bedoeld is om als basis te fungeren voor evaluatie, dient bovendien de vraag zich aan of dit wettelijk geregeld moet worden of dat dit ook, en wellicht beter, onderdeel zou kunnen zijn van sectorale kwaliteitskaders of van het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties. Dit laatste is naar onze mening het geval.

De opsomming van gedwongen zorgvormen heeft met name in de Wvggz een belangrijke functie. Op basis van de Wvggz kunnen ten aanzien van een cliënt alleen die zorgvormen verplicht uitgevoerd worden die de rechter in de zorgmachtiging heeft opgenomen. Met het oog hierop zijn ruime formuleringen wenselijk omdat daarmee voorkomen wordt dat bij iedere wijziging van de zorgbehoefte ook een gewijzigde zorgmachtiging aangevraagd moet worden. De huidige opsomming lijkt met name het oog hierop opgesteld te zijn en is destijds dan ook in het kader van harmonisatie met de Wvggz in de Wzd opgenomen.

Kortom, het beoogde doel (beperking van mogelijk onvrijwillig te verlenen zorg) wordt met de huidige formuleringen niet gehaald. Uit kwaliteitsoogpunt is de indeling niet goed bruikbaar en is een wettelijk indeling ook niet nodig. De indeling brengt wel substantiële uitvoeringslasten met zich mee. Zorgverleners moeten immers leren zorg die onvrijwillig wordt verleend te rubriceren, waarbij lang niet altijd direct duidelijk is hoe dat moet gebeuren². Voor de cliënten maakt het geen verschil of onvrijwillige zorg wel of niet ingedeeld wordt in categorieën. Wij stellen daarom voor de rubricering te schrappen **(V22)**.

2.5.2 Behandeling (artikel 2, lid 1, onderdeel a en b)

Eén van categorieën van onvrijwillige zorg wordt in de Wzd als volgt beschreven:

'toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening'.

Deze categorie wordt in de Regeling zorg en dwang onderverdeeld in drie subvormen:

'vocht en voeding', 'medicatie' en 'het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen (ter behandeling etc)'.

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld deze categorie van gedwongen zorgverlening te splitsen, zodat de volgende twee categorieën ontstaan:

² Voorbeeld: cliënt wordt gefixeerd om medische handeling te kunnen verrichten, is hier sprake van onvrijwillige zorgvorm a (medisch handeling) of van onvrijwillig zorgvorm b (beperking bewegingsvrijheid) of van beide?

Ander voorbeeld: cliënt mag alleen onder toezicht naar buiten, is hier sprake van onvrijwillige zorgvorm b (beperking bewegingsvrijheid) of onvrijwillige zorgvorm d (uitoefenen toezicht) of van beide? Nog een voorbeeld: cliënt draagt antiplukpak / antischeurpak. Is dan sprake van onvrijwillige zorgvorm a (therapeutische handeling), onvrijwillige zorgvorm b (beperking bewegingsvrijheid), onvrijwillige zorgvorm h (beperking vrijheid eigen leven in te richten of van een combinatie van deze zorgvormen? Of hangt dat van het doel van het gebruik van het pak af?

'a. toedienen van medicatie alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen vanwege een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie hiervan, dan wel ter behandeling van een somatische stoornis indien die behandeling belemmerd wordt door de psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap of daarmee gepaard gaande psychische stoornis;

b. toedienen van vocht en voeding alsmede het verrichten van medische controles en andere medische handelingen en therapeutische maatregelen die daarmee verband houden'.

In de toelichting bij de nieuwe categorie vocht en voeding wordt aangegeven dat het hier bijvoorbeeld gaat om het controleren van de bloedwaardes van een cliënt met diabetes.

Reactie

Wij onderschrijven graag dat de huidige formulering in vele opzichten onduidelijk is en dat, als een rubricering van gedwongen zorgverlening in de wet blijft staan, verduidelijking noodzakelijk is. De voorgestelde splitsing draagt daar echter onvoldoende aan bij. Naar onze indruk wordt één, om meerdere redenen onduidelijke formulering, vervangen door twee om meerdere redenen onduidelijke formuleringen. De verwarring wordt nog wat vergroot doordat in de toelichting het meten van bloedwaardes bij een cliënt met diabetes als voorbeeld wordt genoemd van een medische controle die verband houdt met gedwongen toediening van vocht en voeding. In de gangbare uitleg gaat het bij gedwongen toediening van vocht en voeding om toediening via een infuus of sonde³, niet om dieetvoorschriften en de controle van de effecten daarvan.

Naar onze indruk is de huidige formulering om drie redenen onduidelijk. In de eerste plaats is het niet helder waarom, naast het verzamelbegrip *'therapeutische maatregelen'*, verschillende begrippen worden genoemd die onder dat verzamelbegrip vallen: medische handelingen, medicatie, toediening van vocht of voeding, medische controles. Naar onze indruk kan volstaan worden met het verzamelbegrip *'therapeutische maatregelen'* of *'therapeutisch handelen'* of nog korter, *'behandeling'*.

In de tweede plaats is de zinsnede *'vanwege een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie hiervan'* niet duidelijk. Wat wordt bedoeld met therapeutische maatregelen *'vanwege een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking'*? Psychogeriatrische aandoeningen zijn toch niet behandelbaar? En een verstandelijke beperking is dat evenmin. Waarom worden gelijkgestelde aandoeningen hier niet genoemd? Wordt met een psychische stoornis die gepaard gaat met een verstandelijke beperking / psychogeriatrische aandoening iets anders bedoeld dan met een combinatie van een psychische stoornis en een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening?

³ Zie bijvoorbeeld het informatieboekje Registratie van vormen van toegepaste verplichte zorg. Bij vocht en voeding wordt aangegeven: 'het gaat in dit geval niet om gewoon eten en drinken, maar bijvoorbeeld om toedienen per sonde'.

Zo niet, waarom staan die formulering dan naast elkaar? Naar onze indruk zou de gebruikte formulering ingekort kunnen worden tot *'ter behandeling van een psychische stoornis'* **(V23)**.

In de derde plaats roept de zinsnede *'dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening'* vragen op. In de Evaluatiewet wordt voorgesteld deze zinsnede te vervangen door: *'ter behandeling van een somatische stoornis indien die behandeling belemmerd wordt door de psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap of daarmee gepaard gaande psychische stoornis'*. Deze formulering roept de vraag op wanneer de behandeling van een somatische stoornis wordt belemmerd door bijvoorbeeld een verstandelijke beperking. Ook dient de vraag zich aan waarom beoogd is dat een gedwongen behandeling van een somatische aandoening soms onder de Wzd valt (als de behandeling wordt belemmerd door een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening of psychische stoornis) en soms onder de Wgbo (als de behandeling niet wordt belemmerd door de verstandelijke beperking / psychogeriatrische aandoening of psychische stoornis).

De toelichting bij de desbetreffende bepaling uit de Wvvgz geeft enige helderheid: *'De psychische stoornis (...) moet van invloed zijn op de bereidwilligheid van betrokkene om zich daarvoor te laten behandelen.'* Als voorbeeld wordt een cliënt genoemd die zich vanwege een paranoïde persoonlijkheidsstoornis structureel verzet tegen elk medisch ingrijpen. In het algemeen deel van de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de somatische problematiek niet rechtstreeks hoeft voort te vloeien uit de aandoening, handicap of stoornis, maar dat het verzet tegen de behandeling daar wel mee kan samenhangen. *'Als sprake is een dergelijke causaal verband kan op grond van de Wvvgz en de Wzd gedwongen zorg ten aanzien van somatische problematiek worden verleend'*. Met causaal verband wordt hier bedoeld een causaal verband tussen het verzet tegen de behandeling en de aandoening, handicap of stoornis. Het verzet moet dus veroorzaakt worden door de verstandelijk beperking, psychogeriatrische aandoening of psychische stoornis.

Hiervan uitgaande is dus de bedoeling dat bij verzet tegen een somatische behandeling moet worden beoordeeld of dit verzet voortvloeit uit de psychogeriatrische aandoening, de verstandelijke beperking of de psychische stoornis. Is dat het geval, dan is de Wzd van toepassing. Is dat niet het geval, dan is de Wgbo van toepassing.

Het lijkt ons in de praktijk erg lastig om te beoordelen of verzet al dan niet voortvloeit uit de psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of psychische stoornis. En het is ons niet duidelijk waarom op basis van dat onderscheid gekozen is voor twee verschillende wettelijke kaders.

Wij stellen voor een duidelijke keuze te maken: óf gedwongen behandeling van een somatische aandoening valt onder de Wzd óf gedwongen somatische behandeling valt onder de Wgbo **(V24)**. Een onderscheid op basis van de vraag of verzet voortvloeit uit de verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of psychische aandoening hoeft dan niet meer gemaakt te worden. Als gekozen wordt voor de eerste optie kan de lange

aan het begin van dit hoofdstuk geciteerde beschrijving vervangen worden door: *'therapeutische handelingen ter behandeling van een psychische stoornis of somatische aandoening'*. Of nog korter: *'behandeling van een psychische stoornis of somatische aandoening'*.

2.5.3 Vrijheid eigen leven in te richten (artikel 2, lid 1, onderdeel i)

Eén van de vormen van gedwongen zorg is *'het aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten'*. Deze vorm van onvrijwillige zorg is zo ruim geformuleerd dat in feite alles wat een cliënt liever anders zou zien eronder valt. Alle andere vormen van gedwongen zorg kunnen ook gezien worden als beperkingen van de vrijheid om het eigen leven in te richten. Het gebruik van dit onbegrensde containerbegrip bemoeilijkt de uitvoering van de Wzd. Wij stellen voor een onderscheid te maken tussen het niet tegemoet komen aan wensen van de cliënt en het om zorginhoudelijke redenen opleggen van beperkingen aan een cliënt en alleen dit laatste als onvrijwillige zorg te kwalificeren **(V25)**.

Hoe omgegaan wordt met weloverwogen wensen van de cliënt met betrekking tot de wijze waarop hij zijn leven wenst in te richten is al geregeld in de Wet langdurige zorg. Deze wensen moeten worden gerespecteerd, tenzij dit redelijkerwijs niet van de zorgaanbieder gevergd kan worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als de rechten van andere cliënten of de goede en ordelijke gang van zaken dit vergen. Ook is de zorgaanbieder niet tot meer gehouden dan waarop de cliënt op basis van zijn indicatie recht heeft (artikel 8.1.1, lid 4 en 5 Wlz). De Wlz geeft hiermee een afgewogen kader op basis waarvan bepaald kan worden wat van een zorgaanbieder verwacht mag worden bij de realisatie van het recht van cliënten om het leven naar eigen inzicht in te richten. Voor zover de Wzd ook van toepassing is op cliënten zonder indicatie voor langdurige zorg zou deze bepaling op hen van toepassing kunnen worden verklaard, zodat op dit punt geen verschil in rechtspositie tussen verschillende cliëntengroepen ontstaat.

Het om zorginhoudelijke redenen opleggen van beperkingen aan cliënten, zoals bijvoorbeeld het beperken van het gebruik van communicatiemiddelen, kan als onvrijwillige zorg gekwalificeerd blijven, maar moet dan wel duidelijk worden onderscheiden van andere beperkingen, bijvoorbeeld voor alle geldende beperkingen die uit veiligheidsvoorschriften voortvloeien (bijvoorbeeld met het oog op brandveiligheid) of uit de huisregels. Wij stellen voor de formulering *'het aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten'* te vervangen door *'het om zorginhoudelijke redenen opleggen van beperkingen aan de cliënt, voor zover deze beperkingen niet vallen onder de beschrijvingen van de onderdelen a tot en met h, j en k'* **(V26)**.

2.6 Vrijwillige zorgverlening aan ter zake wilsonbekwame cliënten (artikel 2, lid 3)

2.6.1 Algemeen

De Wzd voorziet in een bepaling op grond waarvan bepaalde vormen van zorg alleen in het zorgplan van cliënten die ter zake wilsonbekwaam zijn kunnen worden opgenomen

als daarbij de regels worden gevolgd voor opname van gedwongen zorg in het zorgplan. Dit geldt ook als de vertegenwoordiger heeft ingestemd met de zorg en de cliënt zich niet verzet. Het betreft beperking van de bewegingsvrijheid, insluiting en sederende medicatie in afwijking van de professionele richtlijn.

In de beleidsreactie kondigde de minister aan deze bepaling te willen schrappen. Zij vond de bepaling te rigide, bovendien was zij van mening dat goede besluitvorming over deze vormen van zorg niet in één standaardprocedure te vatten was. Wij citeren uit de beleidsreactie: *'Met het opnemen van deze bepalingen (bedoeld is artikel 2, lid 2) is beoogd om rechtsbescherming te bieden aan een kwetsbare cliëntengroep die niet goed in staat is om de eigen wensen en voorkeuren te uiten. De onderzoekers concluderen dat de beoogde rechtsbescherming niet goed aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk en kan leiden tot (administratieve) verplichtingen die door zorgverlener en vertegenwoordiger van cliënt als belastend en onnodig worden ervaren. Ik ben van mening dat de positie van cliënten die zich niet kunnen verzetten op een betere, minder rigide manier, geborgd kan worden'.*

De minister kondigt dan ook aan dat zij artikel 2, lid 2 gaat schrappen: *'Ik wil de verplichting dat het stappenplan in de hiervoor genoemde situaties gevolgd moet worden vervangen door een verplichting dat de zorgaanbieder ten aanzien van deze groep waarborgen opneemt in het beleidsplan. Hiermee volg ik aanbeveling 63 van de evaluatie'.*

De minister benadrukt vervolgens nogmaals dat artikel 2, lid 2 geschrapt moeten worden omdat deze bepaling goede besluitvorming in de weg staat: *'In de praktijk blijkt namelijk dat er een grote variatie bestaat aan situaties die onder de reikwijdte van artikel 2, lid 2 kunnen vallen, afhankelijk van de specifieke doelgroep en de vorm van zorg. Ik noem als voorbeeld de situatie van iemand met dementie die geen verzet vertoont en soms zelfs aangeeft het prettiger en veiliger te vinden om met de bedhekken omhoog te slapen en waarbij de vertegenwoordiger instemt. Ik ben van mening dat goede besluitvorming over zorg in deze situatie niet in één standaardprocedure te vangen is'.*

Deze koers, die de minister in de beleidsreactie helder en met kracht van argumenten uitstippelde, blijkt in de Evaluatiewet te zijn verlaten. In de Evaluatiewet blijft de betreffende bepaling ongewijzigd van kracht. Een adequate motivering hiervoor ontbreekt in de toelichting.

Reactie

Het verbaast ons dat inmiddels ten departemente bij nader inzien het standpunt wordt ingenomen dat de praktijk wel uit de voeten kan met één standaardprocedure, dat deze niet te rigide is, dat het niet problematisch is dat de beoogde rechtsbescherming niet aansluit bij de praktijk en dat evenmin problematisch is dat zorgverleners, cliënten en vertegenwoordigers de uitvoering van deze bepaling als 'belastend en onnodig' ervaren.

Voor de cliënt uit de beleidsbrief, die aangeeft zich prettiger en veiliger te voelen als de bedhekken omhoog gaan, is het gevolg simpel: dat mag niet. Ook als de

vertegenwoordiger instemt en de zorgverantwoordelijke het verantwoord vindt om de bedekken omhoog te zetten, mag de zorgverantwoordelijke dit niet in het zorgplan opnemen. Dat de cliënt dit prettiger en veiliger voelt is niet relevant. De bedekken mogen alleen omhoog als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Zou het echter om een cliënt gaan die ter zake wilsbekwaam is, dan zouden de bedekken zonder probleem omhoog gezet kunnen worden.

Dit voorbeeld illustreert waarom de huidige regeling te rigide is en waarom niet met één standaardregeling volstaan kan worden. Wij constateren dat in de praktijk te weinig draagvlak bestaat voor deze regeling. Zorg waartegen een cliënt zich niet verzet en zorg waarom een cliënt zelfs vraagt, moet niet gelijkgesteld worden met zorg waartegen een cliënt zich verzet, enkel omdat de cliënt ter zake wilsonbekwaam is. Illustratief in dit verband is dat slechts 14,5% van de deelnemers aan de webinars van ActiZ en VGN (N = 145) het voorstel steunde om artikel 2, lid 2 niet te schrappen.

Wij stellen voor om te doen wat in de beleidsreactie is aangekondigd en derhalve artikel 2, lid 3 te schrappen en aan de bepaling over het beleidsplan toe te voegen dat dit moet voorzien in waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming over opname van de genoemde vormen van zorg in het zorgplan van ter zake wilsonbekwame cliënten **(V27)**.

2.6.2 Artikel 2, lid 3 onderdeel Medicatie

De formulering 'het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de gelden professionele richtlijnen' levert in de praktijk veel vragen op.

De oorspronkelijke bedoeling van deze bepaling was helder. Beoogd was om een zorgvuldige besluitvorming over het voorschrijven van sederende medicatie bij probleemgedrag, dat voortvloeit uit een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, te waarborgen. Vervolgens is deze bepaling drie maal gewijzigd en daarmee steeds onduidelijker geworden.

Wij stellen voor om de formulering te vereenvoudigen, zodat de oorspronkelijke bedoeling weer duidelijk tot uitdrukking komt. Artikel 2, lid 2 heeft dan alleen betrekking op (sederende) medicatie die wordt voorgeschreven wegens probleemgedrag. Het maakt daarbij niet uit of het probleemgedrag wordt veroorzaakt door een psychogeriatrische aandoening / verstandelijke beperking of door een psychische stoornis. Het bereik van artikel 2, lid 2 is bovendien beperkt tot het voorschrijven van medicatie in afwijking van de betreffende professionele richtlijn. Gaat het om de ouderenzorg dan is dat de richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie. Gaat het om de gehandicaptenzorg dan is dat de multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Op basis van het voorgaande stellen wij voor de tekst van artikel 2, lid 2 als volgt te wijzigen:

'het voorschrijven van sederende medicatie bij probleemgedrag van een cliënt, dat wordt veroorzaakt door een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of andere ziekte of aandoening waarvan is vastgesteld dat deze tot een daarmee gelijkgestelde zorgbehoefte leidt, indien daarbij wordt afgeweken van de geldende professionele richtlijnen' (V28).

Voor zover het een psychische stoornis betreft, is deze bepaling derhalve alleen van toepassing als de medicatie wordt voorgeschreven om daaruit voortvloeiend probleemgedrag te verminderen. De bepaling is niet van toepassing als een bepaalde psychische stoornis is gediagnosticeerd en medicatie ter behandeling daarvan is voorgeschreven.

In de voorgestelde tekst wordt de term '*probleemgedrag*' gebruikt. Hiermee wordt aangesloten bij de Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking en bij de Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Deze richtlijnen definiëren de term probleemgedrag verschillend⁴. Bij de interpretatie van artikel 2, lid 2 kan worden uitgegaan van de definitie die in de richtlijn voor de betreffende sector wordt gebruikt.

2.7 Ambulante gedwongen zorg (artikel 2a)

Als onvrijwillige zorg ambulant (d.w.z. niet in een voor verlening van zorg door de zorgaanbieder bedoeld gebouw) wordt verleend, moet op basis van de Wzd aan meer voorwaarden worden voldaan dan wanneer onvrijwillige zorg in een accommodatie wordt verleend. Deze aanvullende voorwaarden staan in het Besluit zorg en dwang. Het betreft:

- * de verplichting om tijdens het overleg over opname van ambulante onvrijwillige zorg te bespreken of toezicht nodig is en zo ja hoe dat wordt gerealiseerd en om te bespreken of meerdere zorgverleners aanwezig moeten zijn tijdens de onvrijwillige zorgverlening;
- * de verplichting om ervoor te zorgen dat een zorgverlener bereikbaar als de ambulante cliënt hulp nodig heeft;
- * de verplichting om in het beleidsplan aandacht te besteden aan verschillende aspecten van onvrijwillige zorgverlening.

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om de extra eisen waaraan voldaan moet worden bij ambulante gedwongen zorgverlening te schrappen. Aanbieders van ambulante gedwongen zorg zullen echter wel in hun beleidsplan moeten aangeven hoe gedwongen zorg op verantwoorde wijze ambulant uitgevoerd wordt. Die verplichting blijft derhalve in stand, maar is minder gedetailleerd uitgewerkt dan nu in het Bzd. Ook moet bij opname

⁴ Definitie uit de Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassen met een verstandelijke beperking: 'Probleemgedrag is internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en / of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is'.

Definitie uit de Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie: 'Probleemgedrag is alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving'.

van ambulante onvrijwillige zorg in het zorgplan worden besproken in hoeverre de woonsituatie van een cliënt geschikt is voor het verlenen van gedwongen zorg (artikel 10, lid 2). Het ligt voor de hand dat daarbij ook de onderwerpen aan de orde komen die nu in het Bzd worden genoemd.

Reactie

Als bij ambulante onvrijwillige zorg geen specifieke eisen meer gelden, wordt het onderscheid ambulante / niet ambulante minder relevant. De uitvoerbaarheid van de Wzd wordt hierdoor verbeterd. Wij steunen daarom dit onderdeel van de Evaluatiewet. Specifieke aandacht voor ambulante gedwongen zorg blijft echter nodig. Wij verwijzen in dit verband ook naar het hoofdstuk over de reikwijdteverklaring (zie paragraaf 2.3 van deze reactie).

Het spreekt voor zich dat, als ambulante gedwongen zorg wordt overwogen, besproken wordt of de woonsituatie van de cliënt geschikt is voor gedwongen zorgverlening. Wij stellen daarom voor artikel 10, lid 2 te schrappen **(V29)**.

2.8 De benoeming van de Wzd-functionaris (artikel 2b, lid 3)

De Wzd bepaalt dat bij de benoeming van een Wzd-functionaris de cliëntenraad gevraagd moet worden om advies uit te brengen. Deze bepaling blijft in de Evaluatiewet van kracht. De Evaluatiewet voegt toe dat bij de benoeming van een Wzd-functionaris ook het advies gevraagd moet worden van de raad van toezicht.

Reactie

De raad van toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het beleid en de algemene gang van zaken. Het spreekt voor zich dat dit toezicht ook betrekking heeft op het beleid en de algemene gang van zaken bij gedwongen zorgverlening. De raad van toezicht is echter geen medezeggenschapsorgaan, zoals de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Het is daarom niet passend om de raad van toezicht te positioneren als medezeggenschapsorgaan door te bepalen dat advies van de raad van toezicht gevraagd moet worden.

Overigens valt het ons op dat in de Evaluatiewet niet wordt voorgesteld om in de Wvvgg een bepaling op te nemen met de strekking dat de raad van toezicht gelegenheid moet krijgen om te adviseren bij de benoeming van de geneesheer-directeur.

Wij stellen voor artikel 2b, lid 3 te schrappen **(V30)**.

2.9 Beoordeling wilsbekwaamheid (artikel 3, lid 2 en lid 3)

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om artikel 1:5 Wvvgg, waarin de beoordeling van de wilsbekwaamheid wordt geregeld, te schrappen. In de artikelsgewijze toelichting wordt gesteld dat de regeling op gespannen voet staat met het internationaalrechtelijke uitgangspunt dat wilsbekwaamheid dient te worden verondersteld en dat terughoudendheid betracht moet worden ten aanzien van formele wilsbekwaamheidstoetsen. Tevens wordt gesteld dat een formele wilsbekwaamheidstoets alleen nodig is op het moment

waarop de zorgverantwoordelijke besluit dat gedwongen zorg, die op basis van een zorgmachtiging / crisismaatregel of machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel verleend kan worden, ook daadwerkelijk verleend zal gaan worden of wanneer geconstateerde wilsbekwaamheid ter discussie wordt gesteld.

Hiervan uitgaande zien wij niet in waarom niet tevens voorgesteld wordt om ook artikel 3, lid 2 en lid 3 te schrappen en te bepalen dat een beoordeling van de wilsbekwaamheid in de Wzd alleen aan de orde is als het besluit wordt genomen om gedwongen zorg in het zorgplan op te nemen. Wij stellen dan ook voor om de Evaluatiewet te wijzigen zodat hierin wordt voorzien **(V31)**.

2.10 Verzet (artikel 3a)

In artikel 3a wordt benoemd dat zowel de cliënt als de vertegenwoordiger zich kan verzetten. Wij stellen voor het begrip 'verzet' te beperken tot de wilsonbekwame cliënt **(V32)**. Een wilsonbekwame cliënt en een vertegenwoordiger kunnen instemmen en desgewenst op een later moment besluiten om hun instemming in te trekken. Een ter zake wilsonbekwame cliënt kan niet instemmen, maar wel in woord en / of daad duidelijk maken dat hij het ergens niet mee eens is. De term verzet wint aan duidelijkheid door deze alleen hierop betrekking te laten hebben.

3. Reactie op paragraaf 2.1 Uitgangspunten

3.1 Algemene reactie

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om, naar het voorbeeld van de Wvvggz, in de Wzd een paragraaf op te nemen met de titel '*Algemene uitgangspunten*'. Deze paragraaf bevat zowel nieuwe bepalingen als enkele bepalingen die nu al in de Wzd staan.

Hoewel de titel anders doet vermoeden, gaat het in deze paragraaf niet om uitgangspunten, maar vooral om verplichtingen. Dat bijvoorbeeld gedwongen zorg zo kort mogelijk wordt verleend, lijkt ons geen uitgangspunt, waarvan onder omstandigheden kan worden afgeweken, maar een verplichting. Hetzelfde geldt voor de verplichtingen om een beleidsplan op te stellen en om gedwongen zorg pas te verlenen als er geen mogelijkheden zijn voor vrijwillige zorg. Naast een aantal verplichtingen bevat deze paragraaf ook het recht van de cliënt op bijstand van een tolk of begeleider. Ook dit lijkt ons geen uitgangspunt.

Tegen deze achtergrond stellen wij voor om de titel '*algemene uitgangspunten*' te vervangen door '*algemene bepalingen*' **(V33)**.

3.2 Informatieverplichtingen (artikel 5, lid 2)

Het tweede lid van artikel 5 bepaalt dat de cliënt of de vertegenwoordiger geïnformeerd moet worden over de op grond van deze wet aan de cliënt toekomende rechten. Dit moet gebeuren op een voor hem begrijpelijke wijze. Verder wordt aangegeven wanneer dit moet gebeuren: '*bij de overweging, de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van gedwongen zorg*'. In de toelichting wordt aangegeven dat de cliënt

bijvoorbeeld geïnformeerd moet worden over de mogelijkheid om een beroep te doen op de cliëntenvertrouwenspersoon.

In de toelichting wordt verder vermeld dat bepalingen die betrekking hebben op het informeren van cliënten en hun vertegenwoordigers verspreid in de Wzd stonden, maar nu bij elkaar zijn gezet. Op dit laatste valt wel wat af te dingen. Wij turfden nog 14 bepalingen die allemaal de strekking hebben dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger geïnformeerd moeten worden over hun rechten. We zetten ze op een rijtje:

- De zorgaanbieder informeert de vertegenwoordiger over zijn rechten en bevoegdheden op grond van deze wet (artikel 3, lid 7).
- De zorgverantwoordelijke wijst de cliënt en zijn vertegenwoordiger voorafgaand aan het overleg over opname van gedwongen zorg in het zorgplan op de mogelijkheid zich te laten ondersteunen door een familielid, naaste of een cliëntenvertrouwenspersoon (artikel 9, lid 4).
- Bij iedere evaluatie van de gedwongen zorg wijst de zorgverantwoordelijke de cliënt en zijn vertegenwoordiger op de mogelijkheid zich te laten ondersteunen door een familielid, naaste of een cliëntenvertrouwenspersoon (artikel 11, lid 2).
- Als de zorgverantwoordelijke een beslissing heeft genomen op basis van artikel 15, wijst hij de cliënt en de vertegenwoordiger op de klachtwaardigheid van die beslissing en de mogelijkheid om informatie, advies en bijstand te ontvangen van de cliëntenvertrouwenspersoon (art. 15, lid 3).
- Als de zorgverantwoordelijke een beslissing heeft genomen op basis van artikel 15a informeert hij de cliënt en diens vertegenwoordiger over de klachtwaardigheid van die beslissing en de mogelijkheid om informatie, advies en bijstand te ontvangen van de cliëntenvertrouwenspersoon (art. 15a, lid 2).
- De zorgverantwoordelijke zorgt ervoor dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger een mondelinge toelichting op de huisregels ontvangen (art. 45, lid 5).
- Indien de crisismaatregel betrekking heeft op een cliënt die al vrijwillig in een accommodatie verbleef, zorgt de zorgverantwoordelijke ervoor dat de cliënt een mondelinge toelichting op die crisismaatregel ontvangt (art. 46, lid 2).
- De zorgaanbieder informeert de cliënt, de vertegenwoordiger en de advocaat van de cliënt of de vertegenwoordiger schriftelijk over de klachtwaardigheid van de beslissing over het verlot en de mogelijkheid om informatie, advies en bijstand te ontvangen van de cliëntenvertrouwenspersoon (art. 47, lid 8).
- Dezelfde verplichting geldt bij het intrekken van verlot (art. 47, lid 9).
- De zorgaanbieder stelt de cliënt, de vertegenwoordiger, en de advocaat van de cliënten of de vertegenwoordiger schriftelijk in kennis van de klachtwaardigheid van de beslissing tot ontslag of beëindiging van de gedwongen zorg en de mogelijkheid om informatie advies en bijstand te ontvangen van de cliëntenvertrouwenspersoon (art. 48, lid 11).
- De zorgaanbieder stelt de cliënt en de vertegenwoordiger in kennis van de klachtwaardigheid van de beslissing tot overplaatsing en de mogelijkheid om

informatie, advies en bijstand te ontvangen van de cliëntenvertrouwenspersoon (art. 48b, lid 4).

- Zodra gedwongen zorg bij een cliënt wordt overwogen of bij opname van een cliënt, verstrekt de zorgaanbieder aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger een schriftelijk overzicht van de klachtenregeling. In dit overzicht is het adres opgenomen waar de zorgaanbieder bereikbaar is voor een klacht als bedoeld in artikel 55 (artikel 52, lid 1).
- De zorgverantwoordelijke zorgt ervoor dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger desgewenst een mondelinge toelichting op het overzicht (van de klachtenregeling) ontvangen (artikel 52, lid 2).
- De zorgaanbieder informeert de cliënt en diens vertegenwoordiger op een voor hen begrijpelijke wijze over de mogelijkheid informatie advies en bijstand te ontvangen van een cliëntenvertrouwenspersoon indien gedwongen zorg bij een cliënt wordt overwogen of bij opname (artikel 57a, lid 2).

Bij niet-naleving van bijna alle hiervoor genoemde bepalingen kan een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom worden opgelegd.

Reactie

Wij onderschrijven ten volle het belang van kennis over de rechten van de cliënt. Niet alleen cliënten en hun vertegenwoordigers, maar ook zorgverleners moeten hiervan goed op de hoogte zijn. Wetgeving waarin gedetailleerd wordt beschreven welke informatie verstrekt moet worden, wie dat moet doen, wanneer dat moet gebeuren en hoe dat moet gebeuren, sluit echter niet aan bij de zorgpraktijk en schiet daardoor haar doel ver voorbij.

Eén van de leidende principes die aan de Evaluatiewet ten grondslag liggen is: van regels naar principes. *'De inzet is om waar dat kan minder op detailniveau te regelen'*, lezen wij in de toelichting. Wij stellen voor om de daad bij het woord te voegen en in de wet te volstaan met een algemene bepaling met de strekking dat zorgaanbieders cliënten en hun vertegenwoordigers op een passende manier informeren over hun rechten en dat zij in hun beleidsplan moeten aangeven hoe zij dat doen **(V34)**. Met dit laatste is gewaarborgd dat toetsbaar is hoe zorgorganisaties deze verplichting concretiseren en dat de manier waarom zij dat doen in goed overleg met de cliëntenraad tot stand komt.

3.3 Wilsbekwaam verzet (artikel 6, lid 2)

Op grond van deze, uit de Wvvggz overgenomen, bepaling moeten *'de wensen en voorkeuren van de cliënt ten aanzien van gedwongen zorg worden gehonoreerd'*. Uit de toelichting, die bij dit artikel is gegeven in de wetsgeschiedenis van de Wvvggz, blijkt dat beoogd is dat wilsbekwaam verzet moet worden gehonoreerd indien het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel voor hemzelf. In zo'n geval mag dus geen gedwongen zorg worden verleend. Dit is slechts anders als dit gedrag leidt tot acuut levensgevaar. Deze toelichting vermeldt tevens: *'Per toepassing van verplichte zorg dient daarom te worden bezien of betrokkene wilsbekwaam is, dan wel in geval van geconstateerde*

wilsbekwaamheid, of het honoreren van het verzet leidt tot acuut levensgevaar van betrokkene' (zie tweede nota van wijziging Wvvgz, 32 399, nr. 25, blz. 153).

Op basis van de Wzd kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om te voorkomen dat het gedrag van een cliënt leidt tot ernstig nadeel voor de cliënt zelf, tot ernstig nadeel voor iemand anders of tot ernstig nadeel voor 'de algemene veiligheid van personen of goederen'. De voorgestelde bepaling heeft alleen betrekking op de eerste situatie, voorkoming van de ernstig nadeel voor de cliënt zelf. Voor een overzicht van de verschillende vormen van ernstig nadeel verwijzen wij naar de tabel in bijlage 2 bij deze notitie.

In de op dit punt nogal cryptische memorie van toelichting wordt deze bepaling geassocieerd met het huidige artikel 7, lid 3, waarin wordt bepaald dat de zorgverantwoordelijke bij het opstellen van het zorgplan zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen en voorkeuren van de cliënt. Dat is echter wezenlijk iets anders dan waarop de voorgestelde bepaling in de Wvvgz betrekking heeft.

Reactie

Voor zover beoogd is dat de zorgaanbieder rekening houdt met de wensen van de cliënt, verwijzen wij naar de Wet langdurige zorg (artikel 8.1.1, lid 4). Daarin wordt aangegeven dat: *'de zorgaanbieder weloverwogen wensen van de cliënt met betrekking tot de wijze waarop hij zijn leven wenst in te richten respecteert, tenzij dit in redelijkheid niet van hem verwacht kan worden in verband met:*

- a. beperkingen die voor de cliënt gelden op grond van het bepaalde bij of krachtens de wet dan wel van de lichamelijke en geestelijke mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;*
- b. de verplichting tot het verlenen van de zorg van een goed zorgverlener en de betrokken professionele zorgverlener daarover een andere professionele zorgverlener heeft geraadpleegd;*
- c. de rechten van ander cliënten of een goede en ordelijke gang van zaken'.*

In aanvulling daarop bepaalt het vijfde lid van artikel 8.1.1 Wlz dat de zorgaanbieder niet gehouden is tot meer dan overeenkomt met de zorg waarop de cliënt recht heeft op basis van het indicatiebesluit.

Met deze regeling is goed gewaarborgd dat zorgaanbieders rekening houden met wensen van cliënten en is tevens duidelijk aangeven waar de grenzen liggen van wat een cliënt van een zorgaanbieder mag verwachten. Wij zien geen reden voor een specifieke regeling ten aanzien van gedwongen zorg. Als niet meer beoogd is dan te waarborgen dat rekening wordt gehouden met wensen van cliënten stellen wij derhalve voor deze bepaling te schrappen **(V35)**.

Wij wijzen er nog op dat de Wvvgz ten aanzien van het zorgplan alleen bepaalt dat de zorgverantwoordelijke de cliënt en zijn vertegenwoordiger in de gelegenheid stelt *'om bij voorkeur mondeling hun zienswijze kenbaar te maken'* (artikel 5:13, lid 4 Wvvgz) en dat, als de zorgverantwoordelijke en de cliënt of zijn vertegenwoordiger het niet eens worden

over het zorgplan, de zorgverantwoordelijke in het zorgplan de redenen daarvan vermeldt (artikel 5:14, lid 3 Wvggz). Hier lijkt ons geen sprake van het honoreren van wensen en voorkeuren van de cliënt.

Voor zover beoogd is om te bepalen dat gedwongen zorg aan een ter zake wilsbekwame cliënt niet verleend mag worden om ernstig nadeel ten aanzien van de cliënt zelf te voorkomen, tenzij het ernstig nadeel acuut levensgevaar inhoudt, hechten wij er veel belang aan dat duidelijk wordt gemaakt wanneer een beoordeling van de wilsbekwaamheid aan de orde is.

Wilsbekwaamheid is, zoals terecht wordt opgemerkt in de memorie van toelichting, *'een contextueel begrip met een fluctuerend karakter'*. Als dit zou inhouden dat voorafgaand aan iedere keer dat gedwongen zorg wordt verleend de wilsbekwaamheid van de cliënt beoordeeld moet worden, is deze bepaling onuitvoerbaar. Ten aanzien van de uitvoering van de Wvggz wordt voorgesteld dat de wilsbekwaamheid alleen beoordeeld hoeft te worden bij *'de daadwerkelijke eerste toepassing van gedwongen zorg (artikel 8:9)'*. Uit de verwijzing naar artikel 8:9 blijkt dat de beslissing van de zorgverantwoordelijke om bepaalde zorg verplicht te verlenen bedoeld wordt. Op basis van deze beslissing kan in principe gedurende de hele looptijd van de zorgmachtiging verplichte zorg worden verleend. In deze periode is dus geen beoordeling van de wilsbekwaamheid nodig. Doorvertaald naar de Wzd zou dan een bepaling in de rede liggen op basis waarvan de wilsbekwaamheid alleen beoordeeld moet worden als besloten wordt om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen **(V36)**.

Wij vragen ons verder af of optreden om acuut levensgevaar te voorkomen gezien moet worden als gedwongen zorgverlening, te meer omdat elders in de toelichting wordt aangegeven dat in situaties waarin acuut gehandeld moet worden, dit niet als gedwongen zorg gezien moet worden (zie artikelsgewijze toelichting, blz. 125). Verduidelijking op dit punt lijkt ons noodzakelijk **(V37)**.

Tot slot vragen wij nog aandacht voor situaties waarin gedwongen zorg moet worden verleend om ernstig nadeel te voorkomen dat bestaat uit *'bedreiging van de veiligheid van de cliënt, al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt'* (denk hierbij bijvoorbeeld aan loverboyproblematiek). Op basis van de voorgestelde bepaling kan geen gedwongen zorg verleend worden om deze vorm van ernstig nadeel te voorkomen. Hetzelfde geldt voor situaties waarin het ernstig nadeel daaruit bestaat dat de cliënt met hinderlijk gedrag agressie van andere oproept. Wij stellen voor om ongewijzigd te laten dat in deze situaties gedwongen zorg verleend kan worden, ook als de cliënt ter zake wilsbekwaam is **(V38)**.

Voor zover beoogd is te bewerkstellingen dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd moet worden, is de voorgestelde bepaling nog onvoldoende doordacht. Wij voorzien ook dat deze bepaling in de praktijk tot forse uitvoeringproblemen zal leiden omdat niet duidelijk is wanneer een beoordeling van de wilsbekwaamheid aan de orde is en omdat niet duidelijk is of optreden in situaties waarin onmiddellijk opgetreden moet worden als gedwongen zorgverlening kwalificeert. De voorgestelde bepaling doet vermoeden dat niet

alleen bij opname van gedwongen zorg in het zorgplan, maar ook voorafgaand aan iedere feitelijke toepassing van gedwongen zorg de wilsbekwaamheid van de cliënt moet worden beoordeeld en is in dit opzicht onuitvoerbaar. Wij stellen daarom voor deze bepaling te heroverwegen.

3.4 Betrokkenheid naasten (artikel 6, lid 3)

Artikel 6, lid 3 van de Evaluatiewet bepaalt dat *'bij de overweging, de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van gedwongen zorg, een crisismaatregel, machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel of rechterlijke machtiging tot opname'* de familie, de naasten en de huisarts van de cliënt zoveel mogelijk moeten worden betrokken. In de toelichting wordt het belang hiervan benadrukt. Zelfs als de cliënt dit niet wil moet de zorgverantwoordelijke familie, naasten en de huisarts bij de gedwongen zorgverlening betrekken: *'Tegelijkertijd is het mogelijk dat de cliënt aangeeft om bepaalde familieleden of naasten juist niet te betrekken. De zorgverantwoordelijke wordt dan in beginsel geacht daarmee rekening te houden. Echter, als de zorgverantwoordelijke denkt dat het juist wel van belang kan zijn om het desbetreffende familielid of de naaste te spreken of te bevragen, dan kan de zorgverantwoordelijke die persoon afzonderlijk benaderen'*.

Reactie

Wij onderschrijven van harte het belang van betrokkenheid van familie en naasten bij zorgverlening in het algemeen, dus ook bij gedwongen zorgverlening. Een wettelijke bepaling om zorgorganisaties hiertoe aan te sporen vinden wij echter overbodig. Wij stellen daarom voor deze bepaling te schrappen **(V39)**.

Wij vinden het niet wenselijk dat een zorgverantwoordelijke familie en naasten bij de zorgverlening betreft als de cliënt aangeeft dit niet te willen. Betrokkenheid van familie en naasten wordt dan feitelijk een vorm van gedwongen zorg. Wij denken niet dat dit het contact tussen cliënt en familie en naasten ten goede komt.

3.5 Beleidsplan (artikel 7)

Aanbieders van onvrijwillige zorg moeten een beleidsplan opstellen waarin enkele in de wet genoemde onderwerpen aan de orde moeten komen. In de Evaluatiewet blijft het beleidsplan gehandhaafd. Voorgesteld wordt om twee onderwerpen die daarin aan de orde moeten komen toe te voegen, te weten:

- a. op welke wijze de zorgaanbieder zorg draagt voor continuïteit in de zorgverlening indien gedwongen zorg overgaat naar zorg op basis van vrijwilligheid of indien zorg op basis van vrijwilligheid overgaat naar gedwongen zorg;
- b. hoe op verantwoorde wijze gedwongen zorg kan worden verleend, anders dan in een accommodatie (onder accommodatie wordt verstaan: een gebouw dat bedoeld is voor zorgverlening door de zorgaanbieder).

Het eerste punt is overgenomen uit de Wvggz, maar heeft voor de langdurige zorg naar onze indruk weinig betekenis. Doorgaans blijft de cliënt immers gewoon in zorg als gedwongen zorg wordt gestart of beëindigd.

In het Besluit zorg en dwang is een aantal onderwerpen genoemd waaraan zorgaanbieders die ambulante onvrijwillige zorg verlenen aandacht moeten besteden in hun beleidsplan. Uit de toelichting blijkt dat het als tweede genoemde punt daarvoor in de plaats treedt. Wij nemen aan dat de betreffende bepalingen uit het Bzd dus vervallen bij inwerkingtreding van de Evaluatiewet.

Evenals nu het geval is, moet voor vaststelling van het beleidsplan het advies van de cliëntenraad worden gevraagd. De Evaluatiewet voegt daaraan toe dat ook het advies van de raad van toezicht gevraagd moet worden.

Reactie

Om redenen zoals hiervoor genoemd (zie paragraaf 2.8) vinden wij het onjuist dat de raad van toezicht als medezeggenschapsorgaan wordt gepositioneerd. Wij stellen dan ook voor de bepaling op grond waarvan de raad van toezicht gevraagd moet worden te adviseren over het beleidsplan te schrappen (**V40**).

4. Reactie op paragraaf 2.2 Zorgverantwoordelijke en zorgplan

4.1 Taak zorgverantwoordelijke

Artikel 8 bepaalt dat de zorgaanbieder voor elke cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijst. Wat de taak van de zorgverantwoordelijke is, wordt in artikel 5, lid 2 Wzd beschreven. In de Evaluatiewet wordt echter voorgesteld om deze bepaling te schrappen. Daardoor ontstaat onduidelijkheid over de vraag wat de taken van de zorgverantwoordelijke zijn.

De huidige regeling positioneert de zorgverantwoordelijke als degene die beslist over het zorgplan en daarmee over alle (vrijwillige en gedwongen) zorg die de cliënt krijgt. Dit sluit niet aan bij de praktijk, waarin in de meeste gevallen multidisciplinair zorg wordt verleend. Verschillende zorgverleners leveren ieder hun bijdrage aan de zorg voor de cliënt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de persoonlijk begeleider, de eerst verantwoordelijke verzorgende, de arts, de fysiotherapeut, de ergotherapeut of de psycholoog. Iedere behandelaar werkt op basis van een eigen behandelplan. De behandelplannen staan naast het zorgplan of het ondersteuningsplan waarin de verzorging of begeleiding beschreven wordt. Bij deze setting sluit niet aan om de zorgverantwoordelijke de rol van centrale beslisser toe te delen. Het past beter bij de rolverdeling in de praktijk om de zorgverantwoordelijke een coördinerende rol te geven. Als door één van de betrokken disciplines overwogen wordt om onvrijwillige zorg te verlenen, is het dan de rol van de zorgverantwoordelijke om zorg te dragen voor het multidisciplinaire overleg waarin dit besproken kan worden. Op basis van dat multidisciplinaire overleg beslist de vertegenwoordiger van de discipline binnen wiens deskundigheidsgebied de voorgenomen onvrijwillige zorg ligt om de voorgenomen onvrijwillige zorg al dan niet in het zorgplan op

te nemen. Het zorgplan wordt vervolgens ter beoordeling voorgelegd aan de Wzd-functionaris.

Wij stellen voor om aan de Evaluatiewet een bepaling toe te voegen waarin de taak van de zorgverantwoordelijke wordt beschreven en waarbij onderscheid gemaakt tussen een monodisciplinair zorgaanbod en een multidisciplinair zorgaanbod **(V41)**. Bij een monodisciplinair zorgaanbod beslist de zorgverantwoordelijke over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Bij een multidisciplinair zorgaanbod is de zorgverantwoordelijke degene die een coördinerende rol bij gedwongen zorgverlening vervult. De beslissing over opname van onvrijwillig zorg wordt dan genomen door de discipline die de onvrijwillige zorg verleent of door de discipline die verantwoordelijk is voor de te verlenen onvrijwillige zorg.

4.2 Een gezamenlijke zorgverantwoordelijke (artikel 8, lid 2)

Artikel 8, lid 2 bepaalt dat als een cliënt zorg ontvangt van meerdere zorgaanbieders, deze zorgaanbieders gezamenlijke een zorgverantwoordelijke aanwijzen. In de toelichting wordt aangegeven dat deze fungeert *'als een soort regisseur'*. Hij draagt geen verantwoordelijkheid voor zorg die geleverd wordt door andere zorgaanbieders. Wij stellen voor om degene die deze taak vervult niet aan te duiden als zorgverantwoordelijke **(V42)**, dit wekt immers juist de indruk dat hij wel verantwoordelijk is voor alle zorg die verschillende aanbieders verlenen.

Tevens stellen wij voor de bepaling te beperken tot duurzame situaties en aan te geven wie in dit verband onder zorgaanbieders verstaan moet worden **(V43)**. Gaat het alleen om aanbieders van gedwongen zorg? Of ook om aanbieders van vrijwillige zorg? En is deze bepaling ook van toepassing als geen gedwongen zorg wordt verleend, maar meerdere zorgaanbieders de cliënt vrijwillige zorg verlenen?

4.3 Zorg in de periode waarin nog geen zorgplan is opgesteld (artikel 8a)

Artikel 8a van de Evaluatiewet regelt welke zorg verleend kan worden in de periode waarin nog geen zorgplan is vastgesteld. Het uitgangspunt is dat alleen zorg wordt verleend waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger heeft ingestemd. Is de cliënt ter zake van de zorgverlening wilsonbekwaam en heeft hij geen vertegenwoordiger, dan kan zorg verleend worden waarmee de cliënt redelijkerwijs geacht kan worden in te stemmen en waartegen hij zich niet verzet. Verzet de cliënt zich wel, dan kan de zorg alleen verleend worden op basis van een besluit zoals bedoeld in artikel 15. Dit is ook het geval als de ter zake wilsonbekwame cliënt zich niet verzet en de zorg bestaat uit sederende medicatie die in afwijking van de richtlijn wordt voorgeschreven, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting.

Reactie

Het is ons niet duidelijk hoe een zorgverlener kan beoordelen of een cliënt *'redelijkerwijs geacht kan worden in te stemmen'* en eigenlijk ook niet waarom hij dat zou moeten doen. Zijn er situaties denkbaar waarin een cliënt zich niet verzet, maar waarin een

zorgverlener toch tot de conclusie moeten komen dat de zorg niet verleend mag worden omdat de cliënt niet redelijkerwijs geacht kan worden in te stemmen?

Wij stellen voor artikel 8a te herformuleren zodat de zinsnede met betrekking tot zorg waarmee de cliënt redelijkerwijs geacht kan worden in te stemmen vervalt **(V44)**.

5. Reactie op paragraaf 2.3 Gedwongen zorg in het zorgplan

5.1 Algemeen

Net als op basis van de huidige wet het geval is, is het uitgangspunt van de Evaluatiewet dat zorg wordt verleend op basis van een zorgplan en dat dit zorgplan wordt opgesteld door de zorgverantwoordelijke. Ook gedwongen zorg moet op basis van het zorgplan verleend worden.

De huidige wet voorziet in een gedetailleerde regeling van de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en over de evaluatie van onvrijwillige zorgverlening. Deze regeling wordt in de praktijk *'het stappenplan'* genoemd. Het stappenplan wordt in de praktijk als te gedetailleerd en te rigide ervaren. Op uitnodiging van de vorige minister van VWS hebben de veldpartijen in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg een advies opgesteld waarin zij voorstellen doen ter verbetering van het stappenplan. Dit advies - *'Van stappenplan naar maatwerk in dialoog'* - is in januari 2023 onderschreven door de verschillende cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen en brancheverenigingen in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

Op basis van dit advies zijn vervolgens, onder regie van het ministerie van VWS, bestuurlijke afspraken gemaakt op basis waarvan zorgorganisaties kunnen afwijken van het wettelijke stappenplan. De Evaluatiewet borduurt deels voort op het advies en op de bestuurlijke afspraken, maar wijkt daar ook op belangrijke punten vanaf.

ActiZ en VGN hebben tijdens de webinars die zij over de Evaluatiewet hebben gehouden aan de deelnemers gevraagd hoe zij de voorstellen uit de Evaluatiewet met betrekking tot het opnemen van gedwongen zorg in het zorgplan en het evalueren daarvan beoordelen. 91,5% van de deelnemers (N = 142) gaf aan de voorstellen te zien als een stap terug ten opzichte van de bestuurlijke afspraken.

5.2 Opname van gedwongen zorg in het zorgplan (artikel 9 en artikel 10)

5.2.1 Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet

De Evaluatiewet kiest als startpunt van de besluitvorming over opname van gedwongen zorg in het zorgplan het moment waarop de zorgverantwoordelijke heeft geconcludeerd dat gedwongen zorg noodzakelijk is (artikel 9, lid 1).

Om de gedwongen zorg ook daadwerkelijk in het zorgplan op te kunnen nemen, moet de zorgverantwoordelijke hierover overleggen met een deskundige van een andere discipline. Hij moet de cliënt en zijn vertegenwoordiger de mogelijkheid geven om aan dit overleg deel te nemen en hen wijzen op de mogelijkheid zich tijdens dat overleg bij te laten staan door een familielid, naaste of een cliëntenvertrouwenspersoon.

Als de zorgverantwoordelijke geen arts is, moet hij op basis van de Evaluatiewet de instemming vragen van een ter zake kundige arts als hij overweegt om gedwongen zorg uit de categorieën behandeling⁵, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting in het zorgplan op te nemen. In de toelichting wordt aangegeven dat dit nodig is *'om somatische oorzaken uit te sluiten'*. In de toelichting wordt verder gesteld dat gedwongen zorgverlening van invloed kan zijn *'op de gezondheid en fysieke gesteldheid van de cliënt'*. Wij nemen aan dat hiermee beoogd is aan te geven dat de arts bij het al dan niet geven van instemming betreft of er contra-indicaties zijn voor het opnemen van de beoogde gedwongen zorg in het zorgplan.

De voorgestelde bepaling met betrekking tot de rol van de arts wijkt op twee punten af van de huidige regeling. Op basis van de huidige regeling moet instemming gevraagd worden van *'een bij de behandeling betrokken arts'*, in de Evaluatiewet is dat *'een ter zake kundige arts'*. Dat kan ook een arts zijn die niet bij de behandeling betrokken is. Het tweede verschil is dat de arts op basis van de huidige regeling alleen om instemming gevraagd wordt, op basis van de Evaluatiewet moet de arts ook betrokken worden bij het overleg over opname van gedwongen zorg in het zorgplan.

De Evaluatiewet benoemt onderwerpen die in ieder geval tijdens dit overleg aan de orde moeten komen. Het betreft onder meer de termijn waarin gedwongen zorg kan worden verleend. Deze termijn mag niet langer zijn dan zes maanden. Als de cliënt en de zorgverantwoordelijke het echter niet eens worden over de termijn, dan is de maximale termijn drie maanden.

Als het besluit genomen wordt om gedwongen zorg in het zorgplan op te nemen, moet de zorgverantwoordelijke dit in het zorgplan vastleggen. De Evaluatiewet benoemt wat de zorgverantwoordelijke in het zorgplan moet noteren. Grosso modo betreft het een weergave van wat besproken is in het overleg.

5.2.2 Termijn

Ten aanzien van de termijn stellen wij twee wijzigingen voor. In de toelichting wordt aangegeven dat de termijn van zes maanden is ontleend aan de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz biedt echter ook de mogelijkheid om in onderling overleg af te spreken om een evaluatie over te slaan. Wij stellen voor deze mogelijkheid ook in de Wzd op te nemen, zodat geen evaluaties gehouden hoeven te worden als geen van de betrokkenen daar behoefte aan heeft **(V45)**.

De beperking van de termijn waarin gedwongen zorg kan worden verleend tot drie maanden is naar onze indruk bedoeld voor die situaties waarin zorgverantwoordelijke en cliënt / vertegenwoordiger van mening verschillen over de vraag wanneer een evaluatie zinvol is. In de betreffende bepaling komt dat niet tot uitdrukking. Daardoor ontstaat de ruimte voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger om niet in te stemmen met de termijn omdat hij zich tegen de gedwongen zorgverlening als zodanig verzet en dus sowieso

⁵ De term 'behandeling' wordt hier gebruikt als verkorte weergaven van de beschrijving in de Evaluatiewet van de eerste twee categorieën van gedwongen zorg (artikel 2, lid 1, onderdelen a en b).

opteert voor de kortst mogelijke termijn, ongeacht of evaluatie dan zinvol is. Door bij iedere evaluatie bezwaar te maken tegen de termijn kan een cliënt zo bewerkstelligen dat de standaardtermijn feitelijk maximaal drie maanden is, terwijl in de Evaluatiewet nu juist beoogd is die korte evaluatietermijnen te schrappen. Wij stellen daarom voor de formulering *'indien met de cliënt of de vertegenwoordiger geen overeenstemming wordt bereikt over de termijn voor het verlenen van gedwongen zorg'* te vervangen door: *'indien met de cliënt of de vertegenwoordiger redelijkerwijs geen overeenstemming wordt bereikt over het moment waarop evaluatie van de gedwongen zorgverlening zinvol is'* **(V46)**.

5.2.3 'Vorm van gedwongen zorg'

Het valt ons op dat in artikel 10 enkele keren de term *'de vorm van gedwongen zorg'* wordt gebruikt. Deze formulering lijkt te verwijzen naar de verschillende vormen van gedwongen zorg die in artikel 2 worden genoemd. In een zorgplan kan echter naar onze indruk niet volstaan worden met het opnemen van een algemene beschrijving van een vorm van gedwongen zorg. Altijd zal concreet beschreven moeten worden welke zorg precies wordt verleend op basis van het zorgplan. Wij stellen daarom voor de formulering *'vorm van gedwongen zorg'* overal te schrappen **(V47)**.

5.3 Evaluatie van de gedwongen zorgverlening (artikel 11)

5.3.1 Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet

De Evaluatiewet bepaalt dat de zorgverantwoordelijke bij iedere evaluatie een niet bij de zorg betrokken deskundige moet betrekken. Ook moet in het kader van de evaluatie een overleg worden gehouden, waaraan, nemen wij aan, de niet bij de zorg betrokkene deskundige deelneemt. De zorgverantwoordelijke biedt de cliënt en zijn vertegenwoordiger gelegenheid om aan dit overleg deel te nemen en wijst hen op de mogelijkheid om zich te laten ondersteunen door een familielid, naaste of cliëntenvertrouwenspersoon.

Het valt op dat in de Evaluatiewet bij de evaluatie van een zorgplan waarin gedwongen zorg is opgenomen geen rol meer wordt toegedacht aan de deskundige van een andere discipline en evenmin aan een arts. De inzet van beiden is dus op basis van de Evaluatiewet eenmalig, al staat het de zorgverantwoordelijke natuurlijk vrij om hen bij een evaluatie te betrekken.

De onafhankelijke deskundige houdt in de Evaluatiewet een rol bij de evaluatie van gedwongen zorg. Deze rol wordt zelfs uitgebreid. In de huidige wet is zijn inzet eenmalig. In de Evaluatiewet kan hij bij iedere evaluatie gevraagd worden om advies uit te brengen. Nieuw is ook dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger bij iedere evaluatie een onafhankelijke deskundige kan inschakelen. Hiervoor is geen toestemming van de zorgverantwoordelijke nodig. Ook overleg hierover lijkt niet nodig. De toelichting vermeldt: *'De zorgverantwoordelijke, cliënt en vertegenwoordiger maken voorafgaand aan iedere evaluatie zelf de afweging of zij behoefte hebben aan een advies van een onafhankelijke deskundige'*.

De Evaluatiewet lijkt geen verandering in te houden van de eisen waaraan een niet bij de zorg betrokken deskundige en een onafhankelijke deskundige moeten voldoen. Aan de niet bij de zorg betrokken deskundige worden in de wet geen eisen gesteld, behoudens dat hij niet bij de zorg betrokken mag zijn (een termijn wordt niet gesteld). De onafhankelijke deskundige moet tenminste een jaar niet bij de zorg betrokken zijn. Uit de toelichting blijkt dat de aanvullende eisen, die in het Besluit zorg en dwang aan de onafhankelijke deskundige gesteld worden, gehandhaafd blijven. Dit houdt in dat hij aantoonbare kennis en ervaring moet hebben met de problematiek van de cliënt en met het voorkomen en afbouwen van gedwongen zorg.

Het valt op dat de Evaluatiewet er kennelijk vanuit gaat dat het vragen van advies van een onafhankelijke deskundige iets wezenlijk anders is dan het betrekken van een niet bij de zorg betrokken deskundige bij de evaluatie. Als, door de zorgverantwoordelijke of de cliënt, een onafhankelijke deskundige gevraagd wordt om advies uit te brengen, kan de zorgverantwoordelijke de termijn waarin gedwongen zorg verleend wordt, verlengen met maximaal drie maanden om de onafhankelijke deskundige gelegenheid te geven om advies uit te brengen en om dit advies te betrekken bij de evaluatie. Die mogelijkheid bestaat niet als een niet bij de zorg betrokken deskundige of een deskundige bij de evaluatie wordt betrokken.

De cliënt of zijn vertegenwoordiger kan niet alleen bij iedere evaluatie een onafhankelijke deskundige vragen om advies uit te brengen, hij kan ook bij iedere evaluatie een deskundige betrekken. Aan deze deskundige worden geen eisen gesteld, het kan ook een bij de zorg betrokken deskundige zijn. In de toelichting wordt slechts gesteld dat *'de cliënt of de vertegenwoordiger, naast de door de zorgverantwoordelijke gekozen niet bij de zorg betrokken deskundige, een andere deskundige kan betrekken bij de evaluatie. De inbreng van beide deskundigen zal dan worden meegewogen bij de evaluatie'*.

De Evaluatiewet lijkt er niet aan de weg te staan dat de cliënt bij een evaluatie zowel een deskundige betreft als een onafhankelijke deskundige vraagt om advies uit te brengen.

De vraag wie een door de cliënt ingeschakelde deskundige of onafhankelijke deskundige betaalt, blijft buiten beschouwing in de Evaluatiewet.

5.3.2 Deskundigen die bij een evaluatie worden betrokken

Wij vinden dat een zorgverantwoordelijke bij iedere evaluatie de deskundigen moet raadplegen die nodig zijn om verantwoord een besluit te kunnen nemen over voortzetting van de gedwongen zorgverlening. Welke deskundigen daarvoor nodig zijn, verschilt per cliënt.

In haar beleidsreactie heeft de minister aangegeven dat het door 17 veldpartijen onderschreven advies *'Van stappenplan naar maatwerk in dialoog'* voor haar als basis zal dienen bij het ontwerpen van een nieuwe wettelijke regeling. In dat advies wordt voorgesteld om geen onderscheid meer te maken tussen een niet bij de zorg betrokken deskundige en een onafhankelijke deskundige, omdat de verschillen tussen die twee te klein zijn. In het advies wordt voorgesteld om bij iedere evaluatie een niet bij de zorg

betrokken deskundige te betrekken. Aan die deskundige worden geen specifieke eisen gesteld, wel wordt geadviseerd dat de zorgverantwoordelijke deze deskundige kiest na overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger. In de regel zal dit overleg leiden tot de keuze van een deskundige die het vertrouwen heeft van zowel de zorgverantwoordelijke als de cliënt en diens vertegenwoordiger, maar als het overleg niet tot overeenstemming leidt, kan de cliënt of diens vertegenwoordiger zelf een niet bij de zorg betrokken deskundige inschakelen. In het advies wordt benadrukt dat de bekostiging van de door de cliënt ingeschakelde deskundige adequaat geregeld moet zijn. De cliënt moet hiervoor geen beroep hoeven te doen op de zorgaanbieder.

Het verbaast ons dat in de Evaluatiewet zo sterk van dit advies wordt afgeweken. Deze keuze wordt helaas niet toegelicht. Wij stellen voor de lijn uit dit advies onverkort over te nemen in de wet. Dit houdt in dat de onafhankelijke deskundige wordt geschrapt **(V48)**. In de wet wordt opgenomen dat de zorgverantwoordelijke met de cliënt of diens vertegenwoordiger bespreekt welke niet bij de zorg betrokken deskundige bij een evaluatie zal worden betrokken **(V49)**. Alleen als dit overleg niet tot overeenstemming leidt, kan de cliënt of diens vertegenwoordiger zelf een deskundige inschakelen **(V50)**.

De bekostiging van de deskundige die de cliënt inschakelt moet gewaarborgd zijn, de cliënt mag hierbij niet afhankelijk zijn van de zorgaanbieder **(V51)**.

5.4 Toetsingscriteria (Artikel 9 en artikel 15)

Als een zorgverantwoordelijke overweegt onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen of overweegt om een besluit te nemen op basis waarvan onvrijwillige zorg mag worden verleend, moet hij beoordelen of aan bepaalde criteria is voldaan.

Uitgaande van de volgorde waarin de criteria in de wet staan, moet eerst beoordeeld worden of de gedwongen zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Vervolgens moet beoordeeld worden of gedwongen zorg geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen (doelmatigheidsvereiste), of de gedwongen zorg gelet op het beoogde doel evenredig is (proportionaliteitsvereiste) en of er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om ernstig nadeel te voorkomen (subsidiariteitsvereiste).

In de praktijk wordt de beoordeling of voldaan is aan deze criteria als lastig uitvoerbaar ervaren. De vraag dient zich bovendien aan hoe het noodzakelijkheidsvereiste zich verhoudt tot de andere drie vereisten. Anders gezegd: kan onvrijwillige zorg voldoen aan de drie eisen en toch niet noodzakelijk zijn? Of andersom: kan gedwongen zorg noodzakelijk zijn terwijl niet aan de andere drie eisen voldaan is?

Naar onze indruk kan volstaan worden met een onderbouwde beoordeling of het, om ernstig nadeel te voorkomen, noodzakelijk is dat de gedwongen zorg die wordt overwogen ook inderdaad kan worden verleend. Wij stellen daarom voor om in artikel 9 en artikel 15 alleen het noodzakelijkheids criterium te laten staan en de andere drie criteria te schrappen **(V52)**.

5.5 Verplichte inzet onafhankelijke deskundige bij tweede evaluatie (artikel 11, lid 5)

Bij iedere evaluatie kan op basis van de Evaluatiewet een onafhankelijke deskundige gevraagd worden om advies uit te brengen. Dit is echter verplicht in het kader van de tweede evaluatie (dus na de eerste verlenging van de periode waarin gedwongen zorg kan worden verleend). De Evaluatiewet bepaalt dat de zorgverantwoordelijke, als hij overweegt om de gedwongen zorgverlening voort te zetten na afloop van de termijn die in het zorgplan is opgenomen, uiterlijk zes weken voor afloop van die termijn, na overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger, een onafhankelijke deskundige moet vragen om advies uit te brengen over voortzetting van de gedwongen zorgverlening.

De Evaluatiewet bepaalt verder dat als de zorgverantwoordelijke en de cliënt of diens vertegenwoordiger het niet eens worden over de keuze van de onafhankelijke deskundige, de zorgverantwoordelijke twee onafhankelijke deskundigen moet inschakelen. De toelichting vermeldt dat het voor de hand ligt dat de zorgverantwoordelijke als tweede onafhankelijke deskundige degene kiest die de voorkeur heeft van de cliënt, maar dit hoeft niet. En als diegene niet aan de eisen voldoet waaraan een onafhankelijke deskundige moet voldoen, dan kan dit ook niet. Dat de zorgverantwoordelijke een tweede onafhankelijke deskundige moet inschakelen neemt niet weg dat de cliënt bij deze evaluatie, net als bij iedere andere evaluatie, de mogelijkheid heeft om zelf een onafhankelijke deskundige in te schakelen.

In de toelichting bij de Evaluatiewet wordt aangegeven dat de zorgverantwoordelijke bij een evaluatie waarbij een onafhankelijke deskundige advies uitbrengt, geen niet bij de zorg betrokken deskundige betrokken hoeft te betrekken. De cliënt heeft wel de mogelijkheid om, net als bij iedere andere evaluatie, zelf een andere deskundige in te schakelen.

Reactie

Wij vinden dat de zorgverantwoordelijke bij iedere evaluatie de deskundigen moet raadplegen die nodig zijn om verantwoord een besluit te kunnen nemen over voortzetting van de gedwongen zorgverlening. Wij zien niet in waarom voor de tweede evaluatie een specifieke regeling zou moeten gelden. Alleen al daarom steunen wij dit voorstel niet.

De voorgestelde regeling kan ertoe leiden dat maar liefst drie onafhankelijke deskundigen ingeschakeld worden. Immers, als de cliënt niet in stemt met de keuze van de zorgverantwoordelijke, moet de zorgverantwoordelijke een tweede onafhankelijke deskundigen inzetten. Dit laat echter onverlet dat de cliënt ook zelf een onafhankelijke deskundige kan inschakelen. In dat geval brengen dus drie onafhankelijke deskundigen op hetzelfde moment over dezelfde cliënt een advies uit. De inzet van al deze onafhankelijke deskundigen laat onverlet dat de cliënt ook nog 'een andere deskundige' kan te betrekken bij de evaluatie. Wij vinden de inzet van zoveel deskundigen buitenproportioneel.

Wij stellen dan ook voor om artikel 11, lid 5 en lid 6 te schrappen **(V53)**.

5.6 Beoordeling zorgplan door de Wzd-functionaris (artikel 11a)

Op basis van de Wzd moet ieder zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen ter beoordeling aan de Wzd-functionaris worden voorgelegd. Dat moet ook als de onvrijwillige zorg wordt gewijzigd. De Evaluatiewet voegt daaraan toe dat ook als na evaluatie is besloten om de gedwongen zorgverlening ongewijzigd voort te zetten, het zorgplan ter beoordeling moet worden voorgelegd aan de Wzd-functionaris.

Bovendien wijzigt de Evaluatiewet wat de Wzd-functionaris precies moet beoordelen. Op basis van de huidige wet beoordeelt de Wzd-functionaris of het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen. In de Evaluatiewet wordt het eerste punt vervangen door de bepaling dat de Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan voldoet aan *'de uitgangspunten van artikel 6'*.

Artikel 6 regelt het volgende:

- a. gedwongen zorg kan alleen als uiterste middel worden overwogen als er geen mogelijkheden meer zijn voor vrijwillige zorg;
- b. wilsbekwaam verzet moet in principe worden gehonoreerd;
- c. familie, naasten en de huisarts moeten zoveel mogelijk betrokken worden bij de gedwongen zorgverlening;
- d. gedwongen zorg wordt zo kort mogelijk verleend;
- e. bepaalde cliënten hebben bij vrijheidsontneming recht op bijstand van een tolk of begeleider.

Reactie

Wij vinden het van belang dat helder is op basis van welke criteria de Wzd-functionaris een zorgplan beoordeelt. Het voorstel dat de Wzd-functionaris moet beoordelen of voldaan is aan *'de uitgangspunten van artikel 6'* vinden wij onvoldoende duidelijk. Alleen de bij a en d genoemde uitgangspunten lenen zich naar onze indruk voor gebruik als beoordelingscriteria voor zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen.

Het lijkt ons niet zinvol dat de Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen. Wij kunnen ons maar moeilijk voorstellen dat een Wzd-functionaris tot de conclusie komt dat de gedwongen zorg, die na zorgvuldige afweging en na raadpleging van deskundigen, juist in het zorgplan is opgenomen om ernstig nadeel te voorkomen, daartoe helemaal niet geschikt is.

Het lijkt ons voor de hand te liggen dat de Wzd-functionaris beoordeelt of de zorgverantwoordelijke terecht tot de conclusie is gekomen dat gedwongen zorg in het zorgplan moet worden opgenomen. Hij kan dit doen door te beoordelen:

- a. of het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel, en zo ja,
- b. of de voorgenomen gedwongen zorg geschikt is om dat ernstig nadeel te voorkomen (doelmatigheid), zo ja,
- c. of er minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen (subsidiariteit) en zo nee,

- d. of het middel (de gedwongen zorg) in redelijke verhouding staat tot het doel (voorkomen van ernstig nadeel) (proportionaliteit). Zo ja, dan is het gelegitimeerd om gedwongen zorg in het zorgplan op te nemen. Wij stellen voor artikel 11a in die zin te wijzigen.

Wij stellen voor artikel 11a in deze zin te wijzigen **(V54)**.

Het voorstel om ook zorgplannen waarin de gedwongen zorg ongewijzigd wordt voortgezet ter beoordeling aan de Wzd-functionaris voor te leggen steunen wij niet. In zo'n geval kan volstaan worden met het informeren van de Wzd-functionaris. De Wzd-functionaris is dan op de hoogte en kan zo nodig de actie ondernemen die hij in dat geval passend vindt. Wij stellen voor artikel 11a in die zin te wijzigen **(V55)**.

Tot slot stellen wij voor het derde lid van artikel 11a te schrappen **(V56)**. Het spreekt voor zich dat een verzoek van de Wzd-functionaris om geïnformeerd te worden over de verlening van gedwongen zorg aan een cliënt gehonoreerd wordt en in het zorgplan wordt opgenomen dat dit moet gebeuren.

6. Reactie op paragraaf 2.4 Uitvoeren van het zorgplan

6.1 Uitvoering zorgplan (artikel 12)

Artikel 12 Wzd heeft betrekking op de situatie waarin de cliënt of vertegenwoordiger zich verzet tegen uitvoering van zorg die op vrijwillige basis in het zorgplan is opgenomen. In de praktijk gaat het daarbij veelal om situaties waarin de vertegenwoordiger heeft ingestemd met het zorgplan, maar bij de uitvoering van het zorgplan blijkt dat de cliënt zich tegen zorgverlening verzet. In zo'n geval mag die zorg op basis van artikel 12 alleen verleend worden als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Feitelijk wordt deze zorg daarmee dus gelijkgesteld aan gedwongen zorg.

De Evaluatiewet wijzigt artikel 12 zodat in zo'n geval de zorg niet verleend mag worden, tenzij het gedwongen zorg betreft die in het zorgplan is opgenomen. In de situatie waarop het artikel betrekking heeft, is dat nu juist niet het geval. De consequentie is dat zorg die op vrijwillige basis in het zorgplan is opgenomen dus niet verleend mag worden, zodra de cliënt zich daartegen verzet, ook niet als dat nodig is om ernstig nadeel te verlenen. Wordt die zorg toch verleend, dan is dat strafbaar (artikel 63, lid 1, onderdeel c). Pas als het zorgplan is gewijzigd en de zorg als gedwongen zorg in het zorgplan is opgenomen, kan de zorg weer verleend worden.

Reactie

Wij hebben de indruk dat in de Evaluatiewet de situatie waarvoor dit artikel bedoeld is niet onderkend is. Uit de toelichting blijkt dat de situatie waarin de cliënt zich verzet tegen vrijwillig in het zorgplan opgenomen zorg wordt gezien als een onvoorziene situatie waarop artikel 15 van toepassing is. In artikel 12 gaat het nu juist niet om onvoorziene situaties, maar om een situatie die wel is voorzien en waaraan in het zorgplan aandacht is besteed. Alleen was op dat moment nog geen sprake van verzet en is de zorg dus op vrijwillige basis in het zorgplan opgenomen.

Wij stellen voor het huidige artikel 12 te handhaven, zodat zorg die vrijwillig in het zorgplan is opgenomen ook bij verzet nog wel verleend kan worden als dat nodig is om ernstig nadeel te voorkomen **(V57)**. Hieraan zou een bepaalde termijn verbonden kunnen worden **(V58)**. Binnen die termijn kan dan beoordeeld worden of de zorg als gedwongen zorg in het zorgplan kan blijven staan. Hierbij kunnen dezelfde criteria gebruikt worden als bij opname van gedwongen zorg in het zorgplan.

6.2 Uitvoering onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen (artikel 13)

Het huidige artikel 13 Wzd bepaalt dat de onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen alleen daadwerkelijk verleend mag worden als de zorgverlener heeft vastgesteld dat het in het zorgplan beschreven ernstig nadeel zich voordoet en heeft vastgesteld dat er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om ernstig nadeel te voorkomen. Artikel 16 lid 2 Wzd voegt daaraan toe dat iedere keer dat onvrijwillige zorg is verleend dit in het dossier vermeld moet worden en dat daarbij gemotiveerd moet worden waarom de onvrijwillige zorgverlening noodzakelijk was. Ter completering van de regeling wordt bepaald dat een zorgverlener strafbaar is als hij in strijd handelt met artikel 15 (wat inhoudt dat hij in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg heeft verleend zonder eerst vastgesteld te hebben dat het ernstig nadeel zich voordoet en dat in de gegeven omstandigheden geen minder ingrijpende mogelijkheden bestaan om ernstig nadeel te voorkomen).

Artikel 13 is niet alleen van toepassing bij onvrijwillige zorgverlening maar ook bij verlening van de in artikel 2, lid 3 genoemde vormen van vrijwillige zorg (sederende medicatie in afwijking van richtlijn, beperking bewegingsvrijheid en insluiting).

De huidige regeling blijft op basis van de Evaluatiewet in stand, wel voorziet de Evaluatiewet in verdere detaillering door op te nemen dat als in het zorgplan is opgenomen dat de gedwongen zorg alleen na instemming van de zorgverantwoordelijke mag worden verleend, de zorgverlener dus geen onvrijwillige zorg mag verlenen zonder die toestemming. Tevens wordt voorzien in de situatie waarin de instemming van de zorgverantwoordelijke niet kan worden afgewacht. In zo'n situatie mag de zorgverlener de gedwongen zorg verlenen zonder instemming van de zorgverantwoordelijke, maar moet hij wel zo spoedig mogelijk daarna in overleg treden met de zorgverantwoordelijke om alsnog instemming te verkrijgen. De Evaluatiewet laat in het midden wat het gevolg is als achteraf geen instemming gegeven wordt.

Reactie

Wij vinden de aanvulling die in de Evaluatiewet wordt voorgesteld overbodig. Het komt naar onze indruk in de praktijk zelden voor dat in een zorgplan wordt opgenomen dat in het zorgplan opgenomen gedwongen zorg alleen verleend mag worden na instemming van de zorgverantwoordelijke. Als dit al voorkomt, zal ook iets geregeld moeten worden voor de situatie waarin de zorgverantwoordelijke niet bereikbaar is als een zorgverlener de zorg wil verlenen. Het lijkt ons voor de hand liggend dat dan een waarnemend

zorgverantwoordelijk de instemming kan verlenen. Wij vinden het achteraf vragen van toestemming niet wenselijk. De gedwongen zorgverlening kan immers niet meer teruggedraaid worden.

Niet alleen de aanvulling die in de Evaluatiewet wordt voorgesteld vinden wij ongewenst. Wij hebben ook bezwaar tegen wat nu al in artikel 13 is geregeld. Van iedere zorgverlener mag verwacht worden dat hij het zorgplan niet klakkeloos uitvoert. Zorgverleners zullen altijd rekening moeten houden met de specifieke situatie van het moment. Het gaat echter veel te ver om van zorgverleners te vragen om, iedere keer dat zij gedwongen zorg verlenen die in het zorgplan is opgenomen, formeel te beoordelen of dat nodig is en de uitkomst hiervan in het dossier te noteren.

Wij wijzen er op dat in de Wvggz een vergelijkbare bepaling ontbreekt. Als conform de regels van de Wvggz is besloten dat een cliënt bepaalde verplichte zorg verleend zal worden, kan een zorgverlener deze zorg verlenen zonder dat van hem een formele beoordeling van de noodzaak daartoe wordt gevraagd.

Wij stellen dan ook voor om artikel 13 te schrappen **(V59)**.

6.3 Tijdelijk verblijf elders (artikel 14)

Artikel 14 heeft betrekking op de situatie waarin een cliënt tijdelijk op een andere locatie verblijft, waar hij zorg ontvangt van een andere zorgaanbieder. In de Wzd is deze regeling nu beperkt tot situaties waarin de cliënt tijdelijk elders verblijft in verband met een geneeskundige behandeling, waarbij uit de toelichting blijkt dat met name aan ziekenhuisopnames is gedacht. In de Evaluatiewet wordt deze beperking losgelaten. De toelichting vermeldt dat het bijvoorbeeld ook gaat om de situatie waarin een cliënt *'ter stabilisatie van een bijkomende psychische stoornis, tijdelijk in een ggz-instelling verblijft'*. Verder kan gedacht worden aan verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

De regeling strekt ertoe dat het zorgplan verstrekt moet worden aan de zorgaanbieder waar de cliënt tijdelijk verblijft en dat deze het zorgplan uitvoert, tenzij dit niet mogelijk is of zich een situatie voordoet waarin het zorgplan niet voorziet. In die gevallen kan van het zorgplan afgeweken worden. Het is ons niet duidelijk hoe dit artikel zich verhoudt tot artikel 48b, dat betrekking heeft op tijdelijk verblijf in de geestelijke gezondheidszorg en op basis waarvan de mogelijkheden om van het zorgplan af te wijken beperkt zijn. Voor verblijf in het ziekenhuis of revalidatiecentrum zien wij geen meerwaarde in dit artikel. Een zorgplan heeft geen betrekking op de zorg die daar geleverd wordt. Uiteraard is van belang dat voorafgaand aan opname en na ontslag informatie uitgewisseld wordt, daar is echter deze bepaling niet voor nodig. Wij stellen dan ook voor artikel 14 te schrappen **(V60)**.

7. Reactie op paragraaf 2.5 Zorg in onvoorziene situaties

7.1 Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet (artikel 15)

Evenals op basis van de huidige wet het geval is, voorziet de Evaluatiewet in de mogelijkheid om op basis van een besluit van de zorgverantwoordelijke gedwongen zorg

te verlenen die niet in het zorgplan is opgenomen. Die mogelijkheid bestaat in twee situaties: in de periode waarin nog geen zorgplan is vastgesteld en in situaties waarin het zorgplan redelijkerwijs niet kan voorzien. Op basis van de Evaluatiewet hoeft dit besluit niet door de eigen zorgverantwoordelijke van de cliënt genomen te worden, maar kan ook een andere zorgverantwoordelijke dat doen.

In de periode waarin nog geen zorgplan is opgesteld mag op basis van de Wzd alleen onvrijwillige zorg worden verleend in noodsituaties. In de Evaluatiewet wordt de term noodsituaties vervangen door urgente situaties. Van een urgente situatie is sprake als de besluitvorming over opname van de gedwongen zorg in het zorgplan niet kan worden afgewacht (toelichting bij artikel 15, blz. 125 van de artikelsgewijze toelichting).

Als wel een zorgplan is opgesteld, maar zich een situatie voordoet waarin het zorgplan redelijkerwijs niet voorziet, kan de zorgverantwoordelijke eveneens besluiten dat gedwongen zorg verleend kan worden.

In beide gevallen moet de zorgverantwoordelijke vastgesteld hebben dat aan de in de wet genoemde criteria is voldaan. Als de zorgverantwoordelijke geen arts is en de gedwongen zorg bestaat uit behandeling⁶, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting, moet hij over het besluit overleggen met een ter zake kundige arts. In de huidige regeling moet dit overleg gevoerd worden met een bij de behandeling betrokken arts. De Evaluatiewet biedt de ruimte om dit overleg te voeren met een arts die niet bij de behandeling is betrokken.

De zorgverantwoordelijke moet vervolgens de Wzd-functionaris informeren over zijn beslissing. In de Evaluatiewet wordt bovendien bepaald dat de gedwongen zorgverlening onmiddellijk beëindigd wordt als de Wzd-functionaris oordeelt dat de gedwongen zorg niet voldoet aan de wettelijke criteria (zoals genoemd in artikel 15, lid 1).

In de toelichting staat hierover het volgende: *'Ook bij de beslissingen op grond van artikel 15 is het nodig en noodzakelijk dat de Wzd-functionaris toeziet op de inzet van minst ingrijpende vorm van gedwongen zorg. Daarom wordt voorgesteld de informatieplicht die is opgenomen in het vierde lid, aan te vullen met de bepaling dat de gedwongen zorg onmiddellijk moet worden beëindigd indien de Wzd-functionaris oordeelt dat de verlening van de gedwongen zorg niet voldoet aan de criteria die zijn geformuleerd in het eerste lid'.*

De termijn waarin gedwongen zorg kan worden verleend op basis van een besluit van de zorgverantwoordelijke wordt in de Evaluatiewet ingekort van twee weken tot één week. Als voorzien wordt dat de gedwongen zorg ook na die week nog verleend zal moeten worden, moet het zorgplan dus binnen een week aangepast worden. Het voorstel om de termijn in te korten wordt als volgt gemotiveerd: *'Uitgangspunt is immers dat gedwongen zorg zo kort mogelijk moet worden toegepast. Bovendien is deze termijn meer in lijn met de Wvvgz op grond waarvan tijdelijke gedwongen zorg in eerste*

⁶ De term 'behandeling' is een verkorte weergave van de vormen van gedwongen zorg die in de Evaluatiewet genoemd zijn in artikel 2, lid 1, onderdeel a en b.

instantie drie dagen mag worden verleend, maar waarbij die termijn met maximaal drie dagen kan worden verlengd in verband met de procedure bij de rechter om de zorgmachtiging aan te passen' (artikelsgewijze toelichting, blz. 126).

In de toelichting wordt benadrukt dat in situaties waarin een zorgverlener acuut moet handelen geen beslissing van de zorgverantwoordelijke afgewacht kan worden. Voor dergelijke situaties is artikel 15 niet geschreven. De toelichting verwoordt het als volgt: *'Als er sprake is van acuut levensgevaar of een acute hulpeloze toestand bij een cliënt of een ander, dan moet een zorgverlener uiteraard meteen ingrijpen en kan een beslissing van de zorgverantwoordelijke niet worden afgewacht. Bijvoorbeeld als een cliënt een ander met een mes bedreigt of als een cliënt opeens een weg waarop snel verkeer rijdt dreigt over te steken, dan worden zorgverleners geacht meteen in actie te komen. Indien een zorgverlener dan geen actie onderneemt of meteen hulp inroept, dan zou dat afhankelijk van de omstandigheden strafrechtelijk vervolgd kunnen worden'* (artikelsgewijze toelichting, blz. 125)

7.2 Niet van toepassing in situaties waarin acuut gehandeld moet worden

De toelichting maakt duidelijk dat artikel 15 niet bedoeld is voor situaties waarin acuut gehandeld moet worden. In zulke situaties kan geen besluit van een zorgverantwoordelijke worden afgewacht. Wij zijn het daarmee eens. In de toelichting staat terecht dat een zorgverlener die in zo'n situatie niet doet wat nodig is, strafbaar kan zijn.

Wij stellen voor expliciet in de wet op te nemen dat handelen in situaties waarin acuut gehandeld moet worden niet als gedwongen zorgverlening in de zin van de Wzd kwalificeert **(V61)**. Zou dit immers wel zo zijn, dan is de zorgverlener die in een acute situatie ingrijpt niet alleen strafbaar als hij dat niet doet, maar ook als hij dat wel doet. De Wzd stelt immers gedwongen zorgverlening strafbaar als de gedwongen zorg niet in het zorgplan is opgenomen en er ook geen besluit van een zorgverantwoordelijke aan ten grondslag ligt (afhankelijk van de situatie is dit een misdrijf waarop drie jaar gevangenisstraf staat of een overtreding).

Tevens stellen wij voor om in de toelichting aan te geven dat situaties waarin onmiddellijk moet worden ingegrepen doorgaans zullen kwalificeren als incident en dat deze situaties dus intern gemeld moeten worden **(V62)**. Vervolgens wordt onderzocht wat er precies gebeurd is en hoe herhaling van de situatie in de toekomst wellicht voorkomen kan worden (artikel 9 Wkkgz). Situaties waarin onmiddellijk moet worden ingegrepen kunnen soms ook als calamiteit of als geweld in de zorgrelatie kwalificeren, in dat geval is melding bij de IGJ verplicht (artikel 11 Wkkgz).

7.3 Urgente situaties

De Evaluatiewet verduidelijkt wanneer artikel 15 van toepassing is. Het gaat niet om situaties waarin acuut gehandeld moet worden, maar om situaties waarin het vaststellen of wijzigen van het zorgplan niet afgewacht kan worden. Dit is niet alleen zo in situaties waarin nog geen zorgplan is opgesteld, maar ook in situaties waarin het zorgplan moet

worden aangepast. Ook dan is immers de hoofdregel dat de procedure voor wijziging van het zorgplan moet worden gevolgd en is artikel 15 bedoeld voor situaties waarin dit niet afgewacht kan worden. Wij stellen voor dit in de wet op te nemen, zodat de wet eenduidiger wordt **(V62)**.

7.4 Termijn

Om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te kunnen nemen, moet de zorgverantwoordelijke een overleg organiseren met een deskundige van een andere discipline. Hij zal in veel gevallen een ter zake kundige arts bij het overleg moeten betrekken en diens toestemming moeten vragen. Verder zal hij de cliënt en zijn vertegenwoordiger gelegenheid moeten geven om aan het overleg deel te nemen en zich desgewenst daarbij te laten bijstaan door bijvoorbeeld een cliëntenvertrouwenspersoon. Zo'n overleg is niet altijd op korte termijn te organiseren. Door de termijn te verkorten tot één week, wordt de kans vergroot dat het overleg moet worden gehouden op een moment waarop bijvoorbeeld de vertegenwoordiger van de cliënt niet aanwezig kan zijn of de cliëntenvertrouwenspersoon niet beschikbaar is. Wij vinden dit niet wenselijk en stellen daarom voor om de termijn van twee weken ongewijzigd te laten **(V63)**. Illustratief in dit verband is dat 70% van de deelnemers aan de webinars van ActiZ en VGN (N = 133) heeft aangegeven dat het zorgplan niet binnen een week conform de bepalingen in de Wzd kan worden gewijzigd.

In dit verband wijzen wij erop dat de vergelijking met de Wvggz mank gaat. De zorgverantwoordelijke hoeft op basis van de Wvggz immers geen overleg te organiseren, maar kan volstaan met de geneesheer-directeur te vragen om een verzoekschrift tot wijziging van de zorgmachtiging in te dienen (artikel 8:12 Wvggz).

7.5 Vastlegging in dossier

In de praktijk bestaan over de toepassing van artikel 15 misverstanden. Dit betreft onder meer de vraag wie op grond van artikel 15 kan besluiten om gedwongen zorg te verlenen. Verondersteld wordt soms dat iedere zorgverlener hiertoe bevoegd is en dat de zorgverantwoordelijke dit dan binnen 48 uur in het dossier moet vastleggen. Deze termijn werkt dit misverstand in de hand. Als er tijd is om te overleggen met een arts, is er ook tijd om het besluit tot gedwongen zorgverlening in het dossier op te nemen. Dit is zelfs noodzakelijk als de gedwongen zorg niet eenmalig is verleend. Wij stellen voor om de bepaling, op grond waarvan de zorgverantwoordelijke binnen 48 uur het besluit in het dossier moet vastleggen, te schrappen **(V64)**.

7.6 Rol Wzd-functionaris

Op basis van de huidige regeling moet de Wzd-functionaris geïnformeerd worden over een besluit van de zorgverantwoordelijke op basis waarvan onvrijwillige zorg kan worden verleend. De Wzd-functionaris neemt dan kennis van het besluit en, als hij daartoe aanleiding ziet, kan hij actie ondernemen. Hij kan bijvoorbeeld in overleg treden met de zorgverantwoordelijke en besluiten dat de onvrijwillige zorg beëindigd moet worden. Dit

is niet expliciet in de wet opgenomen, maar vloeit voort uit zijn functie als toezichthouder op onvrijwillige zorgverlening.

De Evaluatiewet lijkt ervan uit te gaan dat de Wzd-functionaris bij ieder besluit om gedwongen zorg te verlenen op basis van artikel 15 beoordeelt of de zorgverantwoordelijke terecht heeft geconstateerd dat aan de criteria voor gedwongen zorgverlening is voldaan. Bovendien lijkt verondersteld te zijn dat hij dit snel doet, namelijk nog binnen de looptijd van het besluit en die is maximaal een week. Dit zou een substantiële verzwaring van de taak van de Wzd-functionaris inhouden.

Wij zien geen aanleiding om de rol van de Wzd-functionaris bij deze besluiten te wijzigen. Ook in het evaluatierapport worden geen wijzigingen op dit punt aanbevolen. Bovendien voorziet ook de Wvvgz niet in een beoordeling door de geneesheer-directeur van besluiten die een zorgverantwoordelijke op basis van artikel 8:11 neemt. De Wzd-functionaris heeft op basis van zijn toezichthoudende taak voldoende mogelijkheden om in te grijpen als hij vindt dat ten onrechte besloten is om gedwongen zorg te verlenen. Wij stellen daarom voor om artikel 15, lid 5 te schrappen **(V65)**.

7.7 Tekstvoorstel

In de voorgaande paragrafen doen wij verschillende voorstellen om artikel 15 aan te passen. Deze voorstellen zouden als volgt geconcretiseerd kunnen worden.

1. In situaties waarin het zorgplan niet voorziet en in situaties waarin nog geen zorgplan is vastgesteld, kan gedwongen zorg worden verleend op grond van een beslissing van de zorgverantwoordelijke, als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen en de vaststelling dan wel de wijziging van het zorgplan niet kan worden afgewacht.
2. De beslissing kan zowel worden genomen door de zorgverantwoordelijke, die op basis van artikel 8 is aangewezen als zorgverantwoordelijke voor de cliënt, als door een andere zorgverlener die bevoegd is om als zorgverantwoordelijke op te treden.
3. De zorgverantwoordelijke neemt de beslissing na overleg met de cliënt en zo mogelijk met de vertegenwoordiger van de cliënt. Indien geen overleg met de vertegenwoordiger heeft plaatsgevonden, informeert de zorgverantwoordelijke de vertegenwoordiger onverwijld over de beslissing en de motivering daarvan.
4. Indien de beslissing gedwongen zorg betreft die buiten het deskundigheidsgebied van de zorgverantwoordelijke valt, overlegt de zorgverantwoordelijke over de beslissing met een zorgverlener binnen wiens deskundigheidsgebied de gedwongen zorg valt.
5. In de beslissing vermeldt de zorgverantwoordelijke voor welke termijn de beslissing geldt. Deze termijn is niet langer dan noodzakelijk om het ernstig nadeel te voorkomen en nooit langer dan twee weken.

6. De zorgverantwoordelijke informeert onverwijld de Wzd-functionaris over de genomen beslissing en de motivering daarvan.

7.8 Veiligheidsonderzoeken (artikel 15a)

Om de veiligheid binnen een accommodatie te waarborgen, biedt de Wzd de mogelijkheid om te onderzoeken of de cliënt voorwerpen in zijn bezit heeft die hij niet in zijn bezit mag hebben of voorwerpen in zijn bezit heeft die een aanzienlijk risico op ernstig nadeel veroorzaken. Het gaat om onderzoek aan de kleding of het lichaam van de cliënt onderzoek van de woon- of verblijfsruimte van de cliënt en om onderzoek van poststukken. Ook de Evaluatiewet voorziet in de mogelijkheid om deze onderzoeken uit te voeren.

De Evaluatiewet bepaalt dat deze onderzoeken gedaan kunnen worden '*ter voorkoming van urgente situaties*'. Wij stellen voor deze toevoeging te schrappen (**V66**). Een urgente situatie is een situatie waarin met het verlenen van gedwongen zorg niet gewacht kan worden tot deze is opgenomen in het zorgplan. De genoemde onderzoeken worden echter niet uitgevoerd om zo'n situatie te voorkomen, maar om (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel te voorkomen.

Twee van de drie genoemde onderzoeken zijn ook opgenomen in de opsomming van vormen van gedwongen zorg. Dit impliceert dat de onderzoeken in principe alleen uitgevoerd kunnen worden als zij in het zorgplan zijn opgenomen. Daarnaast kunnen zij eventueel uitgevoerd worden op basis van artikel 15. Artikel 15a is derhalve de derde wettelijke bepaling op basis waarvan de onderzoeken kunnen worden uitgevoerd. Het is ons niet duidelijk waarom bij de uitvoering van deze onderzoeken gekozen moet worden uit drie wettelijke opties. In de praktijk zorgt dit voor veel onduidelijkheid.

Wij stellen voor dit onderscheid niet te maken en te voorzien in één regeling op grond waarvan de genoemde onderzoeken uitgevoerd kunnen worden in alle gevallen waarin een gegrond vermoeden bestaat dat een cliënt voorwerpen in zijn bezit heeft die hij op basis van de huisregels niet in zijn bezit mag hebben of een gegrond vermoeden bestaat dat een cliënt voorwerpen in zijn bezit heeft die een aanzienlijk risico op ernstig nadeel veroorzaken (**V67**). Deze onderzoeken kunnen dan uit de opsomming van vormen van gedwongen zorg geschrapt worden.

8. Reactie op paragraaf 2.6 Administratieve voorschriften en verplichtingen tot het verstrekken van gegevens

8.1 Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet (artikel 17, 18 en 42, lid 5)

Op basis van de Wzd moeten bepaalde gegevens digitaal beschikbaar zijn voor de IGJ. Ook moet halfjaarlijks een digitaal overzicht van verleende onvrijwillige zorg aan de IGJ verstrekt worden en jaarlijks een analyse van de verleende onvrijwillige zorg. Verder moeten gedwongen opname aan de inspectie worden gemeld.

De Evaluatiewet voorziet in een aantal wijzigingen in de genoemde onderwerpen. Artikel 17 somt gegevens op die zorgaanbieders digitaal beschikbaar moeten hebben ten

behoefte van het toezicht door de inspectie. Na inwerkingtreding van de Evaluatiewet gaat het om de volgende gegevens:

- het burgerservicenummer van de cliënt of diens naam als hij geen burgerservicenummer heeft;
- de vorm van de aan de cliënt verleende gedwongen zorg;
- beslissingen als bedoeld in artikel 15, tweede lid en 15 a tweede lid;
- de begindatum en de einddatum van de gedwongen zorg;
- de duur of de frequentie van de gedwongen zorg bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdelen a, b, c en d;
- beslissingen tot het verlenen van tijdelijke gedwongen zorg voorafgaand aan een crisismaatregel op grond van artikel 31.

De verplichting om de inspectie een digitaal overzicht van gedwongen zorgverlening te verstrekken blijft in de Evaluatiewet gehandhaafd. In de Wzd staat dat dit overzicht tenminste eens per zes maanden verstrekt moet worden. In de Evaluatiewet wordt de frequentie in het midden gelaten. In de Regeling zorg en dwang zal worden aangegeven hoe vaak de digitale overzichten aan de IGJ gestuurd moeten worden.

Welke gegevens in de digitale overzichten moeten worden opgenomen is nog niet bekend. Uit de Evaluatiewet blijkt dat het in ieder geval de gegevens uit de hiervoor genoemde opsomming betreft die betrekking hebben op eerste vier vormen van gedwongen zorg die in de Evaluatiewet worden genoemd (verkort weergegeven: behandeling, vocht en voeding, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting).

In de Regeling zorg en dwang zal worden uitgewerkt op welke wijze en met welke frequentie zorgaanbieders de gegevens dienen aan te leveren aan de inspectie, ook kan hiervoor een format worden vastgesteld.

In de Evaluatiewet wordt bepaald dat ten minste eenmaal per jaar een analyse van de verleende gedwongen zorg aan de inspectie moet verstrekken. In de Regeling zorg en dwang kan bepaald worden dat dit in vaker moet gebeuren. Ook over de inhoud van de analyse kunnen in de Regeling zorg en dwang nadere regels worden opgenomen.

De Wzd bepaalt dat zorgaanbieders de IGJ moeten informeren over iedere opname op basis van een rechterlijke machtiging of rechterlijke machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling. Deze verplichting wordt in de Evaluatiewet geschrapt. Hetzelfde geldt voor de verplichting om het CIZ en de griffie van de rechtbank hierover te informeren.

8.2 Reactie op de voorstellen uit de Evaluatiewet

Wij waarderen de intentie om de administratieve verplichtingen te verminderen en zijn blij met het schrappen van verplichting om gedwongen opnamen te melden bij de IGJ, het CIZ en de griffie. Wij constateren echter ook dat de verplichting om digitale overzichten van de gedwongen zorgverlening aan de IGJ te sturen gehandhaafd blijft. Wij zien geen duidelijke meerwaarde daarvan. Onder de leden van ActiZ en VGN zien wij ook weinig draagvlak voor deze verplichting. Illustratief is dat 77,6% van de deelnemers aan

de webinars van VGN en ActiZ (N = 125) heeft aangegeven het aanleveren van digitale overzichten aan de IGJ niet zinvol te vinden.

Om toezicht te kunnen houden op de kwaliteit van gedwongen zorgverlening is van belang dat signalen, die erop duiden dat de kwaliteit van zorg in het geding is, bij de IGJ terecht komen. In de Wzd is dat gewaarborgd: iedere zorgverlener heeft de plicht om ernstig tekortschietende onvrijwillige zorg te melden bij de IGJ. Daarnaast zijn de algemene verplichtingen om incidenten en calamiteiten te melden onverkort van toepassing op onvrijwillige zorg. Bovendien kan de cliëntenvertrouwenspersoon de IGJ attent maken op mogelijke tekortkomingen. Daarnaast krijgt de IGJ de relevante informatie ook via de kwaliteitsverantwoordingen, waarin immers ook onvrijwillige zorg aan de orde komt. De cijfers die in de digitale overzichten staan zeggen daarentegen niets over de kwaliteit van de verleende zorg. Wij stellen daarom voor om artikel 17 te schrappen **(V68)**.

8.3 Accommodatie / locatie / locatieregister (artikel 20)

8.3.1 Huidige regeling

De Wzd bepaalt dat aanbieders van onvrijwillige zorg zich moeten registreren. Aanbieders van onvrijwillige zorg moeten bovendien *'de locatie'*, waar onvrijwillige zorg wordt verleend, registreren en aangeven *'of de locatie een accommodatie is'*.

De term accommodatie wordt in de Wzd gebruikt als verzamelbegrip voor alle gebouwen waar de zorgaanbieder zorg verleent. Met een locatie wordt in de Wzd een gebouw bedoeld waar onvrijwillige zorg wordt verleend. Iedere locatie is in deze terminologie een accommodatie. De registratieverplichting gaat abusievelijk uit van het omgekeerde: per locatie moet worden aangegeven of het een accommodatie is. Dit leidt begrijpelijkerwijs tot verwarring.

De begripsverwarring wordt nog wat groter doordat in de Regeling zorg en dwang het begrip locatie gedefinieerd wordt als: 'vestiging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van de Handelsregisterwet 2007'⁷. Hier is het begrip locatie dus een verzamelbegrip voor alle gebouwen waar de zorgaanbieder zorg verleent. In de wet wordt daarvoor echter de term accommodatie gebruikt.

In het locatieregister wordt onder een locatie een gebouw verstaan waar onvrijwillige zorg wordt verleend, maar waar cliënten niet gedwongen worden opgenomen en wordt onder een accommodatie verstaan: een gebouw waar cliënten gedwongen kunnen worden opgenomen.

In het locatieregister moet verder, zonder dat de wet daarvoor een basis geeft, per locatie en per accommodatie worden aangegeven of daarvanuit ambulante onvrijwillige zorg wordt verleend. Per accommodatie moet verder nog worden aangegeven of basis

⁷ Deze definitie luidt: 'een gebouw of complex van gebouwen waar duurzame uitoefening van de activiteiten van een onderneming of rechtspersoon plaatsvindt'.

van welke opnametitel cliënten daar kunnen worden opgenomen (rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of besluit van het CIZ).

8.3.2 Voorgestelde wijziging

De verplichting voor aanbieders van onvrijwillige zorg om zich te registreren blijft in de Evaluatiewet gehandhaafd. Accommodaties waarin zorgaanbieders onvrijwillige zorg verlenen of waar cliënten gedwongen kunnen worden opgenomen moeten eveneens geregistreerd worden. Het begrip accommodatie is in de Evaluatiewet, net als in de huidige Wzd, een verzamelterm voor alle gebouwen waar een zorgaanbieder zorg verleent. Niet iedere accommodatie moet geregistreerd worden, alleen accommodaties waar onvrijwillige zorg wordt verleend of waar cliënten gedwongen worden opgenomen, moeten geregistreerd worden. De term locatie wordt niet meer gebruikt in de Evaluatiewet. Wij nemen aan dat deze term bij inwerkingtreding van de Evaluatiewet ook uit de Regeling zorg en dwang geschrapt wordt.

Aangenomen dat op basis van de Evaluatiewet niet meer geregistreerd hoeft te worden dan in de wet wordt voorgeschreven, hoeft in het locatieregister niet meer aangegeven te worden of vanuit een accommodatie gedwongen zorg wordt verleend en evenmin op basis van welke opnametitels een cliënt in de accommodatie kan worden opgenomen.

8.3.3 Reactie

Het is hoog nodig dat aan de bestaande begripsverwarring een einde komt. De eerste vraag die zich daarbij aandient is of deze registratie überhaupt zinvol is. In de toelichting wordt aangegeven dat de registratie met name van belang is voor de IGJ en voor de cliëntenvertrouwenspersonen.

Aanbieders van onvrijwillige zorg moeten de IGJ halfjaarlijks een overzicht verstrekken van de verleende onvrijwillige zorg. Dit overzicht moet per locatie worden opgesteld (uitgaande van de voorgestelde wijzigingen in terminologie wordt dit: per accommodatie). De IGJ wordt dus per locatie (accommodatie) periodiek en gedetailleerd op de hoogte gesteld van de onvrijwillige zorgverlening. Registratie in het locatieregister voegt daar niets aan toe en heeft daarom naar onze indruk geen enkele meerwaarde voor de IGJ.

Wij onderkennen dat het voor de cliëntenvertrouwenspersoon van belang is te weten welke zorgaanbieders onvrijwillige zorg aanbieden en waar dat gebeurt. Het inrichten van een register is echter geen proportioneel middel om dit doel te bereiken. Dit zou ook kunnen door aan de Evaluatiewet een artikel toe te voegen op basis waarvan aanbieders van onvrijwillige zorg verplicht zijn zich te melden bij de organisatie die vertrouwenswerk aanbiedt in hun werkgebied en daarbij aan te geven in welke vestigingen onvrijwillige zorg kan worden verleend (al dan niet in combinatie met een gedwongen opname). Daarmee is het locatieregister ook voor de cliëntenvertrouwenspersoon overbodig.

In dit verband vragen wij nog aandacht voor artikel 20, lid 3, waarin bepaald wordt dat zorgaanbieders die uitsluitend gedwongen zorg verlenen ter uitvoering van een onder

verantwoordelijkheid van een andere zorgaanbieder opgesteld zorgplan, zich niet hoeven te registreren. Het is ons niet duidelijk waarom het in dit geval kennelijk niet van belang wordt geacht dat de IGJ en de organisatie die cliëntenvertrouwenswerk aanbiedt weten waar gedwongen zorg wordt verleend.

Kortom, wij stellen voor artikel 20, lid 1, 2 en 3 te schrappen **(V69)**.

9. Reactie op hoofdstuk 2a Melding en aanvraag van gedwongen zorg of opname

9.1 Algemeen

Wij steunen het voorstel uit de Evaluatiewet om het college van B&W de taak te geven om een verkennend onderzoek te doen naar de noodzaak om mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening zorg te verlenen.

Het college onderzoekt *'de noodzaak tot zorg in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, waarbij mogelijk gedwongen zorg of een gedwongen opname noodzakelijk is'*. Deze formulering geeft aan dat de noodzaak tot zorg wordt onderzocht en dat de uitkomst van dat onderzoek kan zijn dat gedwongen zorg of een gedwongen opname nodig is. De uitkomst zou echter ook kunnen zijn dat vrijwillige zorg nodig is. De Evaluatiewet geeft echter niet aan hoe het college in dat geval bewerkstelligt dat die vrijwillige zorg ook daadwerkelijk wordt verleend. Wij stellen voor dit alsnog in de Evaluatiewet op te nemen **(V70)**.

Een uitkomst van het verkennend onderzoek zou kunnen zijn dat een opname van de cliënt noodzakelijk is en dat de cliënt zich daar niet tegen verzet, maar ook niet het initiatief neemt om opgenomen te worden. Het lijkt ons wenselijk dat het college dan een besluit opname kan aanvragen. Wij stellen daarom voor het college toe te voegen aan de opsomming van artikel 22, lid 1 **(V71)**. Voor een opname is echter wel een indicatie voor langdurige zorg nodig en in deze situatie is de vraag hoe die verkregen kan worden.

Alleen als de conclusie van het onderzoek is dat een gedwongen opname of gedwongen zorg nodig is, wordt bepaald wat het college dan doet. Als een gedwongen opname nodig is, dient het college een aanvraag in bij het CIZ om een rechterlijke machtiging te vragen. Als gedwongen zorg nodig is, verzoekt het college een zorgaanbieder te overwegen die gedwongen zorg te verlenen.

Beide opties zijn echter lastig uitvoerbaar. Als een aanvraag bij het CIZ wordt ingediend, samen met een medische verklaring, is dat nog niet voldoende om een verzoek in te dienen bij de rechter. Bij zo'n verzoek moet immers ook een indicatie voor langdurige zorg zijn gevoegd of een zogeheten reikwijdteverklaring (artikel 27, lid 1, onderdeel a). Als geen van beide beschikbaar is, dient de vraag zich aan hoe het CIZ aan één van deze documenten komt. Is dat een taak van het college? Moet het CIZ hiervoor zorgen? Wij stellen voor dit in de wet te concretiseren **(V72)**.

Als de rechter een machtiging tot opname afgeeft, is vervolgens de vraag wie ervoor zorgt dat de cliënt daadwerkelijk ergens wordt opgenomen. Is dit ook een taak van het

college? Zo niet, wiens taak is dit wel? Wij stellen voor ook dit punt in de wet te benoemen **(V73)**.

Ook bij de tweede optie, het college vraagt een zorgaanbieder om te overwegen gedwongen zorg te verlenen, dienen zich uitvoeringsproblemen aan. In de eerste plaats zal een ter zake kundige arts een verklaring moeten opstellen op basis waarvan de cliënt onder de reikwijdte van de Wzd valt. Wij stellen voor in de wet of de toelichting aan te geven hoe een zorgaanbieder hierbij te werk kan gaan **(V74)**.

Vervolgens dient de vraag zich aan hoe gedwongen zorg verleend kan worden als de cliënt zich daaraan onttrekt, bijvoorbeeld door zorgverleners eenvoudigweg niet binnen te laten. De zorgaanbieder heeft geen mogelijkheid om zich zonder toestemming van de cliënt toegang tot de woning te verschaffen. In deze situaties kan een voorwaardelijke machtiging wellicht bewerkstelligen dat de cliënt meewerkt aan de zorgverlening. Doordat in artikel 28aa het eerste lid van artikel 25 van toepassing wordt verklaard, is het college bevoegd om het CIZ te vragen een verzoekschrift ter verkrijging van een voorwaardelijke machtiging bij de rechter in te dienen. De rechter kan echter alleen een voorwaardelijke machtiging afgeven als hem een zorgplan is overgelegd (artikel 28aa, lid 5). Wie draagt hiervoor zorg? Het college? Het CIZ? Wij stellen voor dit punt in de wet of de toelichting te verduidelijken **(V75)**.

Kortom, om een vervolg te kunnen geven aan een verkennend onderzoek, zullen de genoemde problemen eerst opgelost moeten worden.

Wij misten in de regeling van het verkennend onderzoek een bepaling op basis waarvan eventuele zorgverleners inlichtingen kunnen verstrekken aan degene die het verkennend onderzoek uitvoert. Wij stellen voor hier alsnog in te voorzien **(V76)**.

Tot slot geven wij nog in overweging in de toelichting op te nemen dat het college de officier van justitie kan vragen om gebruik te maken van zijn bevoegdheid om de rechter te vragen een mentor te benoemen voor de betreffende persoon (artikel 1:451, lid 2 BW) **(V77)**. De mentor kan dan bevorderen dat de noodzakelijke zorg verleend wordt.

10. Reactie op paragraaf 3.1 Opname bij geen bereidheid en geen verzet

10.1 Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet

De Wzd voorziet in een regeling van de opname van cliënten die niet '*de nodige bereidheid tot opname tonen*', maar zich ook niet tegen opname verzetten. Deze cliënten kunnen worden opgenomen als het CIZ een besluit opname en verblijf heeft afgegeven. Het gaat om cliënten met een indicatie voor langdurige zorg. Deze indicatie wordt niet als voorwaarde genoemd voor het afgeven van een besluit opname en verblijf, maar uit artikel 23 blijkt dat de aanwezigheid van een indicatie wordt verondersteld. Daar wordt immers bepaald dat als de indicatie vervalt, ook het besluit opname en verblijf vervalt.

In de beleidsreactie kondigde de minister aan dat zij de huidige procedure ter verkrijging van een besluit opname en verblijf zou vervangen: '*Ik ben voornemens om voor cliënten*

die geen bereidheid en ook geen verzet ten aanzien van de opname laten zien het besluit tot opname en verblijf te laten vervallen en te vervangen door een andere procedure. Uit de evaluatie blijkt dat de toegevoegde waarde van een formeel besluit beperkt is'.

In de Evaluatiewet wordt teruggekomen op dit voornemen. Het besluit opname en verblijf wordt omgedoopt tot '*besluit opname*' en zo'n besluit kan op basis van de Evaluatiewet als vanouds worden aangevraagd bij het CIZ. Het CIZ geeft een besluit opname af als het heeft vastgesteld dat:

- de cliënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname, maar zich daar ook niet tegen verzet;
- het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel;
- de opname geschikt en noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen;
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om ernstig nadeel te voorkomen.

Aan de mogelijkheid om het CIZ te vragen een besluit opname af te geven, voegt de Evaluatiewet een tweede mogelijkheid toe. Ook de huisarts of een ter zake kundige arts kan gevraagd worden om te beoordelen of voldaan wordt aan de genoemde criteria voor opname. De huisarts of ter zake kundige arts beoordeelt dit niet alleen, hij moet dit bespreken met ten minste twee ter zake kundige zorgverleners van een andere discipline. Bij dit overleg betreft hij de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Hij wijst hen op de mogelijkheid om zich bij dit overleg te laten ondersteunen door een familielid, naaste of een cliëntenvertrouwenspersoon. Als voldaan is aan de genoemde criteria voor opname, legt de huisarts of ter zake kundige arts dit vast in het dossier.

Ook nieuw is dat op basis van de Evaluatiewet een besluit opname niet alleen nodig is voor opname in een geregistreerde accommodatie, maar voor iedere opname van een cliënt die niet de nodige bereidheid tot opname toont, maar zich daar ook niet tegen verzet. Dus ook voor een opname in een accommodatie waar geen gedwongen zorg wordt verleend en cliënten niet gedwongen worden opgenomen.

10.2 Algemene reactie

Dit onderdeel van de Evaluatiewet is gebaseerd op het uitgangspunt dat cliënten die niet weloverwogen kunnen beslissen over opname, maar zich daartegen niet verzetten, beschermd moeten worden tegen opname. Zij mogen alleen opgenomen worden als voldaan is aan de criteria voor opname van cliënten die zich wel tegen opname verzetten. Wij vinden dit onjuist. Een indicatie voor langdurige zorg geeft recht op opname. Dat iemand niet meer weloverwogen kan beslissen over opname, hoort de mogelijkheid om hem op te nemen niet te beperken. Wij stellen daarom voor de regeling met betrekking tot het besluit opname te schrappen **(V78)**. Cliënten die niet weloverwogen kunnen beslissen over opname, maar zich daar ook niet tegen verzetten, kunnen dan op basis van een besluit van hun vertegenwoordiger worden opgenomen. Alleen als zij zich verzetten tegen opname kan dit niet en moet een rechterlijke machtiging worden aangevraagd.

Wellicht ten overvloede wijzen wij erop dat ons voorstel niet inhoudt dat een cliënt kan worden opgenomen op basis van een verzoek van ieder familielid dat een besluit opname kan aanvragen (zie artikel 22, lid 1). Een ter zake van de opname wilsonbekwame cliënt kan alleen worden opgenomen op verzoek van zijn vertegenwoordiger. Een cliënt heeft in de regel één vertegenwoordiger. Wie dat is hangt af van de volgorde die wordt aangegeven in artikel 1, lid 5.

Naar aanleiding van de voorgestelde regeling vragen wij nog aandacht voor het volgende.

10.3 Gbgv?

Artikel 21 is van toepassing op een cliënt '*die geen blijk geeft van de nodige bereidheid*' tot opname, maar zich er ook niet tegen verzet. In de Wvggz wordt voor, naar wij aannemen, dezelfde groep cliënten een iets andere beschrijving gebruikt. Het gaat daar om '*een betrokkene die geen blijk geeft van instemming of verzet*' (artikel 1:4, lid 5). Wij verzoeken om de volgende punten te verduidelijken **(V79)**:

- Hebben de genoemde bepalingen inderdaad betrekking op dezelfde groep personen? In dat geval verzoeken wij om deze cliënten in beide wetten op dezelfde manier te beschrijven.
- Moet een cliënt ter zake wilsbekwaam zijn om blijk te geven van '*instemming*' (Wvggz) of blijk te geven van '*de nodige bereidheid*' (Wzd)? Of is ook een wilsonbekwame uiting voldoende?
- Gaat het alleen om cliënten die zich niet kunnen verzetten? Of ook om cliënten die zich wel zouden kunnen verzetten, in woord en / of gebaar, maar dat niet doen?

10.4 Mogelijke aanvragers besluit opname

In het eerste lid van artikel 22 wordt bepaald wie bevoegd zijn om een aanvraag voor een besluit opname in te dienen bij het CIZ. Hierbij worden naast elkaar genoemd: '*familie*' en '*de vertegenwoordiger*'. Dit zijn grotendeels overlappende begrippen. Immers, de partner van de cliënt en diens bloedverwanten tot en met de tweede graad vallen zowel onder het begrip '*familie*' als onder het begrip '*vertegenwoordiger*'. Aanverwanten tot en met de tweede graad vallen alleen onder het begrip '*familie*'.

Een belangrijk verschil is dat in het begrip vertegenwoordiger een volgorde is ingebouwd. Is bijvoorbeeld een mentor benoemd, dan is deze als enige bevoegd om als vertegenwoordiger op te treden. Is er geen mentor, curator of gemachtigde, dan is alleen de partner van de cliënt bevoegd om als vertegenwoordiger op te treden. Zo'n volgorde ontbreekt in het begrip familie. Door nu familie en de vertegenwoordiger ieder de bevoegdheid te geven om een aanvraag in te dienen bij het CIZ, ontstaat de mogelijkheid dat bijvoorbeeld een broer van de cliënt (in zijn hoedanigheid van familielid) een besluit opname kan aanvragen, terwijl de mentor van de cliënt het daar niet mee eens is. Dit lijkt ons een onwenselijke situatie.

Bovendien leidt het tot zinloze procedures. Gesteld dat de broer uit het voorbeeld een besluit opname zou verkrijgen en zich met dit besluit zou melden bij een zorgaanbieder

om de cliënt daar te laten opnemen, dan zal in het kader van de opnameprocedure gecheckt worden of de broer bevoegd is om namens de cliënt een zorgverlenings-overeenkomst af te sluiten. Nu voor de cliënt een mentor is benoemd, is deze als enige bevoegd om namens de cliënt over opname te beslissen. De mentor wilde geen besluit opname aanvragen en zal dus ook geen zorgverleningsovereenkomst willen aangaan. De cliënt wordt dus niet opgenomen, ondanks dat op aanvraag van de broer een besluit opname is afgegeven.

Tegen deze achtergrond stellen wij voor om '*familie*' te schrappen als mogelijke aanvragers van een besluit opname **(V80)**.

Wij wijzen in dit verband nog op ons voorstel om ook het college van B&W de mogelijkheid te geven om het CIZ te vragen een besluit opname af te geven (zie hoofdstuk 9 van deze reactie)

Wij missen in artikel 21 een bepaling die regelt wie bevoegd zijn om de huisarts of een ter zake kundig arts te vragen om te beoordelen of opname noodzakelijk is. Wij stellen voor om degenen die bevoegd zijn om een aanvraag bij het CIZ in te dienen ook bevoegd zijn om de huisarts of een ter zake kundige arts in te schakelen **(V81)**. Wat ons betreft zijn dat de vertegenwoordiger van de cliënt, het college van B&W en een zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent.

10.5 Vragen over de beoordeling door de huisarts

De voorgestelde procedure bij de huisarts of ter zake kundige arts roept bij ons veel vragen op. Is een huisarts verplicht om desgevraagd te beoordelen of een opname noodzakelijk is? Met andere woorden, behoort zo'n beoordeling tot de reguliere huisartsenzorg? Dezelfde vraag is van belang als een ter zake kundige arts wordt gevraagd om de beoordeling uit te voeren.

De arts moet '*ten minste twee ter zake kundige zorgverleners van een andere discipline dan zijn eigen discipline*' bij de beoordeling betrekken. Ook ten aanzien van hen is de vraag of het hen vrij staat om al dan niet mee te werken aan de beoordeling en of dit regulier werk is, dan wel apart bekostigd wordt.

Wie beslist of aan de criteria voor opname is voldaan? In artikel 22, lid 1 staat dat de huisarts of ter zake kundige arts dit beoordeelt, na overleg met ten minste twee andere zorgverleners. In artikel 22, lid 5 staat echter dat een aanvraag bij het CIZ moet worden ingediend als in het overleg geen overeenstemming wordt bereikt over de vraag of voldaan is aan de criteria. Hier lijkt verondersteld te zijn dat de conclusie, dat voldaan wordt aan de criteria, alleen getrokken kan worden als alle deelnemers aan het overleg het daarover eens zijn. Op dit punt is derhalve verduidelijking nodig.

Opmerkelijk vinden wij dat de arts de beoordeling niet uitvoert als een zorgverlener '*ernstige twijfels heeft of de vertegenwoordiger de zorg van een goed vertegenwoordiger betracht*'. In zo'n geval moet de beoordeling door het CIZ plaatsvinden. Het lijkt ons niet voor de hand liggend dat een vertegenwoordiger van een cliënt met een indicatie voor

langdurige zorg niet handelt als goed vertegenwoordiger als hij de cliënt wil laten opnemen. Aan welke situaties is hier gedacht?

Tot slot vragen wij ons af hoe de procedure bij de huisarts en de procedure bij het CIZ zich tot elkaar verhouden. Kan een vertegenwoordiger een procedure bij het CIZ starten als de procedure bij de huisarts niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd? En omgekeerd? Wij stellen voor de wet en de toelichting op alle in deze paragraaf genoemde punten te verduidelijken of aan te passen **(V82)**.

10.6 Voorstellen ten aanzien van de procedure bij de huisarts

Het CIZ moet binnen zes weken beslissen over een aanvraag voor een besluit opname, in de Evaluatiewet ontbreekt een termijn waarbinnen de huisarts of ter zake kundige arts moet beoordelen of aan de criteria voor opname is voldaan. Wij stellen voor om ook hier een termijn te stellen, zodat de aanvrager daarover duidelijkheid heeft **(V83)**.

De uitkomst van het overleg legt de huisarts of de ter zake kundige arts vast in het dossier van de cliënt. Daarmee kan naar onze indruk niet volstaan worden. De opnemende zorgorganisatie zal zich bij opname van een gbgv-client, nemen wij aan, ervan moeten vergewissen dat de huisarts of ter zake kundige arts tot de conclusie is gekomen dat opname noodzakelijk is. Wij stellen daarom voor om in de wet te bepalen dat aan de aanvrager een document verstrekt wordt waaruit dit blijkt **(V84)**.

10.7 Vragen ten aanzien van de procedure bij het CIZ

Als een zorgverlener *'ernstige twijfels heeft of de vertegenwoordiger de zorg van een goed vertegenwoordiger betracht'* mag de huisarts of ter zake kundige arts niet beoordelen of opname noodzakelijk is. In zo'n geval moet de beoordeling door het CIZ plaatsvinden. Wij vragen ons af hoe het CIZ vertegenwoordigers beoordeelt en op welke grond het CIZ een aanvraag kan afwijzen als het CIZ tot de conclusie komt dat een vertegenwoordiger niet de zorg van een goed vertegenwoordiger betracht. Wij verzoeken om verduidelijking op dit punt **(V85)**.

10.8 Voorstellen ten aanzien van de procedure bij het CIZ

Wij stellen voor om aan artikel 22 een bepaling toe te voegen op grond waarvan het CIZ overlegt met de huisarts en andere zorgverleners die de cliënt zorg verlenen voordat het CIZ een besluit neemt over een aanvraag (zie als voorbeeld artikel 25, lid 4) **(V86)**. Hiermee wordt de kwaliteit van de beoordeling door het CIZ bevorderd.

Wij vinden de term *'besluit opname'* verwarrend. Een opnamebesluit wordt genomen door de zorgaanbieder, doorgaans op verzoek van de cliënt of op verzoek van diens vertegenwoordiger. Het besluit dat het CIZ, of de huisarts / ter zake kundige arts, neemt is geen besluit tot opname, maar een besluit op basis waarvan de vertegenwoordiger kan doen wat hij voornemens is te doen, namelijk een zorgaanbieder vragen de cliënt op te nemen. Wij stellen voor de term *'besluit opname'* te vervangen door *'akkoordverklaring opname'* **(V87)**. Deze term geeft goed weer dat het gaat om situaties waarin de vertegenwoordiger wil bewerkstelligen dat een cliënt wordt opgenomen, maar dit verzoek

pas kan doen nadat de opname is geaccordeerd door het CIZ of de huisarts / ter zake kundige arts.

Wij vinden het onwenselijk dat het CIZ een aanvraag voor een besluit opname automatisch behandelt als een aanvraag voor een rechterlijke machtiging als het CIZ van mening is dat de cliënt zich tegen opname verzet (artikel 22, lid 6). In zo'n geval zou het CIZ de aanvrager de keuze moeten laten om hetzij de aanvraag in te trekken, hetzij het CIZ te vragen de aanvraag enige tijd aan te houden en op een later moment opnieuw, en op basis van informatie van de betrokken zorgverleners, te beoordelen of sprake is van verzet, hetzij de aanvraag als aanvraag voor een rechterlijke machtiging te beschouwen. Wij stellen daarom voor artikel 22, lid 6 te schrappen **(V88)**.

10.9 Spoedopname gbgv-cliënt

Het CIZ moet binnen zes weken beslissen over een aanvraag. Op dit punt blijft de Wzd ongewijzigd. In de praktijk doen zich situaties voor waarin deze termijn niet afgewacht kan worden. Zonder een besluit opname mag een gbgv-cliënt echter niet opgenomen worden. Het CIZ geeft aan dat, op basis van een door het CIZ en de IGJ gemaakte afspraak, deze cliënten toch kunnen worden opgenomen zodra de aanvraag voor een besluit tot opname bij het CIZ is ingediend⁸. De afgifte van het besluit hoeft dan dus niet afgewacht te worden. Wij stellen voor deze mogelijkheid, om cliënten op te nemen in situaties waarin de afgifte van een besluit opname niet kan worden afgewacht, in de wet op te nemen **(V89)**.

10.10 Afwijzing besluit opname

Een aanvraag voor een besluit opname zou wat ons betreft alleen afgewezen mogen worden als vaststaat dat de cliënt in aanmerking komt voor een andere leveringsvorm van langdurige zorg. Voorkomen moet immers worden dat eerst besloten wordt dat een cliënt niet opgenomen mag worden en vervolgens blijkt dat hij ook niet in aanmerking komt voor een andere leveringsvorm (VPT / MPT / PGB). Wij stellen voor deze beperking van de mogelijkheid om een aanvraag voor een besluit opname af te wijzen in de wet op te nemen **(V90)**.

10.11 Verval besluit opname

Een besluit opname kan vervallen. Dit is onder meer het geval als *'een bij de zorg betrokken arts heeft vastgesteld dat de cliënt vrijwillig in de accommodatie wil verblijven'* (artikel 23, lid 2). Wij hebben behoefte aan verduidelijking van de volgende punten:

- Wat is het rechtsgevolg van het vervallen een besluit opname?
- Vindt deze beoordeling alleen plaats op verzoek van de cliënt of moet de arts ook ambtshalve beoordelen of de cliënt vrijwillig in de accommodatie wil verblijven?
- Hoe beoordeelt een arts of een cliënt vrijwillig in de accommodatie wil verblijven? Is in dit kader een wilsbekwaamheidsbeoordeling nodig?

⁸ Zie Nieuwsbrief nr. 148 (maart 2022) en 'Aanvulling bericht 'opname in afwachting van juridische status'' (21 april 2022), beide gepubliceerd op de site van het CIZ.

- Kan ook een beoordeling van de huisarts / ter zake kundige arts vervallen? En een beschikking van de rechter op basis van 24, lid 6?

Wij stellen voor de wet en de toelichting aan te passen zodat deze vragen beantwoord worden **(V91)**.

10.12 Bezwaar en beroep

Tot slot vragen wij nog aandacht voor het algemeen deel van de memorie van toelichting waarin wordt gesteld (op blz. 32) dat bezwaar en beroep mogelijk zijn tegen een besluit van het CIZ over de aanvraag van een besluit opname. Dit lijkt ons een omissie. Besluiten die het CIZ neemt op basis van de Wet zorg en dwang zijn uitgezonderd van de bestuursrechtelijke bezwaar- en beroepsregeling⁹. In de Evaluatiewet wordt niet voorgesteld om deze uitzondering op te heffen. Wij stellen voor dit in de toelichting te corrigeren dan wel bezwaar en beroep tegen besluiten van het CIZ mogelijk te maken **(V92)**.

11. Reactie op paragraaf 2.1 Gedwongen opname of voortgezet verblijf

11.1 Rechterlijke machtiging bij verzet tegen zorg (artikel 24, lid 7)

In situaties waarin een vrijwillig of op grond van artikel 21 opgenomen cliënt zich *'op zodanige wijze verzet tegen verschillende onderdelen van de zorgverlening dat het leveren van cliënt gerichte zorg feitelijk niet mogelijk is'* wordt de voortzetting van het verblijf geacht onvrijwillig te zijn en moet een rechterlijke machtiging worden aangevraagd (artikel 24, lid 7).

De vraag dient zich aan welk doel met deze regeling gediend is. De waarschijnlijke uitkomst is dat een rechterlijke machtiging wordt verkregen. Aan de feitelijke situatie verandert dan niets. Als de rechter geen rechterlijke machtiging afgeeft, verandert echter evenmin iets aan de situatie. Het staat de cliënt dan vrij de opname te beëindigen, maar dat kon de cliënt ook al voordat de rechter besloot geen rechterlijke machtiging af te geven. Kortom, de regeling biedt geen oplossing voor de problematische situatie waarin zij van toepassing is. Wij stellen daarom voor artikel 24, lid 7 te schrappen **(V93)**.

12. Reactie op paragraaf 2.2 De aanvraag voor een rechterlijke machtiging

12.1 Medische verklaring rechterlijke machtiging (artikel 25, lid 2)

Het CIZ signaleert in de Stand van uitvoering 2024 dat bij aanvragen voor een rechterlijke machtiging voor cliënten die thuis wonen niet altijd een medische verklaring wordt gevoegd. Het CIZ schrijft hierover: *'De route voor het aanvragen van een medische verklaring is niet altijd bekend. Daarnaast is de beschikbaarheid van*

⁹ Zie de folder van het CIZ 'Opname en verblijf, over de Wet zorg en dwang', blz. 10. De Wet zorg en dwang is opgenomen in bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht, met uitzondering van besluiten die genomen worden op basis van artikel 61.

onafhankelijke artsen beperkt. Dit leidt ertoe dat cliënten die onvrijwillig opgenomen moeten worden, geen rechterlijke machtiging kunnen krijgen. Deze is wel noodzakelijk om passende zorg te kunnen organiseren'. Dit probleem signaleerde het CIZ al eerder. In de stand van uitvoering 2022 schrijft het CIZ: 'Het CIZ ontvangt in 58% van de verzoeken voor cliënten die nog thuis wonen geen medische verklaring. Dit komt doordat de procedure om een onafhankelijke arts in te schakelen, in de praktijk moeizaam verloopt. Dit heeft als resultaat dat het verzoekschrift voor de RM niet kan worden doorgezet naar de rechtbank en de cliënt thuis blijft wonen totdat de situatie escaleert, waardoor een crisisopname noodzakelijk is'.

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om dit probleem op te lossen door te bepalen dat 'een bij de cliënt betrokken zorgverlener' een onafhankelijke arts verzoekt om de medische verklaring op te stellen. De toelichting vermeldt: 'Bij cliënten die nog thuis wonen kunnen bijvoorbeeld de huisarts of de casemanager dementie een onafhankelijke ter zake kundige arts benaderen'.

Wij roepen in herinnering dat het oorspronkelijk de bedoeling was dat het CIZ zorg zou dragen voor de medische verklaring. In een brief aan de Tweede Kamer schreef de minister hierover het volgende: 'In één opzicht krijgt het CIZ er een administratieve taak bij in de procedure rond de rechterlijke machtiging. Het CIZ maakt het dossier in orde waarmee de rechterlijke machtiging wordt aangevraagd en zorgt voor de benodigde onafhankelijke verklaring van een deskundige arts. Met klem wil ik benadrukken dat het geen inhoudelijke taak is; het CIZ oordeelt niet over onvrijwillige opname en vraagt die ook niet uit zichzelf. Het ontlasten van de familieleden is de reden voor deze wijziging'.

Wij hebben niet de indruk dat familieleden erg geholpen zijn met de bepaling uit de Evaluatiewet dat zij een zorgverlener kunnen vragen om een onafhankelijke arts in te schakelen die een medische verklaring opstelt. Als dit zo makkelijk zou gaan, zouden de problemen die het CIZ signaleert naar onze indruk niet ontstaan zijn. Wij stellen voor om alsnog, conform de oorspronkelijke bedoeling, het CIZ de taak te geven om zorg te dragen voor het opstellen van een medische verklaring door een onafhankelijke arts **(V94)**.

12.2 Onafhankelijk van de zorgaanbieder (artikel 25, lid 2)

Ten aanzien van een arts die een medische verklaring opstelt, wordt op verschillende plaatsen in de wet bepaald dat deze onafhankelijk moet functioneren van de zorgaanbieder (artikel 25, lid 2, artikel 29, lid 3 en artikel 48a, lid 1). Hiermee wordt tot uitdrukking gebracht dat de arts zich bij het opstellen van de verklaring niet laat leiden door aanwijzingen van de zorgaanbieder. Daarmee wordt ten onrechte gesuggereerd dat er artsen zijn die zich bij de individuele cliëntenzorg laten leiden door aanwijzingen van de zorgaanbieder en artsen die dat niet doen. Iedere arts heeft echter een eigen professionele verantwoordelijkheid op basis waarvan hij individuele cliënten zorg verleent, zonder zich te laten leiden door aanwijzingen van de zorgaanbieder. Wij stellen daarom voor om in de genoemde artikelen de zinsnede over het onafhankelijk functioneren ten opzichte van de zorgaanbieder te schrappen **(V95)**.

13. Reactie op paragraaf 2.3 Het verzoek om een rechterlijke machtiging

13.1 Afschrift verzoekschrift (artikel 26, lid 5)

Het vijfde lid van artikel 26 bepaalt dat het CIZ de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft informeert over zijn besluit om een verzoekschrift in te dienen. Wij stellen voor hieraan toe te voegen dat het CIZ bij deze mededeling een afschrift van het ingediende verzoekschrift voegt **(V96)**. De zorgaanbieder kan zich dan naar behoren voorbereiden op de zitting die wordt gehouden ter behandeling van het verzoek.

13.2 Omzetting naar aanvraag zorgmachtiging (artikel 28, lid 2)

Het tweede lid van artikel 28 bepaalt dat het CIZ een aanvraag om een rechterlijke machtiging onverwijld doorstuurt naar de officier van justitie, zodat deze een zorgmachtiging kan starten als het CIZ constateert dat de cliënt een psychische stoornis heeft en gedwongen zorg op basis van de Wvggz het meest aangewezen is.

Het CIZ heeft hiermee de bevoegdheid om zowel de arts die de medische verklaring heeft opgesteld als de aanvrager ter overrulen. Wij vinden dit onwenselijk. Wij stellen voor deze bepaling zo te wijzigen dat het CIZ een aanvraag alleen doorstuurt als de aanvrager daarmee instemt **(V97)**.

14. Reactie op paragraaf 2.3a Voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen

14.1 Algemeen

Op basis van de Wzd kan alleen aansluitend op de verlening van jeugdhulp een voorwaardelijke machtiging worden verleend. In het kader van de consultatie wordt specifiek de vraag gesteld of het wenselijk is de mogelijkheid om een voorwaardelijke machtiging te verlenen los te koppelen van de verlening van jeugdhulp. Wij beantwoorden deze vraag bevestigend.

In situaties waarin gedwongen zorg ambulant wordt verleend, kan een voorwaardelijke machtiging bevorderen dat de cliënt meewerkt aan zorgverlening en zich houdt aan afspraken die in het zorgplan zijn gemaakt. Een opname kan daardoor voorkomen worden. Ook in situaties waarin een cliënt vrijwillig is opgenomen en een overstap naar zelfstandig wonen met ambulante zorg wordt overwogen, kan een voorwaardelijke machtiging eraan bijdragen dat die stap succesvol verloopt. Wij stellen daarom voor de beperking te schrappen dat een voorwaardelijke machtiging alleen aansluitend aan jeugdhulp kan worden verleend **(V98)**. Wij steunen graag het voorstel uit de Evaluatiewet om te voorzien in een vangnet voor bekostiging van een opname op basis van een voorwaardelijke machtiging (Artikel IV).

14.2 Toepasbaarheid voorwaardelijke machtiging (artikel 28aa, lid 2)

In het tweede lid wordt bepaald dat een voorwaardelijke machtiging kan worden verleend als gedrag als gevolg van een verstandelijke beperking leidt tot ernstig nadeel. Wij

stellen voor dit zo te wijzigen dat een voorwaardelijke machtiging kan worden verleend ten behoeve van alle cliënten die onder de Wzd vallen. Dus ook ten behoeve van cliënten met een psychogeriatrische aandoening en, na inwerkingtreding van de Evaluatiewet, ook ten behoeve van cliënten met een andere ziekte of aandoening, mits een arts heeft vastgesteld dat zij onder de Wzd vallen **(V99)**.

14.3 Medische verklaring, artikel 28aa, lid 4

In het vierde lid van artikel 28aa worden enkele bepalingen van overeenkomstige toepassing verklaard. Daarbij wordt aangegeven dat uit de medische verklaring moet blijken dat voldaan is aan de gronden bedoeld in het tweede lid. De bepalingen die van overeenkomstige toepassing worden verklaard hebben echter geen betrekking op de medische verklaring. De zinsnede over de medische verklaring past wel in het derde lid. Daar wordt immers artikel 25, vijfde lid van toepassing verklaard en op basis van dat artikel wordt bij een aanvraag een medische verklaring gevoegd. Uit die verklaring moet blijken dat voldaan is aan de criteria voor een voorwaardelijke machtiging die genoemd zijn in het tweede lid. Wij stellen voor de wet op dit punt aan te passen **(V100)**.

14.4 Medische verklaring, artikel 28ab, lid 4

Artikel 28ab lid 4 bepaalt dat bij een verzoek om verlenging van de voorwaardelijke machtiging een medische verklaring als bedoeld in artikel 25, tweede lid wordt overlegd. Dat is echter een medische verklaring die strekt tot opname. Bedoeld zal zijn een medische verklaring waaruit blijkt dat aan de gronden, bedoeld in het tweede lid van artikel 28aa, is voldaan. Wij stellen voor de wet op dit punt aan te passen **(V101)**.

14.5 Termijn (artikel 28ab, lid 5)

Artikel 28ab, lid 5 bepaalt dat een verzoek tot verlenging uiterlijk 50 dagen voor het einde van de geldigheidsduur moet worden ingediend. Het CIZ moet vervolgens binnen drie weken beslissen over indiening van het verzoek en de rechter heeft drie weken om over het verzoek te beslissen. De procedure bij het CIZ en bij de rechter kan dus 6 weken oftewel 42 dagen duren. Wij verzoeken de regeling zo aan te passen dat de zorgaanbieder die tijdig een aanvraag tot verlenging indient ervan op aan kan dat voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging over de verlenging is beslist **(V102)**. Blijven de termijnen van het CIZ en de rechter ongewijzigd, dan houdt dat in dat het verzoek uiterlijk 42 dagen voor einde van de geldigheidsduur moet worden ingediend.

14.6 Advies onafhankelijke deskundige (artikel 28ac)

Artikel 28ac geeft de zorgverantwoordelijke de bevoegdheid om de cliënt op te nemen. Hij moet dan echter eerst advies vragen van een onafhankelijke deskundige. Een besluit tot opname moet echter op korte termijn genomen kunnen worden om te voorkomen dat de cliënt zichzelf of iemand anders ernstig benadeelt. Het inwinnen van een advies van een onafhankelijke deskundige staat daarmee op gespannen voet. Wij stellen daarom voor de onafhankelijke deskundige te schrappen en in plaats daarvan te bepalen dat de

zorgverantwoordelijke alleen kan besluiten de cliënt op te nemen als de Wzd-functionaris daarmee heeft ingestemd **(V103)**.

14.7 Beoordeling door de rechter (artikel 28ad)

Artikel 28ad biedt de mogelijkheid om de beslissing van de zorgverantwoordelijke om de cliënt op te nemen, ter beoordeling voor te leggen aan de rechter. Deze mogelijkheid wordt toegekend aan iedereen die een rechterlijke machtiging kan aanvragen. Het lijkt ons meer voor de hand te liggen deze mogelijkheid alleen toe te kennen aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Hiermee wordt aangesloten bij de regeling van het ontslag. Ook ontslag kan alleen aangevraagd worden door de cliënt en zijn vertegenwoordiger aanvragen (zie artikel 48, lid 1 Wzd). Wij stellen voor de wet op dit punt aan te passen **(V104)**.

15. Reactie op paragraaf 2.5 Crisismaatregel en machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel

15.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we eerst enkele voorstellen uit de Evaluatiewet ten aanzien van de gemeenschappelijke crisismaatregel, vervolgens stellen wij vragen en maken wij opmerkingen ten aanzien van de verschillende onderdelen van de gemeenschappelijke crisismaatregel. In de laatste paragraaf concluderen wij dat de problemen die de gemeenschappelijke crisismaatregel beoogt op te lossen ook opgelost kunnen worden zonder gemeenschappelijke crisismaatregel en doen wij voorstellen hiertoe.

15.2 Schets van de voorstellen uit de Evaluatiewet

In de Evaluatiewet wordt de inbewaringstelling vervangen door de crisismaatregel en wordt de machtiging tot voortzetting van inbewaringstelling vervangen door de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel. De nieuwe terminologie is overgenomen uit de Wvvgz. De voorgestelde regeling komt er feitelijk op neer dan de regeling van gedwongen crisiszorg uit de Wvvgz ook wordt opgenomen in de Wzd. Hiermee is beoogd om in crisissituaties een overstap van de Wvvgz naar de Wzd en andersom te vergemakkelijken.

De burgemeester is bevoegd om een crisismaatregel te nemen. Hij doet dit op basis van een medische verklaring. In deze verklaring beoordeelt de arts onder meer of sprake is van een onmiddellijk dreigend ernstig nadeel en of *'het ernstige vermoeden bestaat dat dit ernstig nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel een combinatie hiervan'*. De arts hoeft niet te specificeren of het gedrag wordt veroorzaakt door een psychische stoornis, verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Het is voldoende dat hij constateert dat het ernstig vermoeden bestaat dat in ieder geval één van deze drie het gedrag veroorzaakt dat tot ernstig nadeel leidt.

In de verklaring beschrijft de arts ook welke vormen van gedwongen zorg hij noodzakelijk acht. In dit opzicht verschilt de verklaring sterk van de huidige verklaring op basis waarvan een inbewaringstelling kan worden verleend. In die verklaring doet de arts alleen een uitspraak over de noodzaak van opname. Een crisismaatregel kan strekken tot opname, maar dat hoeft niet. Een crisismaatregel kan ook betrekking hebben op ambulante gedwongen zorg. En ook als een opname wel noodzakelijk is, moet bovendien in de verklaring ten aanzien van iedere vorm van gedwongen zorg worden aangegeven of deze tijdens de geldigheidsduur van de crisismaatregel verleend mag worden¹⁰.

Verder moet de arts in de verklaring de actuele gezondheidstoestand van de betreffende persoon beschrijven. Het valt op dat de huidige bepaling op basis waarvan de arts die de verklaring opstelt daarover moet overleggen met *'de zorgaanbieder die de betrokkene zorg verleent of, indien deze ontbreekt, met de huisarts van de cliënt'* in de Evaluatiewet geschrapt wordt.

De burgemeester hoeft de cliënt niet te horen. De verplichting hiertoe is nu expliciet in de Wvvgz opgenomen en geldt, op basis van de Algemene wet bestuursrecht, ook bij inbewaringstelling op basis van de Wzd. In de Evaluatiewet wordt de hoorplicht echter geschrapt. De burgemeester beslist feitelijk alleen op basis van de medische verklaring. In de crisismaatregel vermeldt de burgemeester onder meer welke zorgaanbieder wordt belast met de uitvoering van de crisismaatregel. Hij bepaalt dus of de cliënt in de ouderenzorg of de gehandicaptenzorg wordt geplaatst of in de geestelijke gezondheidszorg. In de memorie van toelichting (blz. 150) wordt expliciet gesteld dat de burgemeester de diagnose van de arts niet kan overrulen. *'De burgemeester is gebonden aan het medisch oordeel van de arts. Wel kan de burgemeester het ernstig nadeel anders wegen dan de arts doet. In het laatste geval kan de burgemeester dat opnamen in de motivering bij de crisismaatregel'*.

De burgemeester stuurt de crisismaatregel en de medische verklaring op basis waarvan deze is afgegeven, onder meer aan de zorgaanbieder die met de uitvoering van de crisismaatregel is belast en aan het CIZ of de officier van justitie. Hij stuurt de stukken aan het CIZ als de cliënt is geplaatst in de ouderenzorg of gehandicaptenzorg en aan de officier van justitie als de cliënt is geplaatst in de geestelijke gezondheidszorg.

15.3 Positie initiatiefnemer

In de regeling van de crisismaatregel blijft de positie van degene die het initiatief neemt om de procedure te starten, die tot het nemen van een crisismaatregel kan leiden, geheel buiten beschouwing. Niet geregeld is wie dit initiatief kan nemen, evenmin is

¹⁰ Ter oriëntatie, zie de huidige medische verklaring die is gepubliceerd op [dwangindezorg.nl](https://www.dwangindezorg.nl), hier worden de verschillende vormen van verplichte zorg opgesomd, de arts die de verklaring opstelt dient aan te kruisen welke vormen van verplichte zorg op basis van de crisismaatregel verleend moeten kunnen worden. Ook de machtiging voortzetting crisismaatregel is op deze verklaring gebaseerd.

<https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvvgz/7-1-lid-3-medische-verklaring-cm-definitief>

Zowel de rechter als de burgemeester kan overigens van de verklaring afwijken. Ten aanzien van de rechter is dit expliciet bepaald in artikel 37b.

geregeld hoe diegene dat kan doen en ook aandacht voor diens positie gedurende de procedure ontbreekt. Het lijkt ons bijvoorbeeld voor de hand te liggen dat diegene geïnformeerd wordt als besloten wordt om de procedure niet te starten of als besloten wordt om de procedure te beëindigen voordat de burgemeester een besluit heeft genomen. Wij stellen voor om alsnog te voorzien in een regeling van de positie van de initiatiefnemer, voor wie de term melder of aanvrager gebruikt zou kunnen worden **(V105)**. De regeling van de positie van de melder in hoofdstuk 2a zou hierbij als voorbeeld kunnen dienen.

15.4 Medische verklaring

Als in de medische verklaring niet meer benoemd hoeft te worden of het ernstige vermoeden bestaat dat de cliënt een psychische stoornis, dan wel een verstandelijke beperking, dan wel een psychogeriatrische aandoening heeft, dient de vraag zich aan welke artsen deze verklaring kunnen opstellen. Maakt het daarbij nog uit of de arts psychiater is of arts VG of specialist ouderengeneeskunde? Of kan een verklaring altijd door één van de drie worden opgesteld omdat geen specifieke diagnose gesteld hoeft te worden? Wij verzoeken om verheldering van dit punt in de toelichting **(V106)**.

Het lijkt ons noodzakelijk dat de arts, die de medische verklaring opstelt, daarover overlegt met de huisarts en eventuele andere zorgverleners van de cliënt. Ook moet voorzien zijn in een wettelijke basis voor het verstrekken van informatie aan de arts die de verklaring opstelt. De Evaluatiewet voorziet in een bepaling met deze strekking voor de situatie waarin een medische verklaring opgesteld wordt op basis waarvan een rechterlijke machtiging kan worden afgegeven (artikel 25, lid 4). Wij stellen voor zo'n bepaling ook op te nemen voor de situatie waarin een arts een medische verklaring opstelt ten behoeve van een crisismaatregel **(V107)**.

15.5 Uitvoering crisismaatregel

Dat in de crisismaatregel vermeld moet worden welke zorgaanbieder de crisismaatregel moet uitvoeren, impliceert dat met de afgifte van de crisismaatregel gewacht moet worden tot die zorgaanbieder gevonden is. Dit lijkt ons niet wenselijk. De huidige wettelijke regeling lijkt er juist vanuit te gaan dat dit niet nodig is. Eerst wordt het besluit tot inbewaringstelling genomen, dan zoekt de burgemeester in het kader van de tenuitvoerlegging een zorgaanbieder. Vindt hij die niet binnen 24 uur, dan kan hij een zorgaanbieder een bevel tot uitvoering geven. In de Evaluatiewet heeft deze bevoegdheid nu betrekking op de situatie waarin de in de crisismaatregel genoemde aanbieder kennelijk bij nader inzien toch de crisismaatregel niet wil uitvoeren en de burgemeester een andere zorgaanbieder hiermee moet belasten. Dat lijkt ons een nogal onwaarschijnlijke situatie. Wij stellen voor te schrappen dat in de crisismaatregel moet worden vermeld welke zorgaanbieder de crisismaatregel zal uitvoeren **(V108)**.

15.6 Rol burgemeester

Als in de medische verklaring niet is aangegeven of de cliënt een psychische stoornis heeft dan wel een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, is het ons

niet duidelijk hoe de burgemeester bepaalt in welke sector de cliënt moet worden opgenomen en, in het verlengde daarvan, hoe de burgemeester bepaalt of hij de crisismaatregel en de medische verklaring aan het CIZ of aan de officier van justitie stuurt en hoe de burgemeester bepaalt of hij gegevens van de cliënt stuurt aan de cliëntenvertrouwenspersoon dan wel aan de patiëntenvertrouwenspersoon. Wij verzoeken om in de toelichting dit punt te verhelderen **(V109)**.

Wij vragen ons verder af welke ruimte de burgemeester heeft om, in afwijking van de medische verklaring, geen crisismaatregel of besluit tot inbewaringstelling te nemen. In de toelichting (artikelsgewijze toelichting blz. 150) wordt aangegeven dat de burgemeester de diagnose van de arts niet kan overrulen: *'Hij is gebonden aan het medisch oordeel van de arts. Wel kan de burgemeester het ernstig nadeel anders wegen dan de arts doet. In dat geval kan de burgemeester dat opnemen in de motivering bij de crisismaatregel'*.

Deze toelichting roept meer vragen op dan zij beantwoordt. In de medische verklaring beoordeelt de arts (onder meer) of het ernstig vermoeden bestaat dat het gedrag van de cliënt leidt tot het (aanzienlijk risico op) ernstig nadeel. De arts moet deze beoordeling motiveren. Wordt deze beoordeling niet gezien als een medisch oordeel? En op welke gronden kan de burgemeester besluiten van dit oordeel af te wijken? Nu de hoorplicht wordt afgeschaft, heeft de burgemeester naar onze indruk in de regel geen andere informatiebron dan de medische verklaring. De enige mogelijke reden om af te wijken van de medische verklaring, lijkt ons dan te zijn dat de burgemeester vindt dat de arts zijn beoordeling van het ernstig nadeel onvoldoende onderbouwd heeft. Klopt dit? Of zijn er nog andere redenen? Zo ja welke?

Wij stellen voor in de wet expliciet op te nemen op welke gronden de burgemeester kan afwijken van de medische verklaring **(V110)**. Hierbij gaan wij ervan uit dat de burgemeester, voordat hij besluit af te wijken van de medische verklaring, het voornemen hiertoe bespreekt met de arts die medische verklaring heeft opgesteld. Om gedetailleerde wetgeving te voorkomen hoeft dit echter wat ons betreft niet in de wet te worden vastgelegd.

Verder stellen wij voor om buiten twijfel te stellen dat de burgemeester niet kan besluiten tot een crisismaatregel of inbewaringstelling als in de medische verklaring is geconcludeerd dat hiervoor geen gronden zijn **(V111)**.

15.7 Plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum (artikel 30, lid 2 en artikel 37b, lid 2)

De Evaluatiewet introduceert in de Wzd de plaatsing van een cliënt in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC). Op twee plaatsen komt dit aan orde. In artikel 30, lid 2 wordt bepaald dat de burgemeester iemand met een crisismaatregel niet kan laten opnemen in een FPC. In artikel 37b, lid 2 wordt bepaald dat de rechter wel kan bepalen dat iemand, die op basis van een crisismaatregel is opgenomen, op basis van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel kan worden opgenomen in een FPC.

Ter toelichting wordt aangegeven dat het hier gaat om *'zeer gevaarlijke personen, bij wie het niet verantwoord zou zijn hen op te nemen in een reguliere accommodatie. Het door een FPC geboden beveiligingsniveau is voor deze personen noodzakelijk'*.

Deze *'zeer gevaarlijke personen'* zijn echter, op basis van een crisismaatregel, nu juist wel opgenomen in een reguliere accommodatie. Ter toelichting wordt, bij de bepaling op grond waarvan deze personen niet door de burgemeester in een FPC geplaatst kunnen worden, gesteld dat *'het te vergaand zou zijn indien iemand die in een crisissituatie verkeert meteen op grond van een crisismaatregel waarbij nog geen rechterlijke toetsing plaatsvindt'* in een FPC geplaatst zou worden. Kennelijk heeft het dan de voorkeur zeer gevaarlijke personen, die niet verantwoord opgenomen kunnen worden in een reguliere accommodatie, daar toch op te nemen.

Wij steunen deze afweging niet en stellen voor om de bepaling, op grond waarvan de burgemeester iemand met een crisismaatregel niet kan laten opnemen in een FPC, te schrappen **(V112)**. Om plaatsing in een FPC mogelijk te maken, lijkt het ons dat nog in een wettelijke basis hiervoor voorzien moet worden (een FPC is geen Wzd-accommodatie), zodat iemand, voor wie opname in een FPC noodzakelijk is, daar ook direct kan worden geplaatst en niet eerst zes dagen in een reguliere Wzd-accommodatie verblijft terwijl dat om veiligheidsredenen onverantwoord is **(V113)**.

In dit verband vragen wij nog aandacht voor twee situaties:

Als voortzetting van het verblijf van iemand die in een FPC is opgenomen op basis van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel, die is afgegeven op basis van artikel 37b, lid 2, noodzakelijk wordt geacht, wat is dan de vervolgstap om dat mogelijk te maken? In de Wvvgz is hierin voorzien doordat in artikel 6:4, lid 4 wordt bepaald dat de rechter in een zorgmachtiging kan bepalen dat betrokkene wordt opgenomen in een FPC. Een bepaling met die strekking ontbreekt in de Wzd. Wij verzoeken om te beoordelen of toevoeging van zo'n bepaling aan de Wzd wenselijk is **(V114)**.

Op basis van artikel 6:4, lid 3 Wvvgz kan de rechter in de zorgmachtiging opnemen dat de betrokkene om veiligheidsredenen tijdelijk kan worden overgeplaatst naar een FPC. Een vergelijkbare bepaling ontbreekt in de Wzd. Wij stellen voor om zo'n bepaling toe te voegen **(V115)**. Ook in Wzd-accommodaties kunnen zich situaties voordoen waarin, om veiligheidsredenen, overplaatsing nodig is omdat in een FPC een hoger beveiligingsniveau gerealiseerd kan worden.

15.8 Rol CIZ / de officier van justitie

Na ontvangst van de crisismaatregel en de medische verklaring moet het CIZ, uiterlijk op de dag na ontvangst van de stukken van de burgemeester, beoordelen of voldaan is aan de eisen voor een crisismaatregel en in dat geval de rechter vragen om een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel te verlenen. Ook moet het CIZ beoordelen of wellicht voortzetting van de gedwongen zorg op basis van de Wvvgz het meest aangewezen is. In dat geval dient het CIZ geen verzoek in bij de rechter, maar worden de

stukken doorgestuurd naar de officier van justitie, zodat deze het verzoek bij de rechter kan indienen.

Eenzelfde bepaling wordt in de Wvvggz opgenomen. Als de officier van justitie van mening is dat gedwongen zorg op basis van de Wzd het meest aangewezen is, stuurt hij de stukken door aan het CIZ, zodat het CIZ het verzoek bij de rechter kan indienen.

Het is ons niet duidelijk hoe het CIZ en de officier van justitie binnen zeer korte tijd tot de conclusie kunnen komen dat de cliënt op basis van een ander wettelijk kader gedwongen zorg moet ontvangen. De medische verklaring laat de diagnose in het midden. Eigen onderzoek is onmogelijk in dit tijdsbestek. De enige optie lijkt te zijn dat het CIZ en de officier van justitie de zorgorganisatie die de crisismaatregel uitvoert om in te schatten of de cliënt daar passende zorg kan krijgen of beter naar organisatie uit een andere sector kan worden overgeplaatst. Wij verzoeken dit punt te verduidelijken in de toelichting **(V116)**.

Het is ons ook niet duidelijk waarom het CIZ de stukken doorstuurt aan de officier van justitie als gedwongen zorg op basis van de Wvvggz aangewezen is. Waarom dient het CIZ niet zelf een verzoek op basis van de Wvvggz in? Is de bedoeling dat de officier van justitie opnieuw de stukken beoordeelt? Wij hebben de indruk dat de termijn voor indiening van het verzoek bij de rechter niet wordt verlengd als de stukken worden doorgestuurd. Het lijkt ons echter onmogelijk dat ook na doorzending het verzoek binnen een dag na ontvangst bij de rechter ingediend kan worden. Wij vragen ook dit punt te verduidelijken **(V117)**.

Wij vragen ons überhaupt af wat de meerwaarde is van de betrokkenheid van het CIZ en de officier van justitie in deze procedure. De burgemeester zou de stukken naar onze indruk beter rechtstreeks aan de rechter kunnen sturen. Ter zitting kan dan besproken worden wat het beste vervolg is van de crisismaatregel. Wij verzoeken deze optie in overweging te nemen **(V118)**.

15.9 Uitvoering crisismaatregel

In de toelichting staat dat tijdens de crisismaatregel 'niet meteen al de besluitvormingsprocedure van de artikelen 9 en 10 hoeft te worden opgestart. Ook hoeven zorgverleners zich niet te beroepen op urgente situaties om gedwongen zorg te verlenen. De crisismaatregel vormt de basis op grond waarvan een betrokken persoon kan worden opgenomen of gedwongen zorg kan ontvangen' (blz 150 Artikelsgewijze toelichting, blz. 150).

De toelichting vervolgt: *'Om dit mogelijk te maken wordt voorgesteld in artikel 2 een nieuw tweede lid op te nemen, waarin is bepaald dat in het geval van een crisismaatregel of een machtiging voortzetting crisismaatregel gedwongen zorg tevens kan bestaan uit een gedwongen opname in een accommodatie'.*

In de crisismaatregel worden alleen de categorieën van gedwongen zorg genoemd die verleend mogen worden. Welke zorg concreet verleend zal worden, moet nog bepaald

worden. In de Wvggz beslist de zorgverantwoordelijke dat (artikel 8: 9 Wvggz). Zo'n bepaling ontbreekt in de Wzd. Uit de geciteerde gedeelte van de toelichting blijkt dat niet is beoogd dat gedwongen zorg tijdens de uitvoering van de crisismaatregel wordt opgenomen in het zorgplan en evenmin dat deze gebaseerd is op een besluit van de zorgverantwoordelijke zoals bedoel in artikel 15. Hoe dan wel beslist wordt welke gedwongen zorg wordt verleend op basis van de crisismaatregel is niet geregeld. Wij stellen voor om aan de Wzd een bepaling toe te voegen op basis waarvan de zorgverantwoordelijke dit kan beslissen, zoals ook op basis van de Wvggz het geval is (V119).

15.10 Geldigheidsduur machtiging voortzetting crisismaatregel / aanvraag vervolgmachtiging

In de Evaluatiewet wordt voorgesteld om de geldigheidsduur van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel te beperken tot maximaal drie weken. De huidige machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van maximaal zes weken.

Het voorstel om de geldigheidsduur van de machtiging voortzetting crisismaatregel te beperken tot drie weken verbaast ons zeer. In de oorspronkelijke versie van de Wzd was bepaald dat een eventuele vervolgmachtiging aangevraagd moet worden in de vierde week voor het einde van de machtiging voortzetting inbewaringstelling. Uitgaande van de maximale geldigheidsduur van zes weken, is dat dus de derde week. Al snel na inwerkingtreding van de Wzd werd dit gewijzigd omdat het in de praktijk niet haalbaar bleek om op zo'n korte termijn goed te kunnen beoordelen of voortzetting van de gedwongen opname noodzakelijk is. Nu wordt voorgesteld de geldigheidsduur van de machtiging voortzetting crisismaatregel te beperken tot drie weken. Daarmee zijn we dus terug in de situatie dat in de derde week beslist moet worden over een eventuele vervolgmachtiging. Nog maar vier jaar geleden vond de minister zelf dat dit in de praktijk niet haalbaar is (35 667, nr. 3, p. 30).

Naar onze indruk sluiten de verschillende bepalingen uit de Evaluatiewet over termijnen niet goed op elkaar aan. De zorgaanbieder kan gedurende de looptijd van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel aan het CIZ vragen een verzoekschrift bij de rechter in te dienen (artikel 25, lid 6). Dit kan dus tot en met de laatste dag. Het CIZ moet vervolgens binnen een week na ontvangst van de aanvraag het verzoek indienen bij de rechter (artikel 26, lid 1). Als de aanvraag op de laatste dag van de geldigheidsduur van de machtiging is ingediend, is dat dus een week na afloop daarvan. Artikel 37c, lid 1 bepaalt echter dat het CIZ het verzoek voor het verstrijken van de geldigheidsduur van de machtiging voortzetting crisismaatregel moet hebben ingediend. Als dit klopt en het CIZ een termijn van een week wordt geboden voor de behandeling van een aanvraag, zal de zorgaanbieder dus al uiterlijk in de tweede week van de machtiging voortzetting crisismaatregel een aanvraag bij het CIZ moeten indienen. Wij vinden deze termijn veel te kort. Het effect van deze korte termijn zal naar onze indruk zijn dat te snel beoordeeld moet worden of voortzetting van de gedwongen opname noodzakelijk is en dus onnodig

snel wordt overgestapt van een verblijfstitel met een korte duur naar een verblijfstitel met een veel langere duur. Wij stellen daarom voor te bepalen dat de machtiging voortzetting crisismaatregel een maximale geldigheidsduur heeft van zes weken **(V120)**.

15.11 Wijziging machtiging voortzetting crisismaatregel

De Evaluatiewet regelt in artikel 37a hoe gehandeld moet worden als tijdens de uitvoering van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel blijkt dat het nodig is om een vorm van gedwongen zorg te verlenen die niet in de machtiging is opgenomen. Als de zorgverantwoordelijke van oordeel is dat de betreffende gedwongen zorg langer dan drie dagen moet worden verleend, moet de rechter gevraagd worden de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel te wijzigen. De gang van zaken hierbij is als volgt: de zorgverantwoordelijke vraagt de Wzd-functionaris om een aanvraag in te dienen bij het CIZ, het CIZ beslist zo spoedig mogelijk over de aanvraag. Als het CIZ instemt met de aanvraag, dient het CIZ een verzoek tot wijziging van de machtiging tot crisismaatregel in bij de rechter. De rechter beslist zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk drie dagen na ontvangst van het verzoekschrift van het CIZ.

Tijdens deze procedure mag gedwongen zorg die niet in de crisismaatregel is opgenomen worden verleend. De termijn eindigt dus als het CIZ heeft besloten geen verzoek in te dienen bij de rechter, als de rechter heeft beslist over het verzoek (bij afwijzing mag de gedwongen zorg niet meer verleend worden, bij toewijzing van het verzoek wordt de gedwongen zorg worden verleend op basis van de gewijzigde machtiging voortzetting crisismaatregel). De termijn waarin gedwongen zorg mag worden verleend, eindigt bovendien als '*de termijn, bedoeld in artikel 15, tweede lid*' is verstreken. Deze termijn bedraagt, uitgaande van de Evaluatiewet, maximaal een week.

Op basis van de Evaluatiewet kan de gedwongen zorg in deze situatie nooit langer verleend worden dan die zeven dagen (artikel 37a, lid 6). Wanneer een verzoek tot wijziging van de machtiging moet worden ingediend is niet duidelijk. Wij stellen voor om te bepalen dat dit binnen drie dagen moet gebeuren en dat de gedwongen zorg dan kan worden verleend totdat over het verzoek is beslist **(V121)**. De termijn van een week kan dan vervallen.

In dit verband vragen wij nog aandacht voor de formulering van artikel 15. De zorgverantwoordelijke kan in een situatie waarin een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel redelijkerwijs niet voorziet beslissen om gedwongen zorg te verlenen. Het gaat hier naar onze indruk niet om situaties die in de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel niet voorzien zijn, maar om vormen van gedwongen zorg die niet in de machtiging zijn opgenomen. Wij stellen voor artikel 15 in die zin te wijzigen **(V122)**. Overigens is ook in de Wvggz is geen beperking opgenomen tot situaties die in de crisismaatregel redelijkerwijs niet voorzien zijn.

15.12 Gedwongen zorg voorafgaand aan crisismaatregel

Artikel 31 voorziet in de mogelijkheid om gedwongen zorg te verlenen voorafgaand aan de beslissing over een crisismaatregel. Op basis van de Wzd is de mogelijkheid om

gedwongen zorg te verlenen echter niet gekoppeld aan een crisismaatregel. Voor de verhouding tussen een cliënt die onder de Wzd valt en een zorgaanbieder die gedwongen zorg verleent, lijkt ons artikel 31 dan ook alleen van belang omdat het de mogelijkheid biedt de cliënt zijn vrijheid te ontnemen in afwachting van het besluit over de crisismaatregel. Wij zouden graag zien dat dit in de toelichting benoemd wordt **(V123)**.

15.13 Algemene conclusie ten aanzien van de gemeenschappelijke crisismaatregel

Het voorstel om de inbewaringstelling te vervangen door de aan de Wvggz ontleende crisismaatregel heeft voor de praktijk grote consequenties. Van zorgorganisaties wordt gevraagd om zich voor een relatief kleine groep cliënten een specifieke, sterk van de gangbare werkwijze afwijkende, methodiek eigen te maken. Evidente voordelen voor de cliënt zouden dit kunnen rechtvaardigen, maar die zien wij vooralsnog niet. Het voorstel om de geldigheidsduur van de machtiging voortzetting crisismaatregel te halveren zien wij als een evident nadeel voor cliënten, omdat dit in de praktijk leidt tot aanvragen van vervolgmachtigingen in situaties waarin dat niet nodig geweest zou zijn als wat meer tijd beschikbaar zou zijn geweest waarin de gezondheidstoestand van de cliënt kon verbeteren.

Tijdens webinars van ActiZ en VGN is aan de deelnemers de vraag voorgelegd wat zij vinden van het voorstel om de maximale geldigheidsduur van de machtiging voortzetting inbewaringstelling terug te brengen tot 3 weken. Van de deelnemers (N = 125) gaf slechts 2,4% aan dit prima te vinden; 12,8% had geen bezwaar, 84,8% gaf aan dit voorstel niet te steunen.

Dit alles neemt niet weg dat voor de huidige problemen om bij gedwongen crisisopnamen van sector te wisselen een oplossing gevonden moet worden. Dit kan echter ook zonder een gezamenlijke crisismaatregel in te voeren. Wij stellen voor om uit te blijven gaan van verschillende regelingen voor gedwongen crisiszorg op basis van de Wzd en op basis van de Wvggz **(V124)**. De regelingen zouden als volgt ingericht kunnen worden:

1. Ten aanzien van de medische verklaring, op basis waarvan een inbewaringstelling (Wzd) of crisismaatregel (Wvggz) kan worden afgegeven, hoeft niets te veranderen. In de medische verklaring wordt dus beoordeeld of het ernstige vermoeden bestaat dat de betreffende persoon een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of psychische stoornis heeft. Ook blijft ongewijzigd dat de arts die de verklaring opstelt in principe de huisarts en andere bij de zorg aan de cliënt betrokken zorgverleners raadpleegt. De Wzd en de Wvggz moeten voorzien in een grondslag op basis waarvan zij deze arts de informatie kunnen verstrekken die hij nodig heeft om de verklaring op te kunnen stellen.
2. In de verklaring wordt niet vermeld welke zorgorganisatie de cliënt zal opnemen. Het zoeken van een plek voor de cliënt is geen taak van de arts die de verklaring opstelt.

3. De burgemeester neemt op basis van de medische verklaring een besluit tot inbewaringstelling c.q. een crisismaatregel.
4. In de wet wordt aangegeven op welke gronden een burgemeester kan besluiten om, in afwijking van de medische verklaring, geen besluit tot inbewaringstelling of crisismaatregel te nemen.
5. De burgemeester draagt zorg voor de tenuitvoerlegging van de inbewaringstelling of de crisismaatregel. Het is dus de taak van de burgemeester om te bepalen waar de cliënt wordt opgenomen / welke zorgaanbieder de crisismaatregel uitvoert. De burgemeester plaatst de cliënt in de sector die in de medische verklaring is aangegeven, tenzij in die sector geen plaats beschikbaar is. In dat geval draagt de burgemeester zorg voor plaatsing in een andere sector, waar wel een plaats beschikbaar is.
6. In de Wzd wordt opgenomen dat iemand op basis van een crisismaatregel in een geregistreerde Wzd-accommodatie kan worden opgenomen en dat diegene voor de duur van de opname wordt gelijkgesteld met een cliënt in de zin van de Wzd. In de Wvggz wordt opgenomen dat iemand op basis van een inbewaringstelling in een geregistreerde Wvggz-accommodatie kan worden opgenomen en dat diegene voor de duur van de opname zorg en zo nodig gedwongen zorg kan worden verleend op basis van artikel 9:3 e.v. Wvggz.
7. De burgemeester stuurt de inbewaringstelling niet aan het CIZ, maar rechtstreeks aan de rechtbank. Hij voegt hierbij de medische verklaring en een verzoek om een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling / crisismaatregel te verlenen.
8. De opnemende zorgaanbieder kan gedurende de looptijd van de inbewaringstelling / crisismaatregel aan de rechter te kennen geven dat in plaats van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling nodig is en andersom. Bij zo'n verzoek voegt hij een verklaring waarin de zorgaanbieder, die de zorg overneemt als de gevraagde machtiging wordt verleend, aangeeft dat hij instemt met overname van de zorg.
9. De zorgaanbieder ontslaat de op basis van een inbewaringstelling of crisismaatregel opgenomen cliënt uit eigen beweging of op verzoek van de cliënt of zijn vertegenwoordiger, zodra het verblijf niet langer nodig is om het ernstig nadeel waardoor de opname noodzakelijk was te voorkomen. In zo'n geval trekt de zorgaanbieder het verzoek om een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling te verlenen in.

In het algemeen deel van de memorie van toelichting (paragraaf 2.5.3) wordt aangegeven dat beoogd is om met de gemeenschappelijke crisismaatregel twee problemen op te lossen:

1. Als een cliënt op basis van een crisismaatregel is opgenomen in de ggz en overplaatsing nodig blijkt te zijn naar de gehandicaptensector of ouderenzorg moet een inbewaringstelling worden aangevraagd en als een cliënt op basis van een inbewaringstelling is opgenomen in de gehandicaptenzorg of ouderenzorg en overplaatsing nodig blijkt te zijn naar de ggz, moet een crisismaatregel worden aangevraagd.
2. Als een cliënt op basis van een crisismaatregel is opgenomen in de ggz en voortzetting van het verblijf in de ouderenzorg of gehandicaptenzorg nodig is, is een machtiging tot voortzetting van inbewaringstelling nodig, maar deze kan niet aansluitend op een crisismaatregel worden aangevraagd, zodat in dit geval eerst een inbewaringstelling aangevraagd moet worden. Als een cliënt op basis van een inbewaringstelling is opgenomen in de gehandicaptenzorg of ouderenzorg en voortzetting van het verblijf in de ggz nodig is, is een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel nodig, maar deze kan niet aansluitend op een inbewaringstelling worden aangevraagd, zodat in dit geval eerst een crisismaatregel moet worden aangevraagd.

Beide problemen worden in ons voorstel opgelost, maar dan zonder dat een gemeenschappelijke crisismaatregel nodig is.

16. Reactie op paragraaf 2.6 Rechterlijke machtiging

16.1 Procesbevoegdheid minderjarigen (artikel 38, lid 2)

Op grond van artikel 38, lid 2 is iedere minderjarige bekwaam om in rechte op te treden in de procedure waarin over een rechterlijke machtiging wordt beslist. Wij vragen ons af of beoogd is dat ook minderjarigen die nog geen twaalf jaar zijn onder deze bepaling vallen en zo ja, hoe zich dit verhoudt tot artikel 3a, lid 3. In dat artikel wordt bepaald dat als een cliënt de leeftijd van twaalf jaar nog niet heeft bereikt alleen de ouders kunnen instemmen of zich kunnen verzetten. Wij verzoeken om verduidelijking van dit punt **(V125)**.

16.2 Beslistermijn rechter (artikel 39, lid 1)

In het eerste lid wordt bepaald dat de rechter zo spoedig mogelijk beslist over een verzoek tot het verlenen van een machtiging. Betreft het een cliënt die reeds in een geregistreerde accommodatie verblijft, dan beslist de rechter in ieder geval binnen drie weken. Wij stellen voor om de termijn van drie weken ook te hanteren als het verzoek een cliënt betreft die nog niet is opgenomen **(V126)**. Ter vergelijking: ook over zorgmachtigingen moet binnen drie weken beslist worden (ongeacht of het de eerste zorgmachtiging betreft of een vervolgmachtiging).

16.3 Tenuitvoerlegging (artikel 39)

Wij missen in de Wzd een bepaling over de tenuitvoerlegging van een rechterlijke machtiging (het nieuw voorgestelde artikel 42 is alleen van toepassing in situaties waarin al bekend is bij welke zorgaanbieder de cliënt is opgenomen). Met name in de situatie

waarin de cliënt nog niet is opgenomen kan de tenuitvoerlegging problematisch zijn. Wij stellen daarom voor om in de Wzd te bepalen wie zorg draagt voor de tenuitvoerlegging van de rechterlijke machtiging **(V127)**. Het lijkt ons het meest voor de hand te liggen het CIZ, als indiener van het verzoek, hiermee te belasten. Het CIZ moet dan ervoor zorgen dat de cliënt daadwerkelijk wordt opgenomen in een geregistreerde accommodatie. Tevens zou een termijn gesteld moeten worden waarbinnen dit moet gebeuren **(V128)**. Ter vergelijking: in de Wvggz is de officier van justitie belast met de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging, dit moet uiterlijk binnen twee weken gebeurd zijn.

Op diens verzoek zou het CIZ de tenuitvoerlegging van een rechterlijke machtiging kunnen overlaten aan de vertegenwoordiger van de cliënt, zonder deze daarbij aan een termijn te binden. In deze situatie kan meer rekening worden gehouden met de voorkeur van de cliënt en zijn vertegenwoordiger voor de locatie waar de cliënt wordt opgenomen.

16.4 Schrap termijn tenuitvoerlegging (artikel 39, lid 8)

Als een rechterlijke machtiging wordt afgegeven, houdt dat in dat de rechter heeft geconstateerd dat een gedwongen opname noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. De noodzaak van opname neemt niet af naarmate het langer duurt voordat de cliënt ook daadwerkelijk wordt opgenomen, eerder in tegendeel. Wij stellen daarom voor de bepaling op grond waarvan een rechterlijke machtiging vervalt als de cliënt na vier weken nog niet is opgenomen, te schrappen **(V129)**.

Wij wijzen er in dit verband op dat in de Wvggz is bepaald dat een zorgmachtiging binnen twee weken ten uitvoer moet worden gelegd (artikel 18:1 Wvggz), maar dat niet is bepaald dat de zorgmachtiging vervalt als dit niet lukt.

16.5 Hulp bij tenuitvoerlegging (artikel 42)

Op basis van dit artikel kan een zorgaanbieder bij de tenuitvoerlegging van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of een rechterlijke machtiging tot opname de hulp kan inroepen van ambulance en politie. Wij stellen voor hieraan toe te voegen: de tenuitvoerlegging van een opname op basis van een voorwaardelijke machtiging **(V130)**. Tevens stellen wij voor om dit artikel aan te passen zodat het ook van toepassing is op ambulante onvrijwillige zorgverlening **(V131)**.

Zorgaanbieders kunnen op grond van dit artikel de hulp inroepen van *'degene die belast is met de uitvoering van ambulancezorg'*. Het valt ons op dat in regelingen met dezelfde strekking niet gekozen is voor ambulancemedewerkers, maar voor *'zorgverleners met kennis van en ervaring met de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap'* (artikel 28b, lid 2 en artikel 32, lid 2). Wij stellen voor deze categorie ook hier toe te voegen, zodat zij beschikken over de bevoegdheden op basis van het tweede lid **(V132)**.

Wij vinden het verwarrend dat het tweede lid bepaalt dat de politie en de ambulance-medewerkers elke plaats kunnen betreden waar de cliënt zich bevindt, terwijl vervolgens

in het derde lid wordt bepaald dat politie de woning van de cliënt zonder diens toestemming kan binnentreden. Kunnen ambulancemedewerkers dat dus niet? En geldt dat ook voor bijvoorbeeld de woning van een familielid? Als dit het geval is, zullen ambulancemedewerkers zich dus vaak moeten laten begeleiden door de politie. Wij stellen voor dit punt te verhelderen **(V133)**.

16.6 Mededelingsplicht (artikel 42, lid 5)

Wij zien het als een verbetering dat in de Evaluatiewet wordt voorgesteld om de verplichting om gedwongen opnamen te melden bij de IGJ, het CIZ en de griffie te laten vervallen. Wij zijn blij dat VWS heeft aangegeven dat per 1 maart 2025 deze meldingen achterwege gelaten kunnen worden en dat hiervoor dus niet de inwerkingtreding van de Evaluatiewet hoeft te worden afgewacht.

Ten aanzien van de personen die door de zorgaanbieder geïnformeerd moeten worden over de opname, wordt in de Evaluatiewet een wijziging voorgesteld. Op basis van de huidige wettekst moeten *'de ouders die het gezag uitoefenen'* worden geïnformeerd. In de Evaluatiewet wordt dat vervangen door *'de ouders of voogden van een minderjarige cliënt of een van hen, voor zover deze niet als vertegenwoordiger optreden dan wel optreedt'*. Kennelijk is aangenomen dat de ouders die het gezag uitoefenen onder het begrip vertegenwoordiger vallen en in die hoedanigheid worden geïnformeerd, zodat zij niet meer apart vermeld hoeven te worden. Het is ons echter niet duidelijk waarom nu een informatieplicht wordt geïntroduceerd ten aanzien van ouders die niet als vertegenwoordiger optreden. Een toelichting hierbij ontbreekt helaas.

Wij gaan ervan uit dat ouders die niet als vertegenwoordiger optreden niet het gezag over het kind hebben. Ten aanzien van deze ouders bepaalt het BW dat de ouder die wel gezag heeft de ouder die niet het gezag heeft informeert over gewichtige aangelegenheden met betrekking tot het kind. Daaronder valt ook een gedwongen opname. Het is dus aan de ouder die het gezag heeft om de ouder die niet het gezag heeft te informeren over de opname. De verplichting van een zorgaanbieder ten aanzien van een ouder die niet het gezag heeft, is beperkt tot het desgevraagd verstrekken van algemene informatie over het kind (artikel 1:377c BW). Het lijkt ons niet wenselijk om aan deze rolverdeling voorbij te gaan door de zorgaanbieder te verplichten de ouder die niet het gezag heeft te informeren over opname.

Aan welke situaties is gedacht bij een voogd die niet als vertegenwoordiger optreedt en waarom zo'n voogd dan toch, door de zorgaanbieder, geïnformeerd zou moeten worden over een gedwongen opname, is ons onduidelijk.

Tegen deze achtergrond stellen wij voor om artikel 42, lid 5, onderdeel c te schrappen **(V134)**.

16.7 Verval rechterlijke machtiging (artikel 42a)

Aan het eerste lid van artikel 42a zou nog toegevoegd moeten worden dat een rechterlijke machtiging eveneens vervalt als de rechter op grond van het nieuw

voorgestelde artikel 48a ontslag heeft verleend zonder daaraan voorwaarden of beperkingen te verbinden. Wij stellen voor de wet in deze zin te wijzigen **(V135)**.

Het tweede lid heeft betrekking op de situatie waarin voor het einde van de geldigheidsduur van een machtiging een verzoek is gedaan tot het verlenen van een aansluitende machtiging. Wij nemen aan dat met een verzoek is bedoeld een verzoek van het CIZ aan de rechter (en niet een verzoek van de zorgaanbieder aan het CIZ). Wij stellen voor dit in de tekst te verduidelijken **(V136)**.

17. Reactie op paragraaf 3 Administratieve voorschriften bij opname

17.1 Huisregels (artikel 45, lid 3)

Het nieuw voorgestelde derde lid van artikel 45 bepaalt dat op basis van de huisregels '*meegebrachte voorwerpen*' kunnen worden gecontroleerd op de aanwezigheid van niet toegestane voorwerpen. Uit de toelichting blijkt dat gedacht is aan controle door middel van '*toegangspoortjes*' en scanapparatuur. Met toegangspoortjes zijn, nemen wij aan, detectiepoorten bedoeld, d.w.z. poorten waarmee de aanwezigheid van metalen voorwerpen gesignaleerd kan worden.

Uit de toelichting begrijpen wij dat niet alleen meegebrachte voorwerpen, zoals bijvoorbeeld een rugzak, gecontroleerd kunnen worden, maar dat ook personen gecontroleerd kunnen worden door hen te verplichten door een detectiepoortje te lopen of met scanapparatuur af te tasten. Wij stellen voor dit in de tekst van de wet tot uitdrukking te brengen **(V137)**.

Controle door gebruik van een detectiepoort en scanapparatuur kan onderzoek aan lichaam en kleding (fouilleren) niet vervangen. Dit onderzoek is noodzakelijk om aan de veiligheidseisen te kunnen voldoen. Wij wijzen in dit verband op de Bijlage 3 bij de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-25107a). Hierin wordt bepaald dat vanaf beveiligingsniveau '2 hoog' voorzien moet zijn in '*gecontroleerde in- en uitgang van personen en goederen*'. Wij stellen daarom voor om onderzoek aan lichaam en kleding toe te voegen aan artikel 45, lid 3 **(V138)**.

17.2 Documenten bij opname (artikel 46, eerste lid)

Het eerste lid van artikel 46 bepaalt dat een zorgaanbieder een cliënt die niet de nodige bereidheid tot opname toont, maar zich ook niet tegen opname verzet, in een accommodatie kan opnemen als de vertegenwoordiger heeft ingestemd met opname, dan wel tegen overlegging van een besluit opname. Zo geformuleerd is instemming van de vertegenwoordiger voldoende voor opname en hoeft niet aangetoond te worden dat de huisarts of ter zake kundige arts heeft geconcludeerd dat opname noodzakelijk is. Bovendien lijkt verondersteld te zijn dat, als er een besluit opname is genomen, opname zonder instemming van de vertegenwoordiger mogelijk is. Uitgaande van de voorstellen

die in de Evaluatiewet worden gedaan ten aanzien van artikel 21, hebben wij de indruk dat geen van beide de bedoeling is.

Meer in lijn met deze voorstellen lijkt het ons om te bepalen dat een cliënt als bedoeld in artikel 21 in een accommodatie kan worden opgenomen op verzoek van zijn vertegenwoordiger en dat de vertegenwoordiger daarbij één van de volgende drie documenten moet overleggen:

- een verklaring van de huisarts / ter zake kundige arts of
- een besluit opname van het CIZ of
- een besluit van de rechter op basis van artikel 24, lid 6 **(V139)**.

Wij stellen verder voor om in de tekst tot uitdrukking te brengen dat cliënten op basis van een rechterlijke machtiging, crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel alleen in een geregistreerde accommodatie mogen worden opgenomen **(V140)**.

17.3 Mondelinge toelichting crisismaatregel (artikel 46, tweede lid)

Bepaald wordt dat in situaties waarin een crisismaatregel wordt afgegeven voor een cliënt die vrijwillig in een accommodatie verbleef een mondelinge toelichting moet worden gegeven op de crisismaatregel. Wij stellen voor deze bepaling te schrappen **(V141)**. Een bepaling met deze strekking ontbreekt in de Wvggz. Wij zien niet in waarom in deze situatie een specifieke verplichting om mondelinge toelichting te geven zinvol is.

18. Reactie op artikel 47 Verlof

18.1 Definitie van verlof

De Evaluatiewet wijzigt op onderdelen de verlofregeling. Verlof is nodig voor '*verblijf buiten de accommodatie*'. Voor de praktijk is van belang dat duidelijk is wanneer hiervan sprake is. In de toelichting wordt als voorbeeld genoemd dat verlof nodig is als de cliënt '*met familieleden op vakantie meegaat of in het weekeinde buiten de accommodatie verblijft*'. Deze voorbeelden zijn illustratief, maar het blijft onduidelijk waar precies de grens ligt. Is beoogd dat verlof nodig is in alle gevallen waarin de cliënt de accommodatie verlaat en niet dezelfde dag terugkeert? Wij stellen voor in de wet expliciet te bepalen wanneer sprake is van verlof **(V142)**.

18.2 Reikwijdte verlofregeling

De verlofregeling is van toepassing op cliënten die op grond van een rechterlijke machtiging, crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel zijn opgenomen. Wij stellen voor te verduidelijken of cliënten die op basis van een rechterlijke machtiging op basis van artikel 28a zijn opgenomen en cliënten die zijn opgenomen op basis van een voorwaardelijke machtiging, vallen onder de beschrijving '*cliënten die op grond van een rechterlijke machtiging gedwongen zijn opgenomen*' **(V143)**. Zo niet, dan stellen wij voor hen toe te voegen.

18.3 Verplichting om uit eigen beweging verlof te verlenen

In de wet wordt ook het ambtshalve verlenen van verlof geregeld. De Evaluatiewet noemt dat *'uit eigen beweging'* verlof verlenen. Dit is geen keuze, maar een verplichting. De zorgaanbieder verleent een cliënt uit eigen beweging verlof voor zover en voor zolang dat verantwoord is. De cliënt krijgt dan verlof waarom hij of zijn vertegenwoordiger niet heeft gevraagd. Wij vragen ons af in welke situaties dat wenselijk is en wat van zorgverleners verwacht wordt als de cliënt geen gebruik wil maken van uit eigen beweging door de zorgaanbieder verleend verlof. Wij stellen voor om de verplichting om uit eigen beweging verlof te verlenen te schrappen **(V144)**.

18.4 Rolverdeling bij besluiten over verlof

De verlofregeling voorziet in een complexe rolverdeling tussen de zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris en de zorgaanbieder. De zorgaanbieder beslist formeel, maar kan alleen een beslissing nemen waarvoor de Wzd-functionaris toestemming heeft gegeven. Wij zien besluiten over verlofverlening als zorginhoudelijke besluiten die door de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris genomen kunnen worden. Wij stellen daarom voor de rol van de zorgaanbieder uit de verlofregeling te schrappen **(V145)**. Beslissingen over verlof worden dan door de Wzd-functionaris genomen, het lijkt ons voor de hand te liggen dat deze de zorgverantwoordelijke daarbij zal betrekken.

18.5 Verlofbriefje

Tot slot stellen wij voor om de verplichting om de cliënt een verlofbriefje te geven (artikel 47, lid 8) te schrappen **(V146)**. Het verlofbriefje is bedoeld om de cliënt in staat te stellen aan te tonen dat hij toestemming heeft om buiten de accommodatie te verblijven. Naar onze indruk bestaat hieraan in de praktijk geen behoefte. Hetzelfde geldt voor het ontslagbriefje (artikel 48, lid 11).

19. Reactie op artikel 48 en 49 Ontslag

19.1 Term 'ontslag'

Wij stellen voor om de term ontslag te schrappen en het in plaats daarvan te hebben over de mogelijkheid om de rechterlijke machtiging te laten vervallen **(V147)**. Deze formulering sluit aan bij het voorgestelde artikel 42a. Met deze wijziging wordt tot uitdrukking gebracht dat ontslag niet hoeft in te houden dat het verblijf wordt beëindigd, maar dat het verblijf na verval van de rechterlijke machtiging ook kan worden voortgezet op basis van vrijwilligheid. Nu het vrijwel altijd gaat om cliënten met een indicatie voor langdurige zorg ligt deze optie veel meer voor de hand dan beëindiging van het verblijf.

19.2 Reikwijdte ontslagregeling

De huidige ontslagregeling is van toepassing op cliënten die *'met toepassing van paragraaf 2 van dit hoofdstuk'* in een accommodatie zijn opgenomen. In de Evaluatiewet wordt voorgesteld dit te vervangen door *'cliënten die op grond van een rechterlijke machtiging gedwongen zijn opgenomen'*. Hiermee vallen, naar wij aannemen per abuis,

cliënten die op basis van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel zijn opgenomen niet meer onder de ontslagregeling. Wij stellen voor dit te corrigeren **(V148)**.

Wij stellen voor te verduidelijken of cliënten die op basis van een rechterlijke machtiging op basis van artikel 28a zijn opgenomen en cliënten die zijn opgenomen op basis van een voorwaardelijke machtiging, vallen onder de beschrijving '*cliënten die op grond van een rechterlijke machtiging gedwongen zijn opgenomen*'. Zo niet, dan stellen wij voor hen toe te voegen **(V149)**.

19.3 Rolverdeling bij besluiten over ontslag

De ontslagregeling voorziet in een complexe rolverdeling tussen de Wzd-functionaris en de zorgaanbieder. De zorgaanbieder beslist formeel, maar kan alleen een beslissing nemen waarvoor de Wzd-functionaris toestemming heeft gegeven. Wij zien besluiten over ontslag als zorginhoudelijke besluiten die door de Wzd-functionaris genomen kunnen worden. Wij stellen daarom voor de rol van de zorgaanbieder uit de ontslagregeling te schrappen **(V150)**. Beslissingen over ontslag worden dan door de Wzd-functionaris genomen. Het lijkt ons voor de hand te liggen dat deze de zorgverantwoordelijke daarbij zal betrekken.

19.4 Rol familie bij ontslag

Op basis van deze bepaling moet de zorgaanbieder overleggen met de familie als geen vertegenwoordiger optreedt. In de situatie waarin geen vertegenwoordiger optreedt hoort echter de rechter gevraagd te worden een mentor te benoemen, zodat in de vertegenwoordiging is voorzien. Wellicht doen zich in de praktijk situaties voor waarin toch geen vertegenwoordiger optreedt, maar het voert naar onze indruk veel te ver om dan te moeten overleggen met iedereen die onder het ruime begrip familie valt.

Bovendien moet de zorgaanbieder '*de familie, alsmede de naasten*' informeren over het voorgenomen ontslag. Dit is wel een hele grote groep en het lijkt ons bovendien met het oog op de privacy van de cliënt meer passend dat de cliënt of diens vertegenwoordiger zelf de bedoelde personen informeert voor zover zij dat wenselijk vinden. Wij stellen daarom voor om artikel 48, lid 6 te schrappen **(V151)**.

19.5 Rol rechter bij ontslag

Artikel 48a introduceert de mogelijkheid om de rechter te vragen om te besluiten over ontslag in situaties waarin de zorgaanbieder een verzoek om ontslag heeft afgewezen of daarover niet tijdig heeft beslist. In de toelichting wordt het volgende gesteld: '*De huidige Wzd bevat de mogelijkheid om een klacht in te dienen over de beslissing van de zorgaanbieder om voorwaarden en beperkingen te verbinden aan ontslag uit de accommodatie wanneer een cliënt was opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging. Wanneer een zorgaanbieder afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot ontslag, zijn er geen mogelijkheden om daarover te klagen of op andere wijze*

daartegen op te komen. Met het nieuwe artikel 48a wordt de mogelijkheid geïntroduceerd om bij de rechter een verzoekschrift tot ontslag in te dienen’.

Deze toelichting heeft ons verbaasd. De Wzd beperkt de mogelijkheid om een klacht in te dienen niet tot de beslissing om daaraan voorwaarden en beperkingen te verbinden. De Wvggz doet dat wel, maar op basis van de Wzd kan ook over het besluit over een verzoek om ontslag te verlenen wel een klacht worden ingediend. De klachtencommissie neemt dan binnen twee weken een bindende beslissing. Daarna kan eventueel alsnog de rechter gevraagd worden te beslissen.

Verwarrend in dit verband is dat in artikel 48 alleen ten aanzien van de beslissing om voorwaarden en beperkingen te stellen (en de beslissing om ontslag in te trekken) is vermeld dat de cliënt geïnformeerd moet worden over ‘de klachtwaardigheid’ van de beslissing. Dit is een gevolg van harmonisatie met de Wvggz, maar het doet er niet aan af dat ook over het besluit over het ontslagverzoek een klacht kan worden ingediend. Artikel 48a lost dus een niet bestaand probleem op.

Vervolgens wordt voorgesteld artikel 55 zo te wijzigen dat niet meer over ieder besluit ten aanzien van ontslag een klacht kan worden ingediend, maar alleen over besluiten met betrekking tot daaraan te stellen voorwaarden of beperkingen. Hiermee ontstaat juist een omissie: over een besluit om ontslag in te trekken kan geen klacht meer worden ingediend en dit besluit kan evenmin aan de rechter worden voorgelegd (artikel 48a is hierop niet van toepassing).

Wij stellen voor om de huidige regeling te handhaven, zodat besluiten over ontslag, daaraan te stellen voorwaarden en beperkingen en besluiten tot intrekking van ontslag ter beoordeling aan de klachtencommissie kunnen worden voorgelegd (**V152**). Deze neemt binnen twee weken een bindend besluit. Daarna kan desgewenst alsnog de rechter worden ingeschakeld.

20. Reactie op artikel 48b Overplaatsing

20.1 Algemeen

De mogelijkheden om een cliënt aan wie gedwongen zorg wordt verleend over te plaatsen van de ouderenzorg / gehandicaptenzorg naar de geestelijke gezondheidszorg en omgekeerd, moeten verbeterd worden. In een door 11 beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties en brancheverenigingen ondertekende brief werd al in 2021 bepleit om de Reparatiewet te benutten om de mogelijkheid te creëren dat een cliënt, die gedwongen is opgenomen in de ene sector, overgeplaatst kan worden naar de andere sector, zonder dat een nieuwe procedure bij de rechter ter verkrijging van een nieuwe verblijfstitel doorlopen moet worden¹¹.

Wij zijn blij dat de Evaluatiewet nu voorziet in de mogelijkheid van overplaatsing van een cliënt van een Wzd-regime naar een Wvggz-regime. Het verbaast ons echter dat niet

¹¹ Brief van V&VN, Verenso, NVAVG, NVO, NIP, KansPlus, Ieder(in), LSR, Zorgthuisnl, ActiZ en VGN, 21 mei 2021.

voorzien is in de mogelijkheid om een cliënt over te plaatsen van de Wvggz naar de Wzd. Dat de behoefte hieraan al langere tijd in het veld breed onderkend wordt, blijkt uit de genoemde brief. Ook in de Evaluatierapport wordt aangegeven dat cliënten niet alleen vanuit de ouderenzorg en gehandicaptenzorg tijdelijk naar het geestelijke gezondheidszorg worden overgeplaatst, maar dat het omgekeerde ook voorkomt¹².

Wij wijzen er nog op dat bij overplaatsing van een gedwongen opgenomen cliënt vanuit de geestelijke gezondheidszorg naar de gehandicaptenzorg of de ouderenzorg nu eerst de rechter gevraagd moet worden een rechterlijke machtiging af te geven en dat bij terugplaatsing de rechter gevraagd moet worden om een nieuwe zorgmachtiging af te geven. Immers, artikel 1, lid 6 Wzd (artikel 1a, lid 1 Evaluatiewet) bepaalt dat een zorgmachtiging vervalt, zodra een cliënt wordt opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging.

Wij stellen voor om in de Evaluatiewet alsnog te voorzien in een regeling met de strekking dat een cliënt, die op basis van een zorgmachtiging is opgenomen in de geestelijke gezondheidszorg, kan worden overgeplaatst naar de gehandicaptenzorg of ouderenzorg **(V153)** en dat in zo'n geval de lopende zorgmachtiging wordt aangemerkt als rechterlijke machtiging voor de duur van het verblijf in de gehandicaptenzorg of ouderenzorg **(V154)**. De cliënt kan dan, op basis van de lopende zorgmachtiging, teruggeplaatst worden naar de geestelijke gezondheidszorg.

20.2 Begrip cliënt

De overplaatsingsregeling is van toepassing op cliënten. Wij nemen aan dat alleen gedwongen opgenomen cliënten bedoeld zijn. Vrijwillig opgenomen cliënten beslissen immers zelf of zij al dan niet hun verblijf in de ggz willen voortzetten. Wij stellen voor de overplaatsingsregeling te beperken tot cliënten die zijn opgenomen op basis van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of rechterlijke machtiging **(V155)**.

Tevens verzoek wij om aandacht te besteden aan de vraag hoe een cliënt, die op basis van een besluit opname is opgenomen, kan worden overgeplaatst naar de ggz en zo nodig de wettekst daaraan aan te passen **(V156)**.

20.3 Begrip zorgaanbieder

Artikel 48b regelt overplaatsing naar '*een andere zorgaanbieder*'. Onder zorgaanbieder wordt in de Evaluatiewet verstaan: '*een natuurlijke of rechtspersoon die respectievelijk beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent*'. Het begrip zorg wordt breed gedefinieerd (artikel 1, lid 3 Wzd). Uit de toelichting blijkt dat alleen beoogd is overplaatsing naar een andere Wzd-zorgaanbieder dan wel een Wvggz-aanbieder te regelen. Die beperking blijkt echter niet uit de wettekst. Wij stellen voor om in de wettekst aan te geven dat het alleen om overplaatsing naar een aanbieder van gedwongen zorg gaat of in de

¹² Evaluatierapport Wvggz / Wzd, deel 1, p. 402.

begripsbepalingen duidelijk te maken dat alleen aanbieders van gedwongen zorg zorgaanbieder in de zin van de wet zijn **(V157)**.

20.4 Beslissing overplaatsing

Wij zijn het algemeen geen voorstander van het op wetsniveau benoemen welke zorgverlener een bepaald besluit neemt, maar het algemene begrip zorgaanbieder te gebruiken. In de Wzd is echter de keuze gemaakt om wel te benoemen welke zorgverleners bepaalde besluiten nemen. Daarvan uitgaande stellen wij voor om in het eerste, tweede, derde en vierde lid van artikel 48b de term '*zorgaanbieder*' te vervangen door '*Wzd-functionaris*' **(V158)**.

20.5 Doorbreking geheimhoudingsplicht

Om een cliënt te kunnen overplaatsen zal vanuit de Wzd-organisatie contact gezocht moeten worden met een Wvggz-organisatie en zal besproken moeten worden of de betreffende cliënt overgeplaatst kan worden. Daarmee wordt de geheimhoudingsplicht doorbroken. Ook zullen gegevens over de cliënt verstrekt moeten worden. Wij missen in de Evaluatiewet een bepaling die deze doorbreking van de geheimhoudingsplicht en informatieverstrekking mogelijk maakt. Artikel 48b, lid 5 heeft alleen betrekking op de overdracht nadat tot overplaatsing is besloten. Wij stellen voor een bepaling aan de wet toe te voegen op basis waarvan de geheimhoudingsplicht kan worden doorbroken om overplaatsing te kunnen bespreken **(V159)**.

20.6 Dossier

Het vijfde lid bepaalt dat '*het dossier en het zorgplan*' ter beschikking worden gesteld, zowel aan de opnemende zorgaanbieder als aan de zorgverantwoordelijke. Wij zien niet in waarom het dossier twee keer overgedragen zou moeten worden en stellen voor de zorgverantwoordelijke uit deze bepaling te schrappen **(V160)**. De stukken worden dan overgedragen aan de zorgaanbieder. Deze draagt zorg voor de dossiervoering tijdens de overplaatsing en draagt ervoor zorg dat degenen die bij de behandeling betrokken zijn toegang hebben tot het dossier.

Overigens vragen wij ons af of bij een tijdelijke overplaatsing het hele dossier moet worden overgedragen. Wellicht kan volstaan worden met het zorgplan, aangevuld met gegevens die van belang zijn om de continuïteit van de zorg te kunnen borgen.

20.7 Permanente overplaatsing

Artikel 8:20a Wvggz heeft betrekking op tijdelijke overplaatsingen, ook in de titel van de paragraaf waarin dit artikel is opgenomen komt dit tot uitdrukking. Dit sluit niet aan bij artikel 48b Wzd, dat ook de mogelijkheid biedt om een cliënt permanent over te plaatsen. Wij stellen voor artikel 8:20a Wvggz zo aan te passen dat het ook van toepassing is op permanente overplaatsingen **(V161)**. De overplaatsing kan dan plaatsvinden zonder eerst een zorgmachtiging af te wachten. Na overplaatsing kan alsnog zo nodig een zorgmachtiging aangevraagd worden.

20.8 Terugplaatsing

Doorgaans zal na verloop van tijd besloten worden tot terugplaatsing van de cliënt van de Wvggz naar de Wzd. Het is ons niet duidelijk geworden wie daarover beslist. Wellicht is verondersteld dat de Wzd-aanbieder bij voorbaat al aangeeft hoe lang de cliënt overgeplaatst wordt. Naar onze indruk is dit echter moeilijk te voorspellen en zal een overplaatsing doorgaans plaatsvinden voor zolang als dat nodig is. Wij stellen voor om artikel 8:16 Wvggz aan te passen, zodat de geneesheer-directeur op basis van dat artikel kan beslissen over terugplaatsing naar de gehandicaptenzorg / ouderenzorg **(V162)**.

20.9 Vormen van gedwongen zorg

De Evaluatiewet bepaalt dat tijdens de opname in de ggz-instelling *'gedwongen zorg zoals vastgelegd in het zorgplan'* verleend kan worden. In de toelichting hierover het volgende: *'Indien dat zorgplan vormen van gedwongen zorg bevat die volgens de regels van de besluitvormingsprocedure van de Wzd in het zorgplan zijn vastgelegd, mogen die ook worden toegepast door de Wvggz-zorgaanbieder gedurende de tijdelijke overplaatsing'*. Verderop wordt in de toelichting vermeld: *'Feitelijk is slechts sprake van een ongewijzigde uitvoering van het Wzd-zorgplan, zij het tijdelijk door een andere (Wvggz) zorgaanbieder in een andere accommodatie, onder toepassing van dwangvormen waartoe reeds is besloten op grond van de besluitvormingsprocedure van de Wzd'*.

Naar onze indruk kan verwarring ontstaan over de vraag of van de Wvggz-aanbieder wordt verwacht dat hij precies het door de Wzd-zorgaanbieder opgestelde zorgplan uitvoert of dat hij de ruimte heeft dit aan te passen, mits hij geen gedwongen zorg toevoegt uit categorieën die niet in het zorgplan voorkomen. Wij vinden het van belang dat buiten twijfel staat dat de tweede optie juist is. Staat bijvoorbeeld in het zorgplan dat aan de cliënt geneesmiddel x gedwongen wordt toegediend, dan heeft de Wvggz-aanbieder niet alleen de ruimte om geneesmiddel x te vervangen door bijvoorbeeld geneesmiddel y, maar ook om andere gedwongen zorg uit de betreffende categorie in het zorgplan op te nemen. Zou hij echter bijvoorbeeld gedwongen zorg willen verlenen die onder de categorie beperking van de bewegingsvrijheid valt en voorziet het zorgplan niet in zorg uit deze categorie, dan heeft hij niet de ruimte om deze zorg in het zorgplan op te nemen en is volgens de Evaluatiewet een zorgmachtiging of zelfs crisismaatregel nodig. Wij stellen voor om in de toelichting aandacht te besteden aan dit punt **(V163)**.

20.10 Andere vormen van gedwongen zorg

Als na overplaatsing blijkt dat gedwongen zorg nodig is uit een categorie die niet in het zorgplan is opgenomen, dan bepaalt de Evaluatiewet dat op basis van de reguliere Wvggz bepalingen gedwongen zorg verleend kan worden. Doorgaans zal dit inhouden dat een zorgmachtiging moet worden aangevraagd. Wij vinden dit niet passend in het kader van een tijdelijke opname en stellen daarom voor om voor tijdelijke overplaatsingen van Wzd-clënten te voorzien in de mogelijkheid om het zorgplan aan te passen op een manier die beter past in de Wzd-systematiek en beter uitvoerbaar is bij een tijdelijke

overplaatsing (**V164**). Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan de mogelijkheid dat de zorgverantwoordelijke uit de Wvggz-organisatie gedwongen zorg uit een categorie die niet in het zorgplan is opgenomen, in het zorgplan kan opnemen na overleg met de zorgverantwoordelijke van de Wzd-organisatie.

20.11 Periode waarin gedwongen zorg kan worden verleend

Op basis van de Evaluatiewet kan tijdens de overplaatsing gedurende drie maanden gedwongen zorg op basis van het Wzd-zorgplan worden verleend in de ggz-organisatie. Uit het algemeen deel van de memorie van toelichting blijkt dat voor een termijn van drie maanden is gekozen omdat op basis van de Evaluatiewet deze termijn ook geldt in situaties waarin de termijn waarin gedwongen zorg kan worden verleend niet is vastgelegd in het zorgplan. Het ontgaat ons waarom het kennelijk voor de hand ligt deze termijn dan ook te kiezen als maximale termijn voor verlening van gedwongen zorg tijdens een overplaatsing. Naar onze indruk is deze termijn te kort. De ggz-instelling moet hierdoor al na drie weken inschatten of voortzetting van de opname en van de gedwongen zorgverlening nodig zijn, want in dat geval zal de procedure ter verkrijging van den zorgmachtiging gestart moeten worden. Ons lijkt dit niet reëel.

Wij stellen voor de drie maanden termijn te schrappen. In plaats daarvan stellen wij voor dat de Wvggz-organisatie de gedwongen zorg kan verlenen voor de duur van de termijn die in het zorgplan is opgenomen, dus maximaal zes maanden (in de situatie dat het zorgplan net voor overplaatsing is vastgesteld) (**V165**). Bovendien stellen wij voor om de Wvggz-organisatie de mogelijkheid te geven deze periode eenmalig te verlengen, op basis van een evaluatie, met maximaal zes maanden (**V166**). Wij stellen voor dat deze evaluatie wordt uitgevoerd door de zorgverantwoordelijke van de Wvggz-organisatie en de zorgverantwoordelijke van de Wzd-organisatie gezamenlijk (**V167**).

21. Reactie op hoofdstuk 4 Klachtenprocedure en schadevergoeding

21.1 Informatie over de klachtenregeling (artikel 52)

Artikel 52 bepaalt dat de zorgaanbieder de cliënt '*een schriftelijk overzicht van de klachtenregeling*' moet verstrekken. Het is ons niet duidelijk wat hieronder verstaan moet worden. In het bedoelde schriftelijke overzicht van de klachtenregeling moet ook '*het adres waar de zorgaanbieder bereikbaar is voor een klacht als bedoeld in artikel 55*' worden opgenomen. Tevens wordt echter voorgesteld in de wet te bepalen dat klachten rechtstreeks bij de klachtencommissie worden ingediend. Wij stellen voor de geciteerde zinsnede te vervangen door een bepaling met de strekking dat de zorgaanbieder de cliënt informeert over de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de klachtencommissie en daarbij aangeeft hoe de cliënt dit kan doen (**V168**).

21.2 Klachtgronden (artikel 55)

De bepalingen met betrekking tot het klachtrecht voorzien in een regeling die specifiek is gericht op de beoordeling van bepaalde beslissingen met betrekking tot gedwongen zorg

De klachtencommissie kan deze beslissingen schorsen. Als de klachtencommissie een klacht gegrond verklaart, vernietigt zij de beslissing. Dit klachtrecht leent zich niet voor beoordeling van klachten over de naleving van verplichtingen of over procedures. Klachten daarover kunnen beter op basis van de Wkkgz te worden beoordeeld.

Wij stellen daarom voor om de mogelijkheid om een klacht in te dienen op basis van de Wzd te beperken tot concrete beslissingen die betrekking hebben op gedwongen zorg **(V169)**.

De klachtgrond '*nakoming van een verplichting bij of een beslissing over de procedure voor het opnemen en evalueren van gedwongen zorg in het zorgplan*' zou op basis van ons voorstel bijvoorbeeld worden vervangen door '*de beslissing om gedwongen zorg in het zorgplan op te nemen*' en '*de beslissing om de periode te verlengen waarin gedwongen zorg kan worden verleend*'.

Klachten over het bijhouden van het dossier, over schending van de geheimhoudingsplicht, over de huisregels en over de beoordeling van de wilsbekwaamheid hebben geen betrekking op gedwongen zorg. Deze klachten passen daarom niet in de opsomming van klachtgronden, bovendien betreft het merendeels geen beslissingen. Wij stellen daarom voor deze te schrappen, zodat klachten hierover op basis van de reguliere klachtenregeling kunnen worden behandeld **(V170)**. Wij wijzen er in dit verband nog op dat in de Evaluatiewet wordt voorgesteld om de beoordeling van de wilsbekwaamheid te schrappen als mogelijke klachtgrond in de Wvvgg.

In de Evaluatiewet voor voorgesteld om ook klachten over '*het opnemen en evalueren*' van zorg bedoeld in artikel 2, derde lid op basis van de Wzd-klachtenregeling te behandelen. Het gaat in artikel 2, derde lid echter niet om gedwongen zorg, maar om vrijwillige zorg. Deze klachten zouden dus op basis van het reguliere klachtrecht behandeld moeten worden. Wij stellen daarom voor deze klachtgrond te schrappen **(V171)**.

Wij zien in de praktijk te veel onduidelijkheid over de vraag of een klacht op basis van het reguliere klachtrecht behandeld moet worden of op basis van het Wzd-klachtrecht. Die onduidelijkheid wordt nog vergroot als de in de Evaluatiewet voorgestelde formuleringen van de klachtgronden in stand blijven. Die onduidelijkheid leidt ertoe dat relatief veel klachten niet in behandeling worden genomen en cliënten met hun klacht dus naar een andere instantie worden verwezen. Wij stellen daarom voor om het Wzd-klachtrecht te integreren in de algemene klachtenregeling, daarin worden dan specifieke bepalingen met betrekking tot de behandeling van klachten over beslissingen met betrekking tot gedwongen zorg opgenomen **(V172)**.

21.3 Klachten over toepassing BVT (artikel 55, lid 2)

De Evaluatiewet biedt de mogelijkheid dat de rechter bepaalt dat een cliënt op basis van een machtiging voortzetting van de crisismaatregel wordt opgenomen in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC). In de memorie van toelichting wordt gesteld dat de interne rechtspositie van deze cliënten wordt bepaald door de Wzd. Daarnaast kan ook gebruik

gemaakt worden van de beheersbevoegdheden waarin de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden voorziet. In de memorie van toelichting wordt gesteld dat dit met zich meebrengt *'dat het klachtrecht op grond van de Wzd uitgeoefend moet kunnen worden ten aanzien van deze beheersmaatregelen'*. In het voorgestelde tweede lid van artikel 55 krijgt de klachtencommissie dan ook de taak om klachten over de toepassing van deze beheersbevoegdheden te beoordelen.

Wij kunnen de redenering uit de memorie van toelichting niet volgen. Naar onze indruk kwalificeert iedereen die in een FPC is opgenomen als *'verpleegde'* in de zin van de BVT en is dus de BVT op hen van toepassing. Waarom niettemin hun interne rechtspositie bepaald zou worden door de Wzd is ons niet helder. Het is ons ook niet helder waarom over de toepassing van de beheersmaatregelen een klacht bij de Wzd-klachtencommissie ingediend zou moeten kunnen worden. De BVT voorziet immers in een eigen beklagregeling waarvan iedere verpleegde gebruik kan maken. Wij stellen dan ook voor artikel 55, lid 2 te schrappen **(V173)**.

In dit verband is nog van belang dat in de Wvvgz is bepaald dat een betrokkene die tijdelijk wordt overgeplaatst naar een FPC zijn rechtspositie op basis van de Wvvgz behoudt (artikel 6:4, lid 5 Wvvgz). Dit geldt ook voor een betrokkene met een zorgmachtiging waarin de rechter heeft bepaald dat hij in een FPC moet worden opgenomen. Bepalingen met deze strekking ontbreken in de Wzd. Elders in deze consultatiereactie geven wij in overweging om bepalingen van deze strekking toe te voegen. Als hiertoe wordt overgegaan, stellen wij voor dat zij tijdens het verblijf in het FPC dezelfde rechtspositie hebben als ook andere verpleegden hebben op basis van de BVT **(V174)**.

22. Reactie op hoofdstuk 4a Cliëntenvertrouwenspersoon

22.1 Signalerende functie

De cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) houdt op basis van de Evaluatiewet de taken en bevoegdheden die hij nu ook heeft op basis van de Wzd. De Evaluatiewet voegt toe dat de cvp ook de taak heeft om cliënten en hun vertegenwoordigers te informeren. Dit is echter geen nieuwe taak, in het Besluit zorg en dwang staat nu ook al dat de cvp voorlichting geeft, zowel aan cliënten en hun vertegenwoordigers als aan medewerkers.

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft een signalerende taak, dat wel zeggen dat hij het bij de IGJ kan melden als hij tekortkomingen signaleert in de uitvoering van de gedwongen zorg of gedwongen opname voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van een cliënt. In het artikel 57 Wzd wordt deze taak correct beschreven. Verwarring ontstaat echter doordat in artikel 60a Wzd voor een heel andere formulering is gekozen. Hier gaat het om situaties waarin onvoldoende wordt gereageerd op klachten van de cvp over de uitvoering van gedwongen zorg. Naar onze indruk gaat dit om echter om dezelfde situaties als die in artikel 57 zijn bedoeld. Artikel 60a beoogt tot uitdrukking te brengen dat de cvp deze situaties in principe eerst intern meldt en pas een melding doet bij de inspectie als de interne melding niet tot opheffing van de gesignaleerde

tekortkoming leidt. Beide formuleringen keren terug in de Evaluatiewet, de ontstane verwarring blijft hierdoor dus in stand. Wij stellen voor de tekst van het tweede lid van artikel 57 te wijzigen, bijvoorbeeld als volgt:

Indien de cliëntenvertrouwenspersoon, in de uitoefening van zijn werkzaamheden op verzoek van een cliënt of vertegenwoordiger, tekortkomingen signaleert in de uitvoering van gedwongen zorg of gedwongen opnames en daardoor afbreuk wordt gedaan aan de rechten van de cliënt, kan hij dit melden bij de Wzd-functionaris.

Indien een melding bij de Wzd-functionaris niet leidt tot opheffing van de gesignaleerde tekortkoming binnen een redelijke termijn, kan de cliëntenvertrouwenspersoon hiervan melding doen aan de inspectie (V175).

22.2 Inzage dossier

Als de cvp het dossier van de cliënt wil inzien heeft hij daarvoor de uitdrukkelijke toestemming nodig van de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Wij stellen voor in de toelichting op te nemen wat bedoeld wordt met uitdrukkelijke toestemming **(V176)**. Wij menen dat deze bepaling zo moet worden uitgelegd dat alleen inzage mag worden verleend als de zorgaanbieder zeker weet dat de cliënt dan wel de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven. Dit is het geval als de cvp een schriftelijke verklaring kan overleggen waarin de toestemming wordt gegeven. Is dat niet het geval, dan moet de zorgaanbieder aan de cliënt of diens vertegenwoordiger vragen of hij de cvp inzage mag verlenen.

22.3 Locatiebezoeken

In artikel 58 wordt de vrije toegang tot de cliënt geregeld. Het spreekt wat ons betreft vanzelf dat een cvp vrije toegang heeft tot een cliënt indien deze een beroep op hem heeft gedaan. In de toelichting lezen wij dat voor het afleggen van een bezoek geen verzoek van de cliënt nodig is. Dit lijkt ons onjuist. Artikel 57 bepaalt terecht dat de cvp zijn werkzaamheden 'op verzoek van de cliënt of diens vertegenwoordiger' uitvoert. Een cvp kan dus niet ongevraagd bij een cliënt op bezoek komen. Uit de toelichting begrijpen wij dat beoogd is duidelijk te maken dat de cvp locaties kan bezoeken. Dit kan ook als een cliënt daar niet om verzocht heeft. Het lijkt ons van belang om onderscheid te maken tussen bezoek van een cliënt en artikel 58 te beperken tot bezoek van een cliënt.

Wij stellen voor om de zogeheten locatiebezoeken in een aparte bepaling te regelen. Wij stellen de volgende tekst voor: '*De cliëntenvertrouwenspersoon heeft, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is, toegang tot geregistreerde accommodaties om daar voorlichting te geven aan cliënten, hun vertegenwoordigers en zorgverleners*' **(V177)**.

22.4 Gegevens cliënt doorgeven aan cvp

Wij stellen voor om artikel 57a, lid 3 te schrappen **(V178)**. Hier wordt bepaald dat de zorgaanbieder gegevens van de cliënt of diens vertegenwoordiger aan cvp verstrekt als de cliënt of vertegenwoordiger daarvoor toestemming geeft. Hier lijkt verondersteld te

worden dat het een taak van de zorgaanbieder is om te vragen of hij gegevens van de cliënt aan de cvp mag verstrekken. Dat lijkt ons niet de bedoeling. In situaties waarin een cliënt of vertegenwoordiger een zorgaanbieder vraagt om hem behulpzaam te zijn bij het inschakelen van de cvp hoort de zorgverlener daar uiteraard gevolg aan te geven. In dat kader kan hij ook op diens verzoek gegevens van de cliënt of de vertegenwoordiger doorgeven. Op deze situatie heeft het eerste lid van artikel 57a betrekking.

22.5 Medewerking aan cvp

Tot slot stellen wij voor om in artikel 58, lid 2 de formulering '*binnen de door hem gestelde termijn*' te vervangen door '*binnen de door hem in redelijkheid gestelde termijn*' (**V179**).

23. Reactie op paragraaf 5.1 Toezicht

23.1 Melding vermissingen (artikel 60b)

Het derde lid van artikel 60b bepaalt dat de zorgaanbieder het in de melding van vermissing moet aangeven als hij het ernstige vermoeden heeft dat de cliënt '*een misdrijf als bedoeld in artikel 67, eerste lid van het Wetboek van Strafvordering*' zal plegen.

Misdrijven als bedoeld in artikel 67, eerste lid van het Wetboek van Strafvordering zijn alle misdrijven waarop een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld en daarnaast nog enkele tientallen andere misdrijven die in het Wetboek van Strafrecht en elf andere wetten zijn opgenomen. Het lijkt ons evident dat deze bepaling voor zorgaanbieders onuitvoerbaar is. Van zorgaanbieders kan niet verwacht worden dat zij weten op welke misdrijven meer dan vier jaar gevangenisstraf staat en op de hoogte zijn van de tientallen strafbepalingen uit de verschillende wetten die in artikel 60b worden genoemd. Zij kunnen dus ook niet inschatten of de vermiste cliënt deze misdrijven wellicht zal begaan.

Het is ons ook niet helder waarom dit gemeld zou moeten worden. De bepaling is overgenomen uit de Wvvgz (artikel 13:3, lid 4). In die wet heeft deze melding zin omdat vervolgens (in artikel 13:3a) wordt bepaald dat de officier van justitie op basis van zo'n melding, na machtiging door de rechter-commissaris, een opsporingsambtenaar kan bevelen de cliënt op te sporen en daarbij gebruik te maken van bepaalde opsporingsbevoegdheden. Een bepaling met deze strekking ontbreekt echter in de Wzd.

Wij stellen voor het derde lid van artikel 60b te schrappen, dan wel te vervangen door een bepaling op grond waarvan de zorgaanbieder aangeeft of door de vermissing (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel zoals bedoeld in artikel 1, lid 2 Wzd is ontstaan (**V180**). Dit kan zowel de cliënt zelf betreffen als anderen of '*de algemene veiligheid van personen of goederen*'. Zo'n melding moet dan wel een duidelijke toegevoegde waarde hebben boven de melding van vermissing zonder deze toevoeging.

23.2 Melding forensische cliënten (artikel 60b, lid 2)

Artikel 60b, lid 2 bepaalt dat zorgaanbieders het bij de minister van Veiligheid en Justitie moeten melden als een cliënt '*zich onttrekt aan gedwongen zorg*'. Naar onze indruk is

melding bij de minister alleen aan de orde als iemand, die op basis van artikel 49 is aangemerkt als een cliënt die is opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging, ongeoorloofd afwezig is. Wij stellen voor deze bepaling in die zin te wijzigen **(V181)**.

Wij stellen tevens voor om te verduidelijken of in dit geval zowel bij de politie (op basis van het eerste lid) als bij het minister (op basis van het tweede lid) gemeld moet worden **(V182)**.

24. Reactie op hoofdstuk 5 Toezicht en handhaving

24.1 Aanwijzing en bevel (artikel 61)

De Evaluatiewet introduceert de bevoegdheid van de minister om een zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing te geven als deze de wet niet of onvoldoende naleeft. In de aanwijzing wordt aangegeven welke maatregelen de zorgaanbieder moet nemen en binnen welke termijn de zorgaanbieder aan de aanwijzing moet voldoen. Voldoet een zorgaanbieder niet tijdig aan de aanwijzing, dan kan hem een last onder dwangsom worden opgelegd.

In de toelichting wordt aangegeven dat in de afgelopen jaren is gebleken dat er, naast de mogelijkheid om een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete op te leggen, behoefte bestaat aan de mogelijkheid om een aanwijzing of een bevel op te kunnen leggen. Het is ons niet duidelijk waaruit dit is gebleken. Wij verzoeken om in toelichting hierop in te gaan en tevens te verduidelijken wat deze bepaling nu precies toevoegt aan artikel 61a dat de minister eveneens de bevoegdheid geeft om last onder dwangsom op te leggen als een zorgaanbieder niet voldoet aan verplichtingen op grond van de Wzd **(V183)**.

Verder vragen wij om in de toelichting te vermelden hoe vaak in de afgelopen vijf jaar een last onder dwangsom dan wel een bestuurlijke boete is opgelegd wegens niet naleving van de Wzd **(V184)**.

Tot slot verzoeken wij om bijlage 2 bij de Algemene wet bestuursrecht te wijzigen, zodat zowel bij besluiten op grond van artikel 61 als bij besluiten op grond van artikel 61a bezwaar en beroep mogelijk wordt **(V185)**.

24.2 Misdrijven (artikel 62)

In het eerste lid wordt vrijheidsontneming strafbaar gesteld. Hierop wordt een uitzondering gemaakt voor onder meer cliënten die op basis van artikel 21 zijn opgenomen. In de toelichting wordt echter aangegeven dat artikel 21 alleen tot gevolg heeft dat iemand mag worden opgenomen, niet dat hem zijn vrijheid mag worden ontnomen. Daarvan uitgaande zou de zinsnede die betrekking heeft op cliënten die op basis van artikel 21 zijn opgenomen, geschrapt moeten worden **(V186)**. Een opname op basis van een voorwaardelijke machtiging zou toegevoegd moeten worden **(V187)**.

Wij stellen voor in het tweede lid een uitzondering te maken voor gedwongen zorgverlening in situaties waarin onmiddellijk gehandeld moet worden en geen besluit

van een zorgverantwoordelijke kan worden afgewacht **(V188)**. In de toelichting bij artikel 15 (blz. 125 van de artikelsgewijze toelichting) wordt terecht gesteld dat een zorgverlener die niet optreedt in situaties waarin onmiddellijk opgetreden moet worden, strafbaar kan zijn, maar op basis van artikel 62 en 63 is de zorgverlener die wel onmiddellijk optreedt ook strafbaar. Hij verleent immers gedwongen zorg zonder dat daaraan een beluit van de zorgverantwoordelijke ten grondslag ligt. Wij vinden dit een zeer ongewenste situatie omdat hierdoor handelingsverlegenheid ontstaat op momenten waarop nu juist onmiddellijk gehandeld moet worden.

Meer in het algemeen stellen wij voor om te heroverwegen in hoeverre het strafrecht het juiste middel is om naleving van de Wzd door individuele zorgverleners te bevorderen. Wij wijzen er in dit verband op dat niet naleving van verschillende bepalingen uit de Wzd bestuurlijk beboetbaar is. Het opleggen van bestuurlijke boetes aan individuele zorgverleners wordt terecht niet wenselijk geacht. Vandaar dat in artikel 61, lid 3 bepaald wordt dat bestuurlijke boetes aan de zorgaanbieder worden opgelegd. Wij stellen voor om ook af te zien van de mogelijkheid om strafrechtelijke boetes aan zorgverleners op te leggen **(V189)**.

24.3 Overtredingen (artikel 63)

In strijd handelen met artikel 47 en 48 wordt in artikel 63 strafbaar gesteld. Beide artikelen zijn omvangrijk en bevatten meerdere verplichtingen die bovendien gelden voor verschillende personen. Van een stafbepaling mag verwacht worden dat duidelijk is wat precies strafbaar is, deze stafbepaling voldoet daar niet aan. Ook signaleren wij dat in de Wvggz handelen in strijd met vergelijkbare bepalingen (8:17 en 8:18) niet strafbaar is gesteld. Tegen deze achtergrond stellen wij voor om artikel 47 en 48 te schrappen uit artikel 63 **(V190)**.

Bijlage 1

Schema Gelijkgestelde aandoeningen	
Aandoening	Wat moet de arts beoordelen?
Syndroom van Korsakov Ziekte van Huntington Niet-aangeboren hersenletsel	Arts moet beoordelen of sprake is van: * neurocognitieve stoornis * significante beperkingen zoals bij een pg-aandoening of verstandelijke handicap
Chronische psychische stoornis met gerontopsychiatrische problematiek	Arts moet beoordelen of sprake is van: * Significante beperkingen zoals bij een pg-aandoening of verstandelijke handicap
Autismespectrumstoornis	Arts moet beoordelen of sprake is van * neurocognitieve stoornis * significante beperkingen zoals bij een pg-aandoening of verstandelijke handicap * gebrek aan regie in het dagelijks functioneren
Psychische stoornis – gelijkstelling alleen mogelijk door de rechter in het kader van een rechterlijke machtiging (zie art. 24, lid 4 Wzd)	Arts moet beoordelen of voldaan is aan de drie in de wet genoemde criteria
Alle ander ziekten en aandoeningen (waaronder psychische stoornissen)	Arts moet beoordelen of voldaan is aan de drie in de wet genoemde criteria

Bijlage 2

Schema Ernstig nadeel in de Evaluatiewet			
	<i>Het ernstig nadeel betreft de cliënt zelf</i>	<i>Het ernstig nadeel betreft iemand anders</i>	<i>Het ernstig nadeel betreft de algemene veiligheid van personen of goederen</i>
<i>De cliënt is ter zake wilsbekwaam</i>	Wzd: Aan de cliënt kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel zoals hieronder genoemd bij a t/m g te voorkomen. Evaluatiewet: Aan de cliënt kan alleen gedwongen zorg worden verleend om acuut levensgevaar te voorkomen.	Aan de cliënt kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel zoals bedoeld bij a t/m e te voorkomen.	Aan de cliënt kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om dit ernstig nadeel te voorkomen.
<i>De cliënt is ter zake wilsonbekwaam</i>	Aan de cliënt kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel zoals hieronder genoemd bij a t/m g te voorkomen.	Aan de cliënt kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel zoals genoemd bij a t/m e te voorkomen.	Aan de cliënt kan gedwongen zorg worden verleend als dat noodzakelijk is om dit ernstig nadeel te voorkomen.
Als de volgende situaties zich voordoen, of als een aanzienlijk risico bestaat dat deze situaties zullen ontstaan, kan gedwongen zorg worden verleend ter voorkoming daarvan: a. levensgevaar; b. ernstig lichamelijk letsel; c. ernstige psychische, materiele, immateriële of financiële schade; d. ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang; e. ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of een ander; f. bedreiging van de veiligheid van de cliënt; g. de cliënt met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept.			