

Vergaderjaar 2022–2023

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

35 370

Zorg en dwang

Nr. 648

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 maart 2023

Met deze brief bied ik u, mede namens de Minister voor Rechtsbescherming, mijn beleidsreactie aan op de eerste evaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd). Allereerst wil ik mijn waardering uitspreken voor het werk van de onderzoekers van Amsterdam UMC/Trimbos, dat heeft geresulteerd in deze lijvige rapportage. In het eindrapport worden stevige conclusies getrokken: «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. Van heldere regelgeving die voldoende rekening houdt met de kenmerken van de domeinen waarin ze moet worden toegepast is geen sprake».¹

Ik vind het belangrijk om deze conclusies samen met het veld en samen met u voortvarend ter hand te nemen en om te zetten in beter uitvoerbare wetgeving. De onderzoekers bieden in hun aanbevelingen handvatten om reeds drie jaar na inwerkingtreding van deze wetten noodzakelijke en aanzienlijke wijzigingen aan te brengen in de gedwongen zorgwetgeving. Deze wijzigingen zijn nodig om mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen niet alleen op papier, maar ook in de praktijk goede rechtsbescherming te bieden. Dit is het belangrijkste doel van de wetten. Daarbij willen we met deze wetten ook belangrijke doelstellingen bereiken die te maken hebben met het terugdringen van het toepassen van dwang en het vergroten van de eigen regie van mensen die om wat voor reden ook gedwongen zorg nodig hebben. Mede door de complexiteit van de wetgeving komen deze doelen nu onvoldoende uit de verf.

De onderzoekers merken op dat wetgeving ook niet altijd het gepaste of meest geschikte instrument is om bepaalde doelstellingen te bereiken. Zij

¹ Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2, p. 311. Bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 35 370, nr. 622.

werpen terecht de vraag op of je met wetgeving überhaupt kunt bereiken dat er minder dwang wordt toegepast.² Ik realiseer me dat minder dwang vooral zal moeten komen door met de praktijk in te zetten op bewustwording, kennisvergroting en door er voor te zorgen dat zorgverleners daadwerkelijk in staat zijn om persoonsgerichte zorg te verlenen. Dat gaat niet alleen om het hebben van voldoende tijd, maar ook om het beschikken over alternatieven voor dwang. Immers, het verlenen van vrijwillige zorg is in veel gevallen minder tijdrovend dan zorg waartegen iemand zich verzet en waar je soms ook meerdere zorgmedewerkers voor nodig hebt. De evaluatie vraagt ons om in die context de juiste wettelijke kaders te scheppen. Dit vergt soms stevige keuzes. Keuzes die des te noodzakelijker zijn in het licht van toenemende schaarste en druk op de toegankelijkheid van de zorg.

Tegelijkertijd hebben de Wvggz en Wzd ook goede dingen gebracht, in lijn met de oorspronkelijke bedoeling van beide wetten. Zo merken de onderzoekers op dat de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich langzaam bewegen in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen. Het gaat voorsnog om kleine stappen. In gesprekken die ik met patiënten- en cliëntenorganisaties voer hoor ik ook terug dat deze wetten bijdragen aan meer bewustwording onder zorgverleners. Hoewel in deze eerste evaluatie nog geen afname in de toepassing van dwang is geconstateerd, is ook het eerste bemoedigende wetenschappelijk onderzoek verschenen waarin wel een significante afname gedwongen zorgverlening is vastgesteld na de invoering van de wetten.³ Ik zie dit ook terug in de praktijk waarbij zorgaanbieders de introductie van beide wetten hebben aangegrepen om kritisch te kijken naar de manier waarop zij omgaan met gedwongen zorgverlening. Patiënten en cliënten hebben mede hierdoor een positie gekregen waarin zij actief betrokken worden bij de besluitvorming over gedwongen zorg. Ook is er nu meer aandacht voor en inzet op het voorkomen van gedwongen zorg. Of deze tendens doorzet en ook geldt in de breedte van de zorg zal de komende jaren duidelijk moeten worden.

Ik zet in mijn reactie op de evaluatie allereerst uiteen welke leidende principes voor mij ten grondslag liggen aan aanpassing van de Wvggz en Wzd naar aanleiding van deze evaluatie. Vervolgens ga ik in op de grote thema's van de beide wetten, zoals deze ook uit de evaluatie blijken. De leidende principes zijn bedoeld om de gewenste richting te bepalen op de grote thema's van de Wvggz en Wzd, om zo te voorkomen dat we het grote geheel aan regels uit het oog verliezen door te veel op specifieke details in de wet- en regelgeving te focussen.

De thema's die ik in deze brief behandel, betreffen het verbeteren van de besluitvormingsprocedures over gedwongen zorg, het vertrouwenswerk, de groep mensen die geen bereidheid en geen verzet (kunnen) vertonen, de eigen regie van mensen, de samenloop tussen Wvggz en Wzd, en nog enkele andere onderwerpen waar uw Kamer specifiek naar vroeg.⁴

Aanbevelingen omtrent artikel 2.3 Wet forensische zorg

In deze brief zal nog geen inhoudelijke reactie worden geven op het vijftal aanbevelingen over artikel 2.3 Wet forensische zorg (Wfz). Via artikel 2.3 Wfz kan de strafrechter op elk moment in het strafproces op verzoek van

² Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2, p. 309. Bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 35 370, nr. 622.

³ L. Bakkum en E.H. Bisschops, e.a., *Impact of the Care and Coercion Act on recorder involuntary care in intellectual disability care: a time series analysis*, 20-11-2022.

⁴ Zie ook bijlage 2 voor de reactie op motie en toezeggingen.

de officier van justitie of ambtshalve besluiten over de afgifte van een zorgmachtiging (Wvggz) of rechterlijke machtiging (Wzd). Het is belangrijk om deze aanbevelingen in samenhang te beschouwen met de uitkomsten van het evaluatieonderzoek dat het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) naar de werking van artikel 2.3 van de Wfz heeft uitgevoerd. De beleidsreactie op dit onderwerp wordt in goed overleg met mijn ministerie voorbereid door de Minister voor Rechtsbescherming en volgt naar verwachting in het derde kwartaal van dit jaar.

Proces richting wetsvoorstel

Tot slot geef ik mijn reactie op de belangrijkste aanbevelingen die de rechtsbescherming raken en kunnen leiden tot verbetering in de praktijk. Dit betekent dat deze brief nog geen gedetailleerde uitwerking biedt van alle 70 aanbevelingen van de evaluatie en hoe het precies verwoord zal worden in eventuele wetsvoorstellen. Ik heb bij deze brief al wel een overzicht in de bijlage opgenomen met het voorgestelde vervolg op alle aanbevelingen (*bijlage 1*).

Ik wil voor de precieze uitwerking nadrukkelijk de praktijk betrekken, zoals ik ook heb gedaan bij de voorbereiding van de reactie op de evaluatie. Dit staat er echter niet aan in de weg dat ik de voorbereiding van het wetsvoorstel voortvarend ter hand zal nemen. Mijn streven is dan ook om in de eerste helft van 2024 een conceptwetsvoorstel aan uw Kamer te sturen.

Leidende principes voor gedwongen zorg wetgeving

Uit de evaluatie heb ik een aantal leidende principes gedestilleerd die voor mij als toetsingskader dienen. Deze principes hoor ik ook terug in de gesprekken met de veldpartijen die over beide wetten zijn gevoerd.

Terug naar de kern. De wetten regelen de procedures waarmee een inbreuk op grondrechten wordt gemaakt. Uit de evaluatie blijkt dat de gedwongen zorgwetten te veel beleidsdoelen nastreven die verder gaan dan het regelen van de rechtspositie van mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen. Ik wil de centrale doelstelling van de wetten, het bieden van rechtsbescherming voor patiënten en cliënten, weer vooropstellen. Dat betekent ook dat ik nadrukkelijk zal kijken naar andere manieren dan wetgeving om de overige doelen, zoals het verbeteren van zorg, te bereiken.

Van regels naar principes. We streven naar wetgeving die meer «principal based» is en niet tot op detailniveau vastlegt hoe zaken geregeld moeten worden. Op deze manier is meer maatwerk mogelijk dat past bij de zorgbehoefte van de mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen. Het terugdringen van dwang zullen we ook samen met zorgverleners moeten doen. Hiervoor is het nodig om vertrouwen terug te geven aan de professionals en hen in staat te stellen om in complexe situaties samen met de patiënt en de cliënt of vertegenwoordiger de juiste afwegingen te maken. Daarbij staat voor mij het principe voorop dat de patiënt of cliënt een gelijkwaardige gesprekspartner is en dat als zorgverleners besluiten moeten nemen over gedwongen zorg, de persoon om wie het gaat hierbij in een vroeg stadium wordt betrokken.

Begrijpelijkheid. Daarnaast moet de wetgeving toegankelijk, begrijpelijk en uitlegbaar zijn. Het is essentieel voor het daadwerkelijk bieden van rechtsbescherming dat de mensen die het betreft weten wat hun rechten zijn en dat zorgverleners weten wat van hen wordt verwacht. Daarom streven we naar reductie van complexiteit in de overtuiging dat dit de

uiteindelijke rechtsbescherming ten goede komt. Dit is ook wat de evaluatie laat zien.

Meer tijd voor zorgverlening. Gedwongen zorg moet altijd het laatste redmiddel zijn. Inzetten op vrijwillige alternatieven is beter voor de cliënt of patiënt en levert ook tijdwinst op omdat besluitvorming over gedwongen zorg dan niet nodig is. Indien dwang toch onvermijdelijk blijkt, dient die zorg transparant en toetsbaar te worden uitgevoerd. Daarom is het belangrijk dat alle zorg goed wordt vastgelegd volgens in beide wetten opgenomen zorgvuldige procedures. Dit proces kan en moet echter beter en minder tijdrovend. Ook op die manier hebben zorgverleners meer tijd om zorg en aandacht te besteden aan de cliënt of patiënt.

Meer synergie tussen beide wetten. Veldpartijen vragen ons om met urgentie de uitvoerbaarheid van de Wvggz en Wzd te verbeteren. Die uitvoerbaarheid kan aanzienlijk worden verbeterd door meer synergie tussen de wetten aan te brengen (bijvoorbeeld door meer eenheid van taal) en problemen rond de overgang van de ene wet naar de andere op te lossen. De vraag of de twee wetten weer moeten worden teruggebracht naar één wet komt nu te vroeg om gedegen te beantwoorden. Bovendien zitten veldpartijen op dit moment niet te wachten op het heropenen van deze discussie met een langduriger wetstraject als gevolg. Bovendien staan de grondgedachten van een stappenplan voor de Wzd, respectievelijk een rechterlijke toets voor de Wvggz op dit moment niet ter discussie.

1. Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)

1.1 Inleiding Wvggz

Uit de evaluatie komt naar voren dat de Wvggz een complexe wet is geworden, onder meer doordat de wet meerdere doelstellingen nastreeft. De Wvggz is in essentie een rechtsbeschermingswet, bedoeld om op zorgvuldige wijze te regelen dat in uiterste gevallen iemands grondrechten kunnen worden ingeperkt. Daarnaast wordt de wet gezien als behandelwet, omdat niet alleen de opname maar ook de verplichte zorg wordt geregeld. En waar gedwongen zorgwetgeving een betere keuze tussen zorg en straf wil faciliteren, lijkt een tegenstelling tussen een zorgwet versus een veiligheidswet te ontstaan. Daarom wil ik in de uitwerking de rechtsbescherming duidelijker centraal stellen, conform mijn hierboven geschetste leidende principes.

1.2 Rechtsbescherming en eigen regie betrokkene binnen de Wvggz

De mogelijkheden voor betrokkene om eigen regie te kunnen (her)pakken uitbreiden en de informatievoorziening aan betrokkene wil ik verbeteren. Hiermee zorg ik dat er meer maatwerk mogelijk is om waar mogelijk tegemoet te komen aan de wensen en voorkeuren van een persoon voor wie verplichte zorg wordt

voorbereid of die verplichte zorg ontvangt, zonder af te doen aan diens rechtsbescherming. Daar hoort bij dat deze zo goed mogelijk wordt geïnformeerd over rechten en plichten, op een manier die bij de persoon past.

Eigen regie-instrumenten

Ik wil de huidige instrumenten voor eigen regie (zorgkaart, eigen plan van aanpak en zelfbindingsverklaring) verduidelijken en optimaliseren, en waar nodig in de procedures flexibiliseren. Het herpakken van eigen regie kan leiden tot het voorkomen of versneld afbouwen van verplichte zorg. Uit de evaluatie blijkt echter dat de huidige instrumenten in de wet te rigide en ingewikkeld zijn. De instrumenten worden weinig gebruikt, ondanks dat het bestaan ervan breed wordt gewaardeerd. Om betrokkenen beter in staat te stellen van deze instrumenten gebruik te maken, overweeg ik daarom een aantal wijzigingen.

Zo wil ik het eigen plan van aanpak uit de strakke procedurele binding van de voorbereidingsprocedure voor een zorgmachtiging halen. Het plan van aanpak moet een rol spelen wanneer het voorkomen van verplichte zorg nog of weer tot de mogelijkheden behoort. Dat is bijvoorbeeld voorafgaand aan de voorbereidingsprocedure voor een zorgmachtiging of bij het overwegen van (voortijdige) beëindiging van verplichte zorg. In de huidige procedure kan het eigen plan van aanpak pas worden ingezet op het moment dat verplichte zorg al wordt voorbereid. Op dat moment kan verplichte zorg vaak niet meer voorkomen worden. Daarnaast is er te veel tijdsdruk voor de betrokkene. Ik neem bij de uitwerking ook de resultaten mee van de pilot «Eigen Plan van Aanpak» bij Dimence en Arkin in samenwerking met het Ketencoördinatieteam (KCT)⁵. Deze pilot wordt in de eerste helft van 2023 afgerond. Bij succesvolle resultaten zal gekeken worden hoe dit breder verspreid kan worden onder andere instellingen.

Om de effectiviteit van de zelfbindingsverklaring te verbeteren ben ik voornemens om hiervoor een duidelijke procedure voor te stellen. Met een zelfbindingsverklaring verbindt de betrokkene zich aan welke verplichte zorg in welke omstandigheden mag worden verleend.

Ik kijk daarnaast hoe ik de ondersteuning door vertrouwenspersonen bij deze instrumenten kan verstevigen. Zie hiervoor ook de paragraaf over vertrouwenswerk.

Informatievoorziening aan betrokkene

Mijn bedoeling is om de informatievoorziening aan betrokkene overzichtelijker te maken waarbij ik alle procedures tegen het licht houd en waar mogelijk het aantal brieven aan betrokkene probeer te verminderen. Daarbij blijven schriftelijke vastleggingen die noodzakelijk zijn vanuit rechtsbeschermingsoogpunt (rechtszekerheid, uitoefenen klachtrecht, instellen beroep) gehandhaafd. Ik ben het van harte eens met de aanbeveling 6 om meer nadruk te leggen op mondelinge informatievoorziening en brieven te zien als sluitstuk.

De onderzoekers zijn namelijk helder als het gaat over de informatievoorziening aan betrokkene: die wordt overspoeld met schriftelijke en complexe brieven. Bijvoorbeeld als iemand via een crisismaatregel wordt opgenomen op de High Intensive Care Unit (HIC), binnen enkele dagen wordt overgeplaatst naar een reguliere gesloten afdeling en vervolgens binnen enkele weken de rechter de voortzetting van de crisismaatregel en

⁵ Bij Dimence wordt tijdens deze pilot door het evalueren van casussen binnen de instelling onderzocht wat helpt bij het voorkomen van verplichte zorg. Dit is niet alleen via het middel van een eigen plan van aanpak, maar wordt breder bekeken. Bij Arkin wordt onderzocht hoe de betrokkene het beste geïnformeerd kan worden, hoe het format optimaal aangepast kan worden en hoe er een optimale ondersteuning bij het opstellen van het plan gerealiseerd kan worden.

een zorgmachtiging afgeeft. Op elk moment krijgt de betrokkene een brief met veel en complexe informatie, waar dubbelingen in zitten. De schriftelijke informatiemomenten die juist bedoeld zijn om de betrokkene goed te informeren over diens rechtspositie, schieten hun doel voorbij en kunnen zelfs averechts werken. Ik zal dit onderwerp in den brede bezien, omdat dit onderwerp overlap vertoont met andere thema's van de evaluatie.

Assertieve en verplichte zorg

Een belangrijke vraag die de evaluatie opwerpt, is of verzet voldoende herkend wordt binnen de kaders van een zorgmachtiging. Geconstateerd wordt dat veel zorgmachtigingen uiteindelijk niet leiden tot de daadwerkelijke toepassing van de door de rechter opgelegde vormen van verplichte zorg. Dan kan in lijn zijn met het doel van de wet omdat de zorg in de praktijk alsnog vrijwillig wordt geaccepteerd – al dan niet omdat de rechter het heeft gelegitimeerd. Dan werkt de zorgmachtiging vergelijkbaar met het onder de Bopz veelgebruikte instrument van de voorwaardelijke machtiging. Maar het kan ook zijn dat de legitimering van verplichte zorg door de zorgmachtiging leidt tot «verborgen dwang» omdat verzet niet (meer) wordt herkend of erkend. De aanbeveling aan het veld om het onderscheid tussen assertieve en verplichte zorg te verhelderen, wordt opgepakt door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). In dit verband vind ik het ook belangrijk te benadrukken dat de betrokkene bij vragen of klachten over zorg altijd recht heeft op advies en bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon. Dat is al zo op grond van de huidige wet en is niet gelimiteerd tot verplichte zorg.

1.3 Procedures Wvggz

De betrokkene wordt met informatie en keuzes overspoeld op kwetsbare momenten en zorgprofessionals spenderen veel tijd aan administratieve handelingen. Tijd die ten koste gaat van goede zorgverlening. Ik ben daarom voornemens om procedures in de Wvggz te vereenvoudigen, in lijn met onder meer aanbevelingen 3 en 9. Ook uit de taak- en spiegelgroepen zijn suggesties gekomen die hieraan kunnen bijdragen. Een wijziging in de procedure zal vaak ook een wijziging in de informatievoorziening tot gevolg hebben en vice versa. Ook de eerdergenoemde voorstellen om de eigen regie-instrumenten te verbeteren, kunnen als positief neveneffect een verbetering van de uitvoerbaarheid voor de zorgprofessional hebben.

Toets van wilsbekwaamheid

Mijn voornemen is om de toets van wilsbekwaamheid van de betrokkene alleen te laten plaatsvinden op het moment dat het ertoe doet. Op dit moment vindt de wilsbekwaamheidstoets op drie verschillende momenten plaats: bij de start van de voorbereiding voor een zorgmachtiging, op het moment van afgifte van de zorgmachtiging en bij de toepassing van verplichte zorg. Dit maakt de toets complex, volgens aanbeveling 7. Wilsbekwaamheid is een contextueel begrip met een fluctuerend karakter. Daarom zou toetsing moeten worden beperkt tot het moment waarop de zorgverantwoordelijke beslist over de daadwerkelijke toepassing van verplichte zorg. Daarmee kan ook beter recht worden gedaan aan het uitgangspunt dat, conform internationale verplichtingen, wilsbekwaam verzet gehonoreerd dient te worden.

Vier-weken-periode

Ik wil een aantal activiteiten uit de vier-weken-periode van de procedure van de voorbereiding van een zorgmachtiging halen, zoals voorgesteld in aanbeveling 9. Deze procedure is belastend voor de betrokkene, zorgprofessional en officier van justitie. Opties zijn het uit de procedure halen van de aanwijzing van de geneesheer-directeur als deze zelf de aanvraag indient en het elders positioneren van het eigen plan van aanpak. Ik acht hierbij wel van belang dat de ketenpartijen, in lijn met verschillende aanbevelingen, een multidisciplinaire veldnorm opstellen die ook ingaat op de wensen en voorkeuren van betrokkene en het voorkomen van verplichte zorg voordat de voorbereidingsprocedure wordt gestart. Partijen hebben aangegeven deze handschoen op te willen pakken.

Beëindiging van verplichte zorg

Ook voor de beëindiging van de verplichte zorg wil ik enkele stappen heroverwegen. Indien verplichte zorg niet meer aangewezen is, acht ik het van belang dat we op het oordeel van de zorgprofessional vertrouwen voor de beëindiging daarvan. Indien betrokkene verplicht is opgenomen en er bij de voorbereiding van de machtiging sprake was van ernstig nadeel voor een ander, dan moet de geneesheer-directeur voor de beëindiging van verplichte zorg overleg voeren met de burgemeester, respectievelijk de officier van justitie en het college van burgemeester en wethouders. In deze gevallen is daarnaast ook een nieuwe medische verklaring van een onafhankelijk psychiater vereist. In lijn met aanbeveling 14 stel ik voor dit verplichte overleg te vervangen door een tijdige kennisgeving van beëindiging. Het overleg biedt volgens de onderzoekers en de taakgroepen geen meerwaarde. Ik stel ook voor om de vereiste tweede medische verklaring te laten vervallen. Uit de taakgroepen volgt dat dit een wettelijk vereiste is dat weinig toevoegt aan het besluit van de geneesheer-directeur omtrent de beëindiging. Ik vind het veel belangrijker dat ggz en gemeente met elkaar en met betrokkene kijken wat nodig is om weer deel te nemen aan de maatschappij.

Verkennen van vrijwillige alternatieven

Ik wil meer ruimte in de wet creëren om vrijwillige alternatieven beter te kunnen verkennen. Met het verkennend onderzoek kan het college van burgemeester en wethouders bezien of er een noodzaak tot verplichte geestelijke gezondheidszorg is. Hiervoor heeft het college nu twee weken. Als in het vervolg op het verkennend onderzoek de voorbereiding voor een zorgmachtiging wordt gestart, hebben de geneesheer-directeur en zorgverantwoordelijke vier weken om te komen tot een verzoekschrift voor een zorgmachtiging. Tegelijkertijd dienen zij vrijwillige alternatieven te onderzoeken. Voornoemde termijnen zijn soms te kort, bijvoorbeeld als betrokkene (nog) niet goed in beeld is. Ik stel daarom voor deze termijnen te versoepelen.

Hoorplicht

Ik ben voornemens om uit de procedure tot afgifte van een crisismaatregel de hoorplicht van de burgemeester te schrappen conform aanbeveling 15 en om de gegevensuitwisseling aan te passen. Deze procedure moet snel en effectief kunnen verlopen, zodat de betrokkene niet verstoken blijft van de nodige zorg. Uit de ketenmonitor en de evaluatie volgt dat de plicht van de burgemeester om, zo mogelijk, de betrokkene te horen voordat de crisismaatregel wordt afgegeven, slecht mogelijk is op het crisismoment en dat het vaak niet lukt. Terwijl de hoorplicht wel voor alle betrokkenen verdragend werkt. Ook leidt het horen zelden tot een

ander besluit. Deze procedurele stap heeft daarom beperkte meerwaarde. Wat betreft de gegevensuitwisseling heeft de psychiater ten behoeve van de medische verklaring de mogelijkheid om de relevante strafvorderlijke en justitiële gegevens van betrokkene bij het Openbaar Ministerie op te vragen. Van deze mogelijkheid wordt weinig gebruik gemaakt, omdat de verwerking en het anonimiseren van deze gegevens door het Openbaar Ministerie de nodige tijd in beslag neemt terwijl het ernstig nadeel vaak al blijkt uit de crisissituatie. In de procedure van de machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel is meer tijd om deze gegevens toe te voegen. Ik acht het daarom beter passend om de relevante strafvorderlijke en justitiële gegevens altijd toe te voegen in de procedure van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel bij de rechter in plaats van bij de crisismaatregel.

Aanwezigheid officier van justitie bij mondelinge behandeling

Uit de evaluatie volgt dat de structurele aanwezigheid van de officier van justitie bij de mondelinge behandeling bij de rechter in de zorgmachtigingsprocedure niet noodzakelijk is. Ook in de praktijk zien weinig partijen de meerwaarde in van diens aanwezigheid. Dit komt mede doordat het dossier voor de rechter onder de Wvggz rijker is dan onder de Wet Bopz. Ik ben daarom voornemens om aanbeveling 12 op te volgen en het uitgangspunt te veranderen van «aanwezig, tenzij» naar «afwezig, tenzij». De meerwaarde van de aanwezigheid van de officier van justitie kan er wel zijn als er een strafrechtelijke component is, als het juridisch complex is of als de geneesheer-directeur, zorgverantwoordelijke of de rechter dat noodzakelijk acht.

Hoger beroep

De evaluatie geeft mij geen aanleiding om het ontbreken van de mogelijkheid tot hoger beroep te herzien. Op grond van de Wvggz staat geen hoger beroep open tegen rechterlijke beslissingen over een zorgmachtiging, crisismaatregel of machtiging tot voorzetting van een crisismaatregel. De gedachte hierachter is dat de betrokkene op een relatief korte termijn een definitief rechterlijk oordeel heeft. Wel staat cassatie bij de Hoge Raad open. Hiermee blijft de Wvggz in lijn met de Wet Bopz. Wel wil ik de wet verduidelijken als het gaat over de mogelijkheid van hoger beroep tegen een oordeel omtrent schadevergoeding. De Hoge Raad heeft geoordeeld dat hoger beroep dan in bepaalde gevallen wel mogelijk is.⁶ Dit heeft het onwenselijke gevolg dat betrokkene bij verschillende gerechtelijke instanties dient te zijn om rechtsmiddelen in te zetten.

1.4 Kostenonderzoek Wvggz

De bevindingen van het kostenonderzoek uit de evaluatie sterken mij in mijn overtuiging dat de procedures van de Wvggz vereenvoudigd dienen te worden.⁷ Zorgvuldige procedures ten behoeve van rechtsbescherming kosten tijd en geld, maar dienen goede zorgverlening niet in de weg te staan. De evaluatie heeft inzichtelijk gemaakt welke stappen een significante tijdsbesteding vragen.

⁶ Hoge Raad, 20 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1806.

⁷ Dit kostenonderzoek richt zich alleen op de Wvggz. In 2021 is het door de NZa uitgevoerde kostenonderzoek naar de Wzd en de reactie daarop aan uw Kamer aangeboden. Kamerstuk 35 370, nr. 8.

Ik zie dan ook voldoende aanknopingspunten om de procedures te vereenvoudigen, zodat zorgprofessionals meer tijd voor patiëntenzorg hebben.

Uit de evaluatie blijkt dat de geschatte kosten en de tijdsbesteding voor de uitvoering van de procedure van de zorgmachtiging aanzienlijk zijn, in het bijzonder voor de ggz.⁸ De onderzoekers hebben ervoor gekozen om het kostenonderzoek te richten op het maken van kostenschattingen van de tijdsbesteding aan de procedure van de zorgmachtiging van het Openbaar Ministerie, de rechtspraak en de ggz. Daarbij is voor de geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers ook een vergelijking gemaakt met de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz.

Ik ben niet voornemens om nu een breder kostenonderzoek uit te laten voeren, zoals aanbeveling 57 vraagt. De behoefte uit het veld is om snel, doch grondig, tot vereenvoudiging van de wet te komen. Daar zet ik op in. Een nieuw Wvvgz-breed kostenonderzoek zal tot ongewenste vertraging van dat traject kunnen leiden. Wel ga ik met de NZa en de NLggz in overleg over het zorgprestatie-model in het licht van de uitkomsten van dit kostenonderzoek.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) is een bijstelling van het macrokader ggz afgesproken. In de onderliggende onderzoeken die daaraan ten grondslag liggen, is de Wvvgz meegenomen als een van de redenen voor die bijstelling. Met de IZA-partijen is evenwel afgesproken om de kosten van de Wvvgz te monitoren. Ik ben met het Zorginstituut Nederland in overleg of dit mogelijk is, gezien de monitor van de uitgaven van het zorgprestatie-model die zij gaat uitvoeren. Een monitor van de kosten van de Wvvgz zal naar verwachting niet eerder opgezet kunnen worden dan in het tweede kwartaal van 2023, omdat de declaratiedata eerder nog niet volledig genoeg zijn.

1.5 Uitvoering Wvvgz

Een betere uitvoerbaarheid zit niet alleen in het vereenvoudigen van wettelijke procedures. Vooruitlopend op wijziging van wetgeving kunnen de ketenpartners al aan de slag met enkele aanbevelingen. Een belangrijke is de doorontwikkeling van veldnormen over een verantwoorde toepassing en onderbouwing van verplichte zorg en verduidelijking van het begrip verzet. De NVvP zal deze handschoen oppakken. MIND zal met een voorstel komen om het gebruik en bereik van de eigen regie instrumenten te verbeteren. Gemeenten en GGZ-aanbieders gaan beter samenwerken om te kijken wat iemand nodig heeft om weer deel te nemen aan de maatschappij. Ik wil hierbij wel de kanttekening maken dat partijen al sinds de implementatieperiode invulling geven aan de ruimte voor verbeteringen van de uitvoerbaarheid buiten wetgeving. De ketenpartners hebben sinds 2016 samengewerkt om de Wvvgz te implementeren en daarvoor veel werk verzet, onder meer in het opstellen (en vereenvoudigen) van alle brieven en het maken van handleidingen en werkafspraken.⁹ Dat er ondanks deze inzet van alle betrokken partijen knelpunten zijn gesignaleerd, onderstreept de urgentie voor een wetswijziging. Dat neem ik ter harte en ik kies er dan ook voor om nu eerst te focussen op het daadwerkelijk wegnemen van knelpunten in de wetgeving. Daarbij verwacht ik medio 2023 de resultaten van een verdiepingsonderzoek naar de manieren waarop zorgaanbieders zelf kunnen bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van de Wvvgz,

⁸ Ook van de geschatte kosten van de uitvoering van de Wet Bopz werd in 2016 geconcludeerd dat die als aanzienlijk kunnen worden beschouwd. Kamerstuk 32 399, nr. 34.

⁹ Zie: <https://wvvgz-kct.nl/>.

bijvoorbeeld door het ontwikkelen van best practices. De uitkomsten hiervan kan ik naar verwachting waar relevant meenemen in het komende wetstraject.

2. Wet zorg en dwang (Wzd)

2.1 Inleiding Wzd

Net als de Wvggz is de Wzd een complexe wet, mede door de langdurige ontstaansgeschiedenis en een grote hoeveelheid aan wijzigingen die gedurende dit proces zijn aangebracht. De onderzoekers geven aan dat er nog weinig bekend is over de effecten van de Wzd op het verminderen van onvrijwillige zorg. Wel geven zij aan dat er de indruk is dat sprake is van een beperkt, maar gunstig effect op het terugdringen van dwang, mede door een toename van bewustwording en de verplichting voor zorgverleners om een uitgebreide besluitvormingsprocedure over onvrijwillige zorg te volgen.¹⁰ Dit heeft echter ook geleid tot een toename van de administratieve lasten die volgens de evaluatie niet altijd te rechtvaardigen is.

De complexiteit van de wet terugdringen

Ik zie het dan ook als een belangrijke taak om de complexiteit van de Wzd terug te dringen en de wet begrijpelijker en toegankelijker te maken. Rechtsbescherming kan immers alleen uit de verf komen als cliënten weten waar zij recht op hebben en zorgverleners weten en begrijpen aan welke verplichtingen zij moeten voldoen. Ik wil daarnaast nadrukkelijk de bedoeling van de Wzd vooropstellen en daarmee procedures minder rigide in wet- en regelgeving vastleggen.

Het bieden van eigen regie aan cliënten is een onderwerp dat ook in de beide kwaliteitskaders voor de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg een prominente plek inneemt, evenals de Wkkgz en de Wet langdurige zorg (Wlz). Ik wil onnodige dubbelingen wegnemen en bevorderen dat het gedachtegoed van de Wzd wordt geïntegreerd in het bredere gesprek dat wordt gevoerd over de kwaliteit van de (langdurige) zorg. Om dit te bewerkstelligen wil ik, naast aanpassing van wet- en regelgeving, ook meer aandacht besteden aan kennisvergroting in de praktijk. Hoe ik dit concreet voor me zie beschrijf ik verderop in deze brief.

2.2 Stappenplan Wzd

Ik wil de besluitvorming over onvrijwillige zorg (het zogeheten stappenplan) op een andere manier vormgeven, waarbij ik meer mogelijkheden wil geven aan zorgverleners om in dialoog met de cliënt en vertegenwoordiger maatwerk toe te passen.

De evaluatie laat zien dat de multidisciplinaire besluitvorming van het stappenplan bijdraagt aan bewustwording en daarmee het zoeken naar alternatieven voor onvrijwillige zorg bevordert. Dit positieve effect van het stappenplan zie ook ik terug in de praktijk. Zo zie ik dat zorgaanbieders sinds de komst van de Wzd meer aandacht hebben voor het voorkomen van onvrijwillige zorg door in een vroeg stadium multidisciplinair naar onbegrepen gedrag te kijken en alternatieven voor onvrijwillige zorg te bespreken.

¹⁰ Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2, p. 300. Bijlage bij Kamerstukken 25 424 en 35 370, nr. 622.

Tegelijkertijd deel ik met de onderzoekers de mening dat de wijze waarop het stappenplan juridisch is vormgegeven te complex is en te weinig flexibiliteit biedt. Ik wil daarom inzetten op een nieuwe procedure die essentiële elementen, zoals periodiek multidisciplinair overleg en waar nodig de inzet van een «frisse blik», behoudt. De nieuwe procedure moet echter minder knellend voorschrijven wanneer welke stap moet worden gezet en wat precies besproken moet worden. Dit is namelijk een kwestie van maatwerk.

Hierbij wil ik gebruik maken van het advies dat een brede coalitie van 17 veldpartijen uit de ouderen- en gehandicaptenzorg (cliënten, aanbieders en professionals) onlangs heeft gesloten over een nieuwe procedure.¹¹ Dit advies bevat voorstellen om de besluitvormingsprocedure omtrent onvrijwillige zorg aan te passen en te flexibiliseren. Zo wordt voorgesteld om de vaste evaluatietermijnen grotendeels te laten vervallen. In plaats daarvan zouden zorgverleners conform de professionele standaard en in samenspraak met de cliënt of vertegenwoordiger kunnen besluiten wanneer evaluaties plaatsvinden. Een ander onderdeel is het meer ruimte bieden om per overleg te bepalen welke deskundigheid bij het multidisciplinair overleg gewenst is.

Daarnaast bevat het advies voorstellen die de positie van cliënten verder versterken. Voorgesteld wordt om cliënten en vertegenwoordigers de mogelijkheid te geven om het initiatief te nemen voor een tussentijdse evaluatie van het zorgplan en om hen beter te betrekken bij de voorbereidingen op de bespreking hiervan. Ook wordt de mogelijkheid naar voren gebracht om cliënten en vertegenwoordigers zelf advies van een deskundige te laten vragen en worden zij actiever gewezen op ondersteuning van een cliëntenvertrouwenspersoon. Tot slot blijft de belangrijke toetsende rol van de Wzd-functionaris in het voorstel geborgd.

Dit advies dient voor mij als basis bij het ontwerpen van een nieuwe wettelijke regeling. Ik acht het wel van belang om dit voorstel verder te toetsen aan de dagelijkse zorgpraktijk. Ik wil er immers van verzekerd zijn dat zorgverleners het begrijpen en uit kunnen voeren, dat deze nieuwe procedure goed in de ECD-systemen ingebouwd kan worden en dus daadwerkelijk bijdraagt aan vermindering van administratieve lasten. Ook wil ik in het bijzonder kijken naar de uitwerking van deze nieuwe procedure voor de ambulante zorg en bij cliënten met een forensische achtergrond. Hierover treed ik in overleg met de betrokken partijen. Voorts zal ik voor de verdere uitwerking van het voorstel uiteraard in gesprek gaan met cliënten(raden).

Met bovenstaande actiepunten handel ik in lijn met de aanbeveling uit de evaluatie om het stappenplan minder rigide te maken en meer ruimte voor professionals te scheppen. Tegelijkertijd meen ik hierdoor ook recht te blijven doen aan de positie van cliënten die met onvrijwillige zorg te maken krijgen. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat onvrijwillige zorg alleen wordt ingezet als het echt niet anders kan en dat deze tijdig en grondig wordt geëvalueerd.

¹¹ «Van stappenplan naar maatwerk in dialoog», 3 januari 2023. Opgesteld door brancheorganisaties ActiZ, VGN, ZorgThuisNL, Federatie Landbouw en Zorg, BVKZ, SPOT, SOLO Partners, beroepsverenigingen Verenso, NVAVG, V&VN, NVO, NIP en cliëntenorganisaties LOC, Ieder(in), LSR, KansPlus en Alzheimer Nederland.

2.3 Positie cliënten die zich niet verzetten binnen de Wzd

In de evaluatie is ook uitgebreid aandacht besteed aan de positie van cliënten die zich niet kunnen verzetten en tegelijkertijd geen bereidheid kunnen tonen. In de Wzd zijn voor deze groep op twee punten specifieke bepalingen met waarborgen opgenomen. Ten eerste moet bij drie vormen van zorg (toedienen van gedragsbeïnvloedende medicatie buiten de richtlijn, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting) de procedure voor onvrijwillige zorg gevolgd worden, ook als de vertegenwoordiger instemt en de cliënt zich niet verzet. Ten tweede is voor opname en verblijf een besluit door het CIZ vereist. Dit laatste is het zogeheten artikel 21-besluit.

Met het opnemen van deze bepalingen 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 die beoogde rechtsbescherming niet goed aansluit bij de dagelijkse zorgpraktijk en kan leiden tot (administratieve) verplichtingen die door zorgverlener en vertegenwoordiger van de 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. Hierbij benadruk ik dat bij verzet van de cliënt of vertegenwoordiger de regels over de besluitvorming ten aanzien van onvrijwillige zorg of opname (rechterlijke machtiging) van toepassing zijn.

Toepassing van het stappenplan bij cliënten die zich niet verzetten maar ook niet instemmen (artikel 2, lid 2)

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. 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 situaties niet in één standaardprocedure te vangen is.

Ik hecht er wel aan dat er juist voor deze kwetsbare groep waarborgen zijn die rekening houden met de specifieke, kwetsbare doelgroep en de aard van de zorg. Daarnaast zal de IGJ dit ook betrekken bij het toezicht. Vandaar mijn voornemen om de zorgaanbieder te verplichten deze waarborgen in het beleidsplan op te nemen, waarbij hij bij het formuleren van waarborgen rekening zal moeten houden met de diversiteit aan situaties die de evaluatie schetst. Dit beleidsplan moet volgens de Wzd om advies worden voorgelegd aan de cliëntenraad, maar ik ben voornemens dit adviesrecht te vervangen door een instemmingsrecht. Hiermee wil ik de positie van de cliëntenraad binnen de Wzd verstevigen.

Opname en verblijf op basis van een besluit door het CIZ (artikel 21)

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. Het besluit van het CIZ heeft immers alleen betrekking op het opnemen van de cliënt en niet op het toepassen van onvrijwillige zorg.

Voor het toepassen van onvrijwillige zorg kent de Wzd het reeds genoemde stappenplan. Daarmee verschilt de rechtsbescherming van cliënten die op basis van een artikel 21-besluit zijn opgenomen niet van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen en met onvrijwillige zorg te maken krijgen. De waarde van de artikel 21-procedure beperkt zich derhalve tot een waarborg voorafgaand aan de opname.

In gesprekken die ik reeds met veldpartijen heb gevoerd, komt terug dat veel partijen waarde hechten aan de aanwezigheid van een waarborg voorafgaand aan opname van een cliënt. Ik deel deze mening. Tegelijkertijd blijkt uit de evaluatie dat er voldoende aanleiding is om de procedure van artikel 21 kritisch tegen het licht te houden. Ik wil daarom samen met de praktijk kijken naar een andere procedure dan het huidige besluit waarbij het ClZ een toetsing verricht. Op dit moment denk ik onder andere aan een extra toetsende rol van de Wzd-functionaris of andere zorgverleners. Daarnaast zie ik of er tevens een rol voor de cliëntenvertrouwenspersoon is weggelegd.

In het licht van mijn voornemen om de procedure van artikel 21 in zijn geheel te herzien zullen de herbeoordelingen van artikel 21 tot het moment van inwerkingtreding van een wetswijziging in beginsel niet plaatsvinden. De IGJ zal hier in haar toezicht rekening mee houden. Met de inwerkingtreding van de Wzd in 2020 zijn de bestaande besluiten tot opname en verblijf (artikel 60 van de wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen) van rechtswege omgezet in een besluit tot opname en verblijf op grond van artikel 21 Wzd. Een besluit tot opname en verblijf op grond van de Wzd heeft een geldigheidsduur van maximaal vijf jaar, terwijl dergelijke besluiten onder de Bopz geen geldigheidsduur kenden.

Dit betekent dat alle omgezette besluiten op 1 januari 2025 aflopen en dat naar verwachting circa 23.000 besluiten opnieuw aangevraagd en beoordeeld zullen moeten worden. Dit vormt een grote uitvoeringslast en zal tot problemen leiden bij zorgaanbieders en het ClZ. Dit terwijl de situatie van de meeste cliënten na vijf jaar niet gewijzigd is ten opzichte van hun oorspronkelijke opname en verblijf. Niettemin wil ik de mogelijkheid tot herbeoordelingen beschikbaar houden indien de cliënt daaraan hecht. Het zal mogelijk blijven voor cliënten en vertegenwoordigers om, indien gewenst, in individuele gevallen te vragen of een besluit tot opname en verblijf nog steeds is aangewezen.

Ten slotte wil ik sterker inzetten op het goed kunnen herkennen van verzet. De evaluatie laat zien dat verzet niet altijd wordt herkend of als zodanig geduid, terwijl het essentieel en onderdeel is van kwalitatief goede zorg om verzet bij cliënten te her- en erkennen. Ook als dit cliënten betreft bij wie verzet soms moeilijk te zien is. Daarom wil ik, in lijn met aanbeveling 59, middelen vrijmaken voor het ontwikkelen van een richtlijn om verzet bij cliënten die geen verzet laten zien toch te herkennen.

2.4 Varia Wzd

Ik zie nog andere mogelijkheden om de Wzd beter uitvoerbaar te maken en de rechtspositie van de cliënten te verbeteren. Ik denk hierbij aan het vereenvoudigen van het begrippenstelsel, het verbeteren van de klachtgronden en het uitbreiden van de lijst met beroepsgroepen die als Wzd-functionaris kunnen optreden. Daarnaast wil ik kritisch kijken naar het huidige onderscheid tussen ambulante en intramurale onvrijwillige

zorg, en naar de aanvullende eisen voor ambulante onvrijwillige zorg in de AMvB.¹²

Ik wil het complexe begrippenstelsel vereenvoudigen en verduidelijken, zodat de Wzd begrijpelijker wordt voor zorgverleners die de wet moeten uitvoeren. Ik denk hierbij onder andere aan de begrippen locatie en accommodatie, de reikwijdte van de Wzd en het cliëntenbegrip. Verder zijn er geen goede redenen waarom de Wvggz meer klachtgronden kent dan de Wzd. Daarom ben ik voornemens om deze bepalingen van de Wzd meer gelijk te trekken met de Wvggz. Ik wil het bijvoorbeeld net als in de Wvggz mogelijk maken dat cliënten kunnen klagen over de toepassing van de huisregels. Hiermee zetten we concrete stappen die de rechtsbescherming van cliënten ten goede komen.

Om de uitvoerbaarheid te vergroten overweeg ik de functie van Wzd-functionaris ook open te stellen voor de verpleegkundig specialist. De Wzd-functionaris is een belangrijke en onomstreden waarborg binnen de Wzd. Tegelijkertijd blijkt uit de evaluatie dat zorgverleners onderschrijven dat het aanbod aan Wzd-functionarissen beperkt is. Het ligt daarom voor de hand dat deze functie ook wordt opengesteld voor andere beroepsgroepen. Daarbij acht ik het wel van belang dat de Wzd-functionaris over de kennis en kunde beschikt die nodig is om onvrijwillige zorg in brede zin te toetsen en de kwaliteit van deze zorg te bewaken. Hierover zal ik het gesprek aangaan met de betrokken beroepsgroepen.

Een laatste voornemen is het aanpassen van het onderscheid dat de Wzd kent tussen de regels voor intramurale en ambulante zorg. Dit onderscheid is in de praktijk steeds lastiger te maken omdat er naast het klassieke verpleeghuis of de instelling steeds vaker voor andere (woon)vormen gekozen wordt om zorg te leveren aan cliënten met een complexe zorgvraag. In de toekomst zal deze ontwikkeling zich alleen maar sterker voordoen. Ik streef ernaar dat cliënten dezelfde goede rechtsbescherming krijgen en dat zorgverleners met een eenduidige set aan regels te maken hebben, ongeacht de plek waar de cliënt verblijft of waar de zorg wordt verleend. Dat betekent dat ik kritisch wil kijken naar nut- en noodzaak van de aanvullende eisen uit het Besluit zorg en dwang.

2.5 Uitvoering Wzd

Implementatieondersteuning en monitoring

Om de implementatie van de Wzd te bevorderen heb ik vanaf april 2021 tot december 2022 Significant Public de opdracht gegeven om zorgaanbieders te ondersteunen bij de realisatie van de inrichting en implementatie van de benodigde infrastructuur om de Wzd uit te voeren. Het rapport dat hierover is opgeleverd geeft inzicht in het type ondersteuningsvragen bij instellingen gedurende de implementatie van de Wzd. Gebleken is dat de door Significant geboden ondersteuning door het veld is gewaardeerd en dat de interventies hebben voldaan aan de behoeften in het veld.¹³

Naast ondersteuning bij de implementatie heb ik gewerkt aan het inrichten van een monitor met als doel om de voortgang van de implementatie van de Wzd cijfermatig en objectiveerbaar in beeld te brengen. De resultaten van de monitor implementatie Wet zorg en dwang zijn

¹² Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, 1 mei 2020.

¹³ <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/coördinerend-team-wet-zorg-en-dwang---de-geleerde-lessen>.

inmiddels beschikbaar en door PricewaterhouseCoopers (PwC) inzichtelijk gemaakt in de vorm van een interactieve rapportage.¹⁴ Deze is momenteel gevuld met gegevens over de periode 2021 en wordt medio maart 2023 aangevuld met gegevens uit de eerste helft van 2022. Uit de monitor blijkt eveneens dat de invoering van de Wzd heeft bijgedragen aan een grotere bewustwording over de toepassing van onvrijwillige zorg. Belangrijke aandachtspunten echter zijn de grote verschillen tussen individuele zorgaanbieders met betrekking tot de beschikbaarheid van personeel voor het uitvoeren van specifieke functies ten aanzien van de toepassing van de Wzd, het achterblijven van procesmatige verbeteringen door ICT-ondersteuning, en uitdagingen rondom het trainen en opleiden van zorgprofessionals ten aanzien van de Wzd. De resultaten sluiten daarmee aan bij de conclusies en aanbevelingen uit de evaluatie.

Kennisprogramma Vilans

Vooruitlopend op aanpassing van wet- en regelgeving naar aanleiding van de evaluatie wil ik investeren in het vergroten van kennis en bewustwording over onvrijwillige zorg en verzet onder zorgverleners. Ik stel daarom, naast de eerdergenoemde richtlijn, eveneens middelen beschikbaar zodat Vilans een programma kan starten waarmee zorgaanbieders worden geholpen bij het openen van gesloten settings. Dit programma start vanaf medio 2023 en is gericht op het vergroten van de vrijheid van cliënten. Dit gebeurt door samen met andere partijen de beweging tot het «openen van de deuren» in de ouderenzorg en gehandicaptensector te stimuleren. Daarnaast beoogt het programma van Vilans om de kennis over onvrijwillige zorg te vergroten bij zorgprofessionals en andere belangrijke betrokkenen die direct met de cliënt en naaste(n) in contact staan. Dit zijn mensen met een cruciale rol in het signaleren, voorkomen en waar noodzakelijk het zorgvuldig toepassen van onvrijwillige zorg. Ik zie dit kennisprogramma als een logisch vervolg op het hiervoor genoemde ondersteuningstraject. Ik ben ervan overtuigd dat dit programma een belangrijke stimulans zal geven aan het bieden van vrijheid door het openen van afdelingen en aan meer persoonsgerichte zorg.

Uitvoering Wzd ambulant en kleinschalig

In de ambulante praktijk en bij kleinschalige zorg zie ik vooralsnog terughoudendheid bij de uitvoering van de Wzd. Partijen geven aan knelpunten te ervaren bij de implementatie, die grotendeels zien op de rol en de beschikbaarheid van artsen, alsmede de beschikbaarheid van de Wzd-functionaris en de onafhankelijk deskundige waardoor de uitvoering van het stappenplan moeizaam tot stand komt. Zoals ik hierboven reeds heb genoemd zal ik bij de uitwerking van een nieuwe besluitvormingsprocedure specifiek kijken naar de uitvoerbaarheid in de ambulante setting en het gesprek aangaan met partijen over het uitbreiden van beroepsgroepen die als Wzd-functionaris kunnen optreden. Daarnaast hebben veldpartijen ten aanzien van de beschikbaarheid en rol van artsen commitment gegeven om de organiseerbaarheid en toegankelijkheid van medisch generalistische zorg te verbeteren. Dit zullen ze doen door afspraken te maken over taakverdeling tussen de beroepsgroepen en regionale organiseerbaarheid van medisch generalistische zorg. De komende tijd worden deze afspraken uitgewerkt en vervolgens geïmplementeerd. Ik ben voornemens om ook de Wzd bij deze verdere uitwerking te betrekken. Wat betreft de bekostiging wordt momenteel onderzoek gedaan naar de bekostiging van de Wzd binnen de wijkverpleging en PGB. Hierover

¹⁴ <https://publicreports.pwc.nl/report/wetzorgendwang/>.

verwacht ik in de loop van het derde kwartaal van dit jaar meer duidelijkheid te kunnen bieden.

3. Het vertrouwenswerk binnen de Wvggz en Wzd

Ik stel voor om de positie van de vertrouwenspersonen te verstevigen. Voor de Wvggz wil ik een betere toegang tot de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en familievertrouwenspersoon (fvp) organiseren, zodat zij zo vroeg mogelijk in het proces betrokken kunnen worden. Dit doe ik door betrokkene en familieleden beter te informeren over de vertrouwenspersonen, de eigen regie instrumenten te flexibiliseren en daarmee de vertrouwenspersonen beter in positie te brengen. Hiermee volg ik de aanbevelingen uit de evaluatie op. Voor de Wzd wil ik de locatiebezoeken door de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) wettelijk borgen. Daarnaast wil ik de informatieplicht van zorgaanbieders over de cvp verstevigen om de bekendheid te vergroten en de taken van de cvp te verduidelijken bij de cliënt en vertegenwoordiger. Ook reageer ik in deze paragraaf op de conclusies van het ontwikkeltraject vertrouwenswerk en klachtenopvang.¹⁵

Vertrouwenspersonen hebben een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen die gedwongen zorg krijgen of voor wie dit wordt voorbereid, evenals voor hun naasten. Zij helpen mensen bij het uiten van hun voorkeuren en behoeften. Ze bieden een luisterend oor en kunnen ondersteunen in het gesprek met de zorgaanbieder. Hierdoor dragen vertrouwenspersonen bij aan de rechtspositie van mensen die te maken kunnen krijgen met gedwongen zorg. Immers, deze mensen zijn vanwege hun afhankelijkheidspositie ten opzichte van hun zorgverleners kwetsbaar. In zowel de evaluatie als het ontwikkeltraject is het belang van de vertrouwenspersoon voor de rechtsbescherming onbetwist. Wel zijn er verbeteringen nodig.

Patiëntenvertrouwenspersoon en familievertrouwenspersoon Wvggz

Om de rol van de pvp en de fvp te versterken wil ik een aantal wijzigingen doorvoeren. Dit doe ik enerzijds door betrokkene en naasten beter te informeren over het recht op ondersteuning van een pvp en fvp. Anderzijds wil ik dat de vertrouwenspersoon beter zijn rol kan pakken door zijn taken beter te organiseren.

Ik ben voornemens om in de Wvggz te regelen dat vertrouwenspersonen eerder in het proces betrokken worden. Dit wil ik op twee manieren doen. Ten eerste wil ik dat de contactgegevens van betrokkene standaard worden gedeeld met de pvp. Op dit moment moet betrokkene eerst toestemming geven en bereikt de pvp de betrokkene vaak pas later in het proces. Juist in het voorbereidingsproces is de ondersteuning van de pvp van belang om mogelijk verplichte zorg te voorkomen en te helpen bij het formuleren van wensen en voorkeuren. Door automatisch de gegevens te delen van betrokkene kan de pvp eerder contact opnemen en wordt de betrokkene zo goed mogelijk geïnformeerd over mogelijke ondersteuning.

Ten tweede is mijn voornemen om de zorgverlener te verplichten om naasten te wijzen op de mogelijkheid van ondersteuning door de fvp. Ik zie dat de bekendheid van de fvp en het betrekken van naasten bij de behandeling door zorginstellingen nog kan verbeteren. Door aan de al bestaande verplichting om naasten te betrekken bij de zorg ook de informatieplicht over de fvp te koppelen hoop ik dat de bekendheid van de

¹⁵ Kamerstuk 33 149, nr. 69.

fvp wordt vergroot. Met deze wijzigingen volg ik de aanbevelingen uit de evaluatie op.

Ik wil mogelijk maken dat de vertrouwenspersonen betrokkene en naasten beter kunnen ondersteunen. Uit de evaluatie blijkt dat ondersteuning bij het eigen plan van aanpak wordt gemist. Ik wil onderzoeken of ik deze ondersteuning alsnog kan organiseren. Een mogelijkheid is om de cvp de taak te geven om te ondersteunen bij het invullen van het eigen plan van aanpak. Daarnaast wil ik de eigen regie instrumenten (eigen plan van aanpak, zorgkaart en zelfbindingsverklaring) zo inbedden in het proces dat ook de vertrouwenspersonen hun rol beter kunnen vervullen. Hierdoor zijn de vertrouwenspersonen eerder en op meerdere momenten betrokken. Zie hierover de paragraaf over rechtsbescherming en eigen regie Wvvgz.

Clëntenvertrouwenspersoon Wzd

Allereerst wil ik aanbeveling 32 opvolgen, die luidt dat de cvp altijd in staat moet worden gesteld tot een algemeen locatiebezoek. Een locatiebezoek is een proactief bezoek waardoor de cvp laagdrempelig beschikbaar is voor cliënten. Mijn ambtsvoorganger en ik hebben ons ervoor ingezet dat partijen afspraken maken over het bezoeken van locaties. Op veel plekken is dit gelukt, met als resultaat dat de toegang tot een cvp verbeterd is. Echter, de toegang is nog niet overal op orde. Ik vind het overigens wel belangrijk dat bezoeken goed op de doelgroep en setting afgestemd worden en zo doelmatig mogelijk worden vormgegeven. Dit gaat het beste in afstemming met de zorgaanbieder en mogelijk de cliëntenraad.

Ten tweede vind ik het belangrijk dat cliënten bekend zijn met wat de cvp voor hen kan betekenen. Nu blijkt dat een grote groep cliënten niet weet dat de cvp bestaat, wil ik benadrukken dat zorgaanbieders een belangrijke taak hebben om cliënten te informeren over de cvp en vind ik dat hier een verantwoordelijkheid ligt bij uitvoerende partijen. Ik wil in de wet opnemen dat de cliënt op specifieke momenten gewezen wordt op de cvp, bijvoorbeeld op het moment dat onvrijwillige opname en zorg wordt overwogen en bij de evaluatie van het zorgplan.

Tot slot bestaat behoefte aan verduidelijking van taken van de cvp en richtlijnen voor de cvp.¹⁶ De onderzoekers geven aan dat de functie nog moet landen in de praktijk. Ook hier vind ik dat een belangrijke taak voor de uitvoerende partijen zelf ligt, bijvoorbeeld via doorontwikkeling van het kwaliteitskader of verdere professionalisering van de beroepsgroep. Daarnaast wil ik ook wettelijke aanpassingen voorstellen om de taken van de cvp duidelijker te formuleren. Ondanks dat de focus van een cvp ligt op ondersteuning bij onvrijwillige zorg, moet de cvp ook de mogelijkheid krijgen om cliënten bij te staan en te adviseren bij grenszaken zoals drang, of in een klachtenprocedure op basis van de Wkkgz. Zo is meer maatwerk mogelijk voor cliënten die zorg ontvangen van een aanbieder die onvrijwillige zorg levert. De behoefte om als cvp te kunnen ondersteunen bij Wkkgz-klachten is een van de conclusies uit het ontwikkeltraject. Wanneer bij de klachtbehandeling sprake is van meerdere functionarissen, bijvoorbeeld een klachtenfunctionaris, is het wenselijk dat er gezamenlijk afspraken worden gemaakt en kennis wordt gedeeld.¹⁷

¹⁶ Kamerstuk 35 667, nr. 32. Kamerstuk 35 667, C, vraag 13.

¹⁷ Kamerstuk 33 149, nr. 69.

Voorts is door het veld aangegeven dat ook cliënten die bij een niet-geregistreerde zorgaanbieder verblijven baat kunnen hebben bij locatiebezoeken van een cvp. Ook deze cliënten kunnen namelijk dwang ervaren, zonder dat de aanbieder dit herkent en zich registreert in het locatieregister. Ik vind het een taak van de IGJ om er toezicht op te houden of zorgaanbieders zich registreren als zij onvrijwillige zorg leveren. Ik zie geen taak voor de cvp om alle zorgaanbieders te bezoeken die niet geregistreerd zijn. De cvp kan wel een melding doen aan de IGJ als deze het vermoeden heeft dat aanbieders zich onterecht niet registreren.

4. De samenloop tussen de Wvggz en de Wzd

Ik wil ervoor zorgen dat patiënten en cliënten op de juiste plek de juiste zorg krijgen en daarom wil ik de mogelijkheden verbeteren om van de Wvggz naar de Wzd over te stappen, of andersom. Ook moet een noodzakelijke of wenselijke overstap van het ene wettelijk kader naar het andere soepel kunnen verlopen zonder af te doen aan rechtsbescherming. Hier zijn aanpassingen in beide wetten voor nodig. Ook wil ik zorgen voor meer eenheid van taal tussen de Wvggz en Wzd.

Om patiënten te kunnen helpen die niet duidelijk binnen de ggz of de langdurige zorg vallen is het noodzakelijk dat er een betere aansluiting tussen beide wetten komt. In de praktijk blijkt dat de meeste instellingen vanwege de complexiteit van de wetten ervoor kiezen om één van beide wetten uit te voeren, waardoor het soms lastig is om iemand op de juiste plek te plaatsen. Dit willen we oplossen door meer synergie tussen beide wetten aan te brengen en om de overgangsmogelijkheden te verbeteren. Uit de evaluatie volgt dat partijen nu geen wetstraject wensen om de Wzd en Wvggz samen te voegen. Partijen hebben urgente behoefte aan deze betere overgang tussen beide wetten. Om deze signalen te onderzoeken en toe te werken naar verbeteringen heb ik een onafhankelijk bureau gevraagd om namens mij in aanloop naar het wetstraject gesprekken te voeren met professionals en branche- en beroepsverenigingen. Ook uit deze gesprekken kwam naar voren dat de overgangsmogelijkheden tussen de wetten verbeterd moeten worden. De noodzakelijke verbeteringen zullen worden gebaseerd op de oplossingsrichtingen uit dit traject die ik hieronder toelicht.

Gemeenschappelijke spoedprocedure

Ik overweeg om de crisismaatregel van de Wvggz en de inbewaringstelling van de Wzd (en verlenging van die maatregelen) te vervangen door één gemeenschappelijke spoedprocedure. Hierdoor hoeven zorgverleners op het moment van crisis nog niet te kiezen tussen de Wvggz en de Wzd. Zij kunnen zich in eerste instantie richten op het stabiliseren van de patiënt of cliënt en hebben dan meer tijd om beter te onderzoeken of deze persoon het meeste baat heeft bij vervolgzorg onder de Wvggz of onder de Wzd. Een belangrijke randvoorwaarde is dat de patiënt of cliënt aansluitend aan de spoedopname op de passende zorgplek wordt opgenomen. Goede samenwerking in de keten is daarvoor onontbeerlijk.

Gelijkgestelde aandoeningen

Ook wil ik onderzoeken of de bepalingen in de Wzd rondom gelijkgestelde aandoeningen aangepast kunnen worden. De vraag die in het veld leeft, is of we toe kunnen naar een indeling die meer uitgaat van de zorgbehoefte. Hoewel de indeling van de wetten in principe is gebaseerd op basis van diagnose, wil ik wel drempels wegnemen die verhinderen dat de patiënt

of cliënt op de juiste plek terecht komt. Aanbeveling 21 uit de evaluatie wil ik daarbij als uitgangspunt nemen. Intussen werk ik aan het voorgenomen Besluit uitbreiding gelijkgestelde aandoeningen, waarmee gerontopsy-chiatrische aandoeningen en autismespectrumstoornissen onder bepaalde voorwaarden gelijkgesteld kunnen worden aan een psychogeria-trische aandoening of een verstandelijke beperking.

Hierbij geldt dat de uitvoering zal worden gezien in het licht van de brief die ik recent heb gestuurd over de stand van zaken ten aanzien van het CIZ.¹⁸

Overgangsprocedures

Om de procedures voor een tijdelijke of een definitieve overstap van de Wzd naar de Wvvggz te verbeteren, wil ik nagaan onder welke voorwaarden het mogelijk is om het onder de Wzd opgestelde zorgplan voor een beperkte periode als basis te gebruiken voor het verlenen van verplichte zorg onder de Wvvggz. Bij een overplaatsing van de Wvvggz naar de Wzd ga ik onderzoeken hoe een zorgmachtiging voor een beperkte periode als basis voor gedwongen zorgverlening onder de Wzd gebruikt kan worden.

Daarbij is tevens aandacht voor de terechte vraag welke gevolgen deze oplossingen hebben voor de rechtsbescherming. Ik zal daarom nauwkeurig onderzoeken hoe de overgangsprocedures te verbeteren zijn en zal dit uitwerken in het wetsvoorstel.

Verder wil ik in de Wvvggz mogelijk maken dat de rechter in uitzonderlijke gevallen een zorgmachtiging kan afgeven voor iemand die geen (voorlig-gende) psychische stoornis heeft, als dat betekent dat die persoon in een ggz-instelling die de Wvvggz uitvoert beter passende zorg kan krijgen. Een vergelijkbare en geclausuleerde mogelijkheid bestaat al in de Wzd.

De aanbevelingen in de evaluatie over de samenhang en afstemming tussen de beide wetten betrek ik uiteraard bij het uitwerken van bovenstaande ideeën. Bijvoorbeeld aanbevelingen 35 en 36 om het mogelijk te maken dat een zorgmachtiging niet vervalt, maar opgeschort wordt wanneer een Wvvggz-patiënt tijdelijk in een Wzd-instelling verblijft. Daarbij kan ook het mogelijk maken van een verlenging van een opgeschorte machtiging bijdragen aan soepelere overgangsprocedures tussen de Wzd en de Wvvggz.

5. Het toezicht door de IGJ

De IGJ zal signalerend, stimulerend en agenderend toezicht blijven houden op beide wetten. De IGJ zal in haar toezicht zich niet alleen richten op de juiste toepassing van de bepalingen van de wetten, maar ook kijken naar de manier waarop zorgaanbieders invulling geven aan de bedoeling van de wetten. Eén van de doelen van de wetten is versterking van de rechtspositie van cliënten en betrokkenen. In haar toezichtvisie «Terughoudend en zorgvuldig omgaan met onvrijwillige en verplichte zorg» heeft de IGJ beschreven dat zij met haar toezicht wil bijdragen aan dit doel. Voor het toezicht hierop gebruikt IGJ verschillende toetsingskaders: het toetsingskader verplichte zorg (Wvvggz) en het toetsingskader onvrijwillige zorg (Wzd). De toetsingskaders bestaan uit (wettelijke) normen met toetsingscriteria. Afhankelijk van de situatie bepaalt de inspectie welke normen zij uit dit kader toetst. De inspectie heeft in

¹⁸ Kamerstuk 34 104, nr. 370.

september 2022 de eerdere toetsingskaders uit januari 2020 aangepast¹⁹, zodanig dat minder normen zijn opgenomen, maar dat meer wordt gekeken naar algehele toepassing van de wetten en naar de geest en bedoeling van de wetten. Met deze doorontwikkeling van de toetsingskaders en de manier waarop deze in het toezicht worden gebruikt, beoogt de inspectie beter toezicht te kunnen houden op de vraag of zorgaanbieders de rechtspositie van de cliënt voldoende borgen. Indien de kwaliteit en veiligheid in het geding zijn zal zij handhavend optreden.

Vereenvoudiging van de aanlevering van gegevens

Zorgaanbieders moeten bepaalde informatie over gedwongen zorg registreren, zodat zij zelf goed zicht hebben op de bij hen toegepaste verplichte en onvrijwillige zorg. Zij moeten een digitaal overzicht van de toegepaste verplichte en onvrijwillige zorg en een kwalitatieve analyse bij de IGJ aanleveren. Zij leveren deze informatie aan bij de IGJ ten behoeve van haar toezicht. Ik zal de IGJ vragen om kritisch te bezien welke gegevens zij minimaal nodig heeft voor het kunnen

inrichten van effectief toezicht op gedwongen zorg. Ik zal ook met de IGJ bezien hoe de volledigheid, betrouwbaarheid en tijdige aanlevering van de verplicht aan te leveren gegevens aan de IGJ verbeterd kan worden.

Daarnaast is het belangrijk dat de aangeleverde data zo betrouwbaar mogelijk is om tot vergelijkbare informatie te kunnen komen. Alleen zo kan de IGJ deze informatie doelmatig gebruiken bij haar toezicht. Eventuele ruis in de registratie van gegevens moet dan ook worden weggenomen door het verduidelijken van de te registreren begrippen. Ook het verder vereenvoudigen van de (technische) aanlevering van de gegevens aan de IGJ verdient aandacht. Voor bovenstaande punten zal ik in overleg treden met de brancheorganisaties en met de IGJ. Daarbij kan dan beoordeeld worden of en zo ja, welke gegevens eventueel niet meer aan de IGJ aangeleverd hoeven te worden. Het gaat hierbij om gevoelige persoonsgegevens, waarmee prudent moet worden omgegaan en waarvan de noodzaak tot verwerking voor toezicht duidelijk moet zijn. Waar deze dataset onnodig gedetailleerd is en vereenvoudigd kan worden zonder dat dit het toezicht door de IGJ bemoeilijkt, zal de IGJ een vereenvoudiging van de dataset steunen.

Met de IGJ zal ik voorts bekijken of afschriften van documenten die in het proces van de Wvvgz en de Wzd worden gegenereerd en die op grond van de wetten aan de IGJ moeten worden toegestuurd²⁰, verminderd dan wel geheel geschrapt kunnen worden.

Analyse over gedwongen zorg

Naast de dataset moeten zorgaanbieders op grond van artikel 8:25 Wvvgz en artikel 18 Wzd analyses aan de IGJ verzenden. Deze zijn zowel voor het lerend vermogen van de instellingen als voor de IGJ waardevol. De bestuurlijke afspraak is om deze analyses jaarlijks (in plaats van twee keer per jaar) aan de IGJ toe te sturen. Dit zal de administratieve last bij zorgaanbieders verminderen. Verder wordt ingezet op het vereenvoudigen van de informatie die opgenomen moet worden in de kwalitatieve

¹⁹ <https://www.igj.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/toetsingskaders-dwang-in-de-zorg>.

²⁰ Bijvoorbeeld afschriften van de zorgmachtiging, de crisismaatregel, de beslissingen over voortzetting van de crisismaatregel, bericht van de geneesheer-directeur over overplaatsing of de beëindiging van verplichte zorg dan wel de inbewaringstelling of de mededeling van opname vanuit de zorgaanbieder, dan wel documenten van andere partijen (uitspraken rechtspraak en klachtencommissies).

analyses. De ministeriële regelingen die hierop zien worden hiertoe aangepast.

Tot slot

In het voorgaande heb ik uiteengezet op welke manieren ik wil werken aan betere wetgeving. Ik realiseer mij dat wij voor een grote uitdaging staan, een uitdaging die ik graag samen met uw Kamer aanga. Dit doe ik in de volle overtuiging dat cliënten en betrokkenen betere zorg kunnen krijgen en professionals betere zorg kunnen verlenen als ze te maken hebben met heldere, begrijpelijke regels die zich beperken tot de essentie. Zoals ik in mijn inleiding reeds heb gemeld, zet ik erop in om 2023 te gebruiken om een concreet wetsvoorstel uit te werken en dit te toetsen bij zorgaanbieders, professionals en betrokkenen. Mijn voornemen is om in de eerste helft van 2024 een conceptwetsvoorstel aan uw Kamer te sturen. Met deze nieuwe wetgeving hoop ik samen met u toe te werken naar een uitvoerbare wet die bijdraagt aan de essentie: doeltreffende en effectieve rechtsbescherming bieden aan mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen.

Tot slot sluit ik graag aan bij de complimenten van de evaluatiecommissie voor de veldpartijen. Ondanks de gesignaleerde tekortkomingen spannen zij zich gezamenlijk tot het uiterste in om in elk geval de geest van de wetten zo goed mogelijk uit te voeren. Ik merk dat alle partijen het eens zijn met de oorspronkelijke bedoeling van de wetten en gezamenlijk werken vanuit het belang van goede zorg voor mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen.

Ik hoop dan ook samen met u te werken aan wetgeving die bijdraagt aan deze bedoeling.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder