

Eerste evaluatie
Wet verplichte geestelijke
gezondheidszorg en
Wet zorg en dwang, deel 2



In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

- 1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
- 2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- 3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- 4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- 5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
- 6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
- 7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
- 8 Evaluatie Kwaliteitszorg zorginstellingen
- 9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- 11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
- 14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
- 17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 18 Evaluatie Wet op de dierproeven
- 19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 20 Evaluatie Embryowet
- 21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
- 23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
- 26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
- 27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag
- 28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg
- 29 Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging
- 30 Tweede evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 31 Sterfgevallenonderzoek 2010
- 32 Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 33 Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 34 Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg
- 35 Achtergrondstudies Zelfbeschikking in de zorg
- 36 Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen
- 37 Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 38 Thematische Wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg
- 39 Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg
- 40 Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

Evaluatie

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang *Deel 2 – Doeltreffendheid en (neven)effecten*

J. Legemaate ¹
J. Nuijen ²
Y. Voskes ¹
M.C. Ploem ¹
M. Kroezen ²
S. Gerritsen ¹
G.A.M. Widdershoven ¹
J.K.M. Gevers ¹
C.G.R. Muusse ²
A. Overbeek ²
B.F.M. Wijnen ²
R. Pronk ¹
M.A.S. de Wit ³
E. Plomp ¹
B. Zwanenburg ²
J. Lokkerbol ²
H. van der Roest ²
H. Kroon ²

- 1 Amsterdam UMC, afdeling Ethiek, recht en humaniora
- 2 Trimbos-instituut Utrecht
- 3 GGD Amsterdam/Academische werkplaats OGGZ, G4-USER

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Evaluatie Regelgeving kunt u contact opnemen met het secretariaat via er@zonmw.nl.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 5111

F 070 349 5100

www.zonmw.nl

250/10/2022/Jeugd, ISBN 9789057631641

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Oirschot

(T 06 5534 7977, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Katja Hilberg, Rotterdam

(T 06 1735 6488, info@katjahilberg.nl)

Fotografie Dieter Schütte

Druk: Schultenprint, Zoetermeer

(T 079 362 3612, info@schultenprint.nl)



De gebruiker mag het werk kopiëren, verspreiden en doorgeven, dan wel remixen (afgeleide werken maken), onder de volgende voorwaarden: *Naamsvermelding* (de gebruiker dient bij het werk de door de maker of de licentiegever aangegeven naam te vermelden, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat zij daarmee instemmen met uw werk of uw gebruik van het werk), *Niet-commercieel* (de gebruiker mag het werk niet voor commerciële doeleinden gebruiken) en *Gelijk delen* (indien de gebruiker het werk bewerkt kan het daaruit ontstane werk uitsluitend krachtens dezelfde licentie als de onderhavige licentie of een gelijksoortige licentie worden verspreid) *met inachtneming van:* afstandname van rechten (de gebruiker mag afstand doen van een of meerdere van deze voorwaarden met voorafgaande toestemming van de rechthebbende), publiek domein (indien het werk of een van de elementen in het werk zich in het publieke domein onder toepasselijke wetgeving bevinden, dan is die status op geen enkele wijze beïnvloed door de licentie), overige rechten (onder geen beding worden volgende rechten door de licentie-overeenkomst in het gedrang gebracht: (i) het voorgaande laat de wettelijke beperkingen op de intellectuele eigendomsrechten onverlet; (ii) de morele rechten van de auteur en (iii) de rechten van anderen, ofwel op het werk zelf ofwel op de wijze waarop het werk wordt gebruikt, zoals het portretrecht of het recht op privacy). *Let op:* Bij hergebruik of verspreiding dient de gebruiker de licentievoorwaarden van dit werk kenbaar te maken aan derden.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	5
Samenvatting	7
Afkortingen	13
1 Inleiding	15
1.1 Achtergrond van het onderzoek	15
1.2 Fasering van het onderzoek	15
1.3 De onderzoeksvragen	17
1.4 Onderzoeksmethoden	18
1.5 Betrokkenheid van het veld	18
1.6 Verhouding tot het verdiepingsonderzoek evaluatie Wvggz	19
1.7 Opbouw van het rapport	19
2 Algemene thema's	21
2.1 Inleiding	21
2.2 De keuze voor twee aparte wetten	21
2.3 Het toezicht van de IGJ op de naleving van beide wetten	30
3 Verdiepingsthema's Wvggz	43
3.1 Inleiding	43
3.2 Terugdringen van dwang en versterking rechtspositie patiënt	44
3.3 Rekening houden met wensen en voorkeuren van de patiënt	52
3.4 Verkennend onderzoek en zorgdragen voor wederkerigheid	66
4 Verleende verplichte zorg in de praktijk: een eerste kwantitatieve analyse	83
4.1 Inleiding	83
4.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een machtigingsverzoek op grond van de Wvggz	85

4.3	Verleende verplichte zorg in de praktijk	95
4.4	Samenvatting en conclusies	123
5	Kostenonderzoek Wvvggz: kostenschattingen van de tijdsbesteding van het openbaar ministerie, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging	131
5.1	Inleiding	131
5.2	Kostenschatting van de tijdsbesteding van actoren binnen het openbaar ministerie aan de procedure voor een zorgmachtiging	132
5.3	Kostenschatting van de tijdsbesteding van actoren binnen de rechtspraak aan de procedure voor een zorgmachtiging	139
5.4	Kostenschatting van de tijdsbesteding van actoren binnen de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging	146
5.5	Samenvatting en conclusies	176
6	Verdiepingsthema's Wzd	189
6.1	Inleiding	189
6.2	Terugdringen van dwang als doelstelling van de Wzd	189
6.3	Versterking van rechtsbescherming, met name via het stappenplan	199
6.4	De positie van cliënten die zich niet verzetten	212
6.5	Functionarissen in de Wzd	224
7	Verleende onvrijwillige zorg in de praktijk: een eerste kwantitatieve analyse	233
7.1	Inleiding	233
7.2	Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een onvrijwillige opname op grond van de Wzd	235
7.3	Toegepaste onvrijwillige zorg in de praktijk: verstandelijk gehandicaptenzorg (VG)	241
7.4	Toegepaste onvrijwillige zorg in de praktijk: psychogeriatrische zorg (PG)	258
7.5	Proces en bruikbaarheid van de gegevensregistratie en -aanlevering op basis van art. 17, lid 1 Wzd: knelpunten en verbeteringsuggesties	275
7.6	Samenvatting en conclusies	279
8	Conclusies en aanbevelingen	285
8.1	Inleiding	285
8.2	Twee algemene thema's	287
8.3	Met betrekking tot de Wvvggz	290
8.4	Met betrekking tot de Wzd	300
8.5	Algemene conclusies	307
8.6	De gevolgen van deze evaluatie voor de korte termijn	314
8.7	Over de opzet en het verloop van deze evaluatie; lessen voor de toekomst	315
A	Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving	319
B	Overzicht aanbevelingen	321
C	Methodologische verantwoording kwalitatief empirisch onderzoek	329

Woord vooraf

Voor u ligt het verslag van de tweede fase van de evaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd). Deze wetten traden 1 januari 2020 in werking. Beide wetten bepalen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste evaluatie plaatsvindt over de doeltreffendheid en de effecten van beide wetten in de praktijk. Vanwege achterstanden in implementatie, mede als gevolg van de coronapandemie en het niet-tijdig beschikbaar zijn van belangrijke kwantitatieve gegevens is in goed overleg tussen de onderzoekers, het ministerie van VWS en ZonMw besloten het evaluatietraject te faseren.

In december 2021 is verslag gedaan van de eerste fase van de evaluatie. Toen is een brede analyse gemaakt van de thema's die de uitvoerbaarheid en de implementatie van beide wetten beïnvloeden. In de eerste fase is ook de samenhang met de Wet forensische zorg (Wfz), in het bijzonder art. 2.3 daaruit, onderzocht.

Voor de tweede (en afsluitende) fase is een meer verdiepende aanpak gekozen door te focussen op een tiental specifieke thema's. Bovendien is in dit rapport een analyse opgenomen van de kwantitatieve gegevens over de mate waarin in het jaar 2021 verplichte zorg (Wvggz) en onvrijwillige zorg (Wzd) is toegepast, en bevat het rapport een verslag van het kostenonderzoek naar de voornaamste procedures uit de Wvggz.

De onderzoekers zijn kritisch over de ontstaanswijze van beide wetten en het opsplitsen van de Wet Bopz in twee wetten. Zij zien een spanningsveld bij de grenzen tussen beide wetten. Zij constateren onder meer dat de uitgangspunten van de Wvggz/Wzd breed worden gedragen, maar dat de implementatie achterblijft onder andere door het ontbreken van belangrijke randvoorwaarden en van voldoende kennis over beide (ingewikkelde) wetten bij de uitvoerders. Geïndiceerd wordt dat de invoering gepaard gaat met een aanzienlijke uitbreiding van de administratieve last. Een belangrijke doelstelling van beide wetten het beschermen van de rechtspositie van patiënten/cliënten komt volgens de onderzoekers onvoldoende uit de verf. Een en ander bracht de onderzoekers tot in totaal 70 aanbevelingen (43 in de eerste fase en 27 in de tweede fase) over onderdelen van beide wetten en de praktijk.

De onderzoekers pleiten voor een door veldpartijen en overheid gedragen actieprogramma om - vooruitlopend op wetsaanpassing - te komen tot verbetering van de werkbaarheid, uitvoerbaarheid en effectiviteit van de Wvggz en de Wzd. Tegelijkertijd wordt aanbevolen de komende jaren óók stil te staan bij de vraag of de beoogde ontwikkelingen tot een voldoende werkbare verhouding tussen beide wetten leiden en zo niet, om te overwegen beide wetten alsnog samen te voegen.

De onderzoekers maken de veldpartijen een compliment voor hun gezamenlijke inspanningen om er ondanks de gesignaleerde tekortkomingen in de praktijk het beste van te maken. Dat heeft reeds geleid tot tal van verbeteringen, zowel op de werkvloer als op beleidsniveau, hetgeen vertrouwen geeft in de mogelijkheden om het tweesporenbeleid zoals dat wordt aanbevolen, ook daadwerkelijk vorm te geven.

Voor deze evaluatie was de inzet van velen onmisbaar, patiënten/cliënten, hun vertegenwoordigers, zorgverleners, leden van de rechterlijke macht, advocaten, vertrouwenspersonen, toezichhouders, vertegenwoordigers uit het openbaar bestuur en van maatschappelijke organisaties. Wij danken iedereen die deze evaluatie mede heeft mogelijk gemaakt.

De Begeleidingscommissie van deze evaluatie spreekt haar waardering uit voor het werk van de onderzoekers en voor het uiteindelijke resultaat.

Robbin A. Thieme Groen, voorzitter Begeleidingscommissie

Samenvatting

Achtergrond

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) traden op 1 januari 2020 in werking. Beide wetten bepalen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste evaluatie plaatsvindt. Dit rapport is het tweede en laatste deel waarin verslag wordt gedaan van deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd. Beide wetten hebben een relatie met de Wet forensische zorg (Wfz). Begin 2021 startte ook een evaluatie van deze wet, uitgevoerd door het WODC.

Eind 2020 werd besloten de eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd te faseren: een eerste rapportage eind 2021 en een tweede medio 2022. De aanleiding daarvoor was met name dat door de coronacrisis in bepaalde sectoren sprake was van een implementatie-achterstand en dat belangrijke kwantitatieve gegevens niet tijdig beschikbaar zouden zijn (en wel beschikbare gegevens een te voorlopig karakter zouden hebben).

In de eerste fase is een brede juridische en kwalitatieve analyse gemaakt van de thema's die de uitvoerbaarheid en de implementatie van beide wetten beïnvloeden. Daarbij is ook gebruik gemaakt van kwantitatieve gegevens over toepassing van de verschillende procedures van de Wvggz en de Wzd in de praktijk. Voorts is in de eerste fase de samenhang met de Wet forensische zorg (Wfz), in het bijzonder art. 2.3 daaruit, onderzocht. Hiertoe is samengewerkt met het WODC. In de tweede fase kwamen kwantitatieve gegevens beschikbaar over de mate waarin verplichte (Wvggz) en onvrijwillige (Wzd) zorg in 2021 werd toegepast in de praktijk, en werden enkele belangrijke thema's nader worden uitgediept middels kwalitatief onderzoek. De tweede fase richtte zich vooral op de doeltreffendheid en de (neven)effecten van de nieuwe wetgeving.

Fase 2

In aansluiting op de brede inventarisatie en analyse in de eerste fase van de evaluatie, waarvan verslag werd gedaan in een in december 2021 verschenen rapport, werd in fase 2 verdiepend, kwalitatief onderzoek gedaan naar in totaal tien thema's. Daarbij ging het om twee algemene

thema's, namelijk de keuze voor twee aparte wetten en het toezicht op de Wvvggz en Wzd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en om vier thema's met betrekking tot elk van beide wetten. De Wvvggz-thema's waren:

- Het terugdringen van dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante verplichte zorg);
- De rechtsbescherming van de patiënt (zorgmachtiging, mede in relatie tot ambulante verplichte zorg);
- Meer rekening houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt;
- De rol van de gemeente (verkenkend onderzoek; wederkerigheidsprincipe).

Met betrekking tot de Wzd ging het om de volgende vier onderwerpen:

- Het terugdringen van dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg);
- De rechtsbescherming van de cliënt (stappenplan, mede in relatie tot ambulante onvrijwillige zorg);
- De positie van cliënten die zich niet verzetten;
- De rol van enkele functionarissen in de Wzd (zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris).

Daarnaast werden tijdens fase 2 de beschikbare kwantitatieve gegevens over de in 2021 toegepaste verplichte en onvrijwillige zorg geanalyseerd. Ten slotte werd een kostenonderzoek uitgevoerd naar de tijdsbesteding van actoren binnen het openbaar ministerie, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging uit de Wvvggz, de centrale procedure om te komen tot verplichte zorg.

Algemene conclusies

De bevindingen uit beide fasen van dit evaluatieonderzoek hebben geleid tot een aantal algemene bevindingen en conclusies. De belangrijkste daarvan worden hieronder weergegeven.

- 1 De implementatie van de Wvvggz en Wzd is op gang gekomen, maar verloopt op tal van punten nog moeizaam, zeker waar het gaat om de Wzd. Daaraan liggen uiteenlopende oorzaken ten grondslag, die per sector variëren. De in de praktijk naar voren gekomen knelpunten en problemen hangen samen met allerlei tekortkomingen in beide wetten, met gebrekkige omstandigheden op het vlak van de benodigde randvoorwaarden en met verschillen (zowel binnen sectoren als tussen zorgaanbieders) waar het gaat om het toepassen van beide wetten en om de intensiteit van de implementatie. Er is met betrekking tot de implementatie van beide wetten al behoorlijke vooruitgang geboekt, maar het zal nog een behoorlijke tijd duren voor het implementatieproces is voltooid.
- 2 De relatie tussen de Wvvggz en de Wzd is ingewikkeld, en roept in de uitvoeringspraktijk veel vragen op. Die vragen hangen in belangrijke mate samen met de keuze om twee separate wetten tot stand te brengen in een situatie van overlappende domeinen. De mate van overlap tussen de

- doelgroepen blijkt groter te zijn dan ten tijde van de totstandbrenging van beide wetten werd gedacht, waardoor de omvang en complexiteit van allerlei 'grensgeschillen' aanzienlijk is. De vraag is of de thans bestaande problemen in de verhouding tussen de twee wetten in voldoende mate kunnen worden weggenomen door aanpassingen van beide regelingen. Er is een reële mogelijkheid dat de suboptimale situatie zal blijven bestaan en dat de conclusie na meerdere evaluaties zal zijn dat de problemen die kleven aan het bestaan van twee verschillende wettelijke systemen simpelweg niet goed op te lossen zijn.
- 3 De resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd bewegen zich langzaam in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen. Het gaat vooralsnog om kleine stappen. Beide wetten dragen bij aan meer bewustwording onder zorgverleners. Op enkele terreinen zijn evenwel nog nauwelijks ontwikkelingen te zien. Dat geldt met name voor de doelstelling van beide wetten om dwang terug te dringen. Ook op andere gebieden gaan de ontwikkelingen langzaam. Tot een wezenlijke verschuiving van intramurale naar ambulante zorg, zowel in het domein van de Wvggz als dat van de Wzd, is het nog niet gekomen. Nog maar een zeer beperkt deel van de verplichte resp. onvrijwillige zorg onder de Wvggz en de Wzd wordt ambulant verleend. Ook een andere belangrijke doelstelling van de nieuwe wetgeving, het bij de besluitvorming betrekken van de wensen en voorkeuren van patiënten, wordt nog maar in beperkte mate bereikt.
 - 4 Waar het gaat om het verbeteren van de rechtsbescherming van patiënten/cliënten is sprake van een gemengd beeld. Omdat het in beide wetten gaat over de inperkingen van grondrechten zijn bepalingen ter bescherming van de rechtspositie van patiënten/cliënten van groot belang. Zowel de Wvggz als de Wzd bevatten instrumenten ter versterking van die rechtspositie. De praktijk laat daar ook voorbeelden van zien, maar geeft ook indicaties die op het tegendeel wijzen. Zowel de procedure van de zorgmachtiging Wvggz als die van het stappenplan Wzd kunnen ook zo worden toegepast dat de rechtspositie van de patiënt/cliënt eerder wordt beperkt dan versterkt.
 - 5 In de praktijk spelen zodanige vragen en problemen dat in dit onderzoek in totaal 70 aanbevelingen voor verbetering worden gedaan. Deze richten zich niet alleen op de inhoud van beide wetten, maar ook op randvoorwaarden en aanpalende kwesties (zoals bijvoorbeeld richtlijnen uit het veld). Afgewacht zal moeten worden of met betrekking tot beide wetten een aanvaardbare uitvoeringspraktijk kan ontstaan, zowel waar het gaat om elk van beide wetten op zichzelf gezien als om hun onderlinge verhouding. Dat staat, gelet op de vele geconstateerde knelpunten, niet vast. Het overall-beeld uit deze evaluatie is in dat opzicht nog niet bemoedigend. Er zullen nog wezenlijke inspanningen van de wetgever, de overheid en het veld nodig zijn om tot een situatie te komen die voor alle betrokkenen enigszins bevredigend is. Tegelijkertijd komen uit de praktijk ook voorbeelden van nuttige initiatieven en ontwikkelingen naar voren. Zowel brancheorganisaties als zorginstellingen zijn, vaak in samenspraak met de overheid of (in het geval van de Wvggz) het ketencoördinatieteam, al geruime tijd bezig om door allerlei initiatieven de werkbaarheid van beide wetten te verbeteren.

Nadere overwegingen

Met betrekking tot de hiervoor samengevatte conclusies worden onder meer de volgende nadere overwegingen genoemd:

- 1 Veel van de knelpunten en problemen die in deze eerste evaluatie naar voren zijn gekomen, wortelen in het proces van totstandkoming van beide wetten, en met name in de vele wijzigingen tijdens de parlementaire behandeling. Dit heeft sterk bijgedragen aan een steeds verdere detaillering en formalisering van (onderdelen van) beide wetten, waarbij onvoldoende is gelet op de samenhang en verhouding tussen beide regelingen. Beide wetten zijn, ondanks pogingen dat te voorkomen, steeds meer uit elkaar gegroeid. Hierbij speelde ook een rol dat twee verschillende ministeries bij het proces betrokken waren en dat onvoldoende regie is gevoerd. Alle betrokken partijen (ministeries, veldpartijen en de Tweede Kamer) hebben keer op keer bijgedragen aan het wijzigen of toevoegen van elementen, waardoor een steeds complexer wetgevings geheel is ontstaan.
- 2 Tijdens het parlementaire proces is uitgegaan van enkele aannames die inmiddels onjuist blijken te zijn. Voorbeelden daarvan zijn:
 - er is een duidelijk onderscheid tussen de doelgroepen van beide wetten;
 - er zullen voldoende instellingen zijn die beide wetten willen/kunnen uitvoeren;
 - het zal makkelijk zijn om tussen beide wettelijke regimes te switchen;
 - het stappenplan Wzd sluit goed aan bij het primaire zorgproces.

Sommige van deze aannames waren mogelijk van meet af aan onjuist, andere zijn onvoldoende bewaakt of (vooraf) onderzocht. In elk geval is het zo dat tijdens het parlementaire proces onvoldoende 'reality-checks' zijn uitgevoerd.

- 3 De complexiteit van beide wetten blijkt ook uit de meerkosten ten opzichte van de Wet Bopz. De NZa berekende dat de Wzd heeft geleid tot omvangrijke structurele meerkosten. Uit deze evaluatie blijkt dat in het geval van de Wvggz aanzienlijke kosten verbonden zijn aan de uitvoering van de procedure voor een zorgmachtiging, en dan in het bijzonder voor de ggz. Ook is de invoering van de Wvggz gepaard gegaan met een substantieel toegenomen inzet van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers vergeleken met de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Het onderzoek heeft zich niet gericht op de vraag of (al) deze (meer)kosten te rechtvaardigen zijn.

Aanpassingen van regelgeving en beleid

De eerder genoemde 70 aanbevelingen die in dit onderzoek zijn geformuleerd richten zich tot verschillende partijen: de overheid, de wetgever en de partijen in het veld. Sommige aanbevelingen strekken tot wijziging van de wettelijke regels, andere betreffen richtlijnvorming of het creëren van betere randvoorwaarden. Te verwachten valt dat het enige tijd kan duren voordat wetsaanpassingen

naar aanleiding van deze evaluatie in werking kunnen treden. Waar de eerdere reparatiewetten relatief snel door het parlement werden afgehandeld, zal dat met wetsaanpassingen van meer fundamentele aard mogelijk minder vlot verlopen. Om die reden is het belangrijk dat alle betrokkenen op korte termijn bezien welke andere stappen en activiteiten nog kunnen helpen om de werkbaarheid en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd te verbeteren. De uitkomsten van deze evaluatie geven die ontwikkeling hopelijk een boost. Belangrijk is dat de overheid de partijen in het veld ondersteunt, financieel of anderszins, bij het nemen van initiatieven.

De tweede evaluatie van de Wvggz en Wzd staat gepland voor de periode 2025/2026. Het gebruik is om dan opnieuw een brede evaluatie te initiëren. Deze eerste evaluatie levert echter zodanige knelpunten op dat het de vraag is of het wijs is met het opnieuw evalueren van (onderdelen van) deze twee wetten te wachten tot weer vijf jaar zijn verstreken. Het onderzoek levert tal van thema's op waarnaar beter op kortere termijn al nader onderzoek kan worden gedaan. Dat zou kunnen leiden tot de combinatie van een thematische aanpak (een aantal kleinere, specifieke onderzoeken in de periode 2023-2025) en een beperkte overkoepelende/afsluitende evaluatie in de periode 2025/2026.

Afkortingen

AMvB	Algemene maatregel van bestuur
AOV	Ambulante onvrijwillige zorg
AP	Autoriteit Persoonsgegevens
AVG	arts voor verstandelijk gehandicapten
Awb	Algemene wet bestuursrecht
Bggz	Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BSN	Burgerservicenummer
BW	Burgerlijk Wetboek
B&W	College van burgemeesters en wethouders
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CM	Crisismaatregel (Wvvgz)
cvp	cliëntenvertrouwenspersoon
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EK	Eerste Kamer
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
fvp	familievertrouwenspersoon
GD	Geneesheer-directeur
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
IBS	Inbewaringstelling (Wzd)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
JGGZR	Jaarboek GGZ en Recht
KCOT	Klachtencommissie onvrijwillige zorg
KCT	Ketencoördinatieteam
LFCVP	Stichting landelijke faciliteit cliëntenvertrouwenspersonen
LSFVP	Familievertrouwenspersonen in de GGZ en de verslavingszorg
MvT	Memorie van Toelichting
NJ	Nederlandse Jurisprudentie

NJB	Nederlands Juristenblad
NL-GGZ	De Nederlandse GGZ
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
Ovz	Onvrijwillige zorg
PG	Psychogeriatric
Pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
Rb	Rechtbank
RM	Rechterlijke machtiging (Wzd)
SOG	Specialist ouderengeneeskunde
Stb.	Staatsblad
TK	Tweede Kamer
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
UvA	Universiteit van Amsterdam
VCM	Machtiging tot voortzetting crisismaatregel
VG	Verstandelijk gehandicaptenzorg
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
VWM	Voorwaardelijke machtiging (Wzd)
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wgbo	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie en Veiligheid
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang
ZBV	Zelfbindingsverklaring
ZM	Zorgmachtiging (Wvggz)
ZVW	Zorgverzekeringswet

1

Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Op 1 januari 2020 traden de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) in werking. Deze beide wetten kwamen in de plaats van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), een wet die sinds 1994 van kracht was. De Wvggz en de Wzd handhaven belangrijke uitgangspunten van de eerdere wet, waaronder het mogelijk maken van dwangmaatregelen in situaties waarin dat niet anders kan en het beschermen van de rechtspositie van de patiënt terzake. Maar de Wvggz en de Wzd voegen ook tal van nieuwe elementen toe, waaronder een veel sterker accent op het uitvoeren van verplichte (Wvggz) of onvrijwillige (Wzd) zorg buiten een instelling en het zoveel mogelijk honoreren van de wensen en voorkeuren van de patiënt/cliënt. Materie die tot 2020 in één wet was geregeld, overigens al met enige mate van differentiatie tussen sectoren, is nu verdeeld over twee separate wetten. Tussen die wetten bestaan, met name ook waar het gaat om de gekozen vormen van rechtsbescherming, aanzienlijke verschillen.

Beide wetten bepalen dat binnen twee jaar na de inwerkingtreding een eerste evaluatie plaatsvindt, die moet leiden tot een aan de Staten-Generaal te zenden verslag over de doeltreffendheid en de effecten van beide wetten in de praktijk. Deze beide wetten hebben een relatie met de Wet forensische zorg (Wfz). Begin 2021 startte ook een evaluatie van deze wet, uitgevoerd door het WODC. Beoogd werd de evaluatie van Wvggz/Wzd en die van de Wfz in samenhang uit te voeren.

1.2 Fasering van het onderzoek

Vooraf naar aanleiding van de coronacrisis werd in de programmatekst van ZonMw uit mei 2020 de mogelijkheid opengehouden om de evaluatie van Wvggz en Wzd met een jaar uit te stellen. Na overleg met de veldpartijen besloten de betrokken ministeries en ZonMw eind 2020 het evaluatietraject niet uit te stellen, maar wel te faseren. De aanleiding daarvoor was met name dat door de coronacrisis in bepaalde sectoren sprake was van een implementatie-achterstand en dat belangrijke kwantitatieve gegevens niet tijdig beschikbaar zouden zijn (en wel beschikbare gegevens

een te voorlopig karakter zouden hebben). Over de fasering liet de regering de Tweede Kamer in een brief van 17 december 2020 het volgende weten:¹

“Eind 2021 zal de eerste fase van de evaluatie Wvggz en Wzd worden afgerond. Dit omvat ook op onderdelen het schakelartikel 2.3 van de Wfz. Op grond van kwalitatieve en de dan beschikbare kwantitatieve gegevens zullen de onderzoekers hun bevindingen aanbieden ten aanzien van de implementatie, uitvoerbaarheid van de verschillende wetten en hun samenhang. Hierbij is de verwachting dat er voor de Wvggz eind 2021 meer data beschikbaar zijn dan voor de Wzd. Dit vanwege de grote impact van COVID-19 op de ouderen- en gehandicaptenzorg. De tweede fase van het ZonMw-traject wordt medio 2022 afgerond. Dan zullen de resultaten een nadere verdieping krijgen, onder meer op grond van dan beschikbare kwantitatieve gegevens. De onderzoekers geven aan dat deze gefaseerde aanpak noodzakelijk is om tot een goed onderbouwde evaluatie te komen”.

In een in december 2021 verschenen rapport is verslag gedaan van de eerste fase van de evaluatie.² In de eerste fase is een brede analyse gemaakt van de thema's die de uitvoerbaarheid en de implementatie van beide wetten beïnvloeden. Ten behoeve van de eerste fase waren kwantitatieve gegevens over de uitvoering in de praktijk van verschillende procedures van de Wvggz en de Wzd beschikbaar. Ook is in de eerste fase de samenhang met de Wfz, in het bijzonder art. 2.3 daaruit, onderzocht. Hiertoe is samengewerkt tussen de bij de wetsevaluaties betrokken partijen (het AmsterdamUMC, het Trimbos-instituut en het WODC).

In dit rapport wordt verslag gedaan van de tweede fase van de evaluatie. In de tweede fase is voor een meer verdiepende aanpak gekozen, door te focussen op een tiental specifieke thema's: 2 algemene thema's, 4 Wvggz-thema's en 4 Wzd-thema's. Het gaat om de volgende onderwerpen:

1 *Kamerstukken II, 2020-21, 35370, nr. 5.*

2 J. Legemaate e.a., *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1*. Den Haag: ZonMw, 2021 (hierna: Evaluatierapport-deel 1).

Algemeen:

- De keuze voor twee verschillende wetten en de gevolgen daarvan;
- Toezicht op de naleving van beide wetten

Met betrekking tot de Wvggz:

- Terugdringen dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante verplichte zorg);
- Meer rekening houden met wensen en voorkeuren patiënt;
- Versterken rechtsbescherming patiënt (zorgmachtiging, mede in relatie tot ambulante verplichte zorg)
- De rol van de gemeente (verkennd onderzoek; wederkerigheidsprincipe)

Met betrekking tot de Wzd:

- Terugdringen dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg);
- Versterken rechtsbescherming patiënt (stappenplan, mede in relatie tot ambulante onvrijwillige zorg);
- De positie van cliënten die zich niet verzetten;
- Functionarissen in de Wzd (zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris)

Daarnaast is in dit rapport een analyse opgenomen van kwantitatieve gegevens over de mate waarin in het jaar 2021 verplichte (Wvggz) en onvrijwillige (Wzd) zorg is toegepast, en bevat het rapport een verslag van het onderzoek naar de kosten die zijn gemoeid met de uitvoering van de procedure voor een zorgmachtiging, de centrale procedure binnen de Wvggz.

1.3 De onderzoeksvragen

In deze evaluatie staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- a Hoe verloopt de implementatie van de Wvggz en de Wzd en hoe staat het met de uitvoerbaarheid van beide wetten in de praktijk?
- b Hoe pakt de relatie uit tussen de Wvggz en de Wzd en tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en andere wetgeving anderzijds?
- c Bewegen de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen?
- d Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van (eventuele) wetswijzigingen, implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd in de praktijk, teneinde de doeltreffendheid van beide wetten te vergroten?

In het rapport over de eerste fase van deze wetsevaluatie zijn met betrekking tot deze onderzoeksvragen voorlopige conclusies getrokken. In dit rapport worden met betrekking tot de genoemde onderzoeksvragen meer definitieve conclusies geformuleerd.

1.4 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden.

Ten behoeve van de eerste fase van de wetsevaluatie is een uitvoerige analyse gemaakt van de inhoud en de totstandkoming van de betreffende wettelijke regelingen (het juridische deelonderzoek). Daarbij is een veelheid van bronnen betrokken, waaronder parlementaire stukken, wetgeving en rechtspraak en handreikingen waarin onderdelen van de wetgeving nader zijn uitgewerkt of toegelicht. In de tweede fase van de evaluatie is het juridische deelonderzoek waar nodig aangevuld. Dit bleek maar in beperkte mate nodig te zijn.

Het onderzoek naar de in par. 1.2 genoemde tien thema's is hoofdzakelijk uitgevoerd door middel van het organiseren van focusgroepen met de bij het betreffende thema betrokken actoren. In dat kader is ook gesproken met de beleidsambtenaren van beide betrokken ministeries. Daarnaast is begin 2022 onder de veldpartijen een e-mail-uitvraag gedaan naar de twee algemene thema's en enkele thema's betreffende de Wzd. De analyse van de toegepaste verplichte en onvrijwillige zorg in 2021 is gebaseerd op gegevens die door zorgaanbieders op grond van beide wetten zijn aangeleverd bij de IGJ. In de zomer van 2022 zijn deze data in een drietal duidingssessies besproken met de veldpartijen. Ter aanvulling en verrijking zijn ook gegevens van de Raad voor de rechtspraak (m.b.t. Wvvgz en Wzd) en gegevens van individuele zorgaanbieders (m.b.t. Wvvgz) geanalyseerd.

De voorlopige conclusies en aanbevelingen uit fase twee van deze evaluatie zijn op 2 september 2022 besproken met partijen uit het veld, teneinde draagvlak na te gaan en laatste suggesties te vernemen. Vervolgens zijn de conclusies en aanbevelingen geformuleerd die zijn te vinden in hoofdstuk 8 van dit rapport.

In de hoofdstukken 4, 5 en 7 en in bijlage C bij dit rapport worden de onderzoeksmethoden nader beschreven.

1.5 Betrokkenheid van het veld

Zowel de totstandkomingsprocedure van beide wetten als dit evaluatieonderzoek werden en worden gekenmerkt door een intensieve betrokkenheid van de partijen uit het veld. Dit betreft zowel professionele organisaties (brancheorganisaties, zorgorganisaties) als organisaties die patiënten en patiëntbelangen vertegenwoordigen. Ook individuele professionals, patiënten en familieleden zijn via interviews en groeps gesprekken geraadpleegd. De genoemde organisaties hebben voorafgaand aan de inwerkingtreding van beide wetten uitvoerige commentaren gegeven op zowel de inhoud als de te verwachten uitvoerbaarheid van beide wetten. Ook tijdens zowel de eerste als de tweede fase van deze wetsevaluatie is door de veldpartijen zeer actief in het traject geparticipeerd, onder meer door het aanleveren van mogelijke oplossingen voor door hen geconstateerde knelpunten. Waar nodig is deze informatie betrokken bij het onderzoek.

1.6 Verhouding tot het verdiepingsonderzoek evaluatie Wvvgz

In 2021 heeft ZonMw, in samenhang met deze wetsevaluatie, aan het Amsterdam UMC een aanvullende subsidie verstrekt voor het uitvoeren van een verdiepingsonderzoek evaluatie Wvvgz. Dit onderzoek, dat eind 2021 van start ging, wordt uitgevoerd door mr dr Emke Plomp, en richt zich op manieren waarop zorgaanbieders zelf kunnen bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van de Wvvgz, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van best practices. In het kader van dit onderzoek is in de eerste helft van 2022 een groot aantal interviews gehouden met betrokkenen uit de GGZ en ketenpartners van de GGZ. De evaluatie van de Wvvgz en het verdiepingsonderzoek Wvvgz zijn van elkaar te onderscheiden onderzoeken, met verschillende doelstellingen en een verschillend tijdspad. Tegelijkertijd zijn er, waar het gaat om de onderwerpen die aan de orde komen en de informatie die wordt verkregen, tussen beide onderzoeken ook duidelijke verbindingen en kunnen resultaten over en weer relevant zijn. Om die reden was er gedurende de tweede fase van de evaluatie regelmatig contact tussen de onderzoekers van beide projecten en is, waar dat nuttig was, informatie uitgewisseld. Op enkele plaatsen in dit rapport is informatie verwerkt uit het verdiepingsonderzoek.

Het eindrapport van het Verdiepingsonderzoek evaluatie Wvvgz zal medio 2023 verschijnen.

1.7 Opbouw van het rapport

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van de twee algemene thema's die in het kader van de tweede fase zijn onderzocht. In hoofdstuk 3 is de analyse te vinden met betrekking tot de specifieke thema's inzake de Wvvgz. In de hoofdstukken 4 en 5 komen achtereenvolgens aan de orde de kwantitatieve gegevens over verplichte zorg en het kostenonderzoek Wvvgz. In hoofdstuk 6 komen de specifieke thema's inzake de Wzd aan de orde en in hoofdstuk 7 de kwantitatieve gegevens over onvrijwillige zorg. In hoofdstuk 8 zijn de conclusies en aanbevelingen te vinden.

De bijlagen bevatten de samenstelling van de begeleidingscommissie (bijlage A), een overzicht van de de in beide fasen van de evaluatie gedane aanbevelingen (bijlage B) en een methodologische verantwoording (bijlage C).

Getracht is in dit rapport zo min mogelijk informatie te herhalen die is opgenomen in het rapport over de eerste fase van deze wetsevaluatie. Het was op enkele plaatsen evenwel onvermijdelijk om dat wel te doen, ook om het onderhavige rapport zelfstandig leesbaar te maken.

2

Algemene thema's

2.1 Inleiding

In de tweede fase van de evaluatie zijn twee thema's nader onderzocht die van belang zijn met betrekking tot zowel de Wvvgz als de Wzd. In de eerste plaats gaat het om de vraag of de wetgever er juist aan heeft gedaan de Wet Bopz te vervangen door twee aparte, en nogal van elkaar verschillende wetten. Het tweede algemene thema is het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op zowel de Wvvgz als de Wzd.

2.2 De keuze voor twee aparte wetten

2.2.1 Inleiding

Op 1 januari 2020 traden zowel de Wvvgz als de Wzd in werking. Het vervangen van de Wet Bopz door twee aparte wetten was in het kader van deze wetsevaluatie een gegeven. In de eerste fase van de wetsevaluatie werd echter duidelijk dat door betrokkenen vaak een relatie werd gelegd tussen actuele problemen bij de uitvoering van beide wetten en de keuze om de Wet Bopz door twee verschillende regelingen te vervangen. Dit was aanleiding om in fase twee nadrukkelijk aandacht te besteden aan deze keuze van de wetgever. In dit onderdeel wordt kort geschetst hoe deze keuze tot stand is gekomen. Vervolgens wordt weergegeven hoe de verschillende partijen anno 2022 oordelen over de keuze voor twee aparte wetten. Daarbij is gebruik gemaakt van informatie uit twee bronnen: een begin 2022 gehouden email-uitvraag onder de veldpartijen en enkele interviews die zijn gehouden in het kader van het in 2021 gestarte verdiepingsonderzoek evaluatie Wvvgz.³

2.2.2 Historische ontwikkelingen

Reeds ten tijde van de parlementaire behandeling van de Wet Bopz kwam de brede reikwijdte van die Wet Bopz – zich uitstrekkend tot de psychiatrie, de psychogeriatric (PG) en de verstandelijk

³ Zie daarover par. 1.6.

gehandicaptenzorg (VG) – ter discussie te staan. Uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz⁴ bleek al dat de bepalingen van die wet met name veel vragen oproepen binnen de de PG en VG. Nadat de tweede evaluatie (2002) had uitgewezen dat beroepsbeoefenaars in die laatste twee sectoren met substantiële uitvoeringsproblemen kampten (met name ten aanzien van de interne rechtspositie van betrokkenen), hakte de regering een knoop door en kondigde een aparte wettelijke regeling voor deze sectoren aan.⁵ In zijn reactie op de tweede evaluatie onderkende het kabinet dat het op deze deelgebieden niet zozeer om behandeling ging, maar om verpleging, verzorging, begeleiding en bescherming, en werd het voornemen uitgesproken voor deze sectoren tot een regeling te komen die beter op de praktijk zou aansluiten en ook in passender rechtsbescherming zou voorzien. Dit leidde ertoe dat – na de nodige tussenstappen – eind juni 2009 het wetsvoorstel zorg en dwang bij het parlement werd ingediend. Dat voorstel werd na veel reacties, commentaren en discussies in september 2013 door de Tweede Kamer aangenomen, na het verwerken van zeven nota's van wijziging en een extra advies van de Raad van State. De inwerkingtreding van de wet liet vervolgens lang op zich wachten, omdat de Eerste Kamer had aangegeven de Wzd in samenhang te willen behandelen met het inmiddels ook ingediende wetsvoorstel ter vervanging van het psychiatrie-deel van de Wet Bopz: de Wvvggz.

De aanvankelijke gedachte was dat met betrekking tot de PG en de VG een aparte wettelijke regeling tot stand zou worden gebracht en dat met betrekking tot de GGZ de Wet Bopz zou blijven functioneren. Naar aanleiding van de derde evaluatie van de Wet Bopz werd echter besloten ook het psychiatrie-deel van de Wet Bopz te vervangen door een nieuwe wettelijke regeling, omdat de wet te complex was geworden en, vanwege de toegenomen ambulantisering van de GGZ, niet meer toekomstbestendig werd geacht. In het rapport betreffende de derde evaluatie werden de contouren van een meer toekomstbestendige nieuwe regeling geschetst. Ten tijde van de beslissing om niet alleen een Wzd maar ook een Wvvggz te maken werd in verband met de keuze voor aparte wetten gewezen op een tweetal randvoorwaarden waaraan zou moeten zijn voldaan:

- de verschillen tussen beide regelingen moeten te rechtvaardigen zijn door de verschillen tussen de betreffende sectoren;
- het moet mogelijk zijn gemakkelijk te switchen tussen beide wetten, omdat er patiënten kunnen zijn die (afwisselend) onder beide regelingen kunnen vallen en om 'de juiste zorg op de juiste plaats' te kunnen realiseren.

De vraag is of in het kader van de ontwikkelingen die nadien hebben plaatsgevonden deze randvoorwaarden voldoende zijn 'bewaakt'. In de eerste fase van deze evaluatie is geconstateerd dat dit niet het geval is. Daaraan zijn verschillende omstandigheden debet:⁶

4 De Wet Bopz is op grond van art. 71 Wet Bopz drie keer geëvalueerd; de bijbehorende rapporten verschenen in 1996, 2002 en 2007.

5 *Kamerstukken II*, 2003/04, 25763 en 28950, nr. 4.

6 *Evaluatierapport-deel 1*, p. 370-374.

- de vele aanpassingen in beide wetsvoorstellen;
- de betrokkenheid van twee verschillende ministeries (vooral mbt de Wvvggz);
- het ontbreken van randvoorwaarden voor een goede implementatie (waaronder toereikende voorzieningen en voldoende en deskundig personeel);
- de verschillen in rechtsbescherming tussen beide wetten.

In de in 2014 gepubliceerde thematische wetsevaluatie gedwongen zorg werden kritische kanttekeningen geplaatst bij de verschillen tussen Wvvggz en Wzd, in het bijzonder bij opzet en uitgangspunten van de Wzd, die in de ogen van de onderzoekers een grondiger mensenrechtelijke analyse vereisten. Aanbevolen werd vanuit een oogpunt van overzichtelijkheid, toegankelijkheid en consistentie van wetgeving te kiezen voor één wettelijk kader voor de drie sectoren (GGZ, PG, VG), “binnen welke regeling enige differentiatie tussen sectoren mogelijk is”.⁷

In een Kamerbrief uit maart 2015 liet de regering weten dat was:

*gekozen om door te gaan met twee afzonderlijke wetsvoorstellen en deze snel na inwerkingtreding te evalueren. Intrekken van de huidige wetsvoorstellen en een integrale wettelijke regeling opstellen zou betekenen dat het nog vele jaren duurt voordat de voor de zorgpraktijk zo noodzakelijke nieuwe wettelijke regelingen van kracht kunnen worden. De meerwaarde voor de zorgpraktijk van één integrale wettelijke regeling voor gedwongen zorg staat daarbij allerminst vast.*⁸

In de officiële kabinetsreactie op de thematische wetsevaluatie uit 2016 werd daar nog het volgende aan toegevoegd:

Vanuit het oogpunt van overzichtelijkheid, toegankelijkheid en de consistentie van wetgeving beveelt ZonMw aan om één wettelijk regime te hanteren voor zowel de geestelijke gezondheidszorg (ggz) als voor cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening (zgn. PG/VG-doelgroep), of de Wvvggz en de Wzd beter op elkaar af te stemmen. De regering heeft gekozen voor een betere afstemming tussen beide wetsvoorstellen (...). Er is niet gekozen voor één wetsvoorstel, omdat de tweede evaluatie van de Wet Bopz pleitte voor specifieke regels voor de VP/PG-doelgroep, omdat de Wet Bopz voor deze doelgroep niet voldoet. De argumenten die bij deze evaluatie werden genoemd, zijn onverminderd van kracht. De noodzaak voor afzonderlijke regelingen wordt dus met name ingegeven door het verschil in doelgroep en het verschil in zorgbehoefte en type dwang (...). Eén wettelijk kader lost met andere woorden het door ZonMw gesignaleerde probleem niet op, omdat er dan toch opnieuw

⁷ J. Legemaate e.a., *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*. Den Haag; ZonMw, 2014, p. 341.

⁸ *Kamerstukken II*, 2014/15, 25424, nr. 270, p. 1-2.

*verschillende hoofdstukken zouden komen voor de verschillende groepen cliënten met mogelijk verschillende procedures.*⁹

2.2.3 De opvattingen anno 2022

Hoe wordt anno 2022, twee jaar na de inwerkingtreding van Wvvggz en Wzd, tegen dit onderwerp aangekeken? Door middel van een email-uitvraag zijn aan de partijen in het veld zijn daarover enkele vragen gesteld. Hieronder wordt uitvoerig verslag gedaan van de reacties op deze vragen.

Er is vrijwel geen enkele respondent die zonder meer enthousiast is over de keuze voor twee wetten. Een uitzondering is:

Wat mij betreft hoeven we niet terug naar één wet. Veel is nu prima geregeld voor de VG-sector. Een belangrijk voordeel van de huidige wetgeving is vooral dat onvrijwillige zorg is losgekoppeld van de gedwongen opname. Evaluaties lopen goed. Er wordt regelmatig overlegd. (arts VG)

Ook wordt opgemerkt dat nog te weinig informatie beschikbaar is om een zinnige discussie te kunnen voeren over de vraag of één wet beter is dan twee:

Vanuit het perspectief van mensen met dementie en hun naasten ziet Alzheimer Nederland geen redenen om Wvvggz en Wzd te vervangen door één wet. We weten op dit moment veel te weinig van de effecten op de vrijheid van mensen met dementie door de Wzd. Want 1. de Wzd is nog nauwelijks ingevoerd, 2. de registratie is niet op orde, dus we missen de feiten, Deze vraag komt dus gewoon te vroeg. (Alzheimer NL)

Vanuit cliënt- en naastenperspectief is lastig in te schatten wat de gevolgen zijn van het samenvoegen van de Wvvggz en Wzd, mocht dit aan de orde komen. De beide wetten zijn pas sinds 2020 van kracht. Wel leidt dat bij ons tot de volgende vragen: Welke kennis is er over beide wetten? Is er een analyse over de wetten? Waar vullen ze elkaar aan en waarin verschillen ze van elkaar? Kortom het is een ingewikkelde kwestie waarbij wij ons afvragen of de 'problemen' die er nu zijn worden opgelost door er één wet van te maken. (Ieder(in))

Sommige respondenten zien de keuze voor twee wetten vooral als een gegeven, maar signaleren wel punten waar kritisch naar gekeken moet (blijven) worden:

Er is destijds een bewuste keuze gemaakt. Het zou goed zijn om naar die keuzes te kijken en te evalueren of de motivatie van deze keuzes ook zo hebben uitgepakt. Qua rechtsbescherming is er in de Wzd nog veel te winnen tov de Wvvggz. (LFCVP)

9 Kamerstukken II, 2015-2016, 25424, nr. 323, p. 9-10.

In de kern [is de keuze voor twee wetten] een goed idee, aangezien de Wet Bopz een zeer brede groep bediende. Twee separate regelingen geven meer ruimte voor maatwerk. Echter, in de praktijk zien we dat er veel getouwtrek is over onder welke wet een patiënt zou moeten vallen (welke problematiek is voorliggend). Dit wordt versterkt doordat de routes van beide wetten verschillend zijn. Hierdoor vallen sommige patiënten tussen de wal en het schip. (zorgaanbieder GGZ)

Voordelen: Deels is het helpend dat er een splitsing is gekomen in de regimes. De samenwerking met de PG en VG organisaties heeft hierin een ontwikkeling doorgemaakt, door het splitsen van de regimes zijn er meer verantwoordelijkheden op de juiste plek gekomen (...). Nadelen: In sommige situaties is de splitsing in twee wetten niet altijd gunstig voor de cliënt. De overgangsproblematiek komt voort uit het gegeven dat de voorliggende stoornis bepalend is en dat bij grensgevallen die scheidingslijn lastig te bepalen is. (zorgaanbieder GGZ)

Ook de verschillen tussen de doelgroepen van de Wzd (waarbij herstel in de regel niet aan de orde is) en de Wvvgz (waar dat vaak wel zo is), rechtvaardigen het ontstaan van twee wetten. Voordeel is daarmee benoemd. Nadeel is dat we zien dat de door de Kamers gevraagde harmonisatie tussen de wetten geleid heeft tot aanpassingen in beide wetten waarin de sectoren zich minder herkennen. (NL-GGZ)

In de praktijk ervaart het OM dat de splitsing tussen de doelgroepen zoals deze is bedacht niet zo zwart-wit is. Het is niet altijd evident welk wettelijk regime het meest passend is. Daarnaast kan bij een verandering van de zorgvraag of zorgbehoefte van de betrokkene (o.a. bij multi-problematiek) de gewenste route – en daarmee het wettelijke regime - ineens veranderen. En juist bij een gewenste routewijziging worden in de praktijk knelpunten en onmogelijkheden ervaren. (OM)

Andere respondenten zijn (aanzienlijk) kritischer, hetzij over de keuze voor twee wetten als zodanig, hetzij over de wijze waarop de keuze voor twee wetten in de praktijk blijkt uit te pakken:

Principieel verdient één overkoepelende regeling de voorkeur (...). Beide wetten gaan wezenlijk over hetzelfde: een regeling voor het gelegitimeerd beslissen over en toepassen van medisch gerelateerde zorg die de betrokkene zelf niet wenst. Het vervangen van de Wet Bopz door twee aparte regelingen heeft meer een historische dan een principieel inhoudelijke achtergrond. Mogelijke voordelen zijn er wellicht met name voor de Wzd-zorgsectoren: de Wet Bopz vond (...) geen goede aansluiting in de zorgpraktijken die nu door de Wzd worden bestreken. Nadelen van twee wetten zijn deels praktisch (moeizame overstap van de ene naar de ander regeling), deels principieel (waarom zou dat wat vergelijkbaar is, afhankelijk van de toevallige zorgsector anders moeten worden geregeld). (Stichting PVP)

Er was van meet af aan al discussie over de vraag, of een "tweewettensysteem" wenselijk zou zijn. Ondanks alle pogingen is er nog steeds sprake van een gebrek aan harmonisatie. Dat is niet alleen een kwestie van tekst ('verplichte zorg' versus 'onvrijwillige zorg', 'crismaatregel' versus 'inbewaringstelling'), maar hangt samen met het essentiële verschil in benadering en systematiek (...). De scheiding tussen de twee wetten is naar onze mening geen verbetering ten opzichte van de Wet Bopz. De schotten tussen de twee sectoren moeten worden geslecht. (advocatuur)

De managers van de zorg en veiligheidshuizen geven aan dat door de huidige situatie van twee wetten, zaken bemoeilijkt zijn. Allereerst kan het nu gebeuren dat mensen tussen wal en schip vallen. Daarnaast is de doelgroep nu lastiger te vatten en is de route nu ingewikkelder dan toen er nog 1 wet was. Men loopt tegen uitvoeringsproblemen aan, zeker bij de meest complexe doelgroep. (Landelijke Vereniging van Managers Zorg en Veiligheidshuizen)

De knip in twee wetten is in de praktijk niet handig om een aantal redenen. Aan de voorkant is niet altijd duidelijk of een beoordeling gaat leiden tot een verplichte behandeling in de Zvw of de Wlz. Vanwege deze onduidelijkheid is het bij de start van de beoordeling lastig te bepalen ten laste van welke domein de kosten gebracht moeten worden. Deze onduidelijkheid zorgt voor ongewenste onzekerheid in de uitvoering (wie moet de beoordeling uitvoeren?) en financiering. (...) De knip in de uitvoeringspraktijk biedt geen stimulans voor een efficiënte en doelmatig inrichting van de keten en bevat prikkels voor het afwentelen van beoordelingen naar andere partijen in de keten (...). (zorgverzekeraars)

Twee aparte wettelijke regimes maken de zorgverlening in de praktijk en de toetsing daarvan door de rechter er niet makkelijker en overzichtelijker op. Grootste nadeel: er zijn schotten tussen de wetten en de daaronder vallende patiënten en hun zorgbehoefte geplaatst. Dat is soms problematisch. Een veranderend ziektebeeld (met bijbehorende verandering van zorgbehoefte) kan ertoe leiden dat er ook op stel en sprong juridisch-technische maatregelen moeten worden getroffen. Dat levert vertraging op bij het voorzien in passende zorg. (rechtbank)

Het werkt voor geen meter (...) De terminologie en de termijnen zijn anders. De samenloop van de twee machtigingen en de registratieverplichtingen zijn echt ingewikkeld. Ik vraag me af of je het redt met de aanbevelingen uit het eerste deel van de wetsevaluatie. Het probleem zit in de opname. In wat voor accommodatie moet iemand verblijven? Er zijn geen accommodaties met dubbele registraties. Dat snap ik ook wel, want het is heel ingewikkeld voor het personeel. De constructie in de Wet Bopz vond ik beter. Je had een apart onderdeel in de wet voor de VG- en PG-sector. De rechtsbescherming in de Wzd vind ik nu heel slecht, daar zijn we echt op achteruit gegaan. Ik vind het schandalig dat de beslissingen over onvrijwillige zorg nu bij MBO 3-niveau is neergelegd. (rechter)

Ik vind het niet logisch dat we twee wetten hebben. Volgens mij waren we niet zo ontevreden met de Wet Bopz. Het probleem was meer dat we vonden dat het voor patiënten duidelijker moest worden wat er kon binnen die wet en dat we de patiënten beter mee moesten nemen in het hele verhaal. Ik vind die wetten gedrochten. Tijdens het wetgevingsproces zijn veel amendementen ingediend. Op een gegeven moment hadden ze moeten besluiten om opnieuw te beginnen, want het werkt niet als je telkens weer iets verandert. (specialist ouderengeneeskunde)

Door het vervangen van de Wet Bopz door twee separate wetten (...) is er bovendien een rechtsongelijkheid ontstaan tussen de algemene Nederlandse bevolking en de reeds kwetsbare groepen mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast bemoeilijkt het opsplitsen in twee wetten de uitvoerbaarheid in de praktijk (...). Er zijn geen voordelen aan het opsplitsen van de Wet Bopz naar twee wetten, alleen nadelen (...) [W]e zouden zeer voorstander zijn voor het terug gaan naar één wet in het belang van de kwetsbare patiënten. Daarbij geen onderscheid maken tussen populaties/doelgroepen. Dit heeft altijd al verwarrend gewerkt. (Verenso/NVAVG)

De doelstelling en hoop was dat met twee aparte wetten meer kon worden toegespitst op de verschillende doelgroepen en dat dit de patiënt ten goede zou komen. Ons inziens is deze doelstelling helaas niet behaald. De doelgroepen worden nu gesplitst op basis van diagnoses die in de wettelijke regeling zijn vastgesteld in plaats van op basis van de zorgbehoefte van patiënt. Hierdoor is maatwerk nauwelijks mogelijk. Bovendien kennen beide wetten een andere rechtsbescherming, waarbij de rechtsbescherming binnen de Wzd minder goed geregeld is dan binnen de Wvvgz. (NVvP)

Wanneer er geen sprake is van overlappende problematiek dan hebben 2 verschillende wetten voordelen (...). Wanneer er sprake is van overlappende problematiek dan zijn 2 verschillende wetten onnodig juridisch en logistiek ingewikkeld. Ik ben voor één wet voor alle doelgroepen, waarbij binnen de wet wellicht gedifferentieerd kan worden. (zorgaanbieder GGZ)

De doelgroepen, de zorgverlening die zij ontvangen, de doelen die met de wetten beoogd worden zijn niet dusdanig verschillend dat hier verschillende wetten voor nodig zijn. Beide wetten zijn erg doorgeschoten in administratieve/bureaucratische voorschriften. Er is in de praktijk meer overlap en gezamenlijkheid dan dat er verschillen zijn. Nadelen: dat er schotten worden opgetrokken en grensverkeer nagenoeg onmogelijk gemaakt wordt (zowel voor de patiënt als voor de beroepsbeoefenaar). Een en ander brengt veel extra werk en kosten met zich mee. (KCOZ)

Door een aantal respondenten wordt gewezen op het belang van nog verdergaande harmonisatie van beide wetten:

Ik zou vooral toejuichen dat er voor beide wetten dezelfde route (OM/OvJ) bewandeld zou worden. (zorgaanbieder GGZ)

In de praktijk is de scheiding tussen deze doelgroepen niet zo evident en het ene moment kan de betrokkene in het ene plaatje passen en op het andere moment in het andere. Om dit te ondersteunen, dienen processen in beide wetten zoveel mogelijk te worden geharmoniseerd, zowel in procedures als in de terminologie. Daarnaast moet een overgang van de ene naar de andere juridische titel zodanig worden geregeld, dat de continuïteit van zorg voor de betrokkene niet in het geding komt door juridische onmogelijkheden. Deze voorwaarden gelden wat ons betreft ongeacht de keuze voor 1 of 2 wetten. (OM)

Ik heb geen duidelijk voorkeur voor één gezamenlijke wet, maar zou het wel toejuichen als de wetbepalingen en de uitvoeringsregelingen zoveel mogelijk worden geharmoniseerd. Noodzakelijke verschillen moeten hun verklaring vinden in het verschil in doelgroepen en wat het voor die doelgroepen betekent om verplichte zorg te krijgen. Dat laatste kan uiteraard ook worden vormgegeven in één wet. (Valente)

Betekent deze kritiek dat beide wetten binnen afzienbare termijn moeten worden samengevoegd? Daar hebben veel respondenten aarzelingen bij:

Wij zouden het betreuren als het evaluatierapport opnieuw zou leiden tot discussie over één of twee wetten. Dat is een discussie over de vorm, terwijl de discussie wat ons betreft over de inhoud zou moeten gaan. Die inhoudelijk discussie kan gaan over verschillen tussen Wzd en Wvvgz en de vraag of deze gerechtvaardigd zijn. Is dat niet het geval, dan kan tot harmonisatie besloten worden. Wij zien geen dringende reden om nu te streven naar integratie van beide wetten. De ervaring in het verleden leert dat dit tot een wetgevingstraject leidt dat veel langer duurt dan voorzien en dat in het veld (wederom) veel onzekerheid veroorzaakt. (Actiz/VGN)

Op dit moment is een dergelijk scenario ongewenst. Aanbieders onder beide wetten hebben hun handen vol aan het inregelen van de wettelijke vereisten. Alles nu op de schop zetten is een enorme vernietiging van inzet en kapitaal. Terugkeer naar een wet kan helpen bij de genoemde schaarste problematiek, maar roept de vraag op hoe zo'n wet eruit moet komen te zien. Er ontstaat dan onvermijdelijk lange en moeilijke discussie over welke elementen van welke wet (Wvvgz of Wzd) in de nieuwe wet moeten worden opgenomen. (NL-GGZ)

Voor de korte termijn achten wij een samenvoeging tot één gezamenlijke wet niet haalbaar. Er moeten zo snel mogelijk oplossingen worden gevonden voor de huidige knelpunten in de wetten, waaronder ook de samenloop en koppeling tussen de Wvvgz en Wzd. Op de langere termijn zien wij voordelen aan één gezamenlijke wet, dus hierover kan wel alvast worden nagedacht. (NVvP).

Nee, zeker niet in de nabije toekomst. Ten eerste is het nu niet gepast om opnieuw een heel wetgevingstraject in gang te zetten, terwijl de ervaring ons leert dat zo'n traject vele jaren in beslag zal nemen (Bopz: 20 jaar; Wvvgz/Wzd: 12 jaar). Beter is het om nu de aandacht te besteden aan het verbeteren/repareren van het huidige stelsel, alsmede aan een verbetering in de kennis en het begrip van de huidige wetgeving. Daarmee valt de komende jaren nog voldoende vooruitgang te boeken, en pas daarna kan men goed bepalen of de huidige wetgeving dan ook toekomstbestendig blijkt of niet. (MIND)

Wij menen (...) dat een keuze voor één wet de samenhang en harmonisatie had vergemakkelijkt. [Maar] we hebben uit oogpunt van rechtszekerheid niet de tijd om jaren te wachten op volledig nieuwe wetgeving. In dat kader is de vraag naar één of twee wetten voor ons nu niet opportuun, omdat het traject naar één gezamenlijke wet jaren zal duren. (VenVN)

2.2.4 Beschouwing

In reactie op de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg liet de regering in 2016 aan de Tweede Kamer weten dat de in de tweede evaluatie van de Wet Bopz genoemde argumenten om te komen tot twee aparte wettelijke regelingen “onverminderd van kracht waren” (zie par. 2.1.2). Dat is bepaald niet het gevoel dat anno 2022 in het veld overheerst. Het hiervoor gegeven overzicht van de opvattingen van partijen in het veld over de keuze voor twee separate wetten laat een niet zo positief beeld zien. Een enkeling is enthousiast over die keuze, anderen aanvaarden de situatie en stellen voor er maar het beste van te maken, maar het grootste deel van de respondenten heeft sterke bedenkingen bij de keuze voor twee wetten, zeker nu blijkt hoe een en ander in de praktijk uitpakt.

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen de situatie die bestond ten tijde van de tweede Bopz-evaluatie in 2002 enerzijds en de ontwikkelingen die zich nadien hebben voorgedaan anderzijds. De argumenten die rond 2002 werden genoemd om voor de PG en de VG een ander wettelijk kader te ontwerpen dan voor de GGZ gold, waren toentertijd zo gek nog niet. Dat anno 2022 door de hiervoor genoemde respondenten over de keuze voor twee wetten overwegend negatief wordt gedacht heeft minder te maken met die toenmalige argumenten, maar veel meer met de invulling die beide wetten de afgelopen jaren hebben gekregen (na talrijke tussentijdse wijzigingen) en met het onderschatten van de impact op de praktijk voor een keuze voor twee wetten die op zulke uiteenlopende systematieken zijn gebaseerd, in een veld waarin de overlap in problematiek tussen patiëntengroepen groter is dan lang werd aangenomen.

Door de vele wijzigingen die de wetsvoorstellen Wzd en Wvvgz de afgelopen jaren hebben ondergaan, soms in samenhang met elkaar, maar soms ook niet, is van een goede afstemming tussen beide wetten onvoldoende sprake. Ondanks pogingen tot harmonisatie zijn verschillen soms eerder vergroot dan verkleind. Daar komt bij dat door de vele aanpassingen van beide wetsvoorstellen de in par. 2.1.2 genoemde randvoorwaarden (waaronder de gedachte van een makkelijke switch tussen beide wetten) steeds meer uit het oog zijn verloren. De vraag is overigens ook of die randvoorwaarden, en de daaraan ten grondslag liggende aannames, wel reëel waren en zijn. Zoals

gezegd blijken de doelgroepen van Wvvggz en Wzd meer te overlappen dan ten tijde van het concipiëren van beide regelingen werd aangenomen. En de gedachte dat er voldoende zorgaanbieders zouden zijn die zowel Wvvggz als Wzd zouden toepassen is ook een misvatting gebleken; dat laatste houdt overigens weer verband met de steeds meer toegenomen complexiteit van beide regelingen, en de aanzienlijke verschillen in rechtsbescherming.

Samengevat: er heeft zich na 2002 een ontwikkeling voorgedaan waarin de oorspronkelijke gedachten achter het splitsen van de Wet Bopz in twee regelingen steeds moeilijker te realiseren bleken. Maar ondanks alle problemen die voortvloeien uit de huidige regulerings situatie is de animo om op korte termijn te streven naar het samenvoegen van beide wetten niet groot. De vrees bestaat dat dat opnieuw zal leiden tot een langdurig en complex wetgevingstraject. De partijen die daar bang voor zijn hebben de historie aan hun kant, zowel waar het gaat om de duur en complexiteit van de parlementaire behandeling van de Wet Bopz, als om die van de Wzd en Wvvggz. Om die reden valt te begrijpen dat respondenten er met betrekking tot de korte termijn een voorkeur voor hebben dat door middel van aanpassingen van beide wetten wordt getracht bestaande problemen te verminderen. Voorafgaand aan de inwerkingtreding in 2020 zijn beide wetsvoorstellen al op een aantal punten geharmoniseerd, waardoor sommige verschillen werden weggenomen of werden verkleind. Uit de hiervoor weergegeven opvattingen en de bevindingen in de eerste fase van de evaluatie blijkt dat die harmonisatie verder zou moeten worden doorgezet, in de hoop dat op die manier toch een werkbare verhouding tussen wetgeving en praktijk kan ontstaan. Diverse aanbevelingen uit de eerste fase van de evaluatie sluiten daarbij aan.

Daarbij passen wel enkele kanttekeningen. De eerste is dat verdergaande harmonisatie tussen Wvvggz en Wzd telkens opnieuw de discussie over het wel of niet samenvoegen van beide regelingen zal blijven voeden. De ultieme harmonisatie is immers het ontwerpen van één geïntegreerde regeling, waarbinnen mogelijkheden voor sectorale differentiatie bestaan. De tweede kanttekening is meer van principiële en conceptuele aard: door de keuze voor twee wetten en de wijze waarop daar invulling aan is gegeven, zijn twee geheel gescheiden juridische domeinen gecreëerd. De praktijk laat zich zo echter niet opsplitsen, met alle uitvoeringsproblemen van dien. De vraag is dan: zijn de problemen die voortvloeien uit de keuze voor twee wetten eigenlijk wel op een aanvaardbare manier te repareren? Is het wel mogelijk een bevredigende verhouding tussen Wvvggz en Wzd te doen ontstaan? Enerzijds kan worden gesteld dat het nog te vroeg is om deze vraag te beantwoorden, anderzijds levert deze evaluatie tal van aanwijzingen op dat, hoe begrijpelijk de keuze daarvoor mogelijk ooit was, het onwaarschijnlijk is dat het naast elkaar bestaan van twee zulke verschillende regelingen als de Wvvggz en de Wzd tot een bevredigende situatie kan leiden.

2.3 Het toezicht van de IGJ op de naleving van beide wetten

2.3.1 Inleiding

Op de Wvvggz en de Wzd wordt toezicht gehouden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daartoe zijn in beide wetten bepalingen opgenomen waarin de taken en bevoegdheden van de IGJ zijn geregeld en waarin wordt aangegeven welke gegevens ten behoeve van het toezicht aan de IGJ

moeten worden verstrekt. In dit onderdeel gaan wij nader in op deze wettelijke bepalingen, op de wijze waarop de IGJ daaraan invulling geeft en op de ervaringen en meningen van de IGJ en de veldpartijen over hoe het toezicht in de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Wvvggz en de Wzd vorm heeft gekregen. Na een beschrijving van het wettelijk kader (par. 2.3.2) volgt een overzicht van de bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek (par. 2.3.3). Het thema wordt afgesloten met een beschouwing (par. 2.3.4).

2.3.2 Het wettelijke kader

Wvvggz

Toezicht en handhaving komen aan de orde in hoofdstuk 13 van de Wvvggz. Net als onder de Wet Bopz ligt de externe toezichtstaak bij de IGJ. Belangrijk aandachtspunt is dat het toezicht van de IGJ onder de Wvvggz voor een deel moet plaatsvinden buiten de instelling, waaronder bij mensen thuis, omdat verplichte zorg ook ambulante kan worden verleend. Tijdens de parlementaire behandeling is door de regering niet concreet gemaakt hoe de inspectie aan deze nieuwe vorm van toezicht invulling zou moeten geven. Om toezicht te kunnen houden op ambulante situaties heeft de IGJ een binnentredingsbevoegdheid gekregen (art. 13:1 lid 2).¹⁰ Deze houdt kort gezegd in dat IGJ-ambtenaren een woning mogen binnentreden (waarbij ze de hulp van politie en medewerkers kunnen inschakelen), aan betrokkene mogen vragen zich te legitimeren dan wel inzage in relevante bescheiden te verschaffen. De bevoegdheid kan echter alleen worden ingezet indien er in de te betreden woning of verblijfsruimte verplichte zorg wordt verleend of wanneer de IGJ 'een gegrond vermoeden heeft dat [daar] verplichte zorg wordt verleend'.

Waar het gaat om het algemene toezicht gaat het onder meer om de analyse van de gegevens over toegepaste verplichte zorg die de IGJ op grond van de wet krijgt aangeleverd door zorgaanbieders. Als die gegevens daartoe aanleiding geven of als er meldingen bij de IGJ binnenkomen dat de wet niet goed wordt nageleefd, kan zij de bij die meldingen betrokken actoren, zoals de geneesheer-directeur (GD) en de zorgverantwoordelijke, vragen om inlichtingen (die moeten ze geven voor zover dat voor de uitvoering van de inspectietaak nodig is; art. 13:1 lid 4). Ook kan de IGJ inzage in het dossier van de betrokkene verlangen (art. 13:1 lid 3).¹¹

Art. 13:2 lid 1 bepaalt dat indien bij de zorgaanbieder, de GD of de zorgverantwoordelijke het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de verplichte zorg ernstig tekortschiet, hij daarvan melding doet aan de inspectie. In de Wet Bopz ontbrak een dergelijke bepaling. Nieuw ten opzichte van de Wet Bopz is ook de bepaling dat indien de zorgaanbieder, de GD of de zorgverantwoordelijke onvoldoende, niet of niet tijdig reageert op de klachten van de

10 De IGJ beschikt niet over de bevoegdheden ex art. 5:18 en 5:19 Awb, zoals het doorzoeken van voertuigen of woningen of het onderzoeken van spullen (art. 13:1 lid 2).

11 De bevoegdheid om dossiers in te zien (en daaraan gekoppeld de zwijgplicht en het verschoningsrecht voor de IGJ) is in algemene zin geregeld in art. 39 lid 1, onderdeel b Gezondheidswet.

patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) of de familievertrouwenspersoon (fvp) over de uitvoering van de verplichte zorg, de pvp dan wel de fvp dit kan melden aan de inspectie (art. 13:2 lid 2). Daarnaast bepalen de art. 11:1 lid 3 en 12:1 lid 2 dat de pvp respectievelijk de fvp de bevoegdheid hebben tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg te signaleren en te melden aan de IGJ, voor zover deze tekortkomingen afbreuk doen aan de rechten van de patiënt. Er wordt in de Wvvggz dus een expliciete verbinding gelegd tussen de toezichthoudende taak van de IGJ en de taken van pvp en fvp. In een brief uit april 2022 aan beide ministeries en aan de ketenpartners Wvvggz stelden NL-GGZ en de NVvP voor deze taak van de pvp te schrappen. “Dit is geen eigenlijke rol voor de pvp en het geeft een ongewenste vermenging van taken”, aldus beide organisaties. In een reactie op deze brief wees de Stichting PVP erop dat de pvp al van oudsher een signalerende taak heeft en benadrukte dat art. 11:1 lid 3 Wvvggz een gang van zaken codificeert die ook al onder de Wet Bopz bestond. Ook merkte de stichting op dat de signalerende taak van de pvp in de parlementaire debatten over de Wvvggz nooit ter discussie was gesteld.

De verplichting van zorgaanbieders om de IGJ ten behoeve van het toezicht gegevens te leveren is opgenomen in art. 8:24 Wvvggz. Die bepaling noemt ook de gegevens die moeten worden aangeleverd. De gegevensaanlevering vindt halfjaarlijks plaats (art. 8:24 lid 2). Ook dient de zorgaanbieder elk half jaar aan de IGJ een analyse van de door hem in die periode verleende verplichte zorg te verstrekken (art. 8:25).

Wzd

Ook in deze wet is het toezicht op (en handhaving van) de naleving van de wet opgedragen aan de IGJ, waaronder het toezicht op ambulante onvrijwillige zorg. Om de toezichthoudende taak te kunnen vervullen heeft de IGJ een aantal bevoegdheden, genoemd in art. 60 Wzd. Daartoe behoren het inzien van het dossier van de cliënt, ook zonder toestemming van de betrokkene. De zorgaanbieder moet de IGJ in staat stellen met cliënten te spreken, en dient voorts alle gewenste inlichtingen aan hen te verstrekken. Ook kan de IGJ zonder toestemming van de bewoner diens woning of verblijfplaats binnentreden. Dit alles uiteraard voor zover dat voor de taakvervulling redelijkerwijs noodzakelijk is.

De Wzd is sectoroverstijgend. Dit betekent dat ook instellingen die als zodanig niet onder het toezicht van de IGJ vallen, zoals de aanbieders van Wmo-zorg, via de Wzd voor het onderdeel onvrijwillige zorg toch onder het toezicht van die inspectie kunnen vallen. Dan is er sprake van twee verschillende toezichthouders, namelijk de IGJ en de toezichthouder van de gemeente. Die zullen hun toezichtactiviteiten op elkaar moeten afstemmen en afspraken moeten maken. Dat is inmiddels gebeurd.

Art. 60a lid 1 Wzd voorziet in een tamelijk ruime meldplicht. Dit artikel verplicht de zorgaanbieder, maar ook de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke of de zorgverlener een melding bij de inspectie te doen als bij hen het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg ernstig tekortschiet. Als de genoemde personen niet of niet tijdig reageren op klachten van de cvp over de uitvoering van zorg, kan deze dit melden aan de inspectie, aldus lid 2 van art. 60a. De cvp doet een dergelijke melding pas nadat hij de tekortkoming eerst binnen de zorgorganisatie aan de

orde heeft gesteld, aldus het Kwaliteitskader voor cliëntenvertrouwenspersonen. Voorts behoort het tot de taak van de cvp om signalen over tekortkomingen in de structuur of uitvoering van onvrijwillige zorg aan de IGJ te melden, voor zover deze tekortkomingen afbreuk doen aan de rechten van een cliënt (art. 57 lid 2 Wzd). Ook hier dus een wettelijke verbinding tussen IGJ en cvp.

Uiteraard zijn er in de Wzd, evenals in de Wvvggz, ook andere elementen in de wet die het toezicht door de inspectie faciliteren. Daarbij valt met name te denken aan de verplichtingen ex art. 17 en 18 betreffende het verzamelen van gegevens over onvrijwillige zorg, het verschaffen van het periodieke, digitale overzicht daarvan, alsmede het toezenden van een analyse van die gegevens. Art. 17 lid 1 bepaalt dat de zorgaanbieder moet zorgen voor de digitale beschikbaarheid per individuele cliënt van een groot aantal gegevens die met name de verleende onvrijwillige zorg en genomen besluiten in de sfeer van opname en verblijf betreffen. De bedoeling is dat deze voor de inspectie toegankelijk zijn als daar behoefte aan bestaat. Van de gegevens dient de zorgaanbieder ten minste eenmaal per half jaar aan de inspectie een digitaal overzicht te verstrekken (art. 17 lid 2). Het overzicht moet worden verstrekt per locatie, aldus art. 4 lid 1 van de Regeling zorg en dwang.¹² Naast dit digitale overzicht dient op grond van art. 18 door de zorgaanbieder ook ten minste eenmaal per half jaar aan de inspectie een analyse verstrekt te worden van de in die periode verleende onvrijwillige zorg. Ook die analyse dient in principe op locatieniveau te worden uitgevoerd, maar de zorgaanbieder kan daarvan afwijken mits hij toelicht waarom zijn analyse op meerdere van zijn locaties betrekking heeft (art. 6 Regeling zorg en dwang).

Beleidsstukken en aanpak IGJ

Al voor de inwerkingtreding van beide wetten in 2020 informeerde de IGJ de betrokken sectoren over de wijze waarop het toezicht zou worden ingericht, en wel in een visienota uit mei 2019.¹³ In die visienota zette de inspectie uiteen wat de komst van Wvvggz en Wzd zo gaan betekenen voor haar toezicht. Daarbij gaf de IGJ aan dat zij met name in de eerste jaren (2020-2021) vooral zou signaleren, agenderen en stimuleren.¹⁴ Omdat met de komst van de nieuwe wetten de zorg niet langer locatiegebonden is, maar persoonsvolgend, kondigde de inspectie aan in haar toezicht ook over de schotten van de afzonderlijke zorgaanbieders heen te kijken en meer overstijgend op bijvoorbeeld regionaal niveau naar de zorg te kijken. De focus van het toezicht, zo gaf de inspectie aan, zou komen te liggen op de algemene doelen van beide wetten: “Onder de nieuwe wetgeving zal de inspectie zich in haar toezicht focussen op de belangrijkste uitgangspunten en randvoorwaarden voor verantwoorde gedwongen zorg”. Specifiek genoemd werden de volgende thema’s:

- Dwang zoveel mogelijk voorkomen en anders zorgvuldig toepassen;
- De juiste zorg op de juiste plaats;

12 In de literatuur is daarbij opgemerkt dat een locatie kan bestaan uit enkele cliënten of uit meerdere gebouwen, hetgeen het vergelijken van digitale overzichten tussen locaties bemoeilijkt; B. Frederiks, *TvGR* 2019, p. 350.

13 IGJ, *Terughoudend en zorgvuldig omgaan met onvrijwillige of verplichte zorg*, Utrecht, mei 2019.

14 Zie ook M. van der Zanden e.a., Toezicht op de Wzd en de Wvvggz, *JGGZR* 2019 (3) 22.

- Voldoende en deskundig personeel;
- Aandacht voor de belangen en de rechtspositie van de cliënt.

Hoe de inspectie in de praktijk te werk gaat en aan welke normen zij toetst, is nader uitgewerkt in de Toetsingskaders Wvvgz en Wzd, die in januari 2020 werden gepubliceerd.¹⁵ In deze toetsingskaders wordt per onderdeel van beide wetten gedetailleerd aangegeven waar de IGJ bij inspectiebezoeken naar vraagt.¹⁶

In de periode na de inwerkingtreding van beide wetten publiceerde de IGJ tot nu toe drie rapportages met eerste bevindingen over de implementatie: in juni 2021¹⁷, in december 2020¹⁸ en in december 2021.¹⁹ In juni 2022 publiceerde de IGJ een eerste rapportage over de door de zorgaanbieders aangeleverde gegevens betreffende verplichte en onvrijwillige zorg. Deze rapportage heeft betrekking op het jaar 2021 en laat zien dat de wettelijke registratie- en rapportageplichten van zorgaanbieder bepaald nog niet optimaal functioneren, waardoor volgens de IGJ alleen nog maar “voorzichtige uitspraken” kunnen worden gedaan.²⁰ Elders in deze rapportage gaan wij daar uitvoeriger op in (zie de hoofdstukken 4 en 7).

2.3.3 Bevindingen kwalitatief empirisch onderzoek

In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van de veldpartijen en de IGJ met het toezicht in de periode 2020-2022. Eerst gaan we in op de bekendheid in het veld met de toezichtvisie van de IGJ. Vervolgens bespreken we de ervaringen met toezicht in de eerste periode. Daarna focussen we op toezicht op verplichte zorg, c.q. onvrijwillige zorg in de ambulante setting. Ten slotte wordt aandacht besteed aan de omvang van de door zorgaanbieders bij de IGJ aan te leveren data over verleende verplichte of onvrijwillige zorg.

2.3.3.1 Bekendheid met de toezichtvisie van de IGJ

In de e-mail uitvraag onder veldpartijen was de bekendheid met de toezichtvisie van de IGJ als onderwerp opgenomen. Uit de antwoorden blijkt dat het document waarin de toezichtvisie wordt beschreven bij de meeste organisaties bekend is en ook wordt gewaardeerd:

15 IGJ, *Toetsingskader Wet zorg en dwang*, Utrecht, januari 2020; IGJ, *Toetsingskader Wet verplichte ggz*, Utrecht, januari 2020.

16 In het Toetsingskader Wzd wordt opgemerkt dat tussen IGJ en VNG een protocol moet worden opgesteld voor een taakverdeling tussen IGJ en gemeenten, waar het gaat om het toezicht op de Wzd-domeinen.

17 IGJ, *Noodzaak tot samenwerken bij gedwongen zorg – Wat zie de inspectie na de eerste drie maanden Wvvgz en Wzd?* Utrecht, juni 2020.

18 IGJ, *De zorgvuldige uitvoering van dwang in de zorg echt goed regelen, kan alleen regionaal – Wat ziet de inspectie na nog een halfjaar Wvvgz en Wzd?* Utrecht, december 2020.

19 IGJ, *Dwang in de zorg: van wet naar mindset – Implementatie en uitvoering Wvvgz goed op gang, Wzd blijft haperen*. Utrecht, december 2021.

20 IGJ, *Gedwongen zorg in 2021 in beeld*. Utrecht, juni 2022.

Het vraagt om een persoonsgerichte houding en het zorgvuldig en terughoudend zijn met betrekking tot onvrijwillige zorg spreekt me zeker aan. De IGJ heeft hierin een belangrijke toezichtrol. (e-mail uitvraag, professionele organisatie)

Wel worden vraagtekens gezet bij de bekendheid op de werkvloer:

De toezichtvisie is nog weinig bekend onder onze leden, maar uiteraard wel te googelen. (e-mail uitvraag, professionele organisatie)

Ook worden vraagtekens geplaatst bij de door de IGJ geformuleerde specifieke thema's, zoals preventie, mede in relatie tot voldoende personeel:

Een punt van aanscherping zou wat ons betreft gevonden kunnen worden bij het voorkomen van dwang. De toezichtvisie legt daarbij (terecht) stevige nadruk op het "nee, tenzij" principe, maar besteedt minder aandacht aan belangrijke preventieve randvoorwaarden. (...) Wij hebben er begrip voor dat veel van de preventie wellicht niet onder de kerntaken van de IGJ valt, maar zouden graag meer aandacht zien voor de wettelijke randvoorwaarden die de Wvvgz stelt. Het aanbod en de capaciteit van zorgaanbieders, zowel in relatie tot wachtlijstproblematiek als in relatie tot art 2:1 eerste lid Wvvgz, lijkt ons toch tot het takenpakket van de IGJ behoren. (e-mail uitvraag, patiëntenorganisatie)

Een andere organisatie stelt vragen bij de uitvoerbaarheid van toetsing van het uitgangspunt dat de zorg in de wetten persoonsvolgend is:

In de paragraaf 'Zorg op basis van verschillende wetten' wordt uitgelegd dat het de bedoeling is dat door een zorgaanbieder per cliënt wordt gekeken welk regime het beste bij die cliënt past in het geval een cliënt op grond van zijn problematiek onder het regime van beide wetten valt. In de praktijk bleek dat dit, onder meer ten gevolge van de complexe wetgeving, niet uitvoerbaar is. Het gevolg was dat zorgaanbieders zich 'specialiseerden' in de uitvoering van een van de twee wetten. Dat betekende dat het uitgangspunt van persoonsvolgend onder druk kwam te staan, terwijl dat nu juist zo'n belangrijke vernieuwing zou moeten zijn. (e-mail uitvraag, brancheorganisatie) Ten slotte wordt ook het thema rechtsbescherming genoemd:

Overweging verdient of het thema 'rechtsbescherming' niet meer centraal zou moeten staan bij de IGJ als het gaat om de dwangzorgwetten. (e-mail uitvraag, organisatie vertrouwenspersonen)

2.3.3.2 Ervaringen in de eerste periode

In het groepsinterview met de IGJ wordt het beeld uit de in par. 2.3.2 genoemde eerste rapportages van de IGJ bevestigd. Respondenten geven aan dat de implementatie van de Wvvgz goed loopt, al lijkt er sprake van een toename van administratieve last. De implementatie van de Wzd gaat moeilijker:

We zien dat het goed lukt om de Wvvgz te implementeren. Wel wordt er geklaagd over administratieve lasten. Er zijn uitgebreidere bureaus GD. Ook is er meer last voor zorgverantwoordelijken. Het verschil met de Wet Bopz is gering. Bij de Wzd was het veld toch nogal overvallen (ondanks dat de wet al lang in voorbereiding was), iedereen moest nog geschoold worden. Bewustzijn op de werkvloer is nog niet goed. De wet is niet goed ingeregeld. (groepsinterview IGJ)

Een probleem bij de Wzd is de onbekendheid met de wet, vooral bij kleinere instellingen:

Veel (kleine) aanbieders weten niet of ze te maken hebben met onvrijwillige zorg of onder de Wzd vallen, m.n. art. 2.2. Kleinschalige aanbieders hebben een kennisachterstand in dit opzicht. Art 2:2 is wezenlijk. Dit is vaak onbekend, soms ook bij grotere instellingen. (groepsinterview IGJ)

De ervaring is dat kleinere instellingen de Wzd vaak buiten de deur willen houden:

Kleine aanbieders willen vaak geen onvrijwillige zorg leveren (hanteren exclusiecriteria voor de cliënten waarbij dat nodig is). Mogelijk vanwege het extra werk (regelen Wzd-functionaris etc.) dat daarbij komt kijken. Dat is jammer, want sommige cliënten zijn juist erg gebaat bij aanbod kleine aanbieders. (groepsinterview IGJ)

De indruk is ook dat het stappenplan niet altijd passend is:

Het stappenplan is erg nauwkeurig omschreven in de wet. In de VG-sector hebben mensen soms levenslang te maken met vormen van onvrijwillige zorg. Moet je dat altijd willen blijven evalueren, wordt dat geen kunstje? (groepsinterview IGJ)

In de e-mail uitvraag bij veldpartijen worden de door de IGJ genoemde knelpunten herkend. Dat geldt in het bijzonder voor de implementatie van de Wzd bij kleinere aanbieders:

Aandacht voor het (h)erkennen van onvrijwillige zorg vooral bij de niet geregistreerde locaties/ kleine zorginstellingen. (e-mail uitvraag, organisatie vertrouwenspersonen)

Ten aanzien van de Wvvgz wordt gewezen op problemen in het toezicht betreffende het wederkerigheidsbeginsel:

Een goed onderdeel van de wet is het wederkerigheidsprincipe. Toepassing van dwang betekent altijd ook een verantwoordelijkheid voor het scheppen van randvoorwaarden om de betrokkene weer aan het maatschappelijke leven te laten deelnemen. Veel ggz aanbieders constateren dat hiervan in de praktijk te weinig van terecht komt. Toezicht hierop lijkt ingewikkeld omdat het onder verschillende domeinen valt. In de toezichtvisie van de IGJ is sprake van samenwerking met gemeentelijke toezichthouders. Ik ben hiervan nog geen voorbeelden tegen gekomen en vraag me af of dit vraagt om aanpassingen of nadere afspraken. (e-mail uitvraag, brancheorganisatie)

Wat betreft het feitelijke toezicht van de IGJ vermelden respondenten van de e-mail uitvraag nog weinig ervaring te hebben:

Er is nog beperkt ervaring met het toezicht door de IGJ. De ervaringen die er zijn, zijn over het algemeen positief. Wel wordt opgemerkt dat de IGJ/inspecteurs in het verleden laagdrempeliger bereikbaar was/waren voor overleg. De laatste jaren wordt een grotere afstand gemerkt. De IGJ is meer overgegaan op 'wij controleren achteraf', dit ook in de visie verwoordend als 'meer zelfstandigheid voor organisaties'. (e-mail uitvraag, brancheorganisatie)

Een GGZ instelling meldt dat de IGJ geen actie heeft ondernomen bij een probleem in de samenwerking met een Wzd-organisatie:

Verder heeft onze instelling een melding bij IGJ gedaan over de afzijdige houding van een Wzd instelling maar daar heeft IGJ maar beperkt op gereageerd en niet een bemiddelende rol opgepakt. (e-mail uitvraag, GGZ instelling)

Verschillende partijen wijzen erop dat de bereikbaarheid van de IGJ in crisissituaties niet toereikend is:

We hebben bij een casus, waarbij een burgemeester langdurig heeft moeten 'leuren' met een patiënt en instellingen weigerden om de patiënt op te nemen, contact gezocht met de IGJ. Tijdens deze casus bleek dat de IGJ niet goed bereikbaar is voor burgemeesters die met een spoedvraag zitten. In de wet is opgenomen dat een burgemeester in overleg kan treden indien een instelling weigert tot opname. De IGJ is echter niet bereikbaar middels een piketnummer. (e-mail uitvraag, organisatie op gemeentelijk niveau)

Van de in de wetten genoemde mogelijkheid tot melding door de pvp, de fvp of de cvp bij de IGJ wordt beperkt gebruik gemaakt:²¹

De CVP kan een signaal neerleggen bij de IGJ. Dit is volgens onze gegevens nu 1 keer gebeurd. De IGJ heeft hierin een oordeel geveld en gecommuniceerd met de zorgaanbieder en CVP-aanbieder. (e-mail uitvraag, organisatie vertrouwenspersonen)

2.3.3.3 Toezicht op de ambulante setting

Eén van de taken van de IGJ is, zoals hierboven vermeld, toezicht op verplichte zorg in de ambulante setting. Dit heeft vooralsnog geen prioriteit gekregen. Wel zijn er plannen:

Er zijn nog geen bezoeken gedaan, dat gebeurt komend half jaar in de GGZ (IHT- en FACT-teams). (groepsinterview IGJ)

Binnen de IGJ bestaat de indruk dat er in het veld op verschillende manieren wordt aangekeken tegen verplichte/onvrijwillige zorg in de ambulante setting. Enerzijds roept dit twijfels op, omdat de thuissituatie een veilige omgeving moet zijn. Anderzijds is er, vaak onbewust, wel degelijk sprake van verplichte/onvrijwillige zorg.

Aanbieders zijn terecht heel terughoudend met ambulante onvrijwillige zorg. Thuis moet het een veilige haven zijn. Wetenschappelijk onderzoek laat echter zien dat situaties van onvrijwillige zorg toch regelmatig voorkomen in de thuiszorg (bijv. deur afsluiten). (groepsinterview IGJ)

Respondenten geven aan dat de IGJ niet vraagt of er voldoende aandacht is voor mogelijkheden van ambulante verplichte zorg, ter voorkoming van intramurale verplichte zorg. Dit wordt wel indirect meegenomen, vanuit het gezichtspunt van kwaliteit van zorg:

We kijken altijd naar de kwaliteit van zorg. Wordt er persoonsgerichte zorg geleverd voor betere kwaliteit van leven (bijv. vrijheidsbeperking toepassen, maar wel thuis kunnen blijven). Dat volgens de Wkkgz gedachte: wat is goede zorg? Daarbij speelt onder andere vakbekwaamheid en deskundigheid van personeel. Als IGJ mogen we altijd dergelijke vragen stellen. (groepsinterview IGJ)

In de e-mail uitvraag wordt herkend dat er in het veld nog onvoldoende besef is van toepassing van onvrijwillige zorg thuis, met name in het kader van de Wzd. De IGJ zou hierbij een grotere rol kunnen spelen. Een respondent vanuit de PG sector zegt hierover:

²¹ Evaluatierapport-deel 1, p. 150.

Wanneer de naaste in een zorginstelling woont is de Wzd vaker bekend dan in de thuissituatie. Zorgelijk vinden wij dat de cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) bij de meeste mantelzorgers in de thuissituatie nog niet bekend is. (e-mail uitvraag, patiëntenorganisatie)

2.3.3.4 De omvang van de dataset

Zoals vermeld onder 2.3.2 moeten zorgaanbieders gegevens op individueel niveau over daadwerkelijk verleende verplichte en onvrijwillige zorg bij de IGJ aanleveren. Onder de veldpartijen is de omvang en gedetailleerdheid van de aan te leveren dataset een heet hangijzer. In de e-mail uitvraag komt dit thema nadrukkelijk tot uiting:

Veel ggz aanbieders stellen zich de vraag wat het nut is van de grote data uitvraag. Zij zien dat vooral als een belasting en een te grote controle. Eenzelfde vraag leeft tav de verplichte analyse. (e-mail uitvraag, brancheorganisatie)

Volgens de IGJ is het van belang dat instellingen de in de wet omschreven gegevens registreren, niet voor de toezichthouder, maar om als instelling en als branche zicht te hebben op de toepassing van dwang:

Ik begrijp dat het lastig is om eenduidig te registreren, en alles te registreren. Maar dat aanbieders het moeten registreren vind ik niet meer dan logisch. Als je dwang wil verminderen moet je er zicht op hebben. Aanbieders moeten niet voor de IGJ registreren, maar voor elkaar. Ze moeten samen in beeld krijgen welke manier van registreren betekenisvol is, zodat ze er later wat aan hebben. (groepsinterview IGJ)

Als het gaat om de vraag wat er geregistreerd moet worden, zou de IGJ graag zien dat de verantwoordelijkheid meer bij het veld komt te liggen:

Er komen veel vragen bij de IGJ. De vragen moeten bij de brancheorganisatie worden neergelegd. (groepsinterview IGJ)

Vanuit de veldpartijen wordt benadrukt dat dit een omslag vereist in de huidige wijze van registreren en analyseren:

Verplichte data aanlevering in de omvang die tot op heden wordt gevraagd is niet nuttig. Het is belangrijk om op basis van goede gegevens en in dialoog data aan te leveren. Hiervoor moet de dataset worden verkleind en de dialoog vergroot (met IGJ en met instellingen onderling) om te komen tot betere datakwaliteit. (e-mail uitvraag, brancheorganisatie)

Een respondent vanuit de IGJ geeft aan te verwachten dat bij een goede samenwerking met het veld de discussie over de omvang van de dataset tijdelijk zal zijn:

Ik verwacht dat het over 5 jaar goed ingeregeld is. Dat vergt samenwerking met de brancheverenigingen. Het is een zaak van de lange adem. (groepsinterview IGJ)

2.3.4 Beschouwing

De IGJ heeft als wettelijke taak toezicht te houden op de zorg in het kader van de Wvggz en de Wzd. In de toezichtvisie die daarover door de IGJ is gepubliceerd wordt aangegeven dat de benadering bij het toezicht (vooralsnog) terughoudend is, en de verantwoordelijkheid bij het veld wordt gelegd. Dit is in lijn met een benadering gericht op het bevorderen van een rechtvaardige cultuur in zorginstellingen.²² Daarbij ligt de nadruk op leren van fouten, niet op straffen. Dat sluit overigens niet uit dat maatregelen worden genomen wanneer grenzen worden overschreden. In de toezichtvisie wordt ook aangegeven dat het toezicht zich in het bijzonder richt op centrale uitgangspunten van de wetten: dwang zoveel mogelijk voorkomen en zorgvuldig worden toegepast; de juiste zorg op de juiste plaats; voldoende en deskundig personeel; aandacht voor de belangen en de rechtspositie van de cliënt. Veldpartijen geven aan dat deze uitgangspunten in de praktijk vaak nog niet gerealiseerd worden, en dat de IGJ daar scherper op zou kunnen toezien.

De ervaringen met het feitelijke toezicht door de IGJ zijn nog beperkt. Door de veldpartijen wordt de bovengenoemde terughoudende benadering van de IGJ herkend en over het algemeen gewaardeerd. Wel wordt geconstateerd dat dit kan leiden tot meer afstand tot zorginstellingen. Door verschillende veldpartijen wordt gezegd dat de terughoudende opstelling van de IGJ tot problemen kan leiden bij acute problemen in de zorg. De Wvggz en de Wzd noemen de mogelijkheid van melding aan de IGJ door de pvp en de fvp, respectievelijk de cvp. Van deze mogelijkheid wordt tot nu toe beperkt gebruik gemaakt.

Zowel de IGJ als de veldpartijen geven aan dat de implementatie van de Wvggz beter verloopt dan de implementatie van de Wzd. De IGJ constateert vooral problemen rond de toepassing van de Wzd in kleinere instellingen. Veel van deze instellingen laten zich niet registreren als Wzd instelling in het locatieregister vanwege de extra administratieve taken. Daardoor ontbreekt zicht op de mogelijke toepassing van onvrijwillige zorg.

Toezicht op ambulante verplichte zorg is nog nauwelijks operationeel. Vanuit de IGJ wordt aangegeven dat dwang in de thuissituatie niet goed te rijmen valt met de gedachte dat het in huis veilig hoort te zijn. Tegelijkertijd is bekend dat er, o.a. in de PG, thuis sprake is van toepassing van onvrijwillige zorg, die niet als zodanig wordt (h)erkend. Vanuit het veld wordt aangegeven dat de IGJ de duidelijkheid hierover zou kunnen bevorderen.

Een belangrijke kwestie betreft de omvang en gedetailleerdheid van de te registreren gegevens over de toepassing van verplichte of onvrijwillige zorg. Vanuit het veld wordt nadrukkelijk gewezen op de

22 L. Hartman, J.W. Weenink, E. van Baarle, S. Rooijackers, I. Wallenburg, G. Widdershoven en R. Bal. *Toezicht en rechtvaardige cultuur in zorginstellingen*. Erasmus School of Health Policy and Management, 2020.

administratieve belasting die deze gegevensregistratie met zich meebrengt, en wordt de vraag gesteld of de data wel allemaal nuttig zijn. De IGJ benadrukt dat registratie van belang is vanwege de ernst van dwangtoepassing enerzijds en voor het kunnen ontwikkelen en evalueren van beleid gericht op vermindering van dwang anderzijds. Zowel vanuit de IGJ als vanuit het veld wordt aangegeven dat registratie vooral in het belang is van leren en niet moet leiden tot een afvinkcultuur. Dat betekent dat meer afstemming nodig is tussen veldpartijen onderling en tussen veldpartijen en de IGJ over de omvang en samenstelling van de dataset.

3

Verdiepingsthema's Wvggz

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vindt een verdieping plaats van een drietal thema's binnen de Wvggz. Deze thema's hangen nauw samen met de doelen van de wet.²³ De drie 'verdiepingsstudies' met betrekking tot de Wvggz zijn: het terugdringen van dwang en versterking van de rechtspositie van de patiënt; rekening houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt; en de rol van de gemeente bij het verkennend onderzoek en het zorgdragen voor wederkerigheid.

Ter inleiding wordt een korte samenvatting gegeven van de belangrijkste wettelijke bepalingen ten aanzien van het betreffende thema en eventuele ontwikkelingen in de sfeer van beleid of jurisprudentie die zich op dat terrein hebben voorgedaan. In de empirische paragrafen wordt eerst verslag gedaan van het kwalitatieve onderzoek en vervolgens, voor zover die gegevens beschikbaar zijn, van het kwantitatieve onderzoek.²⁴ We sluiten ieder thema af met conclusies en aanbevelingen over het functioneren en (in zoverre de empirische gegevens daarvoor voldoende basis bieden) de doelbereiking van de wet ten aanzien van de betreffende thema's.

23 De vijf doelen van de Wvggz zijn:

- versterking van de rechtspositie van personen bij wie verplichte zorg wordt toegepast, waaronder beter rekening houden met wensen en voorkeuren van patiënten (en naasten);
- voorkomen van dwang, en waar dat niet mogelijk is: beperking van dwang ('ultimum remedium-beginsel');
- waarborgen van een goede kwaliteit van verplichte zorg door hieraan procedurele eisen te stellen en door te verlangen dat verplichte zorg op basis van professionele standaarden wordt verleend;
- waarborgen dat verplichte zorg gepaard gaat met voldoende mogelijkheden voor de betrokkene om aan het maatschappelijke leven te blijven deelnemen of daarnaar terug te keren ('wederkerigheidsbeginsel');
- intensivering van toezicht op een juiste en zorgvuldige toepassing van verplichte zorg.

24 In hoofdstuk 4 van dit rapport (deel 2) wordt op basis van beschikbare kwantitatieve gegevens een indruk gegeven van de toepassing van verplichte (en onvrijwillige) zorg in de praktijk. Op basis van die gegevens kunnen evenwel geen harde uitspraken worden gedaan over de vraag of toepassing van dwang is verminderd of is toegenomen ten opzichte van de situatie onder de Wet Bopz.

3.2 Terugdringen van dwang en versterking rechtspositie patiënt

3.2.1 Inleiding

In deze paragraaf worden de thema's 'terugdringen van dwang' en 'versterking rechtspositie patiënt' gezamenlijk besproken. Voor die gezamenlijke bespreking is gekozen omdat in deze tweede fase van de wetsevaluatie niet wordt ingegaan op de rechtspositie van de patiënt in den brede, maar wordt ingezoomd op afgifte en uitvoering van de zorgmachtiging (ZM), en als onderdeel daarvan, ambulante zorg.²⁵ In het kader van het afgeven en uitvoeren van een ZM speelt het terugdringen van dwang – het *ultimum remediumbeginsel* – een centrale rol. Dat wil zeggen: het wettelijke systeem is zo ingericht dat verplichte zorg pas in beeld kan komen als alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput. Afgifte van een zorgmachtiging (ZM) vervult hierbij een sleutelrol: zonder ZM is verplichte zorg, afgezien van de acute route via een crisismaatregel (CM) of voorzetting daarvan, niet mogelijk. Mocht dwangtoepassing bij een psychiatrische patiënt (via afgifte van een ZM) vanwege het aanzienlijke risico op ernstige schade voor hemzelf, derden of goederen toch noodzakelijk zijn, dan dient de zorg regelmatig te worden geëvalueerd en te worden beëindigd als zij niet meer noodzakelijk is. Uit het *ultimum remediumbeginsel* volgt ook dat, als verplichte zorg niet te vermijden is, moet worden ingezet op interventies die voor de betrokkene het minst ingrijpend zijn. Het voorbeeld dat het meest tot de verbeelding spreekt, is ambulante verplichte zorg in plaats van gedwongen opname in een accommodatie (een interventie die onder de Wet Bopz niet mogelijk was).²⁶

Overigens zijn de mogelijkheden voor ambulante dwanginterventies – in vergelijking met de mogelijkheden daarvoor in de intramurale setting – vooralsnog beperkt. Dat hangt samen met de door de betrokken beroepsorganisaties opgestelde 'Handreiking ambulante verplichte zorg'²⁷ die weinig ruimte laat voor toepassing van verplichte zorg bij patiënten thuis als zij daartegen *fysiek* verzet tonen. Dwang is in dergelijke situaties doorgaans alleen uitvoerbaar, aldus de handreiking, als betrokkenen enige vorm van fysieke medewerking verlenen; zorgpersoneel kan immers niet 'a la minute' worden opgeschaald om ieders veiligheid te kunnen blijven waarborgen.²⁸

En ten slotte: afgezien van het uitgangspunt om (vanuit het perspectief van patiënten) te streven naar de minst ingrijpende vorm van dwang geldt ook dat gedwongen interventie(s) proportioneel –

25 Onderwerpen als het klachtrecht, het recht op schadevergoeding en gegevensuitwisseling worden in deze tweede fase buiten beschouwing gelaten.

26 Het gaat hierbij om dwanginterventies die ook buiten (de omgeving van) de psychiatrische instelling, zoals bij de betrokkene thuis, kunnen worden toegepast, zelfs wanneer het tijdelijk verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel betreft; zie uitvoerig (ook over vragen die bij de toepassing van ambulante dwang te stellen zijn): evaluatierapport-deel 1, p. 53-56.

27 De Handreiking kwam op initiatief van de NVvP tot stand in overleg met de NIP, V&VN, Mind, Stichting PVP, GGZ Nederland, OM en de Politie, en geeft advies aan primaire zorgverleners bij het duiden van basisprincipes en overwegingen behorende bij de toepassing van ambulante verplichte zorg.

28 Voor fixatie en insluiting van patiënten in ambulante setting is alleen kortdurend en in uitzonderlijke noodsituaties ruimte, zoals bijv. dat medicatie moet worden toegediend om acuut gevaar voor de patiënt te voorkomen; Handreiking, p. 12.

niet langer of ingrijpender dan gelet op het doel van de verplichte zorg nodig is – en effectief moet(en) zijn. Die laatste twee voorwaarden hangen ook samen met mogelijke nadelige effecten van verplichte zorg op lange termijn.

3.2.2 Wettelijk kader

Er zijn (in elk geval) twee onderdelen van het wettelijke systeem die naleving van het ultimum remediumbeginsel en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt bij verplichte zorg beogen te versterken. Ten eerste de zorgmachtiging (ZM): voor toepassing van verplichte zorg is, behoudens spoedsituaties, een machtiging vereist die voldoet aan de criteria en doelen van verplichte zorg (art. 6:5, onder a). Ten tweede toepassing van verplichte zorg volgens een daarvoor opgestelde multidisciplinaire richtlijn (art. 8:5).

3.2.2.1 Zorgmachtiging

De procedure respectievelijk de verschillende onderdelen daarvan die leiden tot afgifte of verlenging van een ZM zijn uitvoerig in deel 1 van de wetsevaluatie besproken. Hier wordt zij op hoofdlijnen nog eens samengevat. De procedure vangt officieel aan op het moment dat de Officier van Justitie (OvJ) – ambtshalve of op aanvraag van een partij, zoals het College van burgemeesters en wethouders (B&W), een geneesheer-directeur (GD) of een instelling die verplichte zorg verleent – besluit een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden. Bij die voorbereiding en het verdere verloop van de procedure speelt de GD van de betrokken zorgaanbieder een coördinerende rol (hij vervult die rol ook bij de uitvoering, wijziging en beëindiging van een ZM). Zo verstrekt hij de relevante informatie en documenten aan de OvJ, informeert hij de patiënt over (voor)genomen besluiten en diens rechten in het kader van de machtigingsprocedure, overlegt hij met de zorgverantwoordelijke en draagt hij zorg voor de medische verklaring van een onafhankelijke psychiater. De OvJ moet het verzoekschrift voor afgifte van een ZM binnen vier weken gereed hebben. Dat laatste kan in de praktijk lastig zijn omdat er binnen deze relatief korte periode veel moet gebeuren, zoals het delen van noodzakelijke gegevens tussen diverse partijen en het opstellen van een medische verklaring en een zorgplan (als dat er nog niet is). Bij overschrijding van de 4-weken termijn kan de patiënt de rechter verzoeken tot schadevergoeding ten laste van de Staat/het OM (art. 10:12 lid 3).²⁹

Als de OvJ van oordeel is dat verplichte zorg noodzakelijk is (en dat dus aan de criteria voor een ZM is voldaan), dient hij het verzoekschrift bij de rechter in. Die heeft een belangrijke ‘poortwachters functie’ in de procedure, namelijk om te beoordelen of alle in de ZM opgenomen vormen van verplichte zorg (art. 3:2) daadwerkelijk voldoen aan de criteria voor en de doelen van verplichte zorg (art. 3:3 en art. 3:4). De rechter is geen medicus en zal zich voor wat betreft de medische, c.q.

²⁹ Zie hierover ook evaluatierapport-deel 1, p. 382.

psychiatrische kant van het verzoek moeten verlaten op relevante informatie hierover in de medische verklaring³⁰, het zorgplan en de overige beschikbare stukken (als die er zijn).

Het is op voorhand niet uitgesloten dat de rechter oordeelt dat een 'brede' ZM (waarin alle vormen van verplichte zorg worden genoemd) voldoet aan de criteria voor en de doelen van verplichte zorg.³¹ Echter, als de patiënt verweer voert/bezwaar maakt tegen (een) bepaalde vorm(en) van verplichte zorg, zal de rechter zijn beslissing op dat punt in elk geval moeten motiveren,³² althans indien het verweer/bezwaar van de zijde van de patiënt voldoende is toegelicht.³³ Schiet een ZM in de mogelijkheden voor verplichte zorg, naar later blijkt, te kort (er ontbreken bepaalde zorginterventies of de termijn is te kort), dan bieden de bepalingen inzake tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties (art. 8:11 e.v.) resp. aanpassing van de ZM mogelijk uitkomst.

Wat betreft de zitting ter behandeling van het machtigingsverzoek door de rechter is in de Wvggz bepaald dat de OvJ daarbij aanwezig behoort te zijn tenzij evident is dat een toelichting of motivering door de officier niet nodig is.³⁴ Uit de eerste fase van het evaluatieonderzoek kwam al naar voren dat het in de praktijk precies andersom is: de OvJ is niet aanwezig, tenzij daarvoor goede redenen bestaan. Die lijn wordt door het veld gesteund.³⁵

3.2.2.2 Multidisciplinaire richtlijn

Er is binnen de systematiek van de wet een cruciale rol weggelegd voor zelfregulering. Art. 8:5 Wvggz draagt *alle* bij verplichte zorg betrokken partijen (beroepsorganisaties, gemeente, patiënt- en familieorganisaties, pvp, fvp) op een multidisciplinaire richtlijn voor de toepassing van verplichte zorg tot stand te brengen waarin in elk geval thema's zoals de keuze voor en de onderbouwing van

30 Opgemerkt zij dat de huidige model-medische verklaring Wvggz geen verbinding legt tussen de wettelijke criteria en de noodzakelijke vormen van verplichte zorg terwijl ze binnen het systeem van de Wvggz nauw met elkaar verbonden zijn.

31 Hierbij werd in deel 1 van het evaluatierapport (p. 383) het volgende aangetekend: "Daarbij past dus niet dat 'voor alle zekerheid' veel of zelfs alle vormen van verplichte zorg in de medische verklaring of de [ZM] worden opgenomen. Er moet zoveel mogelijk sprake zijn van maatwerk. Aan de andere kant is het natuurlijk zo dat in de fase van het aanvragen van een ZM niet altijd duidelijk is welke vormen van verplichte zorg in de gegeven situatie echt nodig zullen zijn. Enige marge van onzekerheid kan dus niet altijd worden voorkomen."

32 HR 22 april 2022, ECLI:NL:HR:2022:625 (r.o. 3.2): 'De rechter die een [ZM] verleent, dient te motiveren dat voor de vormen van verplichte zorg waarvoor de machtiging wordt verleend, is voldaan aan de criteria voor en het doel van verplichte zorg. Daarbij geldt dat de rechter mag volstaan met een verwijzing naar de medische verklaring en de overige aan het verzoek ten grondslag liggende stukken indien daaruit voldoende duidelijk blijkt dat is voldaan aan de criteria voor en het doel van de verplichte zorg. Indien (...) betrokkene bezwaar maakt tegen een bepaalde vorm van zorg, of de duur daarvan, zal de rechter zijn beslissing op dat punt moeten motiveren. De rechter behoeft alleen in te gaan op een dergelijk bezwaar indien het voldoende is toegelicht.'

33 HR 8 oktober 2021, ECLI:NL:HR:2021:759.

34 Hiervoor heeft de wetgever gekozen om te voorkomen dat de zorgverantwoordelijke tijdens de zitting in een aanklagers-rol terecht komt. Zie *Kamerstukken II*, 32399, nr. 3, p. 17, nr. 10, p. 46 en nr. 25, p. 95-96.

35 Zie evaluatierapport-deel 1, p. 384 en aanbeveling 12.

noodzakelijke vormen van verplichte zorg aan de orde moeten komen. Tot op heden werden geen duidelijke stappen gezet om te komen tot een concreet zelfreguleringsinstrument. Wel is er op onderdelen sprake van relevante richtlijnontwikkeling, zoals de 'Handreiking ambulante verplichte zorg' (2019) en de recent tot stand gekomen 'Generieke module Assertieve en verplichte zorg' (2021).³⁶ Die module, die inmiddels ook als officiële kwaliteitsstandaard in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland is opgenomen, is weliswaar niet gelijk te stellen met de door art. 8:5 Wvzgg verlangde multidisciplinaire richtlijn, maar hij geeft, zeker zolang de multidisciplinaire richtlijn er nog niet is, wel richting aan de huidige GGZ-praktijk.³⁷ Dat laatste door aanwijzingen te geven hoe verplichte zorg zoveel mogelijk kan worden voorkomen of beperkt. Een sleutelrol binnen de module vervult de zogenoemde 'assertieve zorg' (eerder ook wel drang of 'bemoeizorg' genoemd) die het midden houdt tussen vrijwillige en verplichte zorg. Hierbij gaat het volgens de module "om actief contact zoeken, motiveren, onderhandelen en overhalen. Wanneer dit onvoldoende succes heeft en wanneer er risico op ernstig nadeel ontstaat, kan verplichte zorg als ultimatum remedium noodzakelijk zijn om dit risico op ernstig nadeel af te wenden." De opstellers van de module benadrukken dat vrijwillige zorg de norm is; alleen als die niet mogelijk is, kan assertieve zorg of desnoods verplichte zorg in beeld komen.

3.2.3 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

Respondenten geven in algemene zin aan dat, waar het gaat om het verlenen van verplichte zorg, er weinig zicht is op veranderingen ten opzichte van de situatie onder de Wet Bopz. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat er (te) weinig data over verplichte zorg binnen de instellingen beschikbaar zijn; daarom spreken respondenten vooral over 'een ervaring' of 'een gevoel' als hen de vraag over minder dwang onder de Wvzgg wordt voorgelegd. Enkelenszins hebben wel meer zicht op de veranderingen ten opzichte van vroeger omdat er binnen hun instelling hierover wel data beschikbaar zijn. In deze paragraaf worden eerst de door betrokken respondenten waargenomen effecten van verplichte zorg binnen de instelling weergegeven en vervolgens die bij toepassing van ambulante verplichte zorg.

3.2.3.1 Verplichte zorg binnen de instelling

Door de respondenten worden over het algemeen geen grote veranderingen ervaren als het gaat om verplichte zorg binnen de instelling. Veel respondenten benadrukken wel dat dit alleen een waarneming is, meer niet, aangezien er weinig zicht is op de cijfers ten aanzien van verplichte zorgverlening binnen de instelling. Bovendien wordt aangegeven dat een vergelijking met de situatie onder de Wet Bopz niet goed mogelijk is aangezien de Wvzgg in vergelijking met de vroegere wet meer vormen van zorg als potentieel verplichte zorg benoemt en ook andere concepten en een andere systematiek kent dan de Wet Bopz. Zo is bijv. medicatie als verplichte zorgvorm niet goed te vergelijken met dwangmedicatie onder de Wet Bopz omdat dwangmedicatie onder die wet alleen

³⁶ Zie hierover uitvoerig E. Plomp & T.P. Widdershoven, *Dwang, drang of vrijwillig: psychiatrische zorg in juridisch perspectief*, *TvGR* 2022, p. 205-223.

³⁷ Plomp & Widdershoven, *TvGR* 2022, p. 207.

werd geregistreerd als die met fysiek verzet werd toegepast. Een goede vergelijking is eigenlijk alleen mogelijk waar het om verplichte opname van patiënten gaat. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat het aantal verplichte opnames min of meer gelijk is gebleven. Dit heeft er voornamelijk mee te maken dat het bij verplichte opname meestal om een tamelijk acute situatie gaat waarvoor een CM nodig is en zo'n crisissituatie kan zelden in de thuissituatie behandeld worden. Bovendien geven respondenten aan dat verplichte zorg niet veilig in de ambulante setting gegeven kan worden als de patiënt zich tegen die zorg fysiek verzet; het inzetten van ambulante verplichte zorg is dan dus geen optie.

Verplichte ambulante zorg wordt bij ons uitsluitend zonder [fysiek] verzet toegepast. Dus bij verzet volgt vaak alsnog opname. Ik stimuleer wel dat dit zo mogelijk kort duurt. (e-mail uitvraag GGZ)

Ook andere respondenten geven aan dat de opnames vaak korter duren; dit komt doordat patiënten opgenomen worden voor bijv. alleen een medicatiedepot waarna ontslag vaak weer snel mogelijk is. De dwangopnames zijn weliswaar korter geworden, maar de drempel hiervoor ligt ook lager omdat de rechter vooraf al heeft ingestemd met de dwangmedicatie waardoor de patiënt dus sneller medicatie krijgt. Veel respondenten ervaren daardoor juist een toename van verplichte medicatie.

Het is gemakkelijker om bijvoorbeeld verplichte medicatie toe te passen als dat in een zorgmachtiging als mogelijkheid is opgenomen, makkelijker dan onder de Wet Bopz. Daardoor kunnen mensen sneller stabiliseren, dus het kan erger voorkomen, maar het wordt denk ik meer toegepast. (e-mail uitvraag GGZ)

Over het algemeen ervaren respondenten weinig verandering onder de Wvvggz. Dit lag voor veel respondenten ook niet in de lijn der verwachting. Alleen een nieuwe wet zal niet resulteren in grote veranderingen aangezien de patiënten, de problematiek en de afwegingen rondom gevaar en ernstig nadeel in de kern hetzelfde zijn gebleven.

Het blijven dezelfde patiënten met dezelfde problematiek en met hetzelfde ziekte-inzicht; voor de reductie van verplichte zorg is meer nodig dan alleen een nieuwe wet. (focusgroep)

Er is behoefte aan meer preventief werken en het centraler positioneren van de patiënt bij het bewerkstelligen van diens eigen herstel. Dit impliceert ook dat patiënten opgenomen zouden moeten kunnen worden als ze daar zelf om vragen, eerder dus dan de zorgverlener noodzakelijk acht. De meeste respondenten kunnen moeilijk beoordelen of de Wvvggz bijdraagt aan meer preventief werken wat betreft gedwongen zorg en opname. Het is in theorie een goed verhaal, maar de praktijk is anders: daar voelen mensen zich vooral overspoeld met papieren.

Sommige respondenten geven aan wel de ervaring te hebben dat de verplichte zorg interventies verminderd zijn, maar schrijven dit niet toe aan de nieuwe wet maar aan de aandacht die de afgelopen decennia is uitgegaan naar het voorkomen van dwang en drang.

Onze organisatie is al jaren bezig met terugdringen van dwang en drang. In de laatste jaren zien wij een duidelijke afname, echter deze afname zou ik niet toeschrijven aan de Wvvgz. (e-mail uitvraag GGZ)

Tot slot geeft een respondent aan het idee te hebben dat er iets minder verplichte opnames zijn, maar dat dat waarschijnlijk voornamelijk ermee te maken heeft dat veel patiënten met een ZM ervoor kiezen zich toch vrijwillig te laten opnemen.³⁸

3.2.3.2 Ambulante verplichte zorg

Respondenten geven aan geen verschuiving te zien van verplichte zorg in de klinische setting naar ambulante. Vaak is de aanleiding voor een CM of ZM een onveilige situatie voor de betrokkene zelf of voor derden (agressie en/of suïcidaliteit) en dan wordt verplichte opname toch nog steeds beschouwd als de beste optie. De verplichte zorg wordt dan wel ambulante aangezegd, maar de daadwerkelijke uitvoering met dwang vindt in de kliniek plaats.

Binnen de ambulante zorgverlening speelt assertieve zorg een belangrijke rol. Het afgeven van een ZM kan bij sommige patiënten al voldoende zijn om hen gemotiveerd te houden de voorgestelde interventies te ondergaan óf zij kan zorgverleners de ruimte bieden om assertieve zorg toe te passen.

Formeel wordt er weinig ambulante dwang toegepast daar de patiënt zich veelal voegt naar het besluit van de rechter zodat bijvoorbeeld medicatie wordt geaccepteerd zonder dat dit nog met een schriftelijk besluit van behandelaar /GD is aangekondigd. (e-mail uitvraag GGZ)

De praktijk ziet geen mogelijkheden voor verplichte zorg bij mensen thuis als zij zich daartegen fysiek verzetten; dit zou het gevoel van veiligheid van patiënten aantasten en is ook niet veilig (genoeg) voor de zorgverleners zelf; ook zou dit heel veel van het netwerk van de patiënt vergen. In de ambulante setting biedt vooral 'assertieve zorg' mogelijkheden, in de vorm van voorwaardelijke constructies (verplichte zorg als stok achter de deur). Overigens verschillen die mogelijkheden niet wezenlijk van de mogelijkheden die er bij een voorwaardelijke machtiging onder de Wet Bopz al waren.

Respondenten geven aan dat er veel grijze gebieden zijn in relatie tot de wet, voornamelijk tussen verplichte zorg en assertieve zorg en fysiek en verbaal verzet.

Er is een enorm grijs gebied tussen dwang, drang, gemopper, wispelturigheid en vrijwilligheid. Je kan ook niet voor alles een 8.9 besluit nemen. De wet biedt op dit punt in mijn ogen niet de gewenste helderheid. (e-mail uitvraag GGZ)

³⁸ De vraag die hierbij rijst is wel of die opname dan ook altijd echt 'vrijwillig' is; zie par. 3.1.2.2.

Als voorbeeld wordt vaak het 'slik of prik beleid' genoemd. Dit betekent dat patiënten de keuze krijgen de medicatie zelf oraal in te nemen en als zij dat niet zelf doen er overgegaan wordt op het inspuiten van de medicatie. Als de patiënt uiteindelijk kiest de medicatie zelf te slikken is het volgens respondenten de vraag of dit nu verplichte zorg is of assertieve zorg. Dit is een grijs gebied en dit wordt verschillend geïnterpreteerd.

Volgens mij is het inherent aan de definities van de wet. Er moet verzet zijn (want anders geen maatregel). Echter eenmaal een maatregel, dan bestaat daarbinnen zoiets als vrijwilligheid. Logisch dat dit leidt tot interpretatieproblemen. (e-mail uitvraag GGZ)

Er is soms onduidelijkheid of er bij verbaal verzet sprake is van verplichte zorg of assertieve zorg terwijl in de wet is opgenomen dat er bij verbaal verzet ook sprake is van verplichte zorg, op dat moment houdt de patiënt ook toegang tot het klachtrecht. Er wordt gepleit om de grens duidelijker te stellen, vraag is echter of dat op het niveau van de wet kan of moet.

Als iemand zegt 'ik wil het niet' dan moeten we het dwang noemen anders ontnemen we de patiënt de mogelijkheid te klagen. (focusgroep)

Dit is ook van belang aangezien zorgverleners iets kunnen interpreteren als assertieve zorg maar de patiënt het wel degelijk als verplichte zorg kan ervaren.

Er wordt door respondenten de nadruk gelegd op het belang van het zoveel mogelijk – in contact met de patiënt – volgen van diens wensen om op deze manier verplichte zorg daadwerkelijk als ultimatum remedium in te zetten. Hiervoor is een verandering nodig in de GGZ.

Tot slot wordt aangegeven dat er geleerd kan worden van de somatische zorg. Hierbij wordt gedacht aan een evaluatiegesprek met de patiënt en naasten vergelijkbaar met een gesprek zoals dat op de Intensive Care van een algemeen ziekenhuis plaatsvindt. Hier wordt dat dan gedaan op een aparte poli. Dan heb je ook een terugkoppeling op ambulante assertieve zorg vanuit de ervaringen van patiënten en naasten.

3.2.4 Bevindingen uit het kwantitatieve empirisch onderzoek

Voor een overzicht van de kwantitatieve gegevens over de toepassing van verplichte zorg en het terugdringen van dwang in de GGZ-praktijk wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

3.2.5 Beschouwing

Uit het empirisch onderzoek rijst, twee en half jaar na inwerkingtreding van de Wvvgz, alles bijeengenomen niet het beeld dat de wet tot substantieel minder verplichte zorg bij patiënten leidt dan onder de vroegere Wet Bopz het geval was. Een goede vergelijking tussen beide wetten op dit punt is overigens lastig omdat ze voor wat betreft dwangtoepassing een andere opzet en systematiek kennen. Een kansrijk instrument om dwang tegen te gaan, is volgens de respondenten de

‘voorwaardelijke constructie’, vergelijkbaar met de voorwaardelijke machtiging onder de Wet Bopz. In essentie houdt deze constructie in dat een afgegeven ZM in eerste instantie als stok achter de deur kan fungeren om op die manier zo veel mogelijk aan te sturen op (of te onderhandelen over) vrijwillige zorg. Deze vorm van zorgverlening wordt ook wel assertieve zorg genoemd. De voorwaardelijke constructie sluit ook goed aan bij het uitgangspunt van de wet de hulpverlening zo in te richten dat verplichte zorg als bedoeld in de Wvggz zoveel mogelijk wordt voorkomen.

Aandachtspunt bij assertieve zorg is wel onder welke omstandigheden deze nog als vrijwillig kan worden beschouwd. Die vraag luistert nauw omdat zowel moet worden voorkomen dat assertieve zorg te gemakkelijk als vrijwillig wordt gezien als dat zij te snel als verplichte zorg wordt aangemerkt. Immers, in de eerste situatie onthoudt men de patiënt de door de Wvggz geboden extra rechtsbescherming, zoals het ‘aanzeggen van verplichte zorg’ op grond van art. 8:9 Wvggz, het klachtrecht en toegang tot de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). In de tweede situatie loopt men het risico patiënten onnodig te belasten met formele procedures en alles wat daarbij komt kijken, zoals de noodzaak van omvangrijke gegevensuitwisseling.³⁹ Een nadeel van een te snelle kwalificatie van zorg als verplichte zorg is mogelijk ook dat de drempel om een verplichte interventie toe te passen hoger ligt dan bij vrijwillige interventies het geval is; hierdoor kan de patiënt van zorg verstoken blijven.⁴⁰

Het draait bij de juridische kwalificatie van assertieve zorg in de kern om de uitleg van het begrip ‘verzet’ in de zin van de Wvggz. Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat er tussen instellingen behoorlijk wat variatie is waar het op die uitleg aankomt. En er bestaan ook verschillende visies op wanneer van verzet sprake zou zijn. Hierdoor staan rechtsbescherming en rechtsgelijkheid, met name bij toepassing van assertieve zorg, onder druk. Meer duidelijkheid over de nadere invulling van verzet is derhalve geboden, wil een meer eenduidige toepassing van het criterium door het veld gewaarborgd zijn; daarvoor lijkt een richtlijn in beginsel een geschikt instrument.

Om de toepassing van de voorwaardelijke constructie, het verlenen van assertieve zorg en de daarmee samenhangende rechtspositie van de patiënt (inclusief de invulling van verzet) goed geregeld te hebben, zal in aanvulling op de wet ‘zelfregulering’ moeten plaatsvinden via de door de wetgever beoogde multidisciplinaire richtlijnen (art. 8:5). Er kan door het veld in dit verband niet louter worden verwezen naar de reeds opgestelde Generieke module ‘assertieve zorg’ (zie par. 3.1.2.2). Die module verschaft niet alleen onvoldoende helderheid over de positie van patiënten ten aanzien van assertieve zorg, ook rijst de vraag of alle relevante partijen, zoals de pvp en de familievertrouwenspersoon (fvp), bij de totstandkoming van de richtlijn betrokken zijn geweest.

39 Plomp & Widdershoven, *TvGR* 2022, p. 208-209.

40 In het eerste geval moet zijn voldaan aan het ernstig-nadeelcriterium, in het tweede geval is een medische indicatie voldoende. Zie hierover uitvoerig Plomp & Widdershoven, *TvGR* 2022, p. 209.

3.3 Rekening houden met wensen en voorkeuren van de patiënt

3.3.1 Inleiding

De Wvz beoogt via verschillende instrumenten, beter dan onder de Wet Bopz, te waarborgen dat in het kader van het toepassen van verplichte zorg zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeuren en wensen van de patiënt. Dit is ook een van de uitgangspunten van verplichte zorg (art. 2:1 lid 5) en alle bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg betrokken partijen zullen daarnaar moeten handelen. In deel 1 van de evaluatie zijn de verschillende instrumenten waarin de wet voorziet – de ‘zorgkaart’ (art. 5:12), het eigen ‘plan van aanpak’ (5:5) en de ‘zelfbindingsverklaring’ (4:1) – uitvoerig besproken.⁴¹ In deze paragraaf volgt een kort resumé.

3.3.2 Wettelijk kader

Zorgkaart

Patiënten kunnen allereerst hun wensen en voorkeuren over verplichte zorg kenbaar maken door een ‘zorgkaart’ op te stellen. De patiënt kan zich daarbij laten ondersteunen door de zorgverantwoordelijke, maar ook door familieleden of de pvp. De zorgkaart biedt ruimte om aan te geven hoe wordt aangekeken tegen bepaalde vormen van verplichte zorg, hoe die bij voorkeur zouden moeten worden toegepast, wat de rol van de patiënt zelf kan zijn et cetera. In de zorgkaart kan bijvoorbeeld concreet worden aangegeven welke (wijze van toediening van) medicatie de betrokkene preferereet respectievelijk met welke dwangmaatregelen hij het minst moeite heeft. De zorgkaart vormt geen vast onderdeel van het zorgplan, maar iedere patiënt behoort wel de mogelijkheid te krijgen diens wensen en voorkeuren langs die weg kenbaar te maken; in hoeverre daarmee door de zorgverantwoordelijke rekening zal worden gehouden, is wel een vast onderdeel van het zorgplan.⁴²

Eigen plan van aanpak

Patiënten kunnen ook – op het moment dat er een ZM-procedure in gang is gezet – proberen om door middel van een ‘eigen plan van aanpak’ toepassing van verplichte zorg af te wenden. In zo een plan geeft de betrokkene met hulp van naasten en familieleden en mogelijk ook zijn advocaat en zorgverlener aan hoe verplichte zorg bij hem kan worden voorkomen.⁴³ Is het opstellen van een zorgkaart niet aan nadere voorwaarden gebonden, voor het opstellen van een eigen plan van aanpak moet de GD groen licht geven nadat de patiënt hem van diens voornemen schriftelijk op de hoogte heeft gesteld. Reden voor afwijzing kan zijn dat uitstel van de voorbereiding van de ZM niet verantwoord is. Als de patiënt met een eigen plan mag komen, wordt de voorbereiding van het

41 Zie daarover evaluatierapport-deel 1, p. 175-178.

42 De zorgverantwoordelijke legt in het zorgplan zijn eigen visie op de wensen van de betrokkene vast alsmede waarom hij daaraan al dan niet gehoor geeft.

43 De pvp en fvp hebben op grond van de wet geen formele taak bij het opstellen van een plan van aanpak.

verzoekschrift voor een ZM voor maximaal twee weken geschorst. De GD kan het opstellen van een plan van aanpak overigens ook afbreken als hij van mening is dat er te weinig voortgang wordt geboekt. In deel 1 van het evaluatierapport werd al aangegeven dat patiënten relatief weinig gebruik maken van de mogelijkheid tot het opstellen van een plan van aanpak en dat als ze dat wel doen, zo een eigen plan niet vaak leidt tot beëindiging van de ZM-procedure. Belangrijke reden hiervoor is dat het voor patiënten niet eenvoudig is om binnen een korte tijdspanne een eigen plan van aanpak op te stellen – dit is ingewikkeld en men heeft daarbij vaak ondersteuning nodig. Los hiervan speelt het probleem dat lang niet alle patiënten weten dat deze mogelijkheid er is.

Zelfbindingsverklaring

Een laatste mogelijkheid voor de patiënt om zijn eigen voorkeuren en ideeën over verplichte zorg kenbaar te maken is door die op te nemen in een ‘zelfbindingsklaring’. Iedere persoon van 16 jaar of ouder, mits wilsbekwaam, heeft de mogelijkheid een dergelijke verklaring op te stellen. Wederom geldt dat hierbij een ondersteunende taak is weggelegd voor de zorgverantwoordelijke en als de patiënt dat wil, ook een familielid of pvp. De gedachte achter de zelfbindingsverklaring is dat de betrokkene daarin concreet aangeeft onder welke omstandigheden verplichte zorg aan hem mag worden verleend, welke vormen van verplichte zorg vervolgens mogen worden toegepast (zoals toediening van bepaalde medicatie of het opleggen van leefregels), hoelang die mogen worden toegepast en onder welke omstandigheden de verplichte zorg moet worden beëindigd. Ook wordt in de zelfbindingsverklaring opgenomen hoe lang deze geldig is. De mogelijkheid van zelfbinding lijkt vooral van toegevoegde waarde voor patiënten die langdurig in zorg zijn en die weten dat ze in een manische of psychotische episode alle zorg afwijzen; via de zelfbindingsconstructie kunnen ze voorafgaand bepalen naar welke vormen van verplichte zorg hun voorkeur in een dergelijke situatie uitgaat. Uiteraard moet er bij het intreden van de in de zelfbindingsverklaring omschreven omstandigheden nog steeds een ZM via de rechter worden aangevraagd.

3.3.3 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

3.3.3.1 Toepassing

De instrumenten – het eigen plan van aanpak, de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring – komen volgens de respondenten nog niet of nauwelijks van de grond. Daardoor is de ervaring van respondenten met de inzet van deze instrumenten op dit moment beperkt. Een aanzienlijk deel van de psychiaters en geneesheer-directeuren (GD) heeft weinig ervaring met een of meerdere van deze instrumenten. Ook degenen die hiermee wel ervaring hebben, vermelden dat er sporadisch van de instrumenten gebruik wordt gemaakt.⁴⁴ Een GD schrijft het volgende:

Op de ongeveer honderdveertig procedures zorgmachtiging die ik nu heb afgewikkeld heb ik welgeteld één geslaagd eigen plan van aanpak gehad. Ik heb geen patiënten met

44 Bron: email-uitvraag GGZ, gericht op psychiaters en geneesheer-directeuren.

een zelfbindingsverklaring, en de zorgkaart wordt in wisselende mate adequaat ingezet als een soort addendum bij het zorgplan. (e-mail uitvraag GGZ)

Volgens veel respondenten wordt de zorgkaart niet of nauwelijks ingevuld door patiënten; ook wordt het instrument door zorgverantwoordelijken als een extra (administratieve) belasting ervaren. Overigens zijn er ook kritische geluiden over de beoordeling van het eigen plan van aanpak. Zo komt naar voren dat de rechter beter zou moeten toezien op de kwaliteit. Het voelt in sommige situaties onterecht dat een plan niet wordt gehonoreerd. Een ervaringsdeskundige deelt de volgende ervaring:

Er was een heel goed opgesteld eigen plan van aanpak, maar die werd niet gehonoreerd door de onafhankelijk psychiater. Dat is moeilijk te begrijpen. Het eigen plan van aanpak zou zwaarder moeten worden meegewogen door de rechter. Het is essentieel voor patiënt dat zijn eigen plan van aanpak daadwerkelijk wordt meegewogen. (focusgroep)

Niettemin geeft een klein deel van de respondenten (onder andere zorgverleners, pvp, vertegenwoordigers van MIND/Ypsilon) aan positieve ervaringen te hebben gehad met toepassing van één of meerdere instrumenten. Soms leidde gebruik van het eigen plan van aanpak tot afwijking van de aanvraag voor een ZM. Ook zijn er positieve ervaringen met de zorgkaart, dat wil zeggen dat de inhoud met succes werd meegenomen in het zorgplan. Over de inzet van de zelfbindingsverklaring zegt een verpleegkundig specialist het volgende:

Ik heb goede ervaringen met de inzet van de zelfbindingsverklaring. Je kunt heel goed kaderen in dit instrument en de situaties bepalen wanneer wat gebeurt. (focusgroep)

3.3.3.2 Effectiviteit

De Wvvgz beoogt om, bij toepassing van verplichte zorg, zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt. Vrijwel alle respondenten menen dat de wet aan dit uitgangspunt in potentie bijdraagt, maar zijn kritischer over de realisatie ervan via de daarvoor bedoelde instrumenten in de praktijk. Een pvp geeft hierover aan:

Ik denk dat de theorie van de wet prachtig is, de wensen en voorkeuren komen beter aan bod. Maar toch zien we dat er nog niet veel gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de wet biedt. (focusgroep)

Respondenten zien op dit moment nog weinig verandering in de invloed die de patiënt heeft op de toepassing van verplichte zorg in vergelijking met de situatie onder de Wet Bopz. Anders gezegd: ze hebben niet de indruk dat er onder de Wvvgz meer rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van de patiënt dan de Wet Bopz het geval was.⁴⁵ Enkele respondenten spreken zelfs over

⁴⁵ Bron: email-uitvraag GGZ, gericht op psychiaters en geneesheer-directeuren.

een verslechtering. Meerdere respondenten geven aan dat zij altijd al rekening hielden met de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Bij mij was er altijd al veel aandacht voor de positie (wens) van de patiënt, naasten werden altijd al (indien aanwezig en met toestemming) betrokken bij de eventuele verplichte zorg. (e-mail uitvraag GGZ)

Veel respondenten stellen vragen bij de effectiviteit van de inzet van de drie instrumenten. Enkele respondenten die onder de Wvvgg een verbetering ervaren in het rekening houden met de wensen en voorkeuren van een patiënt, zien hierin geen direct verband met de wettelijke instrumenten. In de email uitvraag worden het eigen plan van aanpak en de zorgkaart omschreven als 'zinloos' of 'van weinig toegevoegde waarde'. Een psychiater:

Nee, in mijn ervaring is er niet iets ten goede veranderd. Om heel eerlijk te zijn vind ik het eigen plan van aanpak over het algemeen een wassen neus, die soms veel extra stress voor de patiënt oplevert in de veronderstelling dat het nog ruimte geeft. (e-mail uitvraag GGZ)

Over de zelfbindingsverklaring is een aantal respondenten niet erg enthousiast, zoals een a(n)ios:

De zelfbindingsverklaring is niet krachtig genoeg om een serieuze rol te spelen doordat er nog steeds een rechter tussen moet zitten. (e-mail uitvraag GGZ)

Een kleiner deel van de respondenten heeft de indruk dat er door de inzet van de instrumenten wel meer expliciete aandacht is gekomen voor de wensen en voorkeuren van de patiënt. Desalniettemin belichten zij ook dat dit niet hoeft te betekenen dat er ook echt meer rekening met patiënten voorkeuren wordt gehouden.

Ten slotte werd door respondenten aangegeven dat het inzetten van een zorgkaart of eigen plan van aanpak in acute situaties niet realistisch is. Enkele respondenten meenden, ook los van acute situaties, dat de wetgever een te rooskleurig beeld heeft van de mogelijkheden van de gemiddelde patiënt om zijn of haar wensen en voorkeuren over (het voorkomen van) verplichte zorg op papier te zetten. De brieven die daartoe uitnodigen blijven reeds ongeopend. Ook voor mensen met een licht verstandelijke beperking blijkt het opstellen van een plan te complex. Zo schrijft een psychiater die werkzaam is in de zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking en psychiatrie:

De hele regelgeving is vele malen te complex voor hen [patiënten met een licht verstandelijke beperking] om te begrijpen: ze vertrouwen erop dat er goed voor hen gezorgd wordt. En een plan van aanpak is voor hen onbegrijpelijk, zelfs met aanvullende mondelinge toelichting, omdat dit een te hoog niveau van reflectie en overstijgend denken vergt. (e-mail uitvraag GGZ)

3.3.3.3 De verschillende instrumenten

De visies over de potentie van de verschillende instrumenten lopen uiteen. De zorgkaart wordt door een deel van de respondenten als het meest kansrijke instrument gezien. Dit instrument kan zowel voor de behandelaar als de rechter dienen als een handvat om met de betrokkene in gesprek te gaan over diens wensen en voorkeuren. Als een ander 'voordeel' wordt gezien dat de pvp juridische ondersteuning kan bieden bij het opstellen van een zorgkaart. Ook kan de pvp nagaan of in het zorgplan aandacht is voor de inhoud van de zorgkaart. Een pvp geeft dan ook aan dat de zorgkaart minder vrijblijvend is dan het eigen plan van aanpak (waarbij de pvp op grond van de Wvvggz geen rol heeft):

De zorgkaart zou echt het verschil kunnen maken. De psychiater kan er slechts gemotiveerd van afwijken. (focusgroep)

Het eigen plan van aanpak wordt door een deel van de respondenten als relevant en waardevol ervaren, maar dan wel voor een specifieke patiëntengroep. Een aantal respondenten geeft aan dat het invullen van een eigen plan van aanpak patiënten helpt om hun netwerk te activeren, of hier bewust van te worden. Ook zijn er respondenten die met name potentie zien in de zelfbindingsverklaring.

Over de zelfbindingsverklaring ben ik enthousiast. Het instrument komt in de plaats van bijvoorbeeld een verlenging ZM. Dit instrument kan ingezet worden als er meer ziekte inzicht en behandelmotivatie is. Wel jammer dat omzetten naar ZM bij de compensatie vaak net te lang duurt en dan alsnog een CM nodig is. (e-mail uitvraag GGZ)

3.3.3.4 Factoren die effectiviteit van instrumenten kunnen vergroten

Door respondenten worden drie factoren genoemd die de effectiviteit van de instrumenten kunnen vergroten.

Specifieke situatie van de patiënt

Allereerst is het van belang rekening te houden met de specifieke situatie van de patiënt, in het bijzonder diens ziektebeeld en ziekte-inzicht. Aangegeven wordt dat het eigen plan van aanpak meer succesvol is wanneer een patiënt een eerdere ervaring heeft gehad met verplichte zorg, of wanneer de patiënt inzicht heeft in zijn ziekte. Dit laatste geldt in het bijzonder voor de zelfbindingsverklaring.

Een zelfbindingsverklaring werkt eigenlijk alleen echt goed bij betrokkenen met ziekte-inzicht en stabiliteit, die weten dat zij behoorlijk kunnen decompenseren en dan zelf kunnen bepalen wat er mag en moet gebeuren. (e-mail uitvraag GGZ)

Zo zijn er goede ervaringen met het opstellen van het eigen plan van aanpak in combinatie met de zelfbindingsverklaring (voor kortere duur) bij deze groep patiënten. Het eigen plan van aanpak wordt ook gezien als mogelijk effectief voor mensen met een eetstoornis of verslaving.

Voor bepaalde doelgroepen lijkt het instrument [het eigen plan van aanpak] geschikt, zoals in de verslavingszorg, maar niet voor mensen in crisis. (focusgroep)

Ondersteuning

Een tweede punt dat wordt genoemd is ondersteuning. Dit kwam ook naar voren in de eerste fase van de wetsevaluatie.⁴⁶ De ervaringen met het eigen plan van aanpak laten zien dat het met name succesvol blijkt wanneer een patiënt in dat verband ondersteuning bij het gebruik van een instrument heeft gekregen. Ondersteuning vergroot de kans van slagen van een eigen plan van aanpak en verhoogt ook de kwaliteit daarvan. Een psychiater wijst ook op het belang van ondersteuning door een advocaat:⁴⁷

Een van mijn patiënten had een dermate goed eigen plan van aanpak dat de geneesheer-directeur besloten heeft om dat te honoreren en om geen zorgmachtiging aan te vragen. Zij had dat opgesteld samen met haar advocaat, die er samen met haar uren in gestoken heeft. Wat mij betreft een erg positieve, zij het uitzonderlijke situatie. (e-mail uitvraag GGZ)

Ook worden situaties genoemd waarin de eigen zorgverleners ondersteuning hebben geboden bij het opstellen van een plan. Een verpleegkundige geeft aan mee te hebben geholpen bij het opstellen van een eigen plan van aanpak:

Ik heb samen met een patiënt een eigen plan van aanpak opgesteld. Hierin ben ik vooral het gesprek aangegaan en heb ik geprobeerd om de juiste vragen te stellen. De antwoorden kon de patiënt vervolgens weer gebruiken voor het opstellen van het eigen plan van aanpak. (focusgroep).

Een psychiater ziet het eigen plan van aanpak als een kans om samen met de patiënt en eventueel de gemeente naar een alternatief voor verplichte zorg te zoeken:

In het kader van een aanvraag van een zorgmachtiging ging de patiënt aan de slag met een eigen plan van aanpak. Hij zocht hierbij hulp vanuit een WMO-medewerker van de gemeente. Door alles goed op een rij te zetten voor het eigen plan van aanpak en door de patiënt daarbij ook de ruimte te geven, ontstond uiteindelijk een samenwerking en kon de behandeling op vrijwillige basis worden vormgegeven. (e-mail uitvraag GGZ)

Overigens geeft een ambulant verpleegkundige juist aan gemengde gevoelens te hebben bij het bieden van zulke ondersteuning.

⁴⁶ Zie daarover evaluatierapport-deel 1, p. 175-178.

⁴⁷ Bron: email-uitvraag GGZ, gericht op psychiaters en geneesheer-directeuren.

Ik ga niet helpen met het opstellen van het eigen plan van aanpak. Het voelt niet fair dat ik signaleer dat er verplichte zorg nodig is, en tegelijkertijd meehelp om het eigen plan van aanpak te schrijven om de verplichte zorg af te wenden. Dat voelt scheef. (focusgroep)

Naasten kunnen ook een belangrijke rol vervullen in het bieden van ondersteuning. Een psychiater deelt een ervaring van een patiënt over het opstellen van een eigen plan van aanpak:

Een vrouw met beginnende manisch ontregeling was in staat om een eigen plan van aanpak te schrijven. Dit voorkwam een aanvraag van een ZM. De procedure gaf structuur, nodigde uit tot overleg met familie hetgeen helpend is geweest. (email uitvraag, psychiater)

Voor een deel van de patiënten is er echter geen netwerk dat hen hierbij kan helpen. Indien er wel sprake is van een netwerk, wordt het in veel gevallen relatief weinig ingezet. De inzet van naasten gaat volgens respondenten gepaard met verschillende kanttekeningen. Door het bieden van ondersteuning kan teveel op de naasten geleund worden of kan het zijn dat de naasten niet betrokken willen worden of dat de patiënt de naasten niet wil betrekken. Ook lopen naasten aan tegen de complexiteit van de formats en procedures waarbij ondersteuning veelal nodig is. Daarbij kan het betrekken van naasten ook tot frictie leiden of kunnen zij de belangen van de patiënt niet goed vertegenwoordigen. Respondenten geven aan dat er goed gekeken moet worden of de wensen en voorkeuren van de patiënt worden vertegenwoordigd, zo ook de LSFVP.

Familie en naasten hebben soms andere zorg voor ogen dan patiënt. Dan wordt de relatie een lastige. (focusgroep)

In de focusgroep met V&VN komt naar voren dat de inzet van de pvp prettig kan werken. Respondenten geven daarbij wel aan dat het goed zou zijn als de inzet per regio en individuele pvp meer uniform zou zijn. Zo wordt als voorbeeld genoemd dat in de ene regio zowel ambulante als klinische ondersteuning wordt geboden door de pvp, terwijl er in een andere regio ambulante alleen wordt meegekeken en geen ondersteuning wordt geboden. Ondanks dat de pvp veelal het verzoek krijgt om ondersteuning te bieden bij het opstellen van het eigen plan van aanpak, behoort het bieden van ondersteuning niet tot de wettelijke taak van de pvp als de patiënt nog niet in zorg is bij een GGZ-instelling. Geen andere organisatie heeft de verantwoordelijkheid tot het bieden van ondersteuning bij een eigen plan van aanpak op zich genomen.

Geen enkele organisatie heeft zich opgeworpen voor het bieden van ondersteuning bij het opstellen van eigen plan van aanpak, er is geen eigenaarschap. Dan komt een patiënt bij de behandelaar uit; dat zou niet mogen. Oproep: er moet iets landelijk worden opgetuigd voor de ondersteuning, om willekeur tegen te gaan. Is hier mogelijk een rol voor MIND? (focusgroep)

Men ziet ook een rol weggelegd voor de ervaringsdeskundigen van een GGZ-instelling of de patiëntenvereniging. Lokaal zijn er reeds dergelijke initiatieven ontplooid om de drempel te verlagen voor het opstellen van het eigen plan van aanpak, of waarbij ervaringsdeskundigen hulp aanbieden. Respondenten geven echter aan dat niet iedere GGZ-instelling een ervaringsdeskundige heeft; dit maakt het lastig om deze ondersteuning meer structureel in te zetten.

Niet alleen het opstellen van een eigen plan van aanpak, maar ook het invullen van de zorgkaart levert voor patiënten vaak problemen op. In veel gevallen zien respondenten dat grote delen van de zorgkaart leeggelaten worden. Overigens kan ondersteuning hierin ook te ver gaan, wanneer zorgverleners het instrument in feite zelf opstellen zonder de inspraak van de patiënt.

Soms zie je bijna terug dat de verpleegkundige de opmerkingen heeft gemaakt in een zorgkaart. (focusgroep)

Vormgeving van instrumenten

Een derde factor die een rol speelt als het gaat om het versterken van de instrumenten is de vormgeving daarvan. Respondenten geven aan dat door de complexiteit ervan en de grote hoeveelheid aan schriftelijke informatie die de patiënt ontvangt, de effectiviteit van de instrumenten wordt ondergraven. In fase 1 van de wetsevaluatie werd hier reeds op ingegaan.⁴⁸ Het opstellen van het eigen plan van aanpak en de zorgkaart kan leiden tot frustratie en teleurstelling bij patiënten.

De meeste patiënten snappen de bedoeling niet [van het invullen van een eigen plan van aanpak of zorgkaart], raken overstuurd door het ambtelijke taalgebruik in de correspondentie die ze ontvangen. Dus tot op heden geen verbetering in de rechtspositie van de patiënt. (e-mail uitvraag GGZ)

Vaak is een patiënt niet op de hoogte van welke vormen van verplichte zorg een zorgverantwoordelijke wil aanvragen. Dit leidt ertoe dat patiënten vaak niet weten wat ze moeten opschrijven in het eigen plan van aanpak.

Behandelaren geven aan dat de invulling van een zorgkaart of eigen plan van aanpak (als dat is opgesteld) veelal tekortschiet. De documenten worden grotendeels leeg gelaten, of bevatten weinig relevante informatie die daadwerkelijk meegenomen of gewogen kan worden.

Door een geneesheer-directeur wordt erop gewezen dat de kwaliteit van het eigen plan van aanpak niet direct iets zegt over behoefte en capaciteit van de patiënt om een eigen inbreng te hebben:

De kwaliteit van het eigen plan van aanpak zegt niets over de eigen inbreng van patiënten. Zo zijn er patiënten die een heel prachtig formulier inleveren, terwijl we er

⁴⁸ Zie daarover evaluatierapport-deel 1, p. 175-178.

niet in mee gaan. “Empowerment” en “wederkerigheid” kunnen niet worden geïnstitutionaliseerd. (focusgroep)

3.3.3.5 Oplossingsrichtingen

Door respondenten worden ook verschillende oplossingsrichtingen genoemd die ertoe kunnen leiden dat de wensen en voorkeuren-instrumenten effectiever kunnen worden ingezet.

Timing

Een eerste suggestie, zowel genoemd in de email uitvraag als tijdens de bijeenkomsten, is verbetering in de timing van het eigen plan van aanpak. De huidige timing van het eigen plan van aanpak wordt als een knelpunt gezien die de effectiviteit ervan substantieel belemmert. Zie hiervoor ook de rapportage van fase 1⁴⁹. Patiënten zouden volgens respondenten meer tijd moeten krijgen om over dit plan na te denken en dit vorm te geven. Ook de plaats in het proces moet worden herbezien. Patiënten zijn tijdens de aanvraag van de ZM veelal niet (meer) in staat om een plan op te stellen, de brief of het informatiemateriaal te bekijken, of hebben nog geen eerdere ervaring waar ze op terug kunnen vallen. In een crisis willen patiënten geen zorg, en willen ze hiervoor ook geen plan opstellen.

Veel patiënten voelen zich door de verplichting van de opgelegde maatregel zo geschoffeerd dat ze niet de moeite meer nemen, of kunnen nemen, serieus naar het eigen plan van aanpak, de zorgkaart en/of de zelfbindingsverklaring te kijken. (e-mail uitvraag GGZ)

Er wordt daarom voorgesteld het eigen plan van aanpak uit het proces van de aanvraag van de ZM te halen.

Mijn ervaring is echter dat bij eerste opnames patiënten vaak zo ziek zijn, dat ze niet in staat zijn om een plan van aanpak en dergelijke te maken. Ik denk dat er meer mogelijkheden hiertoe liggen gedurende het traject en bij vervolg ZM. Mijn inziens zou met name de zorgkaart dan van meerwaarde kunnen zijn. Het zou eigenlijk nog beter zijn als deze geïntegreerd zou zijn in signaleringsplan/crisiskaart. Het is nu veel dubbel werk. (e-mail uitvraag GGZ).

Combinatie van instrumenten

Een tweede mogelijke oplossingsrichting is om instrumenten te combineren. Wanneer je bepaalde instrumenten zou kunnen samenvoegen, dan voorkom je mogelijk onduidelijkheid, overlap en gebreken. Een instrument zou meer toegankelijk zijn en als een kapstok ingezet kunnen worden waarbij de inhoud continu geactualiseerd en aangevuld kan worden. Als uitgangspunt voor een

49 Zie daarover evaluatierapport-deel 1, p. 175-178.

dergelijke kapstok worden zowel de zorgkaart als de crisiskaart genoemd. De crisiskaart wordt door de volgende respondent genoemd als het meest geschikt:

Ambulancepersoneel en politie zijn niet bekend met een aantal instrument, en je zou meer eenvormigheid willen. Ik vind de cisiskaart dan het mooiste en beste instrument. Niet elke patiënt komt op dezelfde manier binnen. (focusgroep)

Bij de suggestie om de instrumenten te combineren worden door sommige respondenten vraagtekens gezet. Zij benadrukken dat de individuele instrumenten alle een eigen belang vertegenwoordigen, en dat er eerst meer ervaringen moeten worden opgehaald om hun effectiviteit echt goed te kunnen beoordelen.

Gesprek

Ten derde wordt opgemerkt dat de inzet van (al dan niet gecombineerde) instrumenten niet het gesprek tussen de patiënt en de zorgprofessional kan vervangen. Ter illustratie een citaat van een geneesheer-directeur:

Het gaat niet om het invullen van een format, maar om een onderhandeling tussen patiënt en behandelteam op gang te brengen: wat kan de patiënt doen? wat kan zijn omgeving doen? welke zorg is nodig? Dat kader moet worden meegegeven bij de aanvraag voor een zorgmachtiging. Ook de toetsing daarvan door de rechter laten doen. (focusgroep)

Meer aandacht zou volgens respondenten moeten uitgaan naar de manier waarop het gesprek met de patiënt gevoerd wordt en hoe de zorgverantwoordelijke als een meer gelijkwaardige bondgenoot van de patiënt kan optreden. Voorkomen moet worden dat patiënten de vragen in de zorgkaart vooral als een inbreuk op hun privacy beschouwen en dat het invullen van dit instrument hen juist het onbedoelde gevoel geeft dat de (verplichte) zorg daadwerkelijk uitgevoerd zal worden.

De stijl van psychiaters en hoe ze patiënten bejegenen maakt veel uit; dan zullen patiënten zich eerder vrij voelen er iets over te zeggen. Patiënten moeten het vertrouwen krijgen dat verplichte zorg alleen als ultimatum remedium wordt toegepast. Vraagt om een andere, meer gelijkwaardige houding van de psychiater. (focusgroep)

3.3.4 Bevindingen uit het kwantitatief empirisch onderzoek

3.3.4.1 Eigen plan van aanpak

Uitgaande van gegevens van het Openbaar Ministerie, laat **Tabel 3.3.1** zien dat het aantal voorbereidingen voor een ZM dat werd geschorst vanwege het opstellen van een plan van aanpak stabiel was in het eerste en tweede halfjaar van 2021 (resp. N=495 en N=498). Wel lagen deze aantallen lager dan in het eerste en tweede halfjaar van 2020 (resp. N=645 en N=654). Hier kan een

rol hebben gespeeld dat in 2021 in totaal minder ZM'en in voorbereiding werden genomen dan in 2020 (17.300 vs. 19.740). Daarnaast kan de aanleiding voor de voorbereiding van de ZM invloed hebben gehad. In 2021 had een kwart (25%) van de in voorbereiding genomen verzoekschriften betrekking op een initiële ZM, terwijl het bij ruim de helft (54%) ging om een ZM aansluitend op een ZM. In 2020 was nog sprake van een omgekeerd beeld: bijna twee derde (65%) van de verzoekschriften betrof een initiële ZM, terwijl het bij ruim een kwart (29%) ging om een aansluitende ZM. Het is mogelijk dat betrokkenen minder vaak door de GD in de gelegenheid werden gesteld (o.g.v. art. 5:5, lid 2) om bij de voorbereiding voor een aansluitende ZM een plan van aanpak op te stellen, omdat betrokkenen hier tijdens de voorbereiding van de initiële ZM al toe in staat waren gesteld met een 'negatief' resultaat.⁵⁰ Zo ja, dan kan dit mede hebben bijgedragen aan het lagere aantal voorbereidingen voor een ZM dat werd geschorst wegens het opstellen van een plan van aanpak in 2021 ten opzichte van 2020.

Afgezet tegen het totaal aantal in voorbereiding genomen ZM'en, wordt duidelijk dat relatief weinig gebruik is gemaakt van het plan van aanpak. In 2021 werd 5,7% van alle voorbereidingsprocedures geschorst wegens het opstellen van een plan van aanpak; in 2020 lag dit percentage wat hoger (6,6%).⁵¹

50 Het lukte betrokkene niet om zelf een plan van aanpak op te stellen; of betrokkene had een plan van aanpak opgesteld, maar waarmee verplichte zorg niet kon worden voorkomen en de feiten en omstandigheden waren sindsdien weinig veranderd.

51 2021: $993/17.300 = 5,7\%$; 2000: $1.299/19.740 = 6,6\%$.

Tabel 3.3.1 Het aantal in voorbereiding genomen zorgmachtigingen (ZM) dat werd geschorst naar aanleiding van het opstellen van een eigen plan van aanpak in de periode januari 2020 t/m juni 2021, en het percentage ZM waarvoor de voorbereiding werd beëindigd nadat een plan van aanpak was opgesteld

	2020		2021		Verschil '21-'20	
	Aantal voor- bereidingen ZM geschorst	% voorberei- dingen ZM beëindigd	Aantal voor- bereidingen ZM geschorst	% voorberei- dingen ZM beëindigd	Aantal voor- bereidingen ZM geschorst	% voorberei- dingen ZM beëindigd
Januari	34	35%	82	21%	48	-15% ^a
Februari	109	28%	82	20%	-27	-8%
Maart	129	28%	114	14%	-15	-14%
April	131	28%	81	20%	-50	-8%
Mei	113	19%	59	14%	-54	-6%
Juni	129	29%	77	21%	-52	-8%
1^e halfjaar	645	27%	495	18%	-150	-9%
Juli	153	27%	91	21%	-62	-7%
Augustus	89	21%	80	20%	-9	-1%
September	98	19%	65	15%	-33	-4%
Oktober	145	17%	96	15%	-49	-3%
November	88	18%	89	21%	1	3%
December	81	25%	77	9% ^b	-4	-16%
2^e halfjaar	654	22%	498	17%	-156	-4%
Jaartotaal	1.299	24%	993	18%	-306	-7%

a Dat het verschil niet precies overeenkomt met het verschil tussen de gepresenteerde percentages voor 2021 en 2020 wordt verklaard door afronding.

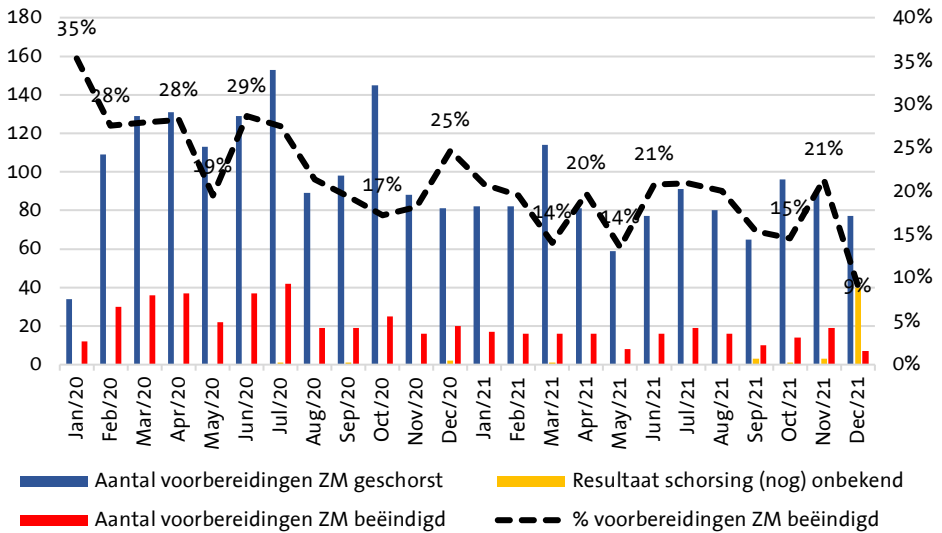
b Dit lage percentage wordt veroorzaakt doordat voor 52% van de schorsingen in december 2021 de uitkomst (nog) onbekend was.

Bron: Openbaar Ministerie

In **Tabel 3.3.1** is verder te zien dat in 2021 in 18% van de gevallen waarin een voorbereiding voor een ZM werd geschorst dit resulteerde in een plan van aanpak op basis waarvan de voorbereidingsprocedure definitief werd beëindigd. Dit is een afname ten opzichte van 2021, toen bijna een kwart (24%) van de gevallen resulteerde in het definitief staken van de voorbereiding van een ZM. Op maandbasis is er in 2021 sprake van een betrekkelijk stabiel slagingspercentage van het plan van aanpak, variërend tussen 14% en 21% (zie **Tabel 3.3.1** en **Figuur 3.3.1**). Een uitzondering vormt het lage percentage van 9% in december 2021, maar dit is een onderschatting van het werkelijke slagingspercentage omdat voor de helft (52%) van de schorsingen het resultaat van het opstellen van het plan van aanpak (nog) onbekend was.

Als wordt uitgegaan van alle in voorbereiding genomen ZM'en wordt duidelijk dat slechts een kleine minderheid van alle voorbereidingsprocedures definitief werd beëindigd wegens het opstellen van een plan van aanpak. In 2021 ging het om 1% van alle voorbereidingsprocedures.⁵² In 2020 lag dit percentage met 1,6% wat hoger, wat veroorzaakt werd door een verhoudingsgewijs hoog percentage van 2,2% in het eerste halfjaar van 2020.⁵³

Figuur 3.3.1 Het aantal in voorbereiding genomen zorgmachtigingen (ZM) dat werd geschorst naar aanleiding van het opstellen van een eigen plan van aanpak in de periode januari 2020 t/m december 2021, en het aantal en percentage ZM waarvoor de voorbereiding werd beëindigd nadat een plan van aanpak was opgesteld. Tevens is het aantal schorsingen weergegeven waarvan de uitkomst (nog) onbekend is.



Bron: Openbaar Ministerie

3.3.4.2 Zelfbindingsverklaring

Uitgaande van 15 juli 2022 als peildatum waren er volgens gegevens van het Openbaar Ministerie 421 *actieve* zelfbindingsverklaringen, oftewel verklaringen waarvan de einddatum nog niet was verstreken. Gegevens van het Openbaar Ministerie geven verder aan dat in 2021 in totaal 31 aanvragen bij de officier van justitie werden gedaan om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring. Dit is bijna een verdriedubbeling ten opzichte van 2020, toen het om slechts 11 aanvragen ging. Ondanks deze relatief sterke stijging, is

⁵² 174/17.300=1,0%.

⁵³ 174/8.063=2,2%.

het aantal aanvragen voor een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring ook in 2021 nog steeds erg laag ten opzichte van het totaal aantal aanvragen om een ZM voor te bereiden. Specifiek gezegd representeerden de 31 aanvragen voor een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring slechts 0,18% van alle aanvragen in 2021.⁵⁴ Ten slotte is het vermeldenswaard dat de rechter verzoeken voor een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring verhoudingsgewijs minder vaak toeweest dan machtigingsverzoeken met een andere aanleiding. In 2021 werd 81% van de verzoeken om een ZM naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring toegewezen door de rechter⁵⁵, tegenover respectievelijk 86% van de verzoeken om een initiële ZM⁵⁶, 94% van de verzoeken om een ZM aansluitend op een voortzetting van een crisismaatregel⁵⁷, en 96% van de verzoeken om een ZM aansluitend op een ZM.⁵⁸

3.3.5 Beschouwing

Binnen het kwalitatieve onderzoek zien vrijwel alle respondenten de potentie van de wet om bij te dragen aan het uitgangspunt dat zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van de patiënt als verplichte zorg in beeld komt. De vraag is echter of de huidige in de wet opgenomen voorzieningen voor patiënten om hun wensen en voorkeuren kenbaar te maken – de zorgkaart, het eigen plan van aanpak en de zelfbindingsverklaring – het juiste instrumentarium vormen om dit uitgangspunt ten volle te realiseren. Het gebruik van de instrumenten komt (vooralsnog) onvoldoende van de grond, patiënten maken relatief weinig gebruik van de door de wet geboden instrumenten. Daar komt bij dat, als een instrument door een patiënt wordt ingezet, het minder effectief is dan beoogd. Verschillende factoren spelen in dit verband mogelijk een rol: 1) de timing: het moment waarop het eigen plan van aanpak dient te worden ingezet, komt veel te laat in het proces dat mogelijk leidt tot verplichte zorg; daardoor is het voor de patiënt een ‘race tegen de klok’; 2) de toegankelijkheid: het formele en ingewikkelde karakter van de instrumenten – de focus ligt op het invullen van nodeloos ingewikkelde formulieren – sluit niet goed aan bij de positie en de behoeften van mensen met een psychische stoornis; 3) de vorm: bij het in kaart brengen van de wensen en voorkeuren van de patiënt over verplichte zorg (hoe zou deze bij hen kunnen worden voorkómen en als dat niet lukt, welke vormen van verplichte zorg hebben dan hun voorkeur?) moet niet een formulier, maar een gesprek een centrale rol vervullen (dat sluit ook aan bij het principe van zoveel mogelijk ‘shared decision making’); 4) de ondersteuning: de patiënt is door middel van hulp en betrokkenheid van naasten, ervaringsdeskundigen, pvp en advocaat beter in staat om zijn wensen, voorkeuren en mogelijkheden voor afwenden van verplichte zorg kenbaar te maken; en 5) het ziekte-

54 31/17.476= 0,18%. Dit is wel een stijging ten opzichte van 2020, toen dit percentage 0,05% was (11/20.613). Bron: Openbaar Ministerie.

55 21/26=80.8%. Bron: Openbaar Ministerie.

56 3.008/3.512=85,6%. Opgemerkt dient te worden dat voor 4,3% van de verzoeken om een initiële ZM de rechterlijke uitspraak nog onbekend was. Bron: Openbaar Ministerie.

57 3.193/3.407=93,7%. Bron: Openbaar Ministerie.

58 8.572/8.899=96,3%. Bron: Openbaar Ministerie.

inzicht: afspraken over verplichte zorg (zelfbinding) zijn met name kansrijk wanneer de patiënt inziet dat hij die zorg in bepaalde situaties nodig heeft.

3.4 Verkennend onderzoek en zorgdragen voor wederkerigheid

3.4.1 Inleiding

De gemeente speelt in de Wvvgz een grotere rol dan onder de Wet Bopz het geval was. In de eerste plaats omdat zij een meldfunctie moet inrichten voor meldingen van burgers en professionals dat verplichte zorg mogelijk nodig is. Daarnaast heeft zij de taak om bij een melding onderzoek te doen naar de noodzaak van verplichte zorg. De gemeente is daardoor nadrukkelijker dan voorheen bij de voorbereiding van de ZM betrokken. In de tweede plaats omdat in de Wvvgz het principe van wederkerigheid is geïntroduceerd. Hieronder wordt op beide nieuwe rollen voor de gemeente binnen de wet een korte toelichting gegeven. Ook heeft de burgemeester de rol om bij een crisismaatregel de patiënt te horen voor de beslissing tot een crisismaatregel. Over deze taak is uitgebreid gerapporteerd in het eerste deel van de wetsevaluatie en deze wordt hier dan ook buiten beschouwing gelaten.

3.4.2 Wettelijk kader

Verkennend onderzoek

Binnen de gemeente dient het college van B&W binnengekomen meldingen in behandeling te nemen (via inrichting van een meldfunctie) over personen voor wie de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg zou moeten worden onderzocht (art. 5:1). In de praktijk is deze taak gemandateerd aan een dienst binnen de gemeente. Het college dient binnen een redelijke termijn, maar in elk geval binnen 14 dagen zorg te dragen voor een onderzoek naar de noodzaak van het verlenen van verplichte zorg (art. 5:2 lid 2). Het gaat bij deze meldingen met name om mensen die zelf geen hulp zoeken en die de zorg liever mijden. Eenieder kan bij een gemeentelijk meldpunt een melding doen. De melding moet worden gedaan bij de gemeente waar de betrokkene op dat moment verblijft. De gemeente is vrij in de inrichting van het verkennende onderzoek, al zal ze voor een goede uitvoering ervan wel de juiste expertise moeten inschakelen en het juiste overleg moeten voeren.

Blijkt uit het onderzoek een noodzaak tot verplichte zorg, dan dient het college binnen 14 dagen na de melding een aanvraag tot het voorbereiden van een ZM bij de OvJ in (art. 5:2 lid 3, lid 5 en lid 6).⁵⁹ Het besluit van de OvJ over het al dan niet indienen van een machtigingsverzoek bij de rechter wordt teruggekoppeld aan het college van B&W die de melder daarvan zo spoedig mogelijk op de hoogte

⁵⁹ De familie van de patiënt heeft onder de Wvvgz niet langer de mogelijkheid zich rechtstreeks tot de OvJ te richten om de voorbereiding van een machtiging te verzoeken (dit was onder de Wet Bopz wel het geval).

stelt.⁶⁰ Een negatief besluit van het college betekent voor de melder einde oefening tenzij deze behoort tot de groep van directe familieleden of essentiële naasten die doorzettingsmacht hebben en het besluit van het college kunnen overrulen. Het is overigens ook mogelijk om een anonieme melding, dus zonder opgave van persoonsgegevens, te doen (art. 5:2 lid 7).

Wederkerigheid

Een belangrijk doel van de Wvvgz is 'wederkerigheid' (art. 2:1 lid 4 Wvvgz).⁶¹ Wederkerigheid houdt in dat toepassing van dwang bij een patiënt – een forse inbreuk op iemands autonomie en zelfbeschikking – niet los kan worden gezien van het treffen van 'essentiële voorwaarden' die nodig zijn om de betrokkene na de fase van verplichte zorg weer aan het maatschappelijk leven te laten deelnemen.⁶² De gedachte hierachter is dat wanneer die voorwaarden er niet zijn de kans groter is dat de betrokkene (na verloop van tijd) weer verplichte zorg nodig heeft. Bij het treffen van extra voorzieningen – men denke aan huisvesting, inkomsten, dagbesteding en dergelijke⁶³ – spelen de hulpverlenende instanties en de overheid gezamenlijk een rol.

Op twee plekken in de wet wordt het initiatief voor overleg tussen GGZ en gemeente expliciet bij de zorgverantwoordelijke en de GD neergelegd. Ten eerste bij voorbereiding van de ZM: voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan dient de zorgverantwoordelijke met het college van B&W van de gemeente waar betrokkene ingezetene is dan wel overwegend verblijft overleg te plegen "(...) indien er bij de voorbereiding van het zorgplan blijkt dat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven van betrokkene ontbreken".⁶⁴ Ten tweede bij de onderbreking of beëindiging van verplichte zorg (maar deze 'overlegplicht' is minder dwingend geformuleerd): "[d]e geneesheer-directeur kan de voor de continuïteit van zorg voor betrokkene relevante familie en naasten en het college van (...) [B&W] van de gemeente waar betrokkene ingezetene is dan wel naar verwachting zal verblijven informeren over de beëindiging van de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging indien dit noodzakelijk is omdat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk verkeer van betrokkene ontbreken".⁶⁵

Die verantwoordelijkheid van de gemeente om samen met de GGZ zorg te dragen voor essentiële voorzieningen die nodig zijn om de patiënt weer te kunnen laten terugkeren naar de maatschappij

60 De gemeente heeft op grond van de Wvvgz niet de verantwoordelijkheid om de betrokkene op wie de melding betrekking heeft over indiening van de aanvraag tot voorbereiding van de machtiging te informeren. Die plicht rust op de door de Ov aangewezen GD; zie art. 5:4 lid 2 onder a Wvvgz.

61 Art. 2:1 lid 4 Wvvgz: 'Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging wordt rekening gehouden met de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen.'

62 R.B.M. Keurentjes, *De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, Handleiding voor de praktijk*, Sdu, Den Haag, 2019, p. 32-33.

63 Ibidem.

64 Zie art. 5:13 lid 3, aanhef en sub c Wvvgz.

65 Zie art. 8:18 lid 11 Wvvgz.

volgt indirect uit het wederkerigheidsbeginsel, en meer direct uit andere wetgeving, waaronder met name de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet.⁶⁶

3.4.3 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

In deze paragraaf worden de bevindingen vanuit het empirische, kwalitatieve onderzoek weergegeven. Eerst zal worden ingegaan op het verkennend onderzoek, in de bredere context van hoofdstuk 5 van de Wvvgz, vervolgens op het zorgdragen voor wederkerigheid. De bevindingen zijn gebaseerd op de ervaringen van betrokkenen met het verkennend onderzoek en wederkerigheidsprincipe en de meerwaarde hiervan voor het bereiken van de doelen van de Wvvgz.

3.4.3.1 Verkennend onderzoek

Binnen de Wvvgz richt hoofdstuk 5 zich op de voorbereiding van een ZM waarbij het gaat om het proces van melding en uitvoering van een verkennend onderzoek tot aan de beslissing van de OvJ. Deze elementen worden meegenomen in onderstaande uitwerking van de resultaten van het kwalitatieve onderzoek.

Verloop van verkennend onderzoek

Een melding gaat vooraf aan een verkennend onderzoek. Veelal is de meldfunctie ondergebracht bij de GGD die hiervoor een bestaand of nieuw meldpunt heeft ingericht. De meeste melders vragen niet expliciet om een verkennend onderzoek, maar uiten vooral hun zorgen rond een familielid of buurtbewoner. Het is dan aan het meldpunt om goed te triageren of een verkennend onderzoek nodig is. Aangezien niet iedere melder goed inschat bij welk meldpunt deze zorgen terecht moeten komen, geven de deelnemers van de focusgroep aan zorgen te hebben of meldingen die bij andere meldpunten binnenkomen wel op de juiste wijze worden doorgezet naar het meldpunt verplichte zorg. Ook andersom wordt gezien dat het meldpunt rondom verplichte zorg meldingen ontvangt over algemene zorgen of overlast die verder gaan dan de kwestie of een verkennend onderzoek aangewezen is.

In een aantal gemeenten is het meldpunt 'verplichte zorg' ondergebracht bij een bestaand meldpunt voor zorg en overlast. Uit de evaluaties⁶⁷ blijkt dat dit als positief wordt ervaren vanwege de mogelijkheid om te schakelen tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg.

Enkele respondenten benoemen dat het meldpunt ook aandacht moet besteden aan de melders. De naasten en familieleden kunnen zich, terecht of onterecht, zorgen maken en het zou goed zijn als ze actief doorverwezen worden naar familie-organisaties.

⁶⁶ Keurentjes, 2019, p. 112-113.

⁶⁷ Rapportages van een aantal gemeentes/regio's.

Je start een onderzoek omdat iemand zich zorgen maakt; het is van belang dat er ook aandacht gaat naar de beller zodat deze ook weet wat hij voor de betrokkene kan doen. De familievertrouwenspersoon zou hierin een rol kunnen spelen. (focusgroep)

De politie geeft ten aanzien van haar eigen rol bij het verkennend onderzoek aan dat zij dit wel zou mogen starten, maar dat zij dat vanuit haar taak niet zou moeten doen.⁶⁸ Als haar taak ziet de politie vooral het signaleren van problemen die mogelijk gemeld moeten worden:

De politie heeft wel een signalerende functie en kan haar zorgen melden via een Niet Acute Zorgmelding die soms wel en soms niet bij het meldpunt verplichte zorg terechtkomt van de betrokken gemeente. De juridische grondslag hiervoor is terug te vinden in het machtigingsbesluit van de minister van V & J en de minister van rechtsbescherming, en dit zal t.z.t. in de wet WAMS worden opgenomen. (schriftelijke reactie Politie)

Toepassing en effectiviteit

Respondenten geven aan een daling waar te nemen in het aantal aanvragen voor een verkennend onderzoek. Een GD onderschrijft de daling, en geeft hier een mogelijke verklaring voor:

In het eerste jaar waren er wel veel aanvragen voor een verkennend onderzoek, maar het worden er steeds minder. Dat zien we in alle gemeenten. Mijn hypothese is dat de problemen die spelen veel breder zijn dan de 'smalle' uitkomst waarop het verkennend onderzoek aanstuurt: wel of geen gedwongen zorg. Het gaat bij meldingen ook om mensen met een verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel of autisme, die terugkeren uit de forensische hoek of met een combinatie van alle drie die problemen. Een psychiater heeft een tijdje bijgehouden welk zorgaanbod er nu precies ontbreekt. Daaruit bleek dat het vooral ontbrak aan goed woonaanbod en gestructureerde dagbesteding. (interview GD)

In de werkgroep Wvggz vanuit VNG wordt onderschreven dat van de ZM'en maar een klein deel gaat over mensen die niet in zorg zijn bij de GGZ. De meerderheid van de meldingen wordt geïnitieerd door de GGZ en loopt niet via een melding bij de gemeente.

Factoren van invloed op de effectiviteit

Vanuit de verschillende bijeenkomsten die zijn georganiseerd voor het kwalitatieve onderzoek komen drie aspecten naar voren die van invloed zijn op de werking en effectiviteit van het verkennend onderzoek.

⁶⁸ Schriftelijke aanvulling n.a.v. focusgroep.

Een eerste aspect betreft de uitwisseling van informatie tussen de partijen die bij het verkennend onderzoek betrokken zijn, waarbij men stuit op knelpunten. Het KCT wijst vooral op knelpunten in het delen van gegevens in de fase van triage voorafgaand aan het verkennend onderzoek.

Aan de voorkant is er een medeburger die zich bezorgd uitspreekt over een andere burger. Als gemeente moet je in staat zijn om te beoordelen of, en welke zorg deze burger nodig heeft. De moeilijkheden lijken vooral te zitten in de eerste stappen vanuit de gemeente, bij de triage en het verkennend onderzoek. Concrete vragen die hierbij spelen zijn: Mag ik de politie bellen? Mag ik de GGZ bellen? Soms wordt er een verkennend onderzoek opgestart terwijl er al een maatregel is. (focusgroep)

Vanuit een aantal gemeenten komt naar voren dat ze aanlopen tegen het feit dat ze geen informatie hebben of mogen opvragen.

Het verkennend onderzoek moet vooral zijn voor iemand die niet bekend is in de GGZ, maar de vraag is hoe de gemeente dit moet weten. Zij hebben nu geen informatie. (interview OM)

Bij de beoordeling van een aanvraag voor een ZM ervaart de OvJ dat er nog steeds veel procedures stop moeten worden gezet vanwege ontbrekende informatie. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat iemand al in zorg blijkt te zijn, of dat er al een machtiging loopt. Het OM heeft de indruk dat veel afwijzingen in de aanvraagprocedure van de ZM voorkomen kunnen worden als er daarvoor al meer informatie bekend is.

Het voelt nu niet logisch dat de procedure via een OvJ loopt. Het zou waardevol zijn als het college van B&W kan achterhalen of iemand al in zorg is, en direct contact heeft met de GGZ. Dit zou een deel van de afwijzingen kunnen voorkomen. Daarbij is het ook voor de betrokkene zelf heel dubbel en verwarrend, dat wil je voorkomen. (focusgroep)

Om in de triage een inschatting te kunnen maken van de zorg die een burger nodig heeft, is volgens respondenten slechts beperkte informatie over de patiënt nodig. Zo zou het niet nodig zijn om ook medische informatie, zoals de diagnose, te delen met de gemeente. Het is voldoende als de gemeente weet of iemand reeds bekend is in de zorg of dat er al een proces voor een ZM loopt of een machtiging is afgegeven.

Een tweede aspect betreft de termijn van het verkennend onderzoek. Het college van B&W dient binnen een redelijke termijn, uiterlijk 14 dagen, een verkennend onderzoek af te ronden. Een aantal deelnemers is van mening dat deze termijn te kort is om een goed VO uit te voeren. Een langere termijn zou meer mogelijkheden bieden om eerst te onderzoeken of vrijwillige zorg kan worden ingezet, eventueel via bemoeizorg.

Er moet altijd eerst bemoeizorg geprobeerd zijn. Het is handig om deze koppeling goed te beschrijven in de wet, daarmee kunnen de essentiële voorwaarden worden verbeterd om verplichte zorg te voorkomen. (focusgroep)

Daarnaast blijkt de termijn soms lastig te realiseren als mensen geen vaste woon- of verblijfplaats hebben.⁶⁹

Een derde aspect dat van invloed lijkt op de effectiviteit van het verkennend onderzoek betreft dat er binnen gemeenten met verschillende werkwijzen en procedures wordt gewerkt rondom het verkennend onderzoek. Zo bestaan er verschillen in de partij waarbij het melden en het uitvoeren van het VO is neergelegd. Dit komt door de interpretatieruimte in de wet. Het voordeel van deze verschillen in werkwijzen en procedures is dat het daarmee aansluit op en ingebed kan worden in de lokale gemeentelijke structuren. Het nadeel is dat deze verschillen ook een kwaliteitsverschil en rechtsongelijkheid kunnen creëren.

Piet in Groningen of Piet in Amsterdam moeten door hetzelfde systeem. Het feit is dat we in Nederland veel gedecentraliseerd hebben, dus ik denk dat dit moeilijk te vangen is maar je zou eigenlijk willen dat het niet uitmaakt waar je woont. Het is wel lastig hoe je dit kan oplossen. Aan de ene kant zou je een soort randvoorwaarden aan het verkennend onderzoek willen stellen, maar aan de andere kant kan je je afvragen of het wenselijk is om het helemaal dicht te timmeren. (interview OM)

3.4.3.2 Wederkerigheidsprincipe

Belang van wederkerigheid

Een belangrijk uitgangspunt van de Wvvgz is wederkerigheid. Vrijwel alle respondenten onderschrijven het belang van dit uitgangspunt. Een deelnemer aan een focusgroep zegt dat iedereen het eens zal zijn over de intentie van het wederkerigheidsprincipe, want als je iets afneemt door verplichte zorg toe te passen, moet je iemand ook weer ondersteunen in de terugkeer naar de maatschappij. Een andere deelnemer formuleert het als volgt:

Het is geen vrijblijvendheid. Je mag dit soort zware maatregelen alleen opleggen als je iets teruggeeft. (focusgroep)

Enkele respondenten belichten het belang van wederkerigheid om verplichte zorg te voorkomen.

Een deelnemer geeft aan dat het niet hebben van een vaste woonplek de grootste risicofactor is voor een terugval in de psychiatrie.⁷⁰ Ook zou er volgens enkele respondenten meer ingezet moeten worden op dagbesteding in plaats van op het opschalen van zorg, een GD:

⁶⁹ Zie daarover evaluatierapport-deel 1, p. 171.

Dus als je de doelstelling van minder opnames echt wilt halen moet je het wederkerigheidsprincipe kunnen gebruiken voor het organiseren van dagbesteding en huisvesting, daarmee voorkom je (herhaal) opnames. (interview)

Voor gemeenten is het lastig om te voldoen aan de bepaalde essentiële voorwaarden met het oog op de tekorten in bijvoorbeeld de huizenmarkt en de werkgelegenheid.

De gemeente zou ook graag een vaste woonplek willen bieden na een gedwongen opname, maar die is er niet. Het is heel schrijnend. Mensen die al dakloos zijn of dakloos raken omdat de verhuurder zijn kans schoon ziet om het huurcontract tijdens of vanwege de gedwongen opname te ontbinden. Dat is onrechtmatig, maar patiënten zijn vaak niet in staat daarvoor een rechtszaak te starten. (interview)

Volgens deelnemers kunnen een beter begrip van de situatie en creatieve oplossingen helpen om wederkerigheid te realiseren. Bijvoorbeeld door het huis dat iemand al heeft maar dat niet geschikt is, zo aan te passen dat het wel een thuis wordt om naar terug te keren na een opname. Een verpleegkundige:

Een veilig huis creëren op de vaste woonplek van de patiënt kan lastig zijn; in overleggen speelt dit 7 van de 10 keer een rol. Bij terugkeer [na opname] escaleert het dan vaak weer en dan moet er weer een zorgmachtiging worden aangevraagd. Waar zit het probleem? Heel praktisch is het feit dat er geen andere huizen zijn, maar ik ervaar weinig creativiteit om daar toch op een andere manier vorm aan te geven. Iemand kan bijvoorbeeld veel last hebben van prikkels door een gehorig huis. Het kan helpen om bijvoorbeeld een kamer te isoleren in iemands woning. Maar dan krijg je vervolgens weer discussie over de vraag wie dit moet betalen. (focusgroep)

Toepassing en effect van het wederkerigheidsprincipe

In de verschillende bijeenkomsten geven respondenten aan weinig effect in de praktijk waar te nemen wat betreft het wederkerigheidsprincipe. De algemene indruk is dat de naleving van het wederkerigheidsprincipe in de praktijk nog niet echt van de grond komt.

Het principe leeft nog niet, in elk geval niet zoals de wet het bedoeld heeft. (werkgroep Wvggz VNG)

Een inventarisatie van een aantal regionale rapportages en onderzoeken laat zien dat er nog weinig initiatieven zijn vanuit de GGZ richting gemeente of het sociale domein om voorzieningen te

70 Mill, J. (2021, 18 mei) *Opinie: 'Van de brieven die ik mijn patiënten moet schrijven knapt niemand op'*. *Parool*.
<https://www.parool.nl/columns-opinie/opinie-van-de-brieven-die-ik-mijn-patienten-moet-schrijven-knapt-niemand-op~b0744af4/>

organiseren of om te zorgen voor wederkerigheid. Over het algemeen ziet men weinig verbetering als het gaat om de continuïteit van zorg na ontslag vanuit een gedwongen opname. Dit beeld wordt bevestigd in een werkgroep Wvvgz vanuit VNG waarin vertegenwoordigers van verschillende gemeenten is gevraagd naar hun ervaringen tot nu toe.

Respondenten verschillen van mening over de reden voor de beperkte realisatie van het wederkerigheidsprincipe in de Wvvgz. Een deel van de respondenten geeft aan dat de wederkerigheid onduidelijk of te vrijblijvend is opgenomen in de Wvvgz. Een psychiater/geneesheer-directeur zegt:

Het wederkerigheidsprincipe is een mooi principe, maar het is vooral mooi voor de bühne. In de praktijk heb je er niet zoveel aan, althans zoals het nu omschreven is in de wet; het is niet helder. [...] Je moet rekening houden met de voorwaarden voor maatschappelijke deelname, maar van een duidelijke verplichting richting gemeenten is geen sprake. (focusgroep)

Anderen geven aan dat dit principe wel goed in de wet staat. Zij zien vooral problemen in de uitvoering en de organisatie. Een respondent zegt:

Het is een goede basis zoals het wederkerigheidsprincipe nu in de wet staat. De wet is niet bedoeld om alles in te vullen. In art 5:13 [zorgplan] staat heel duidelijk dat de zorgverantwoordelijke contact moet opnemen met college van B&W, het is aan de ketenpartijen om dit goed te regelen. Gemeenten hebben daar geen extra geld voor gekregen en het ontbreekt aan instrumentarium om dit goed te doen. Voor de naleving van het principe is ketensamenwerking nodig en dat alle daarbij betrokken partijen daarbinnen hun verantwoordelijkheid nemen. (focusgroep)

Oplossingsrichtingen

Respondenten doen suggesties ter bevordering van wederkerigheid.

1 Inspanningsplicht gemeenten

Een eerste punt dat sommige respondenten noemen is de mogelijkheid om een inspanningsverplichting voor gemeenten op te nemen in de Wvvgz die door de rechter getoetst wordt. Rechters stellen nu al vragen op dit punt tijdens de zitting:

Waarom staat [over wederkerigheid] niets in het zorgplan? (focusgroep)

Deelnemers aan een focusgroep bijeenkomst wijzen niet alleen op de relevantie van het wettelijk kader, maar dat de nadruk ook dient te liggen op de herstelgedachte.

Wederkerigheid is een breder principe dan alleen de artikelen in de wet. Op het moment dat je met verplichte zorg aan de slag gaat, dan moet je aandacht hebben voor herstel.

Het doel van gedwongen zorg moet in principe het herstel van de betrokkene zijn, en het maatschappelijke domein is daarbij essentieel. (focusgroep)

2 Samenwerking

Een tweede punt waar verbetering mogelijk is, betreft samenwerking tussen de GGZ en de gemeente. Respondenten brengen naar voren dat er in het werkveld te weinig met elkaar afgestemd wordt over de implementatie van het wederkerigheidsprincipe zoals opgenomen in de Wvvgz. Gemeenten roepen GGZ-instellingen op om meer gebruik te maken van het wederkerigheidsprincipe.

Als er geen verkennend onderzoek is geweest, is de GGD niet betrokken en de GGZ-instellingen zetten deze stap niet zelf. (werkgroep Wvvgz VNG).

Een veelgehoorde ervaring is dat zorgaanbieders voor de inwerkingtreding van de Wvvgz reeds een eigen route hadden ontwikkeld om bepaalde voorzieningen te realiseren voor een patiënt. Deze route is echter nog niet ingebed in het nieuwe wettelijke kader. De aansluiting tussen het sociale domein en de GGZ-instellingen verdient volgens veel respondenten aandacht om de wederkerigheid meer van de grond te laten komen.

Er zijn kennismakingsgesprekken georganiseerd, ook met de grootste GGZ-aanbieder in onze regio. Zij gaven aan dat ze de aansluiting missen met het sociale domein en dat ze zoeken naar hoe ze dat naar binnen kunnen halen. Verder is er een pilot gedraaid met MJD (maatschappelijke justitiële dienstverlening), ook omdat het MJD beide talen spreekt (GGZ en gemeente). (werkgroep Wvvgz VNG)

Enkele respondenten zeggen dat gemeenten meer duidelijkheid kunnen geven over waar de GGZ terecht kan met welk verzoek. Op dit moment is veelal niet duidelijk waar men zich kan melden. Een deel van de gemeenten maakt gebruik van bestaande structuren, anderen ontwikkelen hiervoor nieuwe structuren. Aangezien de route per gemeente verschilt, zou het een goede zaak zijn dit per gemeente inzichtelijk te maken.

Er is te weinig met elkaar afgestemd in het werkveld over hoe we wederkerigheid gaan implementeren. Mijn suggestie is dan ook om een routekaart te maken binnen elke gemeente, bij welk loket moeten we zijn? Elke gemeente regelt het op haar eigen manier in. (focusgroep)

Sommige gemeenten zetten in op korte lijnen tussen GGZ en de gemeente en benoemen dat het belangrijk is dat mensen uit de uitvoeringspraktijk elkaar kennen.

Zowel aan de kant van de GGZ als bij de gemeente zou deskundigheid verbeterd kunnen worden. In het verleden was die er binnen de GGZ via maatschappelijk werk. Bij de gemeente is sprake van versnippering.

Het wederkerigheidsprincipe gaat ook over inkomen, dagbesteding en een geldig ID. Vanuit de GGZ is het moeizaam te vinden waar ze moeten zijn voor deze zaken. Maatschappelijk werk is weggeduwd uit GGZ-instellingen. Er is geen transfer, dus ook andere zaken zijn moeilijk te regelen, want het vraagt heel veel kennis en voorinformatie. De GGZ kan binnen de gemeente niet naar één loket. De gemeente heeft budgettair geen ruimte om dat te realiseren. (interview GD)

Binnen verschillende gemeenten zijn of worden reeds initiatieven ontplooid om de aansluiting met de GGZ te verbeteren en de route meer transparant te maken. Ook zijn er ideeën ter verbetering van de onderlinge verbinding en communicatie tussen de betrokken actoren:

Het hangt sterk op organisatie en communicatie. De GGZ communiceert niet goed naar de gemeente dat iemand er aan komt en vervolgens staat iemand ineens op de stoep bij de gemeente. We zouden een platform kunnen oprichten, met periodiek overleg, waardoor partijen beter met elkaar gaan communiceren. Als mensen met elkaar in gesprek zijn, zijn ze veel meer bereid om samen aan een oplossing te werken. Een Whatsapp groep helpt al. Het zorg en veiligheidsoverleg kan hier een rol in spelen qua regie, of de centrumgemeente. Wettelijk misschien niet helemaal de koninklijke weg, maar als het tot effect leidt. (werkgroep Wvvgz VNG)

Vanuit het Ketencoördinatieteam Wvvgz wordt in kaart gebracht hoe het wederkerigheidsprincipe nu loopt in verschillende gemeenten en wordt een plan van aanpak opgesteld voor de verschillende relevante perspectieven.

3 Omgaan met toestemmingsvereiste

Een laatste factor die naar voren komt uit het kwalitatieve onderzoek als belemmerend voor de realisatie van wederkerigheid, is toestemming van de patiënt. Vaak wordt gezegd dat men niets kan doen omdat er voor onderlinge communicatie en samenwerking geen toestemming van de patiënt is.

Het wordt nog ingewikkelder als betrokkene niet wil meewerken en je te maken hebt met een beroepsgeheim. Wel zou meer ingezet kunnen worden op de samenspraak met de patiënt. Dit kan van alle kanten veel beter. (focusgroep)

Een mogelijke oplossing ligt in het betrekken van de patiënt in een eerder stadium. Ook moet worden nagegaan welke informatie nodig is. Veel van de gevoelige informatie, zoals een diagnose, is niet nodig.

Verschiedende respondenten benoemen de werkwijze zoals beschreven in Medisch Noodzakelijk Verblijf als goed voorbeeld van hoe de werkwijze ten aanzien van het wederkerigheidsprincipe zou

moeten verlopen.⁷¹ Deze rapportage is in 2017 aan de minister aangeboden en beschrijft waar de medische verblijfszorg in de GGZ aan moet voldoen om daadwerkelijk te kunnen leiden tot bevordering van herstel en veiligheid van patiënten. Daarbij gaan zij met name in op de afspraken over taken en verantwoordelijkheden bij ontslag, die nauw aansluiten bij de ambities van het wederkerigheidsprincipe in de Wvggz.

3.4.4 Bevindingen uit het kwantitatief empirisch onderzoek

Melding en verkennend onderzoek

Volgens gegevens van gemeenten/Khonraad waren er in 2021 in totaal 1.311 Wvggz meldingen op basis waarvan de gemeente een verkennend onderzoek is gestart om te bezien of verplichte zorg aan de orde was. Op het moment van de gegevensaanlevering waren hiervan in totaal 1.239 verkennende onderzoeken afgerond (zie **Tabel 3.4.1**). Dit zijn lagere getallen dan in 2020, toen er sprake was van respectievelijk 1.644 Wvggz meldingen en 1.617 uitgevoerde verkennende onderzoeken. Zoals te zien in **Tabel 3.4.1** waren vooral in de eerste helft van 2020 de aantallen Wvggz meldingen en uitgevoerde verkennende onderzoeken verhoudingsgewijs hoog ten opzichte van de drie daaropvolgende halfjaren. Hier kan de nieuwigheid van de procedure melding en verkennend onderzoek een rol hebben gespeeld. Het is mogelijk dat de eerste maanden na de invoering van de Wvggz een gewenningsperiode waren en dat meldingen daarna op basis van kennis, ervaring en voortschrijdend inzicht minder snel als een Wvggz melding werden gekwalificeerd.⁷²

71 Zorginstituut Nederland. *Medisch Noodzakelijk Verblif. Op weg naar goede ketenzorg in de GGZ*. Februari 2017.

72 Ketenmonitor Wvggz 2021, februari 2021.

Tabel 3.4.1 Aantal Wvggz meldingen en afgeronde verkennende onderzoeken (VO) in de periode januari 2020 t/m december 2021

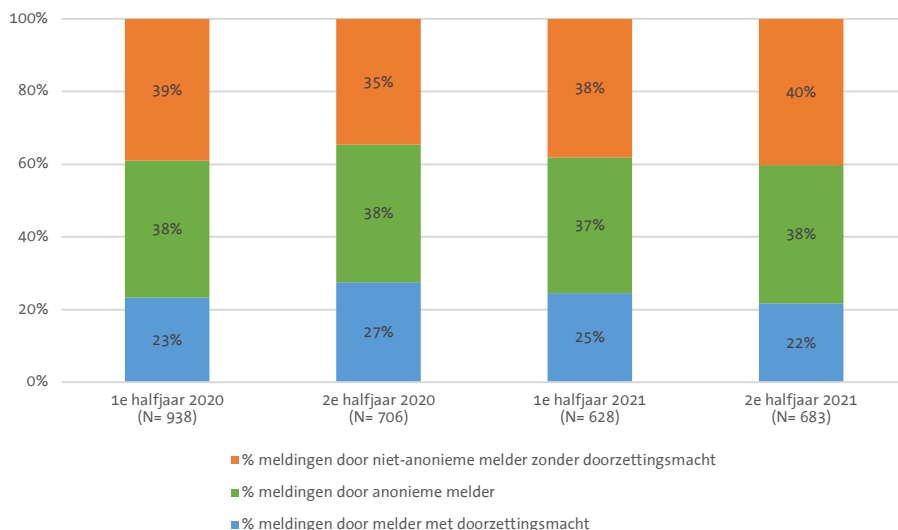
	2020		2021		Verschil '21-'20	
	Aantal meldingen	Aantal VO	Aantal meldingen	Aantal VO	Aantal meldingen	Aantal VO
Januari	185	175	108	105	-77	-70
Februari	156	157	95	93	-61	-64
Maart	224	221	121	114	-103	-107
April	109	111	122	120	13	9
Mei	105	106	76	76	-29	-30
Juni	159	149	106	107	-53	-42
<i>Subtotaal 1^e halfjaar</i>	<i>938</i>	<i>919</i>	<i>628</i>	<i>615</i>	<i>-310</i>	<i>-304</i>
					<i>(-33,0%)</i>	<i>(-33,1%)</i>
Juli	130	129	135	124	5	-5
Augustus	110	114	119	105	9	-9
September	125	117	96	89	-29	-28
Oktober	124	123	93	93	-31	-30
November	117	115	113	101	-4	-14
December	100	100	127	112 ^a	27	12
<i>Subtotaal 2^e halfjaar</i>	<i>706</i>	<i>698</i>	<i>683</i>	<i>624</i>	<i>-23</i>	<i>-74</i>
					<i>(-3,3%)</i>	<i>(-10,6%)</i>
Jaartotaal	1.644	1.617	1.311	1.239	-333	-378
					(-20,3%)	(-23,4%)

a Bij dit verhoudingsgewijs lage aantal in december 2021 speelt mee dat sommige VO nog liepen.

Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

Figuur 3.4.1 laat zien dat in de twee jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz een stabiel percentage van circa 38% van de Wvggz meldingen op anonieme basis werd gedaan. Het percentage meldingen dat afkomstig was van essentiële naasten of familie met doorzettingsmacht, daalde van 27% in de tweede helft van 2020 tot 22% in de tweede helft van 2021. Omgekeerd steeg in deze periode het aandeel meldingen dat werd gedaan door niet-anonieme melder zonder doorzettingsmacht, van 35% in het tweede halfjaar van 2020 tot 40% in het tweede halfjaar van 2021. Daarmee laat de verdeling naar type melder in het tweede halfjaar een vergelijkbaar beeld zien met in het eerste halfjaar na de invoering van de Wvggz.

Figuur 3.4.1 Verdeling van Wvvgz meldingen in de periode januari 2020 t/m december 2021, naar categorieën van melders

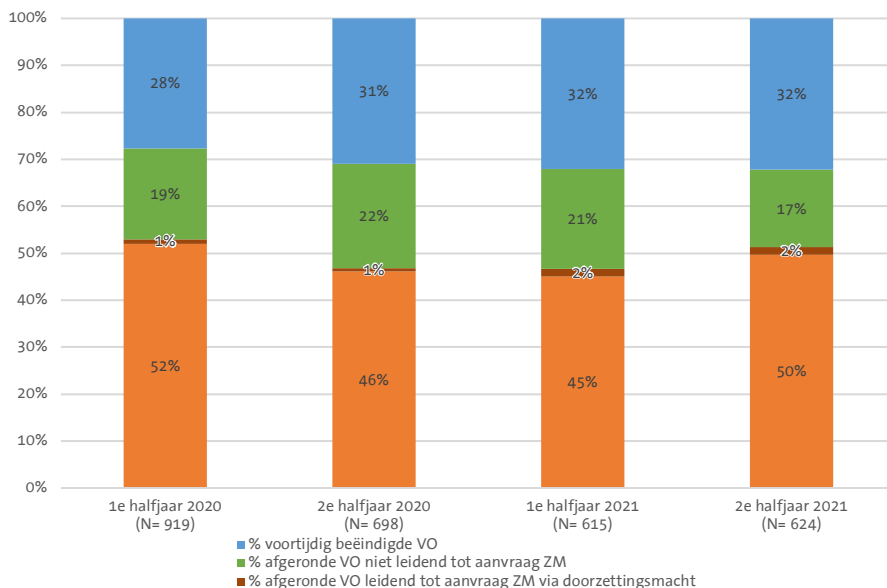


Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

Uit **Figuur 3.4.2** blijkt dat in het tweede halfjaar van 2021 ruim de helft (51%) van de afgeronde verkennende onderzoeken resulteerde in een aanvraag bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor een ZM voor te bereiden. Bij een klein deel hiervan (1,6%) ging het om essentiële naasten die gebruik hebben gemaakt van hun doorzettingmacht om alsnog af te dwingen dat een aanvraag bij de officier werd ingediend (terwijl de gemeente van mening was dat er geen noodzaak aanwezig was voor verplichte zorg).⁷³ Iets minder dan de helft (49%) van de verkennende onderzoeken in de tweede helft van 2021 leidde niet tot een machtigingsaanvraag bij de officier, dikwijls omdat onderzoeken voortijdig werden beëindigd (d.w.z. verplichte zorg was niet aan de orde). Ten opzichte van de tweede helft van 2021 is in de drie voorliggende halfjaren een enigszins ander beeld te zien (zie **Figuur 3.4.2**). Echter, duidelijke en consistente ontwikkelingen zijn (vooral) niet waarneembaar in de twee jaar na de inwerkingtreding van de Wvvgz.

⁷³ In absolute aantallen resulteerden in het tweede halfjaar van 2021 320 verkennende onderzoeken in een aanvraag voor een ZM bij de officier, waarvan 10 via doorzettingmacht van essentiële naasten.

Figuur 3.4.2 Verdeling van afgeronde verkennend onderzoeken (VO) in de periode januari 2020 t/m december 2021, naar uitkomst



Bron: gemeenten/Khonraad. In de gegevens ontbreken de gegevens van enkele gemeenten, omdat deze gemeenten bezwaar hadden gemaakt tegen deze gegevensverwerking.

3.4.5 Beschouwing

Verkennend onderzoek

Bij een melding dat er zorgen bestaan over iemands psychische situatie verdient het op vrijwillige basis verlenen van zorg altijd de voorkeur boven verplichte zorg. Bij een melding is het belangrijk om ook de mogelijkheden tot vrijwillige zorg te onderzoeken, waarbij een knelpunt ligt bij de beschikbare termijn van 14 dagen om een verkennend onderzoek uit te voeren. Gemeenten ervaren dat het hierbij behulpzaam is als de meldfunctie is belegd bij een bestaand meldpunt met een partij die ook vrijwillige zorg organiseert en die de sociale kaart van de betrokkene goed kent. Verder is het bij meldingen die binnenkomen ook belangrijk om aandacht te schenken aan de melder zodat deze op de hoogte blijft van het vervolg van de melding, zonder informatie over diens psychische toestand te delen.

Gemeenten kunnen vanuit de Wvggz een eigen invulling geven aan de taken die vanuit de wet bij hen zijn belegd. Deze interpretatieruimte in de Wvggz maakt dat gemeenten werkwijzen en procedures kunnen laten aansluiten op lokale gemeentelijke structuren, al worden er ook zorgen geuit over kwaliteitsverschillen en rechtsongelijkheid. Kennisdeling tussen gemeenten kan bijdragen aan het

leren van elkaars ervaringen, knelpunten en oplossingen alsmede resulteren in een meer eenduidige invulling van hun taken.

Wederkerigheidsprincipe

Het belang van het wederkerigheidsprincipe binnen de Wvggz wordt breed onderschreven door de respondenten. Desondanks is er in de praktijk nog weinig ingericht om aan het beginsel nadere invulling te geven. Respondenten ervaren weinig verbetering in de continuïteit van zorg na ontslag respectievelijk in het daadwerkelijk realiseren van wederkerigheid. De samenwerking tussen het sociale domein van de gemeente en de GGZ dient gestimuleerd te worden nu zij gezamenlijk inhoud moeten geven aan het wederkerigheidsprincipe.

Vanuit de evaluatie komen verschillende visies naar voren ter verbetering van het wederkerigheidsprincipe: een strakkere beschrijving van het wederkerigheidsprincipe in de wet; ruimte voor eigen invulling en creativiteit bij het wederkerigheidsprincipe; een inspanningsverplichting die getoetst wordt door de rechter; het aansluiten bij bestaande structuren of het bundelen van bestaande structuren tot één structuur; het aansluiten bij bestaande overleggen zoals het zorg- en veiligheidsoverleg of het regio-overleg. De realisatie van maatschappelijk herstel (direct) na een opname vraagt om een nauwe samenwerking tussen gemeenten en de GGZ. Daarbij dient gezamenlijk gezocht te worden naar (creatieve) oplossingen voor kwesties als de krapte in het aanbod van bijvoorbeeld huisvesting waar vrijwel alle gemeenten mee te maken hebben. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor de randvoorwaarden die de GGZ en gemeenten nodig hebben om goed invulling te kunnen geven aan het wederkerigheidsprincipe, waarbij mogelijk ook aanvullende financiering een onderwerp kan zijn. Het goed inrichten van het wederkerigheidsprincipe en daarmee het bevorderen van maatschappelijk herstel van patiënten kan een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen van nieuwe opnames en daarmee aan een van de basisdoelen van de Wvggz.

De werkwijze zoals beschreven in Medische Noodzakelijk Verblijf kan houvast bieden voor het wederkerigheidsprincipe. Een belangrijk element daarin is het al op de eerste dag van opname starten met het voorbereiden van de terugkeer van een patiënt in de maatschappij. Daarbij kunnen de voorbeelden uit het veiligheidsdomein bij 'terugkeer detentie' als inspiratie dienen.

Informatie-uitwisseling

Een belangrijk aspect dat vanuit de evaluatie naar voren komt voor zowel het verkennend onderzoek als het wederkerigheidsprincipe is het belang van goede informatie-uitwisseling. Om het verkennend onderzoek goed uit te kunnen voeren is het tenminste nodig om informatie uit te wisselen over of betrokkene in zorg is bij de GGZ en of betrokkene al een lopende maatregel heeft. Dit gebeurt nu niet altijd vanwege privacy belemmeringen waardoor aanvragen voor een ZM door de OvJ worden afgewezen terwijl dit vooraf al bekend had kunnen zijn. Dit vormt niet alleen een belasting voor betrokken zorgprofessionals, maar ook voor patiënten die in verband met de procedure een brief ontvangen die voor hen uiteraard de nodige spanning oplevert.

Ook voor een goede invulling van het wederkerigheidsprincipe moet informatie gedeeld worden. Een deel van deze informatie is al beschikbaar vanuit het verkennend onderzoek, maar een deel nog niet. Daarnaast moeten GGZ en gemeenten onderling communiceren over gewenste ondersteuning voor de patiënt en de ontslagdatum. Om deze informatie te delen is toestemming van de patiënt nodig. Dit vraagt voorbereiding zodat deze toestemming op een passend moment kan worden gevraagd. Ook kan worden onderzocht welke informatie gedeeld kan worden zonder dat de patiënt daarvoor toestemming hoeft te geven.

4

Verleende verplichte zorg in de praktijk: een eerste kwantitatieve analyse

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is erop gericht om een beeld te geven van de toepassing van verplichte zorg in de praktijk. Hiervoor zijn verschillende, elkaar aanvullende, kwantitatieve gegevens gebruikt:

- a Gegevens die zijn verkregen van de Raad voor de rechtspraak (Rvdv) over de aantallen beschikkingen op individueel niveau inzake machtigingsverzoeken op grond van de Wet Bopz, de Wvvgz of de Wzd in de periode 2016 t/m 2021. Deze gegevens bieden ten eerste voor de jaren 2020 en 2021 zicht op de omvang en de leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen voor wie de rechter op jaarbasis minimaal één uitspraak heeft gedaan over een verzoek voor een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) of een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvvgz in de jaren 2020 en 2021. Toewijzing door de rechter van een verzoek om een VCM of ZM legitimeert tot de (eventuele) toepassing van verplichte zorg. Daarnaast maken de gegevens over de jaren 2016 t/m 2019 het mogelijk om een beeld te vormen van de ontwikkeling in het aantal betrokkenen dat te maken kreeg met een machtigingsverzoek op basis van de Wet Bopz, en hoe zich dat verhoudt tot de cijfers in de jaren 2020 en 2021.
- b Landelijk geaggregeerde gegevens die verkregen zijn van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en die zicht geven op de mate waarin vormen van verplichte zorg in 2021 daadwerkelijk werden toegepast op grond van: (i) een crisismaatregel (CM) of een VCM; en (ii) een ZM. Deze landelijk gegevens zijn gebaseerd op de gegevens op patiëntniveau over verleende verplichte zorg in 2021 die door in totaal 46 zorgaanbieders op een 'valide' manier⁷⁴ aan de IGJ zijn aangeleverd op grond van art. 8:24 Wvvgz.

74 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvvgz. Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvvgz | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

- c Geaggregeerde gegevens op het niveau van individuele zorgaanbieders die de landelijk geaggregeerde gegevens van de IGJ aanvullen en verrijken. Het gaat ten eerste om de gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet die zicht bieden op in 2021 toegepaste vormen van verplichte zorg in de ambulante setting (d.w.z. buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis) op grond van een in 2021 afgegeven (V)CM of een ZM. Ten tweede zijn van vijf geïntegreerde GGZ-instellingen⁷⁵ gegevens ontvangen die inzicht geven in het aandeel van in 2021 afgegeven, of nog lopende ZM-en waarbij tijdens de looptijd in 2021 al dan niet enigerlei vorm van verplichte zorg is toegepast.

Het hoofdstuk begint in par. 4.2 met het presenteren en bespreken van de gegevens over de omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een machtigingsverzoek op grond van de Wvvgz. Vervolgens wordt in par. 4.3 een uitgebreid beeld gegeven van de verleende verplichte zorg uitgaande van de landelijk geaggregeerde gegevens die werden verkregen van de IGJ, en de aanvullende gegevens op zorgaanbiedersniveau. In par. 4.3 wordt ook aandacht besteed aan de opmerkingen die zijn gemaakt tijdens een online duidingssessie met deskundigen over de landelijk geaggregeerde gegevens van de IGJ. De halfjaarlijkse aanlevering van gegevens over toegepaste verplichte zorg aan de IGJ op grond van art. 8:24 Wvvgz betreft namelijk een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken.^{76,77} De gegevensaanleveringen van zorgaanbieders over 2021 zijn de eersten die digitaal gebeurden conform de technische handreiking.⁷⁸ Tegen deze achtergrond was de online duidingssessie gericht op:

- het bespreken van aspecten die de betrouwbaarheid en volledigheid van de gegevens over toegepaste verplichte zorg (mogelijk) hebben verminderd;
- het inhoudelijk duiding geven aan de landelijk geaggregeerde gegevens; en
- het bespreken van ervaren knelpunten in het proces van gegevensregistratie- en aanlevering, en mogelijke manieren om het proces te verbeteren.

Het hoofdstuk sluit af met par. 4.4 waarin de bevindingen worden samengevat en conclusies worden getrokken.

75 De namen van deze instellingen worden niet bekend gemaakt.

76 IGJ. *Analysen om te leren. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde analyses over de toepassing van dwang in de zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, februari 2021.

77 IGJ. *Analysen om te sturen. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde Wvvgz-analyses over de toepassing van verplichte zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juli 2021.

78 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvvgz. Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvvgz | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

4.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een machtigingsverzoek op grond van de Wvvgz

In deze paragraaf wordt beoogd om voor de jaren 2020 en 2021 inzicht te geven in de omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die op jaarbasis te maken kregen met één of meer verzoeken om een machtiging op grond van de Wvvgz. Hiervoor is gebruik gemaakt van landelijk dekkende gegevens van de Rvdr over de aantallen beschikkingen op individueel niveau inzake machtigingsverzoeken op grond van de Wet Bopz, de Wvvgz of de Wzd in de periode 2016 t/m 2021. Met de gegevens over de jaren 2016 t/m 2019 kon ook een beeld worden verkregen van de ontwikkeling in het aantal betrokkenen dat te maken kreeg met een machtigingsverzoek op basis van de Wet Bopz, en hoe zich dat verhoudt tot de cijfers in de jaren 2020 en 2021.

In par. 4.2.1 wordt allereerst naar de totale groep betrokkenen gekeken, uitgaande van verzoeken om een zorgmachtiging (ZM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvgz. Daarna wordt achtereenvolgens ingezoomd op de groep betrokkenen voor wie bij de rechter om een VCM werd verzocht (par. 4.2.2) en de groep waarbij het verzoekschrift een ZM betrof (par. 4.2.3).

4.2.1 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een zorgmachtiging (ZM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvgz

Uit **tabel 4.2.1** (laatste twee kolommen) kan worden afgeleid dat in 2020 voor 15.726 unieke betrokkenen⁷⁹ ten minste één beschikking is afgegeven inzake een ZM of VCM op grond van de Wvvgz. In 2021 ging het om 17.476 unieke patiënten⁸⁰, wat neerkomt op een stijging van 11,1%. Deze procentuele stijging betreft echter een forse overschatting omdat er in 2020 nog 1.483 patiënten waren voor wie de rechter uitsluitend een uitspraak heeft gedaan omtrent een verzoek voor een rechterlijke machtiging (RM) of een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz. In deze gevallen is gebruik gemaakt van het overgangsrecht Wet Bopz (art. 15:1 Wvvgz), wat inhield dat de regels van de Wet Bopz van toepassing bleven voor machtigingen die vóór 1 januari 2020 zijn afgegeven of werden aangevraagd.⁸¹ Aldus werden vooral in januari 2020, en in minder mate in februari en maart 2020, nog steeds beschikkingen op grond van de Wet Bopz afgegeven. Uitgaande van de aanname dat het bij circa 80%⁸² van de 1.483 patiënten (N= 1.192) ging om gevallen die 'eigenlijk' onder de Wvvgz zouden vallen (en niet onder de Wzd), zou het aantal betrokkenen voor wie de rechter in 2020 een uitspraak had gedaan over een

79 15.600 + 126.

80 17.351 + 125.

81 Deze overgangperiode gold zolang de Bopz-machtiging geldig was, maar maximaal 12 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wvvgz, en maximaal 6 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wzd.

82 $15.600 / (15.600 + 3.811) = 80,4\%$.

machtigingsverzoek op grond van de Wvvgz toenemen naar 16.918. Daarmee wordt de werkelijke procentuele stijging in 2021 ten opzichte van 2020 ingeschat op een veel bescheidener 3,3% (i.p.v. 11,1%).

Een vergelijking met de jaren voor de invoering van de Wvvgz is niet precies te maken, omdat op basis van de gegevens ten tijde van de Wet Bopz patiënten met psychiatrische problematiek niet kunnen worden onderscheiden van cliënten met psychogeriatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking. Echter, een ruime meerderheid van de betrokkenen had in 2020 en 2021 via een machtigingsverzoek te maken met de Wvvgz, en niet met de Wzd.⁸³ Daarom is het aannemelijk dat de algemeen stijgende trend die over de gehele periode 2016 t/m 2021 waarneembaar is voor het totaal aantal personen dat te maken kreeg met minimaal één machtigingsverzoek op grond van de Wet Bopz, de Wvvgz of de Wzd (zie **tabel 4.2.1**, onderste twee rijen; en **figuur 4.2.1**), ook specifiek zal gelden voor het aantal patiënten met psychiatrische problematiek dat te maken kreeg met minimaal één machtigingsverzoek op grond van de Wet Bopz of de Wvvgz.

Het valt op dat er in 2019, het jaar voorafgaand aan de invoering van de Wvvgz, sprake was van een relatief sterke stijging (+7,6% t.o.v. 2018), gevolgd door een afvlakking in het jaar 2020 (-0,3% t.o.v. 2019). De toepassing van het bovengenoemde overgangsrecht Wet Bopz, waardoor er eind 2019 een piek was in het aantal beschikkingen inzake een RM op grond van de Wet Bopz, vormt hiervoor een belangrijke verklaring.

Uit **tabel 4.2.1** kan verder worden afgeleid dat voor een heel klein deel van de betrokkenen voor wie een beschikking was afgegeven inzake een machtiging op grond van de Wvvgz in hetzelfde jaar ook minstens één beschikking was afgegeven op grond van de Wzd, waarbij het respectievelijk ging om 0,8% (N=126 patiënten) in 2020 en 0,7% (N=125 patiënten) in 2021.

83 Bijv. in 2021: 17.476/21.716=80,5%

Tabel 4.2.1 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging^a op grond van de Wet Bopz, de Wvvgz en/of de Wzd, op jaarbasis

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wet Bopz ^b	18.674	19.264	19.603	21.093	1.483 ^f	0
Wvvgz ^c					15.600	17.351
Wzd ^d					3.811	4.240
Wvvgz & Wzd ^e					126	125
<i>Totaal</i>	<i>18.674</i>	<i>19.264</i>	<i>19.603</i>	<i>21.093</i>	<i>21.020</i>	<i>21.716</i>
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	3,2%	1,8%	7,6%	-0,3%	3,3%

- a Rechterlijke machtiging, zorgmachtiging, machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling, of machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.
- b Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.
- c Exclusief beschikkingen inzake een ZM op grond van art. 2.3 Wfz.
- d Exclusief beschikkingen inzake een RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.
- e Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake zowel een machtiging o.g.v. de Wvvgz als een machtiging o.g.v. de Wzd.
- f Betrokkenen voor wie uitsluitend een beschikking is afgegeven voor een machtiging o.g.v. de Wet Bopz.

Bron: Raad voor de rechtspraak

Figuur 4.2.1 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging op grond van de Wet Bopz, de Wvvgz en/of de Wzd, op jaarbasis



Bron: Raad voor de rechtspraak

Betrokkenen hadden in zowel 2020 als in 2021 te maken met gemiddeld 1,4 machtigingsverzoeken op grond van de Wvvgz. Bij circa twee derde van hen⁸⁴ ging het om één machtigingsverzoek op jaarbasis, bij ongeveer een kwart⁸⁵ om twee machtigingsverzoeken, en bij 6% (2020) tot 7% (2021) om drie of meer machtigingsverzoeken.

De gemiddelde leeftijd van de betrokkenen die te maken kregen met één of meer machtigingsverzoeken op grond van de Wvvgz was 44 jaar, zowel in 2020 als in 2021.⁸⁶ **Tabel 4.2.2** laat zien dat de meeste patiënten in de leeftijdsgroep 25 tot 45 jaar vielen, gevolgd door de leeftijdsgroep 45 tot 65 jaar.

Tabel 4.2.2 Leeftijdsverdeling van patiënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een zorgmachtiging (ZM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvgz

	Aantal patiënten		Percentage patiënten	
	2020	2021	2020	2021
80 jaar of ouder	290	328	1,8%	1,9%
65 tot 80 jaar	1.591	1.795	10,1%	10,3%
45 tot 65 jaar	5.142	5.810	32,7%	33,2%
25 tot 45 jaar	6.896	7.595	43,9%	43,5%
12 tot 25 jaar	1.805	1.946	11,5%	11,1%
Missende leeftijd	2	2	0,01%	0,01%
Totaal	15.726	17.476	100,0%	100,0%

Bron: Raad voor de rechtspraak

4.2.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvgz

In deze paragraaf wordt ingezoomd op het aantal unieke patiënten voor wie minstens één beschikking is afgegeven inzake een VCM op grond van de Wvvgz. Uit **tabel 4.2.3** (laatste twee kolommen) kan worden afgeleid dat het in 2020 ging om 7.734 betrokkenen⁸⁷, en in 2021 om 7.535 patiënten⁸⁸, wat een daling van -2,6% zou betekenen. Echter, zoals hierboven toegelicht moet bij de vergelijking tussen 2020 en 2021 rekening worden gehouden met de patiënten voor wie vanwege de toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz nog in 2020 een beschikking op grond van de Wet Bopz

84 2020: 65%; 2021: 69%.

85 2020: 29%; 2021: 25%.

86 2020 (N=15.724): gem. leeftijd: 43,6; s.d.: 16,1; en range: 12-98 2021 (N=17.474): gem. leeftijd: 43,8; s.d.: 16,1; en range: 12-96.

87 7.685 + 49.

88 7.489 + 46.

werd afgegeven; 305 patiënten in het geval van een verzoek voor een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS).⁸⁹ Uitgaande van de aanname dat het bij circa 86%⁹⁰ van deze patiënten (N= 263) 'eigenlijk' ging om gevallen die onder de Wvggz zouden vallen (en niet onder de Wzd), zou het aantal betrokkenen voor wie de rechter in 2020 een uitspraak had gedaan over een verzoek voor een VCM toenemen naar 7.997. Daarmee wordt de werkelijke procentuele daling in 2021 ten opzichte van 2020 ingeschat op -5,8% is (i.p.v. -2,6%).

Zoals eerder aangegeven kan geen precieze vergelijking worden gemaakt met de jaren voorafgaand aan de invoering van de Wvggz, omdat op basis van de gegevens ten tijde van de Wet Bopz patiënten met psychiatrische problematiek niet kunnen worden onderscheiden van cliënten met psychogeriatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking. Echter veruit de meeste betrokkenen hadden in 2020 en 2021 via een verzoek om een VCM te maken met de Wvggz, en niet met de Wzd (via een verzoek om een VIBS).⁹¹ Bijgevolg is het waarschijnlijk dat de algemene trend die over de gehele periode 2016 t/m 2021 te zien is voor het totaal aantal personen dat te maken kreeg met minimaal één verzoek voor een VIBS of VCM op grond van de Wet Bopz, de Wvggz of de Wzd (zie **tabel 4.2.3**, onderste twee rijen; en **figuur 4.2.2**), ook specifiek zal gelden voor het aantal patiënten met psychiatrische problematiek dat te maken kreeg met minstens één verzoek voor een VIBS (o.g.v. de Wet Bozp) of een VCM (o.g.v. de Wvggz).

Het valt op dat 2020, het jaar van de inwerkingtreding van de Wvggz, met een stijging van ruim 11% (t.o.v. 2019) sterk afwijkt van de veel lichter stijgende trend in de periode 2016 t/m 2019 onder de Wet Bopz.⁹² Hierbij zal een rol hebben gespeeld dat de crisismaatregel (CM), en de voortzetting daarvan, in het overgangsjaar 2020 werden benut als terugvaloptie indien het niet lukte om een procedure voor een ZM tijdig op te starten.⁹³ Bovendien zou het kunnen dat de covid-pandemie in 2020 heeft bijgedragen aan het verhoudingsgewijs vaker afgeven van een (V)CM. In 2021 zwakte de sterke stijging in 2020 af, om daarmee meer in lijn te komen met de gemiddelde stijging die te zien was in de periode 2016 t/m 2019 onder de Wet Bopz.

Uit **tabel 4.2.3** kan verder worden afgeleid dat zowel in 2020 als in 2021 voor 0,6%⁹⁴ van de betrokkenen voor wie een beschikking was afgegeven inzake een VCM op grond van de Wvggz in hetzelfde jaar ook minstens één beschikking was afgegeven inzake een VIBS op grond van de Wzd.

89 Het gaat hier om aanvragen voor een VIBS o.g.v. de Wet Bopz van vóór 1 januari 2020. Bovendien vergt de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd.

90 $7.685 / (7.685 + 1.211) = 86,4\%$.

91 Bijv. in 2021: $7.535 / 8.906 = 84,6\%$.

92 Tussen 2016 en 2019 is er sprake van een procentuele stijging van 5,6%, wat neerkomt op een gemiddelde stijging van 1,9% per jaar.

93 Ketencoördinatieteam Wvggz. *Ketenmonitor Wvggz, 1^e halfjaar 2021*, september 2021.

94 2020: $49 / 7.734 = 0,6\%$; 2021: $46 / 7.535 = 0,6\%$.

Tabel 4.2.3 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvggz en/of een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VIBS (Wet Bopz) ^a	7.868	8.096	8.079	8.310	305 ^c	0
VCM (Wvvggz)					7.685	7.489
VIBS (Wzd)					1.211	1.371
VCM (Wvvggz) & VIBS (Wzd) ^b					49	46
Totaal	7.868	8.096	8.079	8.310	9.250	8.906
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	2,9%	-0,2%	2,9%	11,3%	-3,7%

a Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

b Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake zowel een VCM o.g.v. de Wvvggz als een VIBS o.g.v. de Wzd.

c Betrokkenen voor wie uitsluitend een beschikking is afgegeven voor een VIBS o.g.v. de Wet Bopz.

Bron: Raad voor de rechtspraak

Figuur 4.2.2 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz, een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvggz en/of een VIBS op grond van de Wzd, op jaarbasis



Bron: Raad voor de rechtspraak

Gemiddeld genomen hadden de betrokkenen in zowel 2020 als in 2021 te maken met 1,1 verzoeken om een VCM. Bij ruim negen op de tien patiënten (2020: 92%; 2021: 93%) ging het om één verzoek op jaarbasis.

Zowel in 2020 als in 2021 waren de betrokkenen die te maken kregen met één of meer verzoeken voor een VCM gemiddeld 42 jaar oud⁹⁵, wat iets lager is dan de gemiddelde leeftijd van 44 jaar van de totale groep patiënten die te maken kregen met één of meer machtigingsverzoeken (dus inclusief verzoeken voor een ZM; zie tabel **tabel 4.2.2**). Uit **tabel 4.2.2** valt af te leiden dat dit komt doordat voor een verhoudingsgewijs groter deel van patiënten jonger dan 25 jaar een beschikking inzake een VCM is afgegeven.

Tabel 4.2.4 Leeftijdsverdeling van patiënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvgz

	Aantal patiënten		Percentage patiënten	
	2020	2021	2020	2021
80 jaar of ouder	211	222	2,7%	2,9%
65 tot 80 jaar	735	754	9,5%	10,0%
45 tot 65 jaar	2.236	2.163	28,9%	28,7%
25 tot 45 jaar	3.257	3.117	42,1%	41,4%
12 tot 25 jaar	1.293	1.278	16,7%	17,0%
Missende leeftijd	2	1	0,03%	0,01%
<i>Totaal</i>	<i>7.734</i>	<i>7.535</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Bron: Raad voor de rechtspraak

4.2.3 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvvgz

In deze paragraaf wordt ingezoomd op het aantal unieke patiënten voor wie minstens één beschikking is afgegeven inzake een ZM op grond van de Wvvgz. Uit **tabel 4.2.5** (laatste twee kolommen) kan worden afgeleid dat dit aantal in 2020 11.041 patiënten betrof⁹⁶, en in 2021 13.159 patiënten⁹⁷, wat neer zou komen op een forse stijging van 19,2%. Zoals eerder opgemerkt dient echter bij de vergelijking tussen 2020 en 2021 rekening te worden gehouden met de patiënten voor wie vanwege de toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz nog in 2020 een beschikking op grond van de Wet Bopz werd afgegeven; 1.299 patiënten in het geval van een verzoek voor een rechterlijke

95 2020 (N=7.734): gem. leeftijd: 42,1; s.d.: 17,3; en range: 12-98 2021 (N=7.534): gem. leeftijd: 42,3; s.d.: 17,6; en range: 12-96.

96 10.984 + 57.

97 13.103 + 56.

machtiging (RM).⁹⁸ Als wordt aangenomen dat het bij circa 79%⁹⁹ van deze patiënten (N= 1.022) 'eigenlijk' ging om gevallen die onder de Wvvggz zouden vallen (en niet onder de Wzd), zou het aantal betrokkenen voor wie de rechter in 2020 een uitspraak had gedaan over een verzoek voor een ZM toenemen naar 12.063. Aldus wordt ingeschat dat de werkelijke procentuele stijging in 2021 ten opzichte van 2020 9,1% was (i.p.v. 19,2%).

Zoals eerder gemeld is een vergelijking met de jaren voor de invoering van de Wvvggz niet precies te maken, omdat op basis van de gegevens ten tijde van de Wet Bopz patiënten met psychiatrische problematiek niet kunnen worden onderscheiden van cliënten met psychogeriatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking. Echter een ruime meerderheid van de betrokkenen had in 2020 en 2021 via een verzoek om een ZM te maken met de Wvvggz, en niet met de Wzd (via een verzoek om een RM).¹⁰⁰ Daarom is het aannemelijk dat de algemeen stijgende trend die over de gehele periode 2016 t/m 2021 waarneembaar is voor het totaal aantal personen dat te maken kreeg met een verzoek voor een RM of ZM op grond van de Wet Bopz, de Wvvggz of de Wzd (zie **tabel 4.2.5**, onderste twee rijen; en **figuur 4.2.3**), ook specifiek zal gelden voor het aantal patiënten met psychiatrische problematiek dat te maken kreeg met een verzoek voor een RM (o.g.v. de Wet Bozpz) of een ZM (o.g.v. de Wvvggz).

Opvallend is dat er in 2019, het jaar voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Wvvggz, sprake was van een verhoudingsgewijs sterke stijging (+9,2% t.o.v. 2018), waarna er in 2020 een daling is te zien (-4,1% t.o.v. 2019). Verschillende factoren die in de voorgaande paragrafen al zijn belicht, zullen hierbij (mogelijk) een rol hebben gespeeld:

- de toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz, waardoor er eind 2019 een piek was in het aantal beschikkingen inzake een RM op grond van de Wet Bopz;
- het inregelen van de nieuwe of aangepaste Wvvggz- en Wzd-procedures in 2020, waardoor het bijvoorbeeld niet altijd lukte om een procedure voor een ZM tijdig op te starten (en teruggegrepen werd op de procedure voor een CM, en de voortzetting daarvan)¹⁰¹; en
- het uitbreken van de covid-pandemie, waardoor er in 2020 mogelijk verhoudingsgewijs minder vaak gebruik werd gemaakt van de procedure voor een ZM (en relatief vaker van de procedure voor een CM, en de voortzetting daarvan).

Uit **tabel 4.2.5** kan verder worden opgemaakt dat voor een heel klein deel van de patiënten voor wie een beschikking was afgegeven inzake een ZM op grond van de Wvvggz in hetzelfde jaar ook minimaal één beschikking was afgegeven inzake een RM op grond van de Wzd, waarbij het respectievelijk ging om 0,5% (N=57) in 2020 en 0,4% (N=56) in 2021.

98 Het gaat hier om aanvragen voor een RM o.g.v. de Wet Bopz van vóór 1 januari 2020. Bovendien vergt de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd.

99 $10.984 / (10.984 + 2.973) = 78,7\%$.

100 Bijv. in 2021: $13.159 / 16.423 = 80,1\%$.

101 Ketencoördinatieteam Wvvggz. *Ketenmonitor Wvvggz, 1^e halfjaar 2021*, september 2021.

Tabel 4.2.5 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en/of een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RM (Wet Bopz) ^a	13.816	14.233	14.622	15.970	1.299 ^e	0
ZM (Wvggz) ^b					10.984	13.103
RM (Wzd) ^c					2.973	3.264
ZM (Wvggz) & RM (Wzd) ^d					57	56
<i>Totaal</i>	<i>13.816</i>	<i>14.233</i>	<i>14.622</i>	<i>15.970</i>	<i>15.313</i>	<i>16.423</i>
% verandering t.o.v. voorgaande jaar	N.v.t.	3,0%	2,7%	9,2%	-4,1%	7,2%

a Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg.

b Exclusief beschikkingen inzake een ZM op grond van art. 2.3 Wfz.

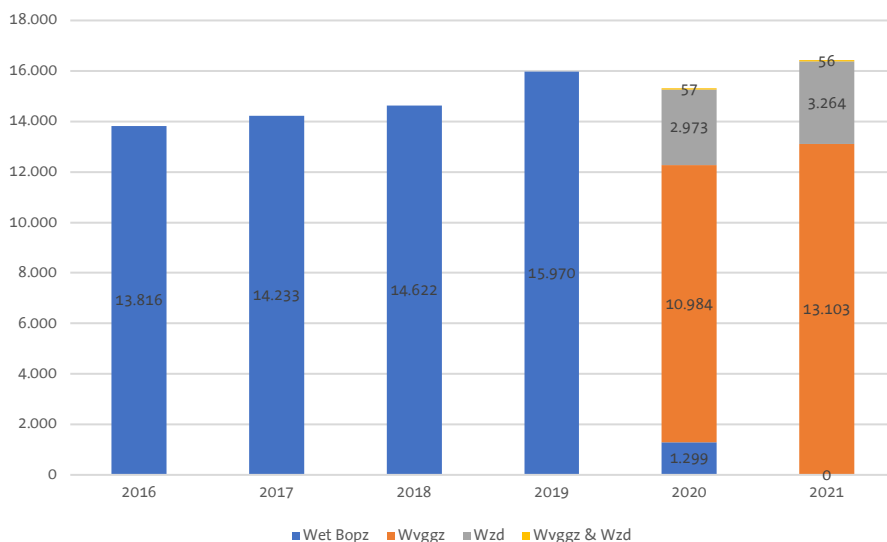
c Exclusief beschikkingen inzake een RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging.

d Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake zowel een ZM o.g.v. de Wvggz als een RM o.g.v. de Wzd.

e Betrokkenen voor wie uitsluitend een beschikking is afgegeven voor een RM o.g.v. de Wet Bopz.

Bron: Raad voor de rechtspraak

Figuur 4.2.3 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz, een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz en/of een RM op grond van de Wzd, op jaarbasis



Bron: Raad voor de rechtspraak

In 2020 hadden betrokkenen te maken met gemiddeld 1,3 verzoeken om een ZM, waarbij het bij driekwart van hen ging om één verzoek, en bij een kwart om twee verzoeken.¹⁰² In 2021 ging het gemiddeld om 1,2 machtigingsverzoeken per patiënt, waarbij het bij ruim driekwart (79%) één verzoek betrof, en bij één op de vijf (21%) twee verzoeken.¹⁰³ Het verschil tussen 2020 en 2021 hangt samen met het gegeven dat er in 2021 minder vaak een beschikking werd afgegeven inzake een eerste ZM (en die bij toewijzing door de rechter voor hooguit zes maanden verleend kan zijn geweest), en juist vaker een beschikking inzake een aansluitende ZM (en die bij toewijzing door de rechter voor maximaal 12 maanden verleend kan zijn geweest).

In 2020 hadden de patiënten die te maken kregen met één of meer verzoeken voor een ZM op grond van de Wvvgz een gemiddelde leeftijd van 44 jaar, en in 2021 een gemiddelde leeftijd van 45 jaar.¹⁰⁴ Zoals te zien in **tabel 4.2.6** vielen veruit de meeste patiënten in de leeftijdsgroep 25 tot 45 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroep 45 tot 65 jaar.

Tabel 4.2.6 Leeftijdsverdeling van patiënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvvgz

	Aantal patiënten		Percentage patiënten	
	2020	2021	2020	2021
80 jaar of ouder	144	181	1,3%	1,4%
65 tot 80 jaar	1.162	1.404	10,5%	10,7%
45 tot 65 jaar	3.814	4.602	34,5%	35,0%
25 tot 45 jaar	4.965	5.843	45,0%	44,4%
12 tot 25 jaar	956	1.128	8,7%	8,6%
Missende leeftijd	0	1	0%	0,01%
<i>Totaal</i>	<i>11.041</i>	<i>13.159</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Bron: Raad voor de rechtspraak

4.2.4 Samenvatting

Uitgaande van landelijk dekkende gegevens van de Rvdr blijkt dat in 2021, het tweede jaar na de inwerkingtreding van de Wvvgz, de rechter voor in totaal 17.476 unieke patiënten minstens één uitspraak heeft gedaan over een verzoek om een ZM of een VCM op grond van de Wvvgz. Rekening houdend met de invloed van het overgangsrecht Wet Bopz ging het in 2020 om naar schatting 16.918 betrokkenen, wat neerkomt op een geschatte stijging van 3,3% in 2021. Deze procentuele toename sluit aan bij de stijging van het aantal unieke betrokkenen voor wie in de periode 2016 t/m 2019 minimaal één beschikking was afgegeven inzake een RM of VIBS op grond van de Wet Bopz. Uit

102 0,6% van de patiënten had in 2020 te maken met drie verzoeken om een ZM.

103 0,7% van de patiënten had in 2021 te maken met drie verzoeken om een ZM.

104 2020 (N=11.041): gem. leeftijd: 44,3; s.d.: 15,4; en range: 12-94 2021 (N=13.158): gem. leeftijd: 44,5; s.d.: 15,5; en range: 12-96.

eerder onderzoek is bekend dat deze stijgende trend ook al bestond in de periode 2013 t/m 2017, met een gemiddelde procentuele stijging van 4,5% per jaar.¹⁰⁵ Met andere woorden: er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat de invoering van de Wvvgz heeft geleid tot een trendbreuk, oftewel een daling of stabilisatie van het aantal patiënten dat te maken kreeg met een machtigingsverzoek op grond waarvan dwang kan worden toegepast.

Als apart wordt gekeken naar de ontwikkelingen voor een VCM en een ZM, wordt de invloed van de invoering van de nieuwe wetgeving duidelijker zichtbaar. Zo is er in 2019, het jaar voorafgaand aan de invoering van de Wvvgz, vanwege de toepassing van het overgangsrecht sprake van een relatief sterke stijging (+9%) in het aantal betrokkenen voor wie de rechter in 2019 minstens één uitspraak heeft gedaan over een verzoek om een RM op grond van de Wet Bopz. In 2020, het jaar van de inwerkingtreding van de Wvvgz, is er juist een relatief sterke stijging (+11%) waarneembaar in het aantal patiënten voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een VCM. Hierbij zal een rol hebben gespeeld dat het in het 'overgangsjaar' 2020 nog niet altijd lukte om tijdig een procedure voor een ZM te starten waardoor vaker teruggegrepen werd op de acute route via een CM, en de voorzetting daarvan. Daarbovenop kan een invloed van de covid-pandemie niet worden uitgesloten.

Zowel in 2020 als in 2021 was de gemiddelde leeftijd van de patiënten die te maken kregen met één of meer machtigingsverzoeken op grond van de Wvvgz 44 jaar, waarbij de meeste patiënten in de leeftijdsgroepen 25 tot 45 jaar (44%) en 45 tot 65 jaar (33%) vielen. In beide jaren ging het om gemiddeld 1,4 machtigingsverzoeken per patiënt. Voor minder dan 1% van de patiënten was in hetzelfde jaar ook minimaal één beschikking afgegeven inzake een machtiging op grond van de Wzd.

Het is aanbevelingswaardig om de komende jaren te blijven volgen wat de ontwikkelingen zijn in de omvang en de leeftijdsopbouw van de groep patiënten die te maken krijgen met een machtigingsverzoek op grond van de Wvvgz.

4.3 Verleende verplichte zorg in de praktijk

In de vorige paragraaf is voor 2020 en 2021 een beeld verkregen van de grootte van de groep betrokkenen die te maken kregen met één of meer verzoeken om een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) of een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvvgz. Toewijzing door de rechter van een machtigingsverzoek – wat in veruit de meeste gevallen gebeurt – legitimeert tot de (eventuele) toepassing van de vormen van verplichte zorg waarin de machtiging voorziet. De huidige paragraaf beoogt zicht te geven op de mate waarin vormen van verplichte zorg in 2021 daadwerkelijk werden toegepast op grond van: (i) een crisismaatregel (CM) of een VCM; en (ii) een ZM. Hiervoor is gebruik gemaakt van landelijk geaggregeerde gegevens die verkregen zijn van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Deze landelijke gegevens zijn gebaseerd op de gegevens op patiëntniveau over verleende verplichte zorg in 2021 die door in totaal 46 zorgaanbieders op een

105 J. Broer, A.I. Wierdsma, C.L. Mulder (2020). *Gedwongen opnames en ambulante dwang in de GGZ: onderzoek naar regionale verschillen tussen arrondissementen, leeftijdsgroepen en unieke personen, 2013-2017*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62 (2), 104-113.

‘valide’ manier¹⁰⁶ aan de IGJ zijn aangeleverd op grond van art. 8:24 Wvvggz (zie kader voor meer informatie).

De gegevens die zorgaanbieders dienen aan te leveren aan de IGJ kennen beperkingen in het bieden van zicht op de toepassing van verplichte zorg. Ten eerste kan geen goed onderscheid worden gemaakt tussen de verplichte zorg die intramuraal is toegepast en de verplichte zorg die ambulante werd verleend (buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis).¹⁰⁷ De aan te leveren gegevens-set aan de IGJ omvat namelijk geen kenmerk wat aangeeft of een toepassing van verplichte zorg intramuraal of ambulante heeft plaatsgevonden. Het is belangrijk om zicht te krijgen op de verleende verplichte zorg in de ambulante setting omdat dit een nieuwe mogelijkheid is onder de Wvvggz. Een tweede beperking is dat op basis van aan de IGJ geleverde gegevens uit zicht blijft bij welk deel van de ZM-en op grond van art. 8:9 daadwerkelijk uitvoering is gegeven aan één of meer vormen van verplichte zorg waarin de machtiging voorziet; en bij welk deel van de ZM-en dit tijdens de looptijd van de machtiging niet is gebeurd. Het is relevant om te weten bij welk aandeel ZM-en helemaal geen uitvoering is gegeven aan art. 8:9, omdat het hier gaat om ZM-en die worden gebruikt als een voorwaardelijke constructie. Om de landelijk geaggregeerde gegevens van de IGJ aan te vullen en te verrijken wordt daarom in deze paragraaf ook gebruik gemaakt van gegevens die zijn verkregen van individuele geïntegreerde GGZ-instellingen, zodat indrukken worden verkregen van respectievelijk de toepassing van ambulante verplichte zorg en het aandeel ZM-en waarbij tijdens de looptijd al dan niet verplichte zorg werd toegepast.

De halfjaarlijkse aanlevering van gegevens over toegepaste verplichte zorg aan de IGJ op grond van art. 8:24 betreft een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken.^{108,109} De gegevensaanleveringen van zorgaanbieders over 2021 zijn de eersten die digitaal

106 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvvggz. Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvvggz | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

107 Met uitzondering van vormen van verplichte zorg, zoals opname in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling, waar het per definitie gaat om de intramurale setting.

108 IGJ. *Analysen om te leren. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde analyses over de toepassing van dwang in de zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, februari 2021.

109 IGJ. *Analysen om te sturen. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde Wvvggz-analyses over de toepassing van verplichte zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juli 2021.

gebeurden conform de technische handreiking.^{110,111} Tegen deze achtergrond is een online duidingssessie met een zestal deskundigen uit het veld¹¹² georganiseerd teneinde:

- een beeld te krijgen van aspecten die de betrouwbaarheid en volledigheid van de landelijk geaggregeerde gegevens over toegepaste verplichte zorg (mogelijk) hebben vermindert;
- inhoudelijke duiding te geven aan de landelijk geaggregeerde gegevens; en
- zicht te krijgen op ervaren knelpunten in het proces van gegevensregistratie- en aanlevering, en mogelijke manieren om het proces te verbeteren

De opgehaalde informatie uit de duidingssessie is meegenomen in deze paragraaf.

De paragraaf begint ter inleiding met het bespreken van de verdeling van toegepaste verplichte zorg naar juridische titel (par. 4.3.1). Daarna wordt achtereenvolgens ingegaan op de verplichte zorg die werd verleend op grond van een (V)CM (par. 4.3.2) en een ZM (par. 4.3.3). In beide paragrafen wordt ook aandacht besteed aan de toepassing van ambulante verplichte zorg uitgaande van de gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet. In par 4.3.3 wordt bovendien ingegaan op het aandeel ZM-en waarbij tijdens de looptijd al dan niet verplichte zorg werd toegepast, uitgaande van de gegevens van vijf geïntegreerde GGZ-instellingen.¹¹³ In par. 4.3.4 wordt vervolgens ingegaan op de ervaren knelpunten en verbeteringsuggesties omtrent de gegevensregistratie- en aanlevering op grond van art. 8:24 Wvzgz, zoals opgehaald in de duidingssessie.

110 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvzgz. Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wvzgz | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl).

111 De eerste levering over 2021 was in december 2021 (gegevens over eerste halfjaar van 2021), de tweede in februari 2022 (gegevens over tweede halfjaar van 2021). De vertraging van de eerste aanlevering kwam door het wachten op de reparatiewetgeving waarin de aanlevering van het BSN in geregeld werd.

112 Twee geneesheer-directeuren, een juridisch adviseur, een beleidsadviseur, een kwaliteitscoördinator en een inspecteur bij de IGJ. Verder waren een data-analist van de IGJ en twee vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS als toehoorder aanwezig.

113 De namen van deze instellingen worden niet bekend gemaakt.

Landelijk geaggregeerde gegevens over toegepaste verplichte zorg

De landelijk geaggregeerde gegevens die van de IGJ zijn verkregen zijn gebaseerd op gegevens op patiëntniveau over toegepaste verplichte zorg in 2021 die door in totaal 46 zorgaanbieders op een 'valide' manier¹¹⁴ zijn aangeleverd aan de IGJ (o.g.v. art. 8:24). De aangeleverde gegevens van de zorgaanbieders zijn op geleide van de evaluatoren door de IGJ zodanig geaggregeerd dat de gegevens op landelijk niveau inzicht geven in de mate waarin vormen van verplichte zorg in 2021 werden toegepast op grond van: i) een (V)CM; en ii) een ZM.¹¹⁵

Voorafgaand aan het aggregeren heeft de IGJ een basale kwaliteitscontrole op de door zorgaanbieders aangeleverde gegevens uitgevoerd, waarbij evidente registratiefouten zijn gecorrigeerd.¹¹⁶ Om volledig uit te sluiten dat de geaggregeerde gegevens indirect herleidbaar zijn tot individuele patiënten, heeft de IGJ er verder voor gekozen om alle absolute waarden van 25 of hoger af te ronden naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal, en alle waarden tussen de 1 en 24 te presenteren als: '<25'.

Hoewel niet precies te bepalen is in hoeverre de geaggregeerde gegevens van de 46 zorgaanbieders landelijk representatief zijn, is landelijke representativiteit om een aantal redenen wel enigszins aannemelijk. In totaal stonden in 2021 circa 80 zorgaanbieders ingeschreven in het locatieregister en die dus gerechtigd waren om verplichte zorg op grond van de Wvvgz.¹¹⁷ Dit betekent dat de 46 zorgaanbieders een relatief hoog percentage van ongeveer 58% van alle zorgaanbieders vertegenwoordigden. Daarbij bestond de groep van 46 zorgaanbieders uit verschillende typen aanbieders, zoals onderstaande tabel laat zien. Ten slotte omvatten de gegevens in totaal 4.875 patiënten aan wie op grond van een CM verplichte zorg was verleend (zie ook par. 4.3.1). Op basis daarvan kan worden geschat dat met de gegevens een relatief hoog percentage van circa 61% van alle in 2021 afgegeven CM-en werd vertegenwoordigd.

114 D.w.z. conform de Technische Handleiding Aanlevering Toezichtinformatie Wvvgz.

115 In opdracht van het ministerie van VWS maakte de IGJ een geaggregeerd gegevensbestand van alle gegevens over 2021 die zij ontving van de zorgaanbieders die verplichte zorg toepasten. Dit bestand werd door de IGJ exclusief aangeleverd aan het Trimbos-instituut met als uitsluitend doel dit te gebruiken voor de wetsevaluatie.

116 Zoals het verwijderen van dubbele registraties van toegepaste verplichte zorgvorm bij dezelfde patiënt en het verwijderen van datums van laatste toepassingen van verplichte zorgvormen die vóór de datums liggen van de eerste toepassingen van de betreffende zorgvormen.

117 IGJ. *Gedwongen zorg in 2021 beeld*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juni 2022.

Type zorgaanbieder	Aantal zorgaanbieders	Aantal geregistreerde toepassingen verplichte zorg	% verdeling geregistreerde toepassingen	Gemiddeld aantal geregistreerde toepassingen
Geïntegreerde GGZ-instelling	22	157.550	93,0%	7.161
Aanbieder forensische zorg ^a	3	5.175	3,1%	1.725
PUK/PAAZ ^b	10	3.300	1,9%	330
Aanbieder kinder- en jeugdpsychiatrie	4	2.500	1,5%	625
Verslavingszorginstelling	4	900	0,5%	225
Onbekend	1	<25	<0,01%	...
Aanbieder verpleeghuiszorg	2	<25	<0,01%	...
Totaal	46	169.425	100,0%	3.683

a Het gaat hier om forensische patiënten die onder hoofdstuk 9 Wvgez vallen.

b PUK: Psychiatrische Universiteitskliniek; PAAZ: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis

Bron: het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie

In de tabel is verder te zien dat de totale set aan gegevens van de 46 zorgaanbieders bijna 170.000 geregistreerde toepassingen van verplichte zorg in 2021 omvatte. De overgrote meerderheid van de toepassingen (93%) was geregistreerd vanuit één van de 22 geïntegreerde GGZ-instellingen. Andere type aanbieders waren beduidend minder in aantal dan geïntegreerde GGZ-instellingen, en registreerden gemiddeld genomen ook aanmerkelijk minder toepassingen van verplichte zorg.¹¹⁸

4.3.1 Toegepaste verplichte zorg verdeeld naar juridische titel, volgens landelijke gegevens

Zoals te zien in **tabel 4.3.1** hadden de bijna 170.000 geregistreerde toepassingen van verplichte zorg in 2021 betrekking op in totaal 10.025 unieke patiënten, wat neerkomt op gemiddeld 16,9 toepassingen per patiënt. De meeste geregistreerde toepassingen van verplichte zorg – ruim twee derde (69%) – werden uitgevoerd op grond van een ZM. Kijkend naar het aantal patiënten aan wie enigerlei vorm van verplichte zorg werd verleend, gebeurde dit ook bij de meeste patiënten (59%) via een ZM. Gemiddeld genomen zijn per patiënt 19,9 toepassingen geregistreerd op grond van een ZM.

118 Een deelnemer aan de duidingssessie merkte op dat het sporadisch kan voorkomen dat een toepassing van een specifieke vorm van verplichte zorg bij een geïntegreerde GGZ-instelling (zijnde de 'hoofduitvoerder') is geregistreerd, terwijl de interventie daadwerkelijk is uitgevoerd bij een 'onderaannemer', zoals een PUK of PAAZ. De toepassing van dwangvoeding werd als voorbeeld genoemd waarbij een dergelijk artefact in registratie incidenteel kan gebeuren.

Tabel 4.3.1 Geregistreeerde toegepaste verplichte zorg, naar juridische titel (2021, landelijk gegevens)

Juridische titel ^a					Gemiddeld aantal toepassingen
	Aantal toepassingen	% verdeling toepassingen	Aantal patiënten ^b	% verdeling patiënten ^b	
Zorgmachtiging (ZM)	116.550	68,8%	5.850	58,4%	19,9
Crisismaatregel (CM) / machtiging tot voortzetting crisismaatregel (VCM)	39.525	23,3%	5.350	53,4%	7,4
CM	21.100	12,5%	4.875	48,6%	4,3
VCM	18.425	10,9%	2.250	22,4%	8,2
Tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een CM	3.050	1,8%	1.100	11,0%	2,8
Tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie/onvoorziene situatie waarin de ZM of (V)CM niet voorziet	1.625	1,0%	575	5,7%	2,8
Terbeschikkingstelling (tbs)	8.375	4,9%	100	1,0%	83,8
Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ-maatregel)	325	0,2%	<25	<0,2%	<13,0
Totaal	169.425	100%	10.025	100%	16,9

a Het kan gaan om een juridische titel die in 2021 is afgegeven, of doorliep in 2021.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; voor een patiënt kunnen in 2021 meerdere juridische titels zijn afgegeven.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie

Het aantal geregistreeerde patiënten voor wie een CM was afgegeven (N=4.875) ligt aanzienlijk hoger dan het aantal geregistreeerde patiënten voor wie een VCM was afgegeven (N=2.250) (zie **tabel 4.3.1**). Dit is opvallend omdat over geheel 2021 op landelijk niveau nagenoeg alle CM-en (95%) werden voortgezet.¹¹⁹ In de duidingssessie werd aangegeven dat hier een registratie-effect speelt: bij een deel van de zorgaanbieders wordt een VCM niet als zodanig geregistreeerd, en blijft uitsluitend een CM geregistreeerd staan. Voor een betrouwbaarder beeld van toegepaste verplichte zorg in de acute crisissituatie kan daarom beter worden uitgegaan van de combinatie van de gegevens die tijdens van een CM of een VCM zijn geregistreeerd. Zoals te zien in **tabel 4.3.1** vond bijna een kwart (23%) van alle toepassingen van verplichte zorg in 2021 plaats op grond van een (V)CM. Verder geven de gegevens aan dat bij ruim de helft van de patiënten (53%) bij wie enigerlei vorm van verplichte zorg werd toegepast, dit plaatsvond via een (V)CM. Per patiënt zijn gemiddeld 7,4 toepassingen geregistreeerd op grond van een (V)CM.

119 Ketencoördinatieteam Wvvggz. *Ketenmonitor Wvvggz*, 2021, februari 2022.

Volgens de gegevens had circa één op de tien patiënten (11%) in 2021 te maken met tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een CM. Tijdens de duidingssessie werd aangegeven dat hier sprake kan zijn van enigermate van onder-registratie, omdat niet elke zorgaanbieder of elke zorgverlener toegepaste tijdelijke verplichte zorg zal registreren. Genoemde redenen voor het niet registreren zijn onder meer het in zijn algemeenheid ervaren van een hoge registratielast en het niet doelmatig achten om tijdelijke verplichte zorg te registreren. Ten slotte laat **tabel 4.3.1** zien dat aan bijna 6% van de patiënten tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie of onvoorziene situatie werd verleend, en waar een (V)CM of ZM niet in voorzag.

4.3.2 Verplichte zorg die werd verleend op grond van een crisismaatregel (CM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM)

4.3.2.1 Omvang en frequentie van toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een (V)CM, volgens landelijke gegevens

Tabel 4.3.2 (2^e kolom) laat zien dat in 2021 verplichte opname in een accommodatie de vorm van verplichte zorg was die bij het grootste deel van de patiënten – namelijk 87% – is toegepast op grond van een (V)CM. Aangezien het hier gaat om patiënten die zich in een acute crisissituatie bevonden is dit niet verwonderlijk. Meer verrassend is dat ‘slechts’ 87% en niet (nagenoeg) 100% van de patiënten verplicht was opgenomen via een (V)CM. Hoogstwaarschijnlijk is er bij een deel van zorgaanbieders sprake van enigermate van onder-registratie van deze vorm van verplichte zorg.

Ruim acht op de tien (83%) patiënten had op grond van een (V)CM te maken met het beperken van de bewegingsvrijheid als vorm van verplichte zorg, waarbij het met 72% van de patiënten hoofdzakelijk ging om de subvorm plaatsing op een gesloten afdeling. Dat dit percentage van 72% lager ligt dan de 87% van alle patiënten die tijdens een (V)CM verplicht werd opgenomen, kan worden verklaard doordat een verplichte opname niet per definitie hoeft te betekenen dat de betrokkene wordt opgenomen op een gesloten afdeling. Dit is de reden dat de landelijke richtlijnen in het zogeheten Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg¹²⁰ aangeven dat ‘opnemen in een accommodatie’ en ‘plaatsen op een gesloten afdeling’ separaat geregistreerd dient te worden. Sommige deelnemers in de duidingssessie gaven overigens aan deze registratievereiste niet erg zinvol te vinden, omdat een verplichte opname (vrijwel) altijd een opname op een gesloten afdeling inhoudt.

120 dNggz. *Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg - versie september 2020*. Amersfoort: de Nederlandse ggz, 2020.

Tabel 4.3.2 Geregistreeerde toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een crisismaatregel (CM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) (2021, landelijke gegevens)

(Sub)vorm van verplichte zorg	% verdeling		% verdeling		Gemiddeld aantal toe- passingen per patiënt
	aantal patiënten ^a	Aantal patiënten ^a	aantal toe- passingen	Aantal toe- passingen	
Opnemen in accommodatie	87,4%	4.675	17,5%	6.925	1,5
Beperken van de bewegingsvrijheid	82,7%	4.425	21,4%	8.475	1,9
<i>Fixatie</i>	4,7%	250	2,8%	1.100	4,4
<i>Fysieke fixatie</i>	3,7%	200	1,3%	525	2,6
<i>Mechanische fixatie</i>	1,4%	75	1,5%	575	7,7
<i>Plaatsen gesloten afdeling</i>	72,4%	3.875	14,7%	5.800	1,5
<i>Overige beperking bewegingsvrijheid</i>	14,5%	775	4,0%	1.600	2,1
Insluiten	37,4%	2.000	35,6%	14.075	7,0
<i>Separeerverblijf</i>	17,8%	950	9,4%	3.725	3,9
<i>Extra Beveiligde Kamer (EBK)</i>	12,6%	675	7,2%	2.850	4,2
<i>Afzonderingsruimte</i>	3,7%	200	2,8%	1.100	5,5
<i>Eigen kamers/verblijfsruimte</i>	6,1%	325	10,4%	4.100	12,6
<i>Overige ruimte^b</i>	7,9%	425	5,8%	2.275	5,4
Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen	33,6%	1.800	20,7%	8.175	4,5
<i>Vocht en voeding</i>	0,9%	50	2,3%	925	18,5
<i>Medicatie</i>	32,7%	1.750	17,5%	6.925	4,0
<i>Orale medicatie</i>	13,6%	725	9,8%	3.875	5,3
<i>Intramusculaire medicatie</i>	24,8%	1.325	7,5%	2.950	2,2
<i>Intraveneuze medicatie</i>	0,5%	25	0,1%	25	1,0
<i>Overige toedieningsvormen</i>	0,5%	25	0,2%	75	3,0
<i>Medische controles of andere medische handelingen</i>	1,4%	75	0,8%	325	4,3
<i>ECT</i>	<0,5%	<25	0,2%	75	<3,0
<i>Overige controles en handelingen</i>	1,4%	75	0,6%	250	3,3
Uitoefenen van toezicht	10,3%	550	2,8%	1.125	2,0
<i>Cameramonitoring</i>	10,3%	550	2,8%	1.100	2,0
<i>Andere elektronische middelen</i>	<0,5%	<25	0,1%	25	<1,0
Aanbrengen beperkingen het eigen leven in te richten	3,3%	175	1,1%	450	2,6
Onderzoek aan kleding of lichaam	2,3%	125	0,3%	125	1,0

(Sub)vorm van verplichte zorg	% verdeling		% verdeling		Gemiddeld aantal toe- passingen per patiënt
	aantal patiënten ^a	Aantal patiënten ^a	aantal toe- passingen	Aantal toe- passingen	
Ontnemen vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf	1,4%	75	0,2%	75	1,0
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen/gevaarlijke voorwerpen	0,9%	50	0,1%	50	1,0
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	0,5%	25	0,1%	25	1,0
Beperken recht op ontvangen van bezoek	0,5%	25	0,1%	25	1,0
Totaal	100,0%	5.350	100,0%	39.525	7,4

a Categorieën zijn niet uitsluitend; aan een patiënt kunnen tijdens een (V)CM meerdere (sub)vormen van verplichte zorg zijn verleend.

b Als er sprake is van insluiting in een andere dan bovengenoemde gedefinieerde ruimte, dan is registratie verplicht onder 'insluiting in overige ruimte'.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie

Volgens de gegevens werden andere subvormen van beperken van bewegingsvrijheid bij een relatief klein deel van de patiënten toegepast op grond van een (V)CM (zie **Tabel 4.3.2**). Voor bijna 15% van de betrokkenen was een toepassing geregistreerd in de restcategorie 'overige beperking van de bewegingsvrijheid'.¹²¹ Fysieke fixatie¹²² werd volgens de gegevens bij minder dan 4% van de patiënten toegepast via een (V)CM, waarbij een patiënt gemiddeld 2,6 keer vastgehouden werd. Opgemerkt dient te worden dat fysieke fixatie niet als separate vorm van verplichte zorg hoeft te worden geregistreerd als het uitsluitend wordt toegepast om een andere vorm van verplichte zorg te kunnen uitvoeren (zoals betrokkene vasthouden om haar of hem in te sluiten of dwangmedicatie toe te dienen).¹²³ Voorts werd volgens de gegevens ruim 1% van de patiënten tijdens een (V)CM met mechanische hulpmiddelen gefixeerd, waarbij het kan gaan om bijvoorbeeld een 'tentbed' of 'poseybed', bedekken en riemen.

121 Hiervan is bijvoorbeeld sprake als betrokkene de afdeling wel zelfstandig kan verlaten, maar waarbij zij/hij i.h.k.v. de behandeling niet in bepaalde ruimtes kan komen binnen de setting waarin zij/hij zorg ontvangt (Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg, dNggz, 2020).

122 Het vasthouden van betrokkene door één of meer zorgverleners, door middel van een binnen de beroepsgroep gebruikelijke methodiek.

123 dNggz. *Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg - versie september 2020*. Amersfoort: de Nederlandse ggz, 2020.

Na het opnemen in een accommodatie (87% van alle patiënten) en het beperken van de bewegingsvrijheid (83% van alle patiënten), had volgens de gegevens het derde hoogste percentage patiënten – te weten 37% – tijdens een (V)CM te maken met insluiten als categorie van verplichte zorg. Als gekeken wordt naar de registraties per subcategorie, vond insluiting voor de meeste patiënten plaats in een separeerverblijf (18% van alle patiënten) of een extra beveiligde kamer (EBK) (13% van alle patiënten). Volgens de gegevens werd 6% van de betrokkenen op grond van een (V)CM ingesloten in de eigen kamer of verblijfsruimte. Een aantal deelnemers aan de duidingssessie bevestigden dat dit plaatsvindt in hun instelling op de forensische afdelingen, maar ook op de reguliere GGZ-afdelingen. Het valt verder op dat het gemiddeld aantal keren dat een patiënt werd ingesloten in de eigen kamer of verblijfsruimte tijdens een (V)CM met 12,6 verhoudingsgewijs hoog was ten opzichte van de vier andere subvormen van insluiten. Dit kan er volgens deelnemers aan de duidingssessie op wijzen dat de desbetreffende patiënten vaak kortdurend werden gemobiliseerd in de eigen kamer of verblijfsruimte (zie verder par. 4.3.2.2).

Volgens de gegevens onderging tijdens een (V)CM ruim een derde (34%) van de patiënten één of meer verplichte zorgvormen die vallen onder de categorie ‘toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen’. Het ging hierbij voor nagenoeg alle betrokkenen om de verplichte toedienen van medicatie; één of meer toepassingen van andere subvormen in deze categorie van verplichte zorg werden bij 1% van alle patiënten geregistreerd, of bij een nog lager percentage. Als gekeken wordt naar de toedieningsvormen van verplichte medicatie, had een kwart van de patiënten tijdens een (V)CM ten minste één keer intramusculair medicijnen toegediend gekregen, en bij bijna 14% van de patiënten gebeurde dit minimaal één keer oraal. Andere toedieningsvormen zijn nauwelijks geregistreerd. Dat het gemiddeld aantal toepassingen per patiënt voor orale verplichte medicatie (5,3) ruim twee keer zo hoog lag als voor intramusculaire medicatie (2,2), kan ermee samenhangen dat het bij de laatstgenoemde toedieningsvorm vaak gaat om hogere doseringen van een bepaald middel die een langere werking hebben. Een deelnemer aan de duidingssessie wees er verder op dat de Wvvggz een laagdrempelige mogelijkheid biedt om een betrokkene kort op te nemen om depotmedicatie (doorgaans intramusculair) te geven, en dat hierdoor onder de Wvvggz beduidend vaker depotmedicatie wordt toegediend tijdens een (V)CM dan voorheen onder de Wet Bopz.

Opgemerkt dient te worden dat mogelijke variatie tussen zorgaanbieders in de wijze van registreren invloed kan hebben gehad op de registratie van het aantal toepassingen van verplichte medicatie in 2021. In de regeling Wvvggz (geldend van 1-1-2020 t/m heden)¹²⁴ wordt aangegeven dat verplichte medicatie als *momentregistratie* dient te worden vastgelegd, oftewel het registreren van datum en tijd per toepassing van verplichte medicatie. Echter, in het Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg (versie september 2020) is – in afstemming met het Ministerie van VWS – de wijze van registratie aangepast naar *duurregistratie*, wat betekent dat de datum en tijd van alleen de eerste en de laatste toediening wordt geregistreerd. In de duidingssessie werd aangegeven dat de wijze van registratie na overleg met veldpartijen vervolgens weer is teruggedraaid naar momentregistratie,

124 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0042740/2020-01-01>.

maar dat het onduidelijk is in hoeverre dit is vastgelegd en gecommuniceerd richting alle zorgaanbieders. Dit roept de vraag op in hoeverre door zorgaanbieders en zorgverleners verplichte medicatie als moment- of als duurregistratie werd en wordt vastgelegd. Het is mogelijk dat sommige zorgaanbieders en zorgverleners voor 2021, of een deel daarvan, zijn uitgegaan van duurregistratie, en zo ja, dan zal dit hebben bijgedragen aan een onder-registratie van het aantal toepassingen van verplichte medicatie in 2021. Het belang van de terugdraaiing van duurregistratie naar momentregistratie ligt in het kunnen identificeren van de substitutie toegepaste vormen van verplichte zorg (zoals substitutie van separatie-uren door verplichte toedieningen van medicatie).¹²⁵

Tijdens de duidingssessie werd aangegeven dat een minder goede (h)erkenning van verzet ook kan hebben bijgedragen aan een onder-registratie van het aantal toepassingen van verplichte medicatie. Nadat medicatie een eerste keer onder verzet is toegediend, kan een behandelaar bijvoorbeeld van mening zijn geweest dat betrokkene zich niet meer zichtbaar verzet tegen een volgende toediening, terwijl de houding van betrokkene in werkelijkheid niet is veranderd, en er nog steeds wordt voldaan aan het verzetscriterium in de Wvvgz. In een dergelijk geval wordt bij deze volgende toediening (ten onrechte) geen uitvoering gegeven aan art. 8:9, en zal er dus ook geen toepassing van verplichte medicatie worden geregistreerd. Anderzijds kan er ook sprake zijn van enigermate van over-registratie van het aantal toepassingen van verplichte medicatie. Tijdens de duidingssessie werd opgemerkt dat het kan voorkomen dat een betrokkene zich op een bepaald moment niet meer verzet (bijvoorbeeld vanwege ziekte-inzicht), terwijl het toedienen van medicatie nog wel (onterecht) als verplichte medicatie geregistreerd blijft worden. De wijze van interpretatie van het verzetscriterium, zowel voorafgaand aan de toepassing van een zorgvorm als gedurende de toepassing, zal niet alleen invloed hebben op de geregistreerde toepassing van verplichte medicatie, maar in zijn algemeenheid op de registraties van de toepassingen van alle (sub)vormen van verplichte zorg.

Tabel 4.3.2 laat tot slot zien dat het uitoefenen van toezicht als vorm van verplichte zorg bij relatief veel patiënten – te weten 10% – op grond van een (V)CM is toegepast in 2021. Het ging hierbij voor vrijwel alle betrokkenen om cameratoezicht in een individuele ruimte waar de betrokkene op dat moment verbleef; de inzet van andere elektronische middelen is nauwelijks geregistreerd. Opgemerkt dient te worden dat het hier zou moeten gaan om cameramonitoring in de gevallen waar geen sprake was van het insluiten van betrokkene. De toepassing van cameratoezicht bij insluiting hoeft namelijk niet separaat te worden geregistreerd volgens het Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg.¹²⁶

125 Brief regering aan Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Terugdringing van de toepassing van dwang en drang -Geestelijke gezondheidszorg*. Vergaderjaar 2011- 2012 25 424 Geestelijke Gezondheidszorg nr. 185

126 De reden hiervoor is dat bij insluiting vaak cameramonitoring wordt toegepast om de insluiting veilig te laten verlopen (*Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg*, dNggz, 2020)

4.3.2.2 Duur van toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een (V)CM, volgens landelijke gegevens

Tabel 4.3.3 toont de gemiddelde geregistreerde duur (in zowel uren als dagen) gedurende een (V)CM voor verplichte opname in een accommodatie, en de subvormen van verplichte zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën ‘beperken van de bewegingsvrijheid’ en ‘insluiten’.

Tabel 4.3.3 Geregistreerde duur van toegepaste gedwongen opname en van toegepaste subvormen van beperken van bewegingsvrijheid en insluiten op grond van een crisismaatregel (CM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) (2021, landelijke gegevens)

(Sub-)vorm van verplichte zorg	Totale duur (uren)	Aantal toepassingen	Gem. aantal uren per toepassing	Gem. aantal dagen per toepassing
Opnemen in accommodatie	3.674.010	6.925	530,5	22,1
Beperken van de bewegingsvrijheid				
Fixatie				
Fysieke fixatie	2.975	525	5,7	0,2
Mechanische fixatie	15.356	575	26,7	1,1
Plaatsen gesloten afdeling	2.753.548	5.800	474,7	19,8
Overige beperking bewegingsvrijheid	460.143	1.600	287,6	12,0
Insluiten				
Separeervblijf	104.543	3.725	28,1	1,2
Extra Beveiligde Kamer (EBK)	66.593	2.850	23,4	1,0
Afzonderingsruimte	63.058	1.100	57,3	2,4
Eigen kamers/verblijfsruimte	45.391	4.100	11,1	0,5
Overige ruimte ^a	141.835	2.275	62,3	2,6

a Als er sprake is van insluiting in een andere dan bovengenoemde gedefinieerde ruimte, dan is registratie verplicht onder ‘insluiting in overige ruimte’.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: ‘<25’, en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie

Het valt op dat de gemiddelde geregistreerde duur van zowel gedwongen opname (22 dagen) als plaatsing op een gesloten afdeling (bijna 20 dagen) correspondeert met de maximale duur van drie weken van een VCM. Tijdens de duidingssessie werd hiervoor als mogelijke verklaring gegeven dat in de praktijk lopende een VCM niet standaard zal worden nagegaan of er bij betrokkenen nog steeds sprake is van verzet tegen opname, waardoor geregistreerde einddatums niet de daadwerkelijke einddatums van verplichte opnames en plaatsingen op een gesloten afdeling betreffen, maar de einddatums van de looptijd van een VCM. Een andere verklaring kan zijn dat deze gemiddelden wel degelijk kloppen, omdat in 2021 bij circa 41% van de betrokkenen voor wie een VCM was afgegeven

een aansluitende ZM werd aangevraagd.¹²⁷ In deze gevallen loopt de VCM langer dan drie weken door, namelijk totdat de rechter heeft beslist over het verzoek om de aansluitende ZM.¹²⁸ Deze 'uitbijters' qua duur kunnen hebben geleid tot de gemiddelde duur van 22 dagen voor een gedwongen opname, en van bijna 20 dagen voor een plaatsing op een gesloten afdeling.

Volgens de deelnemers aan de duidingssessie kan ook bij de andere subvormen van verplichte zorg in **tabel 4.3.3** sprake zijn geweest van een over-registratie van de duur vanwege het niet telkens controleren of er wel nog steeds wordt voldaan aan het verzetscriterium. Los daarvan, werd in de duidingssessie opgemerkt dat het in zijn algemeenheid lastig is voor zorgverleners op de werkvloer om vast te stellen wanneer een betrokkene zich niet meer verzet, en wanneer een zorgvorm overgaat van verplicht naar vrijwillig.

Deze mogelijke 'ruis' in de gegevens in het achterhoofd houdend, duurde volgens de gegevens het fysiek fixeren van een betrokkene tijdens een (V)CM per keer gemiddeld bijna zes uur; en een toepassing van mechanische fixatie gemiddeld ruim een gehele dag. De gemiddelde duur van beperkingen die tijdens een (V)CM zijn geregistreerd in de restcategorie 'overige beperking van de bewegingsvrijheid' was verhoudingsgewijs lang met 12 dagen.

Kijkend naar de subvormen van insluiten, was de geregistreerde insluitingsduur in de eigen kamer of verblijfsruimte tijdens een (V)CM met een gemiddelde van 11 uur relatief kort. In combinatie met het relatief hoge aantal insluitingen per patiënt (12,6; zie **tabel 4.3.2**), geeft dit volgens de deelnemers aan de duidingssessie aan dat betrokkenen in deze gevallen vaak (kortdurend) werden gemobiliseerd in de eigen kamer/verblijfsruimte. De andere vier subvormen van insluiten duurden per keer volgens de gegevens gemiddeld minimaal 23 uur of langer.

In **tabel 4.3.3b** worden ter vergelijking dezelfde gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet gepresenteerd. Het betreft hier registratiegegevens waarop een grondige kwaliteitscontrole is uitgevoerd (zie kader op p. 108 voor een nadere toelichting). Vergeleken met de landelijke gegevens was de gemiddelde duur van een verplichte opname op grond van een (V)CM bij GGNet iets korter: 18,6 dagen tegenover het landelijke gemiddelde van 22,1 dagen. In de brongegevens van GGNet was te zien dat 103 (27,1%) van de in totaal 380 afgegeven (V)CM-en binnen drie dagen afliepen, dus korter dan de maximale looptijd van een CM. Verder waren er 18 (4,7%) 'uitbijters' met een duur langer dan de regulier toegestane 24 dagen (d.w.z. drie dagen voor een CM plus 21 dagen voor een VCM), waarbij er in alle gevallen sprake was van een aansluitende ZM.¹²⁹ Deze gegevens van GGNet lijken erop te wijzen dat de landelijke gemiddelden qua duur van verplichte opname en plaatsing op een gesloten afdeling niet zo zeer beïnvloed zijn door registratie-artefacten, maar vooral mede beïnvloed zijn door de 'uitbijters' qua duur vanwege een aansluitende ZM.

127 Ketencoördinatieteam Wvggz. Ketenmonitor Wvggz, 2021, februari 2022.

128 De rechter neemt die beslissing in elk geval binnen drie weken nadat het verzoek is ingediend.

129 In deze gevallen loopt de VCM langer dan drie weken door, namelijk totdat de rechter heeft beslist over het verzoek om de aansluitende ZM. De rechter neemt die beslissing in elk geval binnen drie weken nadat het verzoek is ingediend.

De gemiddelde duur van een fysieke fixatie was binnen GGNet veel korter dan de landelijk gemiddelde duur: 0,4 uur versus 5,7 uur. Dit verschil kan verklaard worden doordat de landelijke cijfers voor een deel berusten op registratiegegevens die een overschatting geven van de werkelijke fixatieduur. Immers, in de praktijk zal het waarschijnlijk niet vaak voorkomen dat een fysieke fixatie langer duurt dan 30 aaneengesloten minuten.

Tabel 4.3.3b Geregisteerde duur van toegepaste gedwongen opname en van toegepaste subvormen van beperken van bewegingsvrijheid en insluiten op grond van een nieuw afgegeven crisismaatregel (CM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) (2021, gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet).

(Sub-)vorm van verplichte zorg	Totale duur (uren)	Aantal toepassingen	Gem. aantal uren per toepassing	Gem. aantal dagen per toepassing
Opnemen in accommodatie	89.141	200	445,7	18,6
Beperken van de bewegingsvrijheid				
Fixatie				
Fysieke fixatie	73,4	170	0,4	0,02
Mechanische fixatie	0	0	n.v.t.	n.v.t.
Plaatsen gesloten afdeling	89.141	200	445,7	18,6
Overige beperking bewegingsvrijheid	0	0	n.v.t.	n.v.t.
Insluiten				
Separeerverblijf	1.436,2	31	46,3	1,9
Extra Beveiligde Kamer (EBK)	*	<25	12,1	0,5
Afzonderingsruimte	*	<25	0,5	0,02
Eigen kamers/verblijfsruimte	96,1	<25	4,2	0,2
Overige ruimte ^a	123	36	3,4	0,1

a Als er sprake is van insluiting in een andere dan bovengenoemde gedefinieerde ruimte, dan is registratie verplicht onder 'insluiting in overige ruimte'.

* Totale duur wordt vanuit privacy-oogpunt niet gepresenteerd.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen lager dan 25 gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: GGNet

Kwaliteitscontrole bij GGNet om te komen tot gevalideerde registratiegegevens

GGNet heeft in 2020 voor de eerste zes maanden een dubbele registratie toegepast. Ten eerste in het registratiesysteem en ten tweede op papier. Dit maakte het mogelijk detailfouten in de registraties op te sporen, ten aanzien van aantallen, start, einde en duur. De gedetecteerde systematische fouten zijn gecommuniceerd met de software aanbieder. Deze controles hebben ertoe geleid dat men verschillende foutbronnen heeft kunnen onderscheiden. Allereerst een tijdige en juiste omschrijving van de juridische status. Als tweede een tijdige afsluiting van deze juridische status. Als derde de

juiste aanvang en eindtijd van de verschillende toepassingen van verplichte zorg op episode niveau.

Deze gegevens worden door dertien aandachts-functionarissen - trainers agressiehantering & sociale veiligheid (ATAS) in de registratie verplichte zorg ingevoerd. Twee coördinerende ATAS controleren de bevindingen en zoeken eerst in de verpleegkundige rapportage naar aanwijzingen voor de waarde en juistheid van bevindingen en vragen zo nodig na bij de ATAS van de betrokken afdeling. De coördinerende ATAS corrigeert de gegevens in de bron, waarmee ook het real time zorgdashboard gecorrigeerd wordt. Deze tijden worden gevalideerd met opname-, ontslag- en zorggegevens in door GGNet in samenwerking met het IVZ te Houten ontwikkelde software. Deze validatie vindt inmiddels eenmaal jaarlijks plaats in drie rondes, in de maanden maart tot en met juli, als voorbereiding voor de aanlevering aan de IGJ:

- 1 De eerste ronde betreft een analyse door een van de senior onderzoekers van de instelling op bestaande brondata.
- 2 De onderzoeker communiceert niet kloppende bevindingen aan de twee coördinerende ATAS

De brondata worden ten slotte opnieuw geanalyseerd door de senior onderzoeker en met de twee coördinerende ATAS gecommuniceerd.

4.3.2.3 **Toegepaste ambulante verplichte zorg op grond van een (V)CM, volgens gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet**

Op basis van de gegevens op patiëntniveau die zorgaanbieders halfjaarlijks dienen aan te leveren aan de IGJ (o.g.v. art. 8:24) kan helaas geen goed onderscheid worden gemaakt tussen de verplichte zorg die intramuraal is toegepast en de verplichte zorg die ambulant is verleend (buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis).¹³⁰ De aan te leveren gegevens-set omvat namelijk geen kenmerk die aangeeft of een toepassing van verplichte zorg intramuraal of ambulant heeft plaatsgevonden.

Om toch een indruk te krijgen van de toepassing van ambulante verplichte zorg op grond van een (V)CM zijn gegevens verkregen van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet. Volgens deze gegevens is er in 2021 vanuit GGNet bijna uitsluitend verplichte medicatie toegepast in de ambulante setting op grond van een (V)CM. Andere vormen van verplichte zorg zijn ambulant niet toegepast, met één uitzondering waarop vanwege privacy-redenen niet zal worden ingegaan. **Tabel 4.3.4** laat zien dat het een erg laag aantal patiënten betrof dat te maken kreeg met ambulante toepassing van verplichte medicatie, zowel absoluut (N=4) als relatief (3,4%) ten opzichte van de totale groep patiënten bij wie verplichte medicatie is toegediend op grond van een (V)CM. De medicatie werd merendeels

¹³⁰ Met uitzondering van vormen van verplichte zorg, zoals opname in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling, waar het per definitie gaat om de intramurale setting.

intramusculair toegediend.¹³¹ Als het aantal van vier patiënten wordt afgezet tegenover alle patiënten voor wie in 2021 een (V)CM was afgegeven (N=208), daalt het percentage patiënten aan wie verplichte medicatie werd toegediend in de ambulante setting naar 1,9%. Dit lage percentage zal voor een deel te maken hebben met het gegeven dat veel patiënten nog zullen zijn opgenomen (al dan niet vrijwillig) in een accommodatie tijdens de looptijd van een (V)CM.

Tabel 4.3.4 Geregisteerde verplichte toediening van medicatie op grond van een crisismaatregel (CM) of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM), uitgesplitst naar de ambulante en intramurale setting (2021, gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet)

Aantal (%) patiënten met minimaal één ambulante toepassing	4 (3,4%)
Aantal (%) patiënten met minimaal één intramurale toepassing	112 (96,6%)
Totaal aantal (%) patiënten met minimaal één toepassing^a	116 (100%)
Aantal (%) ambulante toepassingen	28 (5,4%)
Aantal (%) intramurale toepassingen	492 (94,6%)
Totaal aantal (%) toepassingen^a	520 (100%)

a Intramuraal of ambuland.

Noot: vanwege de meerwaarde van de informatie is afgeweken van de regel om een aantal lager dan 25 te presenteren als: '<25'.

Bron: GGNet

4.3.3 Verplichte zorg die werd verleend op grond van een zorgmachtiging (ZM)

4.3.3.1 Omvang en frequentie van toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een ZM, volgens landelijke gegevens

Uitgaande van patiënten voor wie een ZM was afgegeven én bij wie verplichte zorg was toegepast, laat **Tabel 4.3.5** zien dat verplichte opname in een accommodatie met 84% de categorie van verplichte zorg was die in 2021 bij het grootste deel van de patiënten is geregistreerd. Verder had volgens de gegevens bijna driekwart (74%) van de patiënten – het tweede hoogste percentage patiënten – in 2021 op grond van een ZM te maken met het beperken van de bewegingsvrijheid als vorm van verplichte zorg. Net als tijdens een (V)CM ging het binnen deze categorie merendeels om de subvorm plaatsing op een gesloten afdeling (62% van alle patiënten).

Ook overeenkomstig het beeld bij een (V)CM, waren in 2021 toepassingen van andere subvormen van beperken van bewegingsvrijheid bij een verhoudingsgewijs klein deel van de patiënten geregistreerd tijdens een ZM (zie **Tabel 4.3.5**). Aan ruim 18% van de patiënten met een ZM én aan wie verplichte zorg is verleend, werd volgens de gegevens één of meer beperkingen opgelegd die vielen in de

¹³¹ De precieze verdeling tussen orale en intramusculaire toedieningen zijn bekend, maar worden niet gepresenteerd vanuit privacy-oogpunt.

restcategorie 'overige beperking van de bewegingsvrijheid'.¹³² Bij minder dan 3% van de patiënten is minstens één toepassing van fysieke fixatie¹³³ geregistreerd, en bij minder dan 1% minimaal één toepassing van fixatie met mechanische hulpmiddelen. Het gemiddeld aantal geregisteerde toepassingen van deze drie subvormen van beperking van bewegingsvrijheid per patiënt was tijdens een ZM beduidend hoger dan de gemiddelden tijdens een (V)CM (zie **tabel 4.3.2**, p. 16). Hierbij dient echter te worden bedacht dat een ZM 'gemiddeld' een aanzienlijk langere looptijd heeft dan een (V)CM.¹³⁴

Tabel 4.3.5 Geregisteerde toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging (ZM) (2021, landelijke gegevens)

(Sub-)vorm van verplichte zorg	% verdeling		% verdeling		Gemiddeld aantal toepassingen per patiënt
	aantal patiënten ^a	Aantal patiënten ^a	aantal toepassingen	Aantal toepassingen	
Opnemen in accommodatie	84,2%	4.925	7,9%	9.175	1,9
Beperken van de bewegingsvrijheid					
	73,5%	4.300	12,2%	14.175	3,3
<i>Fixatie</i>	3,4%	200	2,5%	2.900	14,5
<i>Fysieke fixatie</i>	2,6%	150	0,8%	950	6,3
<i>Mechanische fixatie</i>	0,9%	50	1,7%	1.950	39,0
<i>Plaatsen gesloten afdeling</i>	61,5%	3.600	5,7%	6.625	1,8
<i>Overige beperking bewegingsvrijheid</i>					
	18,4%	1.075	4,0%	4.650	4,3
Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen					
	36,3%	2.125	25,4%	29.575	13,9
<i>Vocht en voeding</i>	0,4%	25	1,8%	2.050	82,0
<i>Medicatie</i>	35,0%	2.050	22,7%	26.475	12,9
<i>Orale medicatie</i>	16,7%	975	17,4%	20.250	20,8
<i>Intramusculaire medicatie</i>	24,4%	1.425	4,7%	5.450	3,8
<i>Intraveneuze medicatie</i>	0,4%	25	0,0%	50	2,0

132 Hiervan is bijvoorbeeld sprake als betrokkene de afdeling wel zelfstandig kan verlaten, maar waarbij zij/hij i.h.k.v. de behandeling niet in bepaalde ruimtes kan komen binnen de setting waarin zij/hij zorg ontvangt (*Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg*, dNggz, 2020).

133 Het vasthouden van betrokkene door één of meer zorgverleners, door middel van een binnen de beroepsgroep gebruikelijke methodiek.

134 Een eerste zorgmachtiging kan voor maximaal zes maanden worden afgegeven, en een aansluitende zorgmachtiging voor maximaal 12 maanden. Na vijf aaneengesloten jaren verplichte zorg kan de rechter besluiten de zorgmachtiging steeds te verlengen met maximaal twee jaar. Een crisismaatregel kan maximaal drie weken worden voortgezet door de rechter.

(Sub-)vorm van verplichte zorg	% verdeling		% verdeling		Gemiddeld aantal toe- passingen per patiënt
	aantal patiënten ^a	Aantal patiënten ^a	aantal toe- passingen	Aantal toe- passingen	
<i>Overige toedieningsvormen</i>	0,9%	50	0,6%	725	14,5
<i>Medische controles of andere medische handelingen</i>	3,0%	175	0,9%	1.050	6,0
<i>ECT</i>	0,4%	25	0,5%	575	23,0
<i>Overige controles en handelingen</i>	2,6%	150	0,4%	450	3,0
Insluiten	22,2%	1.300	50,2%	58.500	45,0
<i>Separeerverblijf</i>	9,8%	575	4,2%	4.950	8,6
<i>Extra Beveiligde Kamer (EBK)</i>	6,4%	375	2,4%	2.800	7,5
<i>Afzonderingsruimte</i>	3,8%	225	2,6%	2.975	13,2
<i>Eigen kamers/verblijfsruimte</i>	8,1%	475	38,6%	44.950	94,6
<i>Overige ruimte^b</i>	3,8%	225	2,4%	2.800	12,4
Aanbrengen beperkingen het eigen leven in te richten	7,7%	450	1,8%	2.150	4,8
<i>Communicatiemiddelen</i>	3,8%	225	1,0%	1.150	5,1
<i>Overige beperking</i>	4,3%	250	0,9%	1.000	4,0
Uitoefenen van toezicht	6,0%	350	1,3%	1.525	4,4
<i>Cameramonitoring</i>	6,0%	350	1,2%	1.450	4,1
<i>Andere elektronische middelen</i>	<0,4%	<25	0,1%	75	3,0
Onderzoek aan kleding of lichaam	3,0%	175	0,5%	575	3,3
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen/ gevaarlijke voorwerpen	2,6%	150	0,2%	225	1,5
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	2,6%	150	0,4%	475	3,2
Beperken recht op ontvangen van bezoek	0,9%	50	0,1%	150	3,0
Ontnemen vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf	<0,4%	<25	<0,02%	<25	...
Totaal	100,0%	5.850	100,0%	116.550	19,9

a Categorieën zijn niet uitsluitend; aan een patiënt kunnen tijdens een (V)CM meerdere (sub)vormen van verplichte zorg zijn verleend.

b Als er sprake is van insluiting in een andere dan bovengenoemde gedefinieerde ruimte, dan is registratie verplicht onder 'insluiting in overige ruimte'.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie

Volgens de gegevens had ruim een derde (36%) van de patiënten – het derde hoogste percentage patiënten – in 2021 op grond van een ZM te maken met één of meer verplichte zorgvormen die vallen onder de categorie ‘toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen’. Kijkend naar welke subvormen waren geregistreerd binnen deze categorie, ging het voor vrijwel alle patiënten om één of meer verplichte toedieningen van medicatie, waarbij intramusculair of oraal in bijna alle gevallen de toegepaste toedieningsvormen waren. Toepassingen van andere subvormen van verplichte zorg binnen deze categorie zijn in 2021 bij weinig patiënten geregistreerd in het kader van een ZM, met percentages lopend van 3% van alle patiënten (die één of meer medische controles of andere medische handelingen moesten ondergaan) tot 0,4% van alle patiënten (bij wie één of meerdere keren vocht en/of voeding is toegevend). Als gekeken wordt naar de gemiddelde aantallen toepassingen per patiënt van verplichte medicatie en de andere genoemde subvormen tijdens een ZM, zijn die in de meeste gevallen beduidend hoger dan de gemiddelden tijdens een (V)CM (zie **tabel 4.3.2**). Zoals hierboven aangegeven speelt hier de aanzienlijk langere looptijd van een ZM een rol.

Ruim één op de vijf patiënten (22%) had volgens de gegevens in 2021 één of meer keren te maken gehad met insluiting op grond van een ZM. Dit percentage ligt beduidend lager dan het percentage van 37% patiënten dat gedurende een (V)MC minimaal één keer werd ingesloten (zie **tabel 4.3.2**). Insluiting tijdens een ZM vond voor de meeste patiënten plaats in een separeerverblijf (bijna 10% van alle patiënten voor wie een ZM was afgegeven), in de eigen kamer of verblijfsruimte (8% van alle patiënten) of in een extra beveiligde kamer (EBK) (ruim 6% van alle patiënten). Net als tijdens een (V)CM springt ook tijdens een ZM het gemiddeld aantal keren dat een patiënt werd ingesloten in de eigen kamer of verblijfsruimte (9,6) eruit ten opzichte van de gemiddelden voor de andere ruimtes die bedoeld zijn voor insluiten (variërend van gemiddeld 7,5 insluitingen per patiënt in een EBK tot gemiddeld 13,2 insluitingen per patiënt in een afzonderingsruimte).

Volgens de gegevens waren er in 2021 nog twee andere categorieën van verplichte zorg waarmee meer dan 5% van de patiënten op grond van een ZM te maken kregen: het aanbrengen van beperkingen het eigen leven in te richten en het uitoefenen van toezicht. Voor bijna 8% van de patiënten is in 2021 ten minste één keer via een ZM een beperking aangebracht in de vrijheid om het eigen leven in te richten. Bij bijna 4% van de patiënten ging het daarbij om het beperken van het gebruik van communicatiemiddelen¹³⁵, en bij ruim 4% van de patiënten betrof het beperkingen anders dan het gebruik van communicatiemiddelen.¹³⁶ Voor 6% van de patiënten voor wie een ZM was afgegeven is in 2021 ten minste eenmaal het uitoefenen van toezicht geregistreerd. In vrijwel alle gevallen betrof het cameratoezicht in de individuele ruimte waar de betrokkene op dat moment verbleef; andere elektronische middelen werden erg weinig ingezet volgens de gegevens.

Ten slotte is vermeldingswaard dat volgens de gegevens een heel klein percentage patiënten (<0,04%) tijdens een ZM met verplicht vervoer is overgebracht naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk

¹³⁵ Bijvoorbeeld door het in beslag nemen van de mobiele telefoon of de laptop van betrokkene.

¹³⁶ Bijvoorbeeld beperkingen met betrekking tot eten, drinken, bedtijd of verplicht douchen.

verblijf. Dit zijn registratiefouten, aangezien dergelijk verplicht vervoer uitsluitend geregistreerd dient te worden wanneer het wordt ingezet als een vorm van verplichte zorg voorafgaand aan een CM.¹³⁷

Bedacht moet worden dat de gegevens in **tabel 4.3.5** betrekking hebben op de patiënten aan wie een ZM was verleend én bij wie ook daadwerkelijk uitvoering is gegeven aan verplichte zorg in 2021. De patiënten aan wie geen enkele vorm van verplichte zorg werd verleend op grond van een ZM in 2021, zijn niet meegenomen. Aangezien dit een substantiële groep lijkt te zijn (zie par. 4.3.3), zullen percentages in **tabel 4.3.5** een stuk lager liggen als wordt uitgegaan van alle patiënten aan wie een ZM was verleend.

De tijdens de duidingssessie genoemde aspecten die (mogelijk) van invloed zijn geweest op de betrouwbaarheid en volledigheid van de landelijke gegevens over in 2021 toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een (V)CM, gelden evengoed voor de landelijke gegevens over toegepaste vormen van verplichte zorg in het kader van een ZM:

- enigermate van onder-registratie van verplichte opname;
- mogelijke variatie tussen zorgaanbieders in de wijze van registreren van toepassingen van verplichte medicatie, hetzij als momentregistratie, hetzij als duurregistratie; en
- bestaande variatie tussen en binnen zorgaanbieders in hoe in de praktijk interpretatie is gegeven aan het verzetscriterium en dus in hoe hoog (of laag) de drempel was om verplichte zorg aan te zeggen, zowel voorafgaand aan de toepassing van een zorgvorm als gedurende de toepassing.

Dit laatste aspect speelt volgens de deelnemers aan de duidingssessie in het bijzonder bij een ZM, omdat in de niet-acute situatie vaak sprake is van 'grensgevallen', zowel in de intramurale als in de ambulante setting. Zo ontvangen veel patiënten tijdens de looptijd van een ZM ambulante zorg in de thuissituatie, en komen zij op de polikliniek langs om depotmedicatie verstrekt te krijgen, of slikken zij zelf medicatie, aldus de deelnemers aan de duidingssessie. Door hen wordt aangegeven dat het bij deze patiënten ingewikkeld is om vast te stellen wanneer er nu wel en geen sprake is van verzet: hoe ruim moet het verzetscriterium worden geïnterpreteerd? Voor de klinische situatie gaf een deelnemer het volgende voorbeeld: is het wel of niet verplichte zorg wanneer aan een patiënt wordt gevraagd om mee te werken aan urinecontroles om meer vrijheden te verkrijgen? Aangegeven wordt dat er verschillende factoren een rol spelen bij de beslissing om wel of niet verplichte zorg aan te zeggen, waaronder factoren gerelateerd aan de zorgverantwoordelijke, de betrokkene, de zorgsetting (klinisch of ambulant?) en de zorgvorm (hoe ingrijpend?). Wanneer er geen sprake is van vrijwilligheid bij betrokkenen én geen verplichte zorg wordt aangezegd door de zorgverantwoordelijke, is er sprake assertieve zorg (drang). Volgens de deelnemers aan de duidingssessie kan dit in het positieve geval het resultaat zijn van werkelijke "onderhandeling" tussen behandelaar en betrokkene. Echter, veel patiënten zullen assertieve zorg beleven als verplichte zorg, aldus de deelnemers.

137 dNggz. *Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg - versie september 2020*. Amersfoort: de Nederlandse ggz, 2020.

4.3.3.2 Duur van toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een ZM, volgens landelijke gegevens

Tabel 4.3.6 laat de gemiddelde geregistreerde duur (in zowel uren als dagen) op grond van een ZM zien voor verplichte opname in een accommodatie, en de subcategorieën van verplichte zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten.

Tabel 4.3.6 Geregistreerde duur van toegepaste gedwongen opname en van toegepaste subvormen van beperken van bewegingsvrijheid en insluiten op grond van een zorgmachtiging (ZM) (2021, landelijke gegevens)

(Sub)vorm van verplichte zorg	Totale duur (uren)	Aantal toepassingen	Gem. aantal uren per toepassing	Gem. aantal dagen per toepassing
Opnemen in accommodatie	14.301.328	9.175	1.558,7	64,9
Beperken van de bewegingsvrijheid				
Fixatie				
Fysieke fixatie	12.690	950	13,4	0,6
Mechanische fixatie	132.184	1.950	67,8	2,8
Plaatsen gesloten afdeling	9.000.422	6.625	1.358,6	56,6
Overige beperking bewegingsvrijheid	2.363.408	4.650	508,3	21,2
Insluiten				
Separeerverblijf	188.511	4.950	38,1	1,6
Extra Beveiligde Kamer (EBK)	252.634	2.800	90,2	3,8
Afzonderingsruimte	127.114	2.975	42,7	1,8
Eigen kamers/verblijfsruimte	338.400	44.950	7,5	0,3
Overige ruimte ^a	213.917	2.800	76,4	3,2

a Als er sprake is van insluiting in een andere dan bovengenoemde gedefinieerde ruimte, dan is registratie verplicht onder 'insluiting in overige ruimte'.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie

De gemiddelde geregistreerde duur van een gedwongen opname en een plaatsing op een gesloten afdeling op grond van een ZM lagen vrij dicht bij elkaar, met gemiddelden van respectievelijk 65 en 57 dagen (neerkomend op grofweg twee maanden). Als de gemiddeld duur van 65 dagen per verplichte opname gecombineerd wordt met het gemiddeld aantal van 1,9 geregistreerde opnames per patiënt (zie **tabel 4.3.5**) leidt dit tot een geschatte gemiddelde totale duur van 123,5 dagen (circa vier maanden) verplichte opname per patiënt gedurende de looptijd van een ZM in 2021.

Volgens de gegevens duurde een toepassing van fysieke fixatie op grond van een ZM gemiddeld ruim 13 uur, wat ongeveer tweeënhalf keer zo lang is als de gemiddelde geregistreerde duur van een fysieke fixatie via een (V)CM (5,7 uur; zie **tabel 4.3.3**). Een soortgelijk beeld was te zien bij een

mechanische fixatie: volgens de gegevens was de fixatieduur op grond van een ZM gemiddeld bijna drie dagen (68 uur), terwijl dit via een (V)CM gemiddeld ruim een dag was (27 uur; zie **tabel 4.3.3**).

Overeenkomstig het beeld bij een (V)CM, valt op dat de gemiddelde geregistreeerde insluitingsduur in de eigen kamer of verblijfsruimte op grond van een ZM verhoudingsgewijs kort was met 7,5 uur. De gemiddelde geregistreeerde duur van de andere vier insluitingsvormen op grond van een ZM varieerde van 38 uur (insluiting in een separeerverblijf) tot 76 uur (insluiting in een 'overige ruimte').

Verder was de gemiddelde insluitingsduur in een EBK volgens de gegevens bijna vier keer zo lang op grond van een ZM (90 uur) dan via een (V)CM (23 uur; zie **tabel 4.3.3**). Ook de gemiddelde geregistreeerde insluitingsduur in een separeerruimte en in een overige ruimte waren langer op grond van een ZM dan via een (V)CM, hoewel het om minder grote verschillen ging. Daarentegen was volgens de gegevens de insluitingsduur in een afzonderingsruimte en in de eigen kamer of verblijfsruimte gemiddeld genomen juist korter op grond van een ZM.

Bedacht dient te worden dat in deze duurgegevens 'ruis' kan zitten vanwege redenen die eerder al zijn besproken bij de geregistreeerde duur van toegepaste vormen van verplichte zorg op grond van een (V)CM:

- Het kan voorkomen dat een geregistreeerde einddatum van een vorm van verplichte zorg niet de daadwerkelijke, eerdere einddatum van verplichte zorg betreft. Zo ja, dan zal dit hebben geleid tot een overschatting van de duur.
- Algemeen gesteld is het voor zorgverleners op de werkvloer lastig om vast te stellen wanneer er geen sprake meer is van verzet bij betrokkene, en wanneer een zorgvorm overgaat van verplicht naar vrijwillig.

Bij het bespreken van de gegevens inzake een ZM gaven de deelnemers aan de duidingssessie verder aan dat de geregistreeerde duur van vormen van insluiten het meest betrouwbaar zijn. Bij insluiting worden einddatums namelijk over het algemeen correct geregistreeerd, aldus de deelnemers. In lijn hiermee was de geregistreeerde gemiddelde duur per vorm van insluiten conform de praktijkervaring van deelnemers. Aangegeven werd dat deze registratiegegevens ook het meest geschikt zijn om te gebruiken voor het sturen op kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld het inzetten op kortere duur van vormen van insluiten).

In **Tabel 4.3.6b** worden ter vergelijking dezelfde gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet gepresenteerd. Vergeleken met de landelijke gegevens zijn er enkele opvallende verschillen. Zo was binnen GGNet de gemiddelde duur van een verplichte opname circa 102 dagen, tegenover een landelijk gemiddelde van 65 dagen. Dit verschil is lastig te duiden. Een mogelijke verklaring kan zijn dat binnen GGNet een aantal betrokkenen langdurig verplicht was opgenomen (via overplaatsingen naar andere klinische afdelingen), en dat deze 'uitbijters' het gemiddelde hebben beïnvloed. Een andere verklaring kan zijn dat veel van de langdurig verplichte opnames op een accommodatie van GGNet plaatsvonden binnen de functie zeer intensieve behandeling van de forensische kliniek, bij patiënten zonder een forensische titel. Een ander verschil wat opvalt is dat binnen GGNet een fysieke

fixatie gemiddeld 0,4 uur duurde, terwijl landelijk gezien de gemiddelde fixatieduur 13,4 uur was. Hier kan een rol spelen dat de landelijke cijfers voor een deel berusten op registratiegegevens die een overschatting geven van de werkelijke fixatieduur. Immers, in de praktijk zal fysieke fixatie waarschijnlijk niet vaak langer dan 30 aaneengesloten minuten duren.

Tabel 4.3.6b Geregistreeerde duur van toegepaste gedwongen opname en van toegepaste subvormen van beperken van bewegingsvrijheid en insluiten op grond van een nieuw afgegeven zorgmachtiging (ZM) (2021, gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet)

(Sub-)vorm van verplichte zorg	Totale duur (uren)	Aantal toepassingen	Gem. aantal uren per toepassing	Gem. aantal dagen per toepassing
Opnemen in accommodatie	575.697	234	2.460,2	102,5
Beperken van de bewegingsvrijheid				
Fixatie				
Fysieke fixatie	56,7	144	0,4	0,02
Mechanische fixatie	371,1	61	6,1	0,3
Plaatsen gesloten afdeling	575.697	234	2.460,2	102,5
Overige beperking bewegingsvrijheid	0	0	n.v.t.	n.v.t.
Insluiten				
Separeerverblijf	1405,5	29	48,5	2,0
Extra Beveiligde Kamer (EBK)	*	<25	56,5	2,4
Afzonderingsruimte	*	<25	6,0	0,25
Eigen kamers/verblijfsruimte	*	<25	120,1	5,0
Overige ruimte ^a	*	<25	1,4	0,1

a Als er sprake is van insluiting in een andere dan bovengenoemde gedefinieerde ruimte, dan is registratie verplicht onder 'insluiting in overige ruimte'.

* Totale duur wordt vanuit privacy-oogpunt niet gepresenteerd.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen lager dan 25 gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: GGNet

4.3.3.3 Toegepaste ambulante verplichte zorg op grond van een ZM, volgens gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet

Zoals eerder aangegeven bieden de gegevens op patiëntniveau die zorgaanbieders halfjaarlijks dienen aan te leveren aan de IGJ op grond van art. 8:24 Wvvgz helaas niet goed de mogelijkheid om een onderscheid te maken tussen de verplichte zorg die intramuraal is toegepast en de verplichte zorg die ambulant is verleend (buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis).¹³⁸ Daarom is

¹³⁸ Met uitzondering van vormen van verplichte zorg, zoals opname in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling, waar het per definitie gaat om de intramurale setting.

wederom gebruik gemaakt van gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet om toch een indruk te krijgen van de toepassing van ambulante verplichte zorg in het kader van een afgegeven ZM in 2021.

Deze gegevens geven aan dat er in 2021 op grond van een ZM vanuit GGNet alleen verplichte medicatie is verleend in de ambulante setting. **Tabel 4.3.7** geeft aan dat één op de vijf patiënten (21%) bij wie verplichte medicatie werd toegediend op grond van een ZM, dit in de ambulante setting plaatsvond. Het ging hierbij om zowel orale als intramusculaire toedieningsvormen.¹³⁹ Het percentage van 21% is aanzienlijk hoger dan het percentage van 3% van de patiënten bij wie op grond van een (V)CM verplichte medicatie in de ambulante setting werd toegediend (zie **tabel 4.3.4**). Waarschijnlijke verklaringen hiervoor zijn dat een ZM een aanzienlijke langere looptijd heeft dan een (V)CM en dat een substantieel deel van de patiënten gedurende (een deel van) de looptijd van een ZM in de thuissituatie zal verblijven. Bedacht moet worden dat bij het percentage van 21% is uitgegaan van de groep patiënten bij wie verplichte medicatie is toegediend op grond van een nieuw afgegeven ZM in 2021 (N=48). Als werd uitgegaan van alle patiënten voor wie in 2021 een ZM is afgegeven (N=330)¹⁴⁰, daalde het percentage bij wie verplichte toediening van medicatie in de ambulante setting plaatsvond naar 3%. Dit lage percentage kan worden geïnterpreteerd als een aanwijzing dat bij GGNet erg terughoudend is omgegaan met het toepassen van ambulante verplichte zorg bij patiënten voor wie in 2021 een ZM werd afgegeven.

Tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat er mogelijk sprake is van een onder-registratie van de verplichte toediening van intramusculaire medicatie in de ambulante setting. Patiënten binnen de depotpolikliniek van GGNet krijgen in het kader van een ZM langwerkende depots toegediend. Bij veel van deze patiënten is er blijkens het klinisch handelen wel degelijk een artikel 8:9 besluit genomen, maar is dit in de daarop volgende ambulante behandeling niet systematisch vastgelegd. Ter illustratie: bij 62 patiënten werd tijdens opname intramusculaire medicatie verplicht toegediend, en liep de ZM na ontslag ambulant door. Echter, registratie van verplichte toediening intramusculaire medicatie in de ambulante setting kwam maar bij 35 (56,4%) van deze patiënten voor. Dit aspect van de registratie is in 2021 geïdentificeerd en is gepland om najaar 2022 in scholing aan ambulante teams te worden meegenomen. Deze vorm van mogelijke onder-registratie kan wellicht ook bij ander instellingen aan de orde zijn.

139 De precieze verdeling tussen orale en intramusculaire toedieningen zijn bekend, maar worden niet gepresenteerd vanuit privacy-oogpunt.

140 Ongeacht of er op grond van de ZM verplichte zorg is toegepast.

Tabel 4.3.7 Geregistreerde verplichte toediening van medicatie op grond van een nieuw afgegeven zorgmachtiging (ZM), uitgesplitst naar de ambulante en intramurale setting (2021, gegevens van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet)

Aantal (%) patiënten met minimaal één ambulante toepassing	10 (20,8%)
Aantal (%) patiënten met minimaal één intramurale toepassing	38 (79,2%)
<i>Totaal aantal (%) patiënten met minimaal één toepassing^a</i>	<i>48 (100%)</i>
Aantal (%) ambulante toepassingen	23 (13,0%)
Aantal (%) intramurale toepassingen	154 (87,0%)
<i>Totaal aantal (%) toepassingen^a</i>	<i>177 (100%)</i>

a Intramuraal of ambulant.

Noot: vanwege de meerwaarde van de informatie is afgeweken van de regel om een aantal lager dan 25 te presenteren als: '<25'.

Bron: GGNet

4.3.3.4 Aandeel ZM-en waarbij tijdens de looptijd al dan niet verplichte zorg werd toegepast, volgens gegevens van vijf geïntegreerde GGZ-instellingen

De gegevens op patiëntniveau die zorgaanbieders halfjaarlijks dienen aan te leveren aan de IGJ op grond van art. 8:24 Wvzgg hebben uitsluitend betrekking op vormen van verplichte zorg die zijn toegepast. Daarmee blijft met deze gegevens uit zicht bij welk deel van de ZM-en daadwerkelijk uitvoering is gegeven aan ten minste één van de vormen van verplichte zorg waarin de machtiging voorzag; en bij welk deel van de ZM-en tijdens de looptijd geen enkele van de in de machtiging opgenomen verplichte zorgvormen is toegepast. Om hier toch een indruk van te krijgen is in de maanden mei en juni via de Nederlandse ggz een beperkte online gegevens-uitvraag uitgezet onder de geïntegreerde GGZ-instellingen die deelnemen aan het zogeheten Winning team Informatiebeleid¹⁴¹ gericht op de Wvzgg. Hierop hebben uiteindelijk vijf instellingen gerespondeerd.

Uit de aangeleverde gegevens komt naar voren dat bij de vijf instellingen gemiddeld genomen bij minder dan vier op de tien (37%) ZM-en die in 2021 nieuw zijn afgegeven, of nog doorliepen, tijdens de looptijd van de machtiging één of meer vormen van verplichte zorg zijn toegepast in 2021 (zie **tabel 4.3.8**). Omgekeerd werd dus bij gemiddeld ruim zes op de tien (63%) van de ZM-en tijdens de looptijd in 2021 aan geen enkele zorgvorm uitvoering gegeven waarin de machtiging voorzag. Dit wijst erop dat een ZM in een aanzienlijk deel van de gevallen uitsluitend wordt gebruikt als een voorwaardelijke constructie. Het is onduidelijk in hoeverre in deze gevallen sprake is van toegepaste vormen van vrijwillige zorg, van vormen van vrijwillige zorg à contre-coeur (waarbij de betrokkene instemt met de zorg in de wetenschap dat zij/hij het te belastend vindt om verplichte zorg aangezegd

141 <https://www.denederlandseggz.nl/winning-teams>

te krijgen), of van vormen van zorg die ten onrechte niet zijn aangemerkt als verplichte zorg (omdat uitingen van de betrokkene ten onrechte niet als verzet zijn opgevat of erkend).¹⁴²

Wat verder opvalt is dat het percentage ZM-en waarbij tijdens de looptijd in 2021 enigerlei vorm van verplichte zorg is toegepast aanzienlijk varieert tussen de instellingen, lopend van 18% tot 61%. Hoewel verschillen tussen de instellingen in de betrouwbaarheid en volledigheid van registratie een rol zullen spelen, is het onwaarschijnlijk dat deze grote variatie uitsluitend wordt veroorzaakt door registratie-effecten. De variatie lijkt erop te wijzen dat bij de instellingen verschillend wordt omgaan met het hanteren van het verzetscriterium, waarbij de ‘gemiddelde’ zorgverantwoordelijke van sommige instellingen een duidelijk ruimere interpretatie van verzet hanteert dan de ‘gemiddelde’ zorgverantwoordelijke van andere instellingen. Het ruimer interpreteren van verzet zal gepaard gaan met het vaker aanzeggen van verplichte zorg, en dus ook met een groter aandeel ZM-en waarbij tijdens de looptijd één of meer toepassingen van vormen verplichte zorg zijn geregistreerd. Deze interpretatie van de variatie tussen de instellingen werd bevestigd door de deelnemers aan de duidingssessie aan wie de gegevens in **tabel 4.3.8** ook zijn voorgelegd.

Tabel 4.3.8 Het aandeel van in 2021 nieuw afgegeven, of nog lopende zorgmachtigingen (ZM-en) waarbij tijdens de looptijd in 2021 enigerlei vorm van verplichte zorg is toegepast, in totaal en uitgesplitst naar de intramurale en ambulante setting (gegevens van vijf geïntegreerde GGZ-instellingen)

	% ZM-en waarbij tijdens de looptijd enigerlei vorm van verplichte zorg is toegepast (intramuraal/ambulant)	% ZM-en waarbij tijdens de looptijd enigerlei vorm van <i>intramurale</i> verplichte zorg is toegepast	% ZM-en waarbij tijdens de looptijd enigerlei vorm van <i>ambulante</i> verplichte zorg is toegepast
Gemiddelde	37,0%	35,0%	3,2%
Mediaan	39,2%	35,8%	4,3%
Minimum	18,2%	17,4%	0,0%
Maximum	61,3%	61,3%	5,1%
<i>%'s per instelling:</i>			
Instelling A	61,3%	61,3%	0,0%
Instelling B	45,2%	40,9%	4,3%
Instelling C	39,2%	35,8%	4,8%
Instelling D	21,1%	19,5%	1,6%
Instelling E	18,2%	17,4%	5,1%

Bron: vijf geïntegreerde GGZ-instellingen

142 E. Plomp, T.P. Widdershoven (2022). *Dwang, drang of vrijwillig: psychiatrische zorg in juridisch perspectief*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 46(3), 205-223.

Zoals te zien in **tabel 4.3.8** is instellingen ook gevraagd om een uitsplitsing te maken naar de toepassing van enigerlei vorm van verplichte zorg in de intramurale en ambulante setting (buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis). Uitgaande van het gemiddelde van de vijf instellingen werd in 2021 bij ruim één op de drie ZM-en (35%) tijdens de looptijd van de machtiging één of meer vormen van verplichte zorg toegepast in de intramurale setting. Voor de ambulante toepassing van enigerlei vorm van verplichte zorg ligt het gemiddelde met 3% aanzienlijk lager, wat geïnterpreteerd kan worden als een aanwijzing dat zeer terughoudend is omgegaan met het toepassen van ambulante verplichte zorg op grond van een ZM.

Wel dient weer te worden opgemerkt dat uit de cijfers niet kan worden opgemaakt in hoeverre er in de intramurale of ambulante setting sprake is geweest van het ten onrechte niet aanmerken van vormen van zorg als verplichte zorg, omdat uitingen van de betrokkene ten onrechte niet als verzet zijn (h)erkend. Het is mogelijk dat dit verhoudingsgewijs meer speelt in de ambulante setting omdat veel ZM-en de mogelijkheid bieden voor ambulante verplichte zorg, en sommige ZM-en zelf als voorwaarde voor klinische verplichte zorg stellen dat ambulante verplichte zorg niet voldoende effectief is gebleken.¹⁴³

Ten slotte laat **tabel 4.3.8** zien dat vooral in de intramurale setting grote variatie tussen de vijf instellingen bestaat ten aanzien van het percentage ZM-en waarbij tijdens de looptijd in 2021 enigerlei vorm van verplichte zorg is toegepast, en in mindere mate in de ambulante setting. Dit zou erop kunnen wijzen dat met name in de intramurale setting verschillen tussen instellingen bestaan in hoe het verzetscriterium wordt geïnterpreteerd.

4.3.4 Proces en bruikbaarheid van de gegevensregistratie en -aanlevering op grond van art. 8:24 Wvvgz: knelpunten en verbeteringsuggesties zoals genoemd tijdens de duidingssessie

Zoals eerder opgemerkt betreft de halfjaarlijkse aanlevering door zorgaanbieders van gegevens over toegepaste verplichte zorg aan de IGJ een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken.^{144,145} In de duidingssessie met de vijf deskundigen uit het veld¹⁴⁶ is daarom ook gevraagd naar ervaren knelpunten in het proces van de gegevensregistratie- en aanlevering, en naar mogelijke manieren om het proces te verbeteren.

143 E. Plomp, T.P. Widdershoven (2022). *Dwang, drang of vrijwillig: psychiatrische zorg in juridisch perspectief*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 46(3), 205-223.

144 IGJ. *Analysen om te leren. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde analyses over de toepassing van dwang in de zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, februari 2021.

145 IGJ. *Analysen om te sturen. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde Wvvgz-analyses over de toepassing van verplichte zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juli 2021.

146 Twee geneesheer-directeuren, een juridisch adviseur, een beleidsadviseur, een kwaliteitscoördinator en een inspecteur bij de IGJ. Verder waren een data-analist van de IGJ en twee vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS als toehoorder aanwezig.

4.3.4.1 Genoemde knelpunten tijdens de duidingsessie

Variatie in de interpretatie van het verzetscriterium

Een knelpunt wat in dit kader opnieuw werd benoemd door de deelnemers van de duidingsessie is dat er op het niveau van zorgaanbieders, van afdelingen en teams binnen aanbieders, alsook op het niveau van individuele zorgverleners, variatie bestaat in de interpretatie van het verzetscriterium. Verschillen in hoe ruim of smal het begrip verzet in de uitvoeringspraktijk wordt geïnterpreteerd gaan gepaard met verschillen in de mate waarin toegepaste zorgvormen wel of niet als verplichte zorg zijn aangemerkt, en dus ook met verschillen in geregistreeerde toegepaste vormen van verplichte zorg. Door de deelnemers van de duidingsessie werd aangegeven dat de variatie in de hantering van het verzetscriterium te maken heeft met de complexiteit van het begrip verzet, waardoor er onder de zorgverleners op de werkvloer onduidelijkheid bestaat over de interpretatie ervan. De onduidelijkheid over de betekenis van het begrip verzet komt volgens de deelnemers ook tot uitdrukking in de discussie die hierover bestaat onder juristen en geneesheer-directeuren. Voorts geven zij aan dat ook rechters het verzetscriterium verschillend interpreteren en toetsen.

Gedetailleerdheid van de gegevensregistratie

Een ander knelpunt volgens de deelnemers aan de duidingsessie is dat de te registreren gegevens over verleende verplichte zorg een hoge mate van gedetailleerdheid kennen. Aangegeven wordt dat dit weerstand oplevert onder verpleegkundigen op de werkvloer, bij wie de registratie van toegepaste vormen van verplichte zorg doorgaans is belegd. Daarnaast leidt volgens de deelnemers de hoge mate van gedetailleerdheid tot ruis en fouten in de geregistreeerde gegevens.

Een vooralsnog beperkte doelmatigheid van de gegevensregistratie

Een ander aspect wat werd genoemd is dat de gedetailleerde gegevensregistratie veel tijd en geld kost. De deelnemers aan de duidingsessie vragen zich af deze investering wel in verhouding staat tot de 'opbrengsten'. De gegevensregistratie zou volgens hen primair tot doel moeten hebben om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (verplichte) zorg. Vooralsnog echter lijken de aan de IGJ te leveren gegevens suboptimaal bruikbaar voor deze doelstelling, onder meer vanwege de 'ruis' en fouten in de data, wat inhoudelijke duiding soms lastig maakt. Een deelnemer geeft bijvoorbeeld aan dat binnen haar instelling een viermaandelijke verbetercyclus is ingericht, waarvoor concretere cijfers worden gebruikt dan de gegevens die worden aangeleverd aan de IGJ. De deelnemers aan de duidingsessie merken op dat voorkómen moet worden dat de gegevensregistratie in het kader van art. 8:24 Wvvgz vooral een verantwoordingsinstrument wordt.

4.3.4.2 **Genoemde verbeter suggesties tijdens de duidingssessie**

Uitwisseling tussen zorgaanbieders om van elkaar te leren

Volgens de deelnemers aan de duidingssessie kan de variatie die er in de praktijk bestaat in de interpretatie van het verzetscriterium aanleiding zijn voor zorgaanbieders om met elkaar in gesprek te gaan over hun werkwijze ten aanzien van de interpretatie van het verzetscriterium, de toepassing van verplichte zorg, en de registratie van toegepaste verplichte zorg. Deze uitwisseling om van elkaar te leren zou kunnen bijdragen aan een minder grote variatie tussen en binnen zorgaanbieders in de toepassing van verplichte zorg, en dus ook van de registratie daarvan.

Vereenvoudiging of wijziging van de gegevensregistratie

Het toewerken naar een minder gedetailleerde gegevensregistratie is een andere verbeter suggestie die door de deelnemers aan de duidingssessie naar voren werd gebracht. Aangegeven werd dat het afschaffen van 'onnodige' registratievereisten een eerste stap kan zijn tot vereenvoudiging, zoals de vereiste dat 'opnemen in een accommodatie' en 'plaatsing op een gesloten afdeling' (als subvorm van de categorie 'beperken van de bewegingsvrijheid') separaat dienen te worden geregistreerd. Een andere suggestie was fundamenteel van aard en betrof het nagaan of de huidige wijze van registreren bijdraagt aan het verbeteren van het klinisch handelen van zorgverleners en het weldoen van patiënten, en zo nee, hoe de registratie zou moeten worden gewijzigd om hier wel aan bij te dragen.

Praktische verbeter suggesties

Ten slotte noemden de deelnemers aan de duidingssessie nog twee praktische verbeter suggesties. Ten eerste zouden de elektronische patiëntdossier (EPD)-systemen meer ondersteunend kunnen zijn aan de gegevensregistratie. Ten tweede zou het behulpzaam zijn als de IGJ telkens een herinnering of oproep aan de zorgaanbieders stuurt inzake een aanleverdatum van de registratiegegevens.

4.4 Samenvatting en conclusies

4.4.1 Samenvatting

In dit hoofdstuk is allereerst op basis van landelijke dekkende gegevens van de Rvdr gekeken naar de omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met één of meer verzoeken om een VCM of een ZM op grond van de Wvvgz. In 2021 betroffen het 17.476 unieke patiënten met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar.¹⁴⁷ Rekening houdend met de invloed van het overgangsrecht Wet Bopz ging het in 2020 om naar schatting 16.918 betrokkenen, wat neerkomt op een geschatte stijging van 3,3% in 2021. Deze procentuele toename sluit aan bij de stijgende trend die onder de Wet

147 Waarbij de meeste patiënten in de leeftijdsgroepen 25 tot 45 jaar (44%) en 45 tot 65 jaar (33%) vielen.

Bopz al gedurende meerdere jaren te zien was.¹⁴⁸ Met andere woorden: er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat de invoering van de Wvvgz heeft geleid tot een trendbreuk, oftewel een daling of stabilisatie van het aantal patiënten dat te maken kreeg met een machtigingsverzoek op grond waarvan dwang kan worden toegepast.

Toewijzing door de rechter van een machtigingsverzoek – wat in veruit de meeste gevallen gebeurt – legitimeert tot de (eventuele) toepassing van de vormen van verplichte zorg waarin de machtiging voorziet. In het vervolg van het hoofdstuk is een uitgebreid beeld verkregen van de daadwerkelijk verleende verplichte zorg in 2021 op grond van: (i) een crisismaatregel (CM) of een VCM; en (ii) een ZM. Hiervoor is gebruik gemaakt van landelijk geaggregeerde gegevens die waren gebaseerd op de gegevens op patiëntniveau over verleende verplichte zorg in 2021 zoals aangeleverd door in totaal 46 zorgaanbieders aan de IGJ op grond van art. 8:24 Wvvgz. Deze zorgaanbieders – waaronder 22 geïntegreerde GGZ-instellingen – vertegenwoordigden circa 58% van alle aanbieders die in 2021 verplichte zorg op grond van de Wvvgz verleenden. Van alle geregistreerde toepassingen van verplichte zorg (N=169.425), werd veruit de meerderheid (93%) geregistreerd vanuit één van de 22 geïntegreerde GGZ-instellingen. Om de landelijk gegevens aan te vullen en te verrijken is verder gebruik gemaakt van gegevens die zijn verkregen van individuele zorgaanbieders, zodat indrukken zijn verkregen van respectievelijk de toepassing van ambulante verplichte zorg en het aandeel ZM-en waarbij tijdens de looptijd al dan niet verplichte zorg werd toegepast.

Uitgaande van de patiënten aan wie op grond van een (V)CM enigerlei vorm van verplichte zorg was verleend (N=5.350), had in 2021 volgens de landelijke gegevens 87% te maken met een verplichte opname, 72% met een plaatsing op een gesloten afdeling, 37% met een vorm van insluiten, en 34% met verplichte medicatie. Insluiting vond bij verhoudingsgewijs de meeste betrokkenen plaats in een separeerverblijf (18% van alle patiënten) of een Extra Beveiligde Kamer (EKB) (13% van alle patiënten), en in mindere mate in een overige ruimte (8% van alle patiënten), de eigen kamer of verblijfsruimte (6% van alle patiënten), of een afzonderingsruimte (3,7% van alle patiënten). Verplichte toediening van medicatie gebeurde in nagenoeg alle gevallen intramusculair (25% van alle patiënten) of oraal (14% van alle patiënten). Bij relatief weinig betrokkenen werden fysieke fixatie (3,7% van alle patiënten) of mechanische fixatie (1,4% van alle patiënten) als vormen van beperken van bewegingsvrijheid toegepast op grond van een (V)CM.

Kijkend naar de patiënten aan wie een ZM was verleend én bij wie ook daadwerkelijk uitvoering was gegeven aan minimaal één vorm van verplichte zorg (N=5.850), had in 2021 volgens de landelijke gegevens 84% te maken met een verplichte opname, 62% met een plaatsing op een gesloten afdeling, 35% met verplichte medicatie, en 22% met een vorm van insluiten. Relatief meer patiënten werden ingesloten in een separeerverblijf (10% van alle patiënten), de eigen kamer of verblijfsruimte (8% van alle patiënten) of een EBK (6% van alle patiënten) dan in een afzonderingsruimte of een overige

148 In ieder geval sinds 2013 volgens onderzoek. Zie: J. Broer, A.I. Wierdsma, C.L. Mulder (2020). *Gedwongen opnames en ambulante dwang in de GGZ: onderzoek naar regionale verschillen tussen arrondissementen, leeftijdsgroepen en unieke personen, 2013-2017*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62 (2), 104-113.

ruimte (beide insluitingscategorieën: 3,8% van alle gevallen). Ook op grond van een ZM werd in vrijwel alle gevallen verplichte medicatie intramusculair (24% van alle patiënten) of oraal (17% van alle patiënten) verstrekt. Tevens werden ook in het kader van een ZM betrekkelijk weinig betrokkenen fysiek of mechanisch gefixeerd, met percentages van respectievelijk 2,6% en 0,9%. Zoals aangegeven is bij deze percentages uitgegaan van de betrokkenen aan wie een ZM was verleend én bij wie ten minste één vorm van verplichte zorg is toegepast. De landelijke gegevens, waarvan de gegevensaanleveringen van 46 zorgaanbieders aan de IGJ (o.g.v. art. 8:24) de bron vormden, omvatten namelijk niet de gevallen waarbij géén van de in de machtiging opgenomen verplichte zorgvormen is toegepast. Volgens gegevens van vijf geïntegreerde GGZ-instellingen gebeurde dit bij ruim zes op de tien ZM-en (63%) in 2021. Verder geven gegevens van de Rvdr aan dat betrokkenen in 2021 te maken hadden met gemiddeld 1,2 verzoeken om een zorgmachtiging.¹⁴⁹ Uitgaande van deze cijfers kan geschat worden dat de hierboven genoemde percentages patiënten die op grond van een ZM te maken kregen met vormen van verplichte zorg ongeveer de helft lager zullen liggen wanneer uitgegaan wordt van alle betrokkenen aan wie een zorgmachtiging was verleend (dus inclusief degenen bij wie geen enkele vorm van verplichte zorg was toegepast).

De bevinding dat bij vijf instellingen gemiddeld in ruim zes op de tien gevallen (63%) tijdens de looptijd van een ZM in 2021 aan geen enkele vorm van verplichte zorg uitvoering werd gegeven, maakt verder duidelijk dat een ZM in een groot deel van de gevallen uitsluitend wordt gebruikt als een voorwaardelijke constructie. Uit de gegevens van de vijf instellingen kan niet worden afgeleid in hoeverre in deze gevallen sprake was van toegepaste vormen van vrijwillige zorg, van vormen van vrijwillige zorg à contre-coeur (waarbij de betrokkene instemt met de zorg in de wetenschap dat zij/hij het te belastend vindt om verplichte zorg aangezegd te krijgen), of van vormen van zorg die ten onrechte niet zijn aangemerkt als verplichte zorg (omdat uitingen van de betrokkene ten onrechte niet als verzet zijn opgevat of erkend). Opvallend was dat het percentage ZM-en waarbij geen verplichte zorg werd aangezegd aanzienlijk varieerde tussen de vijf instellingen, lopend van 39% tot 82%. Alhoewel verschillen in registratie tussen de instellingen hoogstwaarschijnlijk ook van invloed zijn geweest, wijst de grootte van de variatie erop dat instellingen verschillend omgaan met het hanteren van het verzetscriterium.

Op basis van de landelijke gegevens werd ook een beeld verkregen van de frequentie en duur waarmee vormen van verplichte zorg werden toegepast in 2021. Uitgaande van de patiënten aan wie verplichte medicatie oraal werd verstrekt op grond van een (V)CM in 2021, gebeurde dit volgens de landelijke gegevens gemiddeld 5,3 keer per patiënt. Voor intramusculaire medicatie op grond van een (V)CM ging het om gemiddeld 2,2 toedieningen per patiënt. Tijdens de langere looptijd van een ZM waren deze gemiddelden per patiënt respectievelijk 20,8 (oraal) en 3,8 (intramusculair). Dat het gemiddeld aantal toepassingen per patiënt voor orale verplichte medicatie beduidend hoger lag dan voor intramusculaire medicatie, kan worden verklaard doordat het bij de laatstgenoemde toedieningsvorm vaak gaat om hogere doseringen van een bepaald middel die een langere werking hebben. Opgemerkt dient te worden dat er in het bijzonder voor wat betreft verplichte medicatie

¹⁴⁹ Zie ook par. 4.2.3

sprake kan zijn geweest van een onder-registratie van het aantal toepassingen, omdat sommige zorgaanbieders toegepaste verplichte medicatie in geheel 2021, of een deel daarvan, mogelijk hebben vastgelegd als *duurregistratie* (en niet als *momentregistratie*).¹⁵⁰

Volgens de landelijke gegevens kwam de geregistreerde gemiddelde duur van zowel een verplichte opname (22 dagen) als plaatsing op een gesloten afdeling (20 dagen) op grond van een (V)CM ongeveer overeen met de maximale duur van drie weken van een VCM. Het is mogelijk dat dit niet zozeer veroorzaakt is door registratie-artefacten, als wel door 'uitbijters' qua duur vanwege het aanvragen van een aansluitende ZM.¹⁵¹ Als werd gekeken naar de patiënten die in 2021 op grond van een ZM verplicht werden opgenomen, gebeurde dit volgens de landelijke gegevens gemiddeld 1,9 keer per patiënt, met een gemiddelde opnameduur van 64,9 dagen. Voor plaatsing op een gesloten afdeling ging het om gemiddeld 1,8 keer per patiënt, met een gemiddelde opnameduur van 56,6 dagen.

De deelnemers aan de duidingssessie verwachten dat de geregistreerde einddatums bij vormen van insluiten over het algemeen correct zijn geregistreerd. Uitgaande van de patiënten die in 2021 op grond van een (V)CM ingesloten werden in een separeerverblijf, vond dit volgens de landelijke gegevens 3,9 keer per patiënt plaats, met een gemiddelde insluitingsduur van 28,1 uur. Voor insluiting in een EBK – de andere vorm van insluiten waarmee relatief veel patiënten op grond van een (V)CM te maken kregen – ging het om gemiddeld 4,2 keer per patiënt, met een gemiddelde insluitingsduur van 23,4 uur. Wanneer deze twee vormen van insluiten in 2021 waren toegepast op grond van een ZM lagen de gemiddelden volgens de landelijke gegevens hoger. Voor insluiting in een separeerverblijf in het kader van een ZM ging het om gemiddeld 8,6 keer per patiënt, met een gemiddelde insluitingsduur van 38,1 uur; en voor insluiting in een EBK om gemiddeld 7,5 keer per patiënt, met een gemiddelde insluitingsduur van 90,2 uur. Bij insluiting in de eigen kamer of verblijfsruimte – de derde vorm van insluiten waarmee relatief veel patiënten op grond van een ZM te maken kregen – was het gemiddelde aantal insluitingen per patiënt met 95,4 relatief hoog, terwijl de gemiddelde insluitingsduur met 7,5 uur juist relatief kort was. Volgens deelnemers aan de duidingssessie kan dit erop wijzen dat betrokkenen in deze gevallen vaak (kortdurend) werden gemobiliseerd in de eigen kamer/verblijfsruimte. De landelijke cijfers gaven waarschijnlijk een overschatting van de gemiddelde duur van een fysieke fixatie: een gemiddelde fixatieduur van 5,7 uur op grond van een (V)CM (5,7 uur) en van 13,4 uur op grond van een ZM komen namelijk niet overeen met de praktijk. Voorts was de gemiddelde fixatieduur bij de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet 0,4 uur (op grond van zowel een (V)CM als een ZM).¹⁵²

150 Duurregistratie: alleen de datum en tijd van de eerste en de laatste toepassing van een zorgvorm worden geregistreerd.

Momentregistratie: de datum en tijd per toepassing van een zorgvorm worden geregistreerd.

151 In 2021 werd bij circa 41% van de betrokkenen voor wie een VCM was afgegeven een aansluitende ZM aangevraagd. In deze gevallen loopt de VCM langer dan drie weken door, nl. totdat de rechter heeft beslist over het verzoek om de aansluitende ZM (in elk geval binnen drie weken nadat het verzoek is ingediend).

152 Bij GGNet wordt een grondige kwaliteitscontrole uitgevoerd op de registratiegegevens.

Op basis van de landelijke gegevens kan geen goed onderscheid worden gemaakt tussen de verplichte zorg die intramuraal is toegepast en de verplichte zorg die ambulant werd verleend (buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis).¹⁵³ De door zorgaanbieders aan te leveren gegevens-set aan de IGJ (o.g.v. art. 8:24 Wvvgz) omvat namelijk geen kenmerk dat aangeeft of een vorm van verplichte zorg in de intramurale of ambulante setting werd verleend. Gegevens verkregen van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet geven aan dat er in 2021 op grond van een nieuw afgegeven ZM vanuit deze instelling uitsluitend verplichte medicatie is verleend in de ambulante setting. Er waren geen registraties van ambulante toepassingen van andere vormen van verplichte zorg. De gegevens gaven verder aan dat bij GGNet één op de vijf patiënten (21%) bij wie verplichte medicatie werd toegediend op grond van een ZM, dit in de ambulante setting plaatsvond. Als werd uitgegaan van alle patiënten voor wie in 2021 een ZM was afgegeven¹⁵⁴, kwam het percentage patiënten bij wie verplichte toediening van medicatie in de ambulante setting plaatsvond uit op 3%. Opgemerkt dient te worden dat er bij GGNet wel aanwijzingen zijn gevonden voor mogelijke onderregistratie van de verplichte toediening van intramusculaire medicatie in de ambulante setting. Desondanks sluiten de bevindingen aan bij de Handreiking ambulante verplichte zorg waarin wordt aanbevolen om (zeer) terughoudend te zijn met het toepassen van ambulante verplichte zorg, en waarin tevens de verwachting wordt uitgesproken dat het verplicht toedienen van medicatie relatief het meest zal voorkomen in de ambulante setting.¹⁵⁵

4.4.2 Conclusies

Ruis in de gegevens over verleende verplichte zorg vanwege registratie-artefacten

Uit de duidingssessie kwam naar voren dat de duiding van de landelijke gegevens werd bemoeilijkt doordat artefacten in de registraties van zorgaanbieders van de toegepaste verplichte zorg bij patiënten in meer of mindere mate kunnen hebben geleid tot minder betrouwbare en/of minder complete gegevens. Een voorbeeld is de juistheid van de registratie van de einddatums van toegepaste vormen van verplichte zorg die als duurregistratie worden vastgelegd.¹⁵⁶ Het kan voorkomen dat een geregistreerde einddatum niet de daadwerkelijke, eerdere einddatum betreft, waardoor de geregistreerde duur van de toegepaste vorm van verplichte zorg dus een overschatting betreft van de werkelijke duur. Dit registratie-effect kwam duidelijk naar voren bij de geregistreerde gemiddelde duur van een fysieke fixatie. Een ander in het oog springend voorbeeld wat geleid kan hebben tot vertekening van gegevens is dat de wijze van registratie van verplichte medicatie diverse

153 Met uitzondering van vormen van verplichte zorg, zoals opname in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling, waar het per definitie gaat om de intramurale setting.

154 Ongeacht of enigerlei vorm van verplichte zorg is toegepast tijdens de looptijd van een machtiging.

155 *Handreiking ambulante verplichte zorg onder de Wet verplichte ggz*, versie 1.0, vastgesteld door de Bestuurlijke Ketenraad op 20 december 2019.

156 Duurregistratie: alleen de datum en tijd van de eerste en de laatste toepassing van een zorgvorm worden geregistreerd.

keren is veranderd, van momentregistratie volgens de regeling Wvvgz¹⁵⁷, naar duurregistratie volgens het Informatieboekje Registratie Verplichte Zorg, en weer terug naar momentregistratie volgens deelnemers van de duidingssessie. Het is mogelijk dat sommige zorgaanbieders voor 2021, of een deel daarvan, zijn uitgegaan van duurregistratie, en zo ja, dan zal dit hebben geleid tot een onderregistratie van het aantal toepassingen van verplichte medicatie.

De ruis in de geregistreerde gegevens over toegepaste verplichte zorg maakt dat voorzichtigheid met interpreteren is geboden. In het verlengde daarvan is de bruikbaarheid van de registratiegegevens voor zorgaanbieders om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (verplichte) zorg vooralsnog beperkt. De ruis vanwege registratie-artefacten bemoeilijkt ook het houden van toezicht door de IGJ op basis van de registratiegegevens. De deelnemers aan de duidingssessie gaven aan dat de gedetailleerdheid van de te registreren gegevens een belangrijke factor is die eraan bijdraagt dat verpleegkundigen op de werkvloer – doorgaans verantwoordelijk voor de registratie van verleende verplichte zorg – registratiefouten maken en/of weerstand ervaren tegen het registreren. Bovendien vergt de gedetailleerde registratie veel tijd en geld. Alles tezamen genomen roept dit vragen op over de doelmatigheid van de registratie.

Om artefacten in de registratie van toegepaste verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkómen is het zinvol om betrokken zorgverleners en andere medewerkers van zorgaanbieders goed te scholen in de juiste wijze van registreren, en de achterliggende bedoelingen. Daarbij kan uitwisseling tussen en binnen zorgaanbieders bijdragen aan een eenduidige en correcte wijze van registratie. Verder kan een betere ondersteuning vanuit de elektronische patiëntdossier (EPD)-systemen bij de gegevensregistratie de kans op het maken van registratiefouten door zorgverleners en andere medewerkers verminderen. Tevens is het wenselijk dat zorgaanbieders geregelde kwaliteitscontroles uitvoeren op geregistreerde gegevens. Los van deze meer praktische suggesties, geven de bevindingen in dit hoofdstuk aan dat het zinvol is om nog eens kritisch te kijken naar de aard, omvang en gedetailleerdheid van de gegevens over toegepaste verplichte zorg die zorgaanbieders verplicht zijn te registreren en bij de IGJ aan te leveren, in relatie tot de bruikbaarheid van de gegevens voor het verbeteren van de kwaliteit van (verplichte) zorg en de toezichthoudende taak van de IGJ.

Variatie tussen en binnen zorgaanbieders in de hantering van het verzetscriterium

Naast de ‘ruis’ in de gegevens die wordt veroorzaakt door registratie-artefacten, zijn volgens de deelnemers aan de duidingssessie verschillen tussen en binnen zorgaanbieders in hoe strikt het verzetscriterium op de werkvloer wordt gehanteerd van invloed op de registratie van verleende verplichte zorg. Dit komt ook tot uitdrukking in de eerder beschreven grote variatie tussen vijf geïntegreerde GGZ-instellingen wat betreft het percentage zorgmachtigingen waarbij tijdens de looptijd in 2021 geen verplichte zorg werd aangezegd, lopend van 39% tot 82%. Algemeen gesteld zal een ruimere interpretatie van verzet in de uitvoeringspraktijk gepaard gaan met het vaker aanzeggen

¹⁵⁷ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0042740/2020-01-01>.

van vormen van verplichte zorg, alsook met het minder snel ‘overgaan’ van een zorgvorm van verplichte naar vrijwillige zorg. Aldus zal een ruimere uitleg van verzet leiden tot meer geregisteerde verleende vormen van verplichte zorg (in termen van omvang, frequentie en duur) dan wanneer er een engere interpretatie wordt gehanteerd. Volgens de deelnemers aan de duidingssessie heeft de variatie in de interpretatie van het verzetscriterium op de werkvloer te maken met de complexiteit ervan. De grote variatie tussen instellingen vraagt om verdiepend onderzoek naar hoe in de praktijk verschillend wordt omgegaan met het verzetscriterium, en welke knelpunten hieromtrent worden ervaren door zorgverleners, patiënten en andere betrokkenen. Om de variatie te verminderen kan het helpend zijn om uitwisseling tussen, maar ook binnen, zorgaanbieders te stimuleren over de wijze waarop zorgverleners op de werkvloer het verzetscriterium interpreteren. Verschillen tussen en binnen zorgaanbieders wat betreft de omvang en aard van de geregisteerde verleende verplichte zorg kunnen hierbij als uitgangspunt dienen. Vermindering van praktijkvariatie kan verder worden gerealiseerd door een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn op te stellen waarin onder meer helder en toegankelijk wordt uitgelegd wanneer er wel en geen sprake is van verzet in de zin van de Wvvgz.

Beperkt zicht op de verleende ambulante verplichte zorg en het aandeel zorgmachtigingen op grond waarvan geen verplichte zorg is verleend

Op basis van de gegevens die zorgaanbieders registreren over verleende verplichte zorg op grond van art. 8:24 Wvvgz kan de verplichte zorg die ambulant is verleend (buiten een accommodatie, zoals op een polikliniek of aan huis) niet goed worden onderscheiden¹⁵⁸, terwijl dit een belangrijke nieuwe mogelijkheid onder de Wvvgz is. In dit hoofdstuk is uitgaande van opgevraagde gegevens van één geïntegreerde GGZ-instelling – GGNet – een indruk verkregen van de toepassing van ambulante verplichte zorg in 2021 (heel bescheiden). Het is wenselijk om in de te registreren gegevens-set op grond van art. 8:24 een kenmerk op te nemen over de setting waarin een toepassing van verplichte zorg heeft plaatsgevonden zodat een landelijk beeld kan worden verkregen van de toepassing van ambulante verplichte zorg. Op basis van de gegevens-set blijft ook buiten zicht bij welk deel van de ZM-en tijdens de looptijd van de machtiging geen enkele vorm van verplichte zorg is aangezegd, oftewel bij welk deel via een voorwaardelijke constructie de toepassing van verplichte zorg is voorkómen. Zoals eerder beschreven was dit percentage met 63% relatief hoog volgens opgevraagde gegevens van vijf geïntegreerde GGZ-instellingen, maar wel met aanzienlijke variatie tussen de instellingen. Onduidelijk is echter in hoeverre dit gemiddelde representatief is voor de totale populatie van zorgaanbieders die verplichte zorg op grond van de Wvvgz verlenen. Daarbij bleek in de fase van gegevensverzameling voor dit hoofdstuk dat het voor een deel van de benaderde GGZ-instellingen te lastig en/of te bewerkelijk was om deze informatie op te halen uit hun EPD-systeem. Dit pleit ervoor om, waar nodig, in het EPD-systeem een faciliteit op te nemen op basis waarvan eenvoudig een koppeling kan worden gemaakt tussen geregisteerde looptijden van juridische titels op grond van de Wvvgz en geregisteerde toepassingen van verplichte zorg.

¹⁵⁸ Met uitzondering van vormen van verplichte zorg, zoals opname in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling, waar het per definitie gaat om de intramurale setting.

5

Kostenonderzoek Wvggz: kostenschattingen van de tijdsbesteding van het openbaar ministerie, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging

5.1 Inleiding

5.1.1 Afbakening en doel

Het kostenonderzoek richt zich uitsluitend op de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), omdat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek heeft uitgevoerd naar de kosten van de in- en uitvoering van de Wet zorg en dwang (Wzd).¹⁵⁹ Verder is er in het kader van de wetsevaluatie geen integrale (alomvattende) kostenevaluatie van de Wvggz uitgevoerd, omdat dit binnen het beschikbare budget en tijdsplan niet mogelijk was. Er is voor gekozen om het kostenonderzoek te richten op het maken van kostenschattingen van de tijdsbesteding van het openbaar ministerie, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging.¹⁶⁰ De keuze voor deze afbakening is gebaseerd op de volgende inhoudelijke redenen:

- de zorgmachtiging is de centrale (niet-acute) procedure om te komen tot verplichte zorg;
- de procedure voor een zorgmachtiging wordt veelgebruikt en als tijdsintensief ervaren;
- de procedure voor een zorgmachtiging omvat diverse nieuwe elementen¹⁶¹ ten opzichte van voorheen de procedure voor een rechterlijke machtiging onder de Wet Bopz; en
- actoren binnen het openbaar ministerie (officieren van justitie, parketsecretarissen en administratief medewerkers), de rechtspraak (rechters en juridische medewerkers) en de GGZ (geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers; zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners; en onafhankelijke psychiaters) hebben belangrijke rollen op grond van de Wvggz in de procedure voor een zorgmachtiging.

159 NZa. *Kostenonderzoek Wet zorg en dwang*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2021.

160 Exclusief klachtenprocedure en art. 5:19 Wvggz.

161 Zoals rechterlijke toetsing vooraf van vormen van verplichte zorg, eigen plan van aanpak, zorgkaart, etc.

Een bijkomstig doel van het kostenonderzoek is om voor wat betreft de kosten van de totale tijdsbesteding¹⁶² van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers aan de Wvvggz¹⁶³ een vergelijking te maken met de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz. Deze vergelijking is mogelijk omdat de tijdsbesteding van deze GGZ-actoren in het huidige kostenonderzoek op een vergelijkbare manier is verzameld als een eerder uitgevoerde kostenevaluatie van de Wet Bopz.¹⁶⁴

5.1.2 Leeswijzer

De kostenschattingen van de tijdsbesteding aan de procedure voor een zorgmachtiging worden achtereenvolgens besproken voor de genoemde actoren binnen het openbaar ministerie (par. 5.2), de rechtspraak (par. 5.3) en de GGZ (par. 5.4). Elke paragraaf begint met een beschrijving van de afbakening en methode, waarna de schattingen van de tijdsbesteding en de hiermee gepaarde gaan kosten worden gepresenteerd in tabelvorm met toelichtende teksten. In par. 5.4 worden tevens kostenschattingen van de totale inzet van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers aan de Wvvggz vergeleken met de schattingen uit 2014 ten tijde van de Wet Bopz. Afsluitend worden in par. 5.5 de belangrijkste bevindingen besproken, met aandacht voor de sterktes en bevindingen van het kostenonderzoek, waarna wordt afgesloten met conclusies.

5.2 Kostenschattting van de tijdsbesteding van actoren binnen het openbaar ministerie aan de procedure voor een zorgmachtiging

5.2.1 Afbakening en methode

Voor schattingen van de tijdsbesteding van de officier van justitie (OvJ), de parketsecretaris en de administratief medewerker aan de procedure voor een zorgmachtiging is gebruik gemaakt van de zogeheten werklasmeting Wvvggz die is uitgevoerd door advies- en onderzoeksbureau Significant Public in opdracht van het openbaar ministerie (OM).¹⁶⁵ Het doel van deze meting was onder meer om inzichtelijk te maken hoe groot de werklasmeting is voor het OM die gepaard gaat met de uitvoering van de Wvvggz. Eén van de procedures binnen de Wvvggz die in de werklasmeting in kaart is gebracht betrof het werkproces rondom de zorgmachtiging.¹⁶⁶ Daartoe zijn op basis van een uitvraag (najaar 2021) in de tien arrondissementen van het OM inschattingen verkregen van de gemiddelde tijdsbesteding van de OvJ, de parketsecretaris, en de administratief medewerker aan de processtappen die binnen dit werkproces kunnen worden onderscheiden.

Om in het huidige kostenonderzoek de gemiddelde tijdsbesteding van de drie actoren aan de processtappen te extrapoleren naar schattingen van hun totale tijdsbesteding in 2021 is gebruik gemaakt van volumingegevens, oftewel gegevens over hoe vaak een processtap in 2021 landelijk

162 Uitgaande van inschattingen van het totale aantal fte.

163 Dus niet specifiek voor de procedure voor een zorgmachtiging/rechterlijke machtiging.

164 J. Nuijen, J. Lokkerbol, M. Tuihof, B. van Wijngaarden. *Kostenevaluatie van de Wet Bopz*. Utrecht: Trimbo-instituut, 2016.

165 W. Jongebreur, J. Nijhuis, A. Onstenk, L. Rocour. *Werklasmeting openbaar ministerie*. Utrecht: Significant Public, 2021.

werd uitgevoerd. Deze voluminagegevens zijn grotendeels verzameld via het registratiesysteem OMzis van het OM.

Als laatste stap zijn de salarisschalen en bijbehorende CAO (in 2022) van de drie verschillende medewerkers (OvJ, parketsecretaris, en administratief medewerker) uitgevraagd bij het OM zodat aan de hand daarvan een kostenschatting van de inzet van elke medewerker per minuut kon worden gemaakt. Deze informatie is vervolgens per processtap aan de ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) en het bijbehorende landelijke voluminagegeven gelinkt om te komen tot kostenschattingen van de inzet van de medewerkers bij alle onderscheiden processtappen binnen de procedure voor een zorgmachtiging. Om zicht te krijgen op de mate van onzekerheid van de kostenschattingen zijn ten slotte voor alle schattingen 95% betrouwbaarheidsintervallen bepaald via onzekerheidsanalyses.

5.2.2 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van officieren van justitie, parketsecretarissen en administratief medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging

Tabel 5.2.1 laat de processtappen zien die in de werklustmeting Wvvggz van Significant Public zijn onderscheiden in het kader van de procedure voor een ZM, alsook de per processtap door Significant Public verzamelde inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van de OvJ, de parketsecretaris en de administratief medewerker. In de laatste kolom van **tabel 5.2.1** worden de gegevens getoond over hoe vaak de processtappen in 2021 op landelijk niveau zijn uitgevoerd.

Hoewel zittingen gedurende 2021 deels niet fysiek plaatsvonden vanwege coronamaatregelen, is er in dit kostenonderzoek voor gekozen om kostenschattingen te maken uitgaande van normale omstandigheden (zonder dat er sprake is van een invloed van coronamaatregelen). Vandaar dat reistijd naar een zitting wordt meegenomen.

Tabel 5.2.1 Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding van de officieren van justitie (OvJ-en), parketsecretarissen, en de administratief medewerkers aan processtappen in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging (ZM). De laatste kolom toont de voluminagegevens over geheel 2021 voor de verschillende processtappen.

Processtap	Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) ^a			
	OvJ-en	Parket-secretarissen	Administratief medewerkers	Landelijke volumina (2021) ^b
Aanvraag verzoekschrift ZM				
Aanvraag ZM vanuit de zorg of ambtshalve via OvJ	18	26	33	3.668
Aanvraag ZM vanuit college B&W	25	55	29	645
Aanvraag ZM aansluitend op een ZM	17	23	34	9.361
Aanvraag ZM volgend op een VCM ^c	23	40	40	3.545
Aanvraag ZM volgend op een zelfbindingsverklaring	18	43	29	31
Aanvraag ZM volgend op een heroverweging	10	20	15	9
Afwijzing aanvraag ZM o.g.v. art. 5:3 Wvvgz				
Afwijzing aanvraag vanuit zorg of ambtshalve via OvJ	7	14	5	135
Afwijzing aanvraag vanuit college B&W	12	19	2	140
Vorbereiding verzoekschrift ZM				
Indienen verzoekschrift ZM bij rechtbank	3	6	26	15.748
Zitting (waarbij OvJ aanwezig is)				
Zitting	80	7	2	503
Reistijd naar zitting (retour) ^d	90	0 ^e	0 ^e	503
Behandeling rechtbank				
Verwerken afwijzing	0	4	17	650
Aanhouding	0	0	3	294
Verwijzing	0	0	4	76
Aanvullende stukken	6	2	3	806 ^e
Handelingen na toewijzing ZM				
<i>Overplaatsing, onderbreking en onttrekking</i>				
Registreren overplaatsing	0	1	4	2.276 ^f
Registreren tijdelijke onderbreking	6	0	4	84
Registreren hervatting verplichte zorg	3	0	4	75
Registreren en overleg onttrekking	10	4	5	719
Registreren hervatten verplichte zorg na onttrekking	1	1	4	618
<i>Wijziging ZM</i>	20	40	25	411

Processtap	Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) ^a			
	OvJ-en	Parketsecretarissen	Administratief medewerkers	Landelijke volumina (2021) ^b
<i>Beëindiging</i>				
Beëindiging door geneesheer-directeur	18	12	7	502
Beëindiging op verzoek van betrokkene	23	62	35	54

a Bron: werklasmeting uitgevoerd door Significant Public.

b Bron: registratiesysteem OMzis van het OM. Indien een andere bron is gebruikt wordt dit aangegeven.

c VCM: machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

d Reistijd is meegenomen zodat kostenschattingen van tijdsbesteding konden worden gemaakt uitgaande van normale omstandigheden (zonder invloed van corona-maatregelen).

e De parketsecretaris en de administratief medewerker zijn niet aanwezig op een zitting. Gebaseerd op inschatting van OM.

f Gebaseerd op informatie die is verzameld via het uitzetten van een vragenlijst onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP.

De kosten van de inzet van de OvJ, de parketsecretaris, en de administratief medewerker zijn gewaardeerd op basis van salariëring gegevens inclusief opslagpercentages voor huisvesting, overhead en werkgeverslasten voor het jaar 2022. Voor de OvJ, is het geschatte bruto jaarsalaris van €135.300 per jaar verhoogd met een opslag voor werkgeverslasten en overhead, om tot een totaalbedrag van €162.250 te komen. Voor de parketsecretaris en de administratief medewerker is op dezelfde manier berekend dat de totale kosten respectievelijk €96.950 en €83.950 per jaar zijn (zie **tabel 5.2.2**). In de laatste kolom is te zien om welke kosten per minuut het gaat voor de drie medewerkers.

Tabel 5.2.2 Kostenschattingen van de inzet van actoren binnen het openbaar ministerie

Medewerker	Onder welke cao valt de medewerker?	Salarisschaal	Loonkosten	Overhead	Totale kosten per jaar	Totale kosten per minuut
OvJ	Rechterlijke macht	Schaal 9	€ 135.300	€ 26.950	€ 162.250	€ 1,56
Parketsecretaris	Rijk	Schaal 9	€ 70.000	€ 26.950	€ 96.950	€ 0,94
Administratief medewerker	Rijk	Schaal 7	€ 57.000	€ 26.950	€ 83.950	€ 0,81

Op basis van de via de werklasmeting uitgevraagde inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding, de voluminagegevens, en de kostenschattingen per medewerkers zijn de kosten voor elke processtap berekend (zie **tabel 5.2.3**).

In de onderste rij is te zien dat de totale kosten van de inzet van OvJ-en, parketsecretarissen en administratief medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging in 2021 worden geschat op €4.066.000. De geschatte kosten zijn redelijk gelijk verdeeld over de drie actoren.

Bij OvJ-en was het grootste deel van de kosten gemoed met de tijd die zij besteedden aan het voorbereiden van verzoekschriften voor een zorgmachtiging (42,3%)¹⁶⁷, op korte afstand gevolgd door de kosten van hun tijdsbesteding aan aanvragen voor de voorbereiding van een verzoekschrift (38,3%).¹⁶⁸ Voor de andere twee actoren was hetzelfde beeld te zien. De kosten die waren verbonden aan het voorbereiden van verzoekschriften en aan het verwerken van aanvragen tot voorbereiding van een verzoekschrift representeerden bij parketsecretarissen respectievelijk 54,6%¹⁶⁹ en 35,7%¹⁷⁰ van de geschatte totale kosten van hun inzet aan de procedure voor een zorgmachtiging. Voor administratief medewerkers waren deze percentages respectievelijk 40,5%¹⁷¹ en 33,8%.¹⁷² Daarnaast vertegenwoordigde de tijd die administratief medewerkers besteedden aan het indienen van verzoekschriften voor een zorgmachtiging bij de rechter met 23,0%¹⁷³ een verhoudingsgewijs groot deel van de totale kostenschatting van hun inzet aan de procedure voor een zorgmachtiging.

167 € 564.030/€ 1.331.958 = 42,3%.

168 (€ 506.200 + € 4.108)/€ 1.331.958= 38,3%.

169 € 706.153/€ 1.293.212=54,6%.

170 (€ 457.688 + € 4.255)/ /€ 1.293.212/€ 1.293.212= 35,7%.

171 € 583.671/ € 1.440.666=40,5%.

172 (€ 486.516+ € 773)/€ 1.440.666=33,8%.

173 € 331.531/€ 1.440.666=23,0%.

Tabel 5.2.3 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van officieren van justitie (OvJ-en), parketsecretarissen, en administratief medewerkers aan processtappen in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging (ZM)

	OvJ-en	Parket- secretaris- sen	Administra- tief mede- werkers	Totaal
Aanvraag verzoekschrift ZM (totaal)	€ 506.200	€ 457.688	€ 486.516	€ 1.450.404
Aanvraag ZM vanuit de zorg of ambtshalve via OvJ	€ 103.322	€ 89.178	€ 98.010	€ 290.509
Aanvraag ZM vanuit college B&W	€ 25.234	€ 33.172	€ 15.145	€ 73.552
Aanvraag ZM aansluitend op een ZM	€ 249.035	€ 201.327	€ 257.707	€ 708.070
Aanvraag ZM volgend op een VCM ^a	€ 127.595	€ 132.596	€ 114.816	€ 375.006
Aanvraag ZM volgend op een zelfbindingsverklaring	€ 873	€ 1.246	€ 728	€ 2.848
Aanvraag ZM volgend op een heroverweging	€ 141	€ 168	€ 109	€ 418
Afwijzing aanvraag ZM o.g.v. art. 5:3 Wvvgz (totaal)	€ 4.108	€ 4.255	€ 773	€ 9.136
Afwijzing aanvraag vanuit zorg of ambtshalve via OvJ	€ 1.479	€ 1.767	€ 547	€ 3.793
Afwijzing aanvraag vanuit college B&W	€ 2.629	€ 2.487	€ 227	€ 5.343
Vorbereiding verzoekschrift ZM	€ 564.030	€ 706.153	€ 583.671	€ 1.853.854
Indienen verzoekschrift ZM bij rechtbank	€ 73.933	€ 88.355	€ 331.531	€ 493.819
Zitting (waarbij OvJ aanwezig is) (totaal)	€ 133.816	€ 3.292	€ 815	€ 137.923
Zitting	€ 62.972	€ 3.292	€ 815	€ 67.079
Reistijd naar zitting (retour) ^b	€ 70.844	€ 0	€ 0	€ 70.844
Behandeling rechtbank (totaal)	€ 7.564	€ 3.938	€ 11.864	€ 23.366
Verwerken afwijzing	€ 0	€ 2.431	€ 8.947	€ 11.378
Aanhouding	€ 0	€ 0	€ 714	€ 714
Verwijzing	€ 0	€ 0	€ 246	€ 246
Aanvullende stukken	€ 7.564	€ 1.507	€ 1.957	€ 11.028
Handelingen na toewijzing ZM (totaal)	€ 42.307	€ 29.532	€ 25.495	€ 97.335
<i>Overplaatsing, onderbreking en onttrekking (subtotaal)</i>	€ 13.360	€ 5.396	€ 12.800	€ 31.555
Registreren overplaatsing	€ 0	€ 2.129	€ 7.373	€ 9.501
Registreren tijdelijke onderbreking	€ 789	€ 0	€ 272	€ 1.061
Registreren hervatting verplichte zorg	€ 352	€ 0	€ 243	€ 595
Registreren en overleg onttrekking	€ 11.252	€ 2.689	€ 2.911	€ 16.852
Registreren hervatten verplichte zorg na onttrekking	€ 967	€ 578	€ 2.002	€ 3.547
<i>Wijziging ZM</i>	€ 12.864	€ 15.373	€ 8.320	€ 36.556
<i>Beëindiging (subtotaal)</i>	€ 16.084	€ 8.764	€ 4.376	€ 29.223
Beëindiging door geneesheer-directeur	€ 14.141	€ 5.633	€ 2.845	€ 22.619
Beëindiging op verzoek van betrokkene	€ 1.944	€ 3.131	€ 1.530	€ 6.605
Totale kosten procedure ZM	€ 1.331.958	€ 1.293.212	€ 1.440.666	€ 4.065.836

a VCM: machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

b Reistijd is meegenomen zodat kostenschattingen van tijdsbesteding konden worden gemaakt uitgaande van normale omstandigheden (zonder invloed van corona-maatregelen).

5.2.3 Onzekerheidsanalyse

Bij elke doorrekening is het van belang te erkennen dat de gemiddelde geschatte inputwaarden niet per definitie overeen komen met de werkelijkheid en dat deze waardes hoger of lager kunnen uitvallen als gevolg van de zogenoemde parameteronzekerheid. Het is daarom van belang deze onzekerheid in kaart te brengen middels een 95% betrouwbaarheidsinterval. In het huidige kostenonderzoek is gebruik gemaakt van inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding per processtap van de actoren binnen het OM, zoals verzameld voor de werklasmeting van Significant Public. Naast dit “gemiddelde” scenario, is in de werklasmeting ook gerekend met een “hoog” en een “laag” scenario met betrekking tot de inschattingen van de tijdsbesteding. Omdat de ‘ruwe’ data (brongegevens) hieromtrent niet beschikbaar waren voor het huidige kostenonderzoek, was het niet mogelijk om een probabilistische onzekerheidsanalyse uit te voeren. Als alternatief is daarom de geschatte totale inzet (uitgedrukt in fte) van een medewerker aan de procedure voor een zorgmachtiging in het “hoge” scenario afgezet tegen het “gemiddelde” scenario. Deze informatie was namelijk wel beschikbaar via de werklasmeting. De percentuele stijging in fte is vervolgens gebruikt als proxy voor de onzekerheid in de inschatting van de gemiddelde tijdsbesteding per processtap. Voor de OvJ was bijvoorbeeld het aantal fte in het “hoge” scenario 31% hoger dan in het “gemiddelde” scenario. Aldus is gerekend met een betrouwbaarheidsinterval van 31% rondom de gemiddelde tijdsbesteding per processtap (dus +/- 31% van het gemiddelde). Voor de parketsecretaris en de administratief medewerker was de percentuele toename respectievelijk 30% en 20%. De resulterende onder- en bovengrenzen van de kostenschattingen staan hieronder gepresenteerd.

Tabel 5.2.4 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van officieren van justitie (OvJ-en), parketsecretarissen, en administratief medewerkers aan processtappen in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging (ZM) gebaseerd op *ondergrens (2,5^e percentiel) van het 95% betrouwbaarheidsinterval*

	OvJ-en	Parket- secretarissen	Administratief medewerkers	Totaal
Aanvraag verzoekschrift ZM	€ 349.278	€ 315.804	€ 335.696	€ 1.000.778
Afwijzing aanvraag ZM o.g.v. art. 5:3	€ 2.834	€ 2.936	€ 534	€ 6.304
Vorbereiding verzoekschrift ZM	€ 389.181	€ 487.245	€ 402.733	€ 1.279.159
Indienen verzoekschrift ZM bij rechtbank	€ 51.014	€ 60.965	€ 228.757	€ 340.735
Fysieke zitting	€ 92.333	€ 2.272	€ 562	€ 95.167
Behandeling rechtbank	€ 5.219	€ 2.717	€ 8.186	€ 16.123
Handelingen na toewijzing ZM	€ 29.192	€ 20.377	€ 17.592	€ 67.161
Totale kosten procedure ZM	€ 919.051	€ 892.317	€ 994.059	€ 2.805.427

Tabel 5.2.5 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van officieren van justitie (OvJ-en), parketsecretarissen, en administratief medewerkers aan processtappen in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging (ZM) gebaseerd op *bovengrens (97,5^e percentiel) van het 95% betrouwbaarheidsinterval*

	OvJ-en	Parket- secretarissen	Administratief medewerkers	Totaal
Aanvraag verzoekschrift ZM	€ 663.122	€ 599.571	€ 637.336	€ 1.900.029
Afwijzing aanvraag ZM o.g.v. art. 5:3	€ 5.381	€ 5.574	€ 1.013	€ 11.968
Voorbereiding verzoekschrift ZM	€ 738.879	€ 925.060	€ 764.609	€ 2.428.549
Indienen verzoekschrift ZM bij rechtbank	€ 96.852	€ 115.745	€ 434.306	€ 646.902
Fysieke zitting	€ 175.298	€ 4.313	€ 1.067	€ 180.679
Behandeling rechtbank	€ 9.909	€ 5.159	€ 15.542	€ 30.610
Handelingen na toewijzing ZM	€ 55.423	€ 38.687	€ 33.399	€ 127.509
<i>Totale kosten procedure ZM</i>	<i>€ 1.744.865</i>	<i>€ 1.694.108</i>	<i>€ 1.887.272</i>	<i>€ 5.326.245</i>

5.3 Kostenschatting van de tijdsbesteding van actoren binnen de rechtspraak aan de procedure voor een zorgmachtiging

5.3.1 Afbakening en methode

Van september t/m november 2021 is een tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd door Capgemini Invent in opdracht van de Raad voor de rechtspraak (Rvdr). Dit onderzoek was bedoeld om een objectief en representatief beeld te krijgen van de tijd die rechters en juridische ondersteuners besteden aan de behandeling van rechtszaken. De tijdsbesteding werd gemeten op het niveau van zaak-categorieën; alle rechters en juridische medewerkers werden uitgenodigd om gedurende een week hun tijdsbesteding te registreren. Zodoende zijn voor rechters en juridische medewerkers ook schattingen verkregen van de hoeveelheid tijd (in minuten) die zij gemiddeld besteden aan het behandelen van een Wvvgz- of Wzd-zaak, één van de zaak-categorieën die werden onderscheiden in het tijdsbestedingsonderzoek. Dit vormde een goede basis voor het verkrijgen van inschattingen van de gemiddelde tijd die rechters en juridische medewerkers specifiek besteden aan het behandelen van de vijf meest voorkomende Wvvgz- of Wzd-zaken, te weten het behandelen van een verzoekschrift voor:

- a een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wvvgz);
- b een eerste zorgmachtiging (Wvvgz);
- c een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging (Wvvgz);
- d een zorgmachtiging aansluitend op een machtiging tot voorzetting van een crisismaatregel (Wvvgz);
- e een eerste rechterlijke machtiging, of een verlenging van een rechterlijke machtiging (Wzd).

Het behandelen van verzoekschriften b t/m d zijn veruit de meest voorkomende zaken in het kader van een zorgmachtiging. Tezamen vertegenwoordigden deze drie zaken 97,2% van alle zaken die rechters in 2021 hebben behandeld in het kader van een zorgmachtiging.¹⁷⁴ Zodoende kan uitgaande van inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding aan deze drie zaken gekomen worden tot een kostenschatting van de totale inzet van rechters en juridische medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging.

De inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan de vijf meest voorkomende Wvvgz- en Wzd-zaken (a t/m e) werden verkregen middels een korte vragenlijst die werd uitgezet onder rechters via het Landelijk Overleg Vakinhoud Familie- en Jeugdrecht (LOVF). Uiteindelijk hebben zes rechters gerespondeerd; zij waren werkzaam voor respectievelijk de Rechtbank Gelderland, de Rechtbank Oost-Brabant, de Rechtbank Rotterdam (drie respondenten), en de Rechtbank Zeeland-West-Brabant. Om de verkregen inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding vervolgens te extrapoleren naar inschattingen van de totale tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers in 2021 is gebruik gemaakt van voluminagegevens, oftewel gegevens over hoe vaak verzoekschriften voor de vijf verschillende typen machtigingen in 2021 landelijk werden behandeld. Deze gegevens zijn verzameld via het registratiesysteem van de Rvdr.

In de vragenlijst werd aanvullend aan rechters gevraagd naar: 1) de invloed van de coronamaatregelen in de periode van september t/m november 2021 op het al dan niet fysiek plaatsvinden van zittingen in het kader van een Wvvgz- of Wzd-zaak; en 2) hun benodigde reistijd (retour) voor fysieke zittingen onder normale omstandigheden (wanneer corona-maatregelen niet van kracht zijn). Deze aanvullende informatie was nodig omdat het tijdsbestedingsonderzoek van de Rvdr – uitgevoerd in het najaar van 2021, dus tijdens de coronacrisis – hier geen gegevens over heeft verzameld. Met de extra informatie kon een correctie worden gemaakt met betrekking tot de tijd die de rechters en juridische medewerkers onder normale omstandigheden aan zittingen besteden. In dit kostenonderzoek is er namelijk voor gekozen om kostenschattingen te maken uitgaande van de reguliere situatie (zonder dat er sprake is van een invloed van coronamaatregelen). Vandaar dat de reistijd naar een zitting wordt meegenomen.

Verder zijn de salarisschalen en bijbehorende CAO (voor het jaar 2022) van rechters en juridische medewerkers opgevraagd bij de Rvdr. Hiermee kon een kostenschatting van de inzet van rechters en juridische medewerkers per minuut worden gemaakt. Deze informatie kon vervolgens voor elk van de drie meest voorkomende zaken in het kader van een zorgmachtiging aan de ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding en het bijbehorende landelijke voluminagegeven worden gekoppeld om te komen tot kostenschattingen van de inzet van rechters en juridische medewerkers aan deze zaken. Om tot een totale kostenschatting van de tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging te komen, is verder een schatting gemaakt van de kosten van hun

¹⁷⁴ Uitgaande van opgevraagde gegevens van de Rvdr.

tijdsbesteding aan overige zaken in het kader van een zorgmachtiging.¹⁷⁵ Deze restcategorie vertegenwoordigde 2,8% van alle zaken die rechters in 2021 hebben behandeld in het kader van een zorgmachtiging. Als 'proxy' voor de gemiddelde tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan een overige zaak werd uitgegaan van hun gemiddelde tijdsbesteding aan het behandelen van een verzoekschrift een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging.

Om zicht te krijgen op de mate van onzekerheid van de kostenschattingen zijn ten slotte voor alle schattingen 95% betrouwbaarheidsintervallen bepaald via onzekerheidsanalyses.

5.3.2 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging

Op basis van de antwoorden van de zes rechters op de vragenlijst die is uitgestuurd naar rechtbanken kon worden bepaald welk deel van de zittingen in de periode van september t/m november 2021 niet fysiek konden plaatsvinden (maar digitaal of telefonisch), en welk deel van de zittingen normaliter (zonder coronamaatregelen) niet fysiek plaats zou vinden (zie **tabel 5.3.1**).

Tabel 5.3.1 Ingeschatte percentages niet-fysieke zittingen (in de periode september t/m november 2021 en onder normale omstandigheden) en ingeschatte gemiddelde reistijd per fysieke zitting

	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum
% niet-fysieke zittingen vanwege coronamaatregelen (september t/m november 2021) ^a	83,2	80,0	70,0	100,0
% niet-fysieke zittingen onder normale omstandigheden (geen coronamaatregelen) ^a	2,5	2	0	5
Gemiddelde reistijd fysieke zitting (retour) ^b	65	60	20	120

a Uitgaande van de antwoorden van zes rechters werkzaam voor resp. de Rechtbank Gelderland, de Rechtbank Oost-Brabant, de Rechtbank Rotterdam (drie respondenten), en de Rechtbank Zeeland-West-Brabant.

b Uitgaande van de antwoorden van vier rechters; de opgegeven reistijd van de drie rechters werkzaam voor de Rechtbank Rotterdam is één keer meegeteld.

Verder kwam uit het tijdsbestedingsonderzoek van Caggemini Invent naar voren dat rechters gemiddeld naar schatting 163 minuten per Wvvgz- of Wzd-zaak bezig zijn, en juridisch medewerkers 178 minuten. Hieruit is af te leiden dat de geschatte gemiddelde behandel tijd voor een rechter ongeveer 216 minuten en voor een juridisch medewerker 231 minuten zou zijn in de normale situatie zonder corona-maatregelen (zie **tabel 5.3.2**).

¹⁷⁵ Het gaat hier o.a. om het behandelen van verzoekschrift voor een zorgmachtiging naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring, het wijzigen van een zorgmachtiging, of het beëindigen van verplichte zorg.

Tabel 5.3.2 Gemiddelde behandel­tijd (in minuten) voor een rechter en een juridische medewerker onder normale omstandigheden (zonder invloed van coronamaatregelen)

	Minuten
Gemiddelde behandel­tijd rechter voor een Wv­ggz- of Wzd-zaak ^a	163
Gemiddelde behandel­tijd juridisch medewerker voor een Wv­ggz- of Wzd-zaak ^a	178
Gemiddelde "missende" reistijd in schatting tijdens corona ^b	53
Gemiddelde behandel­tijd voor een rechter onder normale omstandigheden	216
Gemiddelde behandel­tijd voor een juridisch medewerker onder normale omstandigheden	231

a Bron: tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd door Capgemini Invent.

b Uitgaande van de antwoorden van zes rechters werkzaam voor resp. de Rechtbank Gelderland, de Rechtbank Oost-Brabant, de Rechtbank Rotterdam (drie respondenten), en de Rechtbank Zeeland-West-Brabant.

De procentuele verdeling van de gemiddelde tijdsbesteding van rechters over de vijf meest voorkomende Wv­ggz- of Wzd-zaken is te zien in **tabel 5.3.3**, uitgaande van de inschattingen van zes rechters. Hierbij wordt aangenomen dat deze verdeling ook geldt voor juridische medewerkers.

Tabel 5.3.3 Ingeschatte verdeling (in procenten) van tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers over de vijf meest voorkomende Wv­ggz- of Wzd-zaken ^a

Categorie van beschikking	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum
Machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wv­ggz)	12,3	10	9	20
Eerste zorgmachtiging (Wv­ggz)	26,0	25	25	30
Zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging (Wv­ggz)	23,5	25	20	26
Zorgmachtiging aansluitend op een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wv­ggz)	23,5	25	20	26
Eerste, of verlenging van een, rechterlijke machtiging (Wzd)	14,7	15	10	20

a Uitgaande van de antwoorden van zes rechters werkzaam voor resp. de Rechtbank Gelderland, de Rechtbank Oost-Brabant, de Rechtbank Rotterdam (drie respondenten), en de Rechtbank Zeeland-West-Brabant.

Aan de hand van deze procentuele verdeling is vervolgens berekend hoeveel tijd een rechter en een juridische medewerker gemiddeld besteden aan elk van de vijf Wv­ggz- of Wzd-zaken (zie **tabel 5.3.4a** en **tabel 5.3.4b**). Kijkend naar de drie zaken in het kader van een zorgmachtiging, kost het behandelen van een verzoekschrift voor een eerste zorgmachtiging gemiddeld meer tijd dan het behandelen van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging of een machtiging tot voorzetting van een crisismaatregel.

Tabel 5.3.4a Ingeschatte tijdsbesteding (in minuten) van rechters aan de vijf meest voorkomende Wvvgz- of Wzd-zaken

Categorie van beschikking	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum
Machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wvvgz)	133	108	97	216
Eerste zorgmachtiging (Wvvgz)	280	270	270	324
Zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging (Wvvgz)	253	270	216	280
Zorgmachtiging aansluitend op een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wvvgz)	253	270	216	280
Eerste, of verlenging van een, rechterlijke machtiging (Wzd)	158	162	108	216

Tabel 5.3.4b Ingeschatte tijdsbesteding (in minuten) van juridisch medewerkers aan de vijf meest voorkomende Wvvgz- of Wzd-zaken

Categorie van beschikking	Gemiddeld	Mediaan	Minimum	Maximum
Machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wvvgz)	142	115	104	231
Eerste zorgmachtiging (Wvvgz)	300	288	288	346
Zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging (Wvvgz)	271	288	231	300
Zorgmachtiging aansluitend op een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (Wvvgz)	271	288	231	300
Eerste, of verlenging van een, rechterlijke machtiging (Wzd)	169	173	115	231

De kosten van rechters en juridisch medewerkers zijn vervolgens gewaardeerd op basis van salariering gegevens inclusief opslagpercentages voor huisvesting, overhead en werkgeverslasten (voor het jaar 2022, zie **tabel 5.3.5**).

Tabel 5.3.5 Kostenschattingen van de inzet van rechters en juridisch medewerkers

	CAO	Salarisschaal	Maandsalaris	Totale kosten per maand ^a	Totale kosten per minuut
Rechters	Wet (Wet RO/Wrra)	Salariscategorie 9	€ 7.029	€ 15.729	€ 1,82
Juridische medewerker	RIJK	Schaal 10	€ 3.767	€ 8.430	€ 0,98

^a Inclusief werkgeverslasten en overhead.

De uiteindelijke kostenschattingen van de totale tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers staan weergegeven in **tabel 5.3.6**. Uit de tabel kan worden afgeleid dat het behandelen van verzoekschriften voor een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtigingen ruim de helft (52,2%)¹⁷⁶ van de ingeschatte totale kosten vertegenwoordigde. Dit komt doordat deze aanleiding voor een machtigingsverzoek veruit het vaakst werd behandeld door de rechtbank in 2021 (zie 2^e kolom).

Tabel 5.3.6 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan zaken in het kader van een zorgmachtiging

	Totaal aantal beschikkingen (2021)	Totale tijd (in min.)		Kostenschatting		
		Juridisch mede-		Juridisch mede-		Totaal
		Rechters	werkers	Rechters	werkers	
Verzoekschrift eerste zorgmachtiging	3.721	1.043.439	1.115.998	€ 1.899.584	€ 1.088.866	€ 2.988.450
Verzoekschrift zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging	8.925	2.262.091	2.419.394	€ 4.118.144	€ 2.360.574	€ 6.478.718
Verzoekschrift zorgmachtiging aansluitend op machtiging tot voortzetting crisismaatregel	3.441	872.141	932.788	€ 1.587.735	€ 910.110	€ 2.497.845
Overige zaken in het kader van een zorgmachtiging ^a	463	117.454	125.622	€ 213.826	€ 228.695	€ 442.521
Totale kosten procedure zorgmachtiging				€ 7.819.288	€ 4.588.246	€ 12.407.534

a De restcategorie 'overige zaken' vertegenwoordigde 2,8% van alle zaken die rechters in 2021 hebben behandeld in het kader van een zorgmachtiging. Het gaat hier o.a. om het behandelen van verzoekschrift voor een zorgmachtiging naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring, het wijzigen van een zorgmachtiging, of het beëindigen van verplichte zorg. Als 'proxy' voor de gemiddelde tijdsbesteding aan een overige zaak is uitgegaan van de gemiddelde tijdsbesteding aan het behandelen van een verzoekschrift een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging.

5.3.3 Onzekerheidsanalyse

Bij elke doorrekening is het van belang te erkennen dat de gemiddelde geschatte inputwaarden niet per definitie overeen komen met de werkelijkheid en dat deze waardes hoger of lager kunnen uitvallen als gevolg van de zogenoemde parameteronzekerheid. Daarom zijn de hoofdanalyses met betrekking tot de kostenschattingen van de tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers niet alleen deterministisch uitgevoerd, gebruikmakend van gemiddelden/puntschattingen, maar ook

176 € 6.478.718 / € 12.407.534=52,2%

probabilistisch. Bij een probabilistische (onzekerheids-)analyse wordt er aan elke parameter een bepaalde verdeling toegekend (bijv. een normaalverdeling of een BETA-pert verdeling). Vervolgens wordt er voor elke parameter steeds random een waarde geschat op basis van deze verdeling, om zo steeds variërende schattingen (simulaties) te verkrijgen met betrekking tot de inputparameters van het rekenmodel. Bij de probabilistische sensitiviteitsanalyse in het huidige kostenonderzoek zijn 1.000 simulaties gedaan, resulterend in 1.000 verschillende kostenschattingen van de tijdsbesteding voor rechters en juridische medewerkers.

Omdat de ingeschatte verdeling van tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers over de vijf meest voorkomende Wvvgz- of Wzd-zaken is uitgevraagd (zie **tabellen 5.3.4a&b**), is voor de tijdsbesteding van elke processtap de BETA-pert verdeling gebruikt (een verdeling die gebruik maakt van de gemiddelde waarde en de minimale en maximale waarden). Vervolgens zijn er voor de tijdsbesteding van elke 'zaak' 1.000 trekkingen (of simulaties) gedaan uit deze verdeling. Voor elk van deze 1.000 simulaties zijn vervolgens de totale kosten berekend. Om tot het 95% betrouwbaarheidsinterval te komen is vervolgens uitgegaan van het 2,5^e percentiel en het 97,5^e percentiel corresponderend met deze 1.000 schattingen (zie **tabel 5.3.7**).

Tabel 5.3.7 Kostenschattingen inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI) van de tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan zaken in het kader van een zorgmachtiging

	Rechters	Juridisch mede- werkers	Totaal
Verzoekschrift eerste zorgmachtiging	€ 1.899.584	€ 1.088.866	€ 2.988.450
95% BI – 2,5 ^e percentiel (ondergrens)	€ 1.845.309	€ 1.058.999	€ 2.904.308
95% BI – 97,5 ^e percentiel (bovengrens)	€ 2.100.626	€ 1.201.803	€ 3.302.429
Verzoekschrift zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging	€ 4.118.144	€ 2.360.574	€ 6.478.718
95% BI – 2,5 ^e percentiel (ondergrens)	€ 3.709.377	€ 2.114.407	€ 5.823.784
95% BI – 97,5 ^e percentiel (bovengrens)	€ 4.440.143	€ 2.534.813	€ 6.974.956
Verzoekschrift zorgmachtiging aansluitend op machtiging tot voortzetting crisismaatregel	€ 1.587.735	€ 910.110	€ 2.497.845
95% BI – 2,5 ^e percentiel (ondergrens)	€ 1.419.746	€ 815.091	€ 2.234.837
95% BI – 97,5 ^e percentiel (bovengrens)	€ 1.706.791	€ 979.633	€ 2.686.424
Overige zaken in het kader van een zorgmachtiging ^a	€ 213.826	€ 228.695	€ 442.521
95% BI – 2,5 ^e percentiel (ondergrens)	€ 191.202	€ 204.818	€ 396.020
95% BI – 97,5 ^e percentiel (bovengrens)	€ 229.860	€ 246.165	€ 476.024
Totale kosten procedure zorgmachtiging	€ 7.819.288	€ 4.588.246	€ 12.407.534
95% BI – 2,5^e percentiel (ondergrens)	€ 7.165.635	€ 4.193.314	€ 11.358.949
95% BI – 97,5^e percentiel (bovengrens)	€ 8.477.420	€ 4.962.413	€ 13.439.833

a De restcategorie 'overige zaken' vertegenwoordigde 2,8% van alle zaken die rechters in 2021 hebben behandeld in het kader van een zorgmachtiging. Het gaat hier o.a. om het behandelen van verzoekschrift voor een zorgmachtiging naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring, het wijzigen van een zorgmachtiging, of het beëindigen van verplichte zorg. Als 'proxy' voor de gemiddelde tijdsbesteding aan een overige zaak is uitgegaan van de gemiddelde tijdsbesteding aan het behandelen van een verzoekschrift een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging.

5.4 Kostenschatting van de tijdsbesteding van actoren binnen de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging

5.4.1 Afbakening en methode

Voor de GGZ richten de schattingen zich op de kosten die in 2021 gemoeid gingen met de tijdsbesteding van respectievelijk geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers, zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners, en onafhankelijke psychiaters aan de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging.

Om inschattingen te krijgen van de tijdsbesteding van deze GGZ-actoren is in samenspraak met vertegenwoordigers van de Afdeling Geneesheer-directeuren en de Commissie Wet- en Regelgeving

van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) een uitgebreide online vragenlijst ontwikkeld. De vragenlijst is van mei t/m juni uitgezeten onder alle geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP, met de vraag aan om deze vragenlijst gezamenlijk en/of in overleg met collega's eenmalig in te vullen voor haar of zijn zorgorganisatie. De volgende acht onderwerpen kwamen aan de orde in de vragenlijst:

- a Kenmerken van de zorgorganisatie (waaronder het aantal afgegeven zorgmachtigingen in 2021).
- b Geneesheer-directeuren: aantal, omvang aanstelling en salariëring.
- c Omvang aanstelling en salariëring van ondersteunende medewerkers van geneesheer-directeuren.
- d Ingeschatte inzet van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers bij de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging.
- e Ingeschatte tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners aan de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging.
- f Ingeschatte tijdsbesteding van onafhankelijke psychiaters aan de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging.
- g Ingeschatte frequentie waarmee bepaalde processtappen in de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging worden uitgevoerd.
- h Professionele achtergrond van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners.

Uiteindelijk is de vragenlijst deels of volledig ingevuld voor in totaal 20 zorgaanbieders, die goed waren verspreid over Nederland. **Tabel 5.4.1** laat zien dat het grotendeels gaat om geïntegreerde GGZ-instellingen. Vanuit vijf aanbieders¹⁷⁷ is de vragenlijst niet voor alle onderwerpen ingevuld, maar voor een deel van de onderwerpen. Soms is er door de onderzoekers beargumenteerd voor gekozen om de respons van één of meer zorgaanbieders op een onderdeel van de vragenlijst niet mee te nemen om te komen tot een bepaalde kostenschattting. In de paragrafen 5.4.2 t/m 5.4.4 waarin de resultaten van de kostenschatttingen worden beschreven, wordt daarom telkens gespecificeerd van welke aantallen zorgaanbieders is uitgegaan.

177 Drie geïntegreerde GGZ-instellingen, een verslavingszorginstelling en een instelling voor forensische zorg.

Tabel 5.4.1 Typen zorgaanbieders waarvoor de vragenlijst inzake het kostenonderzoek Wvvggz deels of volledig is ingevuld

Type zorgaanbieder	Aantal ^a	% verdeling ^a
Geïntegreerde GGZ-instelling	16	80%
Verslavingszorginstelling	6	30%
PAAZ/PUK ^b	1	5%
Instelling of afdeling voor forensische zorg	9	45%
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	7	35%
Totaal	20	100%

a Categorieën zijn niet uitsluitend.

b PUK: Psychiatrische Universiteitskliniek; PAAZ: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis.

De tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers is in de vragenlijst via een 'top-down' benadering uitgevraagd in termen van omvang aanstelling (fte). Om het aantal fte geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers te extrapoleren naar landelijke totalen is uitgegaan van het aandeel (71,9%) van het totaal aantal afgegeven zorgmachtigingen in 2021 dat werd vertegenwoordigd door de zorgaanbieders voor wie de vragenlijst is ingevuld.

Aangezien zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters maar een beperkt deel van hun tijd besteden aan de procedure voor een zorgmachtiging, is er bij deze actoren voor gekozen om hun gemiddelde tijdsbesteding aan processtappen in het kader van de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging uit te vragen (een "bottom-up" benadering). Om de verkregen inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding per processtap vervolgens te extrapoleren naar inschattingen van de totale tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters is gebruik gemaakt van voluminagegevens, oftewel gegevens over hoe vaak processtappen in 2021 op landelijk niveau werden uitgevoerd. Deze voluminagegevens zijn – voor zover beschikbaar – verkregen via de landelijke dekkende registratiesystemen van het Openbaar Ministerie en de Raad voor de rechtspraak. Wanneer voor een processtap geen landelijk voluminagegeven beschikbaar was via een bestaande databron, is hier op basis van één of meer vragen in de vragenlijst voor geneesheer-directeuren een inschatting van verkregen.

Om te komen tot kostenschattingen is ten slotte via de vragenlijst gevraagd naar de salarisschalen en bijbehorende CAO van respectievelijk geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers, zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners, en onafhankelijke psychiaters. Daarvoor is bij zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners ook gevraagd naar de variatie in professionele achtergrond, omdat dit invloed kan hebben op de hoogte van salariering.

5.4.2 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging

Zoals hierboven aangegeven zijn de kostenschattingen van de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers via een “top-down” benadering gemaakt. De kosten van deze actoren zijn gewaardeerd op basis van salariering gegevens inclusief opslagpercentages voor huisvesting, overhead (38,0%) en werkgeverslasten (39,0%). Daarnaast is bij geneesheer-directeuren gevraagd naar de gemiddelde loonopslag (zie **tabel 5.4.2**). De top-down schattingen zijn gebaseerd op het totale aantal ingeschatte fte aan geneesheer-directeuren binnen 20 responderende zorgaanbieders en het totale aantal ingeschatte fte aan ondersteunende medewerkers binnen 19 responderende zorgaanbieders (zie **tabel 5.4.2**). Vervolgens zijn deze totalen geëxtrapoleerd naar inschattingen van het totaal aantal fte medewerkers op landelijk niveau door uit te gaan van het aandeel van het totaal aantal afgegeven zorgmachtigingen in 2021 dat naar schatting werd vertegenwoordigd door respectievelijk de 20 zorgaanbieders (71,9%) en de 19 zorgaanbieders (70,4%).

Tabel 5.4.2 Kostenschattingen van de inzet van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers aan de Wvvgz. De laatste twee kolommen presenteren inschattingen van totale aantal fte per medewerker, en de extrapolatie daarvan naar landelijk niveau.

	Maand- salaris	Loonopslag	Kosten per fte	Totaal inge- schat fte	Totaal geëxtra- poleerd aantal fte
Geneesheer-directeuren ^a	€9.679	9,50%	€223.868	40,5 ^b	56,3 ^d
Administratieve medewerkers Wvvgz	€2.737	0	€63.001	73,3 ^c	102,0 ^e
Persoonlijke secretaresses /directiesecretaresses (m/v)	€3.014	0	€69.377	13,2 ^c	18,4 ^e
Stafmedewerkers / beleidsmedewerkers	€3.902	0	€89.818	17,4 ^c	24,2 ^e
Secretarissen	€3.902	0	€89.818	3,9 ^c	5,4 ^e
Juristen	€5.096	0	€117.302	15,6 ^c	21,7 ^e
Juridische medewerkers	€3.464	0	€79.736	4,3 ^c	6,0 ^e

a Inclusief waarnemend geneesheer-directeuren.

b Uitgaande van 20 zorgaanbieders.

c Uitgaande van 19 zorgaanbieders.

d Uitgaande van het aandeel (71,9%) van het totaal aantal afgegeven zorgmachtigingen in 2021 dat werd vertegenwoordigd door de 20 zorgaanbieders.

e Uitgaande van het aandeel (70,4%) van het totaal aantal afgegeven zorgmachtigingen in 2021 dat werd vertegenwoordigd door de 19 zorgaanbieders.

Om te achterhalen hoeveel fte wordt besteed aan de procedure voor een zorgmachtiging, is in de vragenlijst gevraagd naar de procentuele verdeling van het aantal fte per medewerker over vijf categorieën van Wvggz-werkzaamheden:

- a werkzaamheden in het kader van de aanvraag en voorbereiding van zorgmachtigingen;
- b werkzaamheden in het kader van de uitvoering van zorgmachtigingen;
- c werkzaamheden in het kader van de beëindiging van zorgmachtigingen;
- d werkzaamheden in het kader van andere Wvggz-procedures¹⁷⁸; en
- e algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd zijn aan de uitvoering van de Wvggz.¹⁷⁹

Categorieën a t/m c vertegenwoordigen het totaal aan werkzaamheden in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging. De procentuele verdeling per medewerker over de vijf categorieën van werkzaamheden is te zien in **tabel 5.4.3**, uitgaande van de 20 responderende zorgaanbieders. Op basis hiervan zijn vervolgens de inschattingen van het totaal aantal fte medewerkers verdeeld over de vijf categorieën om per medewerker te komen tot kostenschattingen voor de vijf categorieën van werkzaamheden (zie **tabel 5.4.4**).

In **tabel 5.4.3** is te zien dat geneesheer-directeuren ruim de helft (54,5%) van de fte voor Wvggz-werkzaamheden besteden aan de procedure voor een ZM, waarbij het vooral gaat om werkzaamheden in het kader van de aanvraag en voorbereiding van ZM-en en van de uitvoering van afgegeven ZM-en. Verder zijn administratief medewerkers en secretarissen verhoudingsgewijs veel bezig met de procedure voor een ZM, met een aandeel fte voor Wvggz-werkzaamheden wat hieraan wordt besteed van respectievelijk 71,8% en 46,3%.

178 Zoals de procedure voor een crisismaatregel, en de voortzetting daarvan; en de klachtenprocedure.

179 Hiermee worden werkzaamheden van de geneesheer-directeuren bedoeld zoals: het onderhouden van contacten inzake de Wvggz met relevante interne partijen, zoals Raad van Bestuur, lijnorganisatie, psychiaters/andere professionals, cliëntenraad en familieraad; het geven van advies of consultatie inzake de Wvggz aan interne partijen; het onderhouden van contacten inzake de Wvggz met relevante externe partijen, zoals de IGJ, rechtbank, politie, burgemeester, officier van justitie, klachtencommissie, collegae geneesheer-directeuren, patiëntvertrouwenspersoon en familievertrouwenspersoon; het geven van advies of consultatie inzake de Wvggz aan externe partijen; het opstellen en actualiseren van beleidsnotities, richtlijnen, protocollen en reglementen inzake de Wvggz; het trainen, scholen en toetsen (bv. via audits) van psychiaters/andere professionals inzake de Wvggz; het op peil houden van de eigen kennis inzake de Wvggz en het bijhouden van en anticiperen op de ontwikkelingen op het vakgebied geneesheer-directeur; het zorg dragen voor logistieke en organisatorische randvoorwaarden ten aanzien van de uitvoering van de Wvggz (o.a. waarnemingsregeling, roulatieschema beoordelend psychiaters, adequate secretariële ondersteuning, goed functionerende registratie(systemen), toezien op logistiek en veiligheid rond hoorzittingen); het voeren van regionaal overleg met zorgaanbieders en andere externe partijen in de regio om de continuïteit van (vrijwillige en/of verplichte) zorg te borgen; en het uitoefenen van de algemene verantwoordelijkheid voor de zorg (vrijwillige én verplichte zorg) zoals verleend door uw zorgorganisatie.

Naast de relatief grote tijdsbesteding aan de procedure voor een zorgmachtiging, besteedden geneesheer-directeuren naar schatting 15,1% van hun tijd aan andere procedures, en naar schatting 30,5% van hun tijd aan algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd waren aan de uitvoering van de Wvvgz.

Tabel 5.4.4 laat zien dat de totale kosten van de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging worden geschat op €13.285.531. De inzet van de geneesheer-directeuren vertegenwoordigde met €6.866.189 ongeveer de helft (51,7%) van deze kosten, en de inzet van administratieve medewerkers met €4.710.429 circa een derde (35,5%).

Tabel 5.4.3 Ingeschatte verdeling van fte over vijf categorieën van Wvvgz-werkzaamheden per medewerker (in %)

	GD ^a	Administratieve medewerkers Wvvgz ^b	Persoonlijk secretaresses/directie-secretaresses ^c	Stafmedewerkers/beleids-medewerkers ^c	Secretarissen ^d	Juristen ^e	Juridische medewerkers ^f
Aanvraag en voorbereiding zorgmachtigingen	24,2	35,2	6,5	11,0	27,5	6,6	20,0
Uitvoering zorgmachtigingen	22,7	28,4	10,2	9,2	17,5	10,2	12,5
Beëindiging zorgmachtigingen	7,6	8,2	5,3	2,1	1,3	3,6	2,5
Subtotaal procedure zorgmachtiging	54,5	71,8	22,0	22,3	46,3	20,3	35,0
Werkzaamheden in het kader van andere procedures	15,1	16,4	30,9	17,4	26,3	23,1	57,5
Algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd zijn aan de uitvoering van de Wvvgz	30,5	11,8	47,1	60,3	27,5	56,6	7,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a Gebaseerd op inschattingen van 20 zorgaanbieders.

b Gebaseerd op inschattingen van 19 aanbieders.

c Gebaseerd op inschattingen van 15 aanbieders.

d Gebaseerd op inschattingen van 4 aanbieders.

e Gebaseerd op inschattingen van 16 aanbieders.

f Gebaseerd op inschattingen van 2 aanbieders.

Tabel 5.4.4 Kostenschatting van de tijdsbesteding aan vijf categorieën van Wvggz-werkzaamheden, per medewerker (in Euro's)

GD	Administratieve medewerkers Wvggz	Persoonlijk secretaresses/ directie- secretaresses	Staf-medewerkers / beleids- medewerkers	Secretarissen	Juristen	Juridische medewerkers	Totaal	
Aanvraag en voorbereiding zorgmachtigingen								
3.045.334	2.310.321	84.746	243.771	136.832	170.360	97.404	6.088.769	
Uitvoering zorgmachtigingen								
2.862.488	1.864.833	132.986	203.881	87.075	264.464	60.878	5.476.605	
Beëindiging zorgmachtigingen								
958.366	535.276	69.101	46.538	6.220	92.481	12.176	1.720.157	
Subtotaal procedure zorgmachtiging								
6.866.189	4.710.429	286.832	494.191	230.126	527.306	170.458	13.285.531	
Werkzaamheden in het kader van andere procedures								
1.904.122	1.074.006	402.869	385.602	130.612	598.695	280.038	4.775.944	
Algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd zijn aan de uitvoering van de Wvggz								
3.839.770	777.014	614.082	1.336.309	136.832	1.469.967	36.527	8.210.500	
Totaal	12.610.081	6.561.449	1.303.784	2.216.101	497.570	2.595.968	487.022	26.271.974

5.4.2.1 Onzekerheidsanalyse (probabilistisch)

Bij elke doorrekening is het van belang te erkennen dat de gemiddelde geschatte inputwaarden niet per definitie overeen komen met de werkelijkheid en dat deze waarden hoger of lager kunnen uitvallen als gevolg van de zogenoemde parameteronzekerheid. Daarom zijn de hoofdanalyses niet alleen deterministisch gedaan, gebruikmakend van gemiddelden/puntschattingen, maar ook probabilistisch. Bij een probabilistische (onzekerheids-)analyse wordt er aan elke parameter een bepaalde verdeling toegekend (bijv. een normaalverdeling of een BETA-pert verdeling). Vervolgens wordt er voor elke parameters steeds random een waarde geschat op basis van deze verdeling, om zo steeds variërende schattingen (simulaties) te verkrijgen met betrekking tot de inputparameters van het rekenmodel. Bij de probabilistische sensitiviteitsanalyse in dit kostenonderzoek zijn 1.000 simulaties gedaan, resulterend in 1.000 verschillende kostenschattingen van de tijdsbesteding van de GGZ-actoren.

Om tot een schatting te komen van de variatie in de kostenschatting van de inzet van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers is gebruik gemaakt van de empirische gegevens die door de responderende individuele instellingen zijn aangeleverd via de vragenlijst. Door middel van een 'bootstrap-procedure' zijn betrouwbaarheidsintervallen geschat. Bij bootstrappen wordt er uit de bestaande empirische data steeds een nieuwe dataset gecreëerd door het trekken van zorgaanbieders uit de bestaande dataset met teruglegging. De nieuwe dataset heeft steeds dezelfde grootte maar bevat steeds een andere mix van zorgaanbieders (waarbij een aanbieder meerdere keren kan worden getrokken). Op deze manier zijn vervolgens 1.000 bootstrapsimulaties uitgevoerd waaruit 1.000 verschillende schattingen van het totale aantal fte volgen. Om tot het 95% betrouwbaarheidsinterval te komen, is vervolgens het totaal aantal fte corresponderend met het 2,5^e percentiel en het 97,5^e percentiel gebruikt (zie **tabellen 5.4.5a & b**).

Tabel 5.4.5a Kostenschatting van de tijdsbesteding aan vijf categorieën van Wvggz-werkzaamheden, per medewerker (in Euro's) op basis van 2,5^e percentiel (ondergrens van 95% betrouwbaarheidsinterval)

	GD	Administratieve medewerkers	Secretarissen	Stafmedewerkers	Secretarissen	Juristen	Juridische medewerkers	Totaal
Aanvraag en voorbereiding zorgmachtigingen	2.245.126	1.477.761	47.268	133.885	31.577	83.187	0	4.018.804
Uitvoering zorgmachtigingen	2.110.325	1.192.811	74.175	111.976	20.094	129.139	0	3.638.521
Beëindiging zorgmachtigingen	706.541	342.381	38.542	25.560	1.435	45.159	0	1.159.618
<i>Subtotaal in het kader van zorgmachtiging</i>	<i>5.061.992</i>	<i>3.012.953</i>	<i>159.986</i>	<i>271.421</i>	<i>53.106</i>	<i>257.485</i>	<i>0</i>	<i>8.816.942</i>
Werkzaamheden in het kader van andere procedures	1.403.785	686.971	224.707	211.781	30.141	292.344	0	2.849.729
Algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd zijn aan de uitvoering van de Wvggz	2.830.811	497.005	342.514	733.931	31.577	717.788	0	5.153.626
Totaal	9.296.587	4.196.929	727.207	1.217.133	114.824	1.267.617	0	16.820.297

Tabel 5.4.5b Kostenschatting van de tijdsbesteding aan vijf categorieën van Wvggz-werkzaamheden, per medewerker (in Euro's) op basis van 97,5^e percentiel (bovengrens van 95% betrouwbaarheidsinterval)

GD	Administratieve medewerkers	Secretarissen	Stafmedewerkers	Secretarissen	Juristen	Juridische medewerkers	Totaal	
Aanvraag en voorbereiding zorgmachtigingen								
3.938.933	3.363.254	128.882	377.529	270.155	263.766	269.561	8.612.081	
Uitvoering zorgmachtigingen								
3.702.434	2.714.734	202.246	315.752	171.917	409.466	168.476	7.685.024	
Beëindiging zorgmachtigingen								
1.239.582	779.229	105.088	72.074	12.280	143.187	33.695	2.385.135	
<i>Subtotaal in het kader van zorgmachtiging</i>								
8.880.949	6.857.218	436.216	765.355	454.352	816.419	471.732	18.682.241	
Werkzaamheden in het kader van andere procedures								
2.462.853	1.563.486	612.685	597.183	257.875	926.950	774.988	7.196.020	
Algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd zijn aan de uitvoering van de Wvggz								
4.966.481	1.131.139	933.899	2.069.548	270.155	2.275.925	101.085	11.748.233	
Totaal	16.310.283	9.551.843	1.982.801	3.432.086	982.382	4.019.293	1.347.806	37.626.494

5.4.3 Kostenschattingen van de totale tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers: een vergelijking met 2014 ten tijde van de Wet Bopz

De totale tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en van vier categorieën van medewerkers die hen ondersteunen (administratieve medewerkers; persoonlijke secretaresses/directiesecretarissen; stafmedewerkers/beleidsmedewerkers; en juristen) kon worden vergeleken met de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz. Deze vergelijking is mogelijk omdat de tijdsbesteding van deze GGZ-actoren in het huidige kostenonderzoek op een vergelijkbare manier is verzameld als een eerder uitgevoerde kostenevaluatie naar de Wet Bopz.¹⁸⁰ In **tabel 5.4.6** is te zien dat de inzet van geneesheer-directeuren en bijna alle ondersteunende medewerkers is toegenomen onder de Wvggz, waarbij verhoudingsgewijs de sterkste stijgingen waarneembaar zijn bij staf-/beleidsmedewerkers en juristen.

¹⁸⁰ J. Nuijen, J. Lokkerbol, M. Tuithof, B. van Wijngaarden. *Kostenevaluatie van de Wet Bopz*. Utrecht: Trimbo-instituut, 2016.

Tabel 5.4.6 De geschatte totale inzet (uitgedrukt in fte) van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers aan de Wvvggz vergeleken met de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz

	Geschat aantal fte t.t.v. de Wvvggz (geëxtrapoleerd naar landelijk niveau)	Geschat aantal fte t.t.v. de Wet Bopz (geëxtrapoleerd naar landelijk niveau)	Geschatte absolute verandering	Geschatte procentuele verandering
Geneesheer-directeur (al dan niet waarnemend)	±56 fte	±41 fte	+ 15 fte	+ 37%
Bopz-secretariaat / administratieve medewerkers Wvvggz	±102 fte	±75 fte	+ 27 fte	+ 36%
Persoonlijke secretaresses / directiesecretaresses	±18 fte	±18 fte	0 fte	0%
Stafmedewerkers / beleidsmedewerkers	±24 fte	±10 fte	+ 14 fte	+ 140%
Juristen (excl. juridische medewerkers)	±22 fte	±7 fte	+ 15 fte	+ 214%

Voor een valide vergelijking qua kosten dienen de kostenschattingen van de inzet in 2014 ten tijde van de Wet Bopz (zie **tabel 5.4.7**, 3^e kolom), nog te worden geïndexeerd naar het jaar 2022. Daarvoor is gebruik gemaakt van de Consumentenprijzen prijsindex (CPI).¹⁸¹ De naar 2022 geïndexeerde kostenschattingen zijn te zien in de 4^e kolom van **tabel 5.4.7**. Uit de laatste kolom van de tabel blijkt dat de ingeschatte kosten van de totale tijdsbesteding van geneesheer-directeuren aan Wvvgz-werkzaamheden bijna 40% hoger lagen dan de hun tijdsbesteding in 2014 ten tijde van de Wet Bopz. Wat betreft administratieve medewerkers (voorheen onder de Wet Bopz: Bopz-secretariaat) ging het om een procentuele stijging van 30%. De relatief sterkste stijgingen waren te zien bij stafmedewerkers/beleidsmedewerkers en juristen. Bij de eerstgenoemde categorie van medewerkers was de kostenschatting van hun tijdsbesteding aan Wvvgz-werkzaamheden ruim twee keer zo hoog als de kostenschatting in 2014 ten tijde van de Wet Bopz. De kosten van de tijdsbesteding van juristen onder de Wvvgz werden zelfs bijna drie keer zo hoog ingeschat vergeleken met de situatie in 2014. In totaal werden de meerkosten geschat op +€ 7.877.977.

181 CPI op basis van StatLine (zie: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83131NED/table>). CPI in 2014 was 99,40 (2015 = 100) en juli 2022 121,57 (2015 = 100). De kosten uit 2014 worden vervolgens geïndexeerd door te vermenigvuldigen met $121,57/99,4 = 1,223$.

Tabel 5.4.7 Vergelijking van de kostenschatting van de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers ten tijde van de Wet Bopz met de kostenschatting ten tijde van de Wvvgz

	Kostenschatting t.t.v. van de Wvvgz	Kostenschatting t.t.v. de Wet Bopz (in 2014)	Kostenschatting t.t.v. de Wet Bopz (geïn- dexeed naar 2022)	Geschatte absolute verandering	Geschatte procentuele verandering
Geneesheer-directeur (al dan niet waarnemend)	€12.610.081	€7.454.000	€9.116.242	+ € 3.493.839	+ 38,3%
Bopz-secretariaat / administratieve medewerkers Wvvgz	€6.561.449	€4.114.000	€5.031.422	+ € 1.530.027	+ 30,4%
Persoonlijke secretaresses / directiesecretaresses	€1.303.784	€1.146.000	€1.401.558	- € 97.774	- 7,0%
Stafmedewerkers / beleidsmedewerkers	€2.216.101	€763.000	€933.149	+ € 1.282.952	+ 137,5%
Juristen (excl. juridische medewerkers)	€2.595.968	€758.000	€927.034	+ € 1.668.934	+ 180,0%
Totaal	€25.287.382		€ 17.409.405	+ € 7.877.977	+ 45,3%

5.4.4 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters aan de procedure voor een zorgmachtiging

5.4.4.1 Inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding per processtap

De kostenschattingen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijken) en onafhankelijke psychiaters aan de procedure voor een zorgmachtiging zijn via een bottom-up benadering gemaakt. Dat wil zeggen dat is uitgegaan van inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) aan de verschillende processtappen in het kader van de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging.

Bij het uitvragen van de inschattingen van de tijdsbesteding is een onderscheid gemaakt tussen directe tijd, indirecte tijd en reistijd. Bij directe tijd gaat het om de gemiddelde tijd waarin in het kader van een processtap contact is geweest met de betrokkene of diens systeem (zoals familieleden, gezinsleden, ouders, partner, andere naasten).¹⁸² Indirecte tijd betreft de gemiddelde tijd die is besteed aan een processtap, maar waarbij de betrokkene (of diens systeem) zelf niet aanwezig is. Het gaat hierbij ook om overleg met collega-zorgverleners (inclusief zo mogelijk de huisarts).

¹⁸² Daarbij kan het gaan om face-to-face contact, telefonisch contact of digitaal contact (zoals e-mail, chatten, videobellen).

Verder werd er bij het vragen naar de gemiddelde tijdsbesteding aan de processtappen in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging een onderscheid gemaakt tussen een eerste zorgmachtiging, en een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging. Voor zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners is bovendien gevraagd om een inschatting te geven van hoeveel extra minuten gemiddeld genomen nodig is om een zorgmachtiging voor te bereiden voor betrokkenen die niet (meer) goed in beeld zijn bij zorgorganisatie.¹⁸³

Uiteindelijk zijn van 16 zorgaanbieders (waaronder 14 geïntegreerde GGZ-instellingen) inschattingen verkregen van de gemiddelde tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters aan de onderscheiden processtappen. Algemeen gesteld bleek er aanzienlijke variatie te bestaan tussen de aanbieders in de inschattingen, vooral wat betreft de gemiddelde tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners. Bij navraag bij de respondenten bleek dat een deel van deze variatie te verklaren is doordat niet alle aanbieders bij de inschattingen zijn uitgegaan van zowel de klinische als de ambulante situatie (oftewel de 'gemiddelde' situatie), maar dat sommige aanbieders (N=3) uitsluitend of hoofdzakelijk zijn uitgegaan van de klinische situatie. Vandaar is de keuze gemaakt om ons te baseren op de 13 aanbieders (waaronder 12 geïntegreerde GGZ-instellingen) die bij de inschattingen van de tijdsbesteding zijn uitgegaan van de 'gemiddelde' situatie.

In de tabellen op de volgende pagina's worden de inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) aan de verschillende processtappen in het kader van de aanvraag en voorbereiding, uitvoering en beëindiging van een zorgmachtiging gepresenteerd voor achtereenvolgens:

- zorgverantwoordelijken: **tabellen 5.4.8a t/m c**
- andere zorgverleners: **tabellen 5.4.9a t/m c**
- onafhankelijke psychiaters: **tabellen 5.4.10a t/m c**

Als wordt gekeken naar de aanvraag en voorbereiding van een zorgmachtiging sprongen de processtappen om te komen tot een zorgplan (art. 5:13 - 5:14 Wvvggz) eruit qua gemiddelde tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners. Zo kostte het een zorgverantwoordelijke gemiddeld naar schatting 4,6 uur (279 minuten) om te komen tot een zorgplan voor een patiënt die goed in beeld was van de zorg én voor wie een eerste zorgmachtiging werd voorbereid, terwijl een andere zorgverlener hier gemiddeld 3,5 uur (211 minuten) kwijt mee was (zie **Tabellen 5.4.8a en 5.4.9a**).

Bij de *uitvoering* van afgegeven zorgmachtigingen besteedden zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners vooral veel tijd aan de processtappen bij het nemen van een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg (art. 8:9 Wvvggz). Voor zorgverantwoordelijken ging het om een gemiddelde van naar schatting 4,0 uur (238 minuten), en voor andere zorgverleners om een gemiddelde van naar schatting 2,5 uur (150 minuten) (zie **Tabellen 5.4.8b en 5.4.9b**).

¹⁸³ D.w.z. de aanvraag is afkomstig vanuit bemoeizorg, waaronder een aanvraag vanuit een college van B&W o.b.v. een verkennend onderzoek.

Tabel 5.4.8a Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van zorgverantwoordelijken aan processtappen i.h.k.v. de aanvraag en voorbereiding van een eerste en aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders)

Processtappen (artikel Wvvggz)	Eerste ZM			Totaal 1 ^e ZM	ZM aansluitend op ZM			Totaal aansluitende ZM
	Directe tijd	Indirecte tijd	Reistijd		Directe tijd	Indirecte tijd	Reistijd	
Aanvraag om de voorbereiding voor een zorgmachtiging te starten (art. 5:3)	44,6	59,0	34,2	137,9	39,2	50,0	34,0	123,2
Ondersteunen van de betrokkene bij het opstellen van een eigen plan van aanpak (art. 5:5)	20,3	15,7	7,0	43,0	17,3	12,2	4,2	33,8
Opstellen van de zorgkaart (art. 5:12)	22,3	16,8	7,0	46,1	17,2	16,1	6,5	39,9
Betrekken van de betrokkene en de vertegenwoordiger bij het zorgplan (art. 5:13)	38,4	16,2	18,7	73,2	35,3	14,0	18,7	68,0
Betrekken van familie en naasten bij het zorgplan (art. 5:13)	29,5	16,2	2,3	48,1	26,8	14,6	2,3	43,7
Overleg met zorgverleners (incl. zo mogelijk de huisarts) over het zorgplan (art. 5:13)	15,7	19,7	0,0	35,4	12,0	21,5	0,0	33,5
Opstellen van het zorgplan (art. 5:13 - 5:14)	12,8	67,5	3,5	83,7	12,5	61,6	3,5	77,6
Overleg over het zorgplan met de onafhankelijke psychiater (art. 5:13 - 5:14)	7,3	17,9	0,0	25,2	7,3	14,5	0,0	21,8
Overleg over het zorgplan met de geneesheer-directeur (art. 5:13 - 5:14)	2,3	11,0	0,0	13,3	2,3	11,0	0,0	13,3
Aanwezigheid bij <u>fysieke</u> zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	41,9	19,0	45,3	106,2	43,0	22,6	52,2	117,9
<i>Totaal: in geval betrokkenen goed in beeld is</i>	<i>235,1</i>	<i>258,9</i>	<i>118,0</i>	<i>612,0</i>	<i>213,0</i>	<i>238,2</i>	<i>121,5</i>	<i>572,6</i>
In geval betrokkene niet (meer) goed in beeld is bij uw zorgorganisatie: hoeveel extra minuten voorbereidingstijd is gemiddeld nodig? *	66,0	142,2	50,6	258,8	33,1	83,7	35,9	152,6
<i>Totaal: in geval betrokkene niet (meer) goed in beeld is</i>	<i>301,1</i>	<i>401,1</i>	<i>168,6</i>	<i>870,8</i>	<i>246,1</i>	<i>321,9</i>	<i>157,3</i>	<i>725,3</i>

* De aanvraag is afkomstig vanuit bemoeizorg, waaronder een aanvraag vanuit een college van B&W o.b.v. een verkennend onderzoek.

Tabel 5.4.8b Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van zorgverantwoordelijken aan processtappen i.h.k.v. de uitvoering van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Directe	Indirecte	Reistijd	Totaal
	tijd	tijd		
Nemen van een beslissing tot verlenen van verplichte zorg, incl. overleg met de betrokkene en familie/naasten (art. 8:9)	49,9	47,4	27,6	124,9
Beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene i.h.k.v. de beslissing (art. 8:9)	23,8	19,5	7,6	50,9
(Indien zorgverantwoordelijke geen psychiater is:) overleg over de beslissing met de geneesheer-directeur (art. 8:9)	6,5	12,9	0,2	19,7
Opstellen van de beslissing met motivering (art. 8:9)	1,2	40,9	0,0	42,0
Nemen van een beslissing tot verlenen van onvoorziene tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties, incl. schriftelijke motivering (art. 8:11 - 8:13)	28,4	46,3	14,6	89,3
Aanvraag verzoekschrift voor wijziging zorgmachtiging bij de officier van justitie, incl. aangepast zorgplan (art. 8:12)	27,0	60,6	3,5	91,1
Uitvoering veiligheidsonderzoek (art. 8:14)	8,5	18,1	4,2	30,8
Informerende van de betrokkene en de vertegenwoordiger over de huisregels (art. 8:15)	6,0	6,0	0,4	12,4
Overplaatsing naar een andere zorgaanbieder, of wijziging van zorgverantwoordelijke (art. 8:16)	19,2	29,5	3,1	51,7
Opstellen van een zelfbindingsverklaring, incl. het zorgplan (art. 4:1 - 4:2)	60,9	74,5	14,6	150,0
Beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene i.h.k.v. de zelfbindingsverklaring en het opstellen van een verklaring inzake wilsbekwaamheid (art. 4:1)	28,5	29,4	13,9	71,7
Evalueren van de verplichte zorg (art. 8:21)	40,4	46,5	17,7	104,5
Totaal	300,1	431,5	107,4	839,0

Tabel 5.4.8c Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van zorgverantwoordelijken aan processtappen i.h.k.v. de beëindiging van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders)

Processtappen (artikel Wvvggz)	Directe	Indirecte	Reistijd	Totaal
	tijd	tijd		
Aanvraag voor tijdelijke onderbreking (schorsing) van verplichte zorg (art. 8:17)	17,3	35,0	3,5	55,8
Verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	36,5	54,2	8,3	99,1
(Indien de geneesheer-directeur afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot beëindiging van de verplichte zorg:) aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg bij officier van justitie (art. 8:19)	15,8	27,3	11,5	54,6
<i>Totaal</i>	<i>69,6</i>	<i>116,5</i>	<i>23,3</i>	<i>209,5</i>

Tabel 5.4.9a Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijke) aan processtappen i.h.k.v. de aanvraag en voorbereiding van een eerste en aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders; m.u.v. indirecte tijd: gebaseerd op inschattingen van 12 aanbieders)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Eerste ZM			Totaal 1 ^e ZM	ZM aansluitend op ZM			Totaal aansluitende ZM
	Directe tijd	Indirecte tijd	Reistijd		Directe tijd	Indirecte tijd	Reistijd	
Aanvraag om de voorbereiding voor een zorgmachtiging te starten (art. 5:3)	25,3	42,1	23,9	91,2	20,7	28,3	23,9	72,9
Ondersteunen van de betrokkene bij het opstellen van een eigen plan van aanpak (art. 5:5)	37,6	23,3	21,5	82,4	35,3	20,8	22,2	78,4
Opstellen van de zorgkaart (art. 5:12)	43,2	22,6	21,2	87,0	35,1	20,1	21,2	76,4
Betrekken van de betrokkene en de vertegenwoordiger bij het zorgplan (art. 5:13)	35,2	12,3	21,2	68,6	24,5	9,8	21,5	55,8
Betrekken van familie en naasten bij het zorgplan (art. 5:13)	36,1	17,2	6,9	60,2	27,1	15,1	6,9	49,1
Overleg met zorgverleners (incl. zo mogelijk de huisarts) over het zorgplan (art. 5:13)	13,5	11,1	4,6	29,2	12,2	10,5	4,6	27,3
Opstellen van het zorgplan (art. 5:13 - 5:14)	6,3	33,8	1,5	41,6	5,4	29,0	1,5	35,9
Overleg over het zorgplan met de onafhankelijke psychiater (art. 5:13 - 5:14)	3,1	6,3	0,0	9,3	3,6	5,4	0,0	9,0
Overleg over het zorgplan met de geneesheer-directeur (art. 5:13 - 5:14)	0,4	2,1	0,0	2,5	0,4	1,3	0,0	1,6
Aanwezigheid bij <u>fysieke</u> zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	33,2	13,5	38,9	85,5	30,7	12,1	38,1	80,9
<i>Totaal: in geval betrokkenen goed in beeld is</i>	<i>233,9</i>	<i>184,1</i>	<i>139,6</i>	<i>557,5</i>	<i>194,8</i>	<i>152,4</i>	<i>140,0</i>	<i>487,3</i>
In geval betrokkene niet (meer) goed in beeld is bij uw zorgorganisatie: hoeveel extra minuten voorbereidingstijd is gemiddeld nodig? *	55,8	107,8	53,8	217,3	30,2	50,7	42,2	123,1
<i>Totaal: in geval betrokkene niet (meer) goed in beeld is</i>	<i>289,6</i>	<i>291,8</i>	<i>193,4</i>	<i>774,8</i>	<i>225,1</i>	<i>203,1</i>	<i>182,2</i>	<i>610,4</i>

* De aanvraag is afkomstig vanuit bemoeizorg, waaronder een aanvraag vanuit een college van B&W o.b.v. een verkennend onderzoek.

Tabel 5.4.9b Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijke) aan processtappen i.h.k.v. de uitvoering van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders; m.u.v. indirecte tijd: gebaseerd op inschattingen van 12 aanbieders)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Directe	Indirecte	Reistijd	Totaal
	tijd	tijd		
Nemen van een beslissing tot verlenen van verplichte zorg, incl. overleg met de betrokkene en familie/naasten (art. 8:9)	43,1	29,8	25,2	98,0
Beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene i.h.k.v. de beslissing (art. 8:9)	8,7	4,0	3,1	15,8
(Indien zorgverantwoordelijke geen psychiater is:) overleg over de beslissing met de geneesheer-directeur (art. 8:9)	1,9	3,7	0,0	5,6
Opstellen van de beslissing met motivering (art. 8:9)	3,5	25,1	2,3	30,9
Nemen van een beslissing tot verlenen van onvoorziene tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties, incl. schriftelijke motivering (art. 8:11 - 8:13)	18,0	28,9	8,9	55,8
Aanvraag verzoekschrift voor wijziging zorgmachtiging bij de officier van justitie, incl. aangepast zorgplan (art. 8:12)	18,9	41,9	2,3	63,2
Uitvoering veiligheidsonderzoek (art. 8:14)	17,7	9,6	119,6	146,9
Informereren van de betrokkene en de vertegenwoordiger over de huisregels (art. 8:15)	11,4	8,8	0,0	20,1
Overplaatsing naar een andere zorgaanbieder, of wijziging van zorgverantwoordelijke (art. 8:16)	14,3	21,0	3,1	38,4
Opstellen van een zelfbindingsverklaring, incl. het zorgplan (art. 4:1 - 4:2)	41,3	31,9	15,4	88,6
Beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene i.h.k.v. de zelfbindingsverklaring en het opstellen van een verklaring inzake wilsbekwaamheid (art. 4:1)	17,8	16,9	6,9	41,6
Evalueren van de verplichte zorg (art. 8:21)	40,9	47,7	16,9	105,4
Totaal	237,4	269,2	203,6	710,2

Tabel 5.4.9c Ingeschatte gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) van andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijke) aan processtappen i.h.k.v. de beëindiging van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders; m.u.v. indirecte tijd: gebaseerd op inschattingen van 12 aanbieders)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Directe	Indirecte	Reistijd	Totaal
	tijd	tijd		
Aanvraag voor tijdelijke onderbreking (schorsing) van verplichte zorg (art. 8:17)	6,9	17,5	1,2	25,6
Verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	26,9	38,3	5,4	70,6
(Indien de geneesheer-directeur afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot beëindiging van de verplichte zorg:) aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg bij officier van justitie (art. 8:19)	13,5	18,3	8,1	39,9
Totaal	47,3	74,2	14,6	136,1

Tabel 5.4.10a Ingeschatte tijdsbesteding (in minuten) van onafhankelijk psychiaters aan processtappen i.h.k.v. de aanvraag en voorbereiding van een eerste en aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Eerste ZM				ZM aansluitend op ZM			Totaal aansluitende ZM
	Directe tijd	Indirecte tijd	Reistijd	Totaal 1 ^e ZM	Directe tijd	Indirecte tijd	Reistijd	
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene die goed in beeld is bij de zorgorganisatie (art. 5:8)	57,9	85,2	42,9	186,0	49,6	85,0	42,9	177,5
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene die niet (meer) goed in beeld is bij de zorgorganisatie (art. 5:8) *	65,1	128,0	78,5	271,6	54,7	111,5	68,4	234,6
Aanwezigheid bij fysieke zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	38,0	22,2	39,7	99,8	37,3	21,9	39,2	98,5
Totaal	161,0	235,3	161,2	557,5	141,6	218,5	150,5	510,6

* De aanvraag is afkomstig vanuit bemoeizorg, waaronder een aanvraag vanuit een college van B&W o.b.v. een verkennend onderzoek.

Tabel 5.4.10b Ingeschatte tijdsbesteding (in minuten) van onafhankelijk psychiaters aan processtappen i.h.k.v. de uitvoering van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders)

Processtappen (artikel Wvvggz)	Directe	Indirecte	Reistijd	Totaal
	tijd	tijd		
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene bij aanvraag verzoekschrift voor wijziging zorgmachtiging bij de officier van justitie (art. 8:12)	45,0	54,6	34,6	134,2

Tabel 5.4.10c Ingeschatte tijdsbesteding (in minuten) van onafhankelijk psychiaters aan processtappen i.h.k.v. de beëindiging van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM) (gebaseerd op inschattingen van 13 zorgaanbieders)

Processtappen (artikel Wvvggz)	Directe	Indirecte	Reistijd	Totaal
	tijd	tijd		
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene bij verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	dv	63,5	33,1	146,9
(Indien de geneesheer-directeur afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot beëindiging van de verplichte zorg:) opstellen van een medische verklaring over een betrokkene bij aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg bij de officier van justitie (art. 8:19)	35,8	56,5	27,3	119,6
<i>Totaal</i>	<i>86,2</i>	<i>120,0</i>	<i>60,4</i>	<i>266,5</i>

5.4.4.2 Voluminagegevens: frequentie waarmee processtappen landelijk zijn uitgevoerd in 2021

Om de gemiddelde tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters aan de onderscheiden processtappen te extrapoleren naar inschattingen van hun totale tijdsbesteding in 2021 is gebruik gemaakt van voluminagegevens. Opgemerkt dient te worden dat het bij de meeste processtappen gaat om een *geschat* voluminagegeven. Bij gebrek aan beschikbare landelijke cijfers moest namelijk in de meeste gevallen informatie uit verschillende databronnen (waaronder de vragenlijst die is uitgezet onder geneesheer-directeuren) worden gecombineerd om tot een inschatting te komen van hoe vaak een processtap in 2021 op landelijk niveau werd uitgevoerd. In de opeenvolgende tabellen hieronder wordt een overzicht gegeven van welk (geschat) voluminagegeven per processtap is uitgegaan, en wat hiervan de bron(nen) was (waren). Dit gebeurt eerst voor zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners (**tabellen 5.4.11a t/m d**), en vervolgens voor onafhankelijke psychiaters **tabellen 5.4.11e t/m f**

Tabel 5.4.11a (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners i.h.k.v. de aanvraag en voorbereiding van een eerste zorgmachtiging (ZM)

Processtappen (artikel Wvzgz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Aanvraag om de voorbereiding voor een zorgmachtiging te starten (art. 5:3)	5.532	0,7853 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 7.044 (aantal aanvragen 1 ^e ZM) ^b	Vragenlijst GD; OMzis
Ondersteunen van de betrokkene bij het opstellen van een eigen plan van aanpak (PvA) (art. 5:5)	356	0,7853 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 0,0574 (gem. % voorbereidingen ZM geschorst vanwege opstellen PvA) x 7.901 (aantal voorbereidingen 1 ^e ZM)	Idem
Opstellen van de zorgkaart (art. 5:12)	2.966	0,7853 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 0,4781 (gem. % ZM-en met zorgkaart) x 7.901 (aantal voorbereidingen 1 ^e ZM)	Idem
Betrekken van de betrokkene en de vertegenwoordiger bij het zorgplan (art. 5:13)	6.205	0,7853 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 7.901 (aantal voorbereidingen 1 ^e ZM)	Idem
Betrekken van familie en naasten bij het zorgplan (art. 5:13)	6.205	Idem	Idem
Overleg met zorgverleners (incl. zo mogelijk de huisarts) over het zorgplan (art. 5:13)	6.205	Idem	Idem
Opstellen van het zorgplan (art. 5:13 - 5:14)	6.205	Idem	Idem
Overleg over het zorgplan met de onafhankelijke psychiater (art. 5:13 - 5:14)	6.205	Idem	Idem
Overleg over het zorgplan met de geneesheer-directeur (art. 5:13 -5:14)	6.205	Idem	Idem
Aanwezigheid bij zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	4.375	0,7853 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 0,7594 (gem. % aanwezigheid bij zitting) ^c x 7.337 (aantal beschikkingen 1 ^e ZM)	Vragenlijst GD; Rvdr

a Vragenlijst GD: vragenlijst uitgezet onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP; het aantal responderende zorgaanbieders varieerde tussen de 13 en 16. OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie. Rvdr: registratiesysteem Raad voor de rechtspraak.

b Waarbij de GD, de persoon die op beroepsmatige wijze zorg verleent, of een forensische zorgaanbieder de aanvrager was.

c In de vragenlijst GD is alleen gevraagd naar de aanwezigheid van de zorgverantwoordelijke bij de zitting. Het gemiddelde aanwezigheidspercentage van 75,9% van de zorgverantwoordelijke is ook gebruikt als 'proxy' van het aanwezigheidspercentage van een andere zorgverantwoordelijke.

Tabel 5.4.11b (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners i.h.k.v. de aanvraag en voorbereiding van een aansluitende zorgmachtiging (ZM)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Landelijke volumina	Toelichting	Bronnen ^a
Aanvraag om de voorbereiding voor een zorgmachtiging te starten (art. 5:3)	8.436	0,9013 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 9.360 (aantal aanvragen aansluitende ZM) ^b	Vragenlijst GD; OMzis
Ondersteunen van de betrokkene bij het opstellen van een eigen plan van aanpak (PvA) (art. 5:5)	486	0,9013 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 0,0574 (gem. % voorbereidingen ZM geschorst vanwege opstellen PvA) x 9.399 (aantal voorbereidingen aansluitende ZM)	Idem
Opstellen van de zorgkaart (art. 5:12)	4.050	0,9013 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 0,4781 (gem. % ZM-en met zorgkaart) x 9.399 (aantal voorbereidingen aansluitende ZM)	Idem
Betrekken van de betrokkene en de vertegenwoordiger bij het zorgplan (art. 5:13)	8.471	0,9013 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 9.399 (aantal voorbereidingen aansluitende ZM)	Idem
Betrekken van familie en naasten bij het zorgplan (art. 5:13)	8.471	Idem	Idem
Overleg met zorgverleners (incl. zo mogelijk de huisarts) over het zorgplan (art. 5:13)	8.471	Idem	Idem
Opstellen van het zorgplan (art. 5:13 - 5:14)	8.471	Idem	Idem
Overleg over het zorgplan met de onafhankelijke psychiater (art. 5:13 - 5:14)	8.471	Idem	Idem
Overleg over het zorgplan met de geneesheer-directeur (art. 5:13 - 5:14)	8.471	Idem	Idem
Aanwezigheid bij zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	6.109	0,9013 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 0,7594 (gem. % aanwezigheid bij zitting) ^c x 8.925 (aantal beschikkingen aansluitende ZM)	Vragenlijst GD; Rvdr

a Vragenlijst GD: vragenlijst uitgezet onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP; het aantal responderende zorgaanbieders varieerde tussen de 13 en 16. OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie. Rvdr: registratiesysteem Raad voor de rechtspraak.

b Waarbij de GD, de persoon die op beroepsmatige wijze zorg verleent, of een forensische zorgaanbieder de aanvrager was.

c In de vragenlijst GD is alleen gevraagd naar de aanwezigheid van de zorgverantwoordelijke bij de zitting. Het gemiddelde aanwezigheidspercentage van 75,9% van de zorgverantwoordelijke is ook gebruikt als 'proxy' van het aanwezigheidspercentage van een andere zorgverantwoordelijke.

Tabel 5.4.11c (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners i.h.k.v. de uitvoering van een eerste of aansluitende zorgmachtiging (ZM).

Processtappen (artikel Wvzgz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Nemen beslissing tot verlenen van verplichte zorg, incl. overleg met de betrokkene en familie/naasten (art. 8:9)	111.570	19,9 (gem. aantal toepassingen verplichte zorg o.g.v. een ZM) x 0,37 (gem. % ZM-en waarin uitvoering is gegeven aan verplichte zorg) x 15.152,8 (aantal toegewezen ZM-en)	IGJ; GGZ-instellingen ; OMzis; Rvdr
Beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene i.h.k.v. de beslissing (art. 8:9)	111.570	Idem	Idem
Opstellen van de beslissing met motivering (art. 8:9)	111.570	Idem	Idem
(Indien zorgverantwoordelijke geen psychiater is:) overleg over beslissing met de geneesheer-directeur (art. 8:9)	16.021	0,1436 (gem. % zorgverantwoordelijke geen psychiater) x 111.570	Idem, plus vragenlijst GD
Nemen van een beslissing tot verlenen van onvoorziene tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties, incl. schriftelijke motivering (art. 8:11 - 8:13)	1.294	0,0854 (gem. % onvoorziene tijdelijke verplichte zorg tijdens een ZM) x 15.152,8 (aantal toegewezen ZM-en)	Vragenlijst GD; OMzis; Rvdr
Aanvraag verzoekschrift voor wijziging zorgmachtiging bij de officier van justitie, incl. aangepast zorgplan (art. 8:12)	411	Aantal aanvragen verzoekschrift wijziging zorgmachtiging	OMzis
Uitvoering veiligheidsonderzoek (art. 8:14)	596	0,0393 (gem. % veiligheidsonderzoek tijdens een ZM) x 15.152,8 (aantal toegewezen ZM-en)	Vragenlijst GD; OMzis; Rvdr
Informereren van de betrokkene en de vertegenwoordiger over de huisregels (art. 8:15)	4.112	0,2714 (gem. % ZM-en op grond waarvan niet-opgenomen patiënten verplicht werden opgenomen) x 15.152,8 (aantal toegewezen ZM-en)	Idem
Overplaatsing naar een andere zorgaanbieder, of wijziging van zorgverantwoordelijke (art. 8:16)	4.697	0,31 (gem. % ZM-en waarbij sprake was van overplaatsing of toewijzing andere zorgverantwoordelijke) x 15.152,8 (aantal toegewezen ZM-en) ^b	Idem
Opstellen van een zelfbindingsverklaring, incl. het zorgplan (art. 4:1 - 4:2)	256	Aantal nieuw opgestelde zelfbindingsverklaringen	OMzis
Beoordelen van de wilsbekwaamheid van de betrokkene i.h.k.v. de zelfbindingsverklaring en het opstellen van een verklaring inzake wilsbekwaamheid (art. 4:1)	256	Idem	Idem

Processtappen (artikel Wvvgz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Evalueren van de verplichte zorg (art. 8:21)	15.153	Aantal toegewezen ZM-en ^b	OMzis; Rvdr

- a IGJ: geaggregeerd gegevensbestand over de toepassing van verplichte zorg van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd t.b.v. de wetsevaluatie. GGZ-instellingen: gegevens van zes geïntegreerde GGZ-instellingen. Vragenlijst GD: vragenlijst uitgezet onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP; het aantal responderende zorgaanbieders varieerde tussen de 13 en 16. OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie. Rvdr: registratiesysteem Raad voor de rechtspraak.
- b Uitgegaan is van het evaluatiemoment waarop besloten wordt om al dan niet een aansluitende ZM te gaan aanvragen. Dus tussentijdse evaluatiemomenten op basis waarvan tijdens de looptijd van een ZM wordt besloten om toegepaste vormen van verplichte zorg al dan niet te beëindigen zijn niet meegenomen.

Tabel 5.4.11d (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners i.h.k.v de beëindiging van een eerste/aansluitende zorgmachtiging (ZM)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Aanvraag voor tijdelijke onderbreking (schorsing) van verplichte zorg (art. 8:17)	405	0,0267 (gem. % ZM waarbij verplichte zorg tijdelijk wordt onderbroken) x 15.152,8 (aantal toegewezen ZM-en)	Vragenlijst GD; OMzis; Rvdr
Verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	502	Aantal besluiten door GD tot beëindiging verplichte zorg	OMzis
Aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg bij officier van justitie (art. 8:19) ^b	54	Aantal aanvragen verzoekschrift beëindiging verplichte zorg o.g.v. een ZM	OMzis

- a Vragenlijst GD: vragenlijst uitgezet onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP; het aantal responderende zorgaanbieders varieerde tussen de 13 en 16. OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie. Rvdr: registratiesysteem Raad voor de rechtspraak.
- b Indien de geneesheer-directeur afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot beëindiging van de verplichte zorg.

Tabel 5.4.11e (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor onafhankelijk psychiaters i.h.k.v. de aanvraag of voorbereiding van een eerste zorgmachtiging

Processtappen (artikel Wvggz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene die goed in beeld is bij de zorgorganisatie (art. 5:8)	6.373	0,7853 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 8.155 (aantal aanvragen 1 ^e ZM)	Vragenlijst GD; OMzis
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene die niet (meer) goed in beeld is bij de zorgorganisatie (art. 5:8)	1.742	0,2147 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 8.155 (aantal aanvragen 1 ^e ZM)	Idem
Aanwezigheid bij zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	243	0,0331 (gem. % aanwezigheid bij zitting) x 7.337 (aantal beschikkingen 1 ^e ZM)	Vragenlijst GD; Rvdr

a Vragenlijst GD: vragenlijst uitgezet onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP; het aantal responderende zorgaanbieders varieerde tussen de 13 en 16. OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie. Rvdr: registratiesysteem Raad voor de rechtspraak.

Tabel 5.4.11f (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor onafhankelijk psychiaters i.h.k.v. de aanvraag of voorbereiding van een aansluitende zorgmachtiging

Processtappen (artikel Wvggz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene die goed in beeld is bij de zorgorganisatie (art. 5:8)	8.437	0,9013 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 9.361 (aantal aanvragen aansluitende ZM)	Vragenlijst GD; OMzis
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene die niet (meer) goed in beeld is bij de zorgorganisatie (art. 5:8)	989	0,1057 (gem. % betrokkenen goed in beeld) x 9.361 (aantal aanvragen aansluitende ZM)	Idem
Aanwezigheid bij zitting van de rechtbank (art. 6:1, lid 6)	295	0,0331 (gem. % aanwezigheid bij zitting) x 8.925 (aantal beschikkingen aansluitende ZM)	Vragenlijst GD; Rvdr

a Vragenlijst GD: vragenlijst uitgezet onder geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP; het aantal responderende zorgaanbieders varieerde tussen de 13 en 16. OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie. Rvdr: registratiesysteem Raad voor de rechtspraak.

Tabel 5.4.11g (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor onafhankelijk psychiaters i.h.k.v. de uitvoering van een eerste of aansluitende zorgmachtiging

Processtappen (artikel Wvvgz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene bij aanvraag verzoekschrift voor wijziging zorgmachtiging bij de officier van justitie (art. 8:12)	411	Aantal aanvragen verzoekschrift wijziging zorgmachtiging	OMzis

a OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie.

Tabel 5.4.11h (Geschatte) voluminagegevens in 2021 inzake de processtappen voor onafhankelijk psychiaters i.h.k.v. de beëindiging van een zorgmachtiging

Processtappen (artikel Wvvgz)	Landelijke		Bronnen ^a
	volumina	Toelichting	
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene bij verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	502	Aantal besluiten door GD tot beëindiging verplichte zorg	OMzis
Opstellen van een medische verklaring over een betrokkene bij aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg bij de officier van justitie (art. 8:19) ^b	54	Aantal aanvragen verzoekschrift beëindiging verplichte zorg o.g.v. een ZM	OMzis

a OMzis: registratiesysteem Openbaar Ministerie.

b Indien de geneesheer-directeur afwijzend of niet tijdig beslist op een aanvraag tot beëindiging van de verplichte zorg.

5.4.4.3 Kosten inzet van de zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters

De kosten van deze actoren zijn gewaardeerd op basis van salariering gegevens inclusief opslagpercentages voor huisvesting, overhead (38,0%) en werkgeverslasten (39,0%) (voor het jaar 2022). **Tabel 5.4.12a** laat dit zien voor de psychiater, hetzij in de rol als zorgverantwoordelijke hetzij in de rol als onafhankelijke psychiater. Uitgaande van 14 responderende zorgaanbieders, was in een ruime meerderheid (85,6%) van de gevallen dat een zorgmachtiging in 2021 werd voorbereid de zorgverantwoordelijke een psychiater. In de overige gevallen, is een procentuele verdeling uitgevraagd van de professionele achtergrond van de zorgverantwoordelijken die geen psychiater zijn om zo tot een gewogen kostprijs te komen (zie **tabel 5.4.12b**). Ook voor de andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijken) die tijd besteden aan de processtappen in het kader van een zorgmachtiging is een procentuele verdeling van hun professionele achtergrond uitgevraagd om een gewogen kostprijs te bepalen (zie **tabel 5.4.12c**).

Tabel 5.4.12a Kostenschattingen van de inzet van zorgverantwoordelijken (zijnde psychiater) en onafhankelijke psychiaters

	CAO	Salarisschaal	Maandsalaris	Totale kosten per maand	Totale kosten per minuut
Psychiater	GGZ	Medisch Specialisten (trede 5)	€9.352	€ 20.929	€2,42

Tabel 5.4.12b Procentuele verdeling en gewogen kostenschattingen van de inzet van zorgverantwoordelijken (niet zijnde psychiater)

	Procentuele verdeling	CAO	Salarisschaal	Maandsalaris	Gewogen kosten per minuut
Klinisch (neuro)psycholoog	24,6	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.126	€ 0,39
GZ-psycholoog	14,9	GGZ	65 (trede 6)	€ 5.096	€ 0,20
Verpleegkundig specialist GGZ	49,9	GGZ	65 (trede 6)	€ 5.096	€ 0,66
Verslavingsarts	3,3	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.126	€ 0,05
Specialist ouderengeneeskunde	1,2	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.126	€ 0,02
Klinisch geriater	6,1	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.126	€ 0,10
Totaal					€ 1,41

Tabel 5.4.12c Kostenschattingen van de inzet van andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijken)

Andere zorgverleners	CAO	Salarisschaal	Gewogen kosten per	
			Maandsalaris	minuut
Coassistent	NVT	NVT	€ -	€ -
AIOS (arts in opleiding tot specialist) of ANIOS (arts niet in opleiding tot specialist)	GGZ	65 (trede 6)	€ 5.096	€ 0,40
Psychiater	GGZ	Medisch Specialisten (trede 5)	€ 9.352	€ 0,39
Verslavingsarts	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.373	€ 0,04
Andere medisch specialist (niet zijnde psychiater of verslavingsarts)	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.373	€ 0,01
Verpleegkundig specialist GGZ	GGZ	65 (trede 6)	€ 5.096	€ 0,15
Verpleegkundige	GGZ	50 (trede 6)	€ 3.604	€ 0,16
Case manager FACT-team of ander ambulans team	GGZ	50 (trede 6)	€ 3.604	€ 0,11
Klinisch (neuro)psycholoog	GGZ	70 (trede 6)	€ 6.126	€ 0,02
GZ-psycholoog	GGZ	65 (trede 6)	€ 5.096	€ 0,05
Basis-psycholoog	GGZ	55 (trede 6)	€ 4.060	€ 0,00
Anders	GGZ	40 (trede 6)	€ 2.857	€ 0,02
Totaal				€ 1,36

5.4.4.4 Kosteninschattingen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters aan de procedure voor een zorgmachtiging

Door de gemiddelde kosten (per minuut) voor elke van de drie actoren te vermenigvuldigen met de gemiddelde tijdsbesteding (in minuten) per processtap en het bijbehorende geschatte landelijk voluminagegeven, zijn vervolgens kostenschattingen verkregen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters aan de procedure voor een zorgmachtiging (**tabel 5.4.13**).

Uitgaande van de geschatte totale kosten van €126.203.110, representeerden de activiteiten van zorgverantwoordelijken met 65,7% (€82.906.240) veruit het grootste deel van de kosten, op afstand gevolgd door de werkzaamheden van andere zorgverleners (27,4%; €34.631.568). Het aandeel van de kosten van de tijdsbesteding van onafhankelijke psychiaters was met 6,9% (€8.665.302) relatief bescheiden, wat verklaard kan worden omdat hun rol afgebakend is (het opstellen van medische verklaringen).

Uitgaande van de geschatte totale kosten van hun inzet aan de procedure voor een zorgmachtiging, was voor zowel zorgverantwoordelijken (73,4%; €60.870.380) als andere zorgverleners (73,0%; €25.285.818) bijna driekwart van de kosten verbonden aan de tijd die zij besteedden aan processtappen in het kader van de *uitvoering* van afgegeven zorgmachtigingen. De kosten van hun tijdsbesteding aan processtappen in het kader van de *aanvraag en voorbereiding* van zorgmachtigingen vertegenwoordigden ruim een kwart van de totale kostenschatting (zorgverantwoordelijken: 26,4%; €21.864.474; en andere zorgverleners: 26,8%; €9.264.704).

Uit **tabel 5.4.13** kan verder worden afgeleid dat de processtappen bij het nemen van een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg (art. 8:9 Wvvgz) voor een groot deel verantwoordelijk waren voor de geschatte totale kosten die waren verbonden aan de uitvoering van zorgmachtigingen (zorgverantwoordelijken: 92,1%; €56.074.523; en andere zorgverleners: 88,6%; €22.412.471). Dit komt ten eerste doordat – zoals eerder aangegeven – deze processtappen zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners gemiddeld relatief veel tijd kostten. Daarnaast werden deze processtappen vaak uitgevoerd gedurende een zorgmachtiging (zie **Tabel 5.4.11c**).

Verder is te zien dat bij de *aanvraag en voorbereiding* van zorgmachtigingen de processtappen om te komen tot een zorgplan (art. 5:13 - 5:14 Wvvgz) eruit sprongen qua kosten. De kosten van de tijd die zorgverantwoordelijken besteedden aan deze processtappen besloegen 40,8% (€8.917.902) van de geschatte kosten van hun totale tijdsbesteding aan het aanvragen en voorbereiden van zorgmachtigingen. Bij andere zorgverleners ging het met 41,4% (€3.836.402) om een vergelijkbaar aandeel van de kostenschatting van hun tijdsbesteding. De hoge kosten die verbonden zijn aan het realiseren van een zorgplan werden allereerst veroorzaakt doordat zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners relatief veel tijd kwijt waren aan de benodigde processtappen, zoals eerder aangegeven. Een tweede factor is dat een zorgplan altijd dient te worden opgesteld in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging.

Tabel 5.4.13 Kostenschattingen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners (niet zijde zorgverantwoordelijken) en onafhankelijke psychiaters aan de procedure voor een zorgmachtiging aan processtappen in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging (ZM)

Processtappen (artikel Wvvgz)	Zorgverantwoordelijken	Andere zorgverleners	Onafhankelijke psychiaters
<i>Aanvraag en voorbereiding zorgmachtiging (totaal)</i>	€ 21.864.474	€ 9.264.704	€ 8.337.354
Aanvraag om de voorbereiding voor een zorgmachtiging te starten (art. 5:3)	€ 4.104.368	€ 1.519.821	N.v.t.
Opstellen medische verklaring (art. 5:8)	N.v.t.	N.v.t.	€ 8.208.163
Ondersteunen van de betrokkene bij het opstellen eigen plan van aanpak (art. 5:5)	€ 72.276	€ 91.582	N.v.t.
Opstellen van de zorgkaart (art. 5:12)	€ 678.908	€ 770.586	N.v.t.
Opstellen van zorgplan (art. 5:13 - 5:14)	€ 8.917.902	€ 3.836.402	N.v.t.
Fysieke zitting (art. 6:1, lid 6) ^a	€ 3.773.909	€ 1.178.425	€ 129.191
Extra kosten voorbereidingstijd voor betrokkenen die niet (meer) goed in beeld zijn	€ 4.317.112	€ 1.867.888	N.v.t.
<i>Uitvoering zorgmachtiging (totaal)</i>	€ 60.870.380	€ 25.285.818	€ 133.646
Beslissing verlenen verplichte zorg (art. 8:9)	€ 56.074.523	€ 22.412.471	N.v.t.
Beslissing verlenen van onvoorziene tijdelijke verplichte zorg in noodsituaties (art. 8:11 - 8:13)	€ 263.215	€ 99.706	N.v.t.
Wijziging zorgmachtiging (art. 8:12)	€ 85.256	€ 35.858	N.v.t.
Opstellen medische verklaring bij aanvraag wijziging zorgmachtiging (art. 8:12)	N.v.t.	N.v.t.	€ 133.646
Uitvoering veiligheidsonderzoek (art. 8:14) en informeren over de huisregels (art. 8:15)	€ 157.686	€ 235.221	N.v.t.
Overplaatsing, of wijziging van zorgverantwoordelijke (art. 8:16)	€ 552.995	€ 249.139	N.v.t.
Zelfbindingsverklaring (art. 4:1 - 4:2)	€ 129.255	€ 46.056	N.v.t.
Evalueren van de verplichte zorg (art. 8:21) ^b	€ 3.607.450	€ 2.207.366	N.v.t.
<i>Beëindiging zorgmachtiging (totaal)</i>	€ 171.385	€ 81.047	€ 194.302
Tijdelijke onderbreking (schorsing) verplichte zorg (art. 8:17)	€ 51.388	€ 17.484	N.v.t.
Verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	€ 113.279	€ 59.924	N.v.t.
Aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg bij officier van justitie (art. 8:19)	€ 6.717	€ 3.639	N.v.t.
Opstellen medische verklaring bij verzoek beëindiging verplichte zorg (art. 8:18)	N.v.t.	N.v.t.	€ 178.655
Opstellen medische verklaring bij aanvraag verzoekschrift beëindiging verplichte zorg (art. 8:19)	N.v.t.	N.v.t.	€ 15.647
<i>Totale kosten procedure voor een ZM</i>	€ 82.906.240	€ 34.631.568	€ 8.665.302

a Er is uitgegaan van een fysieke zitting (dus inclusief reistijd) zodat kostenschattingen van de totale tijdsbesteding aan zittingen konden worden gemaakt uitgaande van normale omstandigheden (zonder invloed van corona-maatregelen).

- b Uitgegaan is van het evaluatiemoment waarop besloten wordt om al dan niet een aansluitende ZM te gaan aanvragen. Dus tussentijdse evaluatiemomenten op basis waarvan tijdens de looptijd van een ZM wordt besloten om toegepaste vormen van verplichte zorg al dan niet te beëindigen zijn niet meegenomen.

5.4.4.5 Onzekerheidsanalyse (probabilistisch)

Bij elke doorrekening is het van belang te erkennen dat de gemiddelde geschatte inputwaarden niet per definitie overeen komen met de werkelijkheid en dat deze waardes hoger of lager kunnen uitvallen als gevolg van de zogenoemde parameteronzekerheid. Daarom zijn de hoofdanalyses niet alleen deterministisch gedaan, gebruikmakend van gemiddelden/puntschattingen, maar ook probabilistisch. Bij een probabilistische (onzekerheids-)analyse wordt er aan elke parameter een bepaalde verdeling toegekend (bijv. een normaalverdeling of een BETA-pert verdeling). Vervolgens wordt er voor elke parameters steeds random een waarde geschat op basis van deze verdeling, om zo steeds variërende schattingen (simulaties) te verkrijgen met betrekking tot de inputparameters van het rekenmodel. Bij de probabilistische sensitiviteitsanalyse in dit kostenonderzoek zijn 1.000 simulaties gedaan, resulterend in 1.000 verschillende kostenschattingen van de tijdsbesteding van de GGZ-actoren.

Het 95% betrouwbaarheidsinterval voor de kostenschattingen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters is gebaseerd op de empirische gegevens die door de responderende zorgaanbieders zijn gegeven via de vragenlijst. Met de gemiddelde tijdsbesteding per processtap per zorgaanbieder is het mogelijk om een statistische verdeling op te stellen voor de gemiddelde tijdsbesteding per processtap (dus het gemiddelde van alle responderende instellingen samen). Omdat gegevens met betrekking tot de gemiddelde tijdsbesteding en de minimale en maximale gerapporteerde tijdsbesteding beschikbaar waren, is voor de tijdsbesteding van elke processtap de BETA-pert verdeling gebruikt. Vervolgens zijn er voor de tijdsbesteding van elke processtap 1.000 trekkingen (of simulaties) gedaan uit deze verdeling. Voor elke van deze 1.000 simulaties zijn vervolgens de totale kosten berekend. Om tot het 95% betrouwbaarheidsinterval te komen is daarna gekeken naar het 2,5^e percentiel en het 97,5^e percentiel corresponderend met deze 1.000 schattingen (zie **tabel 5.4.14**).

Tabel 5.4.14 Kostenschatting inclusief betrouwbaarheidsintervallen (BI) voor het voorbereiden, uitvoeren, en beëindigen van een zorgmachtiging (in Euro's) voor zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners, en onafhankelijke psychiaters

	Zorgverant- woordelijken	Andere zorgverleners	Onafhankelijke psychiaters	Totaal
Aanvraag en voorbereiding zorgmachtiging	€ 21.864.474	€ 9.264.704	€ 8.337.354	
95%BI – 2,5 ^e percentiel (laag)	€ 21.235.886	€ 8.539.137	€ 7.042.431	
95% BI – 97,5 ^e percentiel (hoog)	€ 28.062.605	€ 13.346.485	€ 9.844.685	
Uitvoering zorgmachtiging	€ 60.870.380	€ 25.285.818	€ 133.646	
95%BI – 2,5 ^e percentiel (laag)	€ 51.541.308	€ 25.044.777	€ 90.779	
95% BI – 97,5 ^e percentiel (hoog)	€ 86.866.379	€ 52.653.585	€ 205.882	
Beëindiging zorgmachtiging	€ 171.385	€ 81.047	€ 194.302	
95%BI – 2,5 ^e percentiel (laag)	€ 129.080	€ 58.041	€ 142.777	
95% BI – 97,5 ^e percentiel (hoog)	€ 255.314	€ 140.939	€ 272.928	
<i>Totale kosten procedure zorgmachtiging</i>	€ 82.906.240	€ 34.631.568	€ 8.665.302	€ 126.203.110
95%BI – 2,5 ^e percentiel (laag)	€ 72.906.274	€ 33.641.954	€ 7.275.987	€ 113.824.215
95% BI – 97,5 ^e percentiel (hoog)	€ 115.184.298	€ 66.141.010	€ 10.323.495	€ 191.648.802

5.5 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn voor 2021 kostenschattingen gemaakt van de tijdsbesteding van actoren binnen het OM (Ovj-en, parketsecretarissen en administratief medewerkers), de rechtspraak (rechters en juridische medewerkers) en de GGZ (geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers; zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters) aan de procedure voor een zorgmachtiging. Tevens zijn voor de totale inzet van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers in het kader van de Wvvgz, en de daaraan verbonden kosten, vergelijkingen gemaakt met 2014 ten tijde van de Wet Bopz. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen op een rij gezet.¹⁸⁴ Vervolgens wordt stilgestaan bij de sterktes en beperkingen van het kostenonderzoek, waarna wordt afgesloten met conclusies.

5.5.1 Samenvatting

OM en rechtspraak

Tabel 5.5.1 geeft een overzicht van de kostenschattingen van de tijdsbesteding van de actoren binnen het OM. Te zien is dat de totale kosten van de inzet van Ovj-en, parketsecretarissen en administratief

¹⁸⁴ In de tekst van par. 5.5 worden kostenschattingen afgerond naar duizendtallen.

medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging in 2021 worden geschat op €4.066.000, met een redelijk gelijke verdeling van de kosten over de drie actoren.

Tabel 5.5.1 Overzicht kostenschattingen van de tijdsbesteding van actoren binnen het openbaar ministerie (OM) aan de procedure voor een zorgmachtiging (ZM)

Processtap	Administratief			Totaal
	OvJ	Parketsecretaris	medewerker	
Aanvraag verzoekschrift ZM (incl. afwijzing aanvraag ZM o.g.v. art. 5:3)	€ 510.308	€ 461.942	€ 487.289	€ 1.459.539
Vorbereiding verzoekschrift ZM	€ 564.030	€ 706.153	€ 583.671	€ 1.853.854
Indienen verzoekschrift ZM bij rechtbank	€ 73.933	€ 88.355	€ 331.531	€ 493.819
Zitting (waarbij OvJ aanwezig is) ^a ; en behandeling rechtbank	€ 141.380	€ 7.230	€ 12.679	€ 161.289
Handelingen na toewijzing ZM	€ 42.307	€ 29.532	€ 25.495	€ 97.335
Totaal procedure voor een ZM	€ 1.331.958	€ 1.293.212	€ 1.440.666	€ 4.065.836
<i>Ondergrens totaal</i> ^b	<i>€ 919.051</i>	<i>€ 892.317</i>	<i>€ 994.059</i>	<i>€ 2.805.427</i>
<i>Bovengrens totaal</i> ^c	<i>€ 1.744.865</i>	<i>€ 1.694.108</i>	<i>€ 1.887.272</i>	<i>€ 5.326.245</i>

a Reistijd is meegenomen zodat kostenschattingen van tijdsbesteding konden worden gemaakt uitgaande van normale omstandigheden (zonder invloed van corona-maatregelen).

b 2,5^e percentiel van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

c 97,5^e percentiel van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

Bij OvJ-en was het grootste deel van de kosten gerelateerd aan de tijd die zij besteedden aan het voorbereiden van verzoekschriften voor een zorgmachtiging (42,3%; €564.000), op korte afstand gevolgd door de kosten van hun tijdsbesteding aan aanvragen voor de voorbereiding van een verzoekschrift (OvJ: 38,3%; €510.000). Voor de andere twee actoren was hetzelfde beeld te zien, maar wel met een groter verschil tussen de geschatte kosten die waren verbonden aan het voorbereiden van verzoekschriften (parketsecretarissen: 54,6%; €706.000; administratief medewerkers: 40,5%; €584.000) en het aanvragen van verzoekschriften (parketsecretarissen: 35,7%; €462.000; en administratief medewerkers: 33,8%; € 487.000). Voor administratief medewerkers was daarnaast de tijdsbesteding aan het indienen van verzoekschriften voor een zorgmachtiging bij de rechter een verhoudingsgewijs hoge kostenpost (€332.000), wat neerkomt op 23,0% van de geschatte totale kosten van hun inzet aan de procedure voor een zorgmachtiging.

De totale kosten van de tijdsbesteding van rechters en juridische medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging werden geschat op €12.408.000 (zie **tabel 5.5.2**). Ruim de helft (52,2%; €6.479.000) van de totale kostenschattings was verbonden aan de tijd die zij besteedden aan het behandelen van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging. Dit komt doordat deze aanleiding voor een machtigingsverzoek in 2021 veruit het vaakst werd behandeld door de rechtbank. Als wordt gekeken naar de geschatte gemiddelde tijdsbesteding, nam de

behandeling van verzoekschrift voor een eerste zorgmachtiging meer tijd in beslag (rechters: 280 minuten; juridische medewerkers: 300 minuten) dan een verzoekschrift voor een zorgmachtiging aansluitend op een zorgmachtiging of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (rechters: 253 minuten; juridische medewerkers: 271 minuten; voor beide aanleidingen voor het verzoekschrift).

Tabel 5.5.2 Overzicht kostenschattingen van de tijdsbesteding van actoren binnen de rechtspraak aan de procedure voor een zorgmachtiging (ZM)

Processtap	Juridisch		
	Rechters	medewerker	Totaal
Eerste ZM	€ 1.899.584	€ 1.088.866	€ 2.988.450
ZM aansluitend op een ZM	€ 4.118.144	€ 2.360.574	€ 6.478.718
ZM aansluitend op een VCM	€ 1.587.735	€ 910.110	€ 2.497.845
Overige zaken i.h.k.v. een ZM ^a	€ 213.826	€ 228.695	€ 442.521
<i>Totaal procedure voor een ZM</i>	€ 7.819.288	€ 4.588.246	€ 12.407.534
<i>Ondergrens totaal</i> ^b	€ 7.165.635	€ 4.193.314	€ 11.358.949
<i>Bovengrens totaal</i> ^c	€ 8.477.420	€ 4.962.413	€ 13.439.833

a De restcategorie 'overige zaken' vertegenwoordigde 2,8% van alle zaken die rechters in 2021 hebben behandeld in het kader van een zorgmachtiging. Het gaat hier o.a. om het behandelen van verzoekschrift voor een zorgmachtiging naar aanleiding van een zelfbindingsverklaring, het wijzigen van een zorgmachtiging, of het beëindigen van verplichte zorg.

b 2,5^e percentiel van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

c 97,5^e percentiel van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

GGZ

Tabel 5.5.3 laat zien dat de totale kosten van de tijdsbesteding van actoren binnen de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging worden geschat op €139.489.000, waarbij verreweg het grootste deel (90,5%; €126.203.000) verbonden was aan de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters. De geschatte kosten van €13.286.000 van de inzet van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers vormden 9,5% van de totale kostenschatting voor de GGZ. In het vervolg van deze paragraaf wordt apart voor deze twee groepen van GGZ-actoren stilgestaan bij de belangrijkste bevindingen.

Geneesheer-directeur en ondersteunende medewerkers

Uitgaande van de geschatte totale kosten van €13.286.000 die gemoeid gingen met de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging, was circa de helft (51,7%; €6.866.000) daarvan verbonden aan werkzaamheden van geneesheer-directeuren, terwijl de tijd die administratief medewerkers besteedden aan de procedure ongeveer een derde (35,5%; €4.710.000) van de kosten vertegenwoordigde. Het aandeel van de

kosten van de tijdsbesteding van andere ondersteunende medewerkers was beduidend lager, variërend van 4,0% (juristen) tot 1,3% (juridische medewerkers).

Zowel geneesheer-directeuren als administratieve medewerkers besteedden de meeste tijd aan processtappen in het kader van de *aanvraag en voorbereiding* van zorgmachtigingen, gevolgd door processtappen tijdens de *uitvoering* van afgegeven zorgmachtigingen. Uitgaande van de geschatte totale kosten van €6.866.000 van de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren aan de procedure voor een zorgmachtiging, vertegenwoordigde de aanvraag en voorbereiding van zorgmachtigingen 44,4% van de kosten, en de uitvoering van zorgmachtigingen 41,7%. Voor administratief medewerkers waren deze percentages respectievelijk 49,0% en 39,6%, uitgaande van de geschatte totale kosten van €4.710.000 die gemoed gingen met hun inzet aan de machtigingsprocedure. Processtappen in het kader van de *beëindiging* van afgegeven zorgmachtigingen kostten beide actoren beduidend minder tijd, en gingen daarmee ook gepaard met beduidend lagere kosten (zie **tabel 5.5.3**).

De tijdsbesteding aan de procedure voor een zorgmachtiging vormde een groot aandeel van het totaal aan werkzaamheden van geneesheer-directeuren en administratief medewerkers in het kader van de Wvvgz. Bij geneesheer-directeuren had naar schatting ruim de helft (54,5%) van hun tijdsbesteding aan Wvvgz-werkzaamheden betrekking op de procedure voor een zorgmachtiging; bij administratief medewerkers Wvvgz lag dit geschatte percentage met 71,8% nog hoger. Bijgevolg vertegenwoordigden de geschatte totale kosten van de tijd die geneesheer-directeuren, administratief medewerkers én de andere ondersteunende medewerkers besteedden aan de procedure voor een zorgmachtiging (€13.286.000) ongeveer de helft (50,6%) van de geschatte totale kosten van al hun Wvvgz-werkzaamheden (€26.273.000). Naast de relatief grote tijdsbesteding aan de procedure voor een zorgmachtiging, besteedden geneesheer-directeuren naar schatting 15% van hun tijd aan andere procedures¹⁸⁵, wat betekent dat 30% van hun tijd werd gebruikt voor algemene werkzaamheden die (direct of indirect) gerelateerd waren aan de uitvoering van de Wvvgz. Deze bevinding lijkt aan te sluiten bij de in de praktijk gehoorde kritiek dat de geneesheer-directeur een intensieve bemoeienis heeft met de afhandeling van individuele procedures, waardoor minder tijd overblijft voor het uitoefenen van een meer afstandelijke rol, gericht op het in algemene zin monitoren en bewaken van de algemene kwaliteit van de toegepaste (verplichte) zorg.¹⁸⁶

Een in 2014 uitgevoerd kostenonderzoek naar de Wet Bopz maakte het mogelijk om na te gaan in hoeverre de invoering van de Wvvgz gepaard is gegaan met een toename op landelijk niveau in de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers in 2021, en de kosten die daaraan zijn verbonden. Ten opzichte van 2014 is de totale tijdsbesteding van geneesheer-directeuren naar schatting met 15 fte toegenomen (+37%), wat in termen van geschatte kosten neerkomt op een stijging van €3.494.000 (+38%). Voor administratieve medewerkers Wvvgz ging het om geschatte stijgingen van respectievelijk 27 fte (+36%) en €1.530.000 (+30%). De relatief sterkste

185 Zoals de procedure voor een crisismaatregel en de voortzetting daarvan, en de klachtenprocedure.

186 Zie evaluatierapport-deel 1, p. 385

stijgingen werden gevonden bij staf-/beleidsmedewerkers en juristen. De kostenschatting van de tijdsbesteding van staf-/beleidsmedewerkers aan Wvvgz-werkzaamheden was in 2021 ruim twee keer zo hoog (+137%; +€ 1.283.000) als in 2014, terwijl het voor juristen ging om bijna een verdrievoudiging (+180%; +€1.669.000). Voor de inzet van persoonlijke secretaresses/ directiesecretaresses was er sprake van een daling in geschatte kosten (-7%; -€98.000). De 'overall' toegenomen inzet van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers op landelijk niveau ten opzichte van de situatie ten tijde van de Wet Bopz, neerkomend op geschatte meerkosten van in totaal +€7.878.000, is niet onverwacht. Zo is het taken- en verantwoordelijkheidspakket van de geneesheer-directeur omvangrijker geworden onder de Wvvgz. Daarnaast wordt met de komst van de Wvvgz een sterke toename van administratieve lasten ervaren. Bovendien wordt de nieuwe wet algemeen gesteld als complex ervaren.¹⁸⁷ Ten slotte zou de gestage stijging in het aantal aanvragen voor juridische titels op grond van de Wet Bopz tussen 2014 en 2019, en die zich vooralsnog door lijkt te zetten op grond van de Wvvgz, mogelijk ook een rol kunnen spelen.

¹⁸⁷ Zie evaluatierapport-deel 1, H10, par. 10.2.

Tabel 5.5.3 Overzicht kostenschattingen van de tijdsbesteding van de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging (in euro's)

Geneesheer-directeur en ondersteunende medewerkers								
Processtappen i.h.k.v.	GD	Administratieve medewerkers Wvvgz	Persoonlijk secretaresses/ directie-secretaresses	Staf-/beleids-medewerkers	Secretarissen	Juristen	Juridische medewerkers	Totaal
Aanvraag en voorbereiding ZM	3.045.334	2.310.321	84.746	243.771	136.832	170.360	97.404	6.088.769
Uitvoering ZM	2.862.488	1.864.833	132.986	203.881	87.075	264.464	60.878	5.476.605
Beëindiging ZM	958.366	535.276	69.101	46.538	6.220	92.481	12.176	1.720.157
<i>Totaal procedure voor een ZM</i>	<i>6.866.189</i>	<i>4.710.429</i>	<i>286.832</i>	<i>494.191</i>	<i>230.126</i>	<i>527.306</i>	<i>170.458</i>	<i>13.285.531</i>
<i>Ondergrens totaal^a</i>	<i>5.061.992</i>	<i>3.012.953</i>	<i>159.986</i>	<i>271.421</i>	<i>53.106</i>	<i>257.485</i>	<i>0</i>	<i>8.816.942</i>
<i>Bovengrens totaal^b</i>	<i>8.880.949</i>	<i>6.857.218</i>	<i>436.216</i>	<i>765.355</i>	<i>454.352</i>	<i>816.419</i>	<i>471.732</i>	<i>18.682.241</i>
Andere GGZ-actoren								
Processtappen i.h.k.v.	Zorgverantwoordelijken	Andere zorgverleners	Onafhankelijke psychiaters					Totaal
Aanvraag en voorbereiding ZM	21.864.474	9.264.704	8.337.354					39.466.532
Uitvoering ZM	60.870.380	25.285.818	133.646					86.289.843
Beëindiging ZM	171.385	81.047	194.302					446.734
<i>Totaal procedure voor een ZM</i>	<i>82.906.240</i>	<i>34.631.568</i>	<i>8.665.302</i>					<i>126.203.110</i>
<i>Ondergrens totaal^a</i>	<i>72.906.274</i>	<i>33.641.954</i>	<i>7.275.987</i>					<i>113.824.215</i>
<i>Bovengrens totaal^b</i>	<i>115.184.298</i>	<i>66.141.010</i>	<i>10.323.495</i>					<i>191.648.802</i>

TOTAAL GGZ

Processtappen i.h.k.v.	Zorgverantwoordelijken	Andere zorgverleners	Onafhankelijke psychiaters	Totaal
Aanvraag en voorbereiding ZM				45.555.301
Uitvoering ZM				91.766.449
Beëindiging ZM				2.166.892
<i>Totaal procedure voor een ZM</i>				<i>139.488.641</i>
<i>Ondergrens totaal^a</i>				<i>122.641.157</i>
<i>Bovengrens totaal^b</i>				<i>210.331.043</i>

a 2,5^e percentiel van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

b 97,5^e percentiel van het 95% betrouwbaarheidsinterval.

Zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters

Uitgaande van de geschatte totale kosten van €126.203.000 die waren verbonden aan de tijdsbesteding van respectievelijk zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners (niet zijnde zorgverantwoordelijken) en onafhankelijke psychiaters aan de procedure voor een zorgmachtiging, vertegenwoordigden de activiteiten van zorgverantwoordelijken met 65,7% (€82.906.000) veruit het grootste deel van de kosten, gevolgd door de werkzaamheden van andere zorgverleners (27,4%; €34.632.000). Het aandeel van de kosten van de tijdsbesteding van onafhankelijke psychiaters was met 6,9% (€8.665.302) relatief bescheiden. Dit is niet verrassend omdat hun rol – het opstellen van medische verklaringen – afgebakend is.

Uitgaande van de geschatte totale kosten van hun inzet aan de procedure voor een zorgmachtiging, was voor zowel zorgverantwoordelijken (73,4%; €60.870.000) als andere zorgverleners (73,0%; €25.286.000) bijna driekwart van de kosten verbonden aan de tijd die zij besteedden aan processtappen in het kader van de *uitvoering* van afgegeven zorgmachtigingen. De kosten van de tijdsbesteding aan processtappen in het kader van de *aanvraag en voorbereiding* van zorgmachtigingen vertegenwoordigden bij beide actoren ruim een kwart van de totale kostenschatting van hun inzet aan de machtigingsprocedure (zorgverantwoordelijken: 26,4%;

€21.864.000; en andere zorgverleners: 26,8%; €9.265.000). Beide actoren besteedden weinig tijd aan processtappen in het kader van de *beëindiging* van afgegeven zorgmachtigingen; de kosten die hiermee gemoeid gingen representeerden minder dan 1% van de geschatte totale kosten van hun tijdsbesteding (zie **tabel 5.5.3**).

Als wordt gekeken naar de afzonderlijke processtappen in het kader van de *uitvoering* van afgegeven zorgmachtigingen, bleek dat de processtappen bij het nemen van een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg (art. 8:9 Wvvggz) voor een groot deel verantwoordelijk waren voor de geschatte totale kosten die waren verbonden aan de uitvoering van zorgmachtigingen (zorgverantwoordelijken: 92,1%; €56.075.000; en andere zorgverleners: 88,6%; €22.412.000). Deze hoge kosten werden ten eerste veroorzaakt doordat deze processtappen vaak werden uitgevoerd gedurende een zorgmachtiging.¹⁸⁸ Daarnaast kostten deze processtappen zowel zorgverantwoordelijken (gemiddeld naar schatting 4,0 uur) als andere zorgverleners (gemiddeld naar schatting 2,5 uur) relatief veel tijd.¹⁸⁹

In het kader van de *aanvraag en voorbereiding* van zorgmachtigingen sprongen de processtappen om te komen tot een zorgplan (art. 5:13 - 5:14 Wvvggz) eruit qua kosten. De kosten van de tijd die zorgverantwoordelijken besteedden aan deze processtappen besloegen 40,8% (€8.918.000) van de geschatte kosten van hun totale tijdsbesteding aan het aanvragen en voorbereiden van zorgmachtigingen. De kosten van de uitvoering van de processtappen om te komen tot een zorgplan vertegenwoordigden bij andere zorgverleners met 41,4% (€3.836.000) een vergelijkbaar aandeel van de kostenschatting van hun totale tijdsbesteding aan het aanvragen en voorbereiden van zorgmachtigingen. De hoge kosten die verbonden zijn aan het realiseren van een zorgplan werden allereerst veroorzaakt doordat zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners relatief veel tijd kwijt waren aan de benodigde processtappen. Zo kostte het een zorgverantwoordelijke gemiddeld naar schatting 4,6 uur om te komen tot een zorgplan voor een betrokkene die goed in beeld was van de zorg en voor wie een eerste zorgmachtiging werd voorbereid, terwijl een andere zorgverlener hier gemiddeld 3,5 uur kwijt mee was.¹⁹⁰ Een tweede factor die bijdroeg aan de hoge kosten is dat een zorgplan altijd dient te worden opgesteld in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging.

Opgemerkt dient te worden dat de effecten van de inzet van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners buiten zicht blijft in dit kostenonderzoek. Zowel bij het nemen van een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg als bij het komen tot een zorgplan besteedden deze actoren een groot deel van hun tijd aan overleg met, of het betrekken van, betrokkene en diens familie of naasten. Om ook zicht te krijgen op de 'effectenkant' van de inzet van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners is het onder meer relevant om in kaart te brengen wat de ervaringen en tevredenheid van betrokkenen en hun naasten zijn aangaande het contact en overleg met zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners.

188 Zie par. 5.4.4.2, tabel 5.4.11c.

189 Zie par. 5.4.4.1, tabellen 5.4.8b en 5.4.9b voor de tijdsinschattingen per processtap.

190 Zie par. 5.4.4.1, tabellen 5.4.8a en 5.4.9a voor de tijdsinschattingen per processtap.

5.5.2 Sterktes en beperkingen

Sterktes

Het kostenonderzoek betreft het eerste onderzoek dat op landelijk niveau kostenschattingen geeft van de inzet van actoren binnen het OM, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging. Daarbij zijn een veelheid aan nog niet eerder gerapporteerde gegevens verzameld, waaronder inschattingen van de tijdsbesteding van GGZ-actoren aan processtappen in het kader van de aanvraag en voorbereiding, de uitvoering, en de beëindiging van zorgmachtigingen. Hiervoor is een uitgebreide online vragenlijst uitgezet onder alle geneesheer-directeuren die zijn aangesloten bij de Afdeling Geneesheer-directeuren van de NVvP. De responderende zorgaanbieders (N=20) vertegenwoordigden een substantieel deel (71,9%) van het totaal aantal zorgmachtigingen dat in 2021 werd afgegeven, en waren goed verspreid over Nederland. De gegevens die via de vragenlijst werden verzameld maakten het ook mogelijk om de totale inzet van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers aan werkzaamheden in het kader van de Wvvgz, en de hiermee gepaard gaande kosten, te vergelijken met de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz.

Beperkingen

Een algemene beperking was dat er geen landelijke registratiesystemen bestaan voor het nauwkeurig, betrouwbaar en eenduidig bepalen van de tijdsbesteding van de actoren binnen het OM, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging. Daarnaast waren niet voor alle processtappen binnen de procedure voor een zorgmachtiging voluminagegevens beschikbaar uit bestaande landelijke registratiesystemen, oftewel gegevens over hoe vaak een processtap op landelijk niveau werd uitgevoerd in 2021. Om kostenschattingen te kunnen maken is daarom gebruik gemaakt van zelf opgezette dataverzamelingen, gegevens uit verschillende bestaande registratiesystemen, en gegevens uit eerdere tijdsbestedingsonderzoeken (die elk hun eigen insteek en aanpak kenden). Omdat het gebruik en samenvoegen van verschillende gegevens onvermijdelijk een bepaalde mate van onzekerheid met zich meebrengt, zijn met het kostenonderzoek alleen schattingen verkregen van de daadwerkelijke kosten die gemoed gaan met de tijdsbesteding van de actoren aan de procedure voor een zorgmachtiging. Om daarbij zicht te krijgen op de mate van onzekerheid zijn voor alle kostenschattingen 95% betrouwbaarheidsintervallen bepaald via onzekerheidsanalyses (zie ook **tabellen 5.5.1 t/m 5.5.3**).

Beperkingen van gebruikte gegevens over de tijdsbesteding van actoren

Voor de tijdsbesteding van actoren binnen het OM en de rechtspraak aan de procedure voor een zorgmachtiging, is uitgegaan van recent bestaand onderzoek. In de werklasmeting Wvvgz – najaar 2021 uitgevoerd door het advies- en onderzoeksbureau Significant Public – zijn voor onderscheiden processtappen binnen het werkproces van de zorgmachtiging schattingen verkregen van de gemiddelde tijdsbesteding van respectievelijk OvJ-en, parketsecretarissen en administratief medewerkers. Echter, de ‘ruwe’ data (brongegevens) waren niet beschikbaar voor het huidige kostenonderzoek, waardoor het alleen mogelijk was om een globale onzekerheidsanalyse uit te

voeren. Voor rechters en juridische medewerkers werd uitgegaan van hun gemiddelde tijdsbesteding aan het behandelen van een Wvggz-/Wzd-zaak, zoals vastgesteld in een tijdsbestedingsonderzoek dat najaar 2021 is uitgevoerd vanuit de Rvdr. Om deze gemiddelde tijdsbesteding voor het huidige kostenonderzoek te kunnen specificeren naar de gemiddelde tijdsbesteding aan zaken in het kader van een zorgmachtiging is uitgegaan van de inschattingen van zes rechters. Het is echter onduidelijk in hoeverre deze zes rechters representatief zijn voor alle rechters die Wvggz-zaken behandelen. Voorts waren ook in dit geval de 'ruwe' data (brongegevens) niet beschikbaar voor het huidige kostenonderzoek, waardoor alleen een globale onzekerheidsanalyse kon worden uitgevoerd.

Voor de actoren binnen de GGZ zijn verschillende methodieken gebruikt voor het inschatten van hun tijdsbesteding aan de procedure voor een zorgmachtiging. Voor geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers is gekozen voor een "top-down" benadering waarbij – via de uitgebreide online vragenlijst – inschattingen werden verkregen van het totale aantal fte dat zij besteedden aan werkzaamheden in het kader van de Wvggz, en in het bijzonder aan de procedure voor een zorgmachtiging. Voor zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters is ervoor gekozen om – via dezelfde vragenlijst – schattingen te verkrijgen van hun gemiddelde tijdsbesteding aan de diverse processtappen in het kader van de aanvraag en voorbereiding, de uitvoering en de beëindiging van een zorgmachtiging. Deze "bottom-up" benadering werd gebruikt omdat deze actoren maar een beperkt deel van hun tijd besteden aan de machtigingsprocedure. Beide benaderingen kennen hun eigen vorm van onzekerheid. Bij de "top-down" benadering bestaat enerzijds het risico van een overschatting, bijvoorbeeld wanneer hierdoor ook fte's worden meegenomen die geen betrekking hebben op werkzaamheden in het kader van de Wvggz, en anderzijds het risico van onderschatting, bijvoorbeeld wanneer het toegekende aantal fte voor werkzaamheden in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging in de praktijk niet toereikend is en er in werkelijkheid meer uren gemaakt moeten worden. Bij de "bottom-up" benadering kwam naar voren dat de inschattingen van de gemiddelde tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners aan de processtappen soms aanzienlijk varieerde tussen responderende zorgaanbieders. Variatie bleef bestaan na de keuze om de drie responderende zorgaanbieders uit te sluiten die bij de inschattingen uitsluitend of hoofdzakelijk waren uitgegaan van de klinische situatie. Het is onduidelijk in hoeverre dit een weerspiegeling is van werkelijke praktijkvariatie tussen zorgaanbieders, of dat verschillen tussen zorgaanbieders in de nauwkeurigheid van de gemaakte schattingen een rol spelen. Hoe dan ook brengt de variatie met zich mee dat de kostenschattingen van de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners aan de procedure voor een zorgmachtiging een grotere mate van onzekerheid kennen, wat tot uitdrukking komt in een relatief brede betrouwbaarheidsintervallen (zie **tabel 5.5.3**).

Beperkingen van gebruikte voluminagegevens

Zoals hierboven aangegeven waren niet voor alle processtappen in het kader van de procedure voor een zorgmachtiging landelijke voluminagegevens over 2021 beschikbaar uit bestaande landelijke registratiesystemen. Dit speelde voornamelijk bij processtappen die worden uitgevoerd door zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners. Zodoende moest in de meeste gevallen informatie uit verschillende databronnen worden gecombineerd, waaronder schattingen van voluminagegevens

zoals opgehaald via de vragenlijst die is uitgezet onder geneesheer-directeuren. Ook hier bleek soms grote variatie te bestaan tussen de schattingen van responderende zorgaanbieders. Wederom is het onduidelijk in hoeverre minder betrouwbare of minder nauwkeurige schattingen van invloed zijn geweest.

5.5.3 Conclusies

Op basis van dit kostenonderzoek werden voor 2021 de kosten van de inzet vanuit het OM (actoren: OVJ-en, parketsecretarissen en administratief medewerkers) aan de procedure voor een zorgmachtiging geschat op €4.066.000 (grenzen 95%-betrouwbaarheidsinterval: €2.805.000 - €5.326.000), waarbij het vooral ging om kosten die gemoeid zijn met de tijdsbesteding aan (aanvragen voor) de voorbereiding van verzoekschriften voor een zorgmachtiging. De kosten van de inzet vanuit de rechtspraak (actoren: rechters en juridische medewerkers) aan de procedure voor een zorgmachtiging – hoofdzakelijk het behandelen van verzoekschriften voor een zorgmachtiging – werden inschat op €12.408.000 (grenzen 95%-betrouwbaarheidsinterval: €11.359.000 - €13.440.000). De inzet van GGZ-actoren aan de procedure ging gepaard met veruit de hoogste kostenschatting: €139.489.000 (grenzen 95%-betrouwbaarheidsinterval: €122.641.000 - €210.331.000). De kosten van de tijdsbesteding van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers werden geschat op €13.286.000 (grenzen 95%-betrouwbaarheidsinterval: €8.817.000 - €18.682.000), waarbij de kosten hoofdzakelijk betrekking hadden op tijd die werd besteed aan processtappen tijdens de aanvraag en voorbereiding van zorgmachtigingen, en tijdens de uitvoering van afgegeven machtigingen. Verreweg de hoogste kostenschatting – €126.203.000 (grenzen 95%-betrouwbaarheidsinterval: €113.824.000 - €191.649.000) – was verbonden aan de inzet van zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters. Daarbij vertegenwoordigde de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken het grootste deel van de kosten (€82.906.000), op afstand gevolgd door de tijdsbesteding van andere zorgverleners (€34.632.000), en op nog grotere afstand gevolgd door tijdsbesteding van onafhankelijke psychiaters (€8.665.000). Bijna driekwart van de kosten van de inzet van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners was verbonden aan processtappen tijdens de uitvoering van afgegeven machtigingen; en ruim een kwart aan processtappen bij het aanvragen en voorbereiden van zorgmachtigingen. De processtappen bij het nemen van een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg (art. 8:9 Wvvgz) en de processtappen om te komen tot een zorgplan (art. 5:13 - 5:14 Wvvgz) sprongen eruit qua kosten, niet alleen omdat deze processtappen vaak werden uitgevoerd, maar ook omdat zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners hier verhoudingsgewijs veel tijd aan besteedden. In 2021 zijn circa 16.600 beschikkingen afgegeven inzake een verzoekschrift voor (een wijziging) van een zorgmachtiging.¹⁹¹ Afgezet tegen dit aantal, kunnen de geschatte kosten die zijn verbonden aan de uitvoering van de procedure voor een zorgmachtiging als aanzienlijk worden beschouwd, in het bijzonder voor de GGZ. Ten slotte wijst dit kostenonderzoek erop dat de invoering van de Wvvgz gepaard is gegaan met een toename in de totale inzet van geneesheer-directeuren en ondersteunende medewerkers ten

191 Ketencoördinatieteam Wvvgz. *Ketenmonitor Wvvgz, 2021*, februari 2022.

opzichte van de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz. In kosten uitgedrukt ging het om geschatte meerkosten van +€7.878.000.

6

Verdiepingsthema's Wzd

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vindt een verdieping plaats van een viertal thema's binnen de Wzd. De onderwerpen zijn: het terugdringen van dwang als doelstelling van de Wzd; versterking van rechtsbescherming, met name via het stappenplan; de positie van cliënten die zich niet verzetten; functionarissen in de Wzd. De opbouw van de paragrafen is als volgt. Ter inleiding wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste wettelijke bepalingen ten aanzien van het betreffende thema en eventuele ontwikkelingen in de sfeer van beleid of jurisprudentie die zich op dat terrein hebben voorgedaan. Vervolgens wordt verslag gedaan van het kwalitatieve onderzoek en, voor zover die gegevens beschikbaar zijn, van het kwantitatieve onderzoek. We sluiten ieder thema af met een beschouwing, waarin conclusies en aanbevelingen zijn opgenomen.

6.2 Terugdringen van dwang als doelstelling van de Wzd

6.2.1 Inleiding

In deze paragraaf staat het voorkomen en beperken van dwang centraal, niet alleen intramuraal bij de zorg voor in instellingen opgenomen VG of PG cliënten, maar ook als het niet opgenomen cliënten betreft, zoals in geval van ambulante hulpverlening bij mensen thuis. De vraag is of en in hoeverre na de inwerkingtreding van de Wzd sprake is geweest van terugdringen van dwang. Hieronder volgt eerst een korte beschrijving van de voor beantwoording van deze vraagstelling relevante juridische context (par. 6.2.2). Daarna zal in par. 6.2.3 op basis van de resultaten van het uitgevoerde kwalitatief empirisch onderzoek worden nagegaan of er indicaties zijn voor verschuivingen in de omvang van de sinds invoering van de wet toegepaste gedwongen zorg. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de e-mail uitvraag, van focusgroepen en individuele interviews. Voorts wordt aandacht besteed aan de vraag of er sprake is van neveneffecten. Tevens wordt ingegaan op de gepercipieerde effecten in de ambulante setting. In par. 6.2.4 volgt een reflectie op de bevindingen, met daarop aansluitend conclusies en aanbevelingen.

6.2.2 Juridische context

Wie in de Wzd naar het begrip 'dwang' zoekt, zal dat niet vinden. In de wet gaat het steeds over 'onvrijwillige zorg' (Ovz). Volgens art. 2 lid 1 is dat 'zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet' en die uit een negental verschillende vormen van zorg kan bestaan. Anders dan onder het begrip 'verplichte zorg' in de Wvvgz, valt daar niet onder de opname in een instelling; daarvoor kent de Wzd afzonderlijke procedures. Als daarbij sprake is van verzet is rechterlijke tussenkomst vereist. De aanwezigheid van verzet is daarmee van belang voor de vraag of sprake is van onvrijwillige zorg dan wel van een onvrijwillige opname. Wat onder 'verzet' is te verstaan wordt niet in de wet zelf aangegeven. Volgens de toelichting op de wet, waar wel uitvoerig op dit punt wordt ingegaan, kan verzet een verschillend karakter hebben (fysiek of anderszins). Of de zich verzettende cliënt al dan niet wilsbekwaam is, maakt daarbij geen verschil: ook als een vertegenwoordiger instemt met een bepaalde vorm van zorg of een opname in een instelling, wordt deze onvrijwillig in de zin van de wet wanneer de wilsonbekwame cliënt zich daartegen verzet.

De Wzd deelt een aantal doelstellingen met de Wvvgz. Beide regelingen zijn persoonsvolgend, in plaats van locatie gebonden. De cliënt moet terecht komen in de zorgvorm waar hij het best op zijn plaats is. Het terugdringen van onvrijwillige zorg is derhalve niet de enige doelstelling van de Wzd. Er zijn ook andere, zoals bewerkstelligen dat de behoefte van de cliënt leidend is bij de vraag welke zorg aan hem of haar moet worden verleend. Maar van begin af aan – en dat blijkt eigenlijk ook uit de titel van de wet – is de bedoeling van de wetgever eerst en vooral geweest om gedwongen zorg zoveel mogelijk te beperken en te voorzien in adequate rechtsbescherming als deze toch plaatsvindt.¹⁹² Daarop lag en ligt ook de nadruk in de discussies over de wet (binnen en buiten het parlement). Dat de Wzd met de daarin opgenomen regeling van Ovz in feite ook aan zorgaanbieders de bevoegdheid geeft binnen strikte grenzen dwang toe te passen, doet daaraan niet af.

De instrumenten die de wet biedt om Ovz terug te dringen zijn verschillend van aard. In de Wzd ligt niet, zoals in de Wvvgz, het zwaartepunt bij rechterlijke toetsing; de rechter komt slechts in beeld bij een onvrijwillige opname. Als het gaat om Ovz krijgt de rechtsbescherming vorm in de omvattende procedures voor het mogen opnemen van een of meer vormen daarvan in het zorgplan (bekend onder de noemer van 'het stappenplan') respectievelijk voor het mogen uitvoeren daarvan. De naleving van die procedures wordt niet alleen gewaarborgd door de verplichtingen inzake het intern toezicht (door de Wzd-functionaris) en de informatieverplichtingen richting inspectie, maar bijvoorbeeld ook door bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon, en verder door het kunnen klagen bij een (externe) klachtencommissie en de bevoegdheden van de inspectie tot toezicht en bestuursrechtelijke handhaving.

In art. 2 lid 1 Wzd worden negen vormen van zorg onderscheiden die (mits sprake is van verzet van cliënt of vertegenwoordiger) als onvrijwillig te beschouwen zijn. Daarbij is in het kader van de harmonisatie met de Wvvgz zoveel mogelijk aangesloten bij wat in die wet onder 'verplichte zorg' wordt verstaan. Tot de in de Wzd genoemde vormen van Ovz behoren maatregelen als beperkingen van de bewegingsvrijheid, fixatie, uitoefenen van toezicht, onderzoek van kleding of lichaam,

¹⁹² Zie daarover evaluatierapport-deel 1, p. 210-211.

onderzoek naar de aanwezigheid van drugs en beperkingen van het recht op het ontvangen van bezoek. Beperkingen die voortvloeien uit de huisregels gelden niet als Ovz, mits die regels voldoen aan art. 45 lid 2, dat inhoudt dat huisregels alleen mogen regelen wat nodig is voor de veiligheid binnen een accommodatie en voor een ordelijke gang van zaken.

Voor de wetgever hebben alle in art. 2 lid 1 genoemde zorgvormen in principe eenzelfde gewicht; of een bepaalde vorm van Ovz zwaarder of lichter zou zijn, zou een kwestie zijn van subjectieve beleving. Die opvatting wringt overigens enigszins met het feit dat bij bepaalde vormen van Ovz, genoemd in art. 2 lid 2, het stappenplan ook moet worden gevolgd als er geen sprake is van verzet (zie over art. 2 lid 2 verder par. 6.4).

De betreffende wetbepalingen beogen niet alleen rechtsbescherming te bieden tegen (of bij toepassing van) Ovz in een intramurale setting, ze zijn ook onverkort van toepassing als het ambulante dwang betreft, dat wil zeggen Ovz die buiten een 'accommodatie' wordt verleend.¹⁹³ In dat geval moeten enkele bijkomende voorwaarden vervuld zijn. In het overleg in het kader van het stappenplan moet besproken zijn op welke wijze toezicht op de cliënt wordt gehouden en hoeveel zorgverleners bij uitvoering aanwezig moeten zijn om diens veiligheid te waarborgen. Daarnaast moet ook buiten kantooruren een deskundige hulpverlener beschikbaar zijn voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten. Tenslotte dient de zorgaanbieder in zijn beleidsplan aan te geven hoe in voorkomende gevallen aan deze en andere voorwaarden nadere invulling wordt gegeven. Het moge duidelijk zijn dat reductie van Ovz niet alleen door wettelijke maatregelen gerealiseerd kan worden; of deze plaatsvindt hangt immers in belangrijke mate ook van andere factoren af, zoals de beschikbaarheid van adequate materiële en personele voorzieningen, de kunde en inzet van hulpverleners, de cultuur van de instelling enz. Maar wetgeving kan daaraan in elk geval bijdragen, en dat was zoals hierboven aangegeven ook zeker de bedoeling van de Wzd.

6.2.3 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

6.2.3.1. Gepercipieerde effecten

De verkregen data uit de e-mail uitvraag laten zien dat er geen grote veranderingen worden waargenomen wat betreft het terugdringen van onvrijwillige zorg (Ovz). Een aantal respondenten geeft aan geen uitspraken te kunnen doen over de frequentie van Ovz, omdat het registreren en melden nog niet op de juiste manier verloopt. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat er 'iets minder' of 'ongeveer even veel' Ovz wordt toegepast. In de toelichting op de vraag 'ziet u in uw werkomgeving een verschuiving in de frequentie waarmee onvrijwillige zorg wordt toegepast?' geeft een aantal respondenten uit de PG sector aan dat zij een afname zien vanwege het vergroten van het bewustzijn omtrent Ovz, zoals in dit citaat naar voren komt:

¹⁹³ Volgens art. 1 lid 1 is dat een bouwkundige voorziening (of deel daarvan) met het daarbij horend terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend.

Bewustzijn van onvrijwillige zorg is enorm toegenomen en daarmee is de drempel om onvrijwillige zorg in te zetten hoger geworden waardoor een afname te zien is. (e-mail uitvraag PG sector)

In de VG sector worden eveneens aanwijzingen gezien voor een vermindering van Ovz als gevolg van meer bewustzijn van mogelijke vrijheidsbeperking. Door een aantal respondenten, met name in de VG sector, wordt echter genoemd dat er een toename wordt waargenomen, door eerdere onderrapportage, omdat er nog niet genoeg alternatieven voorhanden zijn en Ovz er dus soms 'insluit', of in verband met insluiting naar aanleiding van de Corona maatregelen. Op de vraag of er een verklaring kan worden gegeven voor de gepercipieerde verschuiving in frequentie van de toepassing van Ovz of het uitblijven daarvan, wordt door respondenten in de e-mail uitvraag die een afname van Ovz zien, een positieve rol aan het stappenplan toegeschreven. Doordat het stappenplan gevolgd moet worden ontstaat meer bewustzijn omtrent Ovz, wat leidt tot het zoeken naar alternatieven. Respondenten noemen ook meer praktische zaken, zoals bijvoorbeeld het kunnen beschikken over een beddek dat in vier delen naar beneden kan. Als verklaringen voor het uitblijven van vermindering van Ovz worden genoemd dat de zorg complexer is geworden, dat er onvoldoende deskundigheid en deskundig personeel voorhanden is, dat de registratie anders verloopt dan onder de Wet Bopz, en dat er een verschuiving wordt waargenomen in denken en handelen van aandacht voor veiligheid naar aandacht voor vrijheid, waardoor er meer risico's worden genomen, hetgeen uiteindelijk tot Ovz kan leiden:

Ook is de acceptatie gegroeid van 'vrijheid boven veiligheid', dus er lijkt iets meer tolerantie te komen voor het nemen van risico's. (e-mail uitvraag PG sector)

De mogelijke rol van de familie in frequentie van Ovz wordt verschillend gepercipieerd. Enerzijds wordt, vooral door respondenten in de PG sector, naar voren gebracht dat druk van de familie tot meer Ovz kan leiden, bijvoorbeeld omdat familie bang is dat er anders ongelukken gebeuren. Anderzijds wordt, met name in de VG sector, opgemerkt dat het betrekken van de familie en/of naasten leidt tot minder verzet, en dus minder Ovz.

De mogelijke verklaringen voor het uitblijven van vermindering van Ovz zijn niet altijd gerelateerd aan de Wzd. Complexiteit van zorg, de rol van familie en problemen rond deskundigheid van zorgverleners hebben waarschijnlijk een bredere achtergrond. Waar wel een direct verband bestaat met de Wzd, zoals de neiging om meer risico's te nemen vanwege de verschuiving van veiligheid naar vrijheid, lijkt in de praktijk behoefte te zijn aan meer reflectie op de verhouding tussen verschillende doelen van de Wzd.

In de focusgroepen met professionals rondom dit thema wordt het beeld dat uit de e-mail uitvraag naar voren komt herkend. Ook hier wordt genoemd dat er meer bewustzijn is gekomen van het belang van het terugdringen van Ovz. Tevens wordt echter opgemerkt dat er veel aandacht is uitgegaan naar de inrichting van het proces en de aanpak van praktische zaken rondom de Wzd (zoals bijvoorbeeld: hoe geven we de stappen die genoemd worden in de wet vorm, zijn er genoeg Wzd-functionarissen?). Dit kan leiden tot 'afvink-denken' en een focus op het proces, in plaats van de beoogde persoonsgerichte zorg. Ook wordt genoemd dat de vergroting van bewustwording vooral

speelt bij instellingen die nog niet actief waren in het terugdringen van onvrijwillige zorg, terwijl de 'voorlopers' de administratieve last van de Wzd juist als obstakel zien om het proces van terugdringen van Ovz verder vorm te geven. Het stappenplan wordt aangemerkt als een 'one size fits all' instrument, terwijl het zaak is op het individuele niveau van de cliënt te kijken wat nodig is. Een citaat ter illustratie:

Er zijn medewerkers die zeggen: er komen cliënten in de woonkamer 's nachts. Kunnen we de deur op slot doen? Als gedragswetenschapper zou je zeggen: waarom doet een cliënt dit? Is er een slaapprobleem? Je zou willen dat de wet dat gesprek stimuleert, en niet het volgen van het stappenplan. (focusgroep professionals)

In het kader van procesmatige problemen komt naar voren dat de rol van de cliënt-vertrouwenspersoon (cvp) nog niet goed verankerd is, en dat deze rol niet genoeg bekend is. Dit is overigens ook beschreven in de eerste fase van deze wetsevaluatie. Voorts wordt van de zijde van de cvp aangegeven dat het budget beperkt is (zie ook jaarverslag LF-CVP 2021). Deelnemers aan de focusgroepen met professionals benadrukken dat de Wzd een hulpmiddel zou moeten zijn voor het realiseren van persoonsgerichte zorg, in plaats van een doel op zich. Er wordt naar voren gebracht dat 'stap 0' ontbreekt, het nadenken over de mogelijkheden om Ovz te voorkomen:

Het 'nee, tenzij' is naar onze beleving te weinig in het stappenplan opgenomen. Het stappenplan gaat al heel snel over op wat je moet doen bij Ovz. Er gaat te weinig aandacht uit naar 'stap 0': hoe kun je Ovz voorkomen? Wat doet de cliënt, en waarom, en hoe kun je daarop inspelen? (focusgroep professionals)

In die stap moet worden gezocht naar het begrijpen van het gedrag van de cliënt en het zoeken naar mogelijke alternatieven voor Ovz (samen met cliënt en de vertegenwoordiger). Voorbeelden die genoemd worden zijn het werken met leefcirkels, inzetten op open deuren beleid en organiseren van gesprekken over het voorkomen van Ovz. Relevant in dit verband is ook een alternatievenbundel, die is ontwikkeld door Vilans¹⁹⁴.

In de focusgroep met cliëntenraden wordt genoemd dat er weinig mogelijkheid is om het effect van de Wzd op het voorkomen van Ovz te vergelijken met de periode waarin de Wet Bopz in werking was, omdat de Wzd omvangrijker is dan de Wet Bopz. Er wordt gezegd dat het 'appels met peren vergelijken' is. Wat betreft de ervaring van het terugdringen van Ovz, wordt er door respondenten in de focusgroep met vertegenwoordigers van cliëntenraden benadrukt dat het zoeken naar alternatieven als positief wordt ervaren. Daarbij is van belang dat er gekeken wordt naar onderliggende redenen voor bepaald gedrag, waar stap 1 van het stappenplan in voorziet. Een moeder vertelt daarover:

194 Vilans, *Alternatievenbundel: Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg*, Utrecht 2020.

Hij werkt heel goed mee als je hem overtuigt, dus dat verleiden is wel goed. Iets wat niet mag is een rode lap voor hem. Ik word nu ook uitgenodigd voor de discussies. Ze zeggen zelf dat het een grote belasting is, alles vastleggen, maar ik heb het nooit specifiek stap voor stap met vragenlijst doorgenomen. (...) Begeleiders, die doen goed hun best, ze proberen ook steeds meer te kijken naar hoe je hem vrijwillig kan meekrijgen, daar gaan ze beter mee aan de gang. Maar het stappenplan herken ik niet specifiek. (focusgroep cliëntenraden)

In dit kader is ook het thema drang besproken. Verleiden is te beschouwen als een vorm van drang:

Mag ik iets zeggen over verleiden? Ik heb veel te maken gehad met mensen die dingen niet wilden doen, dan staat wilsbekwaamheid ter discussie. De wilsbekwaamheid ter zake, dus op dat moment. Ik vind dat lastig, als je een hele goede band hebt of de begeleider heel aardig is, is iemand snel te verleiden. Maar als iemand anders het is, die hij niet zo moet, dan is het toch gauw van 'ik wil niet'. In hoeverre is dan de wilsbekwaamheid te beoordelen? Het is afhankelijk van wie er op dat moment voor je neus staat. (focusgroep cliëntenraden)

De vraag rijst hoe moet worden vastgesteld of sprake is van verzet wanneer de cliënt iets niet wil. Maar ook het omgekeerde: of iemand die via verleiding meebeweegt, ook daadwerkelijk instemt. Daar moet zorgvuldig naar worden gekeken:

Laat meerdere mensen de beoordeling doen over of iemand echt bereid is mee te gaan in wat er nodig is. Niet alleen bij iemand met een klik, ook de buitenstaander moet je meenemen. (focusgroep cliëntenraden)

Ten slotte wordt genoemd dat er vaker een moreel beraad wordt ingezet, waarin het 'wat' en 'waarom' wordt verkend samen met mensen in en buiten de situatie. Dit doorbreekt het routinematig werken.

6.2.3.2 Gepercipieerde neveneffecten

Op de vraag of er neveneffecten zichtbaar zijn als gevolg van het streven om O vz te voorkomen, wordt in de e-mail uitvraag zowel door respondenten uit de PG sector als de VG sector bevestigend geantwoord. Er worden binnen de PG sector zowel positieve als negatieve neveneffecten genoemd. De positieve neveneffecten betreffen een meer open communicatie, meer scholing omtrent wat O vz inhoudt en de vanzelfsprekendheid (of juist niet) hiervan, een minder snelle focus op de inzet van medicatie, en een sterkere focus op wat de cliënt nodig heeft en hoe er in die behoeften kan worden voorzien.

Negatieve neveneffecten binnen de PG sector zijn de verzwaring van de taken en de administratieve last. In dit kader wordt ook opgemerkt dat het stappenplan te rigide is. Een ander negatief neveneffect is dat soms de situatie van de cliënt verslechtert en er onbegrip bij de familie ontstaat. Ook kunnen tegenstellingen binnen de organisatie ontstaan omdat het management focust op

minder geld en regeldruk, terwijl uitvoerende medewerkers de invoering van de Wzd willen benutten om bewuster om te gaan met probleemgedrag. In het kader daarvan wordt ook genoemd dat de nadruk te veel ligt op het vermijden van Ovz, terwijl volgens sommige respondenten Ovz ook gerechtvaardigd kan worden.

In de VG sector worden vooral negatieve neveneffecten waargenomen: een achteruitgang in de kwaliteit van de zorg, een hogere administratieve belasting, en onduidelijkheid bij en een hogere belasting van het zorgpersoneel.

6.2.3.3 Onvrijwillige zorg binnen de ambulante setting

Het merendeel van de respondenten in de e-mail uitvraag heeft geen ervaring met het verlenen van Ovz in de ambulante setting. Van de respondenten die hier wel ervaring mee hebben, zegt een aantal dat cliënten tegenwoordig langer thuis blijven wonen, wat de zorgvraag doet stijgen en de belasting van familie/naasten doet toenemen. Het langer thuis blijven wonen van de cliënt zorgt er ook voor dat er onmacht bij familieleden ontstaat, omdat men zich verantwoordelijk voelt. Hoewel er onder de Wzd meerdere mogelijke manieren zijn om in te grijpen, ervaren hulpverleners druk, omdat zij zien dat de thuissituatie niet houdbaar is, maar het idee hebben niet te kunnen ingrijpen bijvoorbeeld omdat de cliënt geen gevaar is voor de omgeving. Ook geven respondenten aan dat Ovz in sommige gevallen niet herkend wordt door de huisarts of het thuiszorgteam (bijvoorbeeld het afsluiten van de voordeur bij het boodschappen doen van de mantelzorger of het gas afsluiten):

Ik denk dat er veel achter de voordeur gebeurt wat niet bekend is of gezien wordt. (e-mail uitvraag, PG sector)

Op de vraag ‘twijfelt u weleens over toepassing van de Wzd in een ambulante setting?’ geeft de helft van de respondenten werkzaam in de PG sector en meer dan de helft van de respondenten in de VG sector als antwoord dat zij hier niet over twijfelen, omdat ze geen ervaring op dit gebied hebben. Ongeveer een kwart van de respondenten in beide sectoren reageert bevestigend op deze vraag. Er wordt getwijfeld vanwege toegenomen complexiteit van de zorgvraag, vanwege betrokkenheid van mantelzorgers, en vanwege onvoldoende kennis en deskundigheid van het zorgteam. Uit zowel de antwoorden van degenen die niet twijfelen als degenen die wel twijfelen blijkt dat de relevantie van de Wzd in de ambulante setting niet vanzelf spreekt, en dat bij betrokkenen in het veld op dit punt nog veel onduidelijkheid bestaat.

In de focusgroepen met professionals wordt benadrukt dat de toepassing van de Wzd in de ambulante setting nieuw is, en dat begeleiders in deze setting hier weinig of niet mee gewerkt hebben. Dat is de reden dat er veel ingezet wordt op scholing en training. Meer scholing leidt tot een meer planmatige aanpak. Ook wordt genoemd dat de familie goed geïnformeerd dient te worden over de rechten van de cliënt en de mogelijkheid dient te krijgen hierover te overleggen met de zorgverleners:

Het is belangrijk dat cliënten en familie hun eigen rechten snappen en daarover overleggen met zorgverleners. Familie kan hier ook een beroep op doen, het werkt van

twee kanten. Wij zagen bijvoorbeeld dat de term ‘Wet zorg en dwang’ onbekend was, veel mensen weten niet wat er in de wet staat, en soms wordt het stappenplan niet goed doorlopen maar wordt de situatie toch goed aangepakt. Meer informatie is belangrijk, want dan wordt het planmatiger. (focusgroep professionals)

Familie wordt belangrijk geacht in het nadenken over Ovz en over mogelijke alternatieven, omdat zij de cliënt vaak het beste kennen. Geconstateerd wordt dat het in de praktijk niet altijd gemakkelijk is om de dialoog met de familie aan te gaan (het duurt soms lang om een afspraak te maken, er is niet altijd tijd). Het verstevigen van de rechtspositie van de cliënt door het inzetten van de cvp, wordt als positief ervaren, maar er zijn nog wel praktische problemen. In het kader hiervan wordt opgemerkt dat naast de schaarste van cvp's, de cvp in het algemeen nog weinig bekend is bij mantelzorgers. Dit geldt nog sterker voor de ambulante setting.¹⁹⁵ Dit komt o.a. doordat in de ambulante setting alleen direct cliëntcontact (en niet voorlichting en informatieverstrekking over de rol van de cvp) wordt gefinancierd.¹⁹⁶

In de focusgroepen met professionals wordt opgeroepen tot een meer multidisciplinaire werkwijze in de ambulante setting. Zo wordt er genoemd dat er niet standaard een gedragsdeskundige betrokken is in de thuissituatie, wat een belemmering vormt voor het begrijpen van het gedrag van een cliënt en het zoeken naar alternatieven. Ook de huisarts is niet altijd op de hoogte van de situatie, terwijl deze een signaleringsfunctie kan hebben. Dit komt overeen met hetgeen wordt beschreven in het rapport over de knelpunten in de uitvoering van de Wzd bij kleinschalige zorgaanbieders¹⁹⁷ namelijk dat de achterban aangeeft “dat ze ervaren dat huisartsen te weinig op de hoogte zijn van wat er van hen verwacht wordt op het gebied van de Wzd. Juist in de ambulante setting heeft een zorgaanbieder de huisarts hard nodig.”¹⁹⁸ Een multidisciplinaire werkwijze kan in de ambulante setting echter voor complicaties zorgen, bijvoorbeeld in de samenwerking met verschillende partijen, zo illustreert dit citaat:

Wij zien sinds de invoering van de Wzd een stilstand in de ambulante zorg. Voorstelbaar en ook voorspelbaar. In de ambulante zorg moeten disciplines uit verschillende organisaties samenwerken, dat geeft niet alleen wettelijke bezwaren, maar ook praktische. Dossiers die uitgewisseld moeten worden, huisarts en specialisten ouderengeneeskunde moeten samenwerken, allemaal met een eigen financieringsstroom. Passende financieringstitels ontbreken. (focusgroep professionals)

195 Zie ook: Alzheimer Nederland, *Wet zorg en dwang bij dementie: nog steeds te onbekend en onvoldoende toegepast*. Amersfoort 2021.

196 Zie voor meer informatie over de rol van de cvp: evaluatierapport-deel 1, p 322.

197 Coalitie kleinschalige zorgaanbieders, *Rapport knelpunten Wet zorg en dwang, binnen de intra- en extramurale zorg bij kleine aanbieders*, 2022.

198 Coalitie kleinschalige zorgaanbieders, 2022, p. 10.

Om meer duidelijkheid te geven over de rolverdeling rond de Wzd in de ambulante setting is er een Handelwijzer Wzd in de ambulante setting ontwikkeld door Vilans.¹⁹⁹

Een ander probleem betreffende de samenwerking tussen professionals binnen de ambulante setting is dat er niet altijd voldoende betrokkenheid is en er vaak moeilijk toezicht kan worden gehouden op de geboden Ovz. Wat er achter de voordeur gebeurt is niet goed zichtbaar.

Eén van de respondenten noemt in een aanvullend interview een voorbeeld in de PG-sector van een multidisciplinaire aanpak die goed werkt; in haar situatie denkt de specialist ouderengeneeskunde (SOG) vaak mee in de ambulante setting. In haar werkgebied is er een samenwerkingsverband tussen SOG's, casemanagers dementie, huisarts, poh-ggz en wijkverpleegkundigen. Ze bespreken de meest ingewikkelde casussen elk kwartaal, elke huisarts heeft een SOG als aanspreekpunt en ze bellen elkaar vaak, ook voor consultatie. Dat helpt ook in ambulante setting, want als je je niet bekwaam voelt dan dient er overlegd te worden om ieders kennis in te kunnen zetten. Het integrale karakter van de zorg wordt benadrukt.

In de focusgroep met de vertegenwoordigers van cliëntenraden wordt aangegeven dat er weinig ervaring is met Ovz in de ambulante setting. Een knelpunt dat wordt genoemd is de vraag wie er verantwoordelijk is voor wat de familie doet. Vallen maatregelen die de familie toepast, bijvoorbeeld het plaatsen van camera's of het op slot doen van de deur, wel of niet onder de Wzd? Ook het belang van de signaleringsfunctie van zorgmedewerkers in de thuissituatie wordt benadrukt; zij kunnen in de gaten houden of er zaken fout lopen en alsdan interveniëren, allereerst door met de familie in gesprek te gaan.

6.2.4 Beschouwing

Betrokkenen in de praktijk geven aan dat er weinig bekend is over de effecten van de Wzd op de vermindering van Ovz. Ze benadrukken dat vergelijking met vroeger lastig is en dat er nog lang niet uniform wordt gemeld en gerapporteerd. Dat de vergelijking met het verleden lastig is, is te begrijpen, al was het alleen maar omdat in de laatste twee decennia vermoedelijk ook de maatschappelijke opvattingen over de toelaatbaarheid van dwang verschoven zijn. Het gebrek aan uniformiteit hangt mogelijk samen met onduidelijkheid rond het begrip 'verzet'. Dit werd ook gesignaleerd in de rapportage van fase 1.²⁰⁰ Meer verheldering van wat geldt als verzet is aan te bevelen, met name door het (binnen het door de wetgever aangegeven kader) verder ontwikkelen van handvatten in de praktijk.

Ondanks de genoemde problemen, is de indruk dat er sprake is van een, beperkt, gunstig effect van de Wzd op de vermindering van Ovz. Overigens zijn de signalen uit de VG-sector op dit punt minder eenduidig dan die uit de PG-sector. Mogelijke verklaringen voor het gepercipieerde beperkte gunstige effect zijn grotere bewustwording en de noodzaak tot toepassing van het stappenplan. Tegelijk wordt er gepleit voor meer bewustwording, met name bij instellingen die nog weinig met reductie van dwang bezig zijn. Instellingen die op dit punt al langer actief zijn, voelen zich juist beperkt in het

¹⁹⁹ Vilans, *Handelwijzer in de ambulante setting*, Utrecht 2021.

²⁰⁰ Evaluatierapport-deel 1, p. 301 e.v.

verder terugdringen van Ovz door de rigiditeit van het stappenplan. Algemeen wordt aangegeven dat er meer nadruk moet zijn op persoonsgerichte zorg en het duiden van het gedrag van de cliënt, zodat het stappenplan niet hoeft te worden toegepast ('stap 0'), dan wel kan worden volstaan met stap 1. De beschrijving van het stappenplan in de wet wordt als rigide beschouwd (zie daarvoor ook paragraaf 6.3).

Naast effect op de toepassing van Ovz worden neveneffecten genoemd. Die zijn enerzijds positief, omdat er sprake is van toename in communicatie, meer samenwerking met de familie, en meer aandacht voor de behoeften van de cliënt. Anderzijds worden negatieve neveneffecten genoemd, met name de toename van administratieve last. In de PG wordt geconstateerd dat de nadruk op vrijheid op gespannen voet kan staan met het leveren van goede, soms verplichte, zorg.

Een punt dat in de in par. 6.2.3 vermelde reacties wat onderbelicht blijft is het grijze gebied tussen onvrijwillige en vrijwillige zorg. Alleen in de focusgroep van cliëntenraden wordt dit als aandachtspunt naar voren gebracht: hoe moet het verleiden of overreden van de cliënt worden gepositioneerd in de strikt juridische benadering van de wetgever (zorg is onvrijwillig of niet)? Die vraag houdt uiteraard verband met de interpretatie van het begrip 'verzet', maar (aldus de focusgroep) ook met de toepassing van het begrip 'wilsbekwaamheid' en het verschijnsel dat wat bij de ene begeleider op verzet van de cliënt kan stuiten, door hem bij een andere begeleider kan worden geaccepteerd.

Uit het empirisch onderzoek wordt niet duidelijk of door de invoering van de Wzd sprake is van een toename van dergelijke vormen van drang. Het is denkbaar dat bijvoorbeeld de wens om toepassing van het stappenplan te vermijden, een dergelijk effect heeft. Tegelijk is het uit een oogpunt van goede zorg toe te juichen als hulpverleners proberen om waar mogelijk met cliënten en/of hun vertegenwoordigers tot wederzijds gedeelde afspraken te komen ten aanzien van zaken waar het anders tot onvrijwillige zorg zou kunnen komen. In het pre-Wzd tijdperk was de praktijk vermoedelijk ook niet anders. Problematisch wordt dat pas als sprake is van zodanige overreding dat de ruimte van de cliënt om te weigeren drastisch ingeperkt wordt, zeker wanneer wordt geïmpliceerd dat bij ontbreken van instemming alsnog dwang zal worden toegepast. Naar het oordeel van de onderzoekers verdient de thematiek van drang meer aandacht in de discussie over en de toepassing van de Wzd, al lijkt dit meer een onderwerp voor zelfregulering te zijn dan voor nadere wetgeving. Betrokkenen benadrukken dat de cvp potentieel een belangrijke rol kan spelen bij de doelbereiking van de wet. Ze vermelden ook beperkingen wat betreft bekendheid en beschikbaarheid van de cvp. Het is aan te bevelen de mogelijke bijdrage van de cvp aan de rechtsbescherming van de cliënt te bevorderen met name door diens beschikbaarheid beter te waarborgen, ook buiten de intramurale setting.

In de ambulante setting wordt de Wzd blijkens de bevindingen nog slechts beperkt toegepast; de effecten ten aanzien van het terugdringen van dwang zijn derhalve nog moeilijker te beoordelen dan in de intramurale setting het geval is en zijn waarschijnlijk zeer gering. Ten aanzien van deze setting worden belangrijke knelpunten genoemd, met name op het vlak van interdisciplinair samenwerken; er worden op dit punt overigens ook goede voorbeelden gerapporteerd waarvan geleerd kan worden. Andere knelpunten zijn dat het moeilijk is voldoende zicht en toezicht te hebben op hetgeen zich achter de voordeur afspeelt en de in de praktijk bestaande onduidelijkheid over de vraag wie

verantwoordelijk is voor het doen en laten van de mantelzorger/familie als sprake is van onvrijwillige zorg.

We kunnen concluderen dat de Wzd in de ogen van betrokkenen in zekere mate bijdraagt aan het beoogde effect van vermindering van Ovz, maar dat tegelijkertijd nog aanzienlijke verbetering mogelijk en nodig is, zowel intramuraal als (in nog sterkere mate) ambulante. Die verbetering vereist scholing en uitwisseling van ervaringen. Ten aanzien van de wet zelf kan een minder strakke regeling van het stappenplan een bijdrage leveren (zie daarover verder par. 6.3). Voor wat betreft zelfregulering door het veld blijkt er behoefte aan handvatten voor toepassing van het begrip 'verzet'; ook kunnen door het veld ontwikkelde richtlijnen of handreikingen een rol spelen bij de vraag hoe verantwoord om te gaan met verschillende vormen en gradaties van drang. De afweging van het professioneel handelen in het licht van de verschillende doelstellingen van de Wzd, terugdringen van Ovz en bevorderen van goede zorg, verdient meer aandacht, bijvoorbeeld via reflectie op casuïstiek door betrokken professionals, zo mogelijk in samenspraak met de cliënt en de familie. Tenslotte is aandacht gewenst voor het waarborgen van de beschikbaarheid van de cvp, ook bij ambulante zorg. In die laatste context zou ook (bijvoorbeeld in toelichtende documenten op de Wzd) meer duidelijkheid geboden moeten worden over de vraag wie verantwoordelijk en aansprakelijk is voor het handelen van mantelzorgers als sprake is van Ovz.

6.3 Versterking van rechtsbescherming, met name via het stappenplan

6.3.1 Inleiding

Het stappenplan vormt een belangrijk instrument om de VG- of PG-cliënt te beschermen tegen onvrijwillige zorg die niet strikt noodzakelijk is en om te zorgen dat, indien zulke zorg toch wordt toegepast, deze zo beperkt mogelijk blijft. Dat wettigt op zich reeds specifieke aandacht voor dit onderdeel van de wet. Daar komt bij dat het stappenplan in zijn huidige vorm tot veel kritiek uit het veld heeft geleid²⁰¹; mogelijke aanpassingen ervan waren en zijn onderwerp van voortdurend overleg.²⁰² Het stappenplan is dan ook in de eerste fase van het evaluatieonderzoek expliciet genoemd als onderwerp voor nadere uitdieping.²⁰³

Het stappenplan moet ook worden gevolgd bij onvrijwillige zorg in een ambulante setting. Dat kan specifieke problemen oproepen want het stappenplan, waarvan het multidisciplinaire overleg een kernonderdeel is, lijkt meer geschreven te zijn voor en aan te sluiten bij de intramurale zorg. De onderzoeksvragen inzake het stappenplan in deze tweede fase van het evaluatieonderzoek hebben dan ook mede betrekking op ambulante situaties.

Die vragen zijn in hoofdzaak: Biedt het stappenplan een voldoende en werkbaar mate van rechtsbescherming? Hoe verhoudt het zich tot andere vormen van rechtsbescherming, zoals de ondersteuning door een cliëntvertrouwenspersoon (cvp)? Is er aanleiding de reikwijdte en/of inhoud

201 Zie daarover ook evaluatierapport-deel 1, p. 223-225.

202 Zie bv. de brief van de Minister voor langdurige zorg aan de leden van de Stuurgroep Wzd d.d. 28 maart 2022.

203 Evaluatierapport-deel 1, p. 396.

van de regeling van het stappenplan aan te passen? Welke alternatieven zijn daarvoor te onderscheiden? Na een beschrijving van de juridische context (par. 6.3.2) zal in par. 6.3.3 worden weergegeven wat de uitkomsten van het kwalitatief empirisch onderzoek waren ten aanzien van deze punten. In par. 6.3.4 wordt op die bevindingen gereflecteerd; daarbij komen ook eventuele mogelijkheden voor aanpassing van het stappenplan aan de orde.

6.3.2 Juridische context

Het begrip 'stappenplan' verwijst naar de procedure die moeten worden gevolgd om onvrijwillige zorg in het zorgplan te kunnen opnemen (en na opname daarin opgenomen te kunnen houden). Centrale actor is de door de zorgaanbieder aangewezen zorgverantwoordelijke, met de Wzd-functionaris in een meer toezichthoudende rol. In de artikelen 9 – 11 Wzd, waarin de bepalingen inzake het stappenplan te vinden zijn, worden verschillende aspecten van die procedure geregeld, zoals welke overleggen moeten plaatsvinden, wie daarbij betrokken moeten zijn, wat de inhoud moet zijn van het overleg, voor welke termijnen onvrijwillige zorg in het zorgplan mag zijn opgenomen zonder dat een volgende stap moet worden gezet. In grote lijnen komt dat op het volgende neer. Een allereerste stap is dat - als het zorgplan niet blijkt te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt en dat kan leiden tot ernstig nadeel - de zorgverantwoordelijke met tenminste een deskundige van een andere discipline dan de zijne overlegt of er alternatieven in de vrijwillige sfeer zijn om dat nadeel af te wenden, aldus art. 9 lid 3. Als de conclusie is dat die er niet zijn, kan onvrijwillige zorg in het zorgplan worden opgenomen. Dat laatste is volgens art. 10 lid 2 echter alleen mogelijk als het gedrag van de cliënt in verband met zijn stoornis of beperking leidt tot ernstig nadeel (zoals omschreven in art. 1 lid 2 Wzd), de onvrijwillige zorg noodzakelijk en geschikt is om dat nadeel af te wenden, de toepassing daarvan proportioneel is gelet op het beoogde doel, en er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om dat te bereiken.

Voordat een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg daadwerkelijk in het zorgplan een plaats krijgt, is ingevolge art. 10 lid 3 nog nader overleg nodig met een deskundige van een andere discipline. Als de onvrijwillige zorg medische handelingen dan wel beperkingen van de bewegingsvrijheid betreft heeft de zorgverantwoordelijke (tenzij hij zelf arts is) bovendien de instemming van een niet bij de zorg betrokken arts nodig. De onvrijwillige zorg mag daarna voor maximaal drie maanden in het zorgplan worden opgenomen. Als men er niet in slaagt deze binnen die tijd af te bouwen, moet opnieuw overleg worden gevoerd wil de betreffende vorm van onvrijwillige zorg opnieuw voor drie maanden in het zorgplan kunnen blijven staan. Volgens art. 10 lid 10 moet in dat geval echter ook een niet bij de zorg betrokken deskundige aan het overleg deelnemen.

Als het dan nog steeds niet lukt de onvrijwillige zorg te beëindigen, moet het advies van een onafhankelijke deskundige worden gevraagd. Volgens art. 11 lid 2 heeft de zorgverantwoordelijke maximaal drie maanden te tijd om dat te verkrijgen en het zorgplan op basis daarvan aan te passen. Voor onvrijwillige zorg die daarna nog wordt gecontinueerd, geldt een maximale toepassingstermijn van zes maanden. Is te voorzien dat deze noodzakelijk blijft, dan is telkens na zes maanden een herbeoordeling vereist.

Het stappenplan heeft in de wetsvoorstellen voor de Wzd niet altijd de uitvoerige en gedetailleerde vorm gehad die het uiteindelijk in de wet heeft gekregen. In het oorspronkelijke wetsvoorstel (2009) is

nauwelijks nog van een stappenplan sprake.²⁰⁴ Dat was eigenlijk pas het geval toen de rudimentaire regeling in het wetsvoorstel van 2009 bij de Vierde Nota van Wijziging aanzienlijk werd uitgebreid, onder andere ten aanzien van het vereiste multidisciplinair overleg en de inhoud van het zorgplan. Maar ook nadat het aldus gewijzigde voorstel in 2013 door de Tweede Kamer werd aanvaard, zijn de regels inzake het stappenplan nog verschillende malen aangepast. Zo is het toepassingsbereik van het stappenplan in 2016 bij de Tweede Nota van Wijziging van de Wvz uitgebreid en gedetailleerd doordat meer vormen van onvrijwillige zorg daaronder zijn gebracht dan oorspronkelijk het geval was.²⁰⁵

Hoewel de gedachte dat onvrijwillige zorg alleen op grond van zorgvuldige besluitvorming mag plaatsvinden breed wordt gedragen, hebben de vele en uiteenlopende procedurele vereisten ertoe geleid dat uitvoering van het stappenplan in de praktijk als belastend wordt ervaren, terwijl de dwingende bepalingen – zo luiden de berichten uit het veld - tegelijkertijd te weinig ruimte laten voor een op de concrete situatie toegesneden besluitvormingsproces. Het huidige stappenplan sluit niet aan bij, maar staat los van het reguliere zorgproces.²⁰⁶ In de afgelopen jaren zijn dan ook verschillende suggesties gedaan om het stappenplan te vereenvoudigen en/of te flexibiliseren, zoals het differentiëren in lichtere respectievelijk zwaardere vormen van onvrijwillige zorg en/of het meer overlaten aan zelfregulering.²⁰⁷ Ook meer recent zijn vanuit het veld nog belangrijke voorstellen gedaan voor aanpassing van de regeling van het stappenplan in de Wzd, mede naar aanleiding van het evaluatierapport-deel 1.²⁰⁸

6.3.3 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

De rol van het stappenplan in de Wzd is uitvoerig beschreven in de eerste fase van deze evaluatie²⁰⁹. In de tweede fase hebben we op basis van de eerder vergaarde informatie een aantal scenario's opgesteld voor mogelijke aanpassingen van het stappenplan binnen de Wzd. Deze scenario's dekken het continuüm tussen het niet aanpassen van de huidige vorm van het stappenplan en een vergaande deregulering. Vervolgens zijn in drie focusgroep bijeenkomsten (1 focusgroep met professionals en 2 met vertegenwoordigers van cliëntenraden) en individuele interviews mogelijke aanpassingen van het stappenplan en consequenties voor de rechtspositie van de cliënt besproken. De bespreking richtte zich niet primair op de scenario's, maar op voor- en nadelen van mogelijke aanpassingen in brede zin. De belangrijkste uitkomsten worden hieronder thematisch weergegeven. Eerst wordt aandacht besteed aan ervaringen van respondenten met het stappenplan. Vervolgens gaan we in op de visie van respondenten op de relatie tussen stappenplan en rechtspositie. Daarna bespreken we

204 *Kamerstukken II 2008-2009, 31996, nr.2.*

205 *Kamerstukken II 2015-2016, 32399, nr. 25.*

206 Evaluatierapport-deel 1, p. 395.

207 Evaluatierapport-deel 1, p. 225.

208 Zie bv. *Voorlopig advies: Van stappenplan naar maatwerk in dialoog*, in september 2022 onderschreven door 17 (koepel)organisaties in de zorg.

209 Evaluatierapport-deel 1, p. 307 e.v., p 396.

door respondententen gepercipieerde voor- en nadelen van eventuele aanpassingen. Tenslotte komt de toepassing van het stappenplan in de ambulante setting aan de orde.

Mogelijke scenario's voor aanpassing van het stappenplan

Scenario 1: niet aanpassen

Dit scenario gaat ervan uit dat aanpassing niet gewenst is; de in de Wzd beschreven stappen zijn nodig voor de waarborging van de rechtspositie van de client.

Scenario 2: simplificatie / stroomlijning van het stappenplan

Dit scenario gaat ervan uit dat aanpassing van het stappenplan gewenst is om de administratieve last die het stappenplan nu met zich brengt te verminderen, en wel door het mogelijk te maken dat de overlegstructuren rond het zorgplan en stappenplan beter op elkaar aansluiten. Juridisch zijn hiervoor verschillende mogelijkheden, die afzonderlijk of samen kunnen worden toegepast, te weten:

- Ervoor zorgen dat de zorgverantwoordelijke slechts eenmaal hoeft te overleggen met een deskundige van een andere discipline voordat onvrijwillige zorg in het zorgplan mag worden opgenomen (samenvoegen van art. 9 lid 3 en art. 10 lid 3 Wzd).
- Ervoor zorgen dat slechts eenmaal overleg vereist is met een onafhankelijke, niet bij de zorg betrokken deskundige als het niet lukt onvrijwillige zorg na een bepaalde termijn af te bouwen, waarbij die termijn maximaal 6 maanden mag bedragen (aanpassing van art. 10 lid 10 respectievelijk art. 11 Wzd).

Scenario 3: beperking van de zorgvormen/interventies waar het stappenplan op van toepassing is

In de wet vastleggen dat bij specifieke vormen van zorg die nu onder onvrijwillige zorg vallen, het stappenplan niet doorlopen hoeft te worden. Hierbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan (minder ingrijpende) beperkingen van de vrijheid om het eigen leven in te richten, mits die noodzakelijk zijn om goede zorg te verlenen. Uiteraard dienen zulke beperkingen zoveel mogelijk in goede afstemming met de cliënt en zijn vertegenwoordiger te worden genomen. De beperkingen moeten worden opgenomen in het zorgplan, ter kennis worden gebracht aan de Wzd functionaris en periodiek worden geëvalueerd met betrokkenen, waarbij de Wzd-functionaris van de uitkomsten van de evaluatie op de hoogte wordt gebracht.

Scenario 4: onderscheid tussen lichtere en zwaardere regimes van rechtsbescherming

In dit scenario wordt onderscheid gemaakt tussen zwaardere en lichtere regimes van rechtsbescherming, waarbij voor bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen overleg met een

deskundige van een andere discipline (stap 1) nodig is, en voor andere ook na een aantal maanden overleg met een onafhankelijk deskundige (stap 2). In de wet wordt beschreven welke vorm van onvrijwillige zorg als lichter dan wel zwaarder aan te merken is. Criteria hiervoor zijn bijvoorbeeld de aard van maatregel, de ingrijpendheid, de duur van de maatregel, en hoe cliënt resp. vertegenwoordiger de maatregel ervaren. Dit wordt nader uitgewerkt middels zelfregulering, bijvoorbeeld door ontwikkeling van richtlijnen per sector.

Scenario 5: zelfregulering aan de hand van globale wettelijke regels

In dit scenario wordt nog meer dan in de voorafgaande scenario's het idee losgelaten dat de wetgever in detail moet bepalen hoe precies bij onvrijwillige zorg moet worden gehandeld. Uitgangspunt is dat in de wet kan worden volstaan met een aantal globale wettelijke regels voor de praktijk, ongeacht de aard van de vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals:

- a toepassing van onvrijwillige zorg moet in het zorgplan zijn opgenomen (behoudens noodsituaties).
- b voor die opnemng moet de zorgverantwoordelijke altijd overleg plegen met een deskundige van een andere discipline .
- c als de maatregel niet slechts tijdelijk is maar een permanent karakter heeft of alsnog dreigt te krijgen, moet tevens een onafhankelijk deskundige bij het overleg betrokken worden.
- d de Wzd-functionaris dient op de hoogte worden gesteld en kan desgewenst opschorting of aanpassing vragen van dit element in het zorgplan.
- e de maatregel wordt periodiek met de betrokkenen geëvalueerd; de Wzd-functionaris wordt op de hoogte gesteld van de bevindingen.

Ook in dit scenario worden de procedures nader uitgewerkt via richtlijnen per sector.

6.3.3.1 Positieve en negatieve ervaringen met het stappenplan

Respondenten in de focusgroepen noemen positieve ervaringen met het werken met het stappenplan. Het stappenplan kan volgens professionals bijdragen aan bewustwording over Ovz en het bevordert het zoeken naar alternatieven:

Het positieve van het stappenplan is dat mensen van buiten, met een frisse blik, meer alternatieven aan kunnen dragen dan je zelf of met collega's al bedacht had. Dat element werkt goed. (focusgroep professionals)

Ook in leden van cliëntenraden noemen deze positieve punten. Een vertegenwoordiger van een cliënt zegt:

Ik kan een ervaring delen. Als mentor van een cliënt zat ik bij een grote bijeenkomst, er zat een arts bij en gedragsdeskundige en een begeleider, en ik als mentor. Er moest een

enorm lang formulier worden ingevuld, dat formulier was lastig in te vullen omdat bleek dat de medewerkers daar weinig ervaring mee hadden. Veel verschillende vragen, lastig te beantwoorden. Bij elke vraag kwam de discussie: hoe gaan we dit opschrijven? In die zin was het een langdurige sessie, maar wat ik goed vond was dat de vertegenwoordiger (mentor) betrokken werd. Ik werd dus ook uitgenodigd. Ik kon daar dus bij elke vraag over meedenken en meepraten. Ik laat me ook niet aan de kant schuiven. (focusgroep cliëntenraden)

Anderzijds wordt de administratieve last van het stappenplan veelvuldig genoemd als een negatieve kant van het werken met het stappenplan.²¹⁰ Dit kan volgens respondenten zorgen voor ongewenste effecten zoals een zogenaamde ‘afvink cultuur’ en de aandacht wegleiden van het bieden van zorg op maat. Daarvoor is juist professionele handelingsruimte nodig:

Er is steeds meer focus op het stappenplan, er wordt te veel gewicht aan gehangen; dat is niet altijd goed uitvoerbaar. Het is goed dat de discussie er is, dat we goed kijken naar vrijheden; maar er is meer maatwerk nodig. Wat de wet ook ziet als zwaardere maatregelen, zoals fixatie en medicatie buiten de richtlijn, daar moet je toch wel veel aandacht aan besteden. Maar laat het aan professionals over wie je laat aanschuiven. Bijvoorbeeld: bij iemand met astma is het niet nuttig dat je iemand laat aanschuiven die daar geen verstand van heeft. Je wil maatwerk leveren, zodat je goede zorg kan leveren. Het in die zin maatwerk leveren is ook vrijheid geven aan professionals. (focusgroep professionals)

De nadruk op maatwerk wordt ook benadrukt door veldpartijen zoals de beroepsorganisaties NVAVG en Verenso²¹¹. Ze komt ook terug in een focusgroep met cliëntenraden:

De kern van de wet is heel goed: vrijheid bieden aan mensen. Maar hoe dat uitgevoerd wordt, laat dat aan instellingen over. Daar worden de mensen gekend. (focusgroep cliëntenraden)

Een ander negatief effect van het stappenplan dat wordt genoemd is dat het teveel aandacht legt op Ovz zelf en minder op het voorkomen daarvan en daarmee op gespannen voet staat met een van de doelstellingen van de wet:

Belangrijk is dat voor stap 1 al een goede analyse wordt gemaakt van de situatie. Dat betekent niet dat je nooit meer moet ingrijpen. Persoonsgerichte zorg is denken in alternatieven. Een voorbeeld; een vrouw in een verpleeghuis krijgt altijd kaas, maar wil jam. Ze heeft diabetes. Waarom dan geen suikervrije jam geven? (interview verpleegkundig specialist)

²¹⁰ Zie o.a ook evaluatierapport-deel 1, p. 223-225.

²¹¹ Inbreng Versenso en NAVG ten behoeve van de wetsevaluatie Wzd-Wvvgz-Wfz, 11 februari 2021.

Tenslotte wordt door respondenten genoemd dat er nog veel onbekendheid is met het stappenplan, bijvoorbeeld bij familie en naasten:

Ik heb nog geen discussie gehad over dit onderwerp. Ik vroeg me af hoe dat precies zit bij ons, dat ga ik informeren. Mijn zoon, daar ben ik ook mentor van geworden. Hij is 18, ouders hoeven dan niet meer mee te beslissen....dus toen werd ik zijn mentor. Hij heeft meerdere vrijheidsbeperkingen gehad, hij wil daar niet wonen, hij wil weg. In het begin werd dat vanuit hun bedacht, en tegenwoordig, ik heb nooit dat [stappen]plan besproken, maar nu wordt er wel bekeken naar hoe dingen beter kunnen en hoe dwang niet gebruikt hoeft te worden. (focusgroep cliëntenraden)

6.3.3.2 Stappenplan in relatie tot de rechtsbescherming van de cliënt

Het stappenplan moet garanderen dat onvrijwillige zorg alleen op grond van zorgvuldige besluitvorming plaatsvindt en biedt daarmee rechtsbescherming aan de cliënt. Volgens de respondenten in de focusgroepen wordt dit gedeeltelijk bewerkstelligd. Al eerder genoemde positieve punten zijn de toename van bewustwording van Ovz en het stimuleren van het zoeken naar alternatieven daarvoor. Maar er worden ook kanttekeningen geplaatst, waarbij wordt benadrukt dat voor het bieden van goede zorg meer nodig is dan het volgen van het stappenplan:

Samen met cliënten en verwanten zoeken naar wat goede zorg zou kunnen zijn, is meer dan het stappenplan. Dat is een 'one size fits all' instrument. Daarnaast: doelen die bij de Wzd geformuleerd zijn -dat Ovz altijd voorkomen kan worden of dat er altijd alternatieven zijn- dat is politiek wensdenken. Soms is Ovz niet te vermijden, soms is het goede zorgverlening. (focusgroep professionals)

Een ander punt dat wordt genoemd is dat het stappenplan alleen rechtsbescherming biedt op momenten dat zorgmedewerkers Ovz herkennen en weten wat er onder valt. Anders wordt het stappenplan niet in werking gezet en biedt het dus ook geen bescherming:

Stel dat mensen niet weten dat er verzet is of Ovz, dan starten ze het stappenplan niet op en dan komt de Wzd-functionaris ook niet in beeld. Belangrijk is bewustwording, zodat iedereen weet 'wat is verzet, wat valt er onder?' en tussendoor evalueren. (interview verpleegkundig specialist)

Vanuit cliënt- en belangenorganisaties wordt benadrukt dat het de vraag is of het aanpassen van het stappenplan wel het belang van de cliënt dient, of dat het vooral gaat over het oplossen van andere problemen zoals werkdruk en personeelstekorten:

De Wzd is een cliëntvolgende wet. Wat ik lastig vind is dat ik terug hoor dat er organisatorische problemen zijn en dat je dan naar mogelijke aanpassingen van het stappenplan zoekt. Zijn die mogelijkheden in het belang van de cliënt? Is de

*rechtsbescherming dan beter? Of zitten we een organisatorisch probleem op te lossen?
(interview LF-CVP)*

Ook wordt gewezen op de bestaande verschillen tussen de Wzd en de Wvvgz als het gaat om de positie van de cliënt onder de Wzd en dat deze qua rechtsbescherming niet verder uit elkaar moeten lopen:

In de Wzd heeft de zorgverantwoordelijke een grote rol, en bij de Wvvgz de rechter, dat is een groot verschil. Het gat tussen beide wetten moet niet groter worden voor de cliënt. Een zorgverantwoordelijke is over het algemeen een mbo geschoolde professional, een rechter is heel iemand anders. Dat vind ik wel spannend; hoe de rechtspositie goed te houden, met voldoende inspraak voor de cliënt en ook vrijheden te geven aan professionals binnen de Wzd. (focusgroep professionals)

Als het gaat over het versterken van de rechtspositie wordt er op gewezen dat een bredere inzet van de cvp de rechtspositie van cliënten verder kan versterken. Genoemd wordt dat het van belang is dat cliënten en naasten niet alleen bij het begin van de zorg worden geïnformeerd over de cvp, maar ook op andere momenten:

Wat wij wel graag aangepast willen zien, is, net als bij de Wvvgz, bij mogelijke onvrijwillige zorg ook de cvp in positie te brengen door cliënt/vertegenwoordiger op die ondersteuningsmogelijkheid te attenderen. (interview LF-CVP)

Genoemd wordt ook dat als het stappenplan wordt geflexibiliseerd er meer waarborgen moeten komen om de rechtspositie van cliënten te waarborgen; de vraag is dan wel hoe dit precies vorm kan krijgen, ook omdat het gaat om een vaak kwetsbare, niet mondige groep. Ideeën hiervoor worden ook door veldpartijen gezamenlijk opgepakt. Vanuit het veld wordt in dit verband voorgesteld om de cliënt en de vertegenwoordiger een actievere rol te geven bij de voorbereiding van de evaluatie van het zorgplan.²¹²

6.3.3.3 Mogelijke aanpassingen van het stappenplan

Als het gaat om eventuele aanpassingen van het stappenplan wijst een aantal respondenten erop dat het op dit moment nog te vroeg is om de werking van het stappenplan goed te beoordelen. Er wordt aangegeven dat eerst moet worden ingezet op een goede uitvoering van het stappenplan inclusief scholing om de effecten van het stappenplan te kunnen beoordelen, voordat tot aanpassingen wordt overgegaan:

We hebben aantal dingen aangekaart die niet in stappenplan zitten, de samenwerking met het CIZ, het alternatieven zoeken. Laten we ons daar op richten, in plaats van

²¹² Zie hierover Voorlopig advies: Van stappenplan naar maatwerk in dialoog, p. 9-10.

aanpassing van het stappenplan. Dus bijscholing in uitvoering van de wet, in plaats van wetsverandering. (focusgroep professionals)

Er is heel veel onduidelijk over wat het stappenplan in huidige vorm oplevert, maar ook welke consequenties het heeft als het stappenplan aangepast wordt. (focusgroep professionals)

Desalniettemin wordt de roep om het stappenplan aan te passen breed gehoord. Er wordt een aantal aspecten genoemd die mogelijk aanpassing behoeven:

- de termijnen voor evaluatie;
- de relatie zorgplan- stappenplan;
- de verschillende functionarissen die volgens het stappenplan betrokken moeten worden bij de toepassing van Ovz;
- de reikwijdte van Ovz en de toepassing van het stappenplan.

Met betrekking tot de termijnen lijkt er een breed draagvlak om de vastgestelde termijnen in het stappenplan (nu 3 en 6 maanden) aan te passen of te flexibiliseren. Draagvlak hiervoor bestaat ook bij diegenen die het stappenplan als zodanig willen behouden:

Er is een aantal voorbeelden genoemd over specifieke situaties betreffende termijnen in het stappenplan, daar kan ik me van voorstellen dat je tot aanpassingen komt, mits je dat goed kunt onderbouwen. In eerste instantie liever het behouden van het stappenplan. (focusgroep professionals)

Ik denk dat Ovz een wijd begrip is, dan moet je niet proberen alle manieren van Ovz in de mal van het stappenplan te gieten. Vooral bij de 3 maanden termijn en de 4 weken termijn kan je ruimte zoeken. We houden bijvoorbeeld vast aan de halfjaarlijkse evaluatie en willen ruimte bieden bij welke deskundige je betreft. In principe een MDO plaats laten vinden, met enige regelmaat een frisse blik betrekken, maar je moet het niet vastleggen zoals in het stappenplan gebeurt. (focusgroep professionals)

Overigens wordt in dit verband benadrukt dat flexibilisering niet alleen kan betekenen dat er minder frequent wordt geëvalueerd, maar ook dat dit juist meer gebeurt, indien nodig.²¹³

Als alternatief voor het verplichte stappenplan wordt het opnemen van Ovz in het zorgplan genoemd. Alhoewel onder de Wzd Ovz in het zorgplan wordt opgenomen, wordt in de praktijk blijkbaar ervaren dat het stappenplan en het zorgplan twee aparte dingen zijn. Deze observatie komt overeen met het eerder gesignaleerde knelpunt dat het huidige stappenplan nog niet goed aansluit op reguliere zorgproces.²¹⁴

²¹³ Zie ook *Voorlopig advies: Van stappenplan naar maatwerk in dialoog*, p. 7.

²¹⁴ Evaluatierapport-deel 1, p. 395.

Naast het aanpassen van termijnen en het integreren in het zorgplan wordt in de focusgroepen gewezen op de mogelijkheid om flexibeler om te gaan met de verplichting om externe deskundigen te betrekken. Het gaat dan om de onafhankelijke deskundige en de externe deskundige:

De cliënt is ook niet gebaat bij eindeloos overleg omdat in de wet staat dat dat moet; ik denk dat dat efficiënter kan. In de wet staat dat er overleg moet zijn, en als er sprake van Ovz is dan moet er nog een overleg zijn. Dat schiet zijn doel voorbij. Bij ons kiest de zorgverantwoordelijke ervoor welke disciplines erbij betrokken worden, dat vind ik een goed voorbeeld van maatwerk. Op welke manier kan de cliënt meer betrokken worden? Diens positie kan versterkt worden, die dient niet beperkt te zijn tot alleen een uitnodiging voor het MDO. (focusgroep professionals)

De positie van de Wzd-functionaris wordt daarbij gezien als belangrijke waarborg voor de rechtsbescherming van de cliënt:

De brancheorganisaties zien een heleboel in flexibilisering en maatwerk, en niet zoveel in zelfregulering. Het gaat erom dat je voor individuele situaties maatwerk biedt, de Wzd-functionaris blijft in onze optiek een belangrijke rol vervullen. Hij houdt toezicht en moet ook kunnen ingrijpen als dat nodig is. (focusgroep professionals)

Tenslotte wordt er gewezen op de mogelijkheid om onderscheid te maken in de zwaarte van Ovz als het erom gaat wanneer het toepassen van het stappenplan nodig is. Daarbij wordt de kanttekening geplaatst dat dit onderscheid moeilijk in een wet is vast te leggen, en afhangt van de situatie:

Er is een verschil tussen fixatie en een deur op slot doen, ten opzichte van iemands kamer doorkijken. Het heeft zoveel impact op iemand, dat maakt een groot verschil. (focusgroep professionals)

Wij hebben jeugd, kinderen die op tijd naar bed moeten. Dingen die je thuis gewoon doet en waar je in het gezinshuis het stappenplan voor zou moeten doorlopen. (focusgroep professionals)

Naast aanpassingen van het stappenplan op bovengenoemde punten gaan er in de focusgroepen en interviews ook stemmen op voor een meer radicale vorm van deregulering, namelijk om het stappenplan als verplicht traject af te schaffen, maar wel de strekking van de Wzd te behouden. Het stappenplan kan dan worden gebruikt als handreiking of instrument voor zorgaanbieders op momenten dat het nodig is:

Wij willen graag van het stappenplan af. Wij zien dat iedereen zich kan vinden in de strekking van de wet. Probleem is dat het stappenplan gezien wordt als een verplicht traject, terwijl het een handreiking zou moeten zijn. Wij pleiten voor het toepassen van de wet, maar niet via het stappenplan. Wij zien dat de kleinschalige aanbieders, ondanks dat ze niet per se het stappenplan altijd volgen, wel degelijk handelen in de

geest van de wet. Dat is het belangrijkste. We focussen te veel op het stappenplan, in praktijk is dat voor kleinschalige aanbieders lastig. (focusgroep professionals)

6.3.3.4 Stappenplan en ambulante setting

Het toepassen van de Wzd in de ambulante setting brengt extra uitdagingen met zich mee, ook rond de uitvoering van het stappenplan. De Wzd is ontworpen voor een multidisciplinaire setting, die in de ambulante setting vaak ontbreekt. Dit kan leiden tot knelpunten in de uitvoering van het stappenplan zoals het betrekken van een externe deskundige, en het vinden van een Wzd-functionaris. In de proeftuinen rond de ambulante toepassing van de Wzd wordt daarom vooral ingezet op het werken aan 'stap 0': het voorkomen van Ovz:

Om die stilstand te doorbreken zijn we begonnen met ambulante praktijktuinen. Rode lijn in de ervaringen in de praktijktuinen: stap 0 is echt het belangrijkste, daar gaat de meeste tijd in zitten. De vormen van Ovz in de thuissituatie, wat je veilig kunt doen, zijn erg beperkt. Dan gaat het bijv. om regie over eigen medicatie. Dingen als veilig insluiten, dat zie je niet ambulante. (focusgroep professionals)

6.3.4 Beschouwing

In de hierboven beschreven uitkomsten van het kwalitatief empirisch onderzoek komt als hoofdlijn naar voren dat men het stappenplan op zich van betekenis acht voor de bescherming van de cliënt tegen onterechte onvrijwillige zorg. Het effect van het stappenplan op het terugdringen van dwang hangt daarbij volgens de respondenten eerst en vooral samen met het gegeven dat het bijdraagt aan de bewustwording van onvrijwillige zorg en mede daardoor het zoeken naar alternatieven bevordert. Dit komt overeen met de bevindingen in par. 6.2 over het terugdringen van dwang als doelstelling van de Wzd. Tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat er nog de nodige onbekendheid is ten aanzien van de regelingen rond onvrijwillige zorg en het stappenplan. Wil dat laatste zijn functie vervullen, dan is het noodzakelijk dat zorgmedewerkers weten wat onder onvrijwillige zorg valt en herkennen wanneer bij een cliënt sprake is van verzet ten aanzien van een van de in art. 2 lid 1 genoemde zorgvormen. Naast de erkenning dat het stappenplan zijn waarde heeft, wordt overigens ook opgemerkt dat voor het bieden van goede zorg meer nodig is dan het volgen van de stappenplan-procedure. Een andere opmerking is dat voor de rechtsbescherming van de cliënt ook andere zaken van belang zijn; daarbij wordt met name de potentiële rol van de cvp genoemd bij (verdere) versterking van de rechtspositie van de PG/VG-cliënt.

Het is opvallend dat als eerste (en vooralsnog voornaamste) effect van de Wzd in het algemeen en het stappenplan in het bijzonder de grotere bewustwording wordt genoemd. Veranderingen in bewustzijn en eventueel daaropvolgende veranderingen in cultuur zijn belangrijke neveneffecten van wetgeving, maar deze is niet per se nodig om die te bereiken. Bij wetgeving gaat het vooral om het bieden van een helder normatief kader dat bindend is ten aanzien van (inhoudelijke en procedurele) uitgangspunten, maar ruimte laat voor professioneel handelen en maatwerk. Dat klinkt ook door in de hierboven beschreven bevindingen van het empirisch onderzoek, al verschillen de opvattingen hoe ver de wetgever zou moeten gaan bij het regelen van onvrijwillige zorg en waar verdere uitwerking

moet worden overgelaten aan zelfregulering door het veld. Vooral bij de cliëntenorganisaties lijkt men te vrezen dat meer overlaten aan de praktijk de rechtspositie van cliënten kan verzwakken. Anderzijds wordt er door anderen terecht op gewezen, dat cliënten niet geholpen zijn met een stappenplan dat een onevenredig beslag legt op de schaarse tijd van hulpverleners.

Dat men op zich positief oordeelt over het feit dat de Wzd naast inhoudelijke eisen via het stappenplan ook de nodige procedurele voorwaarden stelt voor het mogen toepassen van onvrijwillige zorg, neemt niet weg dat er overwegend kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de wijze waarop in de huidige wet aan het stappenplan vorm is gegeven. Kernpunt daarin is dat het in de wet opgenomen model flexibiliteit mist en geen variatie toelaat terwijl de praktijk van de zorgverlening juist divers en veelvormig is. Daardoor komt de besluitvorming over onvrijwillige zorg in de praktijk te veel los te staan van het primaire zorgproces, met het risico dat het volgen van het stappenplan een ritueel karakter krijgt. De betrokkenen zijn dan meer bezig met het legitimeren van reeds genomen besluiten over onvrijwillige zorg dan met reflectie over mogelijkheden om die te voorkomen. Daarbij leidt de gedetailleerde wijze waarop het stappenplan in de wet geregeld is ertoe dat sprake is van een relatief grote administratieve belasting.

Als het gaat om mogelijke aanpassingen van het stappenplan, vindt elk van de vijf aan de respondenten voorgelegde scenario's wel enige weerklank. Het minst lijkt dat het geval bij de uitersten: niet aanpassen of juist radicale deregulering. Voorlopig niet aanpassen vinden sommigen; hun argument is, dat het nu nog te vroeg zou zijn om de effecten van het stappenplan goed te beoordelen. Verreikende deregulering (afschaffing van het stappenplan als verplicht traject) wordt bepleit omdat het gaat om handelen in de geest van de wet en zorgaanbieders daartoe meer ruimte moeten krijgen dan volgens de letter van de Wzd het geval is. Maar de meeste respondenten lijken het huidige stappenplan vooral bijgesteld te willen zien ten aanzien van punten als de vaste termijnen of de verplicht te betrekken deskundigen, dit om maatwerk mogelijk te maken en te zorgen dat de besluitvorming over onvrijwillige zorg zoveel mogelijk deel uitmaakt van het normale periodieke overleg over de verleende respectievelijk te verlenen zorg. Een punt dat daarbij ook wordt genoemd is om de mogelijkheid te openen onderscheid te kunnen maken tussen verschillende vormen van onvrijwillige zorg waarbij toepassing van het stappenplan wel respectievelijk minder noodzakelijk is. Dat differentiëren zou dan niet zozeer op het niveau van de wetgeving moeten gebeuren, maar in de praktijk van de zorgverlening.²¹⁵

In de eerste fase van het evaluatieonderzoek is gesteld dat de met het stappenplan beoogde rechtsbescherming moet worden behouden, maar dat anderzijds de inzet van het stappenplan

215 Nog weer een andere mogelijkheid – niet als variant voorgelegd, maar voorgesteld vanuit het veld (zie Vilans, *Vanuit de betekenis van de wet naar professioneel maatwerk voor de cliënt*, Utrecht 2021) - is de besluitvorming te beperken tot de direct betrokkenen (de client/diens vertegenwoordiger, de zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris, en de behandelend arts of gedragswetenschapper), met een halfjaarlijkse evaluatie en de mogelijkheid voor betrokkenen om te kiezen voor inzet van andere deskundigen of voor een kortere evaluatietermijn. Hoewel dit voorstel primair de uitvoering van art. 2 lid 2 betreft zou het ook op onvrijwillige zorg toegepast kunnen worden.

proportioneel moet zijn.²¹⁶ Naast aandacht voor daar genoemde randvoorwaarden (zoals verbetering van ondersteunende systemen en van de kennis van de regeling bij betrokkenen), is er naar het oordeel van de onderzoekers alle reden voor bijstelling van de regeling van het stappenplan zoals nu opgenomen in de Wzd. Dat dan niet zozeer door het bijschaven van het daarin opgenomen vaste standaardmodel, maar veeleer door het flexibeler maken van dat model, zodat meer ruimte ontstaat voor situatie- en cliëntgericht professioneel handelen. Dat laatste kan overigens ook betekenen dat in een specifieke situatie meer wordt gedaan of eerder wordt gehandeld dan nu door het standaardmodel wordt geboden. Anders dan gesteld door sommige respondenten, hoeft men er daarbij niet bevreesd voor te zijn te veel over te laten aan zelfregulering. Afgezien van het feit dat de rechtspositie van de cliënt niet alleen bepaald wordt door de wijze waarop het stappenplan is vormgegeven, zijn er goede mogelijkheden om de kwaliteit en toepassing van door het veld ontwikkelde normen te waarborgen. Bijvoorbeeld op het punt van de kwaliteit door te eisen dat de inhoud daarvan in samenspraak met cliëntenorganisaties wordt vastgesteld, en rond de toepassing doordat (naast het interne toezicht door de Wzd-functionaris en het externe toezicht door de inspectie) ook de cvp – mits breder ingezet – daarbij een belangrijke rol kan spelen.²¹⁷

Samenvattend:

- Maak het stappenplan in de Wzd minder rigide en schep ruimte voor professionals om door maatwerk recht te doen aan de omstandigheden van individuele cliënten.
- Neem in de wet naast materiële uitgangspunten (zoals noodzaak, proportionaliteit, subsidiariteit) vooral de hoofdlijnen op van de bij de besluitvorming rond onvrijwillige zorg te volgen procedure.
- Laat verdere uitwerking aan zelfregulering over, mits die in overleg met cliëntenorganisaties tot stand komt.
- Besteed ook aandacht aan de randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de (aangepaste) regeling van het stappenplan.
- Ga na wat er verder nodig is om de (aangepaste) regeling van het stappenplan ook in kleinere zorgorganisaties respectievelijk ambulante uitvoerbaar te maken.

Een aanpassing van het stappenplan in de geschetste zin biedt ook mogelijkheden voor een aanpak van de problemen rond toepassing van het stappenplan door kleinschalige zorgaanbieders respectievelijk buiten instellingen in de thuissituatie. Daarbij dient echter te worden geconstateerd dat aanpassing van het stappenplan alleen niet afdoende zal zijn, gezien het vaak ontbreken van de vereiste kennis en kunde en van de voorzieningen op het vlak van interdisciplinair overleg en toezicht die intramuraal in (grotere) instellingen beschikbaar zijn.

²¹⁶ Evaluatierapport-deel 1, p. 396.

²¹⁷ In *Voorlopig advies: Van stappenplan naar maatwerk in dialoog*, waarin de veldpartijen aangeven waar zij mogelijkheden zien tot vereenvoudiging van het stappenplan, lijkt niet zozeer uit te worden gegaan van zelfregulering door de veldpartijen, maar veeleer van verdere invulling van een (globalere) wettelijke regeling op het niveau van zorgorganisaties. Naar het oordeel van de onderzoekers heeft het de voorkeur primair op sectorniveau tot nadere uitwerking van het wettelijk kader te komen. Waar zinvol kan men daarbij altijd nog ruimte laten voor verdere concretisering op instellingsniveau.

6.4 De positie van cliënten die zich niet verzetten

6.4.1 Inleiding

Terwijl de rechtsbescherming in de Wzd voor een groot deel betrekking heeft op cliënten die zich verzetten, betreft zij op twee punten ook cliënten die weliswaar niet (kunnen) instemmen maar ook geen blijk geven van verzet. Het gaat daarbij enerzijds om art. 2 lid 2 (dat de regels voor onvrijwillige zorg bij drie specifieke vormen van zorg op hen van toepassing verklaart) en anderzijds om art. 21 (dat voorziet in een procedure voor opneming en verblijf in een accommodatie van cliënten die noch blijk geven van bereidheid noch van verzet).

In de eerste fase van het evaluatieonderzoek is erop gewezen dat in het veld twijfels bestaan over de noodzaak van specifieke regelgeving in de Wzd met betrekking tot de boven genoemde situaties waarin de cliënt zich niet verzet (art. 2 lid 2 en art. 21). 'Het gevoel bestaat dat de reguliere regels voor vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten toereikend zijn en voldoende bescherming bieden.'²¹⁸ Naar aanleiding daarvan is besloten dit thema in deze tweede fase nader uit te diepen. De daarbij te stellen onderzoeksvragen betreffen allereerst de praktijk: hoe gaat deze om met cliënten die zich niet verzetten. De daaropvolgende vraag is dan in hoeverre het uit een oogpunt van rechtsbescherming wenselijk of zelfs noodzakelijk is voor cliënten die zich niet verzetten specifieke bepalingen op te nemen zoals die in art. 2 lid 2 en art. 21 te vinden zijn. Na een beschrijving van de juridische context (par. 6.4.2) en een korte weergave van de ontwikkeling van het aantal art. 21 aanvragen en besluiten sinds de introductie van de Wzd (par. 6.4.3) worden in par. 6.4.4 de bevindingen van het desbetreffend empirisch onderzoek weergegeven. In par. 6.4.5 komt vervolgens aan de orde hoe die bevindingen te duiden zijn en in hoeverre zij mogelijksterwijs aanleiding geven tot aanpassingen van de wet of andere maatregelen.

6.4.2 Juridische context

Volgens art. 2 lid 1 Wzd is sprake van onvrijwillige zorg in de zin van de wet als het een van de in dat artikellid genoemde negen vormen van zorg betreft en de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich daartegen verzet. Wil men tot onvrijwillige zorg overgaan dan moet aan een aantal strenge procedurele en materiële eisen worden voldaan; zo moet iedere vorm van onvrijwillige zorg die men wil toepassen eerst met inachtneming van het stappenplan in het zorgplan worden opgenomen. Volgens art. 2 lid 2 zijn die procedurele en materiële eisen bij drie van die zorgvormen van overeenkomstige toepassing (te weten bij medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid indien niet toegediend conform professionele richtlijnen, een maatregel die een beperking van de bewegingsvrijheid met zich brengt, of de mogelijkheid tot insluiting) en wel als de cliënt wilsonbekwaam is maar hij (of zijn vertegenwoordiger) zich niet tegen uitvoering verzetten. De wetgever vond elk van deze drie maatregelen kennelijk zo ingrijpend, dat zij deze extra bescherming geboden achtte. In eerdere versies van de wet werden de betreffende vormen van zorg zelfs ook met onvrijwillige zorg gelijkgesteld, als de betrokken cliënt daar welbewust mee instemde. Nadat daar in

²¹⁸ Evaluatierapport-deel 1, p. 394.

de literatuur kritiek op was gekomen - de wetgever zou de wilsbekwame patiënt niet serieus nemen – is dat aangepast. In zijn huidige vorm is art. 2 lid 2 alleen van toepassing als de cliënt niet wilsbekwaam kan instemmen. Toch is vanuit de praktijk de vraag opgeworpen of het moeten volgen van het stappenplan wel (altijd) proportioneel is als vertegenwoordiger en hulpverleners het eens zijn dat de beoogde maatregel noodzakelijk is in het belang van de cliënt en noch hijzelf, noch zijn vertegenwoordiger zich daartegen verzet.²¹⁹

Art. 21 betreft opname van cliënten die geen blijk geven van bereidheid daartoe, maar evenmin verzet tonen (de zogenaamde gbgv-groep). In dat geval is opname en verblijf mogelijk zonder dat daartoe een rechterlijke machtiging is vereist; de opname vindt dan plaats op basis van een daartoe strekkend besluit van het CIZ. Daarbij toetst het CIZ of het gedrag van de PG of VG-cliënt leidt tot ernstig nadeel en of opname noodzakelijk is om dat te voorkomen of af te wenden. In feite gaat het daarbij om voortzetting van de opname-procedure zonder rechterlijke tussenkomst die reeds onder art. 60 e.v. van de Wet Bopz mogelijk was. Daarvoor is indertijd gekozen omdat opname op grond van een rechterlijke machtiging tot een te grote belasting van de rechterlijke macht zou leiden en omdat voor patiënten die zich niet verzetten een lichtere vorm van rechtsbescherming kon ontstaan. Enige vorm van rechtsbescherming werd – mede met het oog op het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens - wel aangewezen geacht omdat het verblijf ‘aspecten van onvrijheid’ had, zo vond men.

Dat motief keert terug in de Memorie van Toelichting bij de eerste versie van het wetsvoorstel Wzd.²²⁰ De toets van het CIZ als onafhankelijke instantie ‘is ingebouwd omdat wij opname bij ontbreken van bereidheid weliswaar niet beschouwen als gedwongen opname, maar evenmin als een geheel vrijwillige’, aldus de regering. Dit te meer nu een dergelijke ‘niet-vrijwillige opname’ volgens haar kon leiden tot verblijf op een gesloten afdeling. Wanneer de cliënt zich daartegen echter ging verzetten werd zijn of haar verblijf onvrijwillig, en was een rechterlijke machtiging noodzakelijk.²²¹ De aan deze opnamevorm ten grondslag liggende gedachte is daarmee sinds intrekking van de Wet Bopz eigenlijk niet veranderd. Daar zijn overigens wel kanttekeningen bij te plaatsen, zeker nu zij deel uitmaakt van een ander wettelijk kader (de Wzd in plaats van de Wet Bopz). In de eerste plaats kan men stellen dat – ondanks het feit dat beperking van vrijheden na opname mogelijk is – het verblijf op grond van een art. 21 procedure in wezen nog steeds een vrijwillig karakter heeft. Zo zijn de bepalingen inzake verlof en ontslag (de artikelen 47 en 48 Wzd) niet op de bij een art. 21 besluit opgenomen cliënt van toepassing.²²² Derhalve kan deze (als hij daartoe zelf in staat zou zijn) desgewenst de instelling verlaten. Verder verschilt de Wzd ten aanzien van de gbgv-groep op een

219 Zie bijvoorbeeld Vilans, *Vanuit de betekenis van de wet naar professioneel maatwerk voor de cliënt; rapportage onderzoek Wzd*, art. 2.2, Utrecht 2021, waar een aangepaste toepassing van het stappenplan wordt voorgesteld ten aanzien van beperkingen van de bewegingsvrijheid.

220 Kamerstukken II, 2008-2009, 31996, nr. 3; de opname op basis van een CIZ-besluit was toen nog geregeld in art. 16 Wzd, het latere art. 21 Wzd.

221 Volgens het huidige art. 21 lid 3 is dat het geval als de cliënt zich ‘op zodanige wijze verzet tegen verschillende onderdelen van de zorgverlening dat het leveren van cliëntgerichte zorg feitelijk niet mogelijk is.’

222 Aldus ook de Toelichting op de Regeling zorg en dwang, Stcrt. 7 november 2019, nr. 60908.

belangrijk punt – de interne rechtspositie – van de Wet Bopz. Terwijl die bij een opname op grond van art. 60 Wet Bopz in grote trekken gelijk was aan de rechtspositie van cliënten opgenomen met een rechterlijke machtiging, ook waar het mogelijkheden tot dwangtoepassing betrof, kent de Wzd een afzonderlijk besluitvormingsproces (het stappenplan) alvorens onvrijwillige zorg in het zorgplan mag worden opgenomen respectievelijk mag worden toegepast. In dit opzicht verschilt de positie van de op grond van art. 21 opgenomen cliënt niet van die van een cliënt die bereidheid heeft betoond met opname: ook die kan immers met vormen van onvrijwillige zorg geconfronteerd worden mits aan de daarvoor in de wet opgenomen procedurele en materiële eisen is voldaan. Tenslotte eist art. 21 lid 4 dat voor een CIZ-besluit moet zijn voldaan aan het ernstig nadeel criterium, in feite het oude gevaarscriterium (zie de omschrijving van ‘ernstig nadeel’ in art. 1 lid 2 Wzd). Daarmee is het mogelijk dat geen opnamebesluit kan worden gegeven als de daar bedoelde risico’s ontbreken, terwijl opname wel uit een oogpunt van goede zorg geboden is.²²³

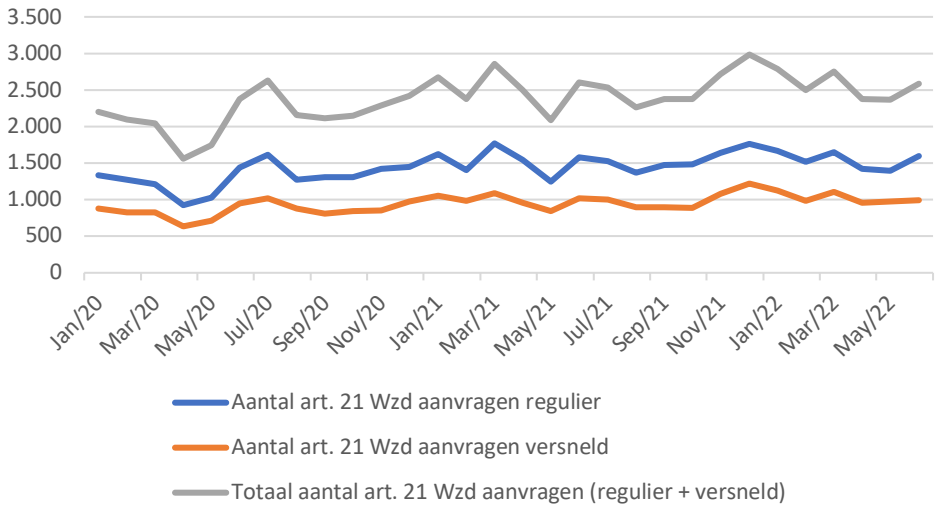
6.4.3 Aanvragen en besluiten art. 21 Wzd

Het aantal art. 21 Wzd aanvragen kende in de tweeënhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wzd een grillig verloop (zie Figuur 6.4.1)²²⁴. De tijdelijke daling in het aantal aanvragen die ieder jaar zichtbaar is rond april-mei vormt volgens het CIZ een ‘seizoenseffect’, gezien alle aanvragen in deze periode normaliter teruglopen. Daarnaast hield de daling vooral in 2020 wellicht ook deels verband met de covid-pandemie, waarbij aanvragen mogelijk werden uitgesteld onder invloed van het per 20 maart 2020 ingestelde bezoekverbod voor instellingen voor verpleging en verzorging en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (VB). Het gebruikelijke seizoenseffect werd door de coronamaatregelen in 2020 mogelijk dus versterkt.

223 Zie over dit punt ook de brief van Actiz aan het Ministerie van VWS d.d. 20 mei 2022 over de Factsheet opname en verblijf in de Wzd.

224 Aangezien de grondslag van een art. 21 aanvraag bij het CIZ pas bekend is na onderzoek, is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen het aantal aanvragen voor mensen met psychogeriatrische (PG) aandoeningen, mensen met een VB en gelijkgestelde aandoeningen.

Figuur 6.4.1 Aantal art. 21 aanvragen op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2022, uitgesplitst in regulier en versneld



Bron: CIZ Databank

Wanneer we middels de halfjaarlijkse totalen naar het globale verloop van het aantal art. 21 aanvragen kijken sinds de inwerkingtreding van de Wzd, lijkt er een stijging zichtbaar (zie Tabel 6.4.1).

Tabel 6.4.1 Aantal art. 21 aanvragen op grond van de Wzd per half jaar, uitgesplitst in regulier en versneld

	2020 (H1)	2020 (H2)	2021 (H1)	2021 (H2)	2022 (H1)
Art. 21 aanvragen regulier	7.215	8.365	9.160	9.265	9.250
Art. 21 aanvragen versneld	4.820	5.380	5.935	5.980	6.130
Totaal art. 21 aanvragen	12.035	13.755	15.095	15.250	15.380

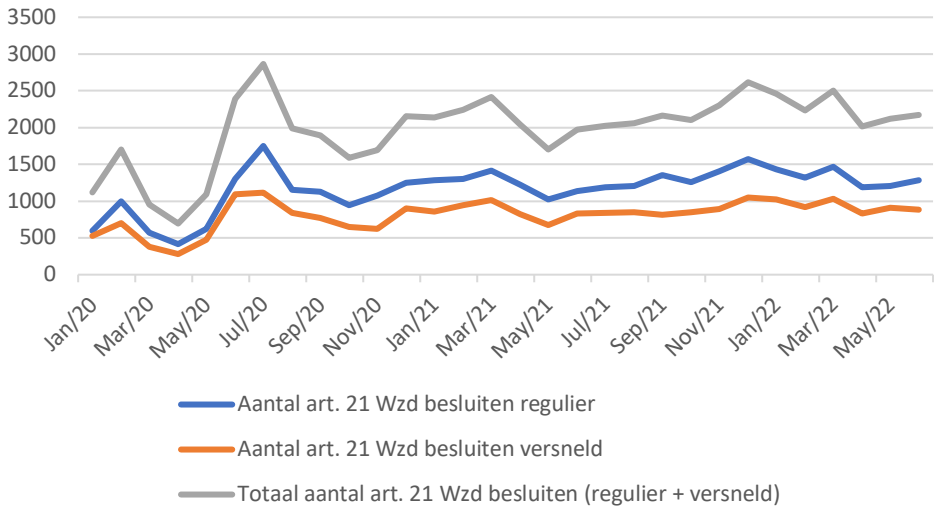
Noot: afwijkingen in optellingen (sub)totalen komen door afrondingen in CIZ Databank

Bron: CIZ Databank

Zoals blijkt uit Figuur 6.4.2 toonde het aantal art. 21 Wzd besluiten in de tweeënhalf jaar na de inwerkingtreding van de Wzd een vergelijkbaar verloop als het aantal aanvragen. Evenals bij de aanvragen, kan dit verloop deels verklaard worden door een seizoenseffect en met name in 2020 deels door de invloed van de covid-pandemie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er geen directe vergelijking gemaakt kan worden tussen het aantal art. 21 Wzd aanvragen en het aantal besluiten dat hierover op maandbasis werd genomen. Het CIZ geeft hiervoor een aantal redenen. In de eerste plaats leidt niet elke aanvraag tot een besluit in dezelfde maand. Daarnaast is het zo dat een deel van de aanvragen niet in behandeling wordt genomen, en daarmee niet tot een art. 21 Wzd besluit leidt. De

redenen hiervoor zijn velerlei, zo kunnen aanvragen onder andere worden afgewezen omdat niet aan de Wzd voorwaarden wordt voldaan of omdat opname nog niet noodzakelijk is (mensen staan bijvoorbeeld nog op een wachtlijst). Deze redenen worden niet systematisch geregistreerd door het CIZ. Tot slot zijn er ook aanvragen die worden ingetrokken door de aanvrager.

Figuur 6.4.2 Aantal art. 21 besluiten op grond van de Wzd in de periode januari 2020 t/m juni 2022, uitgesplitst in regulier en versneld



Bron: CIZ Databank

Evenals bij de art. 21 aanvragen, zien we een stijging wanneer we naar de halfjaarlijkse totalen van het aantal art. 21 besluiten kijken (zie Tabel 6.4.2).

Tabel 6.4.2 Aantal art. 21 besluiten op grond van de Wzd per half jaar, uitgesplitst in regulier en versneld, uitgesplitst in regulier en versneld

	2020 (H1)	2020 (H2)	2021 (H1)	2021 (H2)	2022 (H1)
Art. 21 besluiten regulier	4.500	7.295	7.390	7.990	7.895
Art. 21 besluiten versneld	3.455	4.900	5.135	5.295	5.600
Totaal art. 21 besluiten	7.945	12.185	12.520	13.275	13.490

Noot: afwijkingen in optellingen (sub)totalen komen door afrondingen in CIZ Databank

Bron: CIZ Databank

6.4.4 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

In de empirische studie is zowel in de e-mail uitvraag als in focusgroepen gesproken over de positie van cliënten uit de zogenaamde gbgv-groep en de uitvoering van art. 2 lid 2 en 21. Hieronder bespreken we de resultaten per artikel en gaan we in op een overkoepelend thema dat relevant is voor beide artikelen, namelijk hoe vast te stellen is of er daadwerkelijk geen sprake is van verzet.

6.4.4.1 Artikel 2 lid 2

De resultaten uit de e-mail uitvraag laten zien dat de overgrote meerderheid van de respondenten in hun praktijk te maken hebben met vormen van zorg die onder art. 2 lid 2 vallen. Zowel in de PG sector als de VG sector geeft bijna 95% van de respondenten aan deze ervaring te hebben. In de toelichting op de vraag wat voor ervaring zij hebben met vormen van zorg die onder art. 2 lid 2 vallen noemen de respondenten uit zowel de PG sector als de VG sector alle drie de vormen van zorg die vallen onder art. 2 lid 2, namelijk medicatie buiten de richtlijn, insluiting en verschillende vormen van een beperking van de bewegingsvrijheid zoals een GPS tracker, aangepaste nachtkleding, een bedhek, een rolstoel met een blad of gordel of een poseybed.

Wanneer gevraagd of het stappenplan in deze situatie naar de mening van de respondent noodzakelijk is om de positie van de cliënt te waarborgen, antwoorden respondenten uit de PG sector verdeeld; respondenten antwoorden met 'ja' (35%), 'nee' (22%) en 'niet in deze vorm' (36%). Hieruit is op te maken dat er geen eenduidige mening is over de noodzakelijkheid van het stappenplan. Respondenten uit de VG sector beantwoorden bovenstaande vraag met 'ja' (33%), 'nee' (18%), en 'niet in deze vorm' (45%). Ook hier is dus verdeeldheid te zien. In de focusgroep met professionals wordt de vraag opgeworpen of je het stappenplan wel zou moeten toepassen bij wilsonbekwame cliënten die zich niet verzetten en of de Wzd functionaris wel een rol moet spelen bij cliënten zonder bezwaar en zonder instemming:

Veel cliënten in de PG sector vallen onder deze regeling. Het komt vaker voor dan Ovz in de zin van art. 2 lid 1. Ik vind dat het stappenplan in elk geval in het kader van art. 2 lid 2 een te zwaar instrument is. (focusgroep professionals)

Respondenten uit PG sector vinden over het algemeen niet dat de positie van de cliënt dan via andere manieren gewaarborgd moet worden (bijvoorbeeld door een second-opinion), meer dan de helft van de respondenten antwoordt hier met 'nee' op. Terwijl de meerderheid dus van mening is dat een andere manier niet noodzakelijk is, vindt iets meer dan een derde van de respondenten dat dit wel het geval is. In de VG sector wordt hier anders over gedacht, meer dan de helft van de respondenten vindt dat de positie van de cliënt op andere manieren gewaarborgd moet worden. Bijna een kwart vindt van niet, en de overige 24% geeft aan dit niet te weten. Wanneer gevraagd welke manier(en) dan in aanmerking komen, noemen respondenten uit beide sectoren diverse opties, zoals het houden van een audit van samenwerkende organisaties, een versimpeling van het stappenplan, het laten meekijken door de Wzd-functionaris, het invoeren van een second-opinion of het evalueren in bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg (MDO):

Eventueel door periodieke (b.v. 1 maal per 3 maanden) multidisciplinaire evaluatie op afdelingsniveau van alle toegepaste artikel 2 lid 2 vormen. Echter nadrukkelijk zonder toetsing door een Wzd-functionaris. (e-mail uitvraag PG sector)

In de focusgroep wordt naast aanpassingen in de evaluatiecyclus ook specifiek de functie van de Wzd functionaris genoemd:

Ik pleit er wel voor om de maatregelen die onder art. 2 lid 2 vallen te evalueren, om daar een structuur voor op te zetten, multidisciplinair, met een onafhankelijk deskundige. Het stappenplan vereenvoudigen en daar de Wzd-functionaris uithalen. De Wzd-functionarissen hebben echt andere prioriteiten, in het kader van patiëntenzorg. Die moeten we niet belasten. (focusgroep professionals)

Ook in het rapport *Vanuit de betekenis van de wet naar professioneel maatwerk voor de cliënt*²²⁵ wordt genoemd dat de noodzaak en proportionaliteit van het stappenplan voor art. 2 lid 2 niet wordt gezien, zeker als het gaat om vormen van zorg die betrekking hebben op de beperking van de bewegingsvrijheid. Tegelijkertijd wordt erkend dat het bieden van een goede rechtsbescherming van wilsonbekwame cliënten van belang is, juist omdat verzet soms moeilijk zichtbaar is. Geconcludeerd wordt dat *“er op dit moment met art 2 lid 2 te veel ballast is, maar dat de intentie van art 2 lid 2 met specifieke aandacht voor de rechtspositie van de cliënt, belangrijk is om te behouden”*²²⁶. In lijn met bevindingen in de eerste fase van deze wetsevaluatie, wordt er in dit rapport op gewezen dat de proportionaliteit vooral in het geding is als het gaat om zorgvormen die door de aard van de beperking al lang worden toegepast en waarbij de verwachting is dat dit niet verandert. Dan gaat het met name om maatregelen die als noodzakelijk worden gezien voor de veiligheid en gezondheid van cliënten, zoals het toepassen van domotica, waarbij deze maatregelen steeds opnieuw geëvalueerd moeten worden. Oplossingsrichtingen die in dit rapport worden genoemd liggen in lijn met de bevindingen uit de e-mail uitvraag, namelijk flexibilisering in de evaluatie termijnen in het stappenplan (bijv. door de evaluatie cyclus van het zorgplan te volgen) en het benoemen van de disciplines die bij deze evaluaties aanwezig moeten zijn.

6.4.4.2 Artikel 21

Respondenten hebben ook ervaring in hun praktijk met cliënten die zijn opgenomen op basis van art. 21; bijna 90% van de respondenten uit de PG sector, en meer dan twee derde van de respondenten uit de VG sector heeft hier ervaring mee. Op de vraag ‘is naar uw mening, in een situatie waarin de vertegenwoordiger instemt met opname, een besluit van het CIZ noodzakelijk om de rechtsbescherming van de cliënt te waarborgen?’ antwoorden respondenten uit de PG sector

225 Vilans, *Vanuit de betekenis van de wet naar professioneel maatwerk voor de cliënt; rapportage onderzoek Wzd, art. 2.2*, Utrecht 2021.

226 Vilans, *Vanuit de betekenis van de wet naar professioneel maatwerk voor de cliënt; rapportage onderzoek Wzd, art. 2.2*, Utrecht 2021, p. 11

overwegend positief, meer dan twee derde steunt deze uitspraak. Respondenten uit de VG sector zijn meer verdeeld, 42% antwoordt op bovenstaande vraag met 'ja', maar 36% antwoordt hier ontkennend op. In de focusgroep met professionals wordt ook benadrukt dat toetsing door het CIZ belangrijk is voor de rechtsbescherming van de cliënt, alhoewel de procedure soms ook als omslachtig wordt ervaren in situaties waar alle betrokkenen instemmen met het besluit.

Wanneer in de vragenlijst wordt gevraagd of de rechtsbescherming dan via andere manieren gewaarborgd moet worden, vindt bijna 70% van de respondenten uit de PG sector dat dit het geval moet zijn, tegenover een minderheid van 33% van respondenten uit de VG sector. De helft van de respondenten uit de VG sector vindt dat dit *niet* het geval moet zijn. Wanneer gevraagd welke manieren dan in aanmerking komen, komt er in de e-mail uitvraag weinig reactie. Opties die genoemd worden zijn 'vertrouwen in de hulpverlening' en 'rekening houden met welzijn en patiënten'. Een meer concrete optie is het raadplegen van professionals zoals de casemanagers en behandelaren van de accommodatie. In de focusgroep worden ook mogelijke alternatieven besproken. Een alternatief dat wordt genoemd is het leggen van meer verantwoordelijkheid bij de vertegenwoordiger, maar de onafhankelijkheid van het CIZ zou dan gemist worden:

Als je de vertegenwoordiger hier een grotere rol in geeft, mis je het CIZ als onafhankelijke toetsers. Ik denk dat die juist van belang is, om de rechtspositie te waarborgen, van de cliënt. Het CIZ is onafhankelijk. (focusgroep professionals)

In een groepsinterview met vertegenwoordigers van het CIZ wordt dit onderschreven, en wordt gesteld dat onafhankelijke toetsing vereist is op grond van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens.

In de focusgroepen worden ook een aantal praktische knelpunten genoemd rond de uitvoering van art. 21. Eén daarvan gaat over het *moment* dat de aanvraag wordt gedaan.²²⁷ Er wordt op gewezen dat de aanvraag van art. 21 niet altijd kan plaatsvinden voor opname. Daarom komt het in de praktijk ook voor dat dit achteraf wordt gedaan. Over het moment van het indienen van een aanvraag bestaat onduidelijkheid in het veld en is er behoefte aan wettelijke verankering:

Het CIZ communiceert al langdurig dat je cliënten kan opnemen zonder dat een art. 21 besluit genomen is, als de aanvraag daartoe nog loopt. Daar is onrust over in het veld, ook vanwege de mogelijke strafrechtelijke gevolgen. Het CIZ beroept zich op afspraken met de inspectie. Als dat nou echt zo is, dat je iemand kan opnemen terwijl de aanvraag nog loopt, dan moet je dat wettelijk verankeren. (focusgroep professionals)

Andersom worden aanvragen soms juist te vroeg gedaan, terwijl opname niet in zicht is. Het CIZ zelf meldt hier overigens over dat er dat de inzet is dat een art. 21 pas wordt aangevraagd als een opname in zicht is, en de cliënt binnen circa twee maanden kan worden opgenomen.

Een ander knelpunt dat wordt genoemd, zowel door professionals als door vertegenwoordigers van

227 Zie hiervoor ook de brief van Actiz d.d. 20 mei 2022 n.a.v. de factsheet Opname en verblijf in de Wzd.

het CIZ, is het wel of niet geregistreerd staan als accommodatie in het locatieregister. Dat is een voorwaarde om cliënten met een art. 21. op te nemen, maar niet elke mogelijk geschikte locatie is ook een accommodatie. Een hiervoor genoemde oplossing is het laten vallen van de eis dat een art. 21 opname alleen mogelijk is als het gaat om een accommodatie uit het locatieregister. In relatie hiermee is er een specifiek knelpunt rond cliënten die al vóór inwerkingtreding van de Wzd waren opgenomen in een niet-Bopz locatie. Als voor hen een besluit tot opname moet worden aangevraagd zou dat betekenen dat ze óf met ontslag moeten als het CIZ besluit dat er geen verzet is, of moeten verhuizen als de accommodatie niet in het locatieregister staat²²⁸. Tenslotte wordt genoemd dat de bepaling in de Wzd dat een art. 21 opname alleen mogelijk is als deze noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, niet altijd goed werkt. Beter zou zijn als er wordt bepaald dat het gaat om de locatie die het meest passend is, eventueel ook een accommodatie die niet in het locatieregister staat.

6.4.4.3 Vaststellen van verzet

In de interviews en focusgroepen wordt erkend dat de vraag wat verzet precies is, cruciaal is voor de toepasselijkheid van art. 2 lid 2 en art. 21. Tegelijk wordt aangegeven dat bij het vaststellen of er al dan niet sprake is van verzet verschillende visies een rol kunnen spelen en dat het in de praktijk aan eenduidigheid ontbreekt:

Er is verschil tussen het juridische perspectief en vanuit werkvloer gekeken: je wil juridisch kaderen, aan de andere kant is de cliëntpopulatie zo divers, dat is lastig te vangen. Als ze verbaal bezwaar maken, en feitelijk geen gedrag vertonen dat daarbij past, terwijl ze fysiek in staat zijn om naar buiten en weer naar binnen te gaan, dan klopt dat niet met elkaar. Bij een lichamelijke beperking, daarentegen, moet je verbaal veel meer wegen. Maar dat moet je aan professionals overlaten, niet wettelijk kaderen. (focusgroep professionals)

Daartegenover wordt gesteld dat verzet op verschillende manieren geuit kan worden (non verbaal en verbaal) en dat verzet niet altijd wordt herkend:

Veel cliënten begrijpen vaak niet wat er gebeurt. Dat is een onderdeel van 'geen verzet', ze krijgen pillen en ze slikken het. Hetzelfde met een gesloten deur, dat heeft te maken met hoeveel cliënten dat beseffen. Is het ook niet zo dat cliënten zich wel verzetten, maar we het niet herkennen? (focusgroep professionals)

Verzet is een grijs gebied, stil verzet komt voorbij, denk aan learned helplessness, dat mensen wennen aan het feit dat ze niet meer naar buiten mogen, en dan die aandrang niet meer laten zien. Hoe gaan we daarmee om? Hoe concreter dat wordt, des te meer wordt ook duidelijk dat naar de letter van de wet gekeken wordt in plaats van naar

228 Brief Actiz n.a.v. de factsheet Opname en verblijf in de Wzd dd. 20 mei 2022.

maatwerk. Verschillende partijen moeten in gesprek gaan, wat zien we? Wat zijn onderliggende behoeften? (focusgroep professionals)

Bovendien kan het verschil maken welke zorgverlener om instemming vraagt. Zoals eerder besproken komt het regelmatig voor dat cliënten, afhankelijk van wie het vraagt, al dan niet bezwaar maken. Hoe moet dan geduid worden of er sprake is van verzet?

Een verschil in interpretatie van verzet kan ook leiden tot uitvoeringsproblemen bij een opname; bijvoorbeeld omdat een RM wordt afgewezen omdat de rechter geen verzet ziet, maar art. 21 dan niet is opgestart, wat tot onwenselijke situaties kan leiden:

Een voorbeeld: iemand woont in een verpleeghuis, en zegt naar huis te willen, maar blijft gewoon zitten. Niks duidt erop dat het verblijf beëindigd moet worden, maar hij zegt wel naar huis te willen. Wat doe je dan? Het is een wilsonbekwame uiting. Het CIZ zegt 'nee', hier wordt regelmatig veel verzet geuit, RM aanvragen. Wat doet de rechter? De ene rechter zegt 'dit is verzet', de andere rechter zegt 'dit is geen verzet'. Wat als er 'geen verzet' wordt gezegd, wat moet je dan doen? Ontslaan?(...) En als dat wel verzet is, moeten we een RM aanvragen, is dat wenselijk? (focusgroep professionals)

Een oplossingsrichting die wordt genoemd om dit probleem te ondervangen is dat rechters de mogelijkheid krijgen een art. 21 af te geven:

Er moeten meer handvatten komen, meer consistentie en doelgerichtheid ten aanzien van verzet. Vorige week heb ik art. 21 aangevraagd, het CIZ vindt tot onze stomme verbazing dat sprake is van 'verzet', die aanvraag wordt meteen omgezet in een RM, binnen een week moet er een onafhankelijk arts langskomen, de rechter komt langs en die zegt 'dit is geen verzet' en geeft de RM niet af. De patiënt moet blijven, men moet opnieuw art. 21 aanvragen. Hoe houden we elkaar bezig? Ik zou ervoor pleiten, dat de rechter in zo'n geval zelf de bevoegdheid krijgt om direct een art. 21 besluit af te geven, niet alleen het CIZ. (focusgroep professionals)

6.4.5 Beschouwing

Over de betekenis van art. 2 lid 2 voor de rechtsbescherming van wilsonbekwame, zich niet verzettende cliënten bij de drie in die bepaling genoemde vormen van zorg (gedrag beïnvloedende medicatie indien niet richtlijn conform toegediend, beperking van de bewegingsvrijheid, of insluiting), wordt blijkens de uitkomsten van het kwalitatief empirisch onderzoek verschillend gedacht. Wel is het opmerkelijk dat zowel van de respondenten uit de PG sector als van die uit de VG sector een meerderheid vindt, dat toepassing van het stappenplan niet noodzakelijk is in die situatie, of althans niet in deze vorm. Dat sluit aan bij de kanttekeningen die in het rapport van de eerste fase van de evaluatie bij art. 2 lid 2 zijn gezet, ook vanwege gebleken twijfels in het veld over de noodzaak van extra regels voor situaties waarin de cliënt zich niet verzet. Daarbij is met name de vraag gesteld of de bepaling niet zou kunnen worden volstaan met een (eventueel aangescherpte) rol van diens

vertegenwoordiger. Die heeft immers juist de opdracht, verantwoordelijkheid en bevoegdheid bij wilsonbekwaamheid voor de cliënt op te treden.²²⁹

Andere benaderingen die worden gesuggereerd zijn om het mogelijk te maken voor een of meer van de drie genoemde zorgvormen het stappenplan op aangepaste wijze te doorlopen (zoals in het eerdergenoemde rapport van Vilans voorgesteld voor beperkingen van de bewegingsvrijheid). De respondenten van het kwalitatief empirisch onderzoek noemen daarnaast nog andere alternatieven voor toepassing van art. 2 lid 2, zoals het voorzien in een second opinion of het laten meekijken door de Wzd-functionaris. Anderen geven in dit verband de voorkeur aan frequent uitgevoerde multidisciplinaire evaluaties op afdelingsniveau, maar dan zonder inschakeling van de Wzd-functionaris.

Naar het oordeel van de onderzoekers zou voorop moeten staan wat de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt van de voorgenomen maatregel vindt. Verzet hij zich, dan valt deze als onvrijwillige zorg uiteraard onder art. 2 lid 1 en zijn de daarvoor geldende voorwaarden van toepassing (waaronder volgen van het stappenplan). Stemt hij als goed vertegenwoordiger in, dan zou dat volgens de regels van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (art. 7:465 BW) eigenlijk voldoende moeten zijn om de betreffende vorm van zorg uit te voeren. Anderzijds blijken (ook in het kwalitatief empirisch onderzoek) velen van opvatting dat er – kennelijk ook bij instemming van de vertegenwoordiger – althans iets aan extra waarborgen moet zijn; over de vraag wat dan precies, wordt echter verschillend gedacht. Dat is niet vreemd, al was het alleen maar omdat in de praktijk de omstandigheden verschillen, niet alleen op sectorniveau, maar ook tussen instellingen. Dit alles in aanmerking nemend is het volgens de onderzoekers te overwegen om art. 2 lid 2 in de huidige vorm te laten vervallen voor situaties waarin de vertegenwoordiger instemt, maar daarbij wel te eisen dat in het door de zorgaanbieder op te stellen beleidsplan ex art. 19 Wzd wordt aangegeven in welke extra waarborgen zal worden voorzien met het oog op zorgvuldige besluitvorming en evaluatie de in art. 2 lid 2 bedoelde situaties.

Ten aanzien van art. 21 zijn door de respondenten enkele praktische knelpunten genoemd rond de uitvoering van de daarin geregelde opname procedure, zoals het moment waarop de aanvraag voor het desbetreffend CIZ-besluit moet worden gedaan, de eis dat de locatie waar opname plaatsvindt als accommodatie geregistreerd moet zijn, en hoe te handelen bij (wilsonbekwame, zich niet verzettende) cliënten die al voor inwerkingtreding van de Wzd zonder art. 60 Wet Bopz indicatie waren opgenomen (in een niet-Bopz locatie). Het is gewenst dat op deze punten (en overigens ook op andere punten in de reeds genoemde Actiz-brief van 20 mei 2022)²³⁰ duidelijkheid wordt verschaft door VWS, bijvoorbeeld door aanpassing van de factsheet Opname en verblijf in de Wzd.²³¹ Een ander punt is de inschatting of wel of niet sprake is van verzet; zoals aangegeven door de respondenten kunnen de opvattingen daarover in een concrete situatie uiteenlopen. Dat probleem is ook in par. 6.2 al benoemd. In het kader van een opneming kan zich het bijzondere probleem voordoen dat het CIZ meent dat bij een cliënt vanwege verondersteld verzet een rechterlijke

229 Evaluatierapport-deel 1, p. 222-223 resp. p. 394.

230 Brief van Actiz aan het Ministerie van VWS over de factsheet Opname en verblijf in de Wzd d.d. 20 mei 2022.

231 Ministerie van VWS, Factsheet Opname en verblijf in de Wzd.

machtiging moet worden aangevraagd, terwijl de rechter die daarover moet beslissen dat verzet niet aanwezig acht, waarna (indien het een gbgv-cliënt betreft) alsnog een art. 21 procedure moet worden gestart, met het tijdverlies en de extra administratieve belasting van dien. In de focusgroepen is geopperd, dat de rechter in zo'n geval bevoegd zou moeten zijn om direct zelf een art. 21 besluit af te geven. Die gedachte is het overwegen waard.

Een meer principiële vraag is of de opname procedure van art. 21 (de vroegere art. 60 procedure in de Wet Bopz) in de context van de Wzd nog wel bestaansrecht heeft en waarom er niet mee volstaan kan worden dat de vertegenwoordiger van de gbgv-cliënt na overleg met behandelaars en instelling namens de cliënt instemt met opname. Zoals hierboven in par. 6.4.2 is aangegeven pleit hiervoor niet alleen dat ervanuit moet worden gegaan dat de cliënt na een art. 21 besluit formeel nog steeds vrij is de instelling te verlaten, maar vooral ook dat de cliënt een andere interne rechtspositie heeft dan de art. 60 Wet Bopz cliënt. Terwijl bij die laatste dwang kon worden toegepast op eenzelfde voet als bij cliënten opgenomen met een rechterlijke machtiging, is dat bij de art. 21 cliënt alleen mogelijk als voldaan is aan de materiële en procedurele voorwaarden (het stappenplan) die in de Wzd gesteld worden aan het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan resp. aan het uitvoeren daarvan. De art. 21 cliënt heeft daarmee eigenlijk geen wezenlijk andere rechtspositie dan de cliënt die zelf met opname heeft kunnen instemmen. Als de art. 21 procedure zou worden geschrapt, zou trouwens ook het probleem opgelost zijn, dat bij een CIZ-besluit moet zijn voldaan aan het ernstig nadeel criterium. Dat maakt zoals eerder aangeven immers opneming onmogelijk bij het ontbreken van ernstige (gevaars)risico's, terwijl ook in zo'n situatie een opname zinvol kan zijn.²³² Blijkens de uitkomsten van het kwalitatief empirisch onderzoek blijken niettemin toch veel respondenten te hechten aan de rol van het CIZ als extra waarborg bij opneming van gbgv-cliënten. Ook het CIZ zelf is van oordeel dat de art. 21 procedure waardevol is. Zij is ook van toegevoegde waarde omdat zij (anders dan de toetsing in het kader van de Wet langdurige zorg) gericht is op de rechtsbescherming bij opneming (en niet op de vraag of de cliënt in aanmerking komt voor verzekerde zorg). De tussenkomst van een onafhankelijke instantie zou volgens het CIZ ook vereist zijn op grond van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens omdat de gbgv-cliënt geplaatst wordt op een plek waar hij niet zelf voor gekozen heeft: er zou sprake zijn van beperking van het recht op keuze waar je woont. Wij delen dat laatste argument overigens niet (zie ook par. 6.3.2); ook de gbgv-cliënt heeft en houdt dat keuzerecht, alleen zal zijn vertegenwoordiger dat voor hem moeten uitoefenen nu de cliënt dat niet meer zelf kan.

Alles bijeengenomen is er naar het oordeel van de onderzoekers voldoende aanleiding om de art. 21 procedure nog eens kritisch te bezien. Er zijn argumenten te geven voor, maar ook tegen handhaving

232 In art. 60 Wet Bopz was dan ook van een ruimer criterium sprake: een CIZ-opname kon plaatsvinden als een opneming noodzakelijk was, te weten als de betrokkene zich ten gevolge van zijn stoornis niet buiten de inrichting kon handhaven (art. 60 lid 4).

daarvan.²³³ In elk geval zou de regering nog eens duidelijk moeten aangeven waarom een procedure als die van art. 60 Wet Bopz ook in de Wzd is opgenomen, terwijl beide wetten ten aanzien van de positie van de opgenomen gbgv-cliënt verschillen.

6.5 Functionarissen in de Wzd

6.5.1 Inleiding

In de Wzd worden aan bepaalde personen bijzondere taken en verantwoordelijkheden toebedeeld voor en bij het uitvoeren van de wet. Daarbij gaat het met name om de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke en de zorgaanbieder. Een goede uitwerking van de rolverdeling tussen deze actoren vraagt veel aandacht.²³⁴ Het gaat om een proces dat nog niet is voltooid, mede omdat het in een aantal gevallen moeilijk is om voldoende gekwalificeerde professionals te vinden.

In deze tweede fase is onderzoek verricht naar de wijze waarop de betreffende rollen worden vervuld, naar de vraag of er in de praktijk een goede verhouding is tussen de verschillende Wzd-functies (Wzd-functionaris, zorgverantwoordelijke en zorgaanbieder) en voorts hoe het zit met de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden. Mede gelet op het tekort aan BIG-geregistreerde professionals is verder nagegaan of er in de praktijk draagvlak bestaat om de functie van Wzd-functionaris open te stellen voor meer (eventueel lager opgeleide) zorgprofessionals.

Hieronder volgt eerst een korte beschrijving van de juridische aspecten (par. 6.5.2). De uitkomsten van het empirisch onderzoek worden beschreven in par. 6.5.3. In par. 6.5.4 volgt dan een beschouwing, uitmondend in conclusies en aanzetten voor aanbevelingen.

6.5.2 Juridische context

De Wzd-functionaris is volgens art. 1 lid 1 sub m een ter zake kundige arts, een gezondheidszorg-psychooloog of een orthopedagoog-generalist 'die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien op de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.' Zijn taak is onder meer het beoordelen van de zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen (art. 11a lid 2 Wzd). Zo nodig kan hij de zorgverantwoordelijke aanwijzingen geven om het zorgplan bij te stellen. In wezen komt dit neer op het toetsen of de onvrijwillige zorgverlening in individuele gevallen verantwoord is en past binnen de wet. Verder behoort tot zijn taak het samen met de zorgaanbieder bewaken van de kwaliteit van de onvrijwillige zorg. Tenslotte speelt hij een rol bij verloop en ontslag van onvrijwillig opgenomen cliënten (art. 47 en 48) en bij het

233 Een argument voor zou nog kunnen zijn dat bij niet handhaven ook de rol van het CIZ bij het aanvragen van de rechterlijke machtiging art. 24 e.v. Wzd bemoeilijkt zou kunnen worden; daar zou dan weer tegenover staan dat die rol, evenals voor de Wzd het geval was, dan evengoed bij het OM belegd zou kunnen worden.

234 Evaluatierapport-deel 1, p. 217-218.

aanvragen van een CIZ-besluit tot opname of een rechterlijke machtiging.²³⁵

Blijkens de eerste fase van het evaluatieonderzoek beschikken nog niet alle zorgaanbieders over een Wzd-functionaris, mede vanwege de personeelsproblematiek. In dit verband is ook relevant dat het voor kleine of solistisch werkzame zorgaanbieders ingewikkeld is om te voldoen aan de wettelijke verplichtingen die de wetgever aan zorgaanbieders oplegt, waaronder het invullen van de functie van Wzd-functionaris. Vanwege de moeite om aan voldoende Wzd-functionarissen te komen is er een discussie gaande over de vraag of het aantal beroepsgroepen dat in aanmerking komt voor het vervullen van de functie van Wzd-functionaris zou moeten worden uitgebreid, zodat bijvoorbeeld ook een verpleegkundig specialist deze functie kan vervullen.²³⁶

Een volgend onderwerp betreft de taken en verantwoordelijkheden van de zorgverantwoordelijke, mede in relatie tot die van de Wzd-functionaris. De zorgverantwoordelijke, die voor elke cliënt door de zorgaanbieder moet worden aangewezen, speelt een cruciale rol voor wat betreft het zo mogelijk voorkomen respectievelijk de verantwoorde toepassing van onvrijwillige zorg. Dat hangt met name samen met de betekenis van het zorgplan in dit verband (zie art. 5 – 9 Wzd). De zorgaanbieder mag uitsluitend zorg verlenen op basis van het zorgplan (tenzij dat nog niet is vastgesteld). Behoudens uitzonderingen (zoals noodsituaties) is het verlenen van vormen van onvrijwillige zorg slechts mogelijk voor zover deze vooraf met toepassing van het stappenplan in het zorgplan zijn opgenomen. Het opstellen, vaststellen, uitvoeren, en zo nodig periodiek aanpassen van het zorgplan (inclusief voorafgaand overleg daarover met de cliënt of diens vertegenwoordiger) is de taak van de zorgverantwoordelijke.

De Wzd kent dus, evenals overigens de Wvvgz, belangrijke taken toe aan de zorgverantwoordelijke, maar er bestaan tussen beide wetten aanzienlijke verschillen waar het gaat om het opleidingsniveau van deze functionaris. Terwijl de Wvvgz hier aanzienlijke eisen stelt, wordt met betrekking tot de zorgverantwoordelijken onder de Wzd wel betwijfeld of deze over voldoende kennis en ervaring beschikken om deze functie goed te kunnen uitoefenen. Volgens art. 1 lid 1 sub g Wzd moet de zorgverantwoordelijke een ter zake kundige arts zijn of iemand die behoort tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie van deskundigen. Daarop aansluitend wordt in art. 2 van de Regeling zorg en dwang een breed scala aan beroepsbeoefenaren genoemd die als zorgverantwoordelijke kunnen optreden. Zo behoren daartoe ook al degenen die over een getuigschrift beschikken van een (op zorg gerichte) opleiding die in het Centraal register beroepsopleidingen is opgenomen. Daarmee wordt volgens de toelichting aangesloten bij de praktijk waarin het opstellen van een zorgplan veelal belegd wordt bij een beroepsbeoefenaar van (tenminste) niveau mbo-3.

Voor wat betreft de zorgaanbieder rijst vooral de vraag of de verhouding tussen diens taken en verantwoordelijkheden en die van de Wzd-functionaris wel in balans is. Volgens art. 1 lid 1 sub m Wzd is die laatste – naast zijn hierboven al genoemde verantwoordelijkheden – ‘verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.’ Die bewoordingen

235 Zie over een en ander het door meerdere beroepsverenigingen en brancheorganisaties opgestelde *Profiel Wzd-functionaris*, december 2019.

236 Evaluatierapport-deel 1, 2021, p. 393-394.

suggereren een beleidsverantwoordelijkheid, die eerder bij de zorgaanbieder thuishoort dan bij een professional die dat beleid niet kan bepalen. In de rapportage van fase 1 van het evaluatieonderzoek wordt dan ook bepleit dat een duidelijker onderscheid wordt gemaakt tussen een meer beleidsmatige rol van de zorgaanbieder en een meer toezichthoudende rol van de Wzd-functionaris. Verder zou ook de verantwoordingsplicht nadrukkelijker bij de zorgaanbieder dienen te liggen.²³⁷

6.5.3 Bevindingen uit het kwalitatief empirisch onderzoek

De data uit de e-mail uitvraag laten zien dat de Wzd-functionaris binnen zowel de PG sector als de VG sector overwegend wordt gewaardeerd. Dat blijkt uit de volgende citaten:

De Wzd-functionaris toetst ons, corrigeert en adviseert. Toetsing, second opinion, check zorgvuldigheid: dat komt goede zorg voor cliënt ten goede! (e-mail uitvraag PG-sector)

Binnen onze organisatie kan de Wzd-functionaris een onafhankelijke positie innemen, de zorgplannen van feedback voorzien en is inhoudelijk op de hoogte van alles omtrent de Wzd binnen de organisatie. Hierdoor neemt de Wzd-functionaris een positie in die als positief kritisch te benoemen is. (e-mail uitvraag VG-sector)

Toch zijn er ook kritische geluiden. Sommige respondenten geven aan het een onnodige functie te vinden, een formaliteit. Respondenten geven aan dat wanneer de zorgprofessionals rondom de cliënt goed geschoold en gefaciliteerd worden in hun werk, de Wzd-functionaris eigenlijk overbodig is. Ook ligt er volgens sommige respondenten een te zware focus op het bureaucratische aspect van de rol van de Wzd-functionaris:

Het kan een spilfunctie vervullen om juist het inhoudelijk gesprek over de zorgverlening op gang te houden en tijdig extra deskundigheid te mobiliseren om alternatieven voor Ovv te zoeken. Helaas zie je dat er vanuit beheersbaarheidswensen vaak ingezet wordt op het reduceren van de taken tot een administratief proces. (e-mail uitvraag PG sector)

De respondenten noemen verschillende rollen van de Wzd-functionaris. Naast een (onafhankelijke) toetsende rol beschrijven respondenten dat Wzd-functionarissen een steunende of mobiliserende rol hebben, en dat zij het overzicht houden binnen de organisatie. Een respondent somt deze rollen als volgt op:

Geeft steun aan de medewerkers, vraagbaak/kennisdrager, toetsing van het eigen handelen, sparring partner. Daarnaast iemand die overzicht heeft op wat er in de organisatie gebeurt en aanvullend wat er nodig is aan randvoorwaarden. (e-mail uitvraag PG sector)

237 Evaluatierapport-deel 1, p. 393-394.

Ook wordt door respondenten aangegeven dat de Wzd-functionaris een informerende en adviserende rol heeft ten opzichte van het bestuur van de organisatie:

Intern toezicht in een onafhankelijk rol is belangrijk om de kwaliteit van zorg rondom de toepassing van de Wzd in een instelling te kunnen bewaken. Het is tevens van belang om vanuit die rol rechtstreeks met bestuurders te kunnen overleggen en hen zo nodig op hun verantwoordelijkheden te wijzen. (e-mail uitvraag PG sector)

In de focusgroepen met professionals wordt het beeld uit de e-mail uitvraag herkend. De Wzd-functionaris wordt gewaardeerd, en wordt ook gezien als visiedrager. Tevens wordt de steunende of raadgevende functie van de Wzd-functionaris genoemd. Wel wordt er een spanning gesignaleerd tussen de toetsende en de ondersteunende rol van de Wzd-functionaris. Dit komt naar voren in de volgende uitwisseling tussen twee respondenten:

Er is een spanning tussen afstand en betrokkenheid. Afstand omdat je zuiver moet toetsen. Betrokkenheid omdat je zichtbaar op je expertise aanspreekbaar moet zijn, vanuit je begeleidende functie.

Soms denk ik, je zou twee soorten Wzd-functionaris willen; een toetsende en een meer coachende. Dan blijf je buiten dat spanningsveld. (focusgroep professionals)

In de focusgroepen met vertegenwoordigers van cliëntenraden wordt het belang van de onafhankelijkheid van de Wzd-functionaris benadrukt. Ook wordt de vraag gesteld of een Wzd-functionaris niet beter van buiten de zorgorganisatie kan komen:

De Wzd-functionaris hier ken ik, er zijn aantal mensen voor aangesteld. Maar wat ik mij afvraag, is het niet beter als de Wzd-functionaris van buiten de instelling komt, om het zuiver te houden is het beter dat de band met de werkgever er niet is. Onafhankelijkheid. (focusgroep cliëntenraden)

Anderzijds luidt de roep om meer betrokkenheid van de Wzd-functionaris, iemand dicht op de praktijk en die nauw bij de cliënt betrokken is, zoals blijkt uit het volgende gesprek tussen twee deelnemers aan een focusgroep:

Wij pleiten voor mensen die dicht bij de cliënt staan. We hebben als cliëntenraad ook instemming gegeven voor de Wzd club. Wij hebben dus ook echt wel invloed op, als we verpleegkundig specialisten willen dan kan dat. Wij vinden het belangrijk dat mensen het doen die ook dicht bij de cliënten staan.

Aanvullend wat [naam] al inbracht, wij horen van cliëntenraden terug dat het belangrijk is dat het iemand is die dicht bij cliënt staat. Natuurlijk is het belangrijk dat iemand de goede opleiding heeft, maar belangrijker is dat iemand de cliënt goed kent en de context kent. (focusgroep cliëntenraden)

Een van de uitdagingen is dat het voor de kleinschalige zorgaanbieders vaak niet mogelijk is om een Wzd-functionaris aan te stellen, terwijl dit wel van groot belang wordt geacht. Dit is een belangrijk knelpunt, zo blijkt uit onderstaand citaat:

Bij kleinschalige aanbieders is er vaak geen Wzd-functionaris. De wet zegt dan dat er regionale samenwerking tot stand moet komen. Dat gebeurt soms wel, maar er zijn ook veel knelpunten. Zo wordt er soms geen Wzd-functionaris gevonden of er wordt een wederdienst gevraagd, die de kleinschalige aanbieder niet kan bieden. Als er wél een Wzd-functionaris wordt gevonden, zie ik mooie dingen gebeuren, bijv. in gesprekken tussen de huisarts en de Wzd-functionaris. (focusgroep professionals)

Als er geen interne Wzd-functionaris beschikbaar is, wordt deze vaak ingekocht bij een grotere instelling. Dat geeft echter als probleem dat het voor de Wzd-functionaris lastig is om buiten de eigen organisatie de zorg te beoordelen. Een vertegenwoordiger van een grote instelling zegt:

Wij hebben een grote groep Wzd-functionarissen en merken dat kleinere aanbieders die taak willen inkopen. Maar dan krijg je ook eindverantwoordelijkheid erbij. En: hoe kun je als Wzd-functionaris van organisatie A goed toetsen wat er bij organisatie B gebeurt? Dat is ingewikkeld. (focusgroep professionals)

Een andere respondent reageert hierop:

Het zou helpen als we geen eindverantwoordelijkheid zouden dragen. Dan zouden veel meer Wzd-functionarissen denk ik wel de taak van toetsing [bij een andere instelling] op zich willen nemen. (focusgroep professionals)

In de ambulante sector spelen meerdere problemen als het gaat over de rol van de Wzd-functionaris: er zijn niet altijd genoeg Wzd-functionarissen, men weet niet goed wat er achter de voordeur gebeurt, dossiers zijn niet altijd goed toegankelijk, en het multidisciplinaire werken van een intramurale setting wordt gemist. Een respondent vraagt zich af of gezien die problemen de wettelijk vastgelegde toetsing door de Wzd-functionaris in de thuissituatie daadwerkelijk vorm kan krijgen:

Op dit moment is toetsing door Wzd-functionaris in de ambulante setting erg lastig. Je weet niet wat er in de woning gebeurt. En dossiers zijn vaak niet toegankelijk. Plus: je hebt niet de multidisciplinaire teams die je intramuraal wel hebt. Dat maakt het in mijn ogen eigenlijk onmogelijk om te toetsen in de thuissituatie. (focusgroep professionals)

Een belangrijk onderwerp betreft de vraag of de rol van Wzd-functionaris opengesteld zou kunnen worden voor meer beroepsgroepen dan nu het geval is. De resultaten uit de e-mail uitvraag laten zien dat er in de PG sector verhoudingsgewijs meer voorstanders te vinden zijn dan in de VG sector. In de PG sector vindt bijna twee derde van de respondenten dat dit mogelijk moet zijn, tegenover ongeveer 40% van de respondenten uit de VG-sector.

Wanneer gevraagd welke beroepsgroepen dan in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor

het vervullen van de rol van Wzd-functionaris, worden veel verschillende opties genoemd. Zo vinden respondenten uit de PG sector dat de rol vervuld zou kunnen worden door bijvoorbeeld een huisarts, een basispsycholoog met minimaal 2 jaar ervaring in de PG sector, een HBO verpleegkundige, een verpleegkundig specialist, een basisarts met 2 tot 5 jaar ervaring in de PG sector, een Physician Assistant, of een casemanager. Respondenten uit de VG sector noemen onder andere een Physician Assistant, een verpleegkundig specialist, of een regiebehandelaar als mogelijke opties. Er zijn ook respondenten die de rol van Wzd-functionaris niet willen koppelen aan een bepaalde beroepsgroep, maar voorstellen de competenties van de zorgprofessional als criterium te hanteren. Een respondent acht daarbij de volgende competenties belangrijk:

Betrokken professionals die het niveau hebben om overstijgend te denken en met ervaring rondom vrijheid bevordering en PG cliënten. (e-mail uitvraag PG sector)

Deelnemers aan de focusgroepen met zorgprofessionals onderschrijven dat het aanbod aan Wzd-functionarissen beperkt is, en vinden het daarom voor de hand liggen dat de functie wordt opengesteld voor andere beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld in de PG voor Physician Assistants of verpleegkundig specialisten. Wel wordt het belang van extra scholing benadrukt:

Als je de functie open wil stellen voor verpleegkundig specialisten of Physician Assistants, moet er inderdaad ook veel aan opleiding gedaan worden. (focusgroep professionals)

De uitkomsten van de uitvraag en de focusgroepen komt daarmee overeen met een eerder uitgevoerd onderzoek²³⁸ naar een pilot in de PG sector met het inzetten van verpleegkundig specialisten als Wzd-functionaris, hoewel in ons onderzoek naast de verpleegkundig specialist ook andere beroepsgroepen worden genoemd die de rol van Wzd-functionaris op zich zouden kunnen nemen.

Een volgend onderwerp betreft de taakverdeling tussen de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris. Door de respondenten van de e-mail uitvraag wordt de taakverdeling over het algemeen als adequaat beschouwd, zowel in de PG sector als in de VG sector. In het kader hiervan wordt opgemerkt dat de Wzd-functionaris verantwoordelijk is voor de kaders, en de zorgverantwoordelijke voor het werk in de praktijk. Wel geven respondenten aan dat de samenwerking tussen de functies verbeterd moet worden, en dat de Wzd-functionaris zich niet altijd in even hoge mate betrokken laat zien op de afdeling. Ook wordt opgemerkt dat de zorgverantwoordelijke niet altijd goed toekomt aan het werk in de praktijk. Dat wordt enerzijds geweten aan de hoge administratieve belasting, en anderzijds aan het niveau van de zorgverantwoordelijken. Een aantal respondenten geeft aan dat het niveau hoger moet zijn, en dat in dit verband eisen gesteld kunnen worden aan opleiding en scholing. Zo schrijft een van de respondenten:

²³⁸ Tordoir e.a., *Evaluatie inzet VS als WZD-functionaris*, 2021

Ik merk dat het voor een zorgverantwoordelijke soms best moeilijk is om een goede onderbouwing van de maatregel te schrijven. De procedure is omslachtig/tijdrovend en de inhoud wordt daardoor soms mager/onhandig verwoord. Ik denk dat er nog steeds aandacht mag uitgaan naar scholing van de zorgverantwoordelijke, maar ook dat de procedure/omschrijving eenvoudiger moet. (e-mail uitvraag PG-sector)

Een laatste onderwerp is de taakverdeling tussen Wzd-functionaris en het bestuur van de instelling. In de e-mail uitvraag stelden wij de vraag: 'Is de taakverdeling tussen de Wzd-functionaris en (het bestuur van) de zorgorganisatie naar uw mening adequaat?' Door een grote meerderheid van de respondenten werd deze vraag met 'ja' of 'weet ik niet' beantwoord. Toch zijn er ook kritische geluiden. Zo wordt door deze respondent uit de PG sector opgemerkt dat de verhouding binnen de organisatie nog zoek is, omdat er teveel wordt geleund op de Wzd-functionaris:

Ik vind de taken op zich wel duidelijk, maar wat bij ons gebeurt is dat er al snel gekeken/geleund wordt op de Wzd-functionaris. Terwijl wij op bepaalde vlakken meer moeten toetsen, niet alles zelf gaan doen. Die verhouding zit bij ons nog niet goed. (e-mail uitvraag PG sector)

Respondenten uit de VG sector merken op dat de (directie van de) zorgorganisatie beter op de hoogte moet zijn van wat de Wzd allemaal behelst. Ook wordt er door respondenten uit deze sector aangegeven dat de onafhankelijke positie van de Wzd-functionaris niet goed verenigbaar is met de verantwoordelijkheid van de Wzd-functionaris voor de algemene gang van zaken op het terrein van onvrijwillige zorg binnen de zorgorganisatie.

Ten slotte wordt genoemd dat er teveel taken worden gedelegeerd en teveel aanspreekpunten binnen de organisatie zijn. Een mogelijke oplossing wordt door een van de respondenten geopperd:

Als het vormgeven zou worden naar de intentie van de wet zou er niet zoveel veranderd hoeven te worden, maar er treedt vanuit het management vaak een proces van delegatie en differentiatie op waardoor de Wzd-functionaris zo veel wisselende aanspreekpunten in de organisatie heeft dat zijn inbreng versnipperd raakt en daarmee ineffectief. Wzd-functionaris rechtstreeks vallend onder de raad van bestuur en ook altijd rechtstreeks in gesprek met de raad van bestuur zou wenselijk zijn, waarbij het dan expliciet de verantwoordelijkheid is van de raad van bestuur de terugkoppeling en aansturing naar andere delen van de organisatie vorm te geven. (e-mail uitvraag PG sector)

6.5.4 Beschouwing

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de Wzd-functionaris gezien wordt als een spil in de toepassing van de wet. De Wzd-functionaris vervult in de praktijk vaak meer dan de in de wet geformuleerde taken van toetsing en bewaking van de kwaliteit van onvrijwillige zorg. Het informeren van betrokkenen over het doel en inhoud van de wet en het functioneren als vraagbaak en klankbord worden ervaren als belangrijk. Een voorwaarde daarvoor is, zo wordt genoemd, dat het inschakelen

van de Wzd-functionaris niet wordt gezien als alleen een administratieve verplichting. Een punt van aandacht is de verhouding tussen de wettelijke taken van de Wzd functionaris en ondersteuning. Toetsing en kwaliteitsbewaking vereisen onafhankelijkheid en een zekere distantie, terwijl ondersteuning aanspreekbaarheid en nauwe samenwerking met de praktijk veronderstelt. Op dit vlak zijn geen algemene richtlijnen te geven.²³⁹ Veeleer verdient het aanbeveling hieraan aandacht te besteden in scholing van Wzd-functionarissen en reflectie in de praktijk via het bespreken van casuïstiek.

Een knelpunt is de rol van de Wzd-functionaris in de ambulante setting. Deze lijkt daar niet goed van de grond te komen, mede door het gebrek aan professionals die deze functie kunnen vervullen. Inkoop bij grotere organisaties kan soms een oplossing bieden, maar dan is de vraag of de betreffende Wzd-functionaris voldoende kennis heeft van de situatie. Meer algemeen geldt dat toezicht op onvrijwillige zorg in de ambulante setting moeilijk is. De implementatie van de Wzd-functionaris in de ambulante setting verdient meer aandacht.

Gezien de schaarste aan professionals die binnen de huidige wettelijke context de rol van Wzd-functionaris kunnen vervullen, is uitbreiding van beroepsgroepen die hiervoor in aanmerking komen wenselijk. Deze uitbreiding wordt breed gedragen door respondenten. Een voldoende opleidingsniveau blijft daarbij wel een belangrijke voorwaarde.

Als het gaat om de verhouding tussen de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke ligt bij eerstgenoemde de verantwoordelijkheid de kaders aan te geven en te toetsen, bij de laatstgenoemde ligt de verantwoordelijkheid in de uitvoering. Deze taakverdeling wordt door respondenten in het empirisch onderzoek als passend omschreven. In de praktijk ontbreekt het bij de zorgverantwoordelijken vaak aan voldoende deskundigheid. Hier is verdere taakgerichte scholing aan te bevelen.

Een laatste punt is de verhouding in verantwoordelijkheden tussen Wzd-functionaris en zorgaanbieder. De algemene ervaring is dat er veel op het bord Wzd-functionaris terecht komt. In de wet wordt de Wzd-functionaris de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken rond Ovz toebedeeld. Zoals reeds aangegeven in het rapport van de eerste evaluatiefase hoort deze echter op het niveau van de zorgaanbieder te worden belegd. Ook in de praktijk blijkt de zorgaanbieder soms veel verantwoordelijkheid voor de gang van zaken bij de Wzd-functionaris te leggen. Het is aan te bevelen hier in de organisatie waar nodig betere afspraken te maken.²⁴⁰

239 Zie terzake ook het *Profiel Wzd functionaris*, 2019, p. 7: "Van de Wzd-functionaris wordt sensitief toezichthouderschap verwacht. Hij moet alert zijn op signalen en de specifieke omstandigheden van iedere cliënt en op basis daarvan beslissen wat in ieder concreet geval de juiste vorm van toezichthouden is. Afhankelijk van de situatie kan de Wzd-functionaris het zorgplan beoordelen zonder de cliënt of zijn vertegenwoordiger zelf gesproken te hebben of de cliënt zelf onderzocht te hebben. De Wzd-functionaris kan echter ook besluiten om zich juist intensief te verdiepen in de zorgverlening aan een cliënt, bijvoorbeeld door de cliënt zelf te spreken en te onderzoeken of door contact op te nemen met de vertegenwoordiger van de cliënt."

240 Zie in dit verband ook het eerdergenoemde *Profiel Wzd functionaris*. Hoe vorm wordt gegeven aan de uitvoering van onvrijwillige zorg dient ook beschreven te zijn in het op grond van art. 19 Wzd op te stellen beleidsplan.

7

Verleende onvrijwillige zorg in de praktijk: een eerste kwantitatieve analyse

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is erop gericht om een beeld te geven van de toepassing van onvrijwillige zorg in de praktijk. Hiervoor zijn twee databronnen gebruikt:

- a Gegevens die zijn verkregen van de Raad voor de rechtspraak (Rvdr) over de aantallen beschikkingen op individueel niveau inzake machtigingsverzoeken op grond van de Wzd, de Wvvgz, en de Wet Bopz in de jaren 2020 en 2021. Deze gegevens bieden zicht op de omvang en de leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen voor wie de rechter op jaarbasis ten minste één uitspraak heeft gedaan omtrent een verzoek om een onvrijwillige opname via een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) of een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wzd.
- b Landelijk geaggregeerde gegevens die verkregen zijn van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en die inzicht geven in de mate waarin vormen van onvrijwillige zorg in 2021 daadwerkelijk werden toegepast in respectievelijk de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en psychogeriatrische zorg (PG). Deze landelijke gegevens zijn gebaseerd op de gegevens op cliëntniveau over verleende onvrijwillige zorg in 2021 die door in totaal 78 VG-aanbieders en 205 PG-aanbieders op een 'valide' manier²⁴¹ aan de IGJ zijn aangeleverd op grond van art. 17, lid 1 Wzd.²⁴²

Het hoofdstuk begint in par. 7.2 met het presenteren en bespreken van de gegevens over de omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een

241 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

242 In opdracht van het ministerie van VWS maakte de IGJ een geaggregeerd gegevensbestand van alle gegevens over 2021 die zij ontving van de zorgaanbieders die onvrijwillige zorg toepasten. Dit bestand werd door de IGJ exclusief aangeleverd aan het TrimboS-instituut met als uitsluitend doel dit te gebruiken voor de wetsevaluatie.

onvrijwillige opname op grond van de Wzd. Vervolgens wordt in par. 7.3 een beeld verkregen van de verleende onvrijwillige zorg in de VG-sector, uitgaande van de landelijk geaggregeerde gegevens die werden verkregen van de IGJ. In par. 7.4 wordt op basis van dezelfde gegevens een beeld geschetst van de verleende onvrijwillige zorg in de PG-sector. In par. 7.3 en 7.4 wordt ook aandacht besteed aan de opmerkingen die zijn gemaakt tijdens twee online duidingssessies over de landelijk geaggregeerde gegevens van de IGJ. De halfjaarlijkse aanlevering van gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg aan de IGJ op grond van art. 17, lid 1 Wzd betreft namelijk een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken.^{243,244} Aan de eerste sessie namen zes deskundigen uit de VG-sector deel, aan de tweede sessie namen zeven deskundigen uit de PG-sector deel. Daarnaast wordt in par. 7.3 ook aandacht besteed aan de opmerkingen die zijn gemaakt tijdens duidingssessies met zes VG-instellingen die het Elektronisch Cliëntdossier (ECD) van Nedap (Ons) gebruiken. Tijdens deze duidingssessies zijn door Nedap gegenereerde cijfers over de toepassing van onvrijwillige zorg binnen de betreffende instellingen besproken en geïnterpreteerd²⁴⁵, als ook de landelijke gegevens van de IGJ inzake de VG-sector. Alle duidingssessies richtten zich op volgende drie thema's:

- het bespreken van aspecten die de betrouwbaarheid en volledigheid van de gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg (mogelijk) hebben verminderd;
- het inhoudelijk duiding geven aan de geaggregeerde gegevens; en
- het bespreken van ervaren knelpunten in het proces van gegevensregistratie- en aanlevering, en mogelijke manieren om het proces te verbeteren.

Opgehaalde informatie uit de duidingssessies rondom de eerste twee thema's wordt meegenomen in par. 7.3 en 7.4; in par. 7.5 wordt een overzicht gegeven van de tijdens de duidingssessies genoemde knelpunten en verbeter suggesties omtrent het proces en de bruikbaarheid van gegevensregistratie en -aanlevering bij de IGJ. Tot slot worden in par. 7.6 de bevindingen samengevat en conclusies getrokken.

243 IGJ. *Analyseren om te leren. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde analyses over de toepassing van dwang in de zorg?* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, februari 2021

244 *Dwang in de zorg: van wet naar mindset. Implementatie en uitvoering Wvzggz goed op gang, Wzd blijft haperen.* Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, december 2021

245 Binnen de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg is Nedap, zowel intramuraal als extramuraal, de grootste ECD-aanbieder, aldus de inventarisatie van M&I/Partners voor 2022. De insteek was om niet alleen data te verzamelen bij VG zorgaanbieders, maar ook bij V&V zorgaanbieders die gebruik maken van diensten van Nedap. Op onze uitnodiging voor deelname gingen echter alleen VG zorgaanbieders in. Het voordeel van data ophalen bij meerdere (VG) zorgaanbieders die met dezelfde ECD-aanbieder (Nedap) werken, is dat eventuele gevonden verschillen niet toegeschreven kunnen worden aan het gebruikte ECD. Het nadeel van data die alle afkomstig zijn vanuit hetzelfde ECD is dat, mochten er registratie-artefacten in het ECD-systeem zitten, deze moeilijker opgemerkt kunnen worden.

7.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een onvrijwillige opname op grond van de Wzd

In deze paragraaf wordt beoogd om voor de jaren 2020 en 2021 inzicht te geven in de omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die op jaarbasis te maken kregen met één of meer verzoeken om een onvrijwillige opname op grond van de Wzd. Hiervoor is gebruik gemaakt van landelijk dekkende gegevens van de Raad voor de rechtspraak (Rvdr) over de aantallen beschikkingen op individueel niveau inzake machtigingsverzoeken op grond van de Wzd, de Wvggz en de Wet Bopz. In par. 7.2.1 wordt allereerst ingegaan op de totale groep betrokkenen, uitgaande van verzoeken om een rechterlijke machtiging (RM) of een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd. Vervolgens wordt ingezoomd op respectievelijk de groep betrokkenen voor wie bij de rechter via een VIBS om een onvrijwillige opname werd verzocht (par. 7.2.2) en de groep waarbij het ging om een verzoekschrift voor een RM (par. 7.2.3).

7.2.1 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een rechterlijke machtiging (RM) of een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd

Uit **tabel 7.2.1** kan worden afgeleid dat in 2020 voor 3.937 unieke betrokkenen²⁴⁶ ten minste één beschikking is afgegeven inzake een RM of VIBS op grond van de Wzd. In 2021 ging het om 4.365 unieke cliënten²⁴⁷, wat neerkomt op een stijging van 11,1%. Deze procentuele stijging betreft echter een kleine overschatting omdat er in 2020 nog 1.483 betrokkenen waren voor wie de rechter uitsluitend een uitspraak heeft gedaan omtrent een RM of een machtiging tot VIBS op grond van de Wet Bopz. In deze gevallen is gebruik gemaakt van het zogeheten overgangsrecht Wet Bopz (art. 76, lid 1 Wzd), wat inhield dat de regels van de Wet Bopz van toepassing bleven voor machtigingen die vóór 1 januari 2020 zijn afgegeven of werden aangevraagd.²⁴⁸ Aldus werden vooral in januari 2020, en in mindere mate in februari en maart 2020, nog steeds beschikkingen op grond van de Wet Bopz afgegeven. Uitgaande van de aanname dat het bij circa 20%²⁴⁹ van de 1.483 betrokkenen (N= 291) ging om gevallen die 'eigenlijk' onder de Wzd zouden vallen (en niet onder de Wvggz), zou het aantal cliënten voor wie de rechter in 2020 een uitspraak had gedaan over een machtigingsverzoek op grond van de Wzd toenemen naar 4.228. Daarmee wordt de werkelijke procentuele stijging in 2021 ten opzichte van 2020 ingeschat op 10,3%.

²⁴⁶ 3.811 + 126

²⁴⁷ 4.240 + 125

²⁴⁸ Deze overgangperiode gold zolang de Bopz-machtiging geldig was, maar maximaal 12 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wvggz, en maximaal 6 maanden voor mensen die gingen vallen onder de Wzd.

²⁴⁹ $3.811 / (3.811 + 15.600) = 19,6\%$

Uit **tabel 7.2.1** kan verder worden afgeleid dat voor een heel klein deel van de betrokkenen voor wie een beschikking was afgegeven inzake een machtiging op grond van de Wzd in hetzelfde jaar ook minimaal één beschikking was afgegeven op grond van de Wvvgz, waarbij het respectievelijk ging om 3,2% (N=126 cliënten) in 2020 en 2,9% (N=125 cliënten) in 2021.

Tabel 7.2.1 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging^a op grond van de Wet Bopz, de Wzd en/of de Wvvgz, op jaarbasis

	2020	2021
Wzd ^b	3.811	4.240
Wvvgz ^c	15.600	17.351
Wzd & Wvvgz ^d	126	125
Wet Bopz ^e	1.483 ^f	0
<i>Totaal</i>	<i>21.020</i>	<i>21.716</i>
<i>% verandering t.o.v. voorgaande jaar</i>	<i>N.v.t.</i>	<i>3,3%</i>

a Rechterlijke machtiging, zorgmachtiging, machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling, of machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel

b Exclusief beschikkingen inzake een RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging

c Exclusief beschikkingen inzake een ZM op grond van art. 2.3 Wfz

d Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake zowel een machtiging o.g.v. de Wzd als een machtiging o.g.v. de Wvvgz

e Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg

f Betrokkenen voor wie uitsluitend een beschikking is afgegeven voor een machtiging o.g.v. de Wet Bopz

Bron: Raad voor de rechtspraak

In 2020 en 2021 lag het gemiddeld aantal afgegeven beschikkingen inzake een RM of VIBS op grond van de Wzd per cliënt op respectievelijk 1,16 en 1,18 beschikkingen (cijfers niet getoond in tabelvorm). Het gros van de cliënten (> 84%) had in beide jaren te maken met slechts één afgegeven beschikking, een kleine 14% kreeg te maken met twee beschikkingen. Voor een zeer kleine minderheid van alle cliënten (< 1,6%) werden drie of meer beschikkingen afgegeven.

Tabel 7.2.2 toont dat grofweg de helft van de cliënten voor wie in 2020 en 2021 een RM of een VIBS op grond van de Wzd werd afgegeven, 80 jaar of ouder was. In beide jaren was bijna drie op de tien cliënten afkomstig uit de leeftijdsgroep 65 tot 80 jaar. Dit is niet verwonderlijk, gezien de meeste RM-en en VIBS-en onder de Wzd in 2020 en 2021 werden afgegeven aan cliënten uit de PG-zorg, zo'n 80% resp. 85%²⁵⁰. Gezien de gemiddelde leeftijd van cliënten binnen de PG hoger ligt dan binnen de VG, verklaart dit de leeftijdsverdeling van cliënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven.

250 Zie evaluatierapport-deel 1, p. 263 en p. 276.

Tabel 7.2.2 Leeftijdverdeling van cliënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) of een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd

	Aantal cliënten		Percentage cliënten	
	2020	2021	2020	2021
80 jaar of ouder	1.967	2.266	50,0%	51,9%
65 tot 80 jaar	1.176	1.303	29,9%	29,9%
45 tot 65 jaar	266	325	6,8%	7,4%
25 tot 45 jaar	350	307	8,9%	7,0%
12 tot 25 jaar	178	163	4,5%	3,7%
Missende leeftijd	0	1	0,0%	0,0%
Totaal	3.937	4.365	100%	100%

Bron: Raad voor de rechtspraak

7.2.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd

Uit **tabel 7.2.3** kan worden afgeleid dat in 2020 voor 1.260 unieke betrokkenen²⁵¹ ten minste één beschikking is afgegeven inzake een VIBS op grond van de Wzd. In 2021 ging het om 1.417 unieke cliënten, wat neerkomt op een stijging van 11,3%. Echter, zoals hierboven toegelicht moet bij de vergelijking tussen 2020 en 2021 rekening worden gehouden met de cliënten voor wie vanwege de toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz nog in 2020 een beschikking op grond van de Wet Bopz werd afgegeven; 305 betrokkenen in het geval van een verzoek voor VIBS.²⁵² Uitgaande van de aanname dat het bij circa 14%²⁵³ van deze betrokkenen (N= 42) ‘eigenlijk’ ging om gevallen die onder de Wzd zouden vallen (en niet onder de Wvgzz), zou het aantal cliënten voor wie de rechter in 2020 een uitspraak had gedaan over een verzoek voor een VIBS toenemen naar 1.302. Daarmee wordt de werkelijke procentuele stijging in 2021 ten opzichte van 2020 ingeschat op 10,3% is (i.p.v. 11,3%).

Uit **tabel 7.2.3** kan verder worden afgeleid dat voor een heel klein deel van de betrokkenen voor wie een beschikking was afgegeven inzake een machtiging VIBS op grond van de Wzd in hetzelfde jaar ook minimaal één beschikking was afgegeven op grond van de Wvgzz, waarbij het respectievelijk ging om 3,9% (N= 49 cliënten) in 2020 en 3,3% (N= 46 cliënten) in 2021.

251 1.211 + 49

252 Het gaat hier om aanvragen voor een VIBS o.g.v. de Wet Bopz van vóór 1 januari 2020. Bovendien vergt de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd.

253 $1.211 / (1.211 + 7.685) = 13,6\%$

Tabel 7.2.3 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz, een een VIBS op grond van de Wzd, of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvvgz, op jaarbasis

	2020	2021
VIBS (Wzd)	1.211	1.371
VCM (Wvvgz)	7.685	7.489
VIBS (Wzd) & VCM (Wvvgz) ^a	49	46
VIBS (Wet Bopz) ^b	305 ^c	0
<i>Totaal</i>	<i>9.250</i>	<i>8.906</i>
<i>% verandering t.o.v. voorgaande jaar</i>	<i>11,3%</i>	<i>-3,7%</i>

a Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake zowel een VIBS o.g.v. de Wzd als een VCM o.g.v. de Wvvgz

b Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg

c Betrokkenen voor wie uitsluitend een beschikking is afgegeven voor een VIBS o.g.v. de Wet Bopz.

Bron: Raad voor de rechtspraak

Tabel 7.2.4 toont dat meer dan de helft van de cliënten voor wie in 2020 en 2021 een machtiging tot VIBS op grond van de Wzd werd afgegeven, 80 jaar of ouder was. In beide jaren was bijna een derde van de cliënten afkomstig uit de leeftijdsgroep 65 tot 80 jaar. Dit is niet verwonderlijk, gezien de meeste VIBS-en onder de Wzd in 2020 en 2021 werden afgegeven aan cliënten uit de PG-zorg, zo'n 85%²⁵⁴. Gezien de gemiddelde leeftijd van cliënten binnen de PG hoger ligt dan binnen de VG, verklaart dit de leeftijdsverdeling van cliënten voor wie minimaal één machtiging tot VIBS is afgegeven.

Tabel 7.2.4 Leeftijdsverdeling van patiënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een machtiging tot voortzetting van een inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wzd

	Aantal patiënten		Percentage patiënten	
	2020	2021	2020	2021
80 jaar of ouder	639	748	50,7%	52,8%
65 tot 80 jaar	426	445	33,8%	31,4%
45 tot 65 jaar	81	99	6,4%	7,0%
25 tot 45 jaar	71	70	5,6%	4,9%
12 tot 25 jaar	43	54	3,4%	3,8%
Missende leeftijd	0	1	0,0%	0,1%
<i>Totaal</i>	<i>1.260</i>	<i>1.417</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Bron: Raad voor de rechtspraak

254 Zie evaluatierapport-deel 1, p. 276.

7.2.3 Omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wzd

In deze paragraaf wordt ingezoomd op het aantal unieke cliënten voor wie ten minste één beschikking is afgegeven inzake een RM op grond van de Wzd. Uit **tabel 7.2.5** kan worden afgeleid dat dit aantal in 2020 3.030 cliënten betrof²⁵⁵, en in 2021 3.320 patiënten²⁵⁶, wat neer zou komen op een stijging van 11,0%. Zoals eerder opgemerkt dient echter bij de vergelijking tussen 2020 en 2021 rekening te worden gehouden met de cliënten voor wie vanwege de toepassing van het overgangsrecht Wet Bopz nog in 2020 een beschikking op grond van de Wet Bopz werd afgegeven; 1.299 betrokkenen in het geval van een verzoek voor een RM.²⁵⁷ Als wordt aangenomen dat het bij circa 21,3%²⁵⁸ van deze betrokkenen (N= 277) 'eigenlijk' ging om gevallen die onder de Wzd zouden vallen (en niet onder de Wvvgz), zou het aantal cliënten voor wie de rechter in 2020 een uitspraak had gedaan over een verzoek voor een RM toenemen naar 3.307. Aldus wordt ingeschat dat de werkelijke procentuele stijging in 2021 ten opzichte van 2020 10,0% was (i.p.v. 11,0%).

Uit **tabel 7.2.5** kan verder worden afgeleid dat voor een heel klein deel van de betrokkenen voor wie een beschikking was afgegeven inzake een machtiging RM op grond van de Wzd in hetzelfde jaar ook minimaal één beschikking was afgegeven op grond van de Wvvgz, waarbij het respectievelijk ging om 1,9% (N= 57 cliënten) in 2020 en 1,7% (N= 56 cliënten) in 2021.

255 2.973 + 57

256 3.264 + 56

257 Het gaat hier om aanvragen voor een RM o.g.v. de Wet Bopz van vóór 1 januari 2020. Bovendien vergt de verwerking van de beschikkingen in het registratiesysteem van de Raad voor de Rechtspraak enige doorlooptijd.

258 $2.973 / (2.973 + 10.984) = 21,3\%$

Tabel 7.2.5 Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wet Bopz, een RM op grond van de Wzd, en/of een zorgmachtiging (ZM) op grond van de Wvggz, op jaarbasis

	2020	2021
RM (Wzd) ^a	2.973	3.264
ZM (Wvggz) ^b	10.984	13.103
RM (Wzd) & ZM (Wvggz) ^c	57	56
RM (Wet Bopz) ^d	1.299 ^e	0
<i>Totaal</i>	<i>15.313</i>	<i>16.423</i>
<i>% verandering t.o.v. voorgaande jaar</i>	<i>-4,1%</i>	<i>7,2%</i>

- a Exclusief beschikkingen inzake een RM op grond van art. 2.3 Wfz; inclusief beschikkingen inzake een voorwaardelijke machtiging
- b Exclusief beschikkingen inzake een ZM op grond van art. 2.3 Wfz
- c Aantal unieke betrokkenen voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake zowel een ZM o.g.v. de Wvggz als een RM o.g.v. de Wzd
- d Geen onderscheid tussen de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg
- e Betrokkenen voor wie uitsluitend een beschikking is afgegeven voor een RM o.g.v. de Wet Bopz.

Bron: Raad voor de rechtspraak

Tabel 7.2.6 toont dat grofweg de helft van de cliënten voor wie in 2020 en 2021 minimaal één beschikking is afgegeven inzake een RM op grond van de Wzd werd afgegeven, 80 jaar of ouder was. In beide jaren was bijna drie op de tien cliënten afkomstig uit de leeftijdsgroep 65 tot 80 jaar. Dit is niet verwonderlijk, gezien de meeste RM-en onder de Wzd in 2020 en 2021 werden afgegeven aan cliënten uit de PG-zorg, zo'n 80%²⁵⁹. Gezien de gemiddelde leeftijd van cliënten binnen de PG hoger ligt dan binnen de VG, verklaart dit de leeftijdsverdeling van cliënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een RM.

259 Zie evaluatierapport-deel 1, p. 263.

Tabel 7.2.6 Leeftijdverdeling van cliënten voor wie minimaal één beschikking is afgegeven inzake een rechterlijke machtiging (RM) op grond van de Wzd

	Aantal cliënten		Percentage cliënten	
	2020	2021	2020	2021
80 jaar of ouder	1.489	1.719	49,1%	51,8%
65 tot 80 jaar	868	970	28,6%	29,2%
45 tot 65 jaar	211	255	7,0%	7,7%
25 tot 45 jaar	305	248	10,1%	7,5%
12 tot 25 jaar	157	128	5,2%	3,9%
Missende leeftijd	0	0	0,0%	0,0%
<i>Totaal</i>	<i>3.030</i>	<i>3.320</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Bron: Raad voor de rechtspraak

7.3 Toegepaste onvrijwillige zorg in de praktijk: verstandelijk gehandicaptenzorg (VG)

In de vorige paragraaf is voor 2020 en 2021 een beeld verkregen van de grootte van de groep cliënten die te maken kreeg met één of meer verzoeken om een onvrijwillige opname op grond van de Wzd. In deze paragraaf wordt een landelijk beeld geschetst van de toepassing van andere vormen van onvrijwillige zorg, waarbij gefocust wordt op de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) (in par. 7.4 wordt dit gedaan voor de psychogeriatrische zorg). Dit gebeurt aan de hand van de gegevens op cliëntniveau over verleende onvrijwillige zorg in 2021 die door in totaal 78 zorgaanbieders op een 'valide' manier²⁶⁰ aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zijn aangeleverd, op grond van art. 17, lid 1 Wzd (zie kader voor meer informatie).

De halfjaarlijkse aanlevering van gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg aan de IGJ betreft een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken (niet in het minst in technisch opzicht). De gegevensaanleveringen van zorgaanbieders over 2021 zijn de eersten die digitaal gebeurden conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd. Tegen deze achtergrond is een online duidingssessie met zes deskundigen uit het veld²⁶¹ georganiseerd. Daarnaast zijn duidingssessies georganiseerd met zes VG-instellingen die het Elektronisch Cliëntdossier (ECD) van Nedap (Ons) gebruiken. Tijdens deze duidingssessies zijn door Nedap gegenereerde cijfers over de toepassing van onvrijwillige zorg binnen de betreffende instellingen

²⁶⁰ D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

²⁶¹ Twee Wzd-functionarissen, een arts verstandelijk gehandicapten, twee beleidsmedewerkers en een directiesecretaris. Verder was een data-analist van de IGJ als toehoorder aanwezig.

besproken en geïnterpreteerd²⁶² als ook de landelijke gegevens van de IGJ. Alle duidingssessies hadden tot doel:

- een beeld te krijgen van aspecten die de betrouwbaarheid en volledigheid van de landelijk geaggregeerde gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg (mogelijk) hebben verminderd;
- inhoudelijke duiding te geven aan de landelijk geaggregeerde gegevens; en
- zicht te krijgen op ervaren knelpunten in het proces van gegevensregistratie- en aanlevering, en mogelijke manieren om het proces te verbeteren.

De opgehaalde informatie uit de duidingssessies rondom de eerste twee thema's is meegenomen in deze paragraaf.

De paragraaf begint ter inleiding met het bespreken van de landelijke gegevens rondom de juridische titels bij toegepaste onvrijwillige zorg (par. 7.3.1). Vervolgens wordt ingegaan op de toegepaste onvrijwillige zorg naar zorgvormtype, te weten structureel geplande-, structureel ongeplande- of onvoorziene onvrijwillige zorg (par. 7.3.2). Aansluitend wordt stilgestaan bij de toepassing van onvrijwillige zorg naar setting (intramuraal of ambulante), waarbij ook wordt ingegaan op de vormen van onvrijwillige zorg die in de ambulante setting het meest werden verleend (par. 7.3.3). Tot slot worden voor de intramurale setting gegevens besproken over de toegepaste vormen van structureel geplande onvrijwillige zorg (par. 7.3.4), structureel ongeplande onvrijwillige zorg (par. 7.3.5) en onvoorziene onvrijwillige zorg (par. 7.3.6).

Landelijk geaggregeerde gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg

De landelijk geaggregeerde gegevens die van de IGJ zijn verkregen zijn gebaseerd op gegevens op cliëntniveau over toegepaste onvrijwillige zorg in 2021 die door in totaal 78 zorgaanbieders binnen de VG-sector op een 'valide' manier²⁶³ zijn aangeleverd aan de IGJ (o.g.v. art. 17, lid 1 Wzd). De aangeleverde gegevens van de zorgaanbieders zijn op geleide van de evaluatoren door de IGJ zodanig geaggregeerd dat de gegevens op landelijk niveau inzicht geven in de mate waarin vormen van onvrijwillige zorg in 2021 werden toegepast, uitgesplitst naar setting (intramuraal/ambulante) en

262 Binnen de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg is Nedap, zowel intramuraal als extramuraal, de grootste ECD-aanbieder, aldus de inventarisatie van M&I/Partners voor 2022. De insteek was om niet alleen data te verzamelen bij VG zorgaanbieders, maar ook bij V&V zorgaanbieders die gebruik maken van diensten van Nedap. Op onze uitnodiging voor deelname gingen echter alleen VG zorgaanbieders in. Het voordeel van data ophalen bij meerdere (VG) zorgaanbieders die met dezelfde ECD-aanbieder (Nedap) werken, is dat eventuele gevonden verschillen niet toegeschreven kunnen worden aan het gebruikte ECD. Het nadeel van data die alle afkomstig zijn vanuit hetzelfde ECD is dat, mochten er registratie-artefacten in het ECD-systeem zitten, deze moeilijker opgemerkt kunnen worden.

263 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

zorgvormtype (structureel gepland, structureel ongepland, onvoorzien).²⁶⁴

Voorafgaand aan het aggregeren heeft de IGJ een basale kwaliteitscontrole op de door zorgaanbieders aangeleverde gegevens uitgevoerd, waarbij evidente registratiefouten zijn gecorrigeerd.²⁶⁵ Om volledig uit te sluiten dat de geaggregeerde gegevens indirect herleidbaar zijn tot individuele cliënten, heeft de IGJ er verder voor gekozen om alle absolute waarden van 25 of hoger af te ronden naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal, en alle waarden tussen de 1 en 24 te presenteren als '<25'.

Hoewel niet precies te bepalen is in hoeverre de geaggregeerde gegevens van de 78 VG-zorgaanbieders landelijk representatief zijn, is landelijke representativiteit enigszins aannemelijk. Uit gegevens van het Locatieregister voor zorgaanbieders uit het voorjaar van 2022 blijkt dat er op dat moment 564 zorgaanbieders in het register geregistreerd stonden, waarvan 153 voornamelijk VG-zorg leveren. Uitgaande van deze cijfers vormen de 78 VG-zorgaanbieders die over 2021 gegevens aan de IGJ aanleverden zo'n 51,0% van alle VG-zorgaanbieders die zijn opgenomen in het Locatieregister en (dus weleens) onvrijwillige zorg verlenen onder de Wzd.

7.3.1 Toegepaste onvrijwillige zorg in de VG-sector verdeeld naar juridische titel

Tabel 7.3.1 laat zien dat de meeste cliënten bij wie in 2021 volgens de gegevens onvrijwillige zorg werd toegepast, geen juridische titel op grond van de Wzd voor een onvrijwillige opname hadden (67%) of op basis van een art. 21. Wzd besluit tot opname en verblijf in een VG-instelling verbleven (31%), zoals afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg. Een zeer kleine minderheid van de cliënten bij wie onvrijwillige zorg werd toegepast verbleef in een instelling met een rechterlijke machtiging, inbewaaringstelling of voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen met een verstandelijke beperking.

264 In opdracht van het ministerie van VWS maakte de IGJ een geaggregeerd gegevensbestand van alle gegevens over 2021 die zij ontving van de zorgaanbieders die onvrijwillige zorg toepasten. Dit bestand werd door de IGJ exclusief aangeleverd aan het Trimbos-instituut met als uitsluitend doel dit te gebruiken voor de wetsevaluatie.

265 Zoals het verwijderen van dubbele registraties van toegepaste onvrijwillige zorgvorm bij dezelfde cliënt en het verwijderen van datums van laatste toepassingen van onvrijwillige zorgvormen die vóór de datums liggen van de eerste toepassingen van de betreffende zorgvormen.

Tabel 7.3.1 Juridische titels bij cliënten bij wie onvrijwillige zorg is toegepast, VG-sector, intramuraal en ambulant (2021)

Juridische titel			% verdeling	
	% verdeling aantal cliënten	Aantal cliënten ^a	aantal maatregelen per titel	Aantal maatregelen per titel
Geen geregistreerde titel	67,0%	5.775	63,2%	19.725
Besluit tot opname en verblijf (art. 21)	31,0%	2.675	33,6%	10.475
RM (rechterlijke machtiging)	2,0%	175	3,0%	925
IBS (inbewaringstelling)	<0,1%	<25	0,2%	75
Voortgezette machtiging	<0,1%	<25	<0,1%	<25
VWM (voorwaardelijke machtiging)	<0,1%	<25	<0,1%	<25
Totaal	100%	8.625	100%	31.200

a Categorieën zijn niet uitsluitend; voor een cliënt kunnen in 2021 meerdere juridische titels zijn afgegeven.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

De verdeling van juridische titels bij cliënten bij wie onvrijwillige zorg is toegepast was grotendeels herkenbaar voor de deelnemers aan de duidingssessies. Daarbij werd wel opgemerkt dat zorgaanbieders de registratie van juridische titels mogelijk niet altijd op orde hebben, wellicht deels doordat registratie niet verplicht is volgens de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd van de IGJ. Hierdoor kunnen titels ook onbekend zijn bij zorgaanbieders. De gegevens bieden hier op dit moment geen zicht op, omdat cliënten van wie de titel onbekend is onder 'Geen geregistreerde titel' in de gegevens terugkomen. Om meer inzicht te krijgen in het aantal cliënten bij wie de titel onbekend is, zou volgens deelnemers aan de duidingssessie idealiter een categorie 'Titel onbekend' toegevoegd moeten worden aan de categorieën van juridische titels die worden onderscheiden in de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd van de IGJ.

Deelnemers aan de duidingssessie vonden het aantal cliënten met een IBS dat onvrijwillige zorg heeft toegepast gekregen opvallend laag, omdat de meeste cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen via een IBS vaak ook onvrijwillige zorg toegepast krijgen. Afgaande op het totaal aantal cliënten met een onvrijwillige zorg zouden de deelnemers aan de duidingssessie dan ook een hoger aantal verwacht hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor is een onder-registratie van juridische titels, waaronder IBS-en. Een andere mogelijkheid is dat de cijfers rondom IBS-en in 2021 technisch gezien nog niet goed uit de elektronisch cliëntdossiers (ECDs) te halen waren voor de gevraagde aanlevering aan de IGJ, aldus de deelnemers aan de duidingssessie.

Tot slot waren deelnemers aan de duidingssessies verbaasd over de categorie 'Voortgezette machtiging', dit is een term uit de Wet Bopz en niet uit de Wzd. Het gaat echter om zeer lage

aantallen, het zou kunnen gaan om enkele registratiefouten (waarbij bijvoorbeeld een 'voortgezette machtiging' onterecht werd geïnterpreteerd als een verlenging van een RM).

7.3.2 Toegepaste onvrijwillige zorg in de VG-sector verdeeld naar zorgvormtype

Tabel 7.3.2 toont het aantal geregistreerde toepassingen van vormen van onvrijwillige zorg in 2021, uitgesplitst naar zorgvormtype; te weten structureel geplande-, structureel ongeplande- of onvoorziene onvrijwillige zorg. Uitgaande van 8.500 unieke cliënten bij wie in 2021 volgens de gegevens onvrijwillige zorg is toegepast, lag het aandeel cliënten waarbij de onvrijwillige zorg op een structureel geplande manier is toegepast op 64,7%. Hierbij gaat het dus om structureel, continu toegepaste onvrijwillige zorg die van tevoren planbaar is. De deelnemers aan de duidingssessie vonden het een herkenbaar beeld dat deze vorm van onvrijwillige zorg het meest werd toegepast.

Het aandeel cliënten bij wie in 2021, volgens de gegevens, minimaal één keer een vorm van onvrijwillige zorg onvoorziene is toegepast (38,5%) vonden de deelnemers aan de duidingssessie vanuit het oogpunt van goede zorgverlening hoog. Onvoorziene onvrijwillige zorg moet tenslotte zoveel mogelijk voorkomen worden.

Bij onvoorziene onvrijwillige zorg gaat het namelijk om onvrijwillige zorg die ongepland wordt toegepast en ook niet voorzien had kunnen worden. Hier zijn geen afspraken over gemaakt en er is niets over opgenomen in het zorgplan²⁶⁶. Dit kan bijvoorbeeld noodsituaties betreffen waarbij een cliënt onverwacht agressief reageert en zorgverleners gedwongen zijn hem of haar te fixeren. De deelnemers aan de duidingssessie vermoedden bovendien dat er bij dit zorgvormtype sprake is van onder-registratie, gezien onvoorziene onvrijwillige zorg ook nog regelmatig als MIC (Melding Incidenten Cliënten) of MIM (Melding Incidenten Medewerkers) wordt geregistreerd in plaats van als onvrijwillige zorg. Dit zou het daadwerkelijke percentage cliënten bij wie minstens één keer onvrijwillige zorg is toegepast nog hoger en daarmee zorgelijker maken. Tegelijkertijd moet hierbij in ogenschouw worden genomen dat het aandeel onvoorziene toepassingen op het geheel van toepassingen in 2021 laag was (0,1%). In de intramurale setting werd in 2021 per cliënt gemiddeld 2,3 keer onvoorziene onvrijwillige zorg toegepast, zoals in paragraaf 7.3.6 wordt toegelicht (zie **tabel 7.3.8**). Dit is een relatief beperkt aantal.

Eén op de vijf cliënten (20,3%) kreeg volgens de gegevens in 2021 te maken met minimaal één toepassing van ongeplande onvrijwillige zorg, oftewel onvrijwillige zorg die niet planbaar is, maar waarover afspraken zijn gemaakt en die mag worden toegepast indien nodig. Dit percentage vonden de deelnemers aan de duidingssessies lager dan verwacht. Zij wezen erop dat relatief veelvoorkomende maatregelen, zoals afzondering en fixatie, verhoudingsgewijs juist vaak ongepland worden toegepast. De deelnemers vermoedden dan ook dat er sprake is van onder-registratie van het aantal toepassingen van structureel ongeplande onvrijwillige zorg, temeer daar bij het registreren van structureel ongeplande onvrijwillige zorg een extra registratiehandeling is vereist op het moment

266 Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

dat onvrijwillige zorg wordt toegepast en deze handeling niet altijd wordt uitgevoerd. Het aandeel toepassingen van structureel onvrijwillige zorg op het geheel van toegepaste onvrijwillige zorg in 2021 is zeer laag (0,2%). Dit duidt op een bevestiging van mogelijke onder-registratie van het aantal toepassingen.

Tabel 7.3.2 Geregisteerde toegepaste onvrijwillige zorg, VG-sector, naar zorgvormtype (2021)

Zorgvormtype	Cliënten ^a		Maatregelen ^b		Toepassingen ^c	
	%	Aantal	Aantal	%	Aantal	
Structureel gepland	64,7%	5.500	11.375	99,7%	6.148.300	
Structureel ongepland	20,3%	1.725	N.v.t.	0,2%	12.325	
Onvoorzien	38,5%	3.275	N.v.t.	0,1%	7.525	
Totaal	100	8.500	11.375	100	6.168.150	

a Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan onvrijwillige zorg onder meerdere zorgvormtypes toegepast hebben gekregen.

b Bij de zorgvormtypen structureel ongepland en onvoorzien is één maatregel gelijk aan één toepassing.

c Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.3.3 Toegepaste onvrijwillige zorg in de VG-sector verdeeld naar setting

In **tabel 7.3.3** wordt de toegepaste onvrijwillige zorg naar zorgvormtype verder uitgesplitst naar de setting waarin deze is toegepast; intramuraal dan wel ambulante. Het is duidelijk dat onvrijwillige zorg volgens de gegevens nog slechts in zeer beperkte mate ambulante werd toegepast in 2021 in de VG-sector, zowel in termen van het aandeel cliënten wat hiermee te maken kreeg als in termen van het aandeel toepassingen (willekeurig welk zorgvormtype). Het aandeel cliënten dat met ambulante onvrijwillige zorg te maken kreeg op het totaal van cliënten dat onvrijwillige zorg kreeg toegepast varieerde van 2,3% tot 3,2% per zorgvormtype, terwijl het aandeel toepassingen in de ambulante setting op het geheel varieerde van 1% bij structureel geplande onvrijwillige zorg tot 3,4% bij onvoorzien onvrijwillige zorg.

De deelnemers aan de duidingssessie gaven aan dat het relatief lage aantal ambulante toepassingen van onvrijwillige zorg deels te verklaren is doordat er in de ambulante setting nog meer bewustwording nodig is wat betreft onvrijwillige zorg. Vaak hebben zorgverleners nog niet door dat zij onvrijwillige zorg toepassen, laat staan dat zij weten hoe het te registreren. Een van de redenen hiervoor is dat bij de implementatie van de Wzd de focus aanvankelijk lag op de intramurale setting, waardoor de ambulante setting op dit vlak achterloopt. Doordat er bijvoorbeeld nog te weinig kennis is bij zorgverleners rondom registratie, zijn cijfers daaromtrent ook nog niet betrouwbaar. Daarnaast spelen er volgens de deelnemers aan de duidingssessie ook organisatorische problemen die de toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting belemmeren. Zo is er een tekort aan

zorgverantwoordelijken en kunnen en/of willen huisartsen nog onvoldoende meewerken bij de besluitvorming rondom toepassing van onvrijwillige zorg.

Tot slot werd tijdens de duidingssessie opgemerkt dat er in het veld verwarring was en/of is rondom de begrippen ‘accommodatie’ en ‘locatie’ zoals die in de Wzd gehanteerd worden. Op de werkvloer gaf men in 2021 vaak nog een andere invulling aan het begrip ‘ambulant’ dan de wetgever, aldus de deelnemers aan de duidingssessie. Alle onvrijwillige zorg die ambulant werd toegepast, werd vaak ook als zodanig geregistreerd, terwijl geregistreerd moet worden vanuit welke locatie de onvrijwillige zorg geleverd wordt (dit kan ook een intramurale locatie zijn). Deze onduidelijkheid kan tot een overregistratie van ambulante onvrijwillige zorg hebben geleid, vanwege een te ruime opvatting van de definitie. Tegelijkertijd kan er ook sprake zijn geweest van een onder-registratie, omdat zorgverleners überhaupt nog niet bekend waren met het begrip ambulante onvrijwillige zorg, zo stellen de deelnemers aan de duidingssessie.

Tabel 7.3.3 Geregisteerde toegepaste onvrijwillige zorg, VG-sector, naar zorgvormtype en intramurale of ambulante toepassing (2021)

Zorgvormtype	Cliënten ^a				Toepassingen ^b			
	Intramuraal		Ambulant		Intramuraal		Ambulant	
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
Structureel gepland	98,2%	5.400	2,3%	125	99%	6.088.600	1%	59.425
Structureel ongepland	96,8%	1.500	3,2%	50	98,1%	11.800	1,9%	225
Onvoorzien	96,8%	3.025	3,2%	100	96,6%	7.025	3,4%	250

a Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan onvrijwillige zorg onder meerdere zorgvormtypes toegepast hebben gekregen.

b Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: ‘<25’, en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

Volgens de gegevens die bij de IGJ zijn aangeleverd werden in 2021 in de ambulante setting 59.425 toepassingen van structureel geplande onvrijwillige zorg geregistreerd, die betrekking hadden op 125 unieke cliënten. ‘Beperken van de bewegingsvrijheid’ was volgens de gegevens de meest toegepaste vorm van onvrijwillige zorg. Twee op de vijf cliënten bij wie onvrijwillige zorg werd toegepast in de ambulante setting (40%) kreeg te maken met één of meer toepassingen van deze structureel geplande vorm van onvrijwillige zorg. Daarbij ging het in de meeste gevallen om mechanische fixatie. Maatregelen onder de categorie ‘Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten’ werden toegepast bij een vijfde van de 125 cliënten (20%) die te maken kregen met structureel geplande onvrijwillige zorg in de ambulante setting. Het betrof hierbij vrijwel uitsluitend toepassingen onder de subvorm ‘Overige beperkingen’. De overige categorieën van onvrijwillige zorg werden in 2021 op structureel geplande wijze bij minder dan 25 cliënten toegepast in de ambulante setting. Structureel ongeplande onvrijwillige zorg (225 toepassingen bij 50 cliënten) en onvoorzien onvrijwillige zorg (250 toepassingen bij 100 unieke cliënten) werden volgens de gegevens in de ambulante setting nog

maar zeer beperkt toegepast. Gezien het hier om zeer lage aantallen cliënten gaat, wordt hier niet nader op ingegaan.

7.3.4 Toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg in de VG-sector in de intramurale setting

De gegevens die in deze en de volgende paragrafen besproken worden, hebben enkel betrekking op de intramurale setting en niet op de ambulante setting. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op structureel geplande onvrijwillige zorg toegepast in de intramurale setting. In paragrafen 7.3.5 en 7.3.6 wordt ingegaan op respectievelijk structureel ongeplande onvrijwillige zorg en onvoorziene onvrijwillige zorg in de intramurale setting.

Zoals te zien in **tabel 7.3.4** hadden de 6.088.600 geregistreerde toepassingen van structureel geplande onvrijwillige zorg in 2021 betrekking op in totaal 5.400 unieke cliënten. **Tabel 7.3.4** laat verder zien dat volgens de gegevens in 2021 'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten' de categorie van onvrijwillige zorg was die bij het grootste deel van de cliënten (namelijk 45,8%) intramuraal werd toegepast. In de duidingssessies met VG-instellingen vond men dit een herkenbaar beeld; onder deze categorie vallen veel afspraken die van tevoren worden gemaakt met cliënten. Vanuit de duidingssessie met experts werd opgemerkt dat hierbij ook kan meespelen dat deze categorie in de praktijk 'een vergaarbak' is geworden; wanneer men niet weet waaronder een toegepaste vorm van onvrijwillige zorg te registreren, kiest men binnen deze categorie vaak voor de subvorm 'overige beperkingen'. Deze interpretatie wordt gestaafd door het feit dat bij bijna 40% van de cliënten aan wie structureel geplande onvrijwillige zorg is verleend, een toepassing geregistreerd was in de subvorm 'Overige beperkingen'.

Volgens de gegevens kreeg in 2021 circa vier op de tien (41%) cliënten te maken met minimaal één toepassing van structureel geplande onvrijwillige zorg uit de categorie 'Beperken van de bewegingsvrijheid'. Evenals bij het beperken van de vrijheid het eigen leven in te richten, werd de subvorm 'Overige beperking' hierbij het vaakst geregistreerd. In de duidingssessies met VG-instellingen werd opgemerkt dat deze subvorm breed wordt opgevat in de praktijk. Zo wordt er bijvoorbeeld het vastzetten van een heupgordel onder geregistreerd, maar ook een rolstoep op de rem zetten. Een enkele zorgaanbieder gaf zelfs aan dat er misschien ook dingen onder geregistreerd worden die überhaupt niet geregistreerd hoeven te worden. Dit gebeurt bijvoorbeeld veel bij kinderdagcentra, zo werd aangegeven. Op basis van de aangeleverde gegevens is verder zichtbaar dat bij relatief lage percentages cliënten mechanische fixatie (9,7%) en fysieke fixatie (5,1%) één of meerdere keren structureel gepland werd toegepast.

De onvrijwillige zorg -vormen 'Insluiten' en 'Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen' werden volgens de gegevens relatief vaak, bij circa een op de vijf cliënten, structureel gepland toegepast. Bij 'Insluiten' ging het bij de meeste cliënten (18,5%) om één of meer insluitingen in de eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning. Dit betreft mogelijk deels een corona-effect, gezien bewoners bij isolatie of quarantaine vaak op hun eigen kamer moesten blijven. Een deel van de VG zorgaanbieders heeft deze maatregelen als

onvrijwillige zorg geregistreerd, zo bleek uit de duidingssessies met VG-instellingen. Daarnaast zijn voor een zeer beperkt aantal cliënten (maximaal 24) in 2021 in totaal 475 insluitingen in een separeerverblijf geregistreerd. Dit is opvallend omdat separeren verboden is in de VG-sector. Vermoedelijk betreft het hier separaties in de LVB jeugdsector, aldus de deelnemers aan de duidingssessie, gezien separeren daar nog wel is toegestaan. Bij de categorie 'Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen' ging het bij het grootste aandeel cliënten (14,4%) om één of meer toedieningen van medicatie. Deelnemers aan de duidingssessie waren verbaasd dat niet een groter aandeel cliënten onvrijwillig medicatie toegediend had gekregen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat medicatie relatief vaak onder art. 2.2 Wzd wordt toegediend, zo werd ook duidelijk uit de duidingssessies met VG-instellingen, bijvoorbeeld medicatie bij onbegrepen gedrag. De toegepaste onvrijwillige zorg onder art. 2.2 Wzd hoeft echter niet aan de IGJ aangeleverd te worden en is dus geen onderdeel van de gegevens.

Uit de gegevens blijkt verder dat bijna één op de tien cliënten (9,7%) onvrijwillige zorg kreeg toegepast onder de categorie 'Uitoefenen van toezicht op betrokkene'. Wederom vonden de meeste registraties plaats onder de overige subcategorie; 'Toepassing overige toezichthoudende domotica'.

Tabel 7.3.4 Geregistreerde toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg, VG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Maatregelen		Toepassingen ^c		Toepassingen per cliënt	Toepassingen per cliënt per dag
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	Gemiddeld aantal	Gemiddeld aantal
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten	45,8	2.475	35,5	3.975	39,5	2.406.600	972,4	2,7
Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen	10,2	550	6,9	775	9,3	566.925	1.030,8	2,8
Overige beperkingen	39,8	2.150	28,8	3.225	30,2	1.839.675	855,7	2,3
Beperken van de bewegingsvrijheid	40,7	2.200	29,7	3.325	27,4	1.668.275	758,3	2,1
Fysieke fixatie	5,1	275	3,1	350	2,0	119.225	433,5	1,2
Mechanische fixatie	9,7	525	6,3	700	7,3	446.075	849,7	2,3
Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling	5,1	275	3,3	375	4,3	261.400	950,5	2,6
Overige beperking bewegingsvrijheid	25,0	1.350	16,7	1.875	13,8	841.550	623,4	1,7
Insluiten	20,8	1.125	15,0	1.675	10,6	647.525	575,6	1,6
In een separeerverblijf	<0,5	<25	<0,2	<25	0,0	475	...	...

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Maatregelen		Toepassingen ^c		Toepassingen per cliënt	Toepassingen per cliënt per dag
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	Gemiddeld aantal	Gemiddeld aantal
	In een afzonderingsruimte	1,4	75	1,3	150	0,4	24.300	324,0	0,9
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	18,5	1.000	12,7	1.425	9,3	565.375	565,4	1,5
Overige ruimte	1,4	75	1,1	125	0,9	57.375	765,0	2,1
Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen	18,5	1.000	11,2	1.250	16,2	988.725	988,7	2,7
Vocht en voeding	2,3	125	1,8	200	1,3	77.600	620,8	1,7
Medicatie	14,4	775	8,3	925	14,1	857.600	1106,6	3,0
Medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen	1,9	100	1,1	125	0,9	53.525	535,3	1,5
Uitoefenen van toezicht op betrokkene	9,7	525	6,5	725	4,0	243.750	464,3	1,3
Cameramonitoring	2,3	125	1,3	150	0,8	47.200	377,6	1,0
Toepassing overige toezichthoudende domotica	5,1	275	3,3	375	2,4	145.500	529,1	1,4
Toepassing elektronische traceringsmiddelen	2,8	150	1,8	200	0,8	51.050	340,3	0,9
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	1,4	75	1,1	125	0,3	20.375	271,7	0,7
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	0,9	50	0,7	75	1,1	65.100	1.302,0	3,6
Onderzoek aan kleding of lichaam	0,5	25	0,4	50	0,7	41.625	1.665,0	4,6
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	0,5	25	0,4	50	0,1	6.625	265,0	0,7
Totaal	100	5.400	100	11.250	100	6.088.600	1.127,5	3,1

a Indien >5% van de cliënten met een hoofdvorm onvrijwillige zorg te maken kreeg, is voor de betreffende vorm een uitsplitsing gemaakt in subvormen.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere vormen van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

c Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGG ten behoeve van de wetsevaluatie.

Tabel 7.3.4 toont ook het aantal toepassingen van (sub)vormen van onvrijwillige zorg. Het aantal toepassingen is automatisch berekend op basis van de aangeleverde gegevens. Door per maatregel de frequentie eenheid (bijvoorbeeld dagelijks of maandelijks) te vermenigvuldigen met het frequentie aantal – het aantal keer dat er in de geregistreerde frequentie eenheid onvrijwillige zorg wordt toegepast (getal) – wordt de periodiciteit van de onvrijwillige zorg, ofwel het aantal toepassingen op jaarbasis, berekend. Wanneer bijvoorbeeld ‘Mechanische fixatie’ bij een cliënt wekelijks (frequentie eenheid) vijf keer (frequentie aantal) werd toegepast, dan was er sprake van 260 toepassingen per jaar (periodiciteit; 52×5). Wanneer het jaarlijks aantal toepassingen van een bepaalde (sub)vorm van onvrijwillige zorg gedeeld wordt door 365 dagen alsmede door het aantal cliënten dat deze (sub)vorm toegepast kreeg, zien we het gemiddeld aantal toepassingen per cliënt per dag (zie laatste kolom **tabel 7.3.4**).

In 2021 was er sprake van een gemiddeld aantal toepassingen van structureel geplande onvrijwillige zorg van 3,1 per dag per cliënt. Kijkend naar het gemiddeld aantal geregistreerde toepassingen per dag per cliënt viel het de deelnemers aan de duidingssessies met name op dat ‘Onderzoek aan kleding of lichaam’ (4,6 keer per dag per cliënt) en ‘Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen’ (3,6 keer per dag per cliënt) vaak uitgevoerd worden. De deelnemers vonden dit onwaarschijnlijk hoge aantallen en vermoedden dat er hier sprake is van een invloed van onjuiste registratie van het aantal toepassingen.

7.3.4.1 Intramuraal: duur toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg in de VG-sector

Tabel 7.3.5 toont de gemiddelde geregistreerde duur (in zowel minuten als uren) van de toepassing van de subvormen van onvrijwillige zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën ‘Beperken van de bewegingsvrijheid’ en ‘Insluiten’. Overige (sub)vormen worden in deze tabel niet getoond omdat duurregistratie hier niet verplicht is. Het valt op dat insluiting in een separeerverblijf gemiddeld het langst werd toegepast (8,5 uur per toepassing) van alle subvormen van insluiting. Zoals eerder vermeld betreft het hier waarschijnlijk gegevens vanuit de LVB jeugdsector, gezien separeren in de VG-sector is verboden. De gemiddelde geregistreerde duur van de overige subvormen van insluiting was relatief kort.

Tabel 7.3.5 Geregistreerde duur toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg, VG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg	Totale duur (minuten)	Aantal toepassingen ^a	Aantal cliënten ^b	Gem. aantal minuten per toepassing	Gem. aantal uren per toepassing
Beperken van de bewegingsvrijheid					
Mechanische fixatie	78.073.075	446.075	525	175,0	2,9
Insluiten					
In een separeerverblijf	241.075	475	<25	507,5	8,5
In een afzonderingsruimte	2.056.975	24.300	75	84,6	1,4
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	118.006.750	565.375	1.000	208,7	3,5
Overige ruimte	11.791.225	57.375	75	205,5	3,4

a Frequentie eenheid x frequentie aantal.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere vormen van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.3.5 Toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de VG-sector in de intramurale setting

Zoals **tabel 7.3.6** laat zien hadden 11.800 geregistreerde toepassingen van structureel ongeplande onvrijwillige zorg in 2021 betrekking op in totaal 1.500 unieke cliënten. Dit komt neer op gemiddeld 7,9 toepassingen per cliënt. 'Beperking van de bewegingsvrijheid' was de categorie van onvrijwillige zorg die in 2021 volgens de gegevens bij het grootste deel van de cliënten (70,0%) structureel ongepland werd toegepast, op aanzienlijke afstand gevolgd door 'Insluiten' (26,7% van de cliënten). De deelnemers aan de duidingssessie herkenden dit beeld vanuit de praktijk. Onder het beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten vallen maatregelen waarvan het moment van toepassing van tevoren vaak minder goed kan worden ingeschat. Vandaar dat deze categorieën maatregelen bij structureel ongeplande onvrijwillige zorg waarschijnlijk relatief vaker voorkwamen dan bij structureel geplande onvrijwillige zorg (zie **tabel 7.3.4**).

Bij het beperken van de bewegingsvrijheid ging het volgens de gegevens bij de meeste cliënten (58,3%) om één of meer toepassingen van fysieke fixatie; toepassingen van de overige subcategorieën werden veel minder vaak geregistreerd. Een mogelijke verklaring is dat het hierbij bijvoorbeeld gaat om gevallen van onverwachte agressie, of een cliënt met zachte dwang (door het vasthouden van een arm) een bepaalde richting op duwen. Daarnaast werd in de duidingssessies met VG-instellingen opgemerkt dat het hoge aantal fysieke fixaties niet per se negatief opgevat moet worden; in de praktijk wordt soms bewust gekozen voor toepassing van fysieke fixatie in plaats van afzondering van cliënten, wat als een zwaardere vorm van onvrijwillige zorg wordt gezien. Onder de categorie

'Insluiten' valt op dat de subvorm insluiten in eigen verblijfsruimte het vaakst werd toegepast in 2021: een op de vijf cliënten (21,7%) die structureel ongeplande onvrijwillige zorg kreeg toegepast kreeg hiermee te maken, waarbij er gemiddeld sprake was van 8,5 insluitingen per cliënt. Dit betreft mogelijk deels een corona-effect, gezien bewoners bij isolatie of quarantaine vaak op hun eigen kamer moesten blijven. Een deel van de VG zorgaanbieders heeft deze maatregelen als onvrijwillige zorg geregistreerd, zo bleek uit de duidingssessies met VG-instellingen.

Tabel 7.3.6 Geregisteerde toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg, VG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Toepassingen ^c		Toepassingen per cliënt
	%	Aantal	%	Aantal	Gemiddeld aantal
2. Beperken van de bewegingsvrijheid	70,0	1.050	66,3	7.825	7,5
Fysieke fixatie	58,3	875	54,2	6.400	7,3
Mechanische fixatie	5,0	75	4,7	550	7,3
Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling	<1,7	<25	0,4	50	...
Overige beperking bewegingsvrijheid	10,0	150	7,0	825	5,5
3. Insluiten	26,7	400	28,0	3.300	8,3
In een separeerverblijf	<1,7	<25	<0,2	<25	...
In een afzonderingsruimte	5,0	75	3,4	400	5,3
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	21,7	325	23,5	2.775	8,5
Overige ruimte	1,7	25	1,1	125	5,0
1. Medische handelingen en therapeutische maatregelen	6,7	100	3,2	375	3,8
8. Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten	8,3	125	1,7	200	1,6
4. Uitoefenen van toezicht op betrokkene	3,3	50	0,6	75	1,5
5. Onderzoek aan kleding of lichaam	<1,7	<25	<0,2	<25	...
6. Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	<1,7	<25	<0,2	<25	...
7. Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	<1,7	<25	<0,2	<25	...
9. Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	<1,7	<25	<0,2	<25	...
Totaal	100	1.500	100	11.800	7,9

a Indien >5% van de cliënten met een hoofdvorm onvrijwillige zorg te maken kreeg, is voor de betreffende vorm een uitsplitsing gemaakt in subvormen.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere categorieën van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

c Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.3.5.1 Intramuraal: duur toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de VG-sector

Tabel 7.3.7 toont de gemiddelde geregisteerde duur (in zowel minuten als uren) van de toepassing van de subvormen van structureel ongeplande onvrijwillige zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën ‘Beperken van de bewegingsvrijheid’ en ‘Insluiten’. Overige (sub)vormen worden in deze tabel niet getoond omdat duurregistratie hier niet verplicht is. De gemiddelde geregisteerde insluitingsduur in de eigen kamer of verblijfsruimte was met 1,2 uur relatief het langst. De gemiddelde geregisteerde duur van alle subvormen van insluiten en van mechanische fixatie lag bij ongeplande onvrijwillige zorg lager dan bij geplande onvrijwillige zorg (**tabel 7.3.5**). Bij structureel geplande onvrijwillige zorg was de gemiddelde insluitingsduur in de eigen kamer bijvoorbeeld 3,5 uur tegenover 1,2 uur bij structureel ongeplande onvrijwillige zorg.

Tabel 7.3.7 Geregisteerde duur toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg, VG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg	Totale duur (minuten)	Aantal toepassingen ^a	Aantal cliënten ^b	Gem. aantal minuten per toepassing	Gem. aantal uren per toepassing
Beperken van de bewegingsvrijheid					
Mechanische fixatie	8.900	550	75	16	0,3
Insluiten					
In een separeerverblijf	650	<25	<25	<26	<0,4
In een afzonderingsruimte	15.300	400	75	38	0,6
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	201.600	2.775	325	73	1,2
Overige ruimte	300	125	25	2	0,0

a Frequentie eenheid x frequentie aantal

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere vormen van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: ‘<25’, en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.3.6 Toegepaste onvoorzien onvrijwillige zorg in de VG-sector in de intramurale setting

Zoals **tabel 7.3.8** laat zien hadden 7.025 geregisteerde toepassingen van onvoorzien onvrijwillige zorg in 2021 betrekking op in totaal 3.025 unieke cliënten, neerkomend op gemiddeld 2,3 toepassingen per cliënt.

Evenals bij de structureel ongeplande onvrijwillige zorg, was bij onvoorzien onvrijwillige zorg het beperken van de bewegingsvrijheid verreweg de meest toegepaste categorie van onvrijwillige zorg. Bijna drie kwart van alle cliënten die een of meer vormen van onvoorzien onvrijwillige zorg kreeg

toegepast, kreeg hiermee te maken (74,4%). De vorm van onvoorziene onvrijwillige zorg die daarna het meest werd toegepast, was 'Insluiten' (27,3%). Voor de deelnemers aan de duidingssessie was dit een herkenbaar beeld, gezien maatregelen onder deze categorieën vaak ongepland of onvoorzien worden toegepast, bijvoorbeeld in geval van plotselinge agressie of ontregeling, of het 's nachts moeten sluiten van een deur. Evenals bij structureel ongeplande onvrijwillige zorg komen dezelfde subvormen terug als meest voorkomend. Zo werd fysieke fixatie minstens één keer toegepast bij bijna drie op de vijf van de cliënten (58,7%) die met onvoorziene onvrijwillige zorg te maken kregen, en bijna een kwart van de cliënten (22,3%) werd minstens één keer ingesloten in de eigen verblijfsruimte. Het gemiddeld aantal toepassingen per cliënt lag, in lijn der verwachting, wel fors lager dan bij structureel ongeplande onvrijwillige zorg (2,3 toepassingen per cliënt onvoorzien versus 7,9 toepassingen per cliënt structureel ongepland). Immers, wanneer een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg regelmatig moet worden toegepast, is er per definitie geen sprake meer van 'onvoorziene' onvrijwillige zorg.

Tabel 7.3.8 Geregisteerde toegepaste onvoorziene onvrijwillige zorg, VG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Toepassingen ^c		Toepassingen per cliënt
	%	Aantal	%	Aantal	Gemiddeld aantal
Beperken van de bewegingsvrijheid	74,4	2.250	69,4	4.875	2,2
Fysieke fixatie	58,7	1.775	56,6	3.975	2,2
Mechanische fixatie	5,0	150	2,5	175	1,2
Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling	3,3	100	1,8	125	1,3
Overige beperking bewegingsvrijheid	14,9	450	8,5	600	1,3
Insluiten	27,3	825	21,7	1.525	1,8
In een separeerverblijf	<0,8	<25	<0,4	<25	...
In een afzonderingsruimte	4,1	125	3,2	225	1,8
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	22,3	675	17,1	1.200	1,8
Overige ruimte	2,5	75	1,1	75	1,0
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten	6,6	200	3,2	225	1,1
Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen	1,7	50	1,1	75	1,5
Overige beperkingen	5,0	150	2,5	175	1,2
Onderzoek aan kleding of lichaam	6,6	200	3,2	225	1,1
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	2,5	75	1,1	75	1,0
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	1,7	50	0,7	50	1,0
Uitoefenen van toezicht op betrokkene	<0,8	<25	<0,4	<25	...
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	<0,8	<25	<0,4	<25	...
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	<0,8	<25	<0,4	<25	...
Totaal	100	3.025	100	7.025	2,3

a Indien >5% van de cliënten met een hoofdvorm onvrijwillige zorg te maken kreeg, is voor de betreffende vorm een uitsplitsing gemaakt in subvormen.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere categorieën van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen

c Frequentie eenheid x frequentie aantal

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.3.6.1 Intramuraal: duur toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de VG-sector

Tabel 7.3.9 toont de gemiddelde geregisteerde duur (in zowel minuten als uren) van de toepassing van de subvormen van onvoorziene onvrijwillige zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën 'Beperken van de bewegingsvrijheid' en 'Insluiten'. Overige (sub)vormen worden in deze tabel niet getoond omdat duurregistratie hier niet verplicht is. De gemiddelde geregisteerde duur was bij onvoorziene onvrijwillige zorg beduidend langer (**tabel 7.3.9**) dan bij structureel geplande en ongeplande onvrijwillige zorg. Met name een onvoorziene mechanische fixatie duurde gemiddeld genomen lang volgens de gegevens.

Tabel 7.3.9 Geregisteerde duur toegepaste onvoorziene onvrijwillige zorg, VG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg			Aantal	Gem. aantal	Gem. aantal
	Totale duur (minuten)	Aantal toe- passingen ^a	unieke cliënten	minuten per toepassing	uren per toepassing
Beperken van de bewegingsvrijheid					
Mechanische fixatie	681.425	175	150	3.893,9	64,9
Insluiten					
In een separeerverblijf	5.800	<25	<25	<232	<3,9
In een afzonderingsruimte	128.250	225	125	570,0	9,5
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	1.067.750	1.200	675	889,8	14,8
Overige ruimte	71.000	75	75	946,7	15,8

a Frequentie eenheid x frequentie aantal

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.4 Toegepaste onvrijwillige zorg in de praktijk: psychogeriatrische zorg (PG)

In deze paragraaf wordt een landelijk beeld geschetst van de toepassing van onvrijwillige zorg, waarbij gefocust wordt op de psychogeriatrische zorg (PG) (in par. 7.3 werd dit gedaan voor de verstandelijk gehandicaptenzorg). Dit gebeurt aan de hand van de gegevens op cliëntniveau over verleende onvrijwillige zorg in 2021 die door in totaal 205 zorgaanbieders op een 'valide' manier²⁶⁷ aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zijn aangeleverd, op grond van art. 17, lid 1 Wzd (zie *kader voor meer informatie*).

267 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

De halfjaarlijkse aanlevering van gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg aan de IGJ (o.g.v. art. 17, lid 1) betreft een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken (niet in het minst in technisch opzicht). De gegevensaanleveringen van zorgaanbieders over 2021 zijn de eersten die digitaal gebeurden conform de technische handreiking.²⁶⁸ Tegen deze achtergrond is een online duidingssessie met zeven deskundigen uit het veld²⁶⁹ georganiseerd teneinde:

- een beeld te krijgen van aspecten die de betrouwbaarheid en volledigheid van de landelijk geaggregeerde gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg (mogelijk) hebben verminderd;
- inhoudelijke duiding te geven aan de landelijk geaggregeerde gegevens; en
- zicht te krijgen op ervaren knelpunten in het proces van gegevensregistratie- en aanlevering, en mogelijke manieren om het proces te verbeteren

De opgehaalde informatie uit de duidingssessies rondom de eerste twee thema's is meegenomen in deze paragraaf.

De paragraaf begint ter inleiding met het bespreken van de landelijke gegevens rondom de juridische titels bij toegepaste onvrijwillige zorg (par. 7.4.1). Daarna volgt een overzicht van toegepaste onvrijwillige zorg naar zorgvormtype, te weten structureel geplande-, structureel ongeplande- of onvoorziene onvrijwillige zorg (par. 7.4.2). Aansluitend wordt stilgestaan bij de toepassing van onvrijwillige zorg naar setting (intramuraal of ambulante), waarbij ook wordt ingegaan op de vormen van onvrijwillige zorg die in de ambulante setting het meest werden verleend (par. 7.4.3). Tot slot worden voor de intramurale setting gegevens besproken over de toegepaste vormen van structureel geplande onvrijwillige zorg (par. 7.4.4), structureel ongeplande onvrijwillige zorg (par. 7.4.5) en onvoorziene onvrijwillige zorg (par. 7.4.6).

Landelijk geaggregeerde gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg

De landelijk geaggregeerde gegevens die van de IGJ zijn verkregen zijn gebaseerd op gegevens op cliëntniveau over toegepaste onvrijwillige zorg in 2021 die door in totaal 205 zorgaanbieders binnen de PG-sector op een 'valide' manier²⁷⁰ zijn aangeleverd aan de IGJ (o.g.v. art. 17, lid 1). De aangeleverde gegevens van de zorgaanbieders zijn op geleide van de evaluatoren door de IGJ zodanig geaggregeerd dat de gegevens op landelijk niveau inzicht geven in de mate waarin vormen van onvrijwillige zorg in 2021 werden toegepast, uitgesplitst naar setting (intramuraal/ambulante) en

268 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

269 Drie Wzd-functionarissen, een beleidsadviseur, een beleidsmedewerker, een kwaliteitsadviseur en een kwaliteitsmedewerker. Verder waren een data-analist van de IGJ, een inspecteur van de IGJ en een vertegenwoordiger van het Ministerie van VWS als toehoorder aanwezig.

270 D.w.z. conform de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

zorgvormtype (structureel gepland, structureel ongepland, onvoorzien).²⁷¹

Voorafgaand aan het aggregeren heeft de IGJ een basale kwaliteitscontrole op de door zorgaanbieders aangeleverde gegevens uitgevoerd, waarbij evidente registratiefouten zijn gecorrigeerd.²⁷² Om volledig uit te sluiten dat de geaggregeerde gegevens indirect herleidbaar zijn tot individuele cliënten, heeft de IGJ er verder voor gekozen om alle absolute waarden van 25 of hoger af te ronden naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal, en alle waarden tussen de 1 en 24 te presenteren als '<25'.

Hoewel niet precies te bepalen is in hoeverre de geaggregeerde gegevens van de 205 PG-zorgaanbieders landelijk representatief zijn, is landelijke representativiteit enigszins aannemelijk. Uit gegevens van het Locatieregister voor zorgaanbieders uit het voorjaar van 2022 blijkt dat er op dat moment 564 zorgaanbieders in het register geregistreerd stonden, waarvan 411 voornamelijk PG-zorg leveren. Uitgaande van deze cijfers vormen de 205 PG-zorgaanbieders die over 2021 gegevens aan de IGJ aanleverden zo'n 49,9% van alle PG-zorgaanbieders die zijn opgenomen in het Locatieregister en (dus weleens) onvrijwillige zorg verlenen onder de Wzd.

7.4.1 Toegepaste onvrijwillige zorg in de PG-sector verdeeld naar juridische titel

Tabel 7.4.1 laat zien dat de meeste cliënten bij wie in 2021 volgens de gegevens onvrijwillige zorg is toegepast, geen juridische titel op grond van de Wzd voor een onvrijwillige opname hadden (51,8%), of op basis van een art. 21, Wzd besluit tot opname en verblijf in een PG-instelling verbleven (42,1%), zoals afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg. Een minderheid van de cliënten bij wie onvrijwillige zorg werd toegepast verbleef onvrijwillig in een instelling op grond van een rechterlijke machtiging, een inbewaringstelling of een voortgezette machtiging.

Het valt op dat 0,5% van de cliënten volgens de gegevens te maken had met een voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen met een verstandelijke beperking. Tijdens de duidingssessie met experts werd opgemerkt dat deze titel niet mogelijk is binnen de PG-sector. Dit kan op registratiefouten duiden. Een andere mogelijkheid is dat aanbieders die in deze gegevens-set zijn meegenomen als PG-aanbieders, daarnaast ook onvrijwillige zorg verlenen aan VG-clieënten.

271 In opdracht van het ministerie van VWS maakte de IGJ een geaggregeerd gegevensbestand van alle gegevens over 2021 die zij ontving van de zorgaanbieders die onvrijwillige zorg toepasten. Dit bestand werd door de IGJ exclusief aangeleverd aan het Trimbos-instituut met als uitsluitend doel dit te gebruiken voor de wetsevaluatie.

272 Zoals het verwijderen van dubbele registraties van toegepaste onvrijwillige zorgvorm bij dezelfde cliënt en het verwijderen van datums van laatste toepassingen van onvrijwillige zorgvormen die vóór de datums liggen van de eerste toepassingen van de betreffende zorgvormen.

De deelnemers aan de duidingssessie vonden het percentage cliënten zonder geregistreerde titel (51,8%) relatief hoog; dit komt niet overeen met hun praktijkervaring. Wellicht komt dit deels doordat registratie niet verplicht is volgens de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd van de IGJ. Daarnaast viel het de deelnemers op dat er relatief weinig cliënten zijn opgenomen op grond van art. 21 Wzd (42,1%); volgens hen speelt hierbij vermoedelijk onder-registratie. Het aandeel cliënten met een rechterlijke machtiging (RM) (5,1%) vond men juist verhoudingsgewijs hoog. Het kan zijn dat cliënten bij wie onvrijwillige zorg wordt toegepast, ook vaker onvrijwillig zijn opgenomen via een RM. Waarschijnlijk zou in de totale cliëntenpopulatie (incl. degenen bij wie geen onvrijwillige zorg is toegepast) het aandeel cliënten met een RM lager liggen, aldus de deelnemers aan de duidingssessie.

Tabel 7.4.1 Juridische titels bij cliënten bij wie onvrijwillige zorg is toegepast, PG-sector, intramuraal en ambulante (2021)

Juridische titel	% verdeling		% verdeling	
	aantal cliënten	Aantal cliënten ^a	maatregelen per titel	Aantal maatregelen per titel
Geen geregistreerde titel	51,8%	2.525	53,1%	4.525
Besluit tot opname en verblijf (art. 21)	42,1%	2.050	38,4%	3.275
RM (rechterlijke machtiging)	5,1%	250	5,6%	475
IBS (inbewaringstelling)	1,0%	50	1,5%	125
Voortgezette machtiging	1,0%	50	0,9%	75
VWM (voorwaardelijke machtiging)	0,5%	25	0,6%	50
Totaal	100%	4.875	100%	8.525

a Categorieën zijn niet uitsluitend; voor een cliënt kunnen in 2021 meerdere juridische titels zijn afgegeven.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.4.2 Toegepaste onvrijwillige zorg in de PG-sector verdeeld naar zorgvormtype

Wanneer onvrijwillige zorg in 2021 werd toegepast, betrof dit in de meeste gevallen volgens de gegevens structureel geplande onvrijwillige zorg (**tabel 7.4.2**). Structureel geplande onvrijwillige zorg houdt in dat er op structurele wijze onvrijwillige zorg wordt ingezet. Dat kan elke dag zijn, maar ook op wekelijkse, maandelijkse of zelfs jaarlijkse basis²⁷³. Uitgaande van 4.875 unieke cliënten bij wie in 2021 volgens de gegevens onvrijwillige zorg is toegepast, lag het aandeel cliënten bij wie de onvrijwillige zorg op een structureel geplande manier is toegepast op 69%; en uitgaande van in totaal

273 Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

985.575 geregistreerde toepassingen, lag het aandeel structureel geplande toepassingen op 99,8%²⁷⁴. Dit is een herkenbaar beeld voor de deelnemers aan de duidingssessie.

Verder kreeg ruim één op de vijf cliënten (20,5%) met het zorgvormtype onvoorzien te maken, en 15,4% van de cliënten met het type structureel ongepland. Het aandeel toepassingen was voor beide zorgvormtypes laag met 0,1%. Bij structureel ongeplande onvrijwillige zorg geldt dat hier afspraken aan ten grondslag liggen. Men is het erover eens dat er onvrijwillige zorg mag worden verleend, maar weet op voorhand niet precies wanneer dit zal zijn. Zo kan iemand in bepaalde gevallen worden afgeluisterd, of in zijn of haar vrijheid worden beperkt. Bij onvoorziene onvrijwillige zorg gaat het om onvrijwillige zorg die niet voorzien is. Hier zijn geen afspraken over gemaakt en er is niets over opgenomen in het zorgplan. Er doet zich een onvoorziene situatie voor waarbij het nodig is om onvrijwillige zorg toe te passen²⁷⁵. Tijdens de duidingssessie werd opgemerkt dat structureel ongeplande onvrijwillige zorg en onvoorziene onvrijwillige zorg bij sommige zorgaanbieders in een andere module binnen het elektronisch cliënt dossier (ECD) worden geregistreerd, waardoor de gegevens niet worden meegenomen in de aanleveringen aan de IGJ. Voorts werd benoemd dat onvoorziene onvrijwillige zorg niet altijd als zodanig wordt herkend door zorgverleners en dus ook niet als zodanig wordt geregistreerd. Voor zowel structureel ongeplande onvrijwillige zorg als onvoorziene onvrijwillige zorg is het dus waarschijnlijk dat er sprake is van onder-registratie, aldus de deelnemers aan de duidingssessie.

Tabel 7.4.2 Geregistreerde toegepaste onvrijwillige zorg, PG-sector, naar zorgvormtype (2021)

Zorgvormtype	Cliënten ^a		Maatregelen ^b		Toepassingen ^c	
	%	N	N	%	N	
Structureel gepland	69,2	3.375	6.150	99,8	983.225	
Structureel ongepland	15,4	750	N.v.t.	0,1	1.100	
Onvoorzien	20,5	1000	N.v.t.	0,1	1.250	
Totaal	100	4.875	6.150	100	985.575	

a Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan onvrijwillige zorg onder meerdere zorgvormtypes toegepast hebben gekregen.

b Bij de zorgvormtypen structureel ongepland en onvoorzien is één maatregel gelijk aan één toepassing.

c Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

274 Aantallen toepassingen bij structureel geplande onvrijwillige zorg zijn door de IGJ op de volgende manier berekend: Afhankelijk van de frequentie eenheid (jaarlijks, maandelijks, wekelijks, of dagelijks) is het verschil tussen de begindatum en de einddatum berekend in jaren, maanden, weken, of dagen. Vervolgens is dit verschil vermenigvuldigd met het frequentie aantal.

275 Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

7.4.3 Toegepaste onvrijwillige zorg in de PG-sector verdeeld naar setting

In **tabel 7.4.3** wordt de verleende onvrijwillige zorg naar zorgvormtype verder uitgesplitst naar de setting waarin deze is toegepast, intramuraal dan wel ambulant. Het is duidelijk dat volgens de gegevens onvrijwillige zorg nog slechts in zeer beperkte mate ambulant werd toegepast in 2021, zowel in termen van het aandeel cliënten wat hiermee te maken kreeg als in termen van het aandeel toepassingen (willekeurig welk zorgvormtype). Volgens de deelnemers aan de duidingssessie is dit een herkenbaar beeld.

Tabel 7.4.3 Geregistreerde toegepaste onvrijwillige zorg, PG-sector, naar zorgvormtype en intramurale of ambulante toepassing (2021)

Zorgvormtype	Cliënten ^a				Toepassingen ^b			
	Intramuraal		Ambulant		Intramuraal		Ambulant	
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
Structureel gepland	97	3.275	3	100	97,6	959.675	2,4	23.100
Structureel ongepland	89,7	650	10,3	75	90,5	950	9,5	100
Onvoorzien	97,5	975	<2,5	<25	98,0	1.225	<2	<25

a Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan onder meerdere zorgvormtypes toegepast hebben gekregen.

b Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

Volgens de gegevens die bij de IGJ zijn aangeleverd werden in 2021 in de ambulante setting 23.100 toepassingen van structureel geplande onvrijwillige zorg geregistreerd die betrekking hadden op 100 unieke cliënten. 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen' was volgens de gegevens de meest toegepaste vorm van onvrijwillige zorg. De helft van de cliënten (50,0%) bij wie onvrijwillige zorg werd toegepast in de ambulante setting kreeg te maken met deze structureel geplande vorm van onvrijwillige zorg. Binnen deze categorie werd vooral geregistreerd op de subvorm 'Medicatie'. Dit was een herkenbaar beeld voor de deelnemers aan de duidingssessie. Maatregelen onder de categorie 'Beperken van de bewegingsvrijheid' werden bij een kwart van de cliënten (25%) toegepast.

Als het gaat om structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de ambulante setting, werden maatregelen onder de volgende twee categorieën het meest toegepast: 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen' en 'Beperken van de bewegingsvrijheid'. Voor beide categorieën van onvrijwillige zorg geldt dat een derde (33,3%) van de cliënten hiermee te maken kreeg, op een totaal van 75 unieke cliënten dat te maken kreeg met structureel ongeplande onvrijwillige zorg in 2021. Ook bij het zorgvormtype onvoorzien werden 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen' en het 'Beperken van de bewegingsvrijheid' het meest toegepast in de ambulante setting. Het valt op dat het aantal ambulante toepassingen van onvrijwillige zorg bij de zorgvormtypen structureel ongepland en onvoorzien in 2021 beduidend lager lag dan bij structureel gepland. Zo was het aantal

ambulante toepassingen van onvoorziene onvrijwillige zorg volgens de gegevens telkens minder dan 25.

Volgens de deelnemers aan de duidingssessie spelen er een aantal organisatorische factoren die de toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting belemmeren. Zo kunnen de Wzd-rollen ambulant niet goed ingevuld worden. Er is een tekort aan professionals die de rol van zorgverantwoordelijke kunnen vervullen, en huisartsen kunnen en/of willen nog onvoldoende meewerken bij de besluitvorming rondom toepassing van onvrijwillige zorg, aldus de deelnemers aan de duidingssessie. Daarbovenop kan onvrijwillige zorg ambulant soms nog niet in het systeem geregistreerd worden omdat het Elektronisch Cliëntdossier (ECD) nog niet in deze mogelijkheid voorziet. Dit heeft in 2021 naar verwachting tot onder-registratie van onvrijwillige zorg in de ambulante setting geleid. De deelnemers aan de duidingssessies wezen daarnaast nog op een situatie die zorgverleners als zeer lastig ervaren, namelijk het moment waarop zij als zorgverlener op de hoogte zijn van het feit dat familie een vorm van zorg toepast die, wanneer deze door een zorgverlener zou worden toegepast, als onvrijwillige zorg zou worden gecategoriseerd volgens de Wzd. Bijvoorbeeld het op slot doen van de (voor)deur van een cliënt. Zorgverleners voelen dan een verantwoordelijkheid.

7.4.4 Toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg in de PG-sector in de intramurale setting

In het vervolg van de tekst wordt nader ingegaan op de toepassing van onvrijwillige zorg in de intramurale setting, waarbij in deze paragraaf eerst wordt gekeken naar toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg. Vervolgens wordt in par. 7.4.5 en par. 7.4.6 ingegaan op respectievelijk structureel ongeplande onvrijwillige zorg en onvoorziene onvrijwillige zorg in de intramurale setting.

Zoals te zien in **tabel 7.4.4** hadden de 959.675 geregistreerde toepassingen van structureel geplande onvrijwillige zorg in 2021 betrekking op in totaal 3.275 unieke cliënten. 'Beperking van de bewegingsvrijheid' als vorm van onvrijwillige zorg werd hierbij bij het grootste deel van de cliënten toegepast (namelijk 41,2%). Binnen deze categorie is te zien dat alle vier subvormen (te weten: Fysieke fixatie, Mechanische fixatie, Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling, en Overige beperking bewegingsvrijheid) werden toegepast. Het valt op dat bij een relatief groot percentage cliënten (13,4%) één of meer toepassingen van onvrijwillige zorg die vallen in de restcategorie 'Overige beperking bewegingsvrijheid' werden geregistreerd.

Ruim één derde (34,4%) van de cliënten had te maken met 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen' als vorm van onvrijwillige zorg, waarbij het bij veruit de meeste cliënten ging om één of meer toedieningen van medicatie (31,3%).

Na het 'Beperken van de bewegingsvrijheid' (41% van alle cliënten) en de 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen' (34% van alle cliënten), had volgens de gegevens het derde hoogste percentage patiënten – te weten 17,6% – te maken met 'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten' als vorm van onvrijwillige zorg. Als gekeken wordt naar de registraties per subcategorie,

ging het bij veruit het merendeel van deze cliënten om minstens één toegepaste vorm van onvrijwillige zorg die viel onder 'Overige beperkingen'.

Verder werd volgens de gegevens in 2021 het 'Uitoefenen van toezicht' als vorm van onvrijwillige zorg toegepast bij 12,2% van alle cliënten. Het ging hierbij voor het grootste deel van de cliënten om de toepassing van een subvorm van onvrijwillige zorg die binnen de restcategorie 'Overige toezichthoudende domotica' viel.

Volgens de deelnemers aan de duidingssessie worden de definities van de categorieën van onvrijwillige zorg in de praktijk vaak wisselend geïnterpreteerd. Dit heeft invloed op de betrouwbaarheid van de gegevens. Volgens deskundigen speelt dit met name bij de onvrijwillige zorg-categorieën 'Insluiten', 'Beperken van de bewegingsvrijheid', en 'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten'. Zo is het bijvoorbeeld voor professionals niet altijd duidelijk onder welke (sub)vorm de gesloten deur van een gesloten afdeling moet worden geregistreerd. Elke organisatie gaat hier naar verwachting anders mee om, wat de interpretatie van de landelijke cijfers bemoeilijkt.

Tabel 7.4.4 Geregistreerde toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg, PG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Maatregelen		Toepassingen ^c		Toepassingen per cliënt	Toepassingen per cliënt per dag
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	Gemiddeld aantal	Gemiddeld aantal
Beperken van de bewegingsvrijheid	41,2	1.350	34,7	2.075	30,3	290.825	215,4	0,6
Fysieke fixatie	6,1	200	4,2	250	3,8	36.325	181,6	0,5
Mechanische fixatie	12,2	400	8,4	500	7,8	74.450	186,1	0,5
Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling	10,7	350	8,8	525	8,7	83.725	239,2	0,7
Overige beperking bewegingsvrijheid	15,3	500	13,4	800	10,0	96.350	192,7	0,5
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	34,4	1.125	33,9	2.025	35,8	343.600	305,4	0,8
Vocht en voeding	<0,8	<25	0,4	25	0,5	4.425	...	...
Medicatie	31,3	1.025	31	1850	33,4	320.700	312,9	0,9
Medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen	3,1	100	2,5	150	1,9	18.475	184,8	0,5
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten	17,6	575	13,4	800	17,1	164.175	285,5	0,8
Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen	1,5	50	0,8	50	0,6	5.700	114,0	0,3
Overige beperkingen	16,0	525	12,6	750	16,5	158.475	301,9	0,8
Uitoefenen van toezicht op betrokkene	12,2	400	13,0	775	12,4	119.475	298,7	0,8
Cameramonitoring	0,8	25	1,3	75	1,2	11.925	477,0	1,3
Toepassing overige toezichthoudende domotica	9,2	300	9,6	575	9,7	92.675	308,9	0,9
Toepassing elektronische traceringsmiddelen	2,3	75	2,1	125	1,6	14.875	198,3	0,5
Insluiten	3,8	125	2,9	175	2,3	22.250	178,0	0,5
Onderzoek aan kleding of lichaam	1,5	50	0,8	50	1,1	10.100	202,0	0,6
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	0,8	25	0,8	50	0,5	5.125	205,0	0,6
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen								

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Maatregelen		Toepassingen ^c		Toepassingen per cliënt	Toepassingen per cliënt per dag
	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	Gemiddeld aantal	Gemiddeld aantal
		0,8	25	0,4	25	0,4	3.400	136,0	0,4
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	<0,8	<25	<0,4	<25	0,1	725	...	...
Totaal	100	3.275	100	5.975	100	959.675	293,0	0,8

a Indien >5% van de cliënten met een hoofdvorm onvrijwillige zorg te maken kreeg, is voor de betreffende vorm een uitsplitsing gemaakt in subvormen.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere categorieën van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

c Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

Tabel 7.4.4 toont ook het aantal toepassingen van (sub)vormen van onvrijwillige zorg. In 2021 was er sprake van een gemiddeld aantal toepassingen van structureel geplande onvrijwillige zorg van 0,8 per dag per cliënt. Het aantal toepassingen is automatisch berekend op basis van de aangeleverde gegevens. Door per maatregel de frequentie eenheid (bijvoorbeeld dagelijks of maandelijks) te vermenigvuldigen met het frequentie aantal – het aantal keer dat er in de geregistreerde frequentie eenheid onvrijwillige zorg wordt toegepast (getal) – wordt de periodiciteit van de onvrijwillige zorg, ofwel het aantal toepassingen op jaarbasis, berekend. Wanneer dit aantal door 365 (dagen) gedeeld wordt alsmede door het aantal cliënten dat deze (sub)vorm toegepast kreeg, verkrijgen we het gemiddeld aantal toepassingen per cliënt per dag (zie laatste kolom **tabel 7.4.4**).

Van alle geregistreerde toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg werd cameramonitoring gemiddeld genomen per cliënt op dagelijkse basis het vaakst toegepast (gemiddeld 1,3 keer per dag per cliënt). Alle overige toepassingen van structureel onvrijwillige zorg werden gemiddeld minder dan eenmaal per dag per cliënt toegepast.

7.4.4.1 Intramuraal: duur toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg in de PG-sector

Tabel 7.4.5 toont de gemiddelde geregistreerde duur van de toepassing van subvormen van onvrijwillige zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën 'Beperken van de bewegingsvrijheid' en 'Insluiten'. Overige (sub)vormen worden in deze tabel niet getoond omdat duurregistratie hier niet verplicht is. Volgens de gegevens werd 'Insluiten in een overige ruimte' met gemiddeld 21,7 uur per toepassing het langst toegepast, gevolgd door 'Insluiten in een afzonderingsruimte', met gemiddeld 16,1 uur per toepassing. Met name de laatstgenoemde gemiddelde insluitingsduur vonden deelnemers aan de duidingssessie vrij lang. Men vermoedt (en

hoopt) dat de nachten hierbij zijn meegerekend. Daarbij moet worden opgemerkt dat het bij insluiten in een afzonderingsruimte ging om een zeer beperkt aantal cliënten (<25). Verder werd tijdens de duidingssessie opgemerkt dat separeerverblijven in de VVT niet (meer) voorkomen, hoewel een klein aantal cliënten (<25) volgens de gegevens in 2021 wel te maken kreeg met separatie. Een mogelijke verklaring die werd geopperd is dat een VVT-instelling verbonden is aan een GGZ-instelling met separeerverblijf. Ten slotte werd door deelnemers aan de duidingssessie benadrukt dat de duur van verleende structureel geplande onvrijwillige zorg niet altijd nauwkeurig wordt geregistreerd, en dat de getoonde cijfers dus in meer of minder mate onbetrouwbaar zijn.

Tabel 7.4.5 Geregisteerde duur toegepaste structureel geplande onvrijwillige zorg, PG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg	Totale duur (minuten)	Aantal toe-passingen ^a	Aantal cliënten ^b	Gem. aantal minuten per toepassing	Gem. aantal uren per toepassing
Beperken van de bewegingsvrijheid					
Mechanische fixatie	38.070.050	73.525	400	517,8	8,6
Insluiten					
In een separeerverblijf	386.525	975	<25	396,4	6,6
In een afzonderingsruimte	361.200	375	<25	963,2	16,1
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning					
	5.050.500	6125	50	824,6	13,7
Overige ruimte	17.373.950	13350	75	1301,4	21,7

a Frequentie eenheid x frequentie aantal.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere vormen van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.4.5 Toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de PG-sector in de intramurale setting

Zoals **tabel 7.4.6** laat zien hadden 950 geregisteerde toepassingen van structureel ongeplande onvrijwillige zorg in 2021 betrekking op in totaal 650 unieke cliënten. Dit komt neer op gemiddeld 1,5 toepassingen per cliënt. 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen' was de vorm van onvrijwillige zorg die in 2021 volgens de gegevens bij het grootste deel van de cliënten (38,5%) minstens één keer structureel ongepland is toegepast, waarbij het bij veruit de meeste cliënten ging om het toedienen van medicatie. Per cliënt werd medicatie in 2021 gemiddeld 1,6 keer onvrijwillig toegediend.

Verder had 34,6% van de cliënten – het tweede hoogste percentage cliënten – in 2021 te maken met 'Beperken van de bewegingsvrijheid' als vorm van onvrijwillige zorg, en 19,2% had te maken met

'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten'. Kijkend naar welke subvormen waren geregistreerd binnen de laatstgenoemde categorie, ging het voor een meerderheid van de cliënten (15,4%) om 'Overige beperkingen'.

Na 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen', 'Beperken van de bewegingsvrijheid' en 'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten', had volgens de gegevens het vierde hoogste percentage cliënten – te weten 7,7% – te maken met 'Uitoefenen van toezicht' als vorm van structureel ongeplande onvrijwillige zorg. Het ging hierbij voor een groot deel van de cliënten om de toepassing van 'Overige toezichthoudende domotica' (3,8%).

Deelnemers aan de duidingssessie herkenden dit beeld vanuit de praktijk, maar gaven wel aan de cijfers over het algemeen aan de lage kant te vinden. Met andere woorden: zij vermoeden dat er sprake is van onder-registratie van de toepassing van structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de intramurale setting.

Tabel 7.4.6 Geregisteerde toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg, PG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Toepassingen ^c		Gemiddeld aantal toepassing en per cliënt
	%	N	%	N	
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	38,5	250	42,1	400	1,6
Vocht en voeding	<3,8	<25	<2,6	<25	
Medicatie	34,6	225	36,8	350	1,6
Medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen	3,8	25	2,6	25	1,0
Beperken van de bewegingsvrijheid	34,6	225	34,2	325	1,4
Fysieke fixatie	11,5	75	7,9	75	1,0
Mechanische fixatie	11,5	75	13,2	125	1,7
Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling	<3,8	<25	2,6	25	
Overige beperking bewegingsvrijheid	11,5	75	7,9	75	1,0
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten	19,2	125	13,2	125	1,0
Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen	<3,8	<25	<2,6	<25	...
Overige beperkingen	15,4	100	13,2	125	1,3
Uitoefenen van toezicht op betrokkene	7,7	50	5,3	50	1,0
Cameramonitoring	<3,8	<25	<2,6	<25	...
Toepassing overige toezichthoudende domotica	3,8	25	2,6	25	1,0
Toepassing elektronische traceringsmiddelen	<3,8	<25	<2,6	<25	...
Insluiten	3,8	25	2,6	25	1,0
Onderzoek aan kleding of lichaam	<3,8	<25	<2,6	<25	...
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	<3,8	<25	<2,6	<25	...
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	<3,8	<25	<2,6	<25	...
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	0	0	0	0	0
Totaal	100	650	100	950	1,5

a Indien >5% van de cliënten met een hoofdvorm onvrijwillige zorg te maken kreeg, is voor de betreffende vorm een uitsplitsing gemaakt in subvormen.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere categorieën van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

c Frequentie eenheid x frequentie aantal.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.4.5.1 Intramuraal: duur toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de PG-sector

Tabel 7.4.7 toont de gemiddelde geregistreerde duur van de toepassing van de subvormen van onvrijwillige zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën 'Beperken van de bewegingsvrijheid' en 'Insluiten'. Overige (sub)vormen worden in deze tabel niet getoond omdat duurregistratie hier niet verplicht is. Volgens de gegevens was de gemiddelde duur van een mechanische fixatie 1,2 uur. Bij de subvormen van 'Insluiten' was de gemiddelde duur (in minuten en uren) telkens zeer laag of zelfs nihil (in het geval van Insluiten in een separeerverblijf).

Tabel 7.4.7 Geregistreerde duur toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg, PG-sector, intramuraal (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg	Totale duur (minuten)	Aantal toe- passingen ^a	Aantal cliënten ^b	Gem. aantal minuten per toepassing	Gem. aantal uren per toepassing
Beperken van de bewegingsvrijheid					
Mechanische fixatie	8.850	125	75	70,8	1,2
Insluiten					
In een separeerverblijf	0	0	0	0	0
In een afzonderingsruimte	<25	<25	<25	...	...
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	<25	<25	<25	...	...
Overige ruimte	<25	<25	<25	...	...

a Frequentie eenheid x frequentie aantal

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere vormen van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.4.6 Toegepaste onvoorzien onvrijwillige zorg in de PG-sector in de intramurale setting

Zoals **tabel 7.4.8** laat zien hadden 1.225 geregistreerde toepassingen van onvoorzien onvrijwillige zorg in 2021 betrekking op in totaal 975 unieke cliënten, wat neerkomt op gemiddeld 1,3 toepassingen per cliënt. Verder laat de tabel zien dat 'Beperking van de bewegingsvrijheid' de vorm van onvrijwillige zorg was die bij het grootste deel van de cliënten (48,7%) één of meerdere keren op

onvoorziene basis is toegepast., Binnen deze categorie ging het voor de meeste cliënten (17,9%) hoofdzakelijk om de subvorm 'Mechanische fixatie'. Maar ook 'Plaatsing op een gesloten afdeling' (12,8%) en 'Overige beperkingen' (15,4%) werden toegepast.

Verder had ruim een kwart van de cliënten (28,2%) te maken met 'Uitoefenen van toezicht op betrokkene' als vorm van onvoorziene onvrijwillige zorg. Net als bij de zorgvormtypes structureel gepland en structureel ongepland ging het hierbij voor het grootste deel van de cliënten om de toepassing van 'Overige toezichthoudende domotica'.

Ruim een op de vijf cliënten (20,5%) had volgens de gegevens te maken met 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen', waarbij het vrijwel uitsluitend ging om één of meer toedieningen van onvrijwillige medicatie. Deelnemers aan de duidingssessie vonden het opvallend dat deze (sub)vorm van onvrijwillige zorg niet de meest toegepaste categorie van onvoorziene onvrijwillige zorg was. Er werd opgemerkt dat het toedienen van onvrijwillige medicatie altijd in samenspraak met een arts moet plaatsvinden, waardoor deze (sub)vorm van onvrijwillige zorg wellicht niet altijd als onvoorzien wordt herkend en geregistreerd. Over het algemeen vermoedden de deelnemers aan de duidingssessie dat er bij het zorgvormtype onvoorzien sprake is van onder-registratie.

Na 'Beperken van de bewegingsvrijheid', 'Uitoefenen van toezicht' en 'Medische handelingen en therapeutische maatregelen', had volgens de gegevens het vierde hoogste percentage cliënten – te weten 7,7% – te maken met het 'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten' als vorm van onvoorziene onvrijwillige zorg. Verder werd volgens de gegevens in 2021 'Insluiten' als vorm van onvrijwillige zorg bij 5,1% van alle cliënten die te maken kregen met onvoorziene onvrijwillige zorg toegepast.

Tabel 7.4.8 Geregistreerde toegepaste onvoorziene onvrijwillige zorg, PG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a	Cliënten ^b		Toepassingen		Gemiddeld aantal toepassing en per cliënt
	%	N	%	N	
Beperken van de bewegingsvrijheid	48,7	475	44,9	550	1,2
Fysieke fixatie	5,1	50	4,1	50	1,0
Mechanische fixatie	17,9	175	16,3	200	1,1
Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling	12,8	125	10,2	125	1,0
Overige beperking bewegingsvrijheid	15,4	150	12,2	150	1,0
Uitoefenen van toezicht op betrokkene	28,2	275	24,5	300	1,1
Cameramonitoring	5,1	50	4,1	50	1,0
Toepassing overige toezichthoudende domotica	20,5	200	16,3	200	1,0
Toepassing elektronische traceringsmiddelen	5,1	50	4,1	50	1,0
Medische handelingen en therapeutische maatregelen	20,5	200	18,4	225	1,1
Vocht en voeding	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Medicatie	20,5	200	16,3	200	1,0
Medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten	7,7	75	8,2	100	1,3
Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Overige beperkingen	7,7	75	6,1	75	1,0
Insluiten	5,1	50	4,1	50	1,0
In een separeerverblijf	<2,6	<25	<2,0	<25	...
In een afzonderingsruimte	<2,6	<25	<2,0	<25	...
In eigen kamer / verblijfsruimte / appartement / woning	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Overige ruimte	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Onderzoek aan kleding of lichaam	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Onderzoek woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen	<2,6	<25	<2,0	<25	...
Controle aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen	<2,6	<25	<2,0	<25	...

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg ^a					Gemiddeld aantal toepassing en per cliënt
	Cliënten ^b		Toepassingen		
	%	N	%	N	
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	0	0	0	0	0
Totaal	100	975	100	1.225	1,3

a Indien >5% van de cliënten met een hoofdvorm onvrijwillige zorg te maken kreeg, is voor de betreffende vorm een uitsplitsing gemaakt in subvormen.

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere categorieën van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.4.6.1 Intramuraal: duur toegepaste structureel ongeplande onvrijwillige zorg in de PG-sector

Tabel 7.4.9 toont de gemiddelde geregistreerde duur voor de subvormen van onvrijwillige zorg die worden onderscheiden binnen de twee categorieën 'Beperken van de bewegingsvrijheid' en 'Insluiten'. Overige (sub)vormen worden in deze tabel niet getoond omdat duurregistratie hier niet verplicht is. Volgens de gegevens werd de subvorm 'Mechanische fixatie' met gemiddeld 84,9 minuten en 1,4 uur per toepassing het langst toegepast.

Tabel 7.4.9 Geregistreerde duur toegepaste onvoorzien onvrijwillige zorg, PG-sector, intramuraal, naar (sub)vorm (2021)

(Sub)vorm van onvrijwillige zorg	Totale duur (minuten)	Aantal toe- passingen ^a	Aantal cliënten ^b	Gem. aantal minuten per toepassing	Gem. aantal uren per toepassing
Beperken van de bewegingsvrijheid					
Mechanische fixatie	16.975	200	175	84,9	1,4
Insluiten					
In een separeerverblijf	<25	<25	<25	...	...
In een afzonderingsruimte	50	<25	<25	<2	<0,03
In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning	1.550	<25	<25	<62	<1
Overige ruimte	575	<25	<25	<23	<0,4

a Frequentie eenheid x frequentie aantal

b Categorieën zijn niet uitsluitend; een cliënt kan meerdere vormen van onvrijwillige zorg toegepast hebben gekregen.

Noot: Vanuit privacy-oogpunt zijn aantallen afgerond naar (het dichtstbijzijnde) 25-tal. Aantallen lager dan 25 zijn gepresenteerd als: '<25', en liggen ergens tussen 1 en 24.

Bron: Het geaggregeerde gegevensbestand van de IGJ ten behoeve van de wetsevaluatie.

7.5 Proces en bruikbaarheid van de gegevensregistratie en -aanlevering op basis van art. 17, lid 1 Wzd: knelpunten en verbeteringsuggesties

Zoals eerder opgemerkt betreft de halfjaarlijkse aanlevering door zorgaanbieders van gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg aan de IGJ een nieuw proces waarvan de inregeling in de praktijk niet eenvoudig is gebleken.^{276,277} Tijdens de verschillende duidingssessies²⁷⁸ over de landelijke gegevens van de IGJ en de duidingssessies met zes VG-instellingen over de gegevens die Nedap heeft gegenereerd, is daarom ook gevraagd naar ervaren knelpunten in het proces van de gegevensregistratie- en aanlevering, en naar mogelijke manieren om het proces te verbeteren.

7.5.1 Genoemde knelpunten

Variatie in de interpretatie van categorieën van onvrijwillige zorg en overige begrippen in de Wzd

Een knelpunt dat door deelnemers aan de duidingssessies duidelijk werd benoemd is dat er op het niveau van zorgaanbieders, van afdelingen en teams binnen aanbieders, alsook op het niveau van individuele zorgverleners, variatie bestaat in de interpretatie van de verschillende categorieën van onvrijwillige zorg. De definities van (sub)vormen van onvrijwillige zorg zijn niet altijd helder voor zorgverleners en zorgen voor verschillende interpretaties. Een voorbeeld dat werd genoemd was het op slot doen van deuren buiten de eigen verblijfsruimte. Voor veel zorgverleners was en is niet duidelijk of een dergelijke maatregel onder 'Insluiten – overig' of onder 'Beperking van de bewegingsvrijheid' geregistreerd dient te worden. Het gevolg is dat er niet altijd onder de juiste categorie wordt geregistreerd of dat er veelal wordt geregistreerd onder de (sub)vorm 'overig'. Dit maakt het interpreteren van de gegevens zoals aangeleverd aan de IGJ lastig.

Daarnaast bestaat er in het veld ook onduidelijkheid omtrent andere termen uit de Wzd. Zo is er veel verwarring over de invulling van het begrip 'ambulant' zoals bedoeld door de wetgever. Zorgverleners en aanbieders registreerden in 2021 in veel gevallen de onvrijwillige zorg die ambulant werd toegepast als zodanig, terwijl volgens de wetgever geregistreerd dient te worden vanuit welke locatie de onvrijwillige zorg geleverd wordt (dit kan ook een intramurale locatie zijn). Daarnaast is een heldere definiëring gewenst van de termen 'onvoorzien' en 'noodmaatregel', aldus de deskundigen.

276 *Analyseren om te leren. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde analyses over de toepassing van dwang in de zorg?* Utrecht:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, februari 2021

277 *Analyseren om te sturen. Wat ziet de inspectie in de aangeleverde Wvggz-analyses over de toepassing van verplichte zorg?* Utrecht:

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juli 2021

278 Twee online duidingssessies met experts uit de VG en PG sector

Gedetailleerdheid van de gegevensregistratie

Een ander knelpunt is dat er in het veld een hoge registratielast wordt ervaren. De te registreren gegevens over onvrijwillige zorg kennen een hoge mate van gedetailleerdheid en in het veld bestaan twijfels of deze mate van gedetailleerdheid noodzakelijk is om tot kwalitatief hoogwaardige zorg te komen. Daarnaast heeft men moeite met het feit dat alle (sub)vormen van onvrijwillige zorg dezelfde hoeveelheid registratiewerk vergen. Dit roept weerstand op onder zorgverleners op de werkvloer, die niet begrijpen waarom relatief 'lichte' vormen van onvrijwillige zorg eenzelfde registratielast vragen als de relatief 'zwaardere' vormen van onvrijwillige zorg. Tot slot wordt de registratie van toegepaste onvrijwillige zorg op grond van art. 2.2 Wzd als zeer belastend ervaren, temeer deze informatie geen onderdeel uitmaakt van de gegevensset die moet worden aangeleverd aan de IGJ. Hierdoor vraagt men zich af wat het registreren van toegepaste onvrijwillige zorg op grond van art. 2.2 oplevert.

Personeelstekorten

Een gebrek aan personeel werd door de deelnemers aan de duidingsessie ook benoemd als een belangrijk knelpunt in de gegevensregistratie. In 2021 was er in het veld veel verloop onder zorgverantwoordelijken en een algeheel tekort aan Wzd-functionarissen en artsen, zowel Specialisten Ouderengeneeskunde (SOs) als Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (AVGs). Dit bemoeilijkt het registratieproces van onvrijwillige zorg; bij personeelstekorten werd dit vanwege een gebrek aan capaciteit weleens overgeslagen. Bovendien bemoeilijkt het tekort aan Wzd-functionarissen ook het toezicht op de registratie en leidde dit in 2021 in sommige gevallen tot een oplopend aantal maatregelen dat nog in concept staat omdat deze nog niet door de Wzd-functionaris geaccordeerd zijn. Concept maatregelen maken echter geen onderdeel uit van de gegevens-set die naar de IGJ wordt gestuurd. Hierdoor ontstaat er een onvolledig beeld op het moment dat er veel concept maatregelen binnen een organisatie zijn.

Knelpunten rondom ECD-systemen

Op het gebied van ECD-systemen werden in 2021 een aantal knelpunten ervaren. Zo hebben in een aantal ECD-systemen de categorieën van onvrijwillige zorg zoals die in de Wzd gehanteerd worden, een andere benaming gekregen. Deze afwijkende benamingen kunnen de reeds bestaande problematiek rond eenduidige definiëring en opvatting van de categorieën van onvrijwillige zorg vergroten, aldus de deskundigen tijdens de duidingsessies. Daarnaast spelen er technische problemen binnen ECD-systemen die een juiste gegevensaanlevering aan de IGJ bemoeilijken. Zo is het soms moeilijk overleden cliënten eruit te filteren, verschijnen cliënten soms dubbel in de gegevens en spelen er problemen wanneer het zorgvormtype moet worden aangepast (bijvoorbeeld wanneer een maatregel van onvoorzien wordt omgezet naar structureel ongepland). Tot slot lijken er bij de export soms dingen fout te gaan, omdat aantallen cliënten dan bijvoorbeeld niet meer kloppen.

Een vooralsnog beperkte doelmatigheid van de gegevensregistratie

De gegevensregistratie zou volgens deskundigen primair tot doel moeten hebben om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (onvrijwillige) zorg. Vooralsnog echter lijken de aan de IGJ te leveren gegevens suboptimaal bruikbaar voor deze doelstelling, onder meer vanwege de ruis en fouten in de data, wat inhoudelijke duiding bemoeilijkt. Daarnaast werd in de duidingssessies regelmatig opgemerkt dat de cijfers op zichzelf, zonder verdere context en toelichting, een beperkt zicht geven op de toepassing van onvrijwillige zorg. De huidige gegevens bieden bijvoorbeeld geen inzicht in de mate van ingrijpendheid van toegepaste specifieke vormen van onvrijwillige zorg en de verbetering of achteruitgang daarin. Als er bij een cliënt bijvoorbeeld in plaats van fysieke fixatie door drie medewerkers gedurende een jaar is afgeschaald naar fysieke fixatie door één medewerker, is dit in de gegevensaanlevering aan de IGJ niet zichtbaar. De experts benadrukken dat er binnen de gegevensaanlevering aan de IGJ ook geen mogelijkheid is om hier via een toelichting op te wijzen.

7.5.2 Genoemde verbeteringsuggesties vanuit de duidingssessies

Eenduidige richtlijn omtrent gegevensregistratie

Volgens de deelnemers aan de duidingssessie kan de variatie die er in de praktijk bestaat in de interpretatie van de categorieën van onvrijwillige zorg en begrippen uit de Wzd aanleiding zijn om gezamenlijk tot eenduidigere definities te komen. Actiz en VGN hebben hiervoor met de 'Handreiking voor zorgaanbieders'²⁷⁹ een aanzet gedaan, maar deze handreiking lijkt nog niet goed geïmplementeerd in het veld en/of biedt zorgverleners mogelijk onvoldoende handvatten.

Vereenvoudiging of wijziging van de gegevensregistratie-en aanlevering

Het toewerken naar een minder administratief belastende gegevensregistratie is een andere verbeteringsuggestie die door de deelnemers aan de duidingssessies naar voren werd gebracht. Daarnaast werd opgemerkt dat het wenselijk is dat er bij de kwantitatieve gegevens over de toepassing van onvrijwillige zorg een tekstuele toelichting dan wel duiding vanuit de organisaties kan worden aangeleverd aan de IGJ, om zo de inhoudelijke interpretatie van de gegevens te ondersteunen. Een andere suggestie die werd genoemd is het omzetten van de verplichte tweejaarlijkse (kwalitatieve) analyse aan de IGJ naar een jaarlijkse analyse.²⁸⁰ Dit zou de analysedruk voor organisaties mogelijk wat verlichten. Organisaties hoeven deze analyse op dit moment immers maar één keer per jaar aan te leveren aan de IGJ, maar worden wel geacht twee keer per jaar een analyse uit te voeren.

279 Actiz en VGN (2019). *Wet zorg en dwang – Handreiking voor zorgaanbieders*.

280 Dit voornemen is inmiddels is voorgesteld via aanpassing van de "Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg", welke ten behoeve van openbare consultatie is gepubliceerd.

Inhoudelijke terugkoppeling vanuit de IGJ

Een andere verbeteruggestie die breed gedragen werd is dat er vanuit de IGJ, na aanlevering van de gegevens door een zorgaanbieder, inhoudelijke feedback wordt gegeven. Hierbij kan gedacht worden aan aandachtspunten en verbeterpunten voor een specifieke zorgaanbieder, op basis van de aangeleverde cijfers betreffende de toepassing van onvrijwillige zorg. Dit zou zorgaanbieders stimuleren om verdere verbeterstappen te zetten.

Uitbreiding disciplines die rol van Wzd-functionaris kunnen vervullen

Om het personeelstekort gedeeltelijk op te vangen, en daarmee de registratielast rondom de Wzd te verlichten, noemden de deskundigen als verbeteruggestie om ook andere disciplines de rol van Wzd-functionaris te laten vervullen, bijvoorbeeld casemanagers dementie.

Praktische verbeteruggesties rondom ECD-systemen

ECD leveranciers zorgen volgens deskundigen idealiter voor een betere en slimmere inrichting van hun systemen, zodat de administratieve lasten voor zorgverleners verminderen. In dit kader werden een aantal concrete verbeteruggesties genoemd. Zo zouden – indien mogelijk – de stappen voorafgaand aan een maatregel in het dossier inzichtelijk(er) gemaakt kunnen worden, zodat zichtbaar wordt of er bijvoorbeeld alternatieven overwogen zijn en/of toegepast. Daarnaast werd als verbeteruggestie geopperd dat een ECD-systeem reminders stuurt rondom de evaluatiemomenten, bijvoorbeeld één week voordat een maatregel geëvalueerd moet worden. Ook zou het een verbetering zijn wanneer de (reden voor) afbouw van maatregelen op een inzichtelijke manier geregistreerd kan worden. Tot slot zou het volgens deelnemers aan de duidingssessie helpend zijn als Wzd-functionarissen opmerkingen in het systeem kunnen plaatsen.

Praktische verbeteruggesties rondom de IGJ-aanlevering

Ten slotte noemden de deelnemers aan de duidingssessie nog een praktische verbeteruggestie. Bestanden die naar de IGJ worden gestuurd zijn volgens deskundigen op dit moment niet goed leesbaar/toegankelijk voor organisaties zelf (het betreft xml-bestanden). In principe kunnen deze omgezet worden naar een Excel-bestand, maar zelfs met een Excel-bestand zou het moeizaam zijn voor de aanbieders om zelf tot een betekenisvolle analyse te komen. Voor beter inzicht in de eigen data, zou het dan ook beter zijn wanneer de gegevensaanlevering aan de IGJ in een ander toegankelijker format plaats zou vinden. Daarin zou dan ook gewerkt kunnen worden met categorieën van onvrijwillige zorg zoals de wet die onderscheidt in plaats van met codes.

7.6 Samenvatting en conclusies

7.6.1 Samenvatting van toegepaste onvrijwillige zorg in 2021

In dit hoofdstuk is allereerst op basis van landelijke dekkende gegevens van de Raad voor de rechtspraak gekeken naar de omvang en leeftijdsopbouw van de groep betrokkenen die te maken kreeg met een verzoek om een onvrijwillige opname op grond van de Wzd. In 2020 is voor 3.937 unieke cliënten ten minste één beschikking afgegeven inzake een rechterlijke machtiging of voortzetting van een inbewaringstelling op grond van de Wzd. In 2021 ging het om 4.365 unieke cliënten, wat neerkomt op een stijging van 11,1%. Rekening houdend met de invloed van het overgangsrecht Wet Bopz ging het vermoedelijk feitelijk om een geschatte stijging van 10,3% in 2021. De helft van de cliënten voor wie in 2020 en 2021 een RM of een VIBS op grond van de Wzd werd afgegeven, was 80 jaar of ouder.

Verder is in dit hoofdstuk een beeld verkregen van de toepassing van onvrijwillige zorg in 2021 in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van landelijk geaggregeerde gegevens die waren gebaseerd op de gegevens op cliëntniveau over verleende onvrijwillige zorg in 2021 die door in totaal 78 VG-aanbieders en 205 PG-aanbieders op een 'valide' manier aan de IGJ zijn aangeleverd op grond van art. 17, lid 1 Wzd. Uit gegevens van het Locatieregister voor zorgaanbieders uit het voorjaar van 2022 blijkt dat er op dat moment 564 zorgaanbieders in het register geregistreerd stonden, waarvan 153 voornamelijk VG-zorg leveren en 411 voornamelijk PG-zorg leveren. Uitgaande van deze cijfers vormen de 78 VG-zorgaanbieders zo'n 51,0% van alle VG-zorgaanbieders die zijn opgenomen in het Locatieregister en (dus weleens) onvrijwillige zorg verlenen onder de Wzd. De 205 PG-zorgaanbieders vormen zo'n 49,9% van alle PG-zorgaanbieders die zijn opgenomen in het Locatieregister en (dus weleens) onvrijwillige zorg verlenen onder de Wzd.

Uit de bij de IGJ aangeleverde gegevens blijkt dat de meeste cliënten bij wie in 2021 onvrijwillige zorg werd toegepast niet onvrijwillig waren opgenomen op grond van de Wzd. In de PG-sector gold dit voor 51,8% van de cliënten en in de VG-sector voor 67,0% van de cliënten. Hierin schuilt vermoedelijk een onder-registratie omdat aanlevering aan de IGJ van informatie omtrent juridische titels niet verplicht is volgens de Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd. Dit vermoeden wordt gestaafd doordat in beide sectoren voor (zeer) weinig cliënten bij wie toepassing van onvrijwillige zorg was geregistreerd, een RM of IBS was geregistreerd. De meeste cliënten voor wie wel een juridische titel op grond van de Wzd was geregistreerd hadden een art. 21 besluit tot opname en verblijf van het CIZ (VG: 31,0%; PG: 42,1%). Deze percentages liggen in werkelijkheid vermoedelijk hoger, wanneer rekening wordt gehouden met de eerder genoemde onder-registratie.

Uit de kwantitatieve gegevens van zowel de VG- als de PG-sector blijkt dat wanneer in 2021 onvrijwillige zorg werd toegepast, dit voor de meeste cliënten structureel geplande onvrijwillige zorg betrof. Hierbij gaat het om structureel, continu toegepaste onvrijwillige zorg die van tevoren planbaar is. Het aandeel cliënten dat met dit zorgvormtype te maken kreeg was vergelijkbaar tussen de VG-sector (64,7%) en de PG-sector (69,2%). Dit gold ook voor het aandeel toepassingen van structureel

geplande onvrijwillige zorg (VG: 99,7%; PG: 99,8%) ten opzichte van het totaal aantal toepassingen (willekeurig welk zorgvormtype). Cliënten in beide sectoren kregen in mindere mate te maken met de twee overige zorgvormtypen²⁸¹. Het aandeel cliënten lag voor zowel structureel ongeplande onvrijwillige zorg (VG: 20,3%; PG: 15,4%) als voor onvoorziene onvrijwillige zorg (VG: 38,5%; PG: 20,5%) een stuk lager dan bij structureel geplande onvrijwillige zorg. Dit beeld komt overeen met de toepassing van onvrijwillige zorg zoals die momenteel in het veld wordt ervaren, hoewel er voor beide sectoren bij de zorgvormtypes structureel ongepland en onvoorzien hoogstwaarschijnlijk sprake is van onder-registratie, onder andere vanwege foutieve registratiehandelingen. Deze bevinding is in lijn met de eerdere vaststelling van de IGJ dat “vooral structureel geplande onvrijwillige zorg goed lijkt te worden geregistreerd. De registratie van structureel ongeplande en onvoorziene onvrijwillige zorg lijkt echter minder goed te gaan.”²⁸²

Verder blijkt uit de aangeleverde gegevens dat onvrijwillige zorg nog slechts in zeer beperkte mate in de ambulante setting werd toegepast in 2021, zowel binnen de VG- als de PG-sector. In de sectoren kregen respectievelijk naar schatting 3% en 4% van de cliënten met ambulante toegepaste onvrijwillige zorg te maken. Binnen zowel de VG- als de PG-sector laten de gegevens zien dat het ‘Beperken van de bewegingsvrijheid’ relatief vaak structureel gepland werd toegepast in de ambulante setting (VG: 40%; PG: 25%).

De deelnemers aan de duidingssessies herkenden het beeld dat onvrijwillige zorg nog amper ambulante wordt toegepast; in de ambulante setting is nog meer bewustwording nodig omtrent onvrijwillige zorg en wordt dit nog niet altijd als zodanig herkend. Dit beïnvloedt tevens de mate waarin onvrijwillige zorg geregistreerd wordt en leidt hoogstwaarschijnlijk tot onder-registratie van onvrijwillige zorg in de ambulante setting. Daarnaast zijn de organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting nog niet optimaal; zo is er een tekort aan zorgverantwoordelijken, loopt samenwerking met huisartsen nog niet overal goed en zijn er technische problemen met de registratie van ambulante onvrijwillige zorg in Elektronische Cliëntdossiers.

Binnen de intramurale setting zijn de geregistreerde gegevens over de toepassing van structureel geplande onvrijwillige zorg, structureel ongeplande onvrijwillige zorg en onvoorziene onvrijwillige zorg nader bekeken. Het ‘Beperken van de bewegingsvrijheid’ vormde binnen beide sectoren, ongeacht het zorgvormtype, een van de categorieën van onvrijwillige zorg waarmee een groot

281 Structureel geplande onvrijwillige zorg houdt in dat er op structurele wijze onvrijwillige zorg wordt ingezet. Dat kan elke dag zijn, maar ook op wekelijkse, maandelijkse of jaarlijkse basis. Bij structureel ongeplande onvrijwillige zorg geldt dat hier afspraken aan ten grondslag liggen. Men is het erover eens dat er onvrijwillige zorg mag worden verleend, maar weet op voorhand niet precies wanneer dit zal zijn. Zo kan iemand in bepaalde gevallen worden afgeluisterd, of in zijn of haar vrijheid worden beperkt. Bij onvoorziene onvrijwillige zorg gaat het om onvrijwillige zorg die niet voorzien is. Hier zijn geen afspraken over gemaakt en er is niets over opgenomen in het zorgplan. Er doet zich een onvoorziene situatie voor waarbij het nodig is om onvrijwillige zorg toe te passen. Zie ook: Technische Handreiking Aanlevering Toezichtinformatie Wzd

282 *Gedwongen zorg in 2021 beeld*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, juni 2022.

aandeel cliënten te maken kreeg. Zo ging het bij 40,7% van de VG cliënten bij wie structureel geplande onvrijwillige zorg werd toegepast om één of meer beperkingen van de bewegingsvrijheid, en was dit percentage onder PG cliënten vergelijkbaar met 41,2%. Bij de geregistreerde duur valt op dat bij cliënten binnen de PG-sector een structureel geplande mechanische fixatie gemiddeld 8,6 uur duurde, terwijl dit gemiddelde in de VG-sector 2,9 uur was. De vergelijking tussen de sectoren laat verder zien dat het onvrijwillig toedienen van medicatie in 2021 binnen de PG-sector bij een groter aandeel van de cliënten (31,3%) werd toegepast dan binnen de VG-sector (14,4%) binnen het zorgvormtype structureel geplande onvrijwillige zorg. Binnen de VG-sector werd 'Insluiten' als vorm van onvrijwillige zorg daarentegen bij een groter aandeel van de cliënten (20,8%) minstens één keer toegepast, in vergelijking met de PG-sector (3,8%).

Als het gaat om structureel ongeplande onvrijwillige zorg binnen de intramurale setting, laten de gegevens zien dat binnen de PG-sector het onvrijwillig toedienen van medicatie de vorm van onvrijwillige zorg was die in 2021 volgens de gegevens bij het grootste deel van de cliënten (34,6%) is toegepast. Binnen de VG-sector was de meest toegepaste vorm van onvrijwillige zorg het 'Beperken van de bewegingsvrijheid'; 70% van de cliënten kreeg hiermee te maken. Net zoals bij het zorgvormtype structureel gepland laten de gegevens zien dat het percentage cliënten dat op structureel ongeplande basis te maken kreeg met insluiting binnen de VG-sector (26,7%) beduidend hoger was in vergelijking met de PG-sector (3,8%).

Bij het derde zorgvormtype – onvoorziene onvrijwillige zorg – blijkt uit de gegevens dat in 2021 het 'Beperken van de bewegingsvrijheid' als vorm van onvrijwillige zorg in beide sectoren intramuraal het vaakst is toegepast. Binnen de PG-sector kreeg ruim een derde van de cliënten (38,4%) te maken met minstens één toepassing van deze vorm van onvrijwillige zorg, en binnen de VG-sector bijna driekwart van de cliënten (74,4%)

7.6.2 Conclusies

Ruis in de gegevens over verleende onvrijwillige zorg vanwege registratie-artefacten

Uit de duidingssessies kwam naar voren dat de interpretatie van de landelijke gegevens werd bemoeilijkt doordat artefacten in de registraties van zorgaanbieders van de toegepaste onvrijwillige zorg bij cliënten in meer of mindere mate kunnen hebben geleid tot minder betrouwbare en/of minder complete gegevens. Zo waren de definities van de (sub)categorieën van onvrijwillige zorg niet altijd helder en werden deze verschillend geïnterpreteerd in de praktijk, met als gevolg dat er niet altijd op dezelfde manier en onder de juiste (sub)categorieën van onvrijwillige zorg werd geregistreerd. Daarnaast bestond er onduidelijkheid over enkele begrippen zoals die door de wetgever gehanteerd worden, zoals 'onvoorzien' en 'noodmaatregel'. Het is wenselijk dat betrokken zorgverleners en andere medewerkers van zorgaanbieders geschoold worden in de juiste wijze van registreren. Uitwisseling tussen en binnen zorgaanbieders kan daarbij bijdragen aan een eenduidige

en correcte wijze van registratie, net zoals het uitvoeren door zorgaanbieders van geregelde kwaliteitschecks op geregistreerde gegevens. De 'Handreiking voor zorgaanbieders'²⁸³ en de 'Handreiking Wet zorg en dwang voor Orthopedagogen & Psychologen'²⁸⁴ kunnen door zorgprofessionals als uitgangspunt genomen worden om tot een meer eenduidige definiëring en interpretatie van de categorieën van onvrijwillige zorg te komen. Deze handreikingen dienen verder geïmplementeerd te worden in het veld en waar nodig verder gespecificeerd te worden, zodat zorgverleners voldoende handvaten aangereikt krijgen.

De ruis in de geregistreerde gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg maakt dat voorzichtigheid met interpreteren is geboden. In het verlengde daarvan is de bruikbaarheid van de registratiegegevens voor zorgaanbieders om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (onvrijwillige) zorg vooralsnog beperkt. De ruis vanwege registratie-artefacten bemoeilijkt ook het houden van toezicht door de IGJ op basis van de registratiegegevens. De deelnemers aan de duidingssessies gaven aan dat de gedetailleerdheid van de te registreren gegevens een belangrijke factor is die bij zorgverleners op de werkvloer kan leiden tot weerstand en onvolledige of foutieve registraties. Bovendien vergt de gedetailleerde registratie veel tijd en geld wat – in combinatie met de vooralsnog beperkte bruikbaarheid van de registratiegegevens – bij de deelnemers aan de duidingssessie vragen oproept over de doelmatigheid van de registratie. Het wordt wenselijk geacht om de aard, omvang en gedetailleerdheid van de gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg die zorgaanbieders verplicht zijn te registreren en bij de IGJ aan te leveren te heroverwegen, in relatie tot het nut daarvan en de met de analyse van die gegevens beoogde doelen. Daarnaast dient er meer ondersteuning vanuit de ECD-systemen bij de gegevensregistratie door zorgverleners en andere medewerkers plaats te vinden.

Onvolledig zicht op de verleende ambulante onvrijwillige zorg

Op basis van de gegevens die zorgaanbieders aanleverden aan de IGJ kan geconcludeerd worden dat onvrijwillige zorg in de ambulante setting in 2021 nog slechts in zeer beperkte mate werd toegepast. Dit geldt zowel voor de VG- als PG-sector. Daarnaast is er hoogstwaarschijnlijk sprake van registratie-artefacten, waardoor de cijfers in meer of mindere mate onvolledig en onbetrouwbaar zijn. Hiervoor zijn door experts tijdens de duidingssessies een aantal verklaringen gegeven. In de eerste plaats is er ambulant nog meer bewustwording nodig bij zorgverleners omtrent onvrijwillige zorg, dit zal tevens de registratie van onvrijwillige zorg in de ambulante setting ten goede komen. Vanwege het gebrek aan kennis omtrent wat onvrijwillige zorg behelst, wordt op dit moment zeer waarschijnlijk niet alle toegepaste onvrijwillige zorg ook als zodanig geregistreerd, wat tot onder-registratie leidt. Het is daarom wenselijk om betrokken zorgverleners binnen de ambulante setting over onvrijwillige zorg te scholen en daarbij tevens in te gaan op de juiste wijze van registreren. In 2021 bestond er daarnaast verwarring in het veld rondom de begrippen 'accommodatie' en 'locatie' zoals die in de Wzd gehanteerd worden. Door een aanzienlijk aantal zorgaanbieders werd alle onvrijwillige zorg die in de

283 Actiz en VGN (2019). *Wet zorg en dwang – Handreiking voor zorgaanbieders*.

284 NVGzP, NIP, NVO en BPSW (2020). *Handreiking Wet zorg en dwang voor Orthopedagogen & Psychologen*.

ambulante setting werd toegepast standaard als ambulante geregistreerd, terwijl eigenlijk geregistreerd moet worden vanuit welke locatie de onvrijwillige zorg geleverd wordt. Dit kan mogelijk tot over-registratie van ambulante onvrijwillige zorg hebben geleid. Daarnaast zijn organisatorische randvoorwaarden voor de toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting op veel plekken nog niet op orde. Zo is er een tekort aan zorgverantwoordelijken en is het niet in alle ECD-systemen mogelijk om ambulante toegepaste onvrijwillige zorg op de juiste manier te registreren. Om de zorgvuldige toepassing van onvrijwillige zorg mogelijk te maken, zijn voldoende professionals die de functies binnen de Wzd in de ambulante setting vervullen, een vereiste. Daarnaast dienen ECD-systemen een faciliteit te ontwikkelen die het mogelijk maakt om eenvoudig ambulante onvrijwillige zorg als zodanig te registreren.

8

Conclusies en aanbevelingen

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren wij de belangrijkste resultaten van de onderzoeken die zijn uitgevoerd in het kader van de tweede fase van de evaluatie Wvggz/Wzd en formuleren wij conclusies en aanbevelingen op basis van zowel de eerste als de tweede fase van de evaluatie. In dit hoofdstuk zijn ook gegevens en ervaringen verwerkt die naar voren kwamen tijdens een op 2 september 2022 gehouden raadpleging van de veldpartijen.

In de eerste plaats besteden wij aandacht aan twee algemene thema's die in fase twee onder de loep zijn genomen: de keuze voor twee wetten in plaats van één en het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (par. 8.2). Vervolgens gaan wij in op de Wvggz. Aan de orde komen enkele specifieke thema's betreffende deze wet, de kwantitatieve gegevens over het toepassen van verplichte zorg en het kostenonderzoek Wvggz (par. 8.3). In par. 8.4 gaan wij in op enkele specifieke thema's betreffende de Wzd en op de kwantitatieve gegevens over het toepassen van onvrijwillige zorg. In par. 8.5 beantwoorden wij de algemene onderzoeksvragen. Wij sluiten af met enkele opmerkingen over de korte termijn-implicaties van dit onderzoek (par. 8.6) en over het verloop van de wetsevaluatie (par. 8.7).

In de verschillende paragrafen zijn aanbevelingen opgenomen. Deze aanbevelingen moeten in samenhang worden gezien met de aanbevelingen uit de eerste fase van de evaluatie. Om die reden zijn de aanbevelingen doorgenummerd. Het rapport over de eerste fase van de evaluatie bevatte 43 aanbevelingen. In dit rapport zijn de aanbevelingen 44 t/m 70 opgenomen.

8.1.1 Onderzoeksvragen en het onderscheid tussen fase 1 en fase 2

In deze eerste evaluatie van de Wvggz en de Wzd staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- a Hoe verloopt de implementatie van de Wvggz en de Wzd en hoe staat het met de uitvoerbaarheid van beide wetten in de praktijk?
- b Hoe pakt de relatie uit tussen de Wvggz en de Wzd en tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en andere wetgeving anderzijds?

- c Bewegen de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen?
- d Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van (eventuele) wetswijzigingen, implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd in de praktijk, teneinde de doeltreffendheid van beide wetten te vergroten?

In het najaar van 2020 werd besloten dit evaluatieonderzoek te faseren. In de eerste fase van het onderzoek, waarop de in december 2021 gepubliceerde rapportage betrekking heeft, stonden de implementatie en de uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd centraal. In fase 2, die in het najaar van 2022 werd afgerond, ging het vooral om de doeltreffendheid en (neven)effecten van beide wetten. Het onderscheid tussen beide fasen van het onderzoek kan als volgt worden getypeerd:

- in fase 1 is een brede inventarisatie gemaakt van ervaringen en knelpunten met betrekking tot de Wvggz en de Wzd;
- in fase 2 is naar een selectie van thema's verdiepend onderzoek verricht en zijn beschikbare kwantitatieve gegevens over de toepassing van verplichte en onvrijwillige zorg in 2021 geanalyseerd. In deze fase is ook een onderzoek naar de (uitvoerings)kosten van de Wvggz verricht, met een focus op de procedure voor de zorgmachtiging.

De relatie tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en de Wet forensische zorg (Wfz) anderzijds is in de tweede fase van de evaluatie buiten beschouwing gelaten.²⁸⁵

Met betrekking tot de hiervoor genoemde onderzoeksvragen zijn in het rapport over de eerste fase van de evaluatie voorlopige conclusies getrokken. In dit hoofdstuk volgen definitieve conclusies.

²⁸⁵ Zie daarover Evaluatierapport-deel 1, p. 345-365.

Opzet fase 2 van de evaluatie

- Onderdeel 1 Kostenonderzoek Wvggz
- Onderdeel 2 Kwantitatieve analyse toepassing verplichte en onvrijwillige zorg
- Onderdeel 3 Nadere analyse (juridisch, kwantitatief, kwalitatief) van de volgende thema's:

Mbt Wvggz en Wzd:

- Verschillen (in rechtsbescherming) tussen beide wetten;
- Toezicht op de naleving van beide wetten

Mbt de Wvggz:

- Terugdringen dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante verplichte zorg);
- Meer rekening houden met wensen en voorkeuren patiënt;
- Versterken rechtsbescherming patiënt (zorgmachtiging, mede in relatie tot ambulante verplichte zorg)
- De rol van de gemeente (verkennd onderzoek; wederkerigheidsprincipe);

Mbt de Wzd:

- Terugdringen dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg);
- Versterken rechtsbescherming patiënt (stappenplan, mede in relatie tot ambulante onvrijwillige zorg);
- De positie van cliënten die zich niet verzetten;
- Functionarissen in de Wzd (zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris)

- Onderdeel 4 Definitieve conclusies en aanbevelingen

8.2 Twee algemene thema's

In fase 2 van de evaluatie is nader onderzoek gedaan naar twee algemene thema's: de keuze om de Wet Bopz te vervangen door twee wetten en het toezicht door de IGJ.

8.2.1 De keuze voor twee aparte wetten

Naar aanleiding van de tweede evaluatie van de Wet Bopz werd rond 2002 besloten om voor de sectoren PG en VG een aparte wet te maken. Na de derde evaluatie viel ook het besluit om het GGZ-deel van de Wet Bopz te vervangen door een nieuwe regeling. De Wvggz en de Wzd zijn daarvan het

resultaat. De gevolgen van de keuze om twee aparte wetten te maken hebben in deze evaluatie een grote rol gespeeld. Op tal van punten werd die keuze genoemd als reden voor knelpunten en problemen, vooral op het grensvlak tussen beide wetten. Geconstateerd moet worden dat veel partijen het ooit genomen besluit om de GGZ enerzijds en de PG/VG anderzijds gescheiden wettelijk te regelen best kunnen begrijpen, maar dat zij ongelukkig zijn met de wijze waarop dat heeft uitgepakt. Daarbij wordt een belangrijke rol gespeeld door de vele wijzigingen en detailleringen die de afgelopen jaren in beide wetten zijn aangebracht. Daardoor, zo is de overheersende opvatting, is het steeds moeilijker geworden om met de combinatie van beide wetten te werken, en zijn de oorspronkelijke gedachten achter de splitsing (zoals de juiste zorg op de juiste plaats en de mogelijkheid van een makkelijke wisseling tussen beide wetten) steeds meer uit beeld geraakt. Dat is in de praktijk nog versterkt doordat er, anders dan ooit gedacht, vrijwel geen zorgaanbieders zijn die beide wetten willen/kunnen uitvoeren.

Al met al stemt de huidige situatie met betrekking tot de verhouding van de twee wetten tot elkaar niet erg hoopvol, zoals de meningen van respondenten laten zien (par. 2.1). Zij pleiten voor een verdergaande harmonisatie van beide wetten, met name om de problemen bij de overgang van het ene naar het andere systeem zoveel mogelijk weg te nemen. Daarover zijn in de eerste fase van de evaluatie al enkele aanbevelingen gedaan (rapport eerste fase, aanbevelingen 35 t/m 38).

Deze evaluatie als geheel roept wel de vraag op of de thans bestaande problemen in de verhouding tussen beide wetten in voldoende mate kunnen worden weggenomen door de in dit onderzoek voorgestelde aanpassingen van beide regelingen. Tussen de systemen van beide wetten bestaan grote verschillen, die zijn terug te voeren op een onderscheid tussen de kenmerken van de onder beide wetten vallende doelgroepen en hun zorgbehoeften. Een van de bevindingen van deze evaluatie is dat de overlap tussen deze doelgroepen toch groter is dan ten tijde van de besluitvorming over de splitsing van de Wet Bopz werd aangenomen. Het heeft er alle schijn van dat twee geheel gescheiden juridische domeinen zijn gecreëerd, terwijl de praktijk zich op die manier niet zo makkelijk laat opsplitsen.

De partijen in het veld hebben duidelijk gemaakt dat zij op dit moment niet zitten te wachten op een heropening van de discussie over de vraag 'één wet of twee wetten?', niet alleen vanwege de energie die al is gestopt in het implementeren van de Wvvgz en Wzd, of omdat zij de praktijk meer tijd willen gunnen om met de wetten te leren werken, maar ook omdat zij vrezen voor weer een langdurig en onzeker wetgevingstraject. Tegelijkertijd bestaat ook het risico dat het handhaven van beide wetten, op onderdelen zo nodig gewijzigd, tot een langdurige situatie van aanmodderen blijft leiden. Dat laatste is, gelet op de uitkomsten van deze evaluatie, bepaald niet denkbeeldig. Dat vraagt de komende jaren om een tweesporenbeleid:

- het op korte termijn zodanig aanpassen van Wvvgz en Wzd dat de praktijk met de verhouding tussen beide wetten beter uit de voeten kan;
- het blijven monitoren van die verhouding, zodanig dat tijdig de koers kan worden verlegd naar het samenvoegen van beide wetten, zodra duidelijk is dat aanpassingen van beide bestaande regelingen onvoldoende tegemoet komen aan de gerezen (of nog te rijzen) problemen.

Aanbeveling 44: Sta in de periode tot de tweede evaluatie expliciet stil bij de vraag of de ontwikkelingen in wetgeving en praktijk tot een voldoende werkbare verhouding tussen Wvvgz en Wzd leiden; zo niet, overweeg dan beide wetten samen te voegen tot een wettelijk systeem waarin voldoende rekening wordt gehouden met de karakteristieken van de GGZ- en de PG/VG-sector (overheid/wetgever i.s.m. veldpartijen)

Er is vrijwel geen partij die van mening is dat voor GGZ, PG en VG identieke regelingen kunnen gelden. Ook als in de toekomst besloten wordt weer terug te keren naar één wettelijk kader, ligt het voor de hand binnen dat kader op een aantal punten tussen sectoren te differentiëren.

8.2.2 Het toezicht door de IGJ

De IGJ houdt toezicht op de naleving van zowel Wvvgz als Wzd. Beide wetten bevatten daarover bepalingen (zie par. 2.2). In dat kader spelen de gegevens een rol die zorgaanbieders dienen te verzamelen over het toepassen van verplichte en onvrijwillige zorg, en die zij halfjaarlijks dienen aan te leveren aan de IGJ.

Om de partijen in het veld duidelijk te maken hoe de IGJ haar toezichhoudende rol invult, zijn door de IGJ voor zowel Wvvgz als Wzd toetsingskaders opgesteld, die begin 2020 zijn gepubliceerd. Uit het onderzoek komt naar voren dat veel partijen in het veld met deze toetsingskaders bekend zijn, maar dat men ze ook beperkt van aard vindt. Over de wijze waarop de IGJ in de periode 2020-2022 toezicht heeft uitgeoefend bestaat over het algemeen tevredenheid. Duidelijk is dat de IGJ er sinds 2020 rekening mee heeft gehouden dat de implementatie van beide complexe wetten veel tijd vergt, door vooral een stimulerende aanpak te hanteren, die erop is gericht zorgaanbieders vertrouwd te maken met de nieuwe wetgeving. De IGJ zelf geeft aan dat in het Wzd-domein meer informatie en uitleg nodig was dan met betrekking tot de Wvvgz. Ten aanzien van die laatste wet signaleert de IGJ een grotere mate van compliance, waar op het gebied van de Wzd de kloof tussen wet en praktijk in een aantal gevallen nog aanzienlijk is. De rapportages die de IGJ de afgelopen jaren heeft uitgebracht over de eerste ervaringen met beide wetten sluiten bij de genoemde stimulerende aanpak aan: de IGJ roept daarin het veld op een aantal tekortkomingen weg te nemen. Van formele stappen van de IGJ in situaties van het niet naleven van de wetgeving is nog maar beperkt sprake geweest. Daarover zijn in de praktijk overigens ook wel kritische geluiden te horen. Men waardeert de wat terughoudende opstelling van de IGJ in de voorbije periode, maar waarschuwt voor te veel afstand van het toezicht tot de praktijk. Waar de praktijk echt niet deugt, zo wordt gesteld, moet de IGJ ingrijpen en handhaven. Ook bij problemen in acute situaties wordt van de IGJ een actievere rol verwacht dan tot nu toe het geval was.

Mede door de in deze evaluatie gesignaleerde ontwikkelingen en problemen komen bepaalde aspecten van het toezicht nog niet goed uit de verf. Het toezicht van de IGJ op ambulante zorg, met name in de thuissituatie, heeft nog nauwelijks vorm gekregen. In het Wzd-domein is het houden van toezicht op kleine organisaties lastig, vanwege het grote aantal daarvan. Problematisch is ook dat sommige instellingen zich niet in het Locatieregister laten registreren als Wzd-instelling.

Nieuw in de Wvvgz en de Wzd is dat de pvp, de fvp respectievelijk de cvp signalen over tekortkomingen in de structuur of uitvoering van gedwongen zorg bij de IGJ kunnen melden, zodat de IGJ deze kan betrekken bij het houden van toezicht. De genoemde functionarissen hebben daar de afgelopen jaren beperkt gebruik van gemaakt.²⁸⁶

Waar het gaat om de door zorgaanbieders op grond van de wet bij de IGJ aan te leveren gegevens over de uitvoering van verplichte en onvrijwillige zorg spelen verschillende discussies en ontwikkelingen. Het aanleveren van gegevens bij de IGJ is moeizaam op gang gekomen. In zijn algemeenheid zijn er twijfels over de volledigheid, de betrouwbaarheid en de eenduidigheid van de aangeleverde gegevens (zie ook par. 4.4 en par. 7.6). Er is sprake van interpretatieverschillen, problemen rondom ECD-systemen en lang niet elke zorgaanbieder registreert even tijdig en secuur, mede als gevolg van de tijdsbelasting en personeelstekorten.

Waar beide wetten het aanleveren van gegevens aan de IGJ verplicht stellen zijn de volledigheid en de betrouwbaarheid van die gegevens, alsmede tijdige aanlevering van groot belang. Hier spelen diverse knelpunten. Het is belangrijk die te verhelpen.

Aanbeveling 45: Onderzoek mogelijkheden om de volledigheid, betrouwbaarheid en tijdige aanlevering van, de verplicht aan te leveren gegevens te verbeteren (overheid, IGJ, veldpartijen)

Daarnaast is er veel discussie over de omvang van de gegevensverzameling en –aanlevering, in relatie tot het nut daarvan en de grote administratieve belasting voor de zorgaanbieders. Zorgaanbieders geven aan dat het verzamelen en analyseren van een bepaalde dataset kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (verplichte/onvrijwillige) zorg (een lerend effect), maar twijfelen over de aard, omvang en gedetailleerdheid van de huidige verplichte registratie en aanlevering aan de IGJ (zie de hoofdstukken 4 en 7).

Aanbeveling 46: Heroverweeg de aard, omvang en gedetailleerdheid van de gegevens over toegepaste verplichte/onvrijwillige zorg die zorgaanbieders verplicht zijn te registreren en bij de IGJ aan te leveren, in relatie tot de met de analyse van die gegevens beoogde doelen (IGJ, veldpartijen, wetgever)

8.3 Met betrekking tot de Wvvgz

Met betrekking tot de Wvvgz zijn vier thema's nader onderzocht:

- Het terugdringen van dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante verplichte zorg);
- De rechtsbescherming van de patiënt (zorgmachtiging, mede in relatie tot ambulante verplichte zorg);

²⁸⁶ Zie evaluatierapport-deel 1, p. 147 en p. 150.

- Meer rekening houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt;
- De rol van de gemeente (verkennd onderzoek; wederkerigheidsprincipe).

Dit zijn thema's die nauw verbonden zijn met de doelstellingen van de Wvggz. Hieronder worden deze thema's besproken. In de loop van het onderzoek is besloten de eerste twee thema's te combineren, gelet op de samenhang daartussen.

Daarnaast zijn beschikbare gegevens omtrent het toepassen van verplichte zorg in 2021 geanalyseerd en is onderzoek gedaan naar de kosten die gemoeid zijn met de tijdsbesteding aan de belangrijkste Wvggz-procedure, namelijk de zorgmachtiging. In de par. 8.3.1 tot en met 8.3.3 worden de hiervoor genoemde specifieke thema's behandeld, in par. 8.3.4 de gegevens over de toepassing van verplichte zorg en in par. 8.3.5 de voornaamste bevindingen van het kostenonderzoek.

8.3.1 Terugdringen dwang en versterking rechtspositie patiënt

Het zoveel mogelijk voorkomen van (langdurige) verplichte zorg is een belangrijke doelstelling van de Wvggz. Het wettelijk systeem is zo ingericht dat verplichte zorg pas in beeld kan komen als alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput (*ultimum remedium*-beginsel). Afgifte van een zorgmachtiging (ZM) vervult hierbij een sleutelrol: zonder ZM is, afgezien van de acute route via een crisismaatregel (CM) of voorzetting daarvan, verplichte zorg niet mogelijk. De huidige regeling van de ZM beoogt in dat opzicht ook een versterking te zijn van de rechtspositie van de patiënt.

De vraag of de Wvggz leidt tot een vermindering van dwangtoepassing in vergelijking met de situatie ten tijde van de Wet Bopz kan in deze evaluatie nog niet echt beantwoord worden, maar alles bijeengenomen bestaat vooralsnog niet het beeld dat de Wvggz tot substantieel minder verplichte zorg leidt (zie ook de hoofdstukken 3 en 4). Respondenten wijzen erop dat nieuwe wetgeving alleen ook niet tot zo'n effect kan leiden. Om dwang werkelijk te (kunnen) reduceren zijn vooral ook andere stappen en ontwikkelingen nodig (meer op het terrein van cultuur, scholing en deskundigheid en de organisatie van de zorg). Dat staat grotendeels los van het geldende wettelijk kader.²⁸⁷

Waar de Wvggz wel toe heeft geleid is de discussie over de vraag wanneer sprake is van een situatie waarin een zogenaamde art. 8:9 beslissing nodig is. Op grond van deze beslissing mag een vorm van verplichte zorg die is opgenomen in een ZM tegen de wil van de patiënt worden toegepast. Zolang een patiënt zich niet verzet tegen een beslissing over het toepassen van een in de ZM genoemde vorm van verplichte zorg is een dergelijke art. 8:9 beslissing niet nodig: de patiënt wordt dan geacht met de betreffende zorgvorm (bijv. medicatie) in te stemmen of deze in elk geval te gedogen. Verzet van de patiënt vereist echter een beslissing op grond van art. 8:9. Zo'n beslissing is voor de rechtspositie van de patiënt belangrijk, onder meer vanwege informatie over en toegang tot het klachtrecht. In dit systeem is het van cruciaal belang dat verzet van de patiënt als zodanig wordt herkend en erkend. Zo niet, dan blijft een art. 8:9 beslissing ten onrechte achterwege en krijgt de

²⁸⁷ Te verwachten valt dat het Verdiepingsonderzoek Wvggz (zie daarover par. 1.6) hier meer licht op zal werpen.

patiënt mogelijk niet de alle rechtsbescherming die hem toekomt. Er is niets mis mee dat onder de vlag van een ZM wordt geprobeerd een art. 8:9 beslissing niet te nemen of uit te stellen, omdat de patiënt coöperatief is, maar voorkómen moet worden dat een art. 8:9 beslissing uitblijft waar deze wel genomen had moeten worden. De mogelijkheid bestaat dat langs deze weg de Wvvgz eerder en tot meer ‘verstopte dwang’ leidt dan onder de Wet Bopz het geval was. Te denken valt aan situaties van ‘vrijwillige’ ambulante depottoedieningen, waarbij, anders dan de wet bedoelt, verbaal verzet van de patiënt wordt genegeerd. Dat vergt onder meer duidelijkheid over het begrip verzet, alsmede helderheid over het onderscheid in de praktijk tussen assertieve, maar nog steeds vrijwillige zorg (die niet onder de Wvvgz valt) en verplichte zorg (die wel onder de Wvvgz valt). De al bestaande Generieke module ‘assertieve en verplichte zorg’ voorziet daar ten dele al in, maar deze module schiet op een aantal punten tekort, onder meer door te weinig aandacht te besteden aan het onderscheid tussen assertieve en verplichte zorg (zie ook par. 3.1). In aanvulling op aanbeveling 11 (evaluatie-rapport-deel 1, p. 384):

Aanbeveling 47: Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van verplichte zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de interpretatie van het begrip verzet en om een richtinggevend kader voor het wel of niet nemen van een art. 8:9 beslissing (veldpartijen)

Het is ook een taak van de wetgever om het begrip verzet nader te verduidelijken, nu de daarover in de parlementaire stukken bij de Wvvgz gegeven toelichtingen in de praktijk kennelijk niet leiden tot een juiste en eenduidige interpretatie van dat begrip. De in aanbeveling 47 bedoelde richtlijn moet uiteraard bij de door de wetgever beoogde interpretatie aansluiten. Aanbeveling 47 kan worden gerealiseerd door een nieuwe richtlijn te ontwikkelen, maar ook door het uitbreiden (qua inhoud en betrokkenheid van andere partijen) van een bestaande richtlijn of module. Gedegen juridische ondersteuning is daarbij belangrijk.

Het onderzoek levert aanwijzingen op dat de hiervoor genoemde risico's voor de rechtspositie van de patiënt ook samenhangen met de door de Wvvgz gewijzigde rol van de rechter. Waar de rechter onder de Wet Bopz in beeld kwam als een beslissing speelde over het daadwerkelijk toepassen van dwang (de rechter stemde in met een gedwongen opname, of oordeelde in een klachtenprocedure over een bezwaar van een patiënt tegen een lopende dwangbehandeling) heeft het rechterlijk oordeel in het kader van de Wvvgz een ander karakter. In de ZM noemt de rechter de vormen van verplichte zorg die onder dwang mogen worden toegepast *als dat nodig is*. Of die vormen van verplichte zorg ook daadwerkelijk onder dwang worden toegepast (na een daartoe strekkende beslissing op grond van art. 8:9) onttrekt zich in beginsel aan het zicht van de rechter. Of dat ook werkelijk gebeurt (afhankelijk van de omstandigheden en de instemming of het verzet van de patiënt tijdens de looptijd van de ZM) blijkt immers pas na de rechterlijke beslissing. Het kan daarbij ook zo zijn dat gedurende de looptijd van een ZM geen enkele art. 8:9 beslissing wordt genomen (zie nader hoofdstuk 4). De ZM lijkt in dat geval enigszins op de voorwaardelijke machtiging uit de Wet Bopz, maar biedt minder rechtsbescherming dan die Bopz-maatregel (de voorwaardelijke RM onder de Wet Bopz kon alleen worden verleend als overeenstemming was bereikt met de patiënt over de

voorwaardelijke vormen van zorg of als de behandelaar redelijkerwijs kon aannemen dat de betrokkene de voorwaarden zou naleven).

Het rechterlijke fiat om indien nodig de in de ZM genoemde zorgvormen onder dwang te mogen toepassen, wordt door sommige zorgaanbieders als een minder beperkend systeem gezien dan de regels voor dwangtoepassing uit de Wet Bopz. Dit is echter een potentiële bedreiging voor de rechtspositie van de patiënt en onderstreept het belang van de hiervoor genoemde aanbeveling 47.

Mede vanwege de in deze evaluatie naar voren gekomen risico's voor de rechtspositie van de patiënt die het gevolg kunnen zijn van een onjuiste toepassing van de wettelijke bepalingen inzake de uitvoering van een zorgmachtiging, in combinatie met een te strikte interpretatie van het begrip verzet is, naast vergroting van bewustwording en informatievoorziening, ook goed toezicht van groot belang. Anders dan wordt beschreven in de huidige toetsingskaders van de IGJ zal het toezicht zich niet alleen moeten richten op de letterlijke bepalingen van de wet, maar juist ook op de werkelijkheid daarachter (waaronder de interpretatie van het verzetscriterium).

Aanbeveling 48: Richt het toezicht van de IGJ met betrekking tot de rechtsbescherming van de patiënt zo in, dat ook de werkelijkheid achter de toepassing van de wettelijke bepalingen in beeld komt (IGJ, overheid)

De aanbeveling sluit aan bij de beleidsvisie op de Wvvgz en de Wzd die de IGJ in mei 2019 publiceerde, en het daarin genoemde thema 'aandacht voor de belangen en de rechtspositie van de cliënt' (zie par. 2.3.2).

8.3.2 Wensen en voorkeuren van de patiënt

Een andere belangrijke doelstelling van de Wvvgz is bevorderen dat waar mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van de patiënt met betrekking tot het toepassen van (verplichte) zorg. In het rapport over de eerste fase van deze evaluatie hebben wij geconstateerd dat de Wvvgz verschillende instrumenten bevat om rekening te houden met de wensen en voorkeuren van patiënten. Wij deden in dat rapport een specifieke aanbeveling over het eigen plan van aanpak, namelijk om de wettelijke regeling daarvan zodanig aan te passen dat betere en effectievere mogelijkheden ontstaan om verplichte zorg te voorkómen (rapport eerste fase, aanbeveling 5). In de tweede fase heeft de aandacht zich vooral gericht op de samenhang tussen de verschillende wettelijke instrumenten, en met name de relatie tussen het eigen plan van aanpak en de zorgkaart, en op de mate waarin van deze instrumenten gebruik wordt gemaakt.

Uit het onderzoek komt naar voren dat alle respondenten het zoveel mogelijk honoreren van de wensen en voorkeuren van de patiënt als een belangrijk uitgangspunt van de Wvvgz zien. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat van deze wettelijke instrumenten maar relatief weinig gebruik wordt gemaakt. Waar dat wel gebeurt, is het betreffende instrument minder effectief dan beoogd. Dit wordt vooral geweten aan de ingewikkeldheid van de wettelijke regeling, aan het bureaucratische karakter daarvan ("veel en nodeloos ingewikkelde formulieren"), aan de soms ongelukkige wettelijke

positionering van bepaalde instrumenten en aan een gebrek aan voorlichting aan en ondersteuning van patiënten. Belangrijk is dat alle partijen die daarbij een rol kunnen spelen (zorgverleners, naasten, pvp-en, ervaringsdeskundigen, advocaten) steeds weer met de patiënt in gesprek gaan over diens wensen en voorkeuren dan wel hem stimuleren daarover na te denken en wensen/voorkeuren kenbaar te maken.

Er zijn veel twijfels over de 'timing' van het moment waarop de wensen en voorkeuren van de patiënt het beste besproken kunnen worden; zo is men bijvoorbeeld van mening dat het plan van aanpak te laat in het proces aan de orde komt. Ook is er kritiek op het naast elkaar bestaan van verschillende wettelijke instrumenten om wensen en voorkeuren van patiënten te inventariseren, zonder dat de verhouding daartussen bij iedereen duidelijk is. Aan die onduidelijkheid draagt bij dat het plan van aanpak meerdere doelen heeft: niet alleen inzicht krijgen in de wensen en voorkeuren van patiënten, maar ook het tegengaan van verplichte zorg. Er is grote behoefte aan een eenvoudigere regeling, die een tijdiger inventarisatie van de wensen van de patiënt mogelijk maakt. Naast een verbetering van de ondersteuning van de patiënt zijn daarbij de volgende zaken van belang:

Aanbeveling 49: Pas de Wvggz zodanig aan dat wordt voorzien in één instrument dat waarborgt dat wensen en voorkeuren van de patiënt tijdig worden geïnventariseerd en kenbaar zijn (wetgever)

Aanbeveling 50: Richt de praktijk zo in dat tijdig (vóór de ZM-procedure) een laagdrempelig gesprek plaatsvindt met de patiënt over diens wensen en voorkeuren, herhaal dat gesprek regelmatig en leg de uitkomsten vast op een wijze (bijvoorbeeld een pagina in het EPD) die makkelijk toegankelijk is voor alle betrokkenen, waaronder de rechter (veldpartijen, zo nodig de wetgever)

Aanbeveling 51: Bepaal in de wet dat alle betrokkenen de wensen en voorkeuren van de patiënt bij hun besluitvorming betrekken en daarover rapporteren (wetgever)

Met betrekking tot het zorgplan is dit laatste al in de wet geregeld (art. 5:14 lid 1 onder d), maar met betrekking tot andere stappen in de procedure (medische verklaring, besluit rechter) nog niet.

Het is belangrijk over de opvattingen van patiënten met betrekking tot het kenbaar kunnen maken van hun wensen en voorkeuren over verplichte zorg meer gegevens te verzamelen dan in het kader van dit onderzoek mogelijk was (zie hoofdstuk 3). Nader empirisch onderzoek naar die opvattingen kan helpen om op een juiste en effectieve manier rekening te houden met dit perspectief, en is dan ook van belang bij het realiseren van de zojuist genoemde aanbevelingen.

8.3.3 De rol van de gemeente

De rol en betrokkenheid van de gemeente is in de Wvggz op een aantal punten explicieter geregeld dan in de Wet Bopz het geval was. Daarbij gaat het met name om het verkennend onderzoek en het wederkerigheidsbeginsel.

Het verkennend onderzoek is bedoeld als een route waarmee familie, naasten en andere personen voor een patiënt een route naar (vrijwillige of verplichte) zorg kunnen initiëren wanneer zij denken dat dit nodig is. Het wordt momenteel minder vaak ingezet dan in het eerste half jaar na invoering van de Wvvgz, wat te maken kan hebben met gewenning aan de nieuwe routing. Circa de helft van de meldingen leidt tot een aanvraag bij de OvJ om een zorgmachtiging voor te bereiden.

Gemeenten hebben verschillende manieren gekozen om aan de taken van de Wvvgz die bij hen belegd zijn nader invulling te geven. Zij doen daarbij ook verschillende ervaringen op, en zoeken elk naar oplossingen voor knelpunten. De Wvvgz laat ruimte om werkwijzen en procedures te laten aansluiten op lokale gemeentelijke structuren, al zijn er ook zorgen over kwaliteitsverschillen en rechtsongelijkheid. Het wordt belangrijk gevonden om na een melding de (on)mogelijkheden van vrijwillige zorg goed te onderzoeken. De nu geldende wettelijke termijn voor het uitvoeren van het verkennend onderzoek, 14 dagen, is daarvoor in een aantal gevallen te kort. In het algemeen lijkt de waarde van het verkennend onderzoek als instrument om familie en naasten een stem en een positie te geven en om patiënten die zorg mijden in beeld te krijgen vooralsnog nog maar een beperkt effect te hebben. Ook op andere manieren zal moeten worden geprobeerd familie en naasten te betrekken (zie ook art. 5:13 lid 3 sub a Wvvgz).

Aanbeveling 52: Voorzie in de wettelijke mogelijkheid dat de termijn voor het verkennend onderzoek langer kan zijn dan 14 dagen (wetgever)

Het belang van het in de Wvvgz opgenomen wederkerigheidsprincipe wordt breed onderschreven, omdat het bevorderen van maatschappelijk herstel van patiënten een belangrijke bijdrage kan leveren aan het voorkómen van nieuwe opnames en daarmee aan een van de basisdoelen van de Wvvgz. Het onderzoek laat echter zien dat dit principe nog niet echt van de grond komt. Er wordt tot op heden door respondenten weinig verbetering in de continuïteit van zorg na ontslag en in de realisatie van wederkerigheid ervaren. Er zijn diverse knelpunten, ook in de sfeer van buiten de Wvvgz gelegen randvoorwaarden, bijvoorbeeld waar het gaat om financiering en om (een tekort aan) huisvestingsmogelijkheden. Extra inzet is nodig om de brug te slaan tussen het sociale domein van de gemeente en de ggz, om samen aan het wederkerigheidsprincipe reële betekenis te geven. Over de vraag op welke manier toepassing van het wederkerigheidsprincipe verbeterd kan worden bestaan verschillende meningen. Zo wordt bijv. gesuggereerd een strakkere beschrijving in de wet op te nemen of juist ruimte te laten voor een eigen invulling en creativiteit, het formuleren van een inspanningsverplichting die getoetst kan worden door de rechter en het verbeteren van overlegstructuren en mogelijkheden om gegevens te delen. Men is het er over eens dat gemeenten en ggz beter moeten samenwerken om maatschappelijk herstel direct na ontslag te bevorderen.

Zowel bij het verkennend onderzoek als met betrekking tot het wederkerigheidsprincipe is informatie-uitwisseling van groot belang. Dit gebeurt nu niet altijd vanwege privacy-barrières. Informatie die al verkregen is in het verkennend onderzoek, en ook een rol kan spelen met betrekking tot het wederkerigheidsprincipe, is in die fase niet altijd beschikbaar. Ook is meer onderlinge communicatie tussen ggz en gemeenten nodig. In de praktijk levert ook het aan de patiënt vragen van toestemming voor informatie-uitwisseling problemen op. Die toestemming moet op een passend

moment worden gevraagd, hetgeen soms meer tijd vergt dan beschikbaar is. In de praktijk is niet duidelijk of informatie (soms) ook zonder toestemming mag worden uitgewisseld.

Aanbeveling 53: Verbeter met betrekking tot het verkennend onderzoek en het wederkerigheidsprincipe de informatiesystemen en creëer duidelijkheid over de vraag welke informatie alleen met toestemming van de patiënt mag worden uitgewisseld en welke ook zonder; bevorder dat het proces van het vragen van toestemming, indien nodig, tijdig in gang wordt gezet; verbeter zo nodig de juridische grondslag(en) voor gegevensuitwisseling tussen gemeente en GGZ (overheid, veldpartijen, zo nodig de wetgever)

Aanbeveling 54: Formuleer het wederkerigheidsprincipe duidelijker als een inspanningsverplichting voor gemeenten en zorgaanbieders die door de rechter kan worden getoetst (wetgever)

8.3.4 De toepassing van verplichte zorg

In de tweede fase van de evaluatie zijn de door zorgaanbieders bij de IGJ aangeleverde gegevens over de toepassing van verplichte zorg in 2021 geanalyseerd op landelijk geaggregeerd niveau. Het ging om de gegevens van in totaal 46 zorgaanbieders, waaronder 22 geïntegreerde GGZ-instellingen.²⁸⁸ Ter aanvulling en verrijking zijn daarbij ook de gegevens van enkele individuele zorgaanbieders gebruikt. Bij het interpreteren van deze gegevens is voorzichtigheid geboden, vanwege de onvolledigheid van bepaalde gegevens, bepaalde interpretatieverschillen tussen zorgaanbieders en andere registratieproblemen (zie uitvoeriger daarover hoofdstuk 4). Waar het gaat om de gegevensverzameling als zodanig is duidelijk dat medewerkers van zorgaanbieders moeite hebben met de juiste wijze van registreren en dat ondersteunende systemen, zoals EPD's, kunnen worden verbeterd. In de praktijk is ook kritiek op de aard, omvang en gedetailleerdheid van de aan de IGJ te leveren gegevens (zie ook par 8.2.2). Alles tezamen genomen is de bruikbaarheid van de registratiegegevens voor zorgaanbieders om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (verplichte) zorg vooralsnog beperkt. De ruis vanwege registratie-artefacten bemoeilijkt ook het houden van toezicht door de IGJ op basis van de registratiegegevens. Daarnaast ontbreekt in de aan te leveren gegevens bepaalde cruciale informatie (met name het onderscheid tussen intramurale en ambulante verplichte zorg).²⁸⁹ Deze bevindingen onderstrepen het belang van de in par. 8.2.2 genoemde aanbevelingen 45 en 46. In aanvulling daarop kunnen nog de volgende twee aanbevelingen worden geformuleerd:

288 Deze zorgaanbieders vertegenwoordigden 58% van de aanbieders die waren ingeschreven in het locatieregister en dus gerechtigd waren om verplichte zorg o.g.v. de Wvvggz te verlenen.

289 Met uitzondering van vormen van verplichte zorg, zoals opname in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling, waar het per definitie gaat om de intramurale setting.

Aanbeveling 55: Neem in de te registreren gegevens-set op grond van art. 8:24 Wvvggz een onderscheid op tussen intramurale en ambulante verplichte zorg (wetgever)

Aanbeveling 56: Verbeter de ondersteuning vanuit EPD-systemen bij de gegevensregistratie door zorgverleners en andere medewerkers; neem in het EPD-systeem ook een faciliteit op die het mogelijk maakt een koppeling te leggen tussen de looptijden van juridische titels en de registratie van verleende verplichte zorg (veldpartijen)

Waar het gaat om de inhoudelijke analyse van de geregistreerde gegevens vallen enkele zaken op. De eerste is dat volgens de landelijke gegevens opnemen in een accommodatie en plaatsing op een gesloten afdeling (als subcategorie van beperken van de bewegingsvrijheid) de vormen van verplichte zorg zijn die onder de Wvvggz het meest worden toegepast. Dit sluit aan bij de constatering dat verplichte zorg, althans officieel, nog maar in beperkte mate ambulant wordt toegepast. Evenals de Wet Bopz lijkt de Wvvggz nog vooral een 'opnamewet' te zijn. De tweede belangrijke bevinding is dat kwantitatieve gegevens van een geïntegreerde GGZ-instelling het beeld uit het kwalitatief empirisch onderzoek bevestigen dat verplichte zorg weinig wordt toegepast in de ambulante setting. In de weinige gevallen wanneer hier wel sprake van was, ging het (nagenoeg uitsluitend om) het toedienen van verplichte medicatie. De derde belangrijke bevinding is dat volgens gegevens van zes geïntegreerde GGZ-instellingen gedurende de looptijd van een aanzienlijk aantal zorgmachtigingen geen art. 8:9 beslissing wordt genomen (het aanzeggen van verplichte zorg). Het aantal zorgmachtigingen waarbij dat het geval is, lijkt tussen de instellingen aanzienlijk te verschillen. Dit lijkt vooral samen te hangen met verschillen in interpretatie van het verzetscriterium. Algemeen gesteld zal een ruimere interpretatie van verzet in de uitvoeringspraktijk gepaard gaan met het vaker aanzeggen van vormen van verplichte zorg, alsook met het minder snel 'overgaan' van een zorgvorm van verplichte naar vrijwillige zorg. Aldus zal een ruimere uitleg van verzet leiden tot meer geregistreerde verleende vormen van verplichte zorg (in termen van omvang, frequentie en duur) dan wanneer er een engere interpretatie wordt gehanteerd. Er is dringend behoefte aan een nadere verduidelijking van het verzetscriterium. Zie daarover aanbeveling 47.

8.3.5 Het kostenonderzoek Wvvggz

Onderdeel van deze evaluatie was een kostenonderzoek met betrekking tot de Wvvggz. Binnen de opzet van de evaluatie was het niet mogelijk alle onderdelen van de wet op het punt van de kosten te beoordelen. Het kostenonderzoek heeft zich beperkt tot kostenschattingen voor het jaar 2021 van de tijdsbesteding van actoren binnen het OM, de rechtspraak en de GGZ aan de procedure voor een zorgmachtiging²⁹⁰, de centrale procedure om te komen tot verplichte zorg. De kosten van de inzet van OvJ-en, parketsecretarissen en administratief medewerkers werden geschat op €4.066.000, waarbij het vooral ging om kosten die gemoeid waren met de tijd die werd besteed aan (aanvragen voor) de voorbereiding van verzoekschriften voor een zorgmachtiging. De kosten van de inzet vanuit de rechtspraak (actoren: rechters en juridische medewerkers) aan de procedure voor een

²⁹⁰ Exclusief klachtenprocedure en art. 5:19 Wvvggz.

zorgmachtiging – hoofdzakelijk het behandelen van verzoekschriften voor een zorgmachtiging – werden ingeschat op €12.408.000.

In de GGZ werden de kosten van de inzet van geneesheren-directeuren (GD's) en hun ondersteunende medewerkers aan de procedure voor een zorgmachtiging geschat op €13.286.000. Deze inzet vormde een groot aandeel van het totaal aan werkzaamheden van GD's en administratief medewerkers in het kader van de Wvvgz. Bij GD's had naar schatting ruim de helft (55%) van hun tijdsbesteding aan Wvvgz-werkzaamheden betrekking op de procedure voor een zorgmachtiging; bij administratief medewerkers Wvvgz lag dit percentage met 72% nog hoger. GD's besteedden daarnaast naar schatting 15% van hun tijd aan andere procedures.²⁹¹ Deze bevinding lijkt aan te sluiten bij de in de praktijk gehoorde kritiek dat de GD een intensieve bemoeienis heeft met de afhandeling van individuele procedures, waardoor minder tijd overblijft voor het uitoefenen van een meer afstandelijke rol, gericht op het in algemene zin monitoren en bewaken van de algemene kwaliteit van de toegepaste (verplichte) zorg.

Een in 2014 uitgevoerd kostenonderzoek naar de Wet Bopz maakte het mogelijk om na te gaan in hoeverre de invoering van de Wvvgz gepaard is gegaan met een toename in de totale inzet²⁹² van GD's en ondersteunende medewerkers in 2021, en de kosten die daaraan zijn verbonden. Ten opzichte van 2014 is de totale tijdsbesteding van GD's naar schatting met 15 fte toegenomen (+37%). Ook de inzet van de meeste ondersteunende medewerkers is toegenomen, met relatief de sterkste stijgingen bij staf-/beleidsmedewerkers en juristen. De toegenomen inzet van GD's en ondersteunende medewerkers kwam neer op geschatte meerkosten van +€7.878.000 ten opzichte van de situatie in 2014 ten tijde van de Wet Bopz. Deze bevindingen zijn niet onverwacht. Zo is het taken- en verantwoordelijkheidspakket van de geneesheer-directeur omvangrijker geworden onder de Wvvgz. Daarnaast wordt met de komst van de Wvvgz een sterke toename van administratieve lasten ervaren. Bovendien wordt de wet als erg complex ervaren.²⁹³

Verreweg de hoogste kostenschatting – €126.203.000 – was verbonden aan de tijd die zorgverantwoordelijken, andere zorgverleners en onafhankelijke psychiaters besteedden aan de procedure voor een zorgmachtiging. Daarbij vertegenwoordigde de tijdsbesteding van zorgverantwoordelijken het grootste deel van de kosten (€82.906.000), op afstand gevolgd door de tijdsbesteding van andere zorgverleners (€34.632.000), en op nog grotere afstand gevolgd door tijdsbesteding van onafhankelijke psychiaters (€8.665.302). Bijna driekwart van de kosten van de inzet van zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners was verbonden aan processtappen tijdens de uitvoering van afgegeven machtigingen; en ruim een kwart aan processtappen bij het aanvragen en voorbereiden van zorgmachtigingen. De processtappen bij het nemen van een beslissing tot het

291 Zoals de procedure voor een crisismaatregel en de voortzetting daarvan, en de klachtenprocedure.

292 Het gaat hier om het totaal aan werkzaamheden in het kader van de Wvvgz (dus niet alleen de tijdsbesteding aan de procedure voor een zorgmachtiging).

293 De gestage stijging in het aantal aanvragen voor juridische titels op grond van de Wet Bopz tussen 2014 en 2019, en die zich voornamelijk door lijkt te zetten op grond van de Wvvgz, kan mogelijk ook nog van invloed zijn geweest.

verlenen van verplichte zorg²⁹⁴ en de processtappen om te komen tot een zorgplan²⁹⁵ sprongen eruit qua kosten, niet alleen omdat deze processtappen vaak werden uitgevoerd, maar ook omdat zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners hier verhoudingsgewijs veel tijd aan besteedden.

In 2021 zijn circa 16.600 beschikkingen afgegeven inzake een verzoekschrift voor (een wijziging) van een zorgmachtiging.²⁹⁶ Afgezet tegen dit aantal, kunnen de geschatte kosten die zijn verbonden aan de uitvoering van de procedure voor een zorgmachtiging als aanzienlijk worden beschouwd, in het bijzonder voor de GGZ. Met dit kostenonderzoek is echter nog geen totaalbeeld verkregen van de uitvoeringskosten van de Wvvgz, omdat actoren binnen andere domeinen dan het OM, de rechtspraak en de GGZ, alsook andere procedures, buiten beschouwing zijn gelaten.

Aanbeveling 57: Breid het kostenonderzoek uit naar andere Wvvgz-procedures (zoals de procedure voor een crisismaatregel, en de voortzetting daarvan; en de klachtenprocedure) en andere actoren (zoals de gemeente en de advocatuur) zodat een integraal (alomvattend) beeld wordt verkregen van de kosten die gemoeid gaan met de uitvoering van de Wvvgz in de praktijk (overheid)

Verder zijn de effecten van de tijd die actoren als zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners besteden aan de procedure voor een zorgmachtiging niet onderzocht in dit kostenonderzoek. Om ook zicht te krijgen op de 'effectenkant' van de inzet van actoren is het onder meer relevant om de ervaringen en tevredenheid van betrokkenen en hun naasten in kaart te brengen.

Aanbeveling 58: Breng in toekomstig kostenonderzoek ook de ervaringen en tevredenheid van betrokkenen en hun naasten in kaart om zicht te krijgen op de effecten van de tijdsbesteding van actoren aan Wvvgz-procedures (overheid)

Dergelijk onderzoek kan mogelijk ook bijdragen aan de noodzakelijke procesvereenvoudigingen binnen de Wvvgz.

294 De processtappen in het kader van art. 8:9 vertegenwoordigden resp. 92% (zorgverantwoordelijken) en 89% (andere zorgverleners) van de geschatte totale kosten die waren verbonden aan de uitvoering van afgegeven zorgmachtigingen.

295 De processtappen in het kader van art. 5:13 - 5:14 vertegenwoordigden 41% (zowel zorgverantwoordelijken als andere zorgverleners) van de geschatte totale kosten die waren verbonden aan de aanvraag en voorbereiding van zorgmachtigingen.

296 Ketencoördinatieteam Wvvgz. *Ketenmonitor Wvvgz*, 2021, februari 2022.

8.4 Met betrekking tot de Wzd

Met betrekking tot de Wzd zijn vier thema's nader onderzocht:

- Het terugdringen van dwang (incl. verschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg);
- De rechtsbescherming van de cliënt (stappenplan, mede in relatie tot ambulante onvrijwillige zorg);
- De positie van cliënten die zich niet verzetten;
- De rol van enkele functionarissen in de Wzd (zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris).

Daarnaast zijn de gegevens over 2021 over het toepassen van onvrijwillige zorg, die door zorgaanbieders aan de IGJ zijn aangeleverd op grond van art. 17 lid 1 Wzd, geanalyseerd. In de par. 8.4.1 tot en met 8.4.4 worden de hiervoor genoemde specifieke thema's behandeld en in par. 8.4.5 de gegevens over de toepassing van onvrijwillige zorg.

8.4.1 Het terugdringen van dwang

Betrokkenen in de praktijk geven aan dat er nog weinig bekend is over de effecten van de Wzd op de vermindering van onvrijwillige zorg. Ze benadrukken dat de vergelijking met de situatie voor 2020 lastig is en dat er nog lang niet uniform wordt gemeld en gerapporteerd. Het gebrek aan uniformiteit hangt mogelijk samen met onduidelijkheid rond het begrip 'verzet'. Meer verheldering van wat geldt als verzet is aan te bevelen, met name door het (binnen het door de wetgever aangegeven kader) verder ontwikkelen van handvatten in de praktijk.

Ondanks de genoemde problemen, is de indruk dat er sprake is van een, beperkt, gunstig effect van de Wzd op de vermindering van onvrijwillige zorg, zij het dat de signalen uit de VG-sector op dit punt minder eenduidig zijn dan die uit de PG-sector. Mogelijke verklaringen voor het gepercipieerde beperkte gunstige effect zijn grotere bewustwording en de noodzaak tot toepassing van het stappenplan. Tegelijk zijn er instellingen die nog (te) weinig met reductie van dwang bezig zijn. Instellingen voelen zich beperkt in het verder terugdringen van onvrijwillige zorg door de rigiditeit van het stappenplan. Met betrekking tot de toepassing van onvrijwillige zorg worden ook neveneffecten genoemd. Die zijn enerzijds positief, omdat er sprake is van een toename in communicatie, meer samenwerking met de familie, en meer aandacht voor de behoeften van de cliënt. Anderzijds worden negatieve neveneffecten genoemd, met name de toename van administratieve last. In de PG wordt geconstateerd dat de nadruk op vrijheid op gespannen voet kan staan met het leveren van goede zorg; onvrijwillige zorg is niet zelden echt nodig.

In de praktijk is ook het onderscheid tussen onvrijwillige en vrijwillige zorg lastig: hoe moet het verleiden of overreden van de cliënt worden gepositioneerd in de strikt juridische benadering van de wetgever (zorg is onvrijwillig of niet)? Uit een oogpunt van goede zorg is het toe te juichen dat hulpverleners waar mogelijk proberen met cliënten en/of hun vertegenwoordigers tot wederzijds gedeelde afspraken te komen ten aanzien van zaken waar het anders tot onvrijwillige zorg zou

kunnen komen. In het pre-Wzd tijdperk was de praktijk vermoedelijk ook niet anders. Problematisch wordt het wanneer er sprake is van zodanige overreding dat de ruimte van de cliënt om te weigeren drastisch ingeperkt wordt, zeker wanneer wordt geïmpliceerd dat bij ontbreken van instemming alsnog dwang zal worden toegepast. De thematiek van drang verdient meer aandacht in de discussie over de Wzd en bij de toepassing van deze wet.

In de ambulante setting wordt de Wzd nog slechts beperkt toegepast; de effecten ten aanzien van het terugdringen van dwang zijn daar nog moeilijker te beoordelen dan in de intramurale setting het geval is. Die effecten zijn waarschijnlijk nog zeer gering. Ten aanzien van de ambulante setting worden belangrijke knelpunten genoemd, met name op het vlak van het interdisciplinair samenwerken. Ook de beperkte beschikbaarheid van de cvp is een knelpunt. Andere knelpunten zijn dat het moeilijk is voldoende zicht te krijgen en toezicht te houden op hetgeen zich achter de voordeur afspeelt en de in de praktijk bestaande onduidelijkheid over de vraag wie verantwoordelijk is voor het doen en laten van de mantelzorger/familie als sprake is van onvrijwillige zorg.

Aanbeveling 59: Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van onvrijwillige zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de verschillende vormen en gradaties van drang en om de interpretatie van het begrip verzet (veldpartijen)

Aanbeveling 60: Voorzie in nadere handreikingen en instructies met betrekking tot ambulante onvrijwillige zorg, onder meer waar het gaat om de beschikbaarheid van de cvp, de positie van mantelzorgers en de afspraken tussen mantelzorgers en zorgverleners (veldpartijen)

8.4.2 Rechtsbescherming en het stappenplan

Uit het kwalitatief empirisch onderzoek komt naar voren dat men het stappenplan op zich van betekenis acht voor de bescherming van de cliënt tegen onterecht verleende onvrijwillige zorg. Het effect van het stappenplan op het terugdringen van dwang hangt daarbij volgens de respondenten eerst en vooral samen met het gegeven dat het bijdraagt aan de bewustwording en mede daardoor het zoeken naar alternatieven voor onvrijwillige zorg bevordert. Tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat er nog de nodige onbekendheid is ten aanzien van de regelingen rond onvrijwillige zorg en het stappenplan. Wil dat laatste zijn functie vervullen, dan is het noodzakelijk dat zorgmedewerkers weten wat onder onvrijwillige zorg valt en herkennen wanneer bij een cliënt sprake is van verzet ten aanzien van een van de in art. 2 lid 1 Wzd genoemde zorgvormen. Zie in dit verband ook paragraaf 8.4.1.

Men oordeelt op zich ook positief over het feit dat de Wzd naast inhoudelijke eisen via het stappenplan ook de nodige procedurele voorwaarden stelt voor het mogen toepassen van onvrijwillige zorg, maar dat neemt niet weg dat er overwegend kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de wijze waarop in de huidige wet aan het stappenplan vorm is gegeven. Kernpunt daarin is dat het in de wet opgenomen model flexibiliteit mist en geen variatie toelaat, terwijl de

praktijk van de zorgverlening juist divers en veelvormig is. Daardoor komt de besluitvorming over onvrijwillige zorg in de praktijk te veel los te staan van het primaire zorgproces, met het risico dat het toepassen van het stappenplan een ritueel karakter krijgt. De betrokkenen zijn dan meer bezig met het legitimeren van reeds genomen besluiten over onvrijwillige zorg dan met reflectie op mogelijkheden om die zoveel mogelijk te beperken. Daarbij leidt de gedetailleerde wijze waarop het stappenplan in de wet geregeld is in de praktijk tot een relatief grote administratieve belasting.

In de eerste fase van het evaluatieonderzoek is er al op gewezen dat de met het stappenplan beoogde rechtsbescherming moet worden behouden, maar dat anderzijds de inzet van het stappenplan proportioneel moet zijn.²⁹⁷ Naast aandacht voor daar genoemde randvoorwaarden (zoals verbetering van ondersteunende systemen en voldoende kennis van de regeling bij betrokkenen), is er alle reden voor bijstelling van de regeling van het stappenplan zoals nu opgenomen in de Wzd, niet zozeer door het bijshaven van het daarin opgenomen vaste standaardmodel, maar veeleer door het flexibeler maken van dat model, zodat meer ruimte ontstaat voor situatie- en cliëntgericht professioneel handelen. Anders dan gesteld door sommige respondenten, hoeft men er daarbij niet bevreesd voor te zijn dat dan te veel wordt overgelaten aan zelfregulering. Er zijn goede mogelijkheden om de kwaliteit van door het veld ontwikkelde normen te waarborgen, bijvoorbeeld door de inhoud daarvan in samenspraak met cliëntenorganisaties vast te stellen, en door de Wzd-functionaris, de cvp en, iets meer op afstand, de IGJ, een duidelijker rol te geven rond de toepassing van het stappenplan. Met betrekking tot de cvp is een bredere inzet nodig dan nu het geval is.

Aanbeveling 61: Maak het stappenplan in de Wzd minder rigide en schep ruimte voor professionals om door maatwerk recht te doen aan de omstandigheden van individuele cliënten. Beperk de wettelijke regeling tot de materiële uitgangspunten (zoals noodzaak, proportionaliteit, subsidiariteit) en de hoofdlijnen van de bij de besluitvorming rond onvrijwillige zorg te volgen procedure (wetgever)

Aanbeveling 62: Laat verdere uitwerking van het stappenplan aan zelfregulering over, in overleg met cliëntenorganisaties. Besteed daarnaast ook aandacht aan de benodigde randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de (aangepaste) regeling van het stappenplan (veldpartijen, overheid)

Een aanpassing van het stappenplan in de geschetste zin biedt ook mogelijkheden voor een aanpak van de problemen rond toepassing van het stappenplan door kleinschalige zorgaanbieders respectievelijk in de thuissituatie. Daarbij dient echter te worden geconstateerd dat aanpassing van het stappenplan alleen niet afdoende zal zijn, gezien het vaak ontbreken van de vereiste kennis en kunde en van de voorzieningen op het vlak van interdisciplinair overleg en toezicht die intramuraal, met name in grotere instellingen, wel beschikbaar zijn.

²⁹⁷ Evaluatierapport-deel 1, p. 396.

8.4.3 Cliënten die zich niet verzetten

Over de betekenis van art. 2 lid 2 Wzd voor de rechtsbescherming van wilsonbekwame, zich niet verzettende cliënten bij de drie in die bepaling genoemde vormen van zorg (gedrag beïnvloedende medicatie indien niet richtlijnconform toegediend, beperking van de bewegingsvrijheid, insluiting), wordt blijkens de uitkomsten van het kwalitatief empirisch onderzoek verschillend gedacht. Wel vindt een meerderheid van de respondenten, zowel uit de PG-sector als uit de VG-sector, dat toepassing van het stappenplan niet noodzakelijk is in die situatie, of althans niet in de huidige vorm. Dat sluit aan bij de kanttekeningen die in het rapport van de eerste fase van de evaluatie bij art. 2 lid 2 zijn gezet, ook vanwege gebleken twijfels in het veld over de noodzaak van extra regels voor situaties waarin de cliënt zich niet verzet. Daarbij is met name de vraag gesteld of niet zou kunnen worden volstaan met een (eventueel aangescherpte) rol van diens vertegenwoordiger. Die heeft immers juist de opdracht, verantwoordelijkheid en bevoegdheid bij wilsonbekwaamheid voor de cliënt op te treden.²⁹⁸

Het onderzoek in de tweede fase bevestigt deze conclusie. Voorop zou moeten staan wat de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt van de voorgenomen maatregel vindt. Verzet de vertegenwoordiger zich, dan valt de maatregel als onvrijwillige zorg uiteraard onder art. 2 lid 1 en zijn de daarvoor geldende voorwaarden van toepassing (waaronder volgen van het stappenplan). Stemt de vertegenwoordiger in, dan zou dat volgens de regels van de Wgbo (art. 7:465 BW) voldoende moeten zijn om de betreffende vorm van zorg uit te voeren (en kan dit worden opgenomen in het zorgleefplan). Anderzijds blijken (ook in het kwalitatief empirisch onderzoek) velen van opvatting dat er – ook bij instemming van de vertegenwoordiger – extra waarborgen moeten zijn; over de vraag welke dan precies, wordt echter verschillend gedacht. Dat is niet vreemd, alleen al omdat in de praktijk de omstandigheden verschillen, niet alleen op sectorniveau, maar ook tussen instellingen. Een optie is van de zorgaanbieder te verlangen dat deze in het beleidsplan ex art. 19 Wzd expliciet de benodigde waarborgen formuleert.

Aanbeveling 63: Laat art. 2 lid 2 Wzd in de huidige vorm vervallen voor situaties waarin de vertegenwoordiger instemt, maar regel dat in het door de zorgaanbieder op te stellen beleidsplan ex art. 19 Wzd wordt aangegeven in welke extra waarborgen zal worden voorzien met het oog op zorgvuldige besluitvorming en evaluatie van de in art. 2 lid 2 bedoelde situaties (wetgever)

Ten aanzien van art. 21 – het 'geen bereidheid, geen verzet' (gbgv) artikel – zijn door de respondenten enkele praktische knelpunten genoemd rond de uitvoering van de daarin geregelde opnameprocedure, zoals het moment waarop de aanvraag voor het desbetreffend CIZ-besluit moet worden gedaan, de eis dat de locatie waar opname plaatsvindt als accommodatie geregistreerd moet zijn, en hoe te handelen bij (wilsonbekwame, zich niet verzettende) cliënten die al vóór inwerkingtreding van de Wzd zonder art. 60 Bopz indicatie waren opgenomen (in een niet-Bopz locatie).

²⁹⁸ Evaluatierapport-deel 1, p. 222-223 resp. p. 394.

Aanbeveling 64: Verschaf duidelijkheid met betrekking tot de gesignaleerde knelpunten inzake art. 21 Wzd, bijvoorbeeld door aanpassing van de factsheet Opname en verblijf in de Wzd (overheid)

Een ander punt is de inschatting of wel of niet sprake is van verzet. In het kader van een opneming kan zich het bijzondere probleem voordoen dat het CIZ meent dat bij een cliënt vanwege verondersteld verzet een rechterlijke machtiging moet worden aangevraagd, terwijl de rechter die daarover moet beslissen dat verzet niet aanwezig acht, waarna alsnog een art. 21 procedure moet worden gestart, met het tijdverlies en de extra administratieve belasting van dien. Mogelijk speelt hier ook dat ten tijde van een CIZ-beoordeling niet altijd alle informatie beschikbaar is om antwoorden van cliënten op vragen over wel/geen bereidheid tot opneming goed te kunnen duiden. Het frequenter raadplegen door de CIZ van behandelaren van cliënten kan voorkomen dat verzet wordt aangenomen terwijl daar geen sprake van is en zaken ten onrechte bij de rechter belanden. Mocht dat onverhoopt gebeuren dan zou de rechter bevoegd verklaard kunnen worden om in die gevallen zelf een art. 21 besluit af te geven.

Aanbeveling 65: Bepaal in de Wzd dat de rechter in gevallen waarin hij verzet niet aanwezig acht zelf een art. 21-besluit kan nemen (wetgever)

Een meer principiële vraag is of de opname procedure van art. 21 (de vroegere art. 60 procedure in de Bopz) in de context van de Wzd nog wel bestaansrecht heeft en waarom er niet mee volstaan kan worden dat de vertegenwoordiger van de gbgv-cliënt na overleg met behandelaars en instelling namens de cliënt instemt met opname. Daarvoor pleit niet alleen dat er vanuit moet worden gegaan dat de cliënt na een art. 21 besluit formeel nog steeds vrij is de instelling te verlaten, maar vooral ook dat hij/zij een andere interne rechtspositie heeft dan de art. 60 Bopz cliënt had. Als de art. 21 procedure zou worden geschrapt, zou ook het probleem opgelost zijn, dat bij een CIZ-besluit moet zijn voldaan aan het ernstig nadeel criterium. Dat maakt immers opname onmogelijk bij het ontbreken van ernstige risico's, terwijl ook in zo'n situatie een opname zinvol kan zijn.

De uitkomsten van het kwalitatief empirisch onderzoek laten zien dat toch veel respondenten hechten aan de rol van het CIZ als extra waarborg bij opneming van gbgv-cliënten. Ook het CIZ zelf is van oordeel dat de art. 21 procedure waardevol is. De procedure kan van toegevoegde waarde zijn omdat zij (anders dan de toetsing in het kader van de Wet langdurige zorg) gericht is op de rechtsbescherming bij opneming (en niet alleen op de vraag of de cliënt in aanmerking komt voor verzekerde zorg). De tussenkomst van een onafhankelijke instantie zou volgens het CIZ ook vereist zijn op grond van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) omdat de gbgv-cliënt geplaatst wordt op een plek waar hij niet zelf voor gekozen heeft: er zou sprake zijn van beperking van het recht op keuze waar je woont. Over dat laatste argument valt echter te twisten (zie par. 6.3.2). De praktijk leert ook dat cliënten de art. 21-procedure belastend en verwarrend vinden. Al met al is er voldoende aanleiding om de art. 21 procedure nog eens kritisch te bezien, mede in het licht van de met die bepaling gepaard gaande administratieve lasten. Er zijn argumenten te geven voor, maar zeker ook tegen handhaving van art. 21 Wzd.

Aanbeveling 66: Maak duidelijk waarom met een minder ingrijpende procedure voor opnemings van gbgv-cliënten dan de huidige art. 21 Wzd-regeling niet kan worden volstaan (overheid)

In dit kader wijzen wij ook op aanbeveling 28 (evaluatie-rapport-deel 1, p. 398).

8.4.4 Functionarissen in de Wzd

Uit het kwalitatief empirisch onderzoek blijkt dat de Wzd-functionaris gezien wordt als een spil in de toepassing van de wet. De Wzd-functionaris vervult in de praktijk vaak meer dan de in de wet geformuleerde taken van toetsing en bewaking van de kwaliteit van onvrijwillige zorg. Het informeren van betrokkenen over het doel en inhoud van de wet en het functioneren als vraagbaak en klankbord zijn belangrijke taken van de Wzd-functionaris. Het inschakelen van die functionaris moet niet alleen als een administratieve verplichting worden gezien.

Een knelpunt is de rol van de Wzd-functionaris in de ambulante setting. Deze lijkt daar niet goed van de grond te komen, mede door het gebrek aan professionals die deze functie kunnen vervullen. Inkoop bij grotere organisaties kan soms een oplossing bieden, maar dan is de vraag of de betreffende Wzd-functionaris voldoende zicht heeft op de situatie om verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Meer algemeen geldt dat toezicht op onvrijwillige zorg in de ambulante setting moeilijk is. De implementatie van de Wzd-functionaris in de ambulante setting verdient meer aandacht. Het is belangrijk ook daar aandacht aan te besteden bij de uitwerking van de eerdergenoemde aanbeveling 60.

Gezien de schaarste aan professionals die binnen de huidige wettelijke context de rol van Wzd-functionaris kunnen vervullen, is uitbreiding van beroepsgroepen die hiervoor in aanmerking komen wenselijk. Deze uitbreiding wordt breed gedragen door respondenten. Een voldoende opleidingsniveau blijft daarbij wel een belangrijke voorwaarde. Als het gaat om de verhouding tussen de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke ligt bij eerstgenoemde de verantwoordelijkheid de kaders aan te geven en te toetsen, bij de laatstgenoemde ligt de verantwoordelijkheid in de uitvoering. Deze taakverdeling wordt door respondenten in het empirisch onderzoek als passend omschreven. In de praktijk ontbreekt het overigens bij de zorgverantwoordelijken vaak aan voldoende deskundigheid. Hier is verdere taakgerichte scholing sterk aan te bevelen.

Aanbeveling 67: Breid, al dan niet onder voorwaarden, de beroepsgroepen die als Wzd-functionaris kunnen optreden uit en verhelder de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wzd-functionaris en `veldpartijen)

Zie in dit kader ook aanbeveling 1 (evaluatie-rapport-deel 1, p. 372).

Een laatste punt is de verhouding in verantwoordelijkheden tussen Wzd-functionaris en zorgaanbieder. De algemene ervaring is dat er veel op het bord van de Wzd-functionaris terecht komt. In de wet wordt de Wzd-functionaris de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken rond

onvrijwillige zorg toebedeeld; ook in de praktijk blijkt de zorgaanbieder soms veel verantwoordelijkheid voor de praktische gang van zaken bij de Wzd-functionaris te leggen. Zoals reeds aangegeven in het rapport van de eerste evaluatiefase hoort die verantwoordelijkheid op het niveau van de zorgaanbieder te worden belegd; in dit verband verwijzen we terug naar aanbeveling 24 (evaluatierapport-deel 1, p. 394).

8.4.5 De toepassing van onvrijwillige zorg

In hoofdstuk 7 is een beeld verkregen van de toepassing van onvrijwillige zorg (Ovz) in 2021 in de VG-sector en de PG-sector. Hiervoor is gebruik gemaakt van landelijk geaggregeerde gegevens die waren gebaseerd op de gegevens op cliëntniveau over verleende onvrijwillige zorg in 2021, zoals door in totaal 78 VG-aanbieders en 205 PG-aanbieders aangeleverd aan de IGJ op grond van art. 17 lid 1 Wzd. Uit de kwantitatieve gegevens van zowel de VG- als de PG-sector blijkt dat wanneer in 2021 Ovz werd toegepast, dit hoofdzakelijk in de intramurale setting gebeurde. Ovz werd in dat jaar nog slechts in zeer beperkte mate ambulante toegepast, zowel binnen de VG- als de PG-sector. In beide sectoren kregen naar schatting slechts zo'n 275 resp. 200 cliënten met ambulante toegepaste Ovz te maken. De deelnemers aan de duidingssessies herkenden het beeld dat Ovz nog amper ambulante wordt toegepast; in de ambulante setting is nog meer bewustwording nodig omtrent Ovz en wordt dit nog niet altijd als zodanig herkend. Dit beïnvloedt tevens de mate waarin Ovz geregistreerd wordt en leidt hoogstwaarschijnlijk tot onder-registratie van Ovz in de ambulante setting. Daarnaast zijn de organisatorische randvoorwaarden voor toepassing van Ovz in de ambulante setting nog niet optimaal; zo is er een tekort aan zorgverantwoordelijken, loopt samenwerking met huisartsen nog niet overal goed en zijn er technische problemen met de registratie van ambulante Ovz in Elektronische Cliëntdossiers. Dit komt overeen met het beeld zoals geschetst in par. 8.4.1.

Uit de aangeleverde gegevens blijkt dat wanneer in de intramurale setting Ovz werd toegepast, dit voor de meeste cliënten, zowel in de VG- als de PG-sector, structureel geplande Ovz betrof. Hierbij gaat het dus om structureel, continu toegepaste Ovz die van tevoren planbaar is. De categorieën van Ovz die binnen dit zorgvormtype bij het grootste deel van de cliënten werden toegepast waren het 'Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten' (VG) en het 'Beperken van de bewegingsvrijheid' (VG en PG). In de meeste gevallen werd hier door zorgverleners Ovz geregistreerd onder de categorie 'Overig'. Vanuit de duidingssessies met experts werd opgemerkt dat hierbij kan meespelen dat deze categorie in de praktijk 'een vergaarbak' is geworden; wanneer men niet weet waaronder een toegepaste vorm van Ovz te registreren of twijfelt onder welke (sub)vorm een toegepaste vorm van Ovz past, kiest men vaak voor de categorie 'overig'.

Uit de duidingssessies kwam naar voren dat, net als bij de Wvggz, de interpretatie van de landelijke gegevens over onvrijwillige zorg werd bemoeilijkt doordat artefacten in de registraties van zorgaanbieders van de toegepaste onvrijwillige zorg bij cliënten in meer of mindere mate kunnen hebben geleid tot minder betrouwbare en/of minder complete gegevens. Zoals gezegd waren de definities van categorieën van Ovz niet altijd helder en werden deze verschillend geïnterpreteerd in de praktijk, met als gevolg dat er niet altijd op dezelfde manier en onder de juiste categorieën van Ovz werd geregistreerd. Daarnaast bestond er onduidelijkheid over enkele begrippen zoals die door de

wetgever gehanteerd worden, zoals ‘onvoorzien’ en ‘noodmaatregel’. De ruis in de geregistreerde gegevens over toegepaste onvrijwillige zorg maakt dat voorzichtigheid met interpreteren is geboden.

In het verlengde daarvan is de bruikbaarheid van de registratiegegevens voor zorgaanbieders om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van (onvrijwillige) zorg vooralsnog beperkt. Tevens belemmert de ruis vanwege registratie-artefacten het houden van toezicht door de IGJ. De deelnemers aan de duidingssessies gaven aan dat de gedetailleerdheid van de te registreren gegevens een belangrijke factor is die bij zorgverleners op de werkvloer kan leiden tot weerstand en onvolledige of foutieve registraties. Bovendien vergt de gedetailleerde registratie veel tijd en geld wat – in combinatie met de vooralsnog beperkte bruikbaarheid van de registratiegegevens – bij de deelnemers aan de duidingssessie vragen oproept over de doelmatigheid van de registratie.

Deze bevindingen benadrukken de relevantie van de in par. 8.2.2 genoemde aanbevelingen 45 en 46. Verder is ook in het Wzd-domein is het eerste deel van aanbeveling 56 van belang, alsmede een meer eenduidige definiëring en interpretatie van de categorieën van Ovz. Aan dat laatste kan naar verwachting de richtlijn bedoeld in aanbeveling 59 een bijdrage leveren.

8.5 Algemene conclusies

In deze evaluatie stonden de volgende hoofdvragen centraal:

- a Hoe verloopt de implementatie van de Wvggz en de Wzd en hoe staat het met de uitvoerbaarheid van beide wetten in de praktijk?
- b Hoe pakt de relatie uit tussen de Wvggz en de Wzd en tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en andere wetgeving anderzijds?
- c Bewegen de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen?
- d Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van (eventuele) wetswijzigingen, implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd in de praktijk, teneinde de doeltreffendheid van beide wetten te vergroten?

In deze paragraaf geven wij een beknopt antwoord op deze vier vragen. Vervolgens beschrijven wij de belangrijkste algemene bevindingen van dit evaluatieonderzoek, op basis van de bevindingen in de eerste en de tweede fase.

8.5.1 De onderzoeksvragen beknopt beantwoord

Hoe verloopt de implementatie van de Wvggz en de Wzd en hoe staat het met de uitvoerbaarheid van beide wetten in de praktijk?

In vergelijking met de Wet Bopz maken de Wvggz en Wzd op tal van punten (ingrijpende) andere keuzen. Gesproken kan worden van een ‘stelselwijziging’, waar het gaat om de regulering van verplichte en onvrijwillige zorg. Het implementeren van een dergelijke ‘stelselwijziging’ vergt tijd. Het

verbaast dan niet dat twee jaar na de inwerkingtreding bepaald nog geen optimale situatie is bereikt. Op grond van deze evaluatie is de conclusie dat de implementatie van de Wvggz en Wzd op gang is gekomen, maar tegelijkertijd op tal van punten nog moeizaam verloopt, zeker waar het gaat om de Wzd. Daaraan liggen uiteenlopende oorzaken ten grondslag, die overigens per sector variëren:

- de ingewikkeldheid van beide regelingen;²⁹⁹
- de gebrekkige effectiviteit van allerlei onderdelen van beide wetten;
- de in vergelijking met de Wet Bopz sterk toegenomen administratieve belasting;
- gebrek aan kennis over de juiste toepassing van (bepaalde onderdelen van) beide wetten;
- het ontbreken van voldoende materiële, personele en financiële randvoorwaarden;
- toegenomen takenpakket van bepaalde actoren, zoals de GD in de Wvggz;
- onverwachte externe ontwikkelingen, in het bijzonder de gevolgen van de corona-pandemie in 2020-2021.

De sinds 2020 in de praktijk naar voren gekomen knelpunten en problemen hangen samen met allerlei tekortkomingen in beide wetten, met gebrekkige omstandigheden op het vlak van de benodigde randvoorwaarden en met verschillen (zowel binnen sectoren als tussen zorgaanbieders) waar het gaat om het toepassen van beide wetten en om de intensiteit van de implementatie. Er is met betrekking tot de implementatie van beide wetten al behoorlijke vooruitgang geboekt, maar het zal nog een behoorlijke tijd duren voor het implementatieproces is voltooid (zie ook hierna par. 8.6).

Hoe pakt de relatie uit tussen de Wvggz en de Wzd en tussen de Wvggz/Wzd enerzijds en andere wetgeving anderzijds?

De relatie tussen de Wvggz en de Wzd is ingewikkeld, en roept in de uitvoeringspraktijk veel vragen op. Die vragen hangen in belangrijke mate samen met de keuze om twee separate wetten tot stand te brengen in een situatie van overlappende domeinen. De mate van overlap tussen de doelgroepen blijkt groter te zijn dan ten tijde van de totstandbrenging van beide wetten werd gedacht, waardoor de omvang en complexiteit van allerlei 'grensgeschillen' aanzienlijk is. Hoewel partijen de keuze voor twee separate wetten aanvaardden en proberen er het beste van te maken, is in de huidige praktijk vrijwel niemand echt gelukkig met de gevolgen van die keuze. Zie over mogelijkheden om de verhouding tussen beide wetten te verbeteren de aanbevelingen 35 tot en met 38 (evaluatierapport-deel 1, p. 403). De vraag is wel of de thans bestaande problemen in de verhouding tussen de twee wetten in voldoende mate kunnen worden weggenomen door aanpassingen van beide regelingen. Er is een reële mogelijkheid dat de suboptimale situatie zal blijven bestaan en dat de conclusie na meerdere evaluaties zal zijn dat de problemen die kleven aan het bestaan van twee verschillende wettelijke systemen simpelweg niet goed op te lossen zijn. Daarbij gaat het niet alleen om de gevolgen van de keuze voor verschillende gevolgen van rechtsbescherming in beide wetten, welke

²⁹⁹ Een van de argumenten om het GGZ-deel van de Wet Bopz te vervangen door de Wvggz was de ingewikkeldheid van de Wet Bopz. Maar op dat punt doet de huidige Wvggz dus niet voor de Wet Bopz onder.

gevolgen men nog voor lief zou kunnen nemen, maar ook allerlei aansluitingsproblemen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen.

De verhouding tussen de Wvggz en Wzd enerzijds en andere wettelijke regelingen anderzijds roept minder vragen en problemen op. Zie t.a.v. de Wgbo wel aanbeveling 34 (evaluatie-rapport-deel 1, p. 401).³⁰⁰ Aandacht verdient nog wel de verhouding met de Wet forensische zorg (Wfz). Zie daarover de aanbevelingen 39 tot en met 43 (evaluatie-rapport-deel 1, p. 405-407).

Bewegen de resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd zich in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen?

Deze vraag kan in het algemeen bevestigend worden beantwoord, maar het gaat veelal om kleine stappen. Beide wetten dragen bij aan meer bewustwording onder zorgverleners. Op enkele terreinen zijn evenwel nog nauwelijks ontwikkelingen te zien. Dat geldt met name voor de doelstelling van beide wetten om dwang terug te dringen. Er zijn vooralsnog geen duidelijke aanwijzingen dat de invoering van de Wvggz heeft geleid tot een trendbreuk, oftewel een daling of stabilisatie van het aantal patiënten dat te maken kreeg met een zorgmachtiging en daarop gebaseerde vormen van verplichte zorg. Daar moet wel bij worden aangetekend dat kan worden betwijfeld of een wet een geschikt instrument is om een structurele vermindering van dwang te realiseren. Daar zijn, zo wordt betoogd, hele andere dingen voor nodig (zoals een cultuurverandering, verbeteren van de financiering en kwaliteit van de zorg, beschikbaarheid van voldoende deskundig personeel e.d.). Een wet kan daar maar een zeer beperkte rol bij spelen.

Ook op andere gebieden dan het terugdringen van dwang gaan de ontwikkelingen langzaam. Tot een wezenlijke verschuiving van intramurale naar ambulante zorg, zowel in het domein van de Wvggz als dat van de Wzd, is het nog niet gekomen. Nog maar een zeer beperkt deel van de verplichte resp. onvrijwillige zorg onder de Wvggz en de Wzd wordt ambulant verleend. Ook een andere belangrijke doelstelling van de nieuwe wetgeving, het bij de besluitvorming betrekken van de wensen en voorkeuren van patiënten, wordt nog maar in beperkte mate bereikt. Hier speelt vooral een rol dat de betreffende wettelijke bepalingen van de Wvggz ingewikkeld zijn, dat de wet termijnen hanteert die niet altijd kunnen worden gehaald, dat patiënten te weinig worden ondersteund en dat verwarring bestaat doordat de wet meerdere instrumenten ter zake bevat.

Waar het gaat om het verbeteren van de rechtsbescherming van patiënten/cliënten is sprake van een gemengd beeld. Omdat het in beide wetten gaat over de inperkingen van grondrechten zijn bepalingen ter bescherming van de rechtspositie van patiënten/cliënten van groot belang. Zowel de Wvggz als de Wzd bevatten instrumenten ter versterking van die rechtspositie. De praktijk laat daar ook voorbeelden van zien, maar geeft ook indicaties die op het tegendeel wijzen. Zowel de procedure van de zorgmachtiging Wvggz als die van het stappenplan Wzd kunnen ook zo worden toegepast dat de rechtspositie van de patiënt/cliënt eerder wordt beperkt dan versterkt.

³⁰⁰ Zie daarover ook het medio 2023 te verschijnen rapport van het Verdiepingsonderzoek Wvggz.

Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van (eventuele) wetswijzigingen, implementatie en uitvoerbaarheid van de Wvvggz en de Wzd in de praktijk, teneinde de doeltreffendheid van beide wetten te vergroten?

Het onderzoek wijst uit dat de keuze om voor de GGZ een regeling te maken die afwijkt van die voor de sectoren PG en VG als zodanig niet ter discussie staat. Er is brede steun voor de opvatting dat differentiatie tussen deze sectoren nodig is. Dat staat los van de vraag of wel of niet gekozen zou moeten worden voor één wettelijk kader (zie par. 8.2.1). Ook de hoofdlijnen van de gekozen vormen van rechtsbescherming in beide wetten (de zorgmachtiging in de Wvvggz en het stappenplan in de Wzd) kunnen op brede steun rekenen. Wel is er kritiek op de gedetailleerdheid, de uitvoerbaarheid, de reikwijdte en soms ook de effectiviteit van deze instrumenten.

In de praktijk spelen zodanige vragen en problemen dat in dit onderzoek in totaal 70 aanbevelingen worden gedaan. Deze richten zich niet alleen op de inhoud van beide wetten, maar ook op randvoorwaarden en aanpalende kwesties (zoals bijvoorbeeld richtlijnen uit het veld). Afgewacht zal moeten worden of met betrekking tot beide wetten een aanvaardbare uitvoeringspraktijk kan ontstaan, zowel waar het gaat om elk van beide wetten op zichzelf bezien als om hun onderlinge verhouding. Dat staat, gelet op de vele geconstateerde knelpunten, niet vast. Het overall-beeld uit deze evaluatie is in dat opzicht nog niet bemoedigend. Er zullen nog wezenlijke inspanningen van de wetgever, de overheid en het veld nodig zijn om tot een situatie te komen die voor alle betrokkenen enigszins bevredigend is. Tegelijkertijd komen uit de praktijk ook voorbeelden van nuttige initiatieven en ontwikkelingen naar voren. Zowel brancheorganisaties als zorginstellingen zijn, vaak in samenspraak met de overheid of (in het geval van de Wvvggz) het ketencoördinatieteam, al geruime tijd bezig om door allerlei initiatieven de werkbaarheid van beide wetten te verbeteren. Waar het gaat om de Wvvggz is het lopende Verdiepingsonderzoek Wvvggz (zie par. 1.6) erop gericht in kaart te brengen wat GGZ-instellingen zelf kunnen doen om de doelstellingen van de Wvvggz beter te realiseren. Het ligt voor de hand ook met betrekking tot de Wzd een dergelijk verdiepingsonderzoek te laten uitvoeren.

Aanbeveling 68: Entameer ook een verdiepingsonderzoek Wzd, waarin onderzocht wordt op welke wijze zorgaanbieders op dat terrein zelf kunnen bijdragen aan het beter realiseren van de doelstellingen van de wet (overheid, veldpartijen)

8.5.2 Nadere overwegingen

Het proces van totstandkoming van beide wetten

Veel van de knelpunten en problemen die in deze eerste evaluatie naar voren zijn gekomen, wortelen in het proces van totstandkoming van beide wetten, en met name in de vele wijzigingen tijdens de parlementaire behandeling. Dit heeft sterk bijgedragen aan een steeds verdere detaillering en formalisering van (onderdelen van) beide wetten, waarbij onvoldoende is gelet op de samenhang en verhouding tussen beide regelingen. Beide wetten zijn, ondanks pogingen dat te voorkomen, eigenlijk steeds meer uit elkaar gegroeid. Hierbij speelde ook een rol dat twee verschillende ministeries bij het

proces betrokken waren en dat onvoldoende regie is gevoerd. Alle betrokken partijen (ministeries, veldpartijen en de Tweede Kamer) hebben keer op keer bijgedragen aan het wijzigen of toevoegen van elementen, waardoor een steeds complexer wetgevings geheel is ontstaan. Dit behoren alle genoemde partijen zich aan te trekken. Het adagium 'het betere is de vijand van het goede' is uit het oog verloren. 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 Wvvgz en de Wzd in belangrijke mate mislukt. Van heldere regelgeving die voldoende rekening houdt met de kenmerken van de domeinen waarin ze moet worden toegepast is geen sprake.

Onjuiste verwachtingen

Het bovenstaande is nog versterkt doordat tijdens het parlementaire proces is uitgegaan van enkele aannames die inmiddels onjuist blijken te zijn. Voorbeelden daarvan zijn:

- er is een duidelijk onderscheid tussen de doelgroepen van beide wetten;
- er zullen voldoende instellingen zijn die beide wetten willen/kunnen uitvoeren;
- het zal makkelijk zijn om tussen beide wettelijke regimes te switchen;
- het stappenplan Wzd sluit goed aan bij het primaire zorgproces.

Sommige van deze aannames waren mogelijk van meet af aan onjuist, andere zijn onvoldoende bewaakt of (vooraf) onderzocht. In elk geval is het zo dat tijdens het parlementaire proces onvoldoende 'reality-checks' zijn uitgevoerd.

De klok terugdraaien?

De huidige Wvvgz en de Wzd, maar ook de verhouding daartussen, leveren in de praktijk veel (uitvoerings)problemen op. Op tal van punten zijn aanpassingen wenselijk of noodzakelijk; deze evaluatie bevat daarvoor een groot aantal aanbevelingen. Een meer rigoureuze oplossing, teruggaan naar de tekentafel of naar één wettelijke regeling voor alle onder de Wvvgz/Wzd vallende domeinen (met daarbinnen de mogelijkheid voor differentiatie), zien de meeste partijen op dit moment niet zitten; zij zijn vooral bevreesd voor opnieuw een langdurig en onbevredigend wetgevingstraject. Toch wordt door respondenten in dit onderzoek ook wel gedroomd over een nieuwe start: hoe zouden we het doen als we nu opnieuw naar de tekentafel gaan? Dan wordt gedacht aan wetgeving die zich beperkt tot de hoofdlijnen ('lean and mean'), met meer ruimte voor nadere uitwerking door het veld dan nu het geval is (met name in het domein van de Wzd).

Complexiteit van Wvvgz en Wzd, mede in relatie tot de (meer)kosten

Met name de Wvvgz maar ook de Wzd zijn complexe wettelijke regelingen, die op onderdelen een zeer geformaliseerde aanpak behelzen. In het rapport over de eerste fase van deze evaluatie is al gewezen op de toegenomen administratieve belasting door beide wetten en op de zeer omvangrijke hoeveelheid ondersteunende informatie die nodig is om de implementatie van beide wetten te doen slagen. Wij vroegen ons daarover in het eerste rapport af: "Is wetgeving die zoveel 'begeleiding'

noodzakelijk maakt wel goede wetgeving?”.³⁰¹ Na afronding van de tweede fase willen we daaraan toevoegen: de vraag stellen is hem beantwoorden. De complexiteit van beide wetten blijkt ook uit de meerkosten ten opzichte van de Wet Bopz. De NZa berekende dat de Wzd heeft geleid tot omvangrijke structurele meerkosten.³⁰² Uit deze evaluatie blijkt dat in het geval van de Wvvgz aanzienlijke kosten verbonden zijn aan de uitvoering van de procedure voor een zorgmachtiging, en dan in het bijzonder voor de GGZ. Ook is de invoering van de Wvvgz gepaard gegaan met een substantieel toegenomen inzet van geneesheer-directeuren en hun ondersteunende medewerkers vergeleken met de situatie ten tijde van de Wet Bopz. Ons onderzoek heeft zich niet gericht op de vraag of (al) deze (meer)kosten te rechtvaardigen zijn. Hier zitten twee kanten aan. Rechtsbescherming die ook effectief blijkt te zijn mag natuurlijk best wat kosten. Maar de Wvvgz en de Wzd bevatten ook zeer bewerkelijke onderdelen die blijkens deze evaluatie lang niet altijd voldoende effectief zijn.

Rechtsbescherming algemeen: uitgangspunten, effectiviteit en uitvoerbaarheid

Verplichte of onvrijwillige zorg is een beperking van de grondrechten van mensen. Die beperkingen moeten zijn gebaseerd op een wettelijke regeling en passen binnen de kaders die voortvloeien uit grondwettelijke (art. 15 Grondwet) en internationaalrechtelijke (art. 5 EVRM) normen. Wat dat betreft zijn uit het onderzoek geen problemen naar voren gekomen. Af en toe is in uitspraken van de Hoge Raad de vraag aan de orde of een bepaald onderdeel van de Wvvgz zich verdraagt met art. 5 EVRM, maar over grote thema's gaat niet. De Wvvgz en de Wzd voldoen in het algemeen aan de voorwaarden die uit de grondwettelijk en internationaalrechtelijke kaders voortvloeien. De Wvvgz en de Wzd bevatten tal van onderdelen die, tegen deze achtergrond, bedoeld zijn om de rechtspositie van patiënten/cliënten te beschermen. Daarbij gaat het vaak om de combinatie van verschillende elementen (zoals rechterlijke besluitvorming, informatievoorziening, (rechts)bijstand, procedurele vereisten e.d.). Rechtsbeschermende maatregelen behoren een meerwaarde te hebben en moeten uitvoerbaar zijn. De evaluatie laat zien dat er wat dat betreft het nodige schort aan onderdelen van beide regelingen. Zo is er veel twijfel over de effectiviteit van de hoorplicht van de burgemeester bij de crisismaatregel Wvvgz (aanbeveling 15, evaluatierapport-deel 1, p. 387) en over de zinvolheid van een stappenplan Wzd dat niet in maatwerk voorziet (aanbevelingen 61 en 62). Er is brede steun voor Wvvgz-thema's als het informeren van patiënten en het rekening houden met wensen en voorkeuren van de patiënt, maar de ingewikkelde en formele wijze waarop die thema's in de wet zijn uitgewerkt bemoeilijkt de uitvoerbaarheid zeer (aanbeveling 6, Evaluatierapport-deel 1, p. 380); aanbevelingen 49-51). Beide wetten bevatten bepalingen ter bescherming van de rechtspositie die zijn gebaseerd op juiste en waardevolle overwegingen, maar die in de wet zijn uitgewerkt op een manier die tot onnodige formalisering en administratieve belasting leidt, en mede daardoor tot geringe(re) effectiviteit. Ook de wijze waarop in de praktijk met de wet wordt omgegaan kan ertoe leiden dat maatregelen die bedoeld zijn bij te dragen aan een verbetering van rechtsbescherming soms leiden tot het tegendeel. Dat werken wij in de volgende twee paragrafen nader uit.

301 Evaluatierapport-deel 1, p. 371.

302 NZa, *Kostenonderzoek Wet zorg en dwang*. Utrecht, 2021.

Rechtsbescherming Wvggz: de zorgmachtiging

In de Wvggz speelt de zorgmachtiging een cruciale rol. De regeling daarvan heeft geleid tot een andere rol van de rechter dan onder de Wet Bopz het geval was. Oordeelde de rechter onder die wet met name met name over de gedwongen opname (en in de klachtenprocedure soms ook over een besluit inzake dwangbehandeling), in de Wvggz beoordeelt de rechter een veel breder pakket van vormen van verplichte zorg waarbij vaak nog niet vaststaat dat (al) die vormen ook daadwerkelijk onder dwang moeten/zullen worden toegepast; dat blijkt pas tijdens de uitvoering van de zorgmachtiging (en vergt dan een art. 8:9 beslissing door de zorgverantwoordelijke). De bredere, meer integrale focus van de rechterlijke beoordeling kan als een verbetering worden gezien, en lijkt erg op de (indertijd veelgebruikte) voorwaardelijke machtiging Bopz. De gedachte is: zolang de patiënt zich coöperatief opstelt is een art. 8:9 beslissing (toepassing zorg onder dwang) niet nodig. Het kwantitatieve onderzoek wijst uit dat er zorgmachtigingen zijn tijdens de uitvoering waarvan geen art. 8:9 beslissing wordt genomen, of slechts in beperkte mate. Dat is op zich niet problematisch, maar kan dat wel blijken te zijn. Dat is het geval als de patiënt onder druk wordt gezet of als, door een te beperkte interpretatie van het begrip verzet, een art. 8:9 beslissing ten onrechte achterwege blijft en de daarmee verbonden rechtsbescherming (waaronder het klachtrecht) in het gedrang komt. In die gevallen wordt de zorgmachtiging niet gezien als een kader voor zorgvuldige afweging en besluitvorming, maar veeleer als een 'vrijbrief' voor de zorgverlener. Het onderzoek laat zien dat dit risico niet denkbeeldig is. Dat verklaart waarom sommige zorgverleners het dwangtoepassingsstelsel van de Wvggz als minder beperkend beoordelen dan dat van de Wet Bopz. Het is belangrijk dit de komende jaren goed te monitoren. Zie ook de aanbeveling 47 en 48.

Rechtsbescherming Wzd: het stappenplan

De bijdrage van de regeling van het stappenplan in de Wzd aan de rechtsbescherming van de cliënt is lastig te duiden. De achtergrond van het stappenplan is gelegen in de wens om in de Wzd-sectoren een cultuurverandering te realiseren, door de bewustwording onder zorgmedewerkers betreffende het toepassen van dwang te vergroten. Dit zou moeten leiden tot een vermindering van onvrijwillige zorg. Eerder in dit hoofdstuk is al de vraag opgeworpen of het reëel is te verwachten dat een wet een geschikt middel is om dat doel te realiseren; andere middelen en activiteiten zijn waarschijnlijk veel belangrijker. Het stappenplan is bedoeld om de vrijheid van de cliënt om het eigen leven in te richten zoveel mogelijk te beschermen en om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken. Het onderzoek laat zien dat het stappenplan in de praktijk niet altijd zo werkt, en nogal eens wordt gebruikt om onvrijwillige zorg te legitimeren.³⁰³ Als het stappenplan op die manier wordt toegepast, pakken zowel het brede scala aan interventies die onder het stappenplan vallen als de onmogelijkheid om het stappenplan te differentiëren voor de rechtspositie van cliënten eerder vrijheidsbeperkend dan vrijheidsbevorderend uit. Ook hier kan dus de wijze van wetstoepassing in de praktijk leiden tot het tegendeel van wat de wet beoogt en is de komende jaren nadere monitoring geboden (ook hier is aanbeveling 48 van belang).

303 Zie ook al KPMG, *Rapportage opzet monitor Wet zorg en dwang, inzicht in de huidige praktijk*. KPMG, 2020.

8.6 De gevolgen van deze evaluatie voor de korte termijn

Deze evaluatie laat geen al te florissant beeld zien van de opzet en inhoud van de Wvggz en de Wzd, van de stand van de implementatie van beide wetten en van de mate waarin reeds aan de met beide wetten beoogde doelstellingen is volstaan. Al eerder is opgemerkt dat de ervaring met eerdere complexe wetgevingstrajecten leert dat het vele jaren kan duren voordat het implementatieproces is voltooid. Ook met betrekking tot de Wvggz en de Wzd valt te verwachten dat het in de praktijk de komende jaren op een aantal punten steeds beter zal gaan. Tegelijkertijd zijn in deze evaluatie een aantal fundamentele problemen en knelpunten naar voren gekomen, die deels alleen door aanpassingen van de wetgeving weggenomen kunnen worden.

Te verwachten valt dat het enige tijd kan duren voordat wetsaanpassingen naar aanleiding van deze evaluatie in werking kunnen treden. Waar de eerdere reparatiewetten relatief snel door het parlement werden afgehandeld, zal dat met wetsaanpassingen van meer fundamentele aard mogelijk minder vlot verlopen. Alle betrokkenen partijen dienen eraan bij te dragen dat een herhaling van de contraproductieve parlementaire trajecten van Wvggz en Wzd wordt voorkomen, zodat een komend wetsvoorstel dat strekt tot aanpassing van beide wetten een vlotte parlementaire behandeling krijgt.

Op basis van het onderzoek kan aan partijen in het veld (zorgverleners, instellingen, branche- en belangenorganisaties) een compliment worden gemaakt voor de wijze waarop zij zich in de afgelopen jaren hebben ingespannen om er, ondanks alle gesignaleerde problemen en knelpunten met betrekking tot beide wetten, in de praktijk het beste van te maken. Door middel van tal van creatieve oplossingen, work-arounds en ondersteunende producten wordt op verschillende manieren getracht om in de praktijk de bedoelingen van de wet zo goed mogelijk toe te passen en zo dicht mogelijk bij de inhoud van de wet te blijven. Dit heeft geresulteerd in allerlei nuttige verbeteringen, zowel op praktisch niveau als waar het gaat om beleid. In dit verband kan ook gewezen worden op activiteiten van Mind, het Wvggz-ketencoördinatieteam, Akwa GGZ, en op de proeftuinen binnen het Wzd-domein. Het veld heeft laten zien zeer betrokken te zijn en tot waardevolle gezamenlijke resultaten te kunnen komen. Maar er is, zo laat dit onderzoek zien, nog veel werk aan de winkel. Omdat wetsaanpassingen nog wel even op zich kunnen laten wachten, is het belangrijk dat alle betrokkenen op korte termijn bezien welke nadere stappen en activiteiten nog kunnen helpen om de werkbaarheid en uitvoerbaarheid van de Wvggz en de Wzd te verbeteren. De uitkomsten van deze evaluatie geven die ontwikkeling hopelijk een boost. Belangrijk is dat de overheid de partijen in het veld ondersteunt, financieel of anderszins, bij het nemen van initiatieven.

Aanbeveling 69: Entameer op de kortst mogelijke termijn een gedragen actieprogramma dat zich richt op manieren om anders dan door wetsaanpassing te komen tot verbetering van de werkbaarheid, uitvoerbaarheid en effectiviteit van de Wvggz en de Wzd. Stimuleer daarbij de uitwisseling van ervaringen tussen zorgaanbieders, om van elkaar te leren (overheid, veldpartijen)

De uitvoering van deze aanbeveling kan worden gemonitord in het structurele overleg dat reeds bestaat tussen de overheid en het veld met betrekking tot de Wvvggz en de Wzd. Reeds lopende trajecten kunnen in dat actieprogramma worden geïncorporeerd. Het is cruciaal in dit kader aan patiënten- en cliëntenorganisaties een belangrijke rol te geven. Het is belangrijk hierbij ook de uitkomsten van het Verdiepingsonderzoek Wvvggz (zie par. 1.6) en het aanbevolen toekomstige verdiepingsonderzoek Wzd te betrekken.

8.7 Over de opzet en het verloop van deze evaluatie; lessen voor de toekomst

De Wvvggz en de Wzd bepalen dat beide wetten binnen twee jaar na de inwerkingtreding worden geëvalueerd, en vervolgens elke vijf jaar. Op zichzelf bezien is dit een gebruikelijke evaluatiebepaling, die ook in tal van andere gezondheidswetten te vinden is. De eerste evaluatie van dergelijke complexe en omvangrijke wetten geeft dan doorgaans een eerste indruk van ontwikkelingen en ervaringen, en biedt veelal geen basis voor al te vergaande conclusies en aanbevelingen. In het geval van de Wvvggz en de Wzd gaf deze evaluatie niettemin al aanleiding voor een behoorlijk aantal meer of minder ingrijpende voorstellen. De rechtvaardiging daarvoor is gelegen in een combinatie van twee omstandigheden: de uitkomsten van het in 2021 en 2022 uitgevoerde onderzoek en de zeer omvangrijke discussie over beide wetten zoals die al ruim voor de inwerkingtreding van beide wetten plaatsvond. In die discussie werden al tal van (mogelijke) knelpunten met betrekking tot beide wetten genoemd. Waar het onderzoek in 2021-2022 deze knelpunten bevestigde, hebben wij er op een aantal punten voor gekozen aanbevelingen te doen die verstrekkender zijn dan in een eerste evaluatie gangbaar is. Het zou onder de gegeven omstandigheden niet juist zijn daarmee te wachten tot de volgende evaluatie rond 2025/2026.

Deze eerste evaluatie van de Wvvggz en de Wzd werd gekenmerkt door een sterke betrokkenheid van de partijen uit het veld. Gelet op de ontwikkelingen in de jaren vóór 2020 was dit ook te verwachten. Op tal van momenten in de periode 2021-2022 is door de veldpartijen gevraagd en ongevraagd input geleverd aan de onderzoekers en de betrokken ministeries. Voor de onderzoekers was het belangrijk een manier te vinden om deze input op een gestructureerde en rechtvaardige manier te gebruiken, ook om te garanderen dat alle betrokken partijen in voldoende mate hun geluid konden laten horen. Om die reden hebben, naast vele contacten tijdens de uitvoering van het onderzoek, bij aanvang van het traject en kort voor het einde van beide fasen van het onderzoek bijeenkomsten met de veldpartijen plaatsgevonden en is tweemaal een brede e-mail-uitvraag gedaan. Tijdens de bijeenkomsten aan het eind van elke fase zijn de conceptconclusies en -aanbevelingen gepresenteerd en besproken. Dit heeft waardevolle extra informatie opgeleverd en bijgedragen aan het draagvlak voor de conclusies en aanbevelingen. Het is zeker het overwegen waard dergelijke bijeenkomsten (bij de start en kort voor het einde) bij elke wetsevaluatie te houden.

Wetsevaluaties vinden zelden plaats in een context waarin alle andere ontwikkelingen even 'on hold' worden gezet (in afwachting van de evaluatie uitkomsten). Er zijn tijdens de looptijd van een evaluatieonderzoek altijd interfererende bewegingen (wetswijzigingen, initiatieven van veldpartijen, parlementaire discussies, ontwikkelingen in de rechtspraak e.d.). Tijdens deze eerste evaluatie van de

Wvggz en Wzd was dit echter in extreme mate het geval, onder meer door de inwerkingtreding van de eerste reparatiewet, de parlementaire discussie over de tweede reparatiewet, onderzoeken en initiatieven in de praktijk om implementatieproblemen die al snel naar voren kwamen het hoofd te bieden, de vele positiebepalingen van veldpartijen, de start door het ministerie van allerlei aanpalende trajecten e.d. Dat betekent dat tijdens het evaluatieonderzoek diverse factoren en omstandigheden steeds wijzigden, en dat het ingewikkeld was om vast te blijven houden aan de oorspronkelijke planning en opzet van het onderzoek. Om dat te kunnen doen, is door de onderzoekers notie genomen van de vele genoemde ontwikkelingen, maar zijn deze lang niet allemaal ten volle bij het onderzoek betrokken. Dat heeft ertoe bijgedragen dat de evaluatie zich vooral heeft gericht op de doelstellingen en grote thema's van beide wetten en dat, in relatie tot de beschikbare tijd en middelen, voortdurend keuzen moesten worden (bijvoorbeeld ook over de breedte van het kostenonderzoek Wvggz).

In een vroeg stadium bleek het onvermijdelijk te zijn de evaluatie te faseren, met name ook omdat benodigde (kwantitatieve) gegevens niet tijdig beschikbaar leken te komen om het hele traject, zoals beide wetten voorschreven, eind 2021 op een kwalitatief verantwoorde manier af te ronden. De landelijke data over de toepassing van verplichte en onvrijwillige zorg kwamen uiteindelijk pas in juni 2022 beschikbaar. Met de fasering van een dergelijke complexe wetsevaluatie was tot nu toe geen ervaring opgedaan. Die fasering vroeg om het opknippen van het onderzoek in twee delen, maar leidde ook tot een eigen dynamiek. Zo werden door de Tweede en de Eerste Kamer al tal van vragen gesteld over de uitkomsten van de eerste fase van de evaluatie voordat het rapport van de tweede fase (met de daarin opgenomen eindconclusies) bekend was. Faseren was onvermijdelijk, maar bepaald niet ideaal. Het zou beter zijn om in dergelijke gevallen te kunnen besluiten de evaluatie als geheel enige tijd uit te stellen, maar dat vergt een flexibeler formulering van de in de wet opgenomen evaluatiebepaling.

De tweede evaluatie van de Wvggz en Wzd staat gepland voor de periode 2025/2026. Het gebruik is om dan opnieuw een brede evaluatie te initiëren. Deze eerste evaluatie levert echter zodanige knelpunten op dat het de vraag is of het wijs is met het opnieuw evalueren van (onderdelen van) deze twee wetten te wachten tot weer vijf jaar zijn verstreken. Het onderzoek levert tal van thema's op waarnaar beter op kortere termijn al nader onderzoek kan worden gedaan. Dat zou kunnen leiden tot de combinatie van een thematische aanpak (een aantal kleinere, specifieke onderzoeken in de periode 2023-2025) en een beperkte overkoepelende/afroondende evaluatie in de periode 2025/2026. Te verwachten valt dat de opbrengst van het geheel en de mate van verdieping groter zijn dan die van (wederom) een brede, integrale evaluatie over vijf jaar. De overkoepelende/afroondende evaluatie zou dan kunnen plaatsvinden onder auspiciën van een onafhankelijke commissie van deskundigen, zoals ook bij de derde evaluatie van de Wet Bopz het geval was. In het licht van de uitkomsten van deze eerste evaluatie zijn voor de hand liggende ijkpunten voor een volgende evaluatie in elk geval:

- gaat het beter met het realiseren van de wettelijke doelstellingen?
- is tussen de Wvggz en de Wzd een werkbaarder verhouding ontstaan?
- zijn de met de Wvggz en de Wzd gepaard gaande formalisering en administratieve belasting verminderd?

- Wvvgz: leidt de uitvoering van de zorgmachtiging tot goede rechtsbescherming?
- Wzd: is met betrekking tot het stappenplan een werkbaarder situatie ontstaan?

Aanbeveling 70: Richt de tweede evaluatie van de Wvvgz en de Wzd zo in dat in de periode 2023-2026 sprake is van een thematische aanpak, die tegen het einde van de genoemde periode wordt afgesloten met een meer overkoepelende analyse (overheid, wetgever)

A

Samenstelling Begeleidingscommissie en Commissie evaluatie regelgeving

Begeleidingscommissie

Voorzitter

de heer R.A. (Robbin) Thieme Groen, MD, MHA

Leden

mevrouw drs. M.A.M. (Marleen) Barth

mevrouw drs. I. (Irme) de Bonth-Vereijken

de heer R.H. (Robert) Eijpe

de heer dr. A.J.K. (Adger) Hondius

mevrouw mr. H.I. (Henriette) Kernkamp-Maathuis

mevrouw drs. J.H.C.M. (Julie) Meerveld

mevrouw S. (Simone) Melis

mevrouw mr. R.P. (Robinetta) de Roode

de heer mr. dr. T.P. (Ton-Peter) Widdershoven

mevrouw L. (Linda) Willems

mevrouw C.F. (Channa) de Winter

de heer prof. dr. H.B. (Heinrich) Winter

Waarnemers

de heer R.C. (Reinier) Cornet (VWS)

mevrouw dr. C.H. (Katy) de Kogel (WODC)

mevrouw S.G. (Sabrina) van der Lubbe (JenV)

mevrouw mr. A. (Annemarieke) Rendering (VWS)

de heer D. (Diederik) Verzijl (PwC)

Commissie evaluatie regelgeving

Voorzitter

mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

Leden

mevrouw mr. W.K. Bischof

mevrouw dr. mr. A. de Jong

mevrouw mr. K. van Lessen Kloeke

de heer prof. dr. A.A. de Roo

de heer prof. mr. J.G. Sijmons

de heer R. A. Thieme Groen, MD, MHA

de heer prof. dr. R.A.E.M. Tollenaar

de heer dr. ir. C.M. Vos

mevrouw drs. F.E. Welles

de heer prof. dr. D.L. Willems

Waarnemer

mevrouw mr. S.M. van Weezel (VWS)

ZonMw

de heer mr. M. Slijper

B

Overzicht aanbevelingen

Aanbevelingen uit deel 1

Algemeen

- Aanbeveling 1: Intensiveer de voorlichting aan en de scholing over de Wvggz en de Wzd onder de personen die bij de toepassing van deze wetten betrokken zijn (overheid i.s.m. de veldpartijen).
- Aanbeveling 2: Laat gericht onderzoek doen naar de discrepantie tussen de wettelijke eisen en de beschikbaarheid van daarvoor benodigde middelen en voorzieningen (personeel, financieel, beddencapaciteit) (overheid).
- Aanbeveling 3: Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de Wvggz en de Wzd te screenen op onnodige administratieve belasting, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).
- Aanbeveling 4: Richt een taskforce in die de opdracht krijgt de voorgeschreven momenten van gegevensuitwisseling in de Wvggz en de Wzd te screenen op uitvoerbaarheid en nut/noodzaak, om te komen tot concrete aanbevelingen ter vereenvoudiging van de uitvoerbaarheid van de wetgeving (overheid).

De Wvggz

- Aanbeveling 5: Pas de wettelijke regeling van het plan van aanpak zodanig aan dat betere en effectievere mogelijkheden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen (wetgever).
- Aanbeveling 6: Vereenvoudig de informatievoorziening aan patiënten, zowel waar het gaat om de inhoud als om de wettelijke vormgeving; zet meer in op informatieverstrekking door middel van persoonlijk contact op een moment dat de patiënt daarvoor openstaat. Voeg er aan toe dat een maximale inspanning moet worden geleverd om te

vergewissen dat de betrokkene de informatie naar haar inhoud heeft begrepen (wetgever).

Aanbeveling 7: Heroverweeg de wijze waarop het thema wils(on)bekwaamheid in de Wvggz gestalte is gegeven (wetgever).

Aanbeveling 8: Splits art. 3:2 lid 2 onder a Wvggz; geef het toedienen van medicatie een eigen plaats in de opsomming van mogelijke vormen van verplichte zorg (wetgever).

Aanbeveling 9: Onderzoek de mogelijkheden tot vereenvoudiging van het geheel van activiteiten dat binnen het vier-weken-periode als genoemd in art. 5:16 lid 1 Wvggz (wetgever i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 10: Voeg aan het model medische verklaring een onderdeel toe waarin de onderbouwing met betrekking tot de aangekruiste vormen van verplichte zorg, in relatie tot de wettelijke criteria, beter zichtbaar is (wetgever).

Aanbeveling 11: Draag ervoor zorg dat de beroepsgroep een multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvggz opstelt die zich niet beperkt tot ambulante verplichte zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 12: Wijzig de inhoud van art. 6:1 lid 4 Wvggz van 'aanwezig, tenzij' in 'afwezig, tenzij' (wetgever).

Aanbeveling 13: Breng de terminologie van de artt. 6:6 en 8:19 Wvggz op één lijn en voorziet in expliciete wettelijke duidelijkheid over het moment van beëindigen van de zorgmachtiging (anders dan door het verstrijken van de geldigheidsduur) (wetgever).

Aanbeveling 14: Vereenvoudig art. 18:8 lid 3 onder b Wvggz in die zin dat overleg over de voorgenomen beëindiging wordt vervangen door een (tijdige) kennisgeving van beëindiging (wetgever).

Aanbeveling 15: Schrap de in art. 7:1 lid 3 onder b Wvggz opgenomen hoorplicht van de burgemeester (wetgever).

Aanbeveling 16: Bepaal in de wet dat de gegevens over patiënten die met een crisismaatregel of zorgmachtiging te maken krijgen automatisch aan de pvp worden verstrekt (wetgever).

Aanbeveling 17: Pas art. 10:3 Wvggz zodanig dat duidelijk is tegen welke beslissingen een beroep op de klachtencommissie mogelijk is (wetgever).

Aanbeveling 18: Organiseer een structuur om onderling contact tussen klachtencommissies te faciliteren en te stimuleren (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 19: Bepaal in de wet dat alle uitspraken van klachtencommissies op grond van de Wvvgz en de Wzd op een centraal punt (bijvoorbeeld een website) geraadpleegd en doorzocht kunnen worden (wetgever).

Aanbeveling 20: Neem in de wet op dat de zorgaanbieder jegens familie en naasten een informatieplicht heeft met betrekking tot de mogelijkheid een familievertrouwenspersoon in te schakelen (wetgever).

De Wzd

Aanbeveling 21: Vervang de huidige bepaling over gelijkgestelde aandoeningen (art. 1 lid 4 Wzd) door een bepaling waarin een deskundige arts de bevoegdheid krijgt om op grond van thans in art. 1 lid 4 genoemde omstandigheden a, b en c te bepalen dat een cliënt is aangewezen op Wzd-zorg (wetgever).

Aanbeveling 22: draag zorg voor een verheldering van de inhoud van de in art. 2 lid 1 Wzd genoemde vormen van onvrijwillige zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 23: Verduidelijk de terminologie met betrekking tot het begrip locatie, creëer ruimte voor differentiatie en overweeg de registratieplicht te verruimen tot alle situaties waarin redelijkerwijs te verwachten valt dat onvrijwillige zorg zal plaatsvinden (wetgever).

Aanbeveling 24: Beleg de beleidsverantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken betreffende onvrijwillige zorg niet bij de Wzd-functionaris, maar bij de zorgaanbieder. Maak duidelijk hoe de zorgaanbieder die geen instelling is maar een solistisch werkende beroepsbeoefenaar, invulling moet geven aan de talrijke verplichtingen die de wetgeving aan zorgaanbieders oplegt (wetgever, overheid).

Aanbeveling 25: Bezie mede in het licht van de bepalingen die over het zorgplan reeds in de Wlz zijn opgenomen, welke onderdelen in de artt. 5–9 Wzd alles afwegend gemist kunnen worden dan wel aanpassing verdienen en/of ter zelfregulering aan het veld kunnen worden overgelaten (wetgever).

Aanbeveling 26: Splits art. 2 lid 1 onder a Wzd op in meerdere elementen en verduidelijk de betekenis van het behandelen van een somatische aandoening ‘vanwege’ de aandoening/beperking waardoor de cliënt onder de Wzd valt (wetgever).

Aanbeveling 27: Neem expliciet in de Wzd op dat zowel bij de totstandkoming van de medische verklaring als bij het uitvoeren van het stappenplan gegevensuitwisseling is

toegestaan tussen degenen die daarbij op grond van de wet betrokken (kunnen) zijn (wetgever).

Aanbeveling 28: Licht nader toe wat de rechtsgevolgen zijn van het CIZ besluit tot opname en verblijf en wat precies de juridische status is van de op grond van dat besluit opgenomen cliënt (overheid).

Aanbeveling 29: Neem alsnog in de Wzd een verplichting op vergelijkbaar met die van art. 8.31 Wvggz (wetgever).

Aanbeveling 30: Voeg aan de Wzd een met art. 8:1 lid 5 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

Aanbeveling 31: Voeg aan de Wzd een met art. 7:3 Wvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

Aanbeveling 32: Pas art. 58 Wzd in die zin aan dat de cvp altijd in staat moet worden gesteld tot een algemeen locatiebezoek (wetgever).

Aanbeveling 33: Beperk de aansprakelijkheid voor schadevergoeding tot de zorgaanbieder (wetgever).

Aanbeveling 34: Bezie op welke punten de verhouding tussen Wzd en Wgbo nog verder verduidelijkt kan worden (overheid).

Wvggz en Wzd: samenhang en afstemming

Aanbeveling 35: Neem in de Wzd op dat bij tijdelijk verblijf van een Wvggz-patiënt in een Wzd-instelling de zorgmachtiging ex Wvggz niet vervalt, maar wordt opgeschort (wetgever).

Aanbeveling 36: Maak het mogelijk dat een opgeschorte Wzd-machtiging ook kan worden verlengd op een moment dat betrokkene met een zorgmachtiging zich in een Wvggz-instelling bevindt, en wel in gevallen waarin een terugkeer naar het Wzd-domein voorzienbaar is (wetgever).

Aanbeveling 37: Neem in de Wvggz vergelijkbare doorgeleidingsbepalingen op als thans in art. 28, tweede lid en 30, tiende lid Wzd zijn opgenomen teneinde een tijdige overgang naar de Wzd procedures te bespoedigen, mocht deze in de voorbereidingsfase van een ZM aangewezen blijken (wetgever).

Aanbeveling 38: Neem in elk geval in de Wvggz de mogelijkheid op dat, onder voorwaarden, de onvrijwillige opname in de zin van die wet mede kan strekken tot opneming in een Wzd-accommodatie (wetgever).

De relatie met de Wfz

Aanbeveling 39: Onderzoek mogelijkheden om, in de context van art. 2.3 Wfz, een beter onderscheid te maken tussen patiënten waarbij de nadruk ligt op zorgbehoefte en patiënten waarbij het (vooral) gaat om delictpreventie (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 40: Overweeg het creëren van een plaatsingsloket met betrekking tot de uitvoering van machtigingen op grond van art. 2.3 Wfz (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbeveling 41: Schrap de wettelijke rol van de minister van JenV met betrekking tot verlof en beëindiging inzake een op grond van art. 2.3 Wfz gegeven zorgmachtiging (wetgever).

Aanbeveling 42: Vereenvoudig en verduidelijk Hoofdstuk 9 Wvvgz en sluit beter aan bij de opzet en terminologie van die wet (wetgever).

Aanbeveling 43: Creëer een coördinerende functie ten behoeve van situaties waarin art. 2.3 Wfz i.c.m. de Wzd wordt toegepast (overheid i.s.m. de veldpartijen).

Aanbevelingen uit deel 2

Algemeen I

Aanbeveling 44: Sta in de periode tot de tweede evaluatie expliciet stil bij de vraag of de ontwikkelingen in wetgeving en praktijk tot een voldoende werkbare verhouding tussen Wvvgz en Wzd leiden; zo niet, overweeg dan beide wetten samen te voegen tot een wettelijk systeem waarin voldoende rekening wordt gehouden met de karakteristieken van de GGZ- en de PG/VG-sector (overheid/wetgever i.s.m. veldpartijen)

Aanbeveling 45: Onderzoek mogelijkheden om de volledigheid, betrouwbaarheid en tijdige aanlevering van de verplicht aan te leveren gegevens te verbeteren (overheid, IGJ, veldpartijen)

Aanbeveling 46: Heroverweeg de aard, omvang en gedetailleerdheid van de gegevens over toegepaste verplichte/ontvrijwillige zorg die zorgaanbieders verplicht zijn te registreren en bij de IGJ aan te leveren, in relatie tot de met de analyse van die gegevens beoogde doelen (IGJ, veldpartijen, wetgever)

Aanbeveling 47: Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van verplichte zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de interpretatie van het begrip

verzet en om een richtinggevend kader voor het wel of niet nemen van een art. 8:9 beslissing (veldpartijen)

Aanbeveling 48: Richt het toezicht van de IGJ met betrekking tot de rechtsbescherming van de patiënt zo in, dat ook de werkelijkheid achter de toepassing van de wettelijke bepalingen in beeld komt (IGJ, overheid)

De Wvggz

Aanbeveling 49: Pas de Wvggz zodanig aan dat wordt voorzien in één instrument dat waarborgt dat wensen en voorkeuren van de patiënt tijdig worden geïnventariseerd en kenbaar zijn (wetgever)

Aanbeveling 50: Richt de praktijk zo in dat tijdig (vóór de ZM-procedure) een laagdrempelig gesprek plaatsvindt met de patiënt over diens wensen en voorkeuren, herhaal dat gesprek regelmatig en leg de uitkomsten vast op een wijze (bijvoorbeeld een pagina in het EPD) die makkelijk toegankelijk is voor alle betrokkenen, waaronder de rechter (veldpartijen, zo nodig de wetgever)

Aanbeveling 51: Bepaal in de wet dat alle betrokkenen de wensen en voorkeuren van de patiënt bij hun besluitvorming betrekken en daarover rapporteren (wetgever)

Aanbeveling 52: Voorzie in de wettelijke mogelijkheid dat de termijn voor het verkennend onderzoek langer kan zijn dan 14 dagen (wetgever)

Aanbeveling 53: Verbeter met betrekking tot het verkennend onderzoek en het wederkerigheidsprincipe de informatiesystemen en creëer duidelijkheid over de vraag welke informatie alleen met toestemming van de patiënt mag worden uitgewisseld en welke ook zonder; bevorder dat het proces van het vragen van toestemming, indien nodig, tijdig in gang wordt gezet; verbeter zo nodig de juridische grondslag(en) voor gegevensuitwisseling tussen gemeente en GGZ (overheid, veldpartijen, zo nodig de wetgever)

Aanbeveling 54: Formuleer het wederkerigheidsprincipe duidelijker als een inspanningsverplichting voor gemeenten en zorgaanbieders die door de rechter kan worden getoetst (wetgever)

Aanbeveling 55: Neem in de te registreren gegevens-set op grond van art. 8:24 Wvggz een onderscheid op tussen intramurale en ambulante verplichte zorg (wetgever)

Aanbeveling 56: Verbeter de ondersteuning vanuit EPD-systemen bij de gegevensregistratie door zorgverleners en andere medewerkers; neem in het EPD-systeem ook een faciliteit op

die het mogelijk maakt een koppeling te leggen tussen de looptijden van juridische titels en de registratie van verleende verplichte zorg (veldpartijen)

Aanbeveling 57: Breid het kostenonderzoek uit naar andere Wvvgz-procedures (zoals de procedure voor een crisismaatregel, en de voortzetting daarvan; en de klachtenprocedure) en andere actoren (zoals de gemeente en de advocatuur) zodat een integraal (alomvattend) beeld wordt verkregen van de kosten die gemoeid gaan met de uitvoering van de Wvvgz in de praktijk (overheid)

Aanbeveling 58: Breng in toekomstig kostenonderzoek ook de ervaringen en tevredenheid van betrokkenen en hun naasten in kaart om zicht te krijgen op de effecten van de tijdsbesteding van actoren aan Wvvgz-procedures (overheid)

De Wzd

Aanbeveling 59: Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van onvrijwillige zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de verschillende vormen en gradaties van drang en om de interpretatie van het begrip verzet (veldpartijen)

Aanbeveling 60: Voorzie in nadere handreikingen en instructies met betrekking tot ambulante onvrijwillige zorg, onder meer waar het gaat om de beschikbaarheid van de cvp, de positie van mantelzorgers en de afspraken tussen mantelzorgers en zorgverleners (veldpartijen)

Aanbeveling 61: Maak het stappenplan in de Wzd minder rigide en schep ruimte voor professionals om door maatwerk recht te doen aan de omstandigheden van individuele cliënten. Beperk de wettelijke regeling tot de materiële uitgangspunten (zoals noodzaak, proportionaliteit, subsidiariteit) en de hoofdlijnen van de bij de besluitvorming rond onvrijwillige zorg te volgen procedure (wetgever)

Aanbeveling 62: Laat verdere uitwerking van het stappenplan aan zelfregulering over, in overleg met cliëntenorganisaties. Besteed daarnaast ook aandacht aan de benodigde randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de (aangepaste) regeling van het stappenplan (veldpartijen, overheid)

Aanbeveling 63: Laat art. 2 lid 2 Wzd in de huidige vorm vervallen voor situaties waarin de vertegenwoordiger instemt, maar regel dat in het door de zorgaanbieder op te stellen beleidsplan ex art. 19 Wzd wordt aangegeven in welke extra waarborgen zal worden voorzien met het oog op zorgvuldige besluitvorming en evaluatie van de in art. 2 lid 2 bedoelde situaties (wetgever)

- Aanbeveling 64: Verschaf duidelijkheid met betrekking tot de gesignaleerde knelpunten inzake art. 21 Wzd, bijvoorbeeld door aanpassing van de factsheet Opname en verblijf in de Wzd (overheid)
- Aanbeveling 65: Bepaal in de Wzd dat de rechter in gevallen waarin hij verzet niet aanwezig acht zelf een art. 21-besluit kan nemen (wetgever)
- Aanbeveling 66: Maak duidelijk waarom met een minder ingrijpende procedure voor opneming van gbgv-cliënten dan de huidige art. 21 Wzd-regeling niet kan worden volstaan (overheid)
- Aanbeveling 67: Breid, al dan niet onder voorwaarden, de beroepsgroepen die als Wzd-functionaris kunnen optreden uit en verhelder de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wzd-functionaris en veldpartijen)
- Aanbeveling 68: Entameer ook een verdiepingsonderzoek Wzd, waarin onderzocht wordt op welke wijzorgaanbieders op dat terrein zelf kunnen bijdragen aan het beter realiseren van de doelstellingen van de wet (overheid, veldpartijen)

Algemeen II

- Aanbeveling 69: Entameer op de kortst mogelijke termijn een gedragen actieprogramma dat zich richt op manieren om anders dan door wetsaanpassing te komen tot verbetering van de werkbaarheid, uitvoerbaarheid en effectiviteit van de Wvvgz en de Wzd. Stimuleer daarbij de uitwisseling van ervaringen tussen zorgaanbieders, om van elkaar te leren (overheid, veldpartijen)
- Aanbeveling 70: Richt de tweede evaluatie van de Wvvgz en de Wzd zo in dat in de periode 2023-2026 sprake is van een thematische aanpak, die tegen het einde van de genoemde periode wordt afgesloten met een meer overkoepelende analyse (overheid, wetgever)

C

Methodologische verantwoording kwalitatief empirisch onderzoek

Hieronder wordt ingegaan op de methoden van empirische kwalitatieve data verzameling in fase 2 van de wetsevaluatie. Het onderzoek betreft twee algemene thema's, namelijk de keuze voor twee wetten en het toezicht door de IGJ (Hoofdstuk 2), en verdiepende thema's betreffende de Wvvgz (Hoofdstuk 3), respectievelijk de Wzd (Hoofdstuk 6). De toelichting op de methoden die gebruikt zijn voor de kwantitatieve dataverzameling en verwerking en het kostenonderzoek Wvvgz zijn vermeld in de desbetreffende hoofdstukken (Hoofdstuk 4, 5 en 7).

1 Doelstelling

Zoals beschreven in Hoofdstuk 8 is in 2020 besloten het evaluatieonderzoek te faseren. In de eerste fase van het onderzoek, waarover is gepubliceerd in 2021, stonden de implementatie en de uitvoerbaarheid van de Wvvgz en de Wzd centraal. In fase 2 ligt de focus op de doeltreffendheid en (neven)effecten van beide wetten. Het onderscheid tussen beide fasen van het onderzoek kan als volgt worden beschreven met betrekking tot het kwalitatieve onderzoek:

- Fase 1: een brede inventarisatie van ervaringen en knelpunten van betrokkenen (professionals, naasten en patiënten/cliënten) met betrekking tot de Wvvgz en de Wzd;
- Fase 2: verdiepend onderzoek naar een aantal specifieke thema's, met bijzondere aandacht voor de doeltreffendheid en (neven)effecten van beide wetten. De selectie van de thema's is gemaakt op basis van de uitkomsten van fase 1.

2 Onderzoeksopzet

Het kwalitatief empirisch onderzoek heeft zich gericht op de ervaringen in het veld met de twee algemene thema's en de verdiepende thema's betreffende de Wvvgz en de Wzd. De dataverzameling is afgestemd op de verschillende thema's. Op basis van de juridische analyse van de thema's zijn veldpartijen bevraagd over hun visies en ervaringen. Daarbij zijn meerdere methoden van dataverzameling toegepast (enquêtes, focusgroepen, individuele interviews). Waar mogelijk is een iteratieve werkwijze toegepast, waarbij bevindingen uit de eerdere fasen van dataverzameling zijn

gebruikt als input in de latere fasen (resultaten van de enquêtes werden bijvoorbeeld voorgelegd in focusgroepen).

3 Dataverzameling en respondenten

3.1 Onderzoek algemene thema's

In de tweede fase van de wetsevaluatie Wzd zijn twee algemene thema's uitgediept, te weten:

- De keuze voor twee aparte wetten
- Het toezicht van de IGJ op de naleving van beide wetten

Dataverzameling vond plaats door middel van:

- Een online enquête onder veldpartijen
- Een online groepsinterview met vertegenwoordigers van de IGJ

3.1.1 Online enquête

De online enquête (via LimeSurvey) bestond uit zes open vragen, drie over de keuze voor twee wetten, en drie over de ervaringen met de IGJ. De vragenlijst is uitgezet onder instanties en organisaties in het veld. In totaal hebben 41 instanties en organisaties de vragen beantwoord. Zie annex voor een overzicht van de benaderde instanties en organisaties.

3.1.2 Groepsinterview IGJ

Over thema 2 is aanvullend op de enquête een online groepsinterview gehouden met vertegenwoordigers van de IGJ. Hieraan namen vijf personen deel, twee beleidsmedewerkers en drie direct betrokkenen bij de uitvoering.

3.2 Onderzoek thema's Wvvgz

In de tweede fase van de wetsevaluatie Wvvgz stonden drie verdiepende thema's centraal, te weten:

- Terugdringen van dwang en de versterking van de rechtspositie van de patiënt
- Rekening houden met wensen en voorkeuren van de patiënt
- Verkennend onderzoek en zorgdragen voor wederkerigheid

Dataverzameling voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek vond plaats door middel van:

- Een online enquête onder professionals over hun ervaringen met de Wvvgz gericht op de drie verdiepende thema's

- Online focusgroepen met brancheorganisaties, beroepsorganisaties en vertegenwoordigers vanuit cliënten/ belangenorganisaties
- Aanwezigheid online werkgroep Wvggz Gemeente
- Een aantal aanvullende online (groeps)interviews

3.2.1 Online enquête

De online enquête (via LimeSurvey) bestond uit 8 open vragen. De vragenlijst is uitgezet via de NVVP met de vraag dit verder te verspreiden binnen de instellingen. In totaal vulden 99 respondenten de vragenlijst volledig in. In tabel 1 t/m 3 is de respons weergegeven, uitgesplitst naar functie, sector en aandachtsgebied.

Samenvatting respons (28/3/2022- 19/04/2022)

Tabel 1: Functie van de respondenten

Functie	Aantal
Psychiater	75
Geneesheer-directeur	16
A(N)IOS	5
Verpleegkundig specialist	1
Anders	2
Totaal	99

Tabel 2: sector

Sector	Aantal
Ambulant	50
Kliniek	18
Beiden	29
Anders	2
Totaal	99

Tabel 3: Aandachtsgebied

Aandachtsgebied	Aantal
Regulier	69
Forensisch	8
Verslaving	4
Kinder/ jeugd	2
Anders	16
Totaal	99

De kwalitatieve data van de online enquête zijn geanalyseerd en vervolgens gebruikt als input voor vier focusgroepen die zijn georganiseerd rond de beschreven thema's.

3.2.2 Focusgroepen

In de focusgroepen is dieper ingegaan op de verschillende thema's. Waar mogelijk werden de resultaten vanuit online enquête ingebracht. Zie tabel 4 voor een overzicht van de verschillende focusgroepen en de deelnemende organisaties aan de focusgroepen.

Tabel 4: organisaties die deelnamen aan de focusgroepen per thema

Thema's per focusgroep	Deelnemende organisaties
<i>Focusgroep 1</i>	Cliënten en – familievertegenwoordigers:
Thema 1: Terugdringen van dwang en de versterking van de rechtspositie van de patiënt	MIND, LSFVP, Stichting PVP, cliëntenraad van een ggz organisatie
Thema 2: Wensen en voorkeuren van de patiënt	
<i>Focusgroep 2</i>	NVvP, MIND, OM, PVP, LSFVP, GGZ instelling,
Thema 1: Terugdringen van dwang en de versterking van de rechtspositie van de patiënt	IGJ, de Nederlandse ggz, KCT, IGJ
Thema 2: Wensen en voorkeuren van de patiënt	
<i>Focusgroep 3</i>	V&VN psychiatrisch verpleegkundige,
Thema 1: Terugdringen van dwang en de versterking van de rechtspositie van de patiënt	sociaal psychiatrisch verpleegkundige/ trainer, verpleegkundig specialist,
Thema 2: Wensen en voorkeuren van de patiënt	verpleegkundige gemeentelijke uitvoeringsniveau, V&VN als toehoorder
<i>Focusgroep 4</i>	KCT, OM, Stichting PVP, de Nederlandse ggz,
Thema 4: Verkennend onderzoek en zorgdragen voor wederkerigheid	Politie, GGD, GGZ instelling, LSFVP, gemeente, NVvP, MIND Ypsilon, VNG

3.3.3. Aanvullende dataverzameling

Aanvullend op de focusgroepen zijn nog enkele interviews verricht, bijvoorbeeld als aanwezigheid bij focusgroepen niet mogelijk was. Dit gold voor Eerste geneeskundige MGGZ/GGD en het openbaar ministerie (groepsinterview n=3). Bovendien zijn we aanwezig geweest bij de 'werkgroep Wvggz Gemeente' over het wederkerigheidsprincipe en verkennend onderzoek (thema 4).

3.3 Onderzoek thema's Wzd

In de tweede fase van de wetsevaluatie Wzd stonden vier verdiepende thema's centraal, te weten:

- Terugdringen van dwang als doelstelling van de Wzd
- Versterking van rechtsbescherming van cliënten, met name via het stappenplan
- De positie van cliënten die zich niet verzetten
- Functionarissen in de Wzd

Dataverzameling voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek vond plaats door middel van:

- Een online enquête onder professionals over hun ervaringen met de Wzd gericht op de vier verdiepende thema's
- Online focusgroepen met brancheorganisaties, beroepsorganisaties en vertegenwoordigers vanuit cliënten/ belangenorganisaties
- Online focusgroepen met leden van cliëntenraden
- Een aantal aanvullende online interviews

3.3.1 Online enquête

De online enquête (via LimeSurvey) bestond uit 32 open en gesloten vragen. De vragenlijst is uitgezet onder personen werkzaam in de psychogeriatrische zorg (PG) en verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) via verschillende beroepsorganisaties, te weten de NVAVG, V&VN, Verenso en het NIP. In tabellen 5 t/m 7 is de respons weergegeven, uitgesplitst naar sector en meest voorkomende functie:

Samenvatting respons (17/3/2022- 14/04/2022)

Tabel 5: Aantal respondenten

Respondenten	Aantal
Volledige respons	182
Onvolledige respons	253
Totaal	435

Tabel 6: Sector waarin respondenten werken

Sector	Aantal
PG	97
VG	33
Overige	52
Totaal	182

Overige is o.a. thuiszorg (n=18), verpleeghuis (n=9) en GGZ (n=8)

Tabel 7: Functie van de respondenten

	PG	VG	Overige
Verpleegkundig specialist	31	10	8
Verpleegkundige (i.o.)	15	6	28
(GZ-)psycholoog	17		
Verzorgende Individuele Gezondheidszorg	12	2	6
Arts voor Verstandelijk Gehandicapten		10	
Casemanager dementie	8		3
Specialist Ouderengeneeskunde	4		
EVV-er	2		1
Helpende	2		
Beleidsmedewerker		2	1
Manager	1		

Van de kwantitatieve data zijn alleen de volledig ingevulde vragenlijsten geanalyseerd. Hierbij ging

het om een globaal overzicht van de verdeling van de antwoorden. Bij de kwalitatieve analyse zijn ook de antwoorden in de onvolledig ingevulde vragenlijsten meegenomen. De uitkomsten zijn vervolgens gebruikt als input voor twee focusgroepen die zijn georganiseerd rond de beschreven thema's en zijn ook verwerkt in de rapportage.

3.3.2 Focusgroepen

In de online focusgroepen waren deelnemers uit belangen-, beroeps- en brancheorganisaties aanwezig (zie tabel 8). De focusgroep werd gemodereerd door een van de onderzoekers. Een andere onderzoeker was ter ondersteuning en als notulist aanwezig.

In de online focusgroep met professionals zijn de resultaten van de online enquête aan de deelnemers gepresenteerd en aanwezig werd gevraagd om de resultaten te duiden en in te gaan op specifieke aandachtspunten die uit de enquête naar voren kwamen. De focusgroep over het thema '*Versterking van rechtsbescherming cliënt, en de rol van het stappenplan*' werd op een andere manier gestructureerd. Hier is de deelnemers gevraagd te reflecteren op vijf mogelijke scenario's voor aanpassingen van het stappenplan (zie hoofdstuk 6). Deze scenario's zijn geformuleerd op basis van de uitkomsten van de eerste fase van de wetsevaluatie. Deelnemers kregen deze scenario's van te voren toegestuurd. In de focusgroepen waren de volgende organisaties vertegenwoordigd:

Tabel 8: organisaties die deelnamen aan de focusgroepen per thema

Thema's per focusgroep	Deelnemende organisaties
<i>Focusgroep 1</i>	Actiz
Thema 1: Effecten van de Wet zorg en dwang (Wzd) op het terugdringen van onvrijwillige zorg, incl. verschuiving van intramurale naar ambulante onvrijwillige zorg	Alzheimer Nederland Brancheorganisatie kleinschalige zorg LHV NAPA
Thema 2: Functionarissen in de Wzd (zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris)	NIP Verenso VGN
<i>Focusgroep 2</i>	Actiz
Thema 3: Versterken rechtsbescherming cliënt en de rol van het stappenplan	Alzheimer Nederland Branchevereniging Kleinschalige zorg
Thema 4. De positie van cliënten die zich niet verzetten	Ieder(in) LF-CVP NIP NVAVG Verenso VGN V&VN

3.3.3 Aanvullende interviews

Aanvullend zijn nog enkele interviews verricht, bijvoorbeeld als aanwezigheid bij focusgroepen niet mogelijk was. Dit gold voor LOC (initiatief waardevolle zorg), V&VN, LF-CVP en het CIZ.

3.3.4 Cliëntenvertegenwoordiging

In de eerste fase van de wetsevaluatie lag de nadruk vooral op ervaringen van cliënten en naastbetrokkenen. In dat kader zijn 14 cliënten en naasten geïnterviewd en zijn twee focusgroepen georganiseerd met cliëntvertegenwoordigers. In fase 2 zijn twee online focusgroepen georganiseerd met deelnemers van cliëntenraden. De deelnemers zijn geworven via LOC, LSR en KansPlus. In totaal hebben 14 vertegenwoordigers vanuit cliëntenraden (PG en VG) deelgenomen. Zij waren familielid of naaste van een cliënt, of ontvingen zelf zorg. In beide focusgroepen was een ondersteuner vanuit LOC of LSR aanwezig om mee te luisteren en eventuele onduidelijkheden te verhelderen. In een van de focusgroepen was ook een doventolk aanwezig. In beide focusgroepen zijn analoog aan de focusgroepen voor professionals de vier verdiepende thema's besproken.

4 Verwerken en analyse van de verzamelde gegevens

De data uit de online enquêtes zijn beschrijvend geanalyseerd met behulp van Excel. De focusgroepen en interviews zijn (met toestemming van deelnemers) opgenomen, uitgeschreven en thematisch geanalyseerd. Respondenten ontvingen een samenvatting van de focusgroep of een verslag van het interview en konden hierop reageren.

5 Rapportage

De bevindingen van het kwalitatieve onderzoek werden door de onderzoekers van Amsterdam UMC en het Trimbos-instituut uitgewerkt in drie aparte hoofdstukken: Algemene thema's (Hoofdstuk 2); Verdiepende thema's Wvggz (Hoofdstuk 3); Verdiepende thema's Wzd (Hoofdstuk 6). De rapportage is opgebouwd aan de hand van de belangrijkste onderwerpen die naar voren zijn gekomen in de analyse van de verzamelde data. In de presentatie van citaten is aangegeven uit welke bron ze afkomstig zijn en welke respondent(groep) het betreft. In Hoofdstuk 3 en 6 worden tevens voor enkele onderwerpen beschikbare kwantitatieve gegevens gepresenteerd en besproken over hoe vaak een relevante procedure of instrument in de praktijk is toegepast. De rapportage van de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek is besproken met de juristen en de kwantitatieve onderzoekers van het betreffende onderzoeksteam. De laatste versie van de rapportage is voorgelegd aan de begeleidingscommissie.

Annex – Lijst van benaderde instanties en organisaties voor e-mail-uitvraag algemene thema's

Actiz – brancheorganisatie organisaties die kwetsbare ouderen en chronisch zieken verzorgen
Algemeen directeurenoverleg FPC's
Alzheimer Nederland
Ambulancezorg Nederland (AZN) met meerdere regionale ambulancediensten als respondent
Autoriteit Persoonsgegevens*
Behandeldirecteurenoverleg FPC's
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)*
Divisie Individuele Zaken (DIZ) en Forensisch Plaatsingsloket (FPL)*
Ieder(in) – Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Inspectie Justitie en Veiligheid (IJ&V)*
KansPlus – Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten
Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ)
Landelijke Faciliteit Cliëntvertrouwenspersonen (LF CVP) – gericht op Wzd
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)*
Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP)
Landelijke Vereniging Managers Zorg- en Veiligheidshuizen (LVMZV)
MIND – Belangenorganisatie psychische gezondheid
Nationale Politie
Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)*
Sectie Ouderenzorg, Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
Sectie Forensische Psychologie, NIP*
Nederlandse GGz, en via hen meerdere leden
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Nederlandse Vereniging van Strafrechtadvocaten (NVSA)*
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR)
Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
Openbaar Ministerie
Raad voor de Rechtspraak (RvdR)*
Expertgroep Wvggz-Wzd Rechtbank*
Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)*
Reclassering Nederland (3RO)*
Stichting Patiëntvertrouwenspersoon (PVP) – gericht op Wvggz
Stichting Verslavingsreclassering (SVG)*
Tactus Verslavingszorg*

Valente - Brancheorganisatie woonzorg (fusie Federatie Opvang en RIBW Alliantie) en via hen diverse zorgorganisaties

Vereniging van Psychiatrisch Patiëntenrecht Advocaten (vPAN)

Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

Zorgverzekeraars Nederland

* = instanties of organisaties die hebben aangegeven niet mee te doen of niet hebben gereageerd

- 41 Evaluatie Wet Kinderombudsman
- 42 Derde evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 43 Eerste evaluatie Jeugdwet
- 44 Derde evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 45 Tweede evaluatie Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 46 Tweede evaluatie Wet verwijzindex risicojongeren
- 47 Evaluatie Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- 48 Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 49 Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- 50 Derde evaluatie Embryowet
- 51 Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1
- 52 Evaluatie Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen
- 53 Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2

Deze rapporten zijn te downloaden en in de meeste gevallen ook te bestellen via www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl