

46. Hoofdpijnen van het Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz

MR. DR. E. PLOMP

In de Eerste evaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang werd onder meer geconcludeerd dat, om dwang werkelijk te (kunnen) reduceren, alleen nieuwe wetgeving niet voldoende is. Er zijn vooral ook andere stappen en ontwikkelingen nodig: meer op het terrein van cultuur, scholing en deskundigheid en de organisatie van de zorg. Om die reden gaf ZonMw opdracht voor een tweede onderzoek: het Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz.

1. Inleiding

In de Eerste evaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang¹ (hierna: de ‘Wetsevaluatie’) werd geconcludeerd dat de invoering van de Wet verplichte ggz (Wvggz) in de praktijk tot veel extra administratieve lasten heeft geleid, maar voornamelijk niet tot een duidelijke versterking van de rechtspositie van cliënten en evenmin tot substantieel minder verplichte zorg. Om de effectiviteit en de uitvoerbaarheid van de Wvggz, in samenhang met de Wet zorg en dwang (Wzd), te verhogen werd een groot aantal aanbevelingen aan de wetgever gedaan. Vastgesteld werd echter ook dat niet alle knelpunten die rondom de Wvggz in de praktijk worden ervaren, kunnen worden opgelost met wetgeving. Geconcludeerd werd dat, om dwang werkelijk te (kunnen) reduceren, vooral ook andere stappen en ontwikkelingen nodig zijn: meer op het terrein van cultuur, scholing en deskundigheid en de organisatie van de zorg. Om die reden gaf ZonMw reeds tijdens de looptijd van dit onderzoek opdracht voor een tweede onderzoek: het Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz (hierna: het ‘Verdiepingsonderzoek’).

Centraal in dit onderzoek stond de vraag welke maatregelen ggz-professionals en ggz-instellingen zelf kunnen nemen om te bereiken dat de belangrijkste doelstellingen van de Wvggz – (i) het voorkomen van dwang en het beperken van de duur van dwang, (ii) het versterken van

de rechtspositie van cliënten en (iii) het verhogen van de kwaliteit van verplichte zorg – zo goed mogelijk worden gerealiseerd. In de periode november 2021 tot en met januari 2024 werden een enquête onder ruim 225 cliënten en naasten, ruim honderd interviews, vier focusgroepen, twee expertbijeenkomsten en een klankbordbijeenkomst gehouden. Daarnaast vond een analyse plaats van huisregels, beleidsplannen, relevante literatuur, parlementaire stukken en jurisprudentie.

Het eindrapport,² dat in maart 2024 werd gepubliceerd, bevat een uitgebreide beschrijving van de huidige praktijk en de ideeën van cliënten, naasten en veldpartijen over wat ggz-professionals en ggz-instellingen kunnen doen om de genoemde doelstellingen beter te realiseren, geclusterd aan de hand van zeven thema's: (i) beter aansluiten bij de wensen en voorkeuren van de cliënt, (ii) beter samenwerken met familie en naasten, (iii) wederkerigheidsbeginsel, (iv) versterken en bevorderen van ambulante zorg, (v) voorkomen en beperken van verplichte zorg, (vi) samenloop tussen de Wvggz en de WGBO en (vii) samenloop tussen de Wvggz en de Wzd. Een en ander heeft geresulteerd in dertig aanbevelingen aan ggz-professionals en ggz-instellingen en vijftien aanbevelingen aan de overheid/wetgever. Ten slotte zijn veertig *best practices* nader uitgewerkt in de bijlage.³ In dit artikel worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het eindrapport op hoofdpijnen besproken.⁴

1 J. Legemaate e.a., *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*, Den Haag: ZonMw, december 2021 (hierna: Legemaate e.a. 2021) en J. Legemaate e.a., *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – Doeltreffendheid en (neven)effecten*, Den Haag: ZonMw, oktober 2022 (hierna: Legemaate e.a. 2022).

2 E. Plomp & J. Legemaate, *Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz: goede voorbeelden uit de praktijk*, Den Haag: ZonMw, maart 2024 (hierna: Plomp & Legemaate 2024).

3 Onder ‘best practice’ wordt in het rapport verstaan: ‘een vernieuwende en veelbelovende interventie, die op basis van ervaring en beperkte evidentie kwalitatief goede zorg en een realisatie van de doelen van de Wvggz belooft te bevorderen’. Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 21.

4 Opmerking verdient dat op sommige plaatsen ook delen van de tekst van het rapport zijn gebruikt.

2. Hoofdconclusie: focus op het voorstadium

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat voor het voorkomen van verplichte zorg en het versterken van de rechtspositie van cliënten vooral nog veel winst valt te behalen met interventies in het *voorstadium* van verplichte zorg: de fase voorafgaand aan de voorbereiding van een zorgmachtiging of na afloop van een zorgmachtiging. Het onderzoek laat zien dat dit voorstadium nog onvoldoende wordt benut en dat in de praktijk vaak te snel een zorgmachtiging ‘als stok achter de deur’ wordt aangevraagd.⁵ In het bijzonder valt tijdens het voorstadium nog voordeel te verwachten van (a) het inzetten van proactieve zorgplanning (‘*advance care planning*’) met betrekking tot verplichte zorg (zie paragraaf 3 hierna), (b) het beter benutten van de mogelijkheden voor het toepassen van ‘drang’ (zie paragraaf 6 hierna), (c) het verbeteren van de samenwerking met familie en naasten (zie paragraaf 4 hierna) en (d) meer aandacht voor het realiseren van de essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven (zie paragraaf 5 hierna).⁶

Continuüm van vrijwillige naar verplichte zorg

Om de aandacht te richten op interventies in het voorstadium van verplichte zorg is het allereerst nuttig de praktijk van de ggz als een *continuüm* van vrijwillige naar verplichte zorg te beschouwen, waarbij tijdens de fase van vrijwillige zorg proactief wordt gehandeld om verplichte zorg te voorkomen. Daarnaast is het van belang in alle fasen van het zorgproces voortdurend te proberen in *dialog* te blijven. Bij voorkeur gebeurt dit in de vorm van een triadisch gesprek, waarin de behandelaar, de cliënt en zijn naaste als gelijkwaardige gesprekspartners deelnemen en elk hun eigen inbreng hebben: de cliënt brengt ervaringskennis in, de naaste kennis van de context en de behandelaar inhoudelijke kennis.⁷ In deze dialoog wordt steeds geprobeerd te luisteren naar de cliënt, zo veel mogelijk aan te sluiten bij zijn wensen en voorkeuren, zijn herstel (in maatschappelijk functioneren) te bevorderen en samen te werken op basis van gelijkwaardigheid. Om deze dialoog te bevorderen, kan gebruik worden gemaakt van reeds bestaande methoden of werkwijzen, zoals de Herstelondersteunende Intake (HOI), de Netwerk Intake, de Herstelondersteunende Netwerk Intake (HONI), (*peer-supported*) *open dialogue* (POD), het

Dialoogmodel, Eigen Kracht-conferenties, resourcegroepen en moreel beraad.⁸

Tijdens het voorstadium van verplichte zorg is sprake van *gedeelde* zeggenschap: de cliënt heeft het recht om zelf te beslissen om al dan niet in te stemmen met (bepaalde onderdelen van) de behandeling, maar wordt daarin beïnvloed door de behandelaar en de naaste. Om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de wil van de cliënt, is het van belang de beschikbaarheid van de cliënt zo veel mogelijk te ondersteunen en de mogelijkheden voor de cliënt om zelf beslissingen te nemen zo veel mogelijk te benutten, onder andere door een open houding aan te nemen, voldoende tijd te nemen en voldoende geduld te betrachten, familie en naasten te betrekken, de communicatiestijl af te stemmen op de cliënt, informatie op het juiste niveau en in de juiste ‘dosering’ aan te bieden en contextfactoren te optimaliseren.⁹ Wanneer de cliënt minder in staat wordt geacht om zelfstandig beslissingen te nemen en/of het risico op ernstig nadeel toeneemt,¹⁰ ontstaat er meer ruimte voor het toepassen van *drang* (i.e., een inperking van keuzemogelijkheden), om hem te bewegen tot het aanvaarden van noodzakelijke zorg. De mate van drang wordt hierbij geleidelijk opgeschaald; Liégeois noemt achtereenvolgens de fases: adviseren, onderhandelen, verleiden of overtuigen en interne en externe druk uitoefenen.¹¹ Wanneer het toepassen van dergelijke ‘drang’ binnen het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) onvoldoende effectief blijkt, is er nog ‘drang’ met een zorgmachtiging als ‘stok achter de deur’ mogelijk. In dat geval wordt de rechtsbescherming deels door de WGBO en deels door de Wvggz geboden. Zodra sprake is van verzet tegen zorg kan de zorg echter alleen nog in de vorm van verplichte zorg worden verleend en biedt de Wvggz aanvullende rechtsbescherming. In beginsel komt dan eerst *ambulante* verplichte zorg in aanmerking en pas in tweede instantie – als dit onvoldoende effectief of niet mogelijk blijkt of de cliënt een duidelijke voorkeur voor klinische verplichte zorg heeft – *klinische* verplichte zorg. Steeds wordt geprobeerd (opnieuw) de dialoog aan te gaan en de samenwerking te herstellen. Zodra dit mogelijk is, wordt verplichte zorg weer zo snel mogelijk afgeschaald en wordt de zorg weer op vrijwillige basis gecontinueerd.¹² Een en ander kan als volgt worden gevisualiseerd.

Wettelijke regeling van het voorstadium

Om te bevorderen dat het voorstadium beter wordt benut, wordt aanbevolen dit voorstadium ook een plaats te geven in de wet, in een nieuw hoofdstuk 1a, voorafgaand aan de regeling van verplichte zorg. Hierin zou meer duidelijkheid

⁵ Uit de Wetsevaluatie bleek dat bij een steekproef onder vijf ggz-instellingen in 2021 bij gemiddeld slechts 37% van de zorgmachtigingen gedurende de looptijd een vorm van verplichte zorg was gestart. In de Wetsevaluatie werden als oorzaken voor dit lage percentage onder andere genoemd: fouten in de registratie van verplichte zorg en onduidelijkheid rondom de interpretatie van het verzetscriterium. Zie Legemaate e.a. 2022, p. 95-129. In het Verdiepingsonderzoek werd gevonden dat ook het relatief veel inzetten van een zorgmachtiging als ‘stok achter de deur’ een belangrijke oorzaak is. Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 63-65.

⁶ Id., p. 409-430.

⁷ Eigenlijk zou dus beter van een ‘*trialoog*’ kunnen worden gesproken. In het rapport wordt echter de term ‘*dialoog*’ gehanteerd om vooral de dialogische manier van werken te benadrukken.

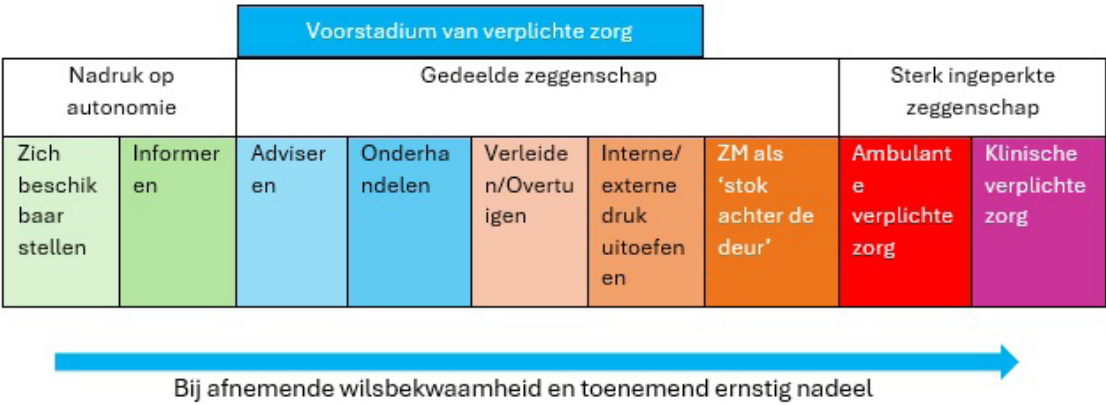
⁸ Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 1, p. 31-39, 134-136, 409-412 en best practices 1, 2, 3, 4, 10 en 33.

⁹ Bij voorkeur wordt een ‘wilsonbekwaamverklaring’ zo lang mogelijk uitgesteld. Indien dat niet langer mogelijk is, beslist een vertegenwoordiger namens de cliënt. Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 73-75, 79-80, 252-253.

¹⁰ Vooral als dit ernstig nadeel voor anderen betreft.

¹¹ A. Liégeois, *Waarden in Dialoog*, Lannoo Campus 2019.

¹² Plomp & Legemaate 2024, p. 203-207 en 409-410.



Figuur: Continuum van vrijwillige naar verplichte zorg¹³

kunnen worden geboden met betrekking tot de toelaatbaarheid van drang en het delen van informatie in dat kader (zie paragraaf 6 hierna). Daarnaast zou hierin aanvullende rechtsbescherming kunnen worden geregeld voor cliënten die met matige tot sterke drang zonder zorgmachtiging worden behandeld (zie paragraaf 6 hierna) en voor cliënten die in die fase betrokken zijn bij proactieve zorgplanning (zie paragraaf 3 hierna). Ten slotte zou in dit hoofdstuk een inspanningsverplichting kunnen worden opgenomen voor gemeenten om in deze fase reeds de essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven te realiseren, indien een zorgaanbieder daar om verzoekt (zie paragraaf 5 hierna). Een concreet voorstel voor een dergelijke wettelijke regeling is opgenomen in paragraaf 9.2 en bijlage C van het rapport.¹⁴

3. Beter aansluiten bij de wensen en voorkeuren van de cliënt

Met het oog op het versterken van de rechtspositie van cliënten voorziet de Wvggz onder andere in (i) het uitgangspunt dat de wensen en voorkeuren van de betrokkene ten aanzien van de zorg worden vastgelegd en, indien hij wilsbekwaam ter zake is, ten aanzien van verplichte zorg in beginsel ook worden gehonoreerd (art. 2:1 lid 5 en 6 Wvggz) en (ii) een aantal ‘eigen regie-instrumenten’: het eigen plan van aanpak, de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring. Uit de Wetsevaluatie bleek dat de ‘eigen regie-instrumenten’ tot nu toe echter minder effectief zijn dan beoogd¹⁵ en dat er veel onduidelijkheid bestaat over de interpretatie van de wettelijke bepalingen met betrekking tot wils(on)bekwaamheid

in de Wvggz.¹⁶ In het Verdiepingsonderzoek is daarom gezocht naar mogelijke oplossingen hiervoor.¹⁷

Proactieve zorgplanning

Voorgesteld wordt allereerst in het kader van de Wvggz meer gebruik te maken van proactieve zorgplanning (*advance care planning*).¹⁸ Zowel cliënten als ggz-professionals zijn het erover eens dat (alleen) het invullen van een eigen plan van aanpak, een zorgkaart of een zelfbindingsverklaring maar beperkte waarde heeft, zolang dit niet gepaard gaat met ‘goede gesprekken’. Benadrukt wordt dat deze gesprekken *veel eerder* dan nu – bij voorkeur op een moment waarop de cliënt wilsbekwaam ter zake is en niet pas tijdens het opstellen van het zorgplan tijdens de voorbereiding van een zorgmachtiging – en op een *dialogische* manier gevoerd zouden moeten worden (zie paragraaf 2). Belangrijk is immers dat de cliënt zijn ideeën aan de behandelaar kan spiegelen en alternatieven kan bedenken voor het geval de behandelaar zijn voorstellen niet realistisch acht. Bovendien zullen die alternatieven hem voor een deel door de behandelaar moeten worden aangereikt, omdat daar nu juist de expertise van de behandelaar ligt.

13 Overgenomen uit Plomp & Legemaate 2024, p. 410.

14 Id., aanbevelingen 6, 9 en 12 en p. 93-95, 105-106, 110-115, 412-430 en 487-488.

15 Legemaate e.a. 2022, p. 52-66 en 293-294.

16 Legemaate e.a. 2021, p. 380-381.

17 Anders dan Van Velzen in JGGZRPlus 2024/34 suggereert, hebben cliënten, naasten, (familie-)ervaringsdeskundigen en medewerkers van MIND en Ypsilon een zeer waardevolle bijdrage geleverd aan het onderzoek, in het bijzonder met betrekking tot de thema’s ‘Beter aansluiten bij de wensen en voorkeuren van de cliënt’ en ‘Beter samenwerken met familie en naasten’. Zij hebben deelgenomen aan interviews, een enquête, een expertbijeenkomst en een klankbordbijeenkomst. De enquête bestond uit 46 vragen voor cliënten en 30 vragen voor naasten. De vragen waren grotendeels *multiple choice*, maar een groot deel hiervan bood de mogelijkheid een ander antwoord en/of nadere toelichting te geven. In totaal hebben 130 cliënten, van wie 60 cliënten die ervaring hebben met een zorgmachtiging of crisismaatregel, en 95 naasten, van wie 63 naasten van cliënten die ervaring hebben met een zorgmachtiging of crisismaatregel, vanuit het cliënten- en naastenpanel van MIND anoniem de enquête ingevuld. Tijdens de online-expertbijeenkomst met cliënten en naasten zijn de uitkomsten van de enquête en de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het onderzoek besproken, wat voor een verdere verdieping heeft gezorgd. Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 561-567 en 569-572.

18 Zie hierover ook E. Plomp, ‘Proactieve zorgplanning in de Wet verplichte ggz’, in: W. Kastelein, C. Ploem & J. Sijmons (red.), *Goed gezondheidsrecht. Liber amicorum voor Johan Legemaate*, Den Haag: Boom 2024, p. 187-198.

Het vergt dus meedenken en informatieverstrekking door de behandelaar, op een moment dat de cliënt nog in staat is die informatie te betrekken bij het maken van keuzes.¹⁹

Het vergt dus meedenken door de behandelaar, op een moment dat de cliënt die informatie nog kan betrekken bij zijn keuzes

Aanbevolen wordt daarom in het voorstadium van verplichte zorg (i) reeds afspraken te maken over (a) wat er nodig is om verplichte zorg te voorkomen, (b) als verplichte zorg toch nodig is, welke vormen van verplichte zorg dan zouden moeten worden toegepast en hoe die zouden moeten worden uitgevoerd en (c) wat dan nodig zou zijn om verplichte zorg weer zo snel mogelijk te kunnen beëindigen en (ii) deze afspraken – indien mogelijk²⁰ – vast te leggen in een schriftelijke wilsverklaring, die op basis van tussentijdse evaluaties ook weer kan worden gewijzigd. Aannemelijk is dat dit niet alleen bijdraagt aan een versterking van de rechtspositie van cliënten, maar ook kan bijdragen aan het voorkomen van verplichte zorg. Het proces van het samen zoeken naar consensus leidt immers tot meer inzicht bij de cliënt en de behandelaar en verbetert hun onderlinge samenwerking, waardoor verplichte zorg minder snel nodig is.²¹

Wanneer dit proces uiteindelijk uitmondt in een wilsverklaring wordt het nog effectiever. Ten eerste blijkt namelijk uit internationaal onderzoek dat het gebruik van ‘*advance directives*’ (wilsverklaringen) een bewezen effectieve interventie is om gedwongen zorg te voorkomen.²² Wanneer de cliënt op enig moment zorg weigert, kan de behandelaar verwijzen naar de eerder gemaakte afspraken en fungeert de wilsverklaring dus als ‘drangmiddel’ om verplichte zorg te voorkomen. Voor de behandelaar maakt dit het ook gemakkelijker om risico’s te nemen en (voorlopig) af te zien van de aanvraag van een zorgmachtiging. Ten tweede kan

de eerder opgestelde wilsverklaring, wanneer uiteindelijk toch een zorgmachtiging nodig blijkt, als basis dienen voor het zorgplan en eenvoudig worden ingebracht in de procedure voor het verkrijgen van een zorgmachtiging. Daardoor kan de voorbereiding van een zorgmachtiging sneller worden doorlopen, wat verder bijdraagt aan het verkleinen van het risico van het uitstellen daarvan. Ten derde kan de wilsverklaring een belangrijke leidraad vormen voor zowel de behandelaar, de vertegenwoordiger alsook de rechter bij beslissingen over de in te zetten (verplichte) zorg wanneer de cliënt op enig moment wilsonbekwaam ter zake van die zorg wordt. Uit de wilsverklaring kan dan immers – mits deze voldoende eenduidig is – worden afgeleid wat de cliënt in wilsbekwame toestand gewild zou hebben.²³

De zelfbindingsverklaring is zo’n *advance directive*. Deze wordt echter (nog) relatief weinig gebruikt, onder andere doordat cliënten niet altijd in staat zijn deze op stellen, niet altijd bereid zijn zich zo vergaand te ‘binden’ en de procedure voor de aanvraag van een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring in de praktijk te lang duurt.²⁴ Aan de wetgever wordt daarom aanbevolen deze procedure te vereenvoudigen²⁵ en daarnaast duidelijk te maken dat ook het eigen plan van aanpak en de zorgkaart – die de betrokkene minder vergaand binden en ‘slechts’ invulling geven aan de wijze waarop de zorg moet worden uitgevoerd – bij voorkeur de *uitkomst van een dialoog* met een wilsbekwame cliënt over het voorkomen, respectievelijk verlenen en beëindigen van verplichte zorg zouden moeten bevatten.²⁶

Rekening houden met wilsbekwaamheid

Mede gelet op het belastende karakter van een ‘wilsonbekwaamverklaring’²⁷ en het VN-Gehandicaptenverdrag²⁸ wordt de formele beoordeling van wilsbekwaamheid – en dus de (potentiële) vaststelling van wilsonbekwaamheid – bij voorkeur uitgesteld tot het moment waarop een beslissing moet worden genomen over een ingrijpende verrichting.²⁹ Omdat art. 1:5 Wvggz echter suggereert dat – ook zonder directe aanleiding – regelmatig de wilsbekwaamheid moet worden beoordeeld, wordt aanbevolen om art. 1:5 Wvggz te schrappen of te vervangen door een verplichting om in het dossier aantekening te maken van het eventueel bestaan van (partiële) wilsonbekwaamheid op het moment van (i) het opstellen van het eigen plan van aanpak, de zorgkaart of een andere wilsverklaring, (ii) het opstellen van het zorgplan en (iii) het toepassen van verplichte zorg.³⁰

19 Deze dialoog kan eventueel door de cliënt en zijn naaste(n) worden voorbereid met hulp van bijvoorbeeld een psychiatrisch verpleegkundige, een ervaringsdeskundige en/of de patiëntenvertrouwenspersoon.

20 Een wilsverklaring kan alleen worden opgesteld op het moment waarop de betrokkene wilsbekwaam ter zake is.

21 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 2 en p. 40-44 en 413-415. Uiteraard zijn niet alle cliënten in staat om een dergelijke dialoog te voeren en gezamenlijk een wilsverklaring op te stellen. Sommige cliënten komen pas in aanraking met de ggz als zij al in crisis zijn en sommige cliënten zijn nooit wilsbekwaam ter zake van zorg. Van belang is dan vooral de wijze van gespreksvoering zodanig aan te passen en zodanige maatregelen te nemen ter ondersteuning van de beslissvaardigheid dat zo veel mogelijk informatie wordt verkregen over de wil van de cliënt en de dialoog te herhalen op een moment waarop de cliënt daar weer beter toe in staat is.

22 Zie onder andere M.H. de Jong e.a., ‘Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. A Systematic Review and Analysis’, *JAMA Psychiatry* 2016;73:657-664; A. Tinland e.a., ‘Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission among People With Mental Illness. A randomized Clinical Trial’, *JAMA Psychiatry* 2022;79(8):752-759.

23 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 3 en p. 44-63 en 415-417.

24 Vgl. reeds Legemaate e.a. 2021, p. 379; Legemaate e.a. 2022, p. 52-66.

25 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 5 en p. 54-55, 116-117 en 417-418.

26 Id., aanbeveling 4 en p. 56-59, 117 en 417-418.

27 Id., p. 101-102.

28 Mede onder invloed van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap is er een verschuiving gaande van *substituted decision-making* naar *supported decision-making*.

29 Vgl. *Handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid* (Skilz, 2024).

30 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 28 en p. 79-82, 118, 440 en 444.

De wijze waarop wilsbekwaamheid wordt beoordeeld,³¹ heeft aanpassing. Met name zou hierbij meer aandacht mogen worden besteed aan de congruentie van de huidige wilsuitingen met de emoties, persoonlijke waarden en voorafgaande keuzes in het leven van de betrokkene. Aanbevolen wordt daarom in de multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvggz nader in te gaan op de vraag hoe verschillende methoden voor de beoordeling van wilsbekwaamheid binnen de context van de Wvggz kunnen worden toegepast en eventueel gecombineerd.³²

Wanneer – ondanks inspanningen om de beslisvaardigheid te ondersteunen – de cliënt uiteindelijk toch wilsonbekwaam ter zake van zorg blijkt en een ingrijpende behandelbeslissing moet worden genomen, moet een vertegenwoordiger worden geraadpleegd. Dit is immers een belangrijk onderdeel van de rechtsbescherming van de cliënt.³³

De wijze waarop wilsbekwaamheid wordt beoordeeld heeft aanpassing

Omdat in de praktijk regelmatig geen vertegenwoordiger beschikbaar is en het enige tijd duurt voordat een mentor is benoemd, wordt aan de overheid, de Rechtspraak en de Nederlandse ggz aanbevolen om er (gezamenlijk) voor te zorgen dat binnen een tot twee weken een mentor kan worden benoemd, in elk geval voor (i) cliënten voor wie een zorgverlener het (kennelijk) nodig acht vanwege (het vermoeden van) een psychische stoornis op grond van de WGBO zorg te verlenen ondanks het ontbreken van *informed consent* daarvoor, (ii) cliënten voor wie een zorgmachtiging wordt voorbereid en (iii) cliënten aan wie een zorgmachtiging is verleend. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door te voorzien in een door de overheid gefinancierd mentorschap voor deze cliënten, ook wanneer zij geen recht hebben op bijzondere bijstand, en door een ‘doorlopend mentorschap’ mogelijk te maken, waarbij een ggz-instelling gebruik kan maken van de diensten van een vaste partij en de mentoren met enige regelmaat rouleren tussen verschillende instellingen.³⁴

Wanneer de cliënt wilsonbekwaam is, zou verder meer rekening mogen worden gehouden met eerdere wilsbekwame wilsuitingen. Vanuit ethisch en juridisch perspectief bezien, valt er veel voor te zeggen om daaraan een belangrijk gewicht toe te kennen, zeker wanneer deze wilsuitingen zijn vastgelegd in een schriftelijke wilsverklaring. Aan

de wetgever wordt daarom aanbevolen te voorzien in een nadere toelichting bij art. 2:1 lid 6 Wvggz en daarin onder andere de betekenis van een eerdere schriftelijke wilsverklaring in het licht van deze bepaling te verduidelijken, bijvoorbeeld door te bepalen dat de in de wilsverklaring vastgelegde wil kan worden beschouwd als de *actuele* wil van de betrokkene en dat de betrokkene de wilsverklaring slechts weer kan intrekken of wijzigen op het moment dat hij wilsbekwaam ter zake is.³⁵

Ten slotte wordt aanbevolen om *af te zien* van het in de beleidsreactie op de Wetsevaluatie vermelde voornemen³⁶ om het vereiste dat wilsbekwaam verzet ook tijdens de afgifte van een zorgmachtiging gehonoreerd moet worden uit art. 2:1 lid 6 Wvggz te schrappen. Indien de rechter vaststelt dat de betrokkene zich wilsbekwaam verzet tegen bepaalde zorg die (uitsluitend) dient ter afwending van ernstig nadeel voor hemzelf (anders dan acuut levensgevaar³⁷), is de ruimte om dit verzet later, wanneer dit verzet wijzigt in wilsonbekwaam verzet, te passeren door tóch verplichte zorg toe te passen vanuit ethisch perspectief bezien immers beperkt.³⁸ Als het verplicht *toepassen* van deze zorg niet snel proportioneel zal zijn, kunnen ook vraagtekens worden geplaatst bij de proportionaliteit en doelmatigheid van een zorgmachtiging waarin deze verplichte zorg is opgenomen. Met andere woorden: de vraag of het verzet wilsbekwaam is geuit is voor de rechter een factor die van betekenis is voor zijn oordeel, ook als het vereiste uit de wet geschrapt zou worden.³⁹ Een *andere* vraag is of het wenselijk is daarvoor (steeds) een aanvullende medische verklaring te vragen, indien namens de cliënt wordt betoogd dat sprake is van wilsbekwaam verzet en de oorspronkelijke medische verklaring daarover niets vermeldt. Deze vraag wordt in het rapport ontkennend beantwoord. Rechters zijn in beginsel immers zelf in staat om de wilsbekwaamheid te beoordelen⁴⁰ en kunnen zich daarover eventueel laten adviseren door de zorgverantwoordelijke. Goed verdedigbaar is dat de zorgverantwoordelijke in het algemeen zelfs *beter* in staat is om de wilsbekwaamheid betrouwbaar te beoordelen dan een onafhankelijk psychiater, doordat hij meestal (veel) meer kennis van de betrokkene en zijn voor-

31 Op dit moment wordt veelal het KNMG-Stappenplan gehanteerd, volgens de vier criteria van P.S. Appelbaum & T. Grisso, ‘Assessing patients’ capacities to consent to treatment’, *New England Journal of Medicine* 1998;319:1635-1638. Dit is een voornamelijk cognitieve benadering.

32 Id., aanbeveling 29 en p. 77-79, 109 en 444-445.

33 Ten onrechte vermeldt Van Velzen in *JGGZRPlus* 2024/4 dat in het Verdiepingsonderzoek wordt aanbevolen om art. 1:3 Wvggz kritisch te evalueren, vanwege de schaarste aan mentoren en de impact van mentorschap op de rechtspositie van de betrokkene.

34 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 30 en p. 90-93, 118-119 en 445-446.

35 Id., aanbeveling 27 en p. 60-63, 82-85, 118 en 440-444.

36 Kamerbrief d.d. 13 maart 2023, *Kamerstukken II* 2023/24, 25424, nr. 648, p. 7.

37 Aan de wetgever wordt overigens ook aanbevolen om duidelijkheid te verschaffen over de ratio van de uitzondering voor acuut levensgevaar in art. 2:1 lid 6 sub b Wvggz. Deze is namelijk niet zonder meer helder. Zie Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 27 en p. 83-84, 118, 411, 440 en 443-444.

38 Wanneer althans betekenis wordt toegekend aan eerdere wilsbekwame wilsuitingen is deze ruimte in elk geval beperkter dan wanneer hij deze zorg in wilsbekwame toestand wél wilde of wanneer onbekend is wat hij in wilsbekwame toestand wilde.

39 Om misverstanden te voorkomen, kan dit dus beter niet worden geschrapt. Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 86-88 en 442-444. Vgl. ook Plomp, ‘Kroniek rechtspraak Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2024 (48) 3, p. 235-270 (met name p. 238-239).

40 Vgl. dat zij ook bekend zijn met het beoordelen van de wilsbekwaamheid in het kader van verzoeken voor het uitspreken van curatele of mentorschap.

geschiedenis heeft en daardoor beter kan inschatten hoe hij zijn gedrag of uitingen moet interpreteren. Aan de wetgever wordt aanbevolen dit duidelijk te maken.⁴¹

4. Beter samenwerken met familie en naasten

Zowel voor het voorkomen van verplichte zorg als voor het versterken van de rechtspositie van cliënten is een goede samenwerking met familie en naasten essentieel. Bij de behandeling van cliënten met zorgindicatie EPA⁴² zouden naasten in beginsel standaard moeten worden betrokken. Bij ggz-instellingen waar dat nog niet is gebeurd, zou de Zorgstandaard Naasten (Akwa) moeten worden geïmplementeerd. Daarnaast kunnen een familieraad en ‘aandachtsfunctionarissen naasten’ helpen bij het versterken van het naastenbeleid binnen de instelling.⁴³

Bij voorkeur worden naasten al vanaf de intake betrokken. Wanneer tijdig de basis is gelegd voor een goede samenwerking met naasten wordt het gemakkelijker om ook in de aanloop naar een crisis en tijdens de fase van verplichte zorg samen te werken. Aan naasten zou vaker kunnen worden gevraagd mee te denken over mogelijkheden om een crisis of verplichte zorg bij de cliënt af te wenden of een opname of (alle) verplichte zorg te beëindigen.⁴⁴

Om naasten in staat te stellen om samen te (blijven) werken, is het nodig dat naasten ook voldoende *ondersteuning* krijgen. Aan te bevelen is daarvoor verschillende vormen van ondersteuning ter beschikking te stellen en naasten te vragen naar hun voorkeur. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat veel naasten behoefte hebben aan gesprekken met de behandelaar, al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, maar anderen juist de voorkeur geven aan gesprekken met een familiecoach, naastbetrokkeneconsulent, familie-ervaringswerker, systeemtherapeut of lotgenotencontact.⁴⁵ Daarnaast is het van belang de toegang tot de familie-ervaringspersoon uit te breiden.⁴⁶

Naasten hebben ook behoefte aan meer *informatie*, zowel algemene informatie over de Wvggz en de mogelijkheden om in dat kader bij te dragen aan de zorg, als informatie met betrekking tot de behandeling van hun naaste.⁴⁷ Veel ggz-professionals geven aan terughoudend te zijn in het betrekken en (inhoudelijk) informeren van naasten, omdat veel cliënten tijdens een crisis geen contact (meer) willen met hun naasten. Zorgprofessionals die hiermee minder problemen ondervinden benadrukken dat het helpt om (i) uit te dragen dat samenwerken met naasten onderdeel is

van de visie over goede zorg, (ii) de cliënt zo veel mogelijk zelf te laten bepalen *wie* van zijn naasten bij de behandeling betrokken wordt en (iii) hierover in een vroeg stadium, bij voorkeur wanneer de cliënt wilsbekwaam ter zake is, afspraken te maken en deze schriftelijk vast te leggen, bijvoorbeeld in de eerdergenoemde wilsverklaring.⁴⁸ Daarnaast zou het ggz-professionals helpen wanneer in de multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvggz nader wordt uitgewerkt (i) wanneer naasten in het kader van de Wvggz in elk geval moeten worden betrokken, (ii) waarover zij zouden moeten worden geïnformeerd en (iii) hoe het uitgangspunt van art. 2:1 lid 7 Wvggz om naasten zo veel mogelijk te betrekken zich verhoudt tot het medisch beroepsgeheim.⁴⁹ Ten slotte zou aanvullende scholing op dit gebied nuttig zijn.⁵⁰

5. Wederkerigheidsbeginsel

Het niet vervuld zijn van essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven – zoals huisvesting, een inkomen of dagbesteding – en het hebben van schulden vormt een belangrijke risicofactor voor (verergering van) psychische ontregeling. Er zijn aanwijzingen dat op het moment van de voorbereiding van een zorgmachtiging bij een ruime meerderheid van de cliënten één of meer essentiële voorwaarden ontbreekt.⁵¹ Hoewel het primair een taak van gemeenten is om de vereiste voorzieningen te realiseren, wijzen meerdere respondenten erop dat ggz-instellingen wel meer zouden kunnen doen om ontbrekende essentiële voorwaarden bij gemeenten onder de aandacht te brengen en dit *eerder* zouden moeten doen. Verwacht wordt dat door het tijdig – eventueel met voorrang of door maatwerkoplossingen – beschikbaar stellen van voorzieningen (veel) verplichte zorg kan worden voorkomen. Aanbevolen wordt (in elk geval) bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen al vanaf de eerste contacten aandacht te besteden aan de vraag wat er nodig is om essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven te realiseren.⁵² Om dit te bevorderen, kunnen intakes door een ggz-professional samen met een professional vanuit het sociaal domein worden gedaan en kan een intake-model worden gebruikt waarin herstel meer centraal staat, zoals de Herstelondersteunende intake of de Netwerk Intake.⁵³ In het behandelplan of zorgplan – of een daarbij te voegen ‘maatschappelijk plan’ – kan worden vermeld welke inspanningen vanuit de ggz zullen worden verricht om de essentiële voorwaarden te realiseren.⁵⁴ Bij voorkeur wordt vervolgens – eventueel door een maatschappelijk werker – contact gelegd met de gemeente om ervoor te zorgen dat hiervoor zo snel mogelijk een oplossing wordt gevonden. In teams waarin ggz en sociaal domein geïntegreerd zijn (zie paragraaf 6 hierna)

41 De zorgverantwoordelijke is uiteraard niet onafhankelijk, maar verdedigbaar is dat dit nadeel niet zwaarder zou moeten wegen dan het voordeel van een kwalitatief betere beoordeling. Uiteraard kan in geval van twijfel altijd nog het oordeel van een onafhankelijk deskundige worden gevraagd. Zie Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 27 en p. 88-89, 118 en 442-443.

42 Ernstige psychische aandoeningen.

43 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 17 en p. 122-126, 128-133, 158 en 433-434 en best practice 8.

44 Id., p. 133-146 en 433.

45 Id., aanbeveling 17 en p. 146-149 en 433 en best practice 11.

46 Id., aanbeveling 12 en p. 154-157, 161 en 425-426.

47 Id., p. 125-128, 149-151 en 433-434 en best practice 9.

48 Id., aanbeveling 10 en p. 128-133 en 424-425.

49 Id., aanbeveling 18 en p. 158-159 en 433-434.

50 Id., aanbeveling 17 en p. 159-160 en 433-434.

51 Id., aanbeveling 17 en p. 174-175 en 434.

52 Id., aanbeveling 13 en p. 176-177 en 428.

53 Id., p. 36-38 en 176 en best practices 1 en 2.

54 Id., p. 177 en best practice 17.

verloopt dit relatief gemakkelijk. Wanneer in de regio nog geen sprake is van geïntegreerde teams is het verstandig in elk geval afspraken te maken over *samenwerking* bij het realiseren van de essentiële voorwaarden.⁵⁵ Sommige ggz-instellingen hebben voor die samenwerking een speciaal team opgericht, dat medewerkers ondersteunt en een brugfunctie vervult in de contacten met gemeenten.⁵⁶

Of de noodzakelijke voorzieningen gerealiseerd kunnen worden, is op dit moment sterk afhankelijk van de gemeente waar de cliënt woont of overwegend verblijft. Het onderzoek laat zien dat er gemeenten zijn die dit goed hebben ingericht,⁵⁷ maar dat er ook (veel) gemeenten zijn waar dit nog niet goed gaat. Gelet op het grote belang van de realisatie van essentiële voorwaarden voor het voorkomen van verplichte zorg wordt aanbevolen om in de wet voor gemeenten een inspanningsverplichting op te nemen om voor personen met (het vermoeden van) een psychische stoornis bij wie sprake is van (dreigend) ernstig nadeel de voorwaarden die noodzakelijk zijn voor deelname aan het maatschappelijk leven zo spoedig mogelijk te realiseren, indien een zorgaanbieder daarom verzoekt – ook indien een cliënt zich nog in het voorstadium van verplichte zorg bevindt (zie paragraaf 2).⁵⁸

6. Versterken en bevorderen van ambulante zorg

Om verplichte zorg zo veel mogelijk te voorkomen, is het van essentieel belang dat er meer wordt geïnvesteerd in het aanbod van ambulante zorg, waaronder ook assertieve behandeling. Opnames verhogen immers de kans op het toepassen van verplichte zorg. Op dit moment functioneert de FACT-zorg in Nederland niet zoals deze bedoeld is. Als gevolg van personeelstekorten, te grote werkgebieden en/of problemen in de logistieke organisatie hebben veel FACT-teams inmiddels wachtlijsten en onvoldoende lege ruimte in de agenda's. Wanneer FACT-teams niet meer in staat zijn om flexibel in te springen op zorgbehoeften, blijven cliënten langer dan noodzakelijk in bemoeizorgteams of op een HIC-afdeling, met het risico dat (uiteindelijk) meer verplichte zorg wordt toegepast. Soms moeten IHT-teams inspringen, terwijl zij daar niet voor bedoeld zijn. In feite raakt daardoor de hele keten verstopt.⁵⁹

Organisatie van ambulante zorg

In lijn met het *Integraal Zorgakkoord*⁶⁰ benadrukken experts dat het van groot belang is dat ggz-instellingen en -aanbieders binnen het sociaal domein samen (i) het ambulante zorgaanbod in de regio in kaart brengen, (ii) nagaan in hoeverre dat aansluit op de zorgbehoeften van cliënten en welk aanbod eventueel nog ontbreekt en (iii) nagaan hoe zij daarin kunnen voorzien. Naast het aanbod vanuit de ggz zouden in elke regio ook voldoende voorzieningen *buiten* de ggz moeten bestaan die kunnen dienen als tijdelijke alternatieven voor ggz, maar soms ook kunnen voorkomen dat cliënten in de ggz terechtkomen. Gedacht kan daarbij worden aan herstelacademies, cursussen bij mentale gezondheidscentra, e-health, sportcoaches, IPS-coaches⁶¹, logeerplekken, respijthuizen en zorgboerderijen.⁶² Ook zou verder geïnvesteerd moeten worden in voldoende outreachende zorg in de wijk, met proactieve hulpverlening en voldoende ambulante opschalingsmogelijkheden, zoals IHT en e-health.⁶³ Bij voorkeur zou ambulante zorg vaker *integraal* – dat wil zeggen: zonder schotten tussen verschillende afdelingen en teams – of *geïntegreerd* – dat wil zeggen: met crisisinterventies, assertieve behandeling en herstelgerichte zorg geïntegreerd in één team – worden aangeboden. Volgens experts is voor cliënten met zorgindicatie EPA een aanbod van zorg waarin ggz en sociaal domein zijn geïntegreerd eigenlijk noodzakelijk. Idealiter zouden integrale zorg en geïntegreerde zorg zelfs worden gecombineerd door FACT-teams te creëren voor kleine regio's, waarin ggz geïntegreerd met zorg vanuit het sociaal domein en verslavingszorg wordt aangeboden. Aan ggz-instellingen wordt daarom aanbevolen prioriteit te geven aan het versterken van de ambulante zorg in de regio en een verdergaande integratie met het sociaal domein.⁶⁴

Beter benutten van de mogelijkheden voor drang

Om verplichte zorg te voorkomen, is het van belang dat ggz-professionals tijdens ambulante behandelingen alert zijn op signalen die kunnen duiden op een ontregeling en vervolgens tijdig interveniëren door opschaling van ambulante zorg. Daarbij zouden de mogelijkheden voor drang

55 Id., aanbeveling 16 en p. 167-172 en 432.

56 Id., p. 172-173 en best practices 15-17.

57 Id., p. 169-170 en best practices 13 en 14.

58 Id., aanbeveling 14 en p. 180-181 en 428.

59 Id., p. 183-190 en 431.

60 *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*, september 2022.

61 Individuele Plaatsing en Steun.

62 Plomp & Legemaate 2024, p. 191-193 en 431.

63 Id., p. 193-195 en 431-432 en best practice 18.

64 Id., aanbeveling 15 en p. 195-200 en 431-432 en best practices 19-22.

of assertieve behandeling beter kunnen worden benut,⁶⁵ bijvoorbeeld door inzet van: (i) ‘verleiding’ met begeleiding door een wijkcoach, een IPS-coach, een sportcoach, intensieve vormen van ‘social holding’ of activiteiten op een herstelacademie, (ii) samenwerking met familie en naasten om de cliënt te verleiden tot zorg, (iii) tijdelijk verblijf in respijthuizen, herstelhuizen of zorgboerderijen, (iv) de dialoog te bevorderen met *peer-supported open dialogue*, resourcegroepen of Eigen Kracht-conferenties en (v) het verwijzen naar een (eerder opgesteld) crisissignaliseringsplan, crisisplan, WRAP⁶⁶ of eigen plan van aanpak.⁶⁷

65 Er wordt uitdrukkelijk *niet* gepleit voor het onder de WGBO brengen van cliënten die zich verzetten tegen zorg. Zoals eerder gesignaleerd (E. Plomp & T.P. Widdershoven, ‘Dwang, drang of vrijwillig: psychiatrische zorg in juridisch perspectief’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2022, nr. 3, p. 205-223 en Legemaate e.a. 2022, p. 125 en 313), en herhaald in het rapport van het Verdiepingsonderzoek (Plomp & Legemaate 2024, p. 99-100), is het problematisch dat een deel van de ggz-professionals door een onjuiste interpretatie van het begrip ‘verzet’ – onder het mom van ‘assertieve zorg’ – in sommige gevallen ten onrechte geen zorgmachtiging aanvraagt of verplichte zorg start. Daarmee wordt aan cliënten immers ten onrechte de (uitgebreidere) rechtsbescherming van de Wvggz onthouden. Omdat ggz-professionals mogelijk op het verkeerde been worden gezet doordat de *Zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg* definities hanteert die niet overeenkomen met de juridische inhoud van ‘vrijwillige’ en ‘verplichte’ zorg en vormen van zorg als ‘assertieve zorg’ aanduidt die eigenlijk als verplichte zorg zouden moeten worden gekwalificeerd, wordt in het rapport aanbevolen deze zorgstandaard in overeenstemming te brengen met het wettelijk kader van de WGBO en de Wvggz. Daarnaast wordt aan de wetgever aanbevolen meer duidelijkheid te verschaffen omtrent de interpretatie van het begrip ‘verzet’ in het kader van de Wvggz. Zie Plomp & Legemaate 2024, aanbevelingen 34 en 35 en p. 206-207, 259-262, 275-278, 321-322 en 447-448. Het Verdiepingsonderzoek pleit daarnaast echter óók voor het beter benutten van ‘drang’, zonder een zorgmachtiging ‘als stok achter de deur’ aan te vragen, omdat er ook aanwijzingen zijn dat een deel van de ggz-professionals – onder het mom van ‘autonomie’ – te veel terughoudendheid betracht en te lang wacht met interveniëren, waardoor uiteindelijk een escalatie ontstaat en meerdere stappen in de opschaling van zorg worden overgeslagen. Er bestaan dus de nodige verschillen in hoe ggz-professionals omgaan met het grensvlak tussen de WGBO en de Wvggz, wat onwenselijk is met het oog op de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van cliënten. In feite is er sprake van een spectrum, waarbij zich aan de ene kant professionals bevinden die geen zorgmachtiging aanvragen terwijl dat wel had gekund en aan de andere kant professionals die juist relatief gemakkelijk – uit voorzorg of als ‘drangmiddel’ – een zorgmachtiging ‘als stok achter de deur’ aanvragen, terwijl de cliënt zich niet evident verzet of de cliënt met het beter benutten van de mogelijkheden voor drang onder de WGBO nog wel te bewegen zou zijn tot het meewerken aan zorg. Beide uitersten zijn problematisch: in het eerste geval wordt de cliënt ten onrechte de rechtsbescherming van de Wvggz onthouden; in het tweede geval wordt de cliënt ten onrechte belast met een zorgmachtiging. Uit de enquête die in het kader van het Verdiepingsonderzoek onder cliënten is gehouden, blijkt dat cliënten dit ook verschillend beleven. Er is een groep cliënten die zelf de voorkeur geeft aan het hebben van een zorgmachtiging, maar er is ook een groep cliënten die reeds het hebben van een zorgmachtiging als zeer belastend ervaart. Met name voor deze laatste groep is het belangrijk steeds zorgvuldig af te wegen of er geen mildere drangmiddelen beschikbaar zijn en bij de keuze om al dan niet een zorgmachtiging aan te vragen ook de voorkeur van de cliënt mee te wegen. Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 63-68, 262-266, 295-297, 419-420.

66 Wellness Recovery Action Plan.

67 Plomp & Legemaate 2024, p. 204-207.

In het onderzoek werden ten minste drie oorzaken gevonden voor het nog onvoldoende benutten van de mogelijkheden voor drang onder de WGBO. In de eerste plaats bestaat er nog veel onbekendheid met de mogelijkheden en aanpak daarvan. Om deze nader te verkennen kunnen scholingen, casuïstiekbesprekingen, interviews, morele beraden of moresprudentiebijeenkomsten worden georganiseerd of interne consultaties worden gevraagd.⁶⁸ In de tweede plaats is er in de praktijk – bij gebrek aan een nadere uitwerking in de wet – veel onduidelijkheid over de toelaatbaarheid van matige tot sterke drang en vinden veel ggz-professionals het niet proportioneel om deze toe te passen, nu de rechtsbescherming van cliënten onder de WGBO (zeer) beperkt is. Om die reden wordt aanbevolen de kaders omtrent de toelaatbaarheid van drang te verduidelijken en de rechtsbescherming in deze fase te versterken, bijvoorbeeld door toegang tot de patiëntenvertrouwenspersoon en het Wvggz-klachtrecht voor cliënten in deze fase mogelijk te maken (zie reeds paragraaf 2 hiervoor).⁶⁹

Er zijn ten minste drie oorzaken voor het nog onvoldoende benutten van de mogelijkheden voor drang onder de WGBO

In de derde plaats speelt een rol dat het verlenen van assertieve zorg vanuit de ggz op dit moment in principe niet voor vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet in aanmerking komt, waardoor ggz-instellingen voor de financiering van deze zorg afhankelijk zijn van gemeenten. In sommige gemeenten wordt van FACT-teams verlangd dat zij een cliënt overdragen aan een ggd- of oggz-team zodra assertieve zorg nodig is. Met het oog op de continuïteit van zorg en het voorkomen van verplichte zorg zou het wenselijk zijn dat oggz-instellingen deze zorg (ook) zelf op grond van de Zorgverzekeringswet kunnen aanbieden, in elk geval voor cliënten die reeds (langere tijd) bij hen in zorg zijn.⁷⁰

Ambulante verplichte zorg

Wanneer het toepassen van drang uiteindelijk toch niet voldoende blijkt, kan verder worden opgeschaald naar ambulante verplichte zorg. Binnen de meeste ggz-instellingen wordt ambulante verplichte zorg – althans, volgens de geregistreerde cijfers⁷¹ – nog maar op beperkte schaal toegepast. Onduidelijk is of de inzet van ambulante verplichte zorg verplichte opnames kan voorkomen. Uit de in het kader van het Verdiepingsonderzoek gehouden enquête blijkt echter wel dat een significante groep cliënten – en ook een deel van de naasten – de voorkeur geeft aan ambulante verplichte zorg boven klinische verplichte zorg.⁷² Om beter aan te kunnen sluiten bij hun wensen en

68 Id., aanbeveling 7 en p. 308-310, 314 en 419-421 en best practices 29, 30 en 33.

69 Id., aanbeveling 9 en p. 94-95, 112-115, 119, 260, 422-424 en 487-488.

70 Id., p. 207, 231-232 en 428-429.

71 Legemaate e.a. 2022, p. 110 en 119-121.

72 Plomp & Legemaate 2024, p. 213-217.

voorkeuren, is het daarom van belang in de dialoog over het voorkomen, verlenen en beëindigen van verplichte zorg (zie paragraaf 3) ook expliciet te vragen naar de voorkeuren van de cliënt en zijn naasten voor ambulante dan wel klinische verplichte zorg en alvast te spreken over de wijze waarop ambulante verplichte zorg eventueel zou kunnen worden uitgevoerd. Als dit eerder, in een stabiele fase, (nog) niet ter sprake is geweest, is het van belang alsnog tijdig vóór de aanvang van verplichte zorg hierover met de cliënt en zijn naasten te spreken.⁷³

Uit het onderzoek blijkt dat een deel van de ggz-professionals wel graag meer tegemoet zou willen komen aan de individuele wensen en voorkeuren op dit gebied, maar de *Handreiking ambulante verplichte zorg* daarbij als te knellend ervaart. Het is daarom nuttig verder te onderzoeken hoe ambulante verplichte zorg eventueel zou kunnen worden uitgevoerd, bijvoorbeeld door vanuit de beroepsvereniging thema- of discussiebijeenkomsten te organiseren waarbij ook (vertegenwoordigers van) cliënten- en naastenorganisaties worden betrokken. Op basis van de uitkomst hiervan zou eventueel de handreiking kunnen worden herzien of zou een en ander nader kunnen worden uitgewerkt in de multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz.⁷⁴

7. Voorkomen en beperken van verplichte zorg

De in de paragrafen 2 tot en met 6 genoemde interventies dragen waarschijnlijk allemaal bij aan het verder voorkomen en beperken van verplichte zorg. In aanvulling daarop worden in het onderzoek nog een aantal andere belangrijke aandachtspunten benoemd.

Verder beperken van restricties tijdens opnames

In de eerste plaats is het van belang maatregelen te nemen om restricties tijdens opnames verder te beperken en het verblijf van cliënten in de kliniek zo aangenaam mogelijk te maken.⁷⁵ Sinds de invoering van de HIC⁷⁶-methodiek is er op acute opnameafdelingen in toenemende mate aandacht voor het uitstralen van gastvrijheid en het creëren van voldoende ontspanningsmogelijkheden en wordt bij oplopende spanning – mits de cliënt dat ook wil – nabijheid gezocht. Daarbij wordt geprobeerd *echt* aanwezig te zijn in het contact en *echt* te luisteren en worden eventueel collega's met ervaringskennis betrokken. Niettemin wordt signaleerd dat er landelijk nog de nodige verschillen bestaan en dat het behaalde resultaat in sommige gevallen kwetsbaar is, doordat dit mede afhankelijk is van het behoud van (goed geschoold) personeel.⁷⁷ Verwacht wordt

dat nog winst valt te behalen met de implementatie van de interventies uit het *safewards*-model op HIC-afdelingen.⁷⁸ Ook zouden huis- en afdelingsregels verder gesaneerd kunnen worden om ervoor te zorgen dat hierin niet méér beperkingen zijn opgenomen dan strikt noodzakelijk is 'voor een ordelijke gang van zaken en de veiligheid in de accommodatie' (art. 8:15 lid 1 Wvvgz) en geen beperkingen zijn opgenomen die eigenlijk als verplichte zorg zouden moeten worden gekwalificeerd. Met het oog op dat laatste zou het nuttig zijn als de Nederlandse ggz een model voor de huisregels zou vaststellen, waarin eventueel gedifferentieerd wordt naar beveiligingsniveau en/of sector, dan wel bij ministeriële regeling een model voor de huisregels zou worden vastgesteld.⁷⁹

Verbeteren van de registratie van verplichte zorg

In de tweede plaats is het van belang maatregelen te nemen om ervoor te zorgen dat de registratie van verplichte zorg betrouwbare cijfers oplevert.⁸⁰ Zoals in de Wetsevaluatie reeds vermeld,⁸¹ zijn er sterke aanwijzingen dat de registratie van verplichte zorg op dit moment bij een (groot) deel van de ggz-instellingen nog niet goed verloopt waardoor de data die bij de IGJ worden aangeleverd niet betrouwbaar zijn. De registratie van verplichte zorg is niet alleen van belang voor de verantwoording van de verplichte zorg die bij een individuele cliënt is toegepast, maar is ook een belangrijk instrument om het verloop van verplichte zorg in de tijd, eventuele verschillen tussen vergelijkbare afdelingen en het effect van interventies te monitoren en te leren hoe verplichte zorg nog beter kan worden voorkomen. Ggz-instellingen zouden daarom bij voorkeur (i) landelijk dezelfde definities voor verzet en bepaalde vormen van zorg hanteren en hun data op dezelfde manier analyseren, (ii) investeren in de inrichting van een bedrijfsinformatiesysteem voor de registratie en controle daarop en (iii) functionarissen aanwijzen die de geregistreerde data controleren en eventuele fouten eruit halen. De geanalyseerde cijfers kunnen vervolgens in een lerend netwerk met andere ggz-instellingen worden uitgewisseld en besproken, om van elkaar te leren hoe verplichte zorg verder kan worden voorkomen.⁸² Hoewel dit reeds mogelijk is – en enkele ggz-instellingen op deze manier ook al onderling hun cijfers uitwisselen en vergelijken – is het vooralsnog niet gelukt om landelijk tot een eenduidig registratie- en controlesysteem te komen. Aanbevolen wordt daarom dat de overheid de juiste randvoorwaarden creëert om ggz-instellingen in staat te stellen hun cijfers rondom verplichte zorg onderling uit te wisselen en daarvan te leren.⁸³

73 Id., aanbeveling 36 en p. 207-224 en 449.

74 Id., aanbeveling 37 en p. 210-213, 232 en 449-450.

75 Id., aanbeveling 19 en p. 242-243 en 434-435.

76 High & Intensive Care.

77 Plomp & Legemaate 2024, p. 236-238, 241-246, 315 en 434-435.

78 Id., p. 243, 435 en best practice 26.

79 Id., aanbevelingen 19 en 20 en p. 297-302, 323 en 435. Er bestaat op dit moment alleen een model van de Nederlandse ggz met meerdere keuzemogelijkheden, maar geen uniform model zoals dat ten tijde van de Wet Bopz bestond.

80 Id., aanbeveling 21 en p. 435-437.

81 Legemaate e.a. 2022, p. 127-129 en 296-297.

82 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 21 en p. 283-288, 318, 435-437 en best practices 27 en 31.

83 Id., aanbeveling 22 en p. 288, 318 en 436-437.

Systematischer evalueren, afschalen en beëindigen van verplichte zorg

In de derde plaats verdient het aanbeveling meer aandacht te besteden aan het evalueren, afschalen en beëindigen van verplichte zorg. Aanbevolen wordt bij elke cliënt met een zorgmachtiging regelmatig de toepassing van verplichte zorg te evalueren met de cliënt en zijn naasten.⁸⁴ Van belang is tijdens deze evaluaties stil te staan bij (i) de beleving van de toepassing van verplichte zorg bij zowel de cliënt als zijn naasten, (ii) wat maakt dat het zo is gegaan en (iii) of hetgeen eerder is afgesproken en/of vastgelegd over het voorkomen en uitvoeren van verplichte zorg op basis van de inmiddels opgedane ervaringen moet worden herzien of aangevuld. Evaluaties vormen immers een essentieel onderdeel van het proces van proactieve zorgplanning (zie paragraaf 2). Door vervolgens ook binnen het behandelteam, eventueel met hulp van een aandachtsfunctionaris, te evalueren kan worden bezien wat hiervan kan worden geleerd over hoe verplichte zorg – niet alleen bij deze cliënt, maar ook in het algemeen – beter kan worden voorkomen.⁸⁵ Zodra niet meer voldaan wordt aan de criteria voor verplichte zorg is het van belang deze af te schalen en de cliënt direct te informeren over de beëindiging van vormen van verplichte zorg.⁸⁶ Mede omdat uit het onderzoek naar voren komt dat in de praktijk soms terughoudend wordt omgegaan met de beëindiging van verplichte zorg vanwege de daarmee gepaard gaande administratieve lasten, wordt aanbevolen de verplichting om een medische verklaring van een onafhankelijk psychiater te vragen voorafgaand aan een beslissing tot beëindiging van alle verplichte zorg aan het einde van een opname (art. 8:18 lid 3 Wvggz) te schrappen.⁸⁷

8. Samenloop Wvggz en WGBO

Anders dan de Wet Bopz biedt de Wvggz uitdrukkelijk de mogelijkheid om – in samenhang met verplichte zorg gericht op herstel van een psychische stoornis – verplichte zorg ‘vanwege een psychische stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening’ toe te passen.⁸⁸ Uit het onderzoek blijkt echter dat de wijze waarop de regeling van somatische verplichte zorg op dit moment wordt geïnterpreteerd en uitgevoerd niet geheel overeenkomt met hoe de wetgever deze (waarschijnlijk) bedoeld heeft. In het bijzonder zijn er aanwijzingen dat met name op somatische afdelingen van ziekenhuizen vaak een ‘keuze’ wordt gemaakt voor toepassing van de WGBO, ondanks het feit

dat de wetgever de Wvggz als *lex specialis* heeft aangegeven. Veelal wordt op een medisch-psychiatrische unit (MPU) of psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) wel somatische verplichte zorg toegepast. Wanneer een ziekenhuis echter niet beschikt over een eigen psychiatrisch-consultatieve dienst (PCD) en een eigen MPU of PAAZ, is de uitvoering van somatische verplichte zorg buitengewoon lastig omdat deze hoge eisen stelt aan (de kwaliteit van) de samenwerking tussen ggz-professionals en somatisch artsen, met duidelijke afspraken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling.⁸⁹

Daarnaast valt op dat tot nu toe vooral *weinig invasieve* vormen van somatische zorg waarvoor een psychiater verantwoordelijkheid kan dragen (zoals somatische controles en controle op de inname van medicatie tegen somatische aandoeningen) in een zorgmachtiging of crisismaatregel worden opgenomen.⁹⁰ Slechts zelden worden deze vervolgens daadwerkelijk als verplichte zorg gestart omdat dit vaak niet proportioneel wordt geacht.⁹¹ Specifiek voor de uitvoering van (complexere vormen van) *ambulante* somatische verplichte zorg geldt bovendien dat de voor de uitvoering hiervan vereiste goede samenwerking en afstemming met huisartsen vaak nog ontbreken, onder meer doordat de Landelijke Huisartsen Vereniging zich vooralsnog op het standpunt stelt dat de huisarts hierin geen rol heeft.⁹² Tegelijkertijd blijkt in de praktijk echter ook vaak terughoudender te worden omgegaan met somatische dwangbehandeling op grond van de WGBO dan de wet vereist.⁹³ Dit betekent dat de wettelijke mogelijkheden van zowel de Wvggz als de WGBO op dit moment waarschijnlijk onvoldoende worden benut.⁹⁴

Om te voorkomen dat bepaalde groepen cliënten die in wilsonbekwame toestand somatische zorg weigeren daardoor alsnog niet de somatische zorg krijgen waarvoor de wet de mogelijkheid biedt, zijn zowel enkele wettelijke als praktische maatregelen nodig. Waarschijnlijk zou een meer rigoureuze wetwijziging – in de vorm van het creëren van één wettelijke regeling voor alle somatische dwangbehandelingen (uit de WGBO, Wvggz en Wzd), voorzien van een betere rechtsbescherming dan de huidige regeling van dwangbehandeling in de WGBO – de beste oplossing zijn.⁹⁵ Daarmee zouden immers artsen binnen de somatische zorg zelf de (volledige) verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de somatische dwangbehandelingen die zij uitvoeren, kan ook voor cliënten die nu onder de reikwijdte van de WGBO vallen een betere rechtsbescherming worden geregeld en kan ervoor worden gezorgd dat cliënten met een psychische stoornis (of psychogeriatrische aandoening of

84 Aanbevolen wordt dit in elk geval te doen (i) kort na insluiting, de toediening van noodmedicatie en de toepassing van ambulante verplichte zorg, (ii) binnen 1-2 weken na een verplichte opname en (iii) minimaal elke drie maanden, ook als er (nog) geen verplichte zorg is gestart.

85 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 23 en p. 43-44, 289-292 en 437-439. Gelet op het belang van goede evaluaties, wordt echter ook aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvggz nader uit te werken wanneer, hoe vaak en hoe verplichte zorg moet worden geëvalueerd. Zie aanbeveling 25 en p. 290, 318-319 en 439.

86 Id., aanbeveling 24 en p. 292-295 en 438-439.

87 Id., aanbeveling 26 en p. 294-295, 323-324 en 438-439.

88 Art. 3:2 lid 2 aanhef en onder a Wvggz.

89 Plomp & Legemaate 2024, p. 331, 339-342 en 450.

90 Dit wordt bevestigd door een analyse van de gepubliceerde jurisprudentie in de periode 2020 tot en met 2023.

91 Plomp & Legemaate 2024, p. 332-334, 342 en 450.

92 Id., p. 335-338.

93 Id., p. 334-335 en 450.

94 Id., p. 346 en 450.

95 Dit zou kunnen door wijziging van de WGBO, maar bij voorkeur zou daarvoor een (nieuwe) bestuursrechtelijke regeling worden gecreëerd.

verstandelijke beperking) niet *anders* worden behandeld dan cliënten zonder zo'n stoornis.⁹⁶ Omdat een dergelijke regeling naar verwachting echter niet op korte termijn te realiseren valt, is op dit moment een 'second best'-oplossing – in de vorm van het meer in overeenstemming met de huidige praktijk brengen van de wettelijke regeling van de Wvggz – waarschijnlijk meer realistisch. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door in de Wvggz een met art. 8 lid 2 jo. art. 14 Wzd vergelijkbare regeling op te nemen.⁹⁷ Vervolgens zou in het kader van de volgende evaluatie van de Wvggz en de Wzd nader kunnen worden gezien in hoeverre het wenselijk is eventueel toch te voorzien in één (alternatieve) wettelijke regeling voor alle somatische dwangbehandelingen.⁹⁸

Ggz-instellingen kunnen daarnaast echter ook zelf maatregelen nemen om de mogelijkheden voor somatische dwangbehandeling beter te benutten. Allereerst kunnen zij met huisartsen en ziekenhuizen in de regio in gesprek gaan over de vraag hoe kan worden samengewerkt in het kader van de uitvoering van somatische verplichte zorg. Zij kunnen voorzien in aanvullende *scholing* voor (met name) artsen binnen de somatische zorg om de mogelijkheden voor somatische dwangbehandeling op grond van de WGBO en de Wvggz (en eventueel ook de Wzd) beter te kunnen benutten. Daarnaast kunnen afspraken worden gemaakt over de *taak- en verantwoordelijkheidsverdeling* bij de toepassing van somatische verplichte zorg. Om daarbij niet steeds opnieuw het wiel te hoeven uitvinden, zou het nuttig zijn als de beroeps- en brancheorganisaties (ook) op landelijk niveau afspraken zouden vastleggen over de uitvoering van somatische verplichte zorg en de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling daarbij.⁹⁹

9. Samenloop Wvggz en Wzd

Voor cliënten met de combinatie van een psychische stoornis en een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening en cliënten met een gelijkgestelde aandoening is het van groot belang dat zij zo spoedig mogelijk op een passende plek¹⁰⁰ behandeld worden, onder andere omdat met een passende behandeling of bejegening verplichte of onvrijwillige zorg kan worden voorkomen. Dat dit in de praktijk nog lang niet overal goed gaat, heeft te maken met

problemen in het grensverkeer tussen beide wetten, maar ook met het feit dat (i) ggz-, vg- en vvt-instellingen hun accommodaties vrijwel allemaal slechts onder één wettelijk regime (Wvggz óf Wzd) hebben geregistreerd, (ii) het zorgaanbod voor cliënten met gecombineerde problematiek of een gelijkgestelde aandoening beperkt is en per regio verschillend is en (iii) de samenwerking tussen ggz-, vg- en vvt-instellingen nog niet optimaal is. Als gevolg daarvan is de 'keuze' voor de aanvraag van een zorgmachtiging (Wvggz) of rechterlijke machtiging (Wzd) voor deze cliënten in de praktijk vaak vooral afhankelijk van de vraag onder welk wettelijk regime de accommodatie waar de cliënt kan worden opgenomen is geregistreerd.¹⁰¹

Ggz-instellingen kunnen ook zelf stappen ondernemen om ervoor te zorgen dat cliënten sneller op een passende plek komen

In de Wetsevaluatie zijn reeds aanbevelingen gedaan om het grensverkeer tussen beide wetten soepeler te laten verlopen.¹⁰² Het Verdiepingsonderzoek laat zien dat ggz-instellingen echter ook zelf een aantal stappen kunnen ondernemen om ervoor te zorgen dat cliënten sneller op een passende plek komen. In de eerste plaats kunnen zij samen met vg- en vvt-instellingen in de regio een regiovisie ontwikkelen om te voorzien in een passend zorgaanbod voor cliënten met de combinatie van een psychische stoornis en een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking en/of een gelijkgestelde aandoening.¹⁰³ In de tweede plaats kan worden overwogen soms toch binnen één instelling (maar op verschillende afdelingen) een Wvggz-accommodatie én een Wzd-accommodatie te creëren of samen te werken met een andere instelling, waardoor een (snelle) toegang tot bedden onder het andere wettelijke regime ontstaat. Het zou daarbij ook helpen als in een landelijke handreiking zou worden uitgewerkt wanneer welke registratie passend is.¹⁰⁴ In de derde plaats kan geïnvesteerd worden in een betere samenwerking bij de uitvoering van de zorg. Door het delen van kennis en expertise, vragen en aanbieden van consultaties of uitvoeren van medebehandelingen kan ervoor worden gezorgd dat cliënten minder vaak hoeven te worden overgeplaatst.¹⁰⁵ Om tot een dergelijke samenwerking te komen, is het belangrijk dat er een gezamenlijk probleemeneigenaarschap bestaat om voor elke cliënt een passende plek te vinden en dat er zowel op bestuurlijk niveau als op het niveau van de werkvloer een samenwerking wordt aangegaan.¹⁰⁶ Om onduidelijkheden over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling weg te

96 Plomp & Legemaate 2024, p. 349-351 en 450-451.

97 Daarmee zou de mogelijkheid worden geboden om verplichte zorg die reeds door de zorgverantwoordelijke is gestart in het ziekenhuis uit te voeren, waarbij de verantwoordelijke somatische arts zelf kan besluiten tot het toepassen daarvan. In situaties waarin de zorgverantwoordelijke nog geen beslissing als bedoeld in art. 8:9 Wvggz heeft genomen, of uitvoering van de gestarte verplichte zorg niet mogelijk is in het ziekenhuis, zou dan van het zorgplan kunnen worden afgeweken en alsnog zorg kunnen worden verleend op grond van de WGBO. Zie Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 38 en p. 351-352 en 451-452.

98 Id., aanbeveling 38 en p. 450-452.

99 Id., aanbevelingen 39 en 40 en p. 346-348 en 451-453.

100 Met een 'passende plek' wordt hier bedoeld: een plek waar de bejegening passend is, de benodigde zorg geleverd kan worden en de rechtsbescherming passend is bij de zorgbehoefte van de cliënt.

101 Plomp & Legemaate 2024, p. 357-363, 370-371 en p. 453-454.

102 Legemaate e.a. 2001, aanbevelingen 35-38, p. 403.

103 Plomp & Legemaate 2024, aanbeveling 42 en p. 375-382 en 454-456 en best practices 36-38.

104 Id., aanbeveling 41 en p. 370-374, 398 en 454-455.

105 Id., aanbeveling 42 en p. 382-395 en 454-456 en best practices 39 en 40.

106 Id., p. 395-397 en 455.

nemen, is het aan te bevelen hierover afspraken te maken en deze vast te leggen in een convenant. Daarvoor zou het helpen als er op landelijk niveau (ook) een handreiking dan wel een addendum bij de *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* zou worden opgesteld, waarin de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in het kader van de uitvoering van de Wvggz en de Wzd zou worden uitgewerkt.¹⁰⁷

Daarnaast wordt aanbevolen om in de wet de mogelijkheid op te nemen voor de rechter om een *converteerbare ZM-RM* (zorgmachtiging-rechtelijke machtiging) te verlenen voor cliënten met gecombineerde problematiek of een gelijkgestelde aandoening, waarin zowel de verplichte zorg (Wvggz) als de onvrijwillige zorg (Wzd) die tijdens de looptijd mag worden verleend wordt vermeld. Daarbij zou kunnen worden bepaald dat zodra het wettelijk kader van de Wvggz meer passend wordt, de Wzd-functionaris kan beslissen tot conversie van een converteerbare RM in een ZM, na zich daarover te hebben laten adviseren door een psychiater en – op vergelijkbare wijze – zodra het wettelijk kader van de Wzd meer passend wordt, de geneesheer-directeur kan beslissen tot conversie van een converteerbare ZM in een RM, na zich daarover te hebben laten adviseren door een specialist ouderengeneeskunde of arts-vg. Een dergelijke converteerbare machtiging biedt niet alleen meer flexibiliteit doordat de machtiging op korte termijn kan worden geconverteerd, maar komt gedeeltelijk ook tegemoet aan het soms genoemde bezwaar dat de rechtsbescherming onder de Wzd voor deze (extra) kwetsbare cliëntengroep wel erg beperkt is. De rechter oordeelt hier immers ook over de vormen van onvrijwillige zorg (Wzd) die tijdens de periode waarin de RM van kracht is mogen worden toegepast. Op vergelijkbare wijze kan worden voorzien in een converteerbare CM-IBS (crisismaatregel-inbewaringstelling). Deze zou, naast de reeds genoemde voordelen, ook een oplossing bieden voor het probleem dat soms een nieuwe spoedmaatregel nodig is doordat in het kader van een acute crisis niet altijd direct kan worden bepaald welke zorgbehoefte vooropstaat.¹⁰⁸

10. Tot slot: wat is er nodig?

Uit het Verdiepingsonderzoek blijkt dat er door ggz-instellingen goede initiatieven worden ondernomen om verplichte zorg beter te voorkomen en cliënten meer eigen regie te geven. Tegelijkertijd blijkt ook dat er tussen verschillende ggz-instellingen en ook tussen verschillende ggz-professionals binnen één ggz-instelling nog relatief grote verschillen bestaan in de mate waarin en de manier waarop zij deze doelen realiseren. Wat de ggz-instellingen en -professionals die hiermee actief aan de slag zijn onder-

scheidt van andere(n) zijn vooral (i) een duidelijke visie en een duidelijke wil tot verandering, een houding van ‘*Dit willen wij niet langer, want dit vinden wij geen goede zorg*’ en (ii) het werkelijk centraal stellen van het perspectief van de cliënt, met respect voor diens individuele wensen, behoeften en waarden. Dit betekent dat in de eerste plaats een *cultuurverandering* nodig is: een doorleefd inzicht, dat dwang zo veel mogelijk moet worden beperkt en met de cliënt zo veel mogelijk moet worden samengewerkt op basis van gelijkwaardigheid. Voor het realiseren daarvan blijkt helpend dat (i) ggz-instellingen een duidelijke visie met bijbehorende waarden formuleren, deze actief uitdragen en daaraan ook vasthouden, (ii) klinische leiders het voortouw nemen en het goede voorbeeld geven en daarmee anderen inspireren en (iii) ggz-professionals hun kennis en ervaringen onderling delen en daarover in gesprek gaan, om van elkaar te leren en beter te leren reflecteren en nadenken over ethisch-juridische kwesties in het kader van verplichte zorg (bijvoorbeeld via morele beraden en moresprudentiebijeenkomsten).¹⁰⁹

In de tweede plaats is het noodzakelijk dat er wordt geïnvesteerd in aanvullende *scholing* voor ggz-professionals, gericht op (i) bewustwording van het belang van bepaalde interventies, (ii) het aanleren van de benodigde vaardigheden (zoals het voeren van een dialoog op basis van gelijkwaardigheid en het vastleggen van de uitkomst daarvan in een schriftelijke wilsverklaring) en (iii) relevante juridische aspecten (zoals wils(on)bekwaamheid, verzet, het medisch beroepsgeheim, somatische dwang en de samenloop tussen de Wvggz en de Wzd).¹¹⁰

In de derde plaats valt vermoedelijk nog veel winst te behalen door (nog) meer te investeren in het uitwisselen van kennis, expertise en goede voorbeelden tussen ggz-instellingen en eventueel ook tussen ggz-instellingen en vg- en vvt-instellingen (bijvoorbeeld via intervisies, lerende netwerken of expertnetwerken).¹¹¹

Hoewel de verwachting is dat de in het rapport geformuleerde aanbevelingen op de langere termijn voor ggz-professionals en ggz-instellingen juist tijd gaan *opleveren*,¹¹² is op de korte termijn naar verwachting juist een extra investering nodig. Dit is moeilijk, omdat de ggz momenteel reeds onder grote druk staat. Er is sprake van een nijpend personeelstekort, dat naar verwachting de komende jaren alleen nog maar verder zal toenemen. Dit betekent dat er prioriteiten moeten worden gesteld. Om meer tijd te kunnen besteden aan het voeren van een dialoog met cliënten en naasten en aan preventie van verplichte zorg in het voorstadium – en aan de daarvoor benodigde scholing en kennisuitwisseling met collega’s – is het noodzakelijk dat er ook taken

¹⁰⁷ Id., aanbeveling 43 en p. 398-399 en 455-456. Overwogen zou kunnen worden ook de afspraken over (de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot) de uitvoering van somatische verplichte zorg (zie paragraaf 8 hiervoor) hierin vast te leggen.

¹⁰⁸ Id., aanbevelingen 44 en 45 en p. 404-405 en 457-458.

¹⁰⁹ Id., p. 106-108, 157-158, 229-231, 310-314, 395-397 en 458-459 en best practices 24, 33 en 35.

¹¹⁰ Id., p. 109, 159-160, 178, 233-234, 314, 346-347, 400-401 en 459 en best practice 25.

¹¹¹ Id., p. 233, 308-310, 407-408 en best practices 25, 32-34 en 39.

¹¹² Naar verwachting leiden deze er uiteindelijk toe dat minder zorgmachtigingen worden aangevraagd, minder beoordelingen van wilsbekwaamheid nodig zijn en minder verplichte zorg wordt gestart.

verdwijnen of door anderen worden opgepakt. Vooral een vermindering van administratieve lasten en (financiering voor) adequate ondersteuning van ggz-professionals kunnen daaraan bijdragen.¹¹³

Om daadwerkelijk een cultuurverandering te kunnen realiseren, is het bovendien noodzakelijk dat ook andere partijen, zoals gemeenten, tegelijkertijd een beweging in dezelfde richting maken en dat er een (verdere) verandering in het maatschappelijk denken komt. Om dwang verder te kunnen reduceren en mensen met een psychische stoornis volwaardig deel te laten nemen aan de maatschappij is het van essentieel belang dat er risico's genomen mogen worden. Ggz-professionals moeten hun cliënten toestaan om risico's te nemen, eventueel fouten te maken en daarvan te leren. Risico's nemen is een essentieel onderdeel van herstel. Maar om dat te kunnen doen, is het noodzakelijk dat de maatschappij ggz-instellingen en ggz-professionals

ook toestaat om die risico's te nemen. Er zou dus niet alleen op het niveau van ggz-professionals en ggz-instellingen, maar ook op het niveau van de maatschappij en politiek een beweging moeten worden gemaakt van controle en repressie richting meer ruimte voor het nemen van risico's en meer ruimte voor het nemen van eigen regie door cliënten.¹¹⁴

Dit artikel is afgesloten op 14 november 2024.

Over de auteur

Mr. dr. E. (Emke) Plomp

Psychiater bij PsychoCura en juridisch adviseur en onderzoeker bij PSYCHOLEX. In de periode van november 2021 tot januari 2024 werkte zij daarnaast als senior onderzoeker bij het Amsterdam UMC, waar zij samen met prof. mr. J. Legemaate het Verdiepingsonderzoek uitvoerde.

113 Id., p. 460.

114 Id., p. 319-320 en 460-461.