

ARTIKELLEN

De Wvggz in de steigers: gaat het helpen?

Mr. R.P. de Roode & mr. S. van Boxtel*

1. Inleiding

Op 21 maart 2025 ging een omvangrijk wetsvoorstel in internetconsultatie dat de twee belangrijkste ‘dwangzorg wetten’ in ons land fors zal gaan wijzigen: het voorstel tot wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd), ook wel de ‘Evaluatiewet Wvggz/Wzd’ genoemd.¹ In deze bijdrage richten wij ons op de wijzigingsvoorstellen voor wat betreft de Wvggz.² De Wvggz biedt grondslagen voor toepassing van verplichte zorg en rechtsbescherming aan de betrokken patiënt³ en is erop gericht diens rechtspositie te versterken met name door een zorgvuldiger procedure die leidt tot verplichte zorg, en door de patiënt beter te horen en meer rekening te houden met diens wensen en voorkeuren. Andere doelen van de wet zijn om verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen, de kwaliteit ervan te borgen evenals een integrale benadering na te streven verankerd in twee principes, te weten wederkerigheid en een zorgmachtiging (ZM) op maat. Een laatste doel is het intensiveren van het inspectietoezicht.⁴ Veel van deze doelstellingen zien wij terug in de criteria, beginselen en uitgangspunten voor verplichte zorg, neergelegd in hoofdstuk 2 en 3 van de Wvggz.

Verplichte zorg is pas toegestaan als vrijwillige zorg niet meer mogelijk is (ultimum remedium), als sprake is van (dreigend) ernstig nadeel als gevolg van een psychische stoornis en als voldaan is aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid. Ook moeten de wensen en voorkeuren van de patiënt zoveel mogelijk worden gehonoreerd en moet zoveel mogelijk rekening worden gehouden met de voorwaarden die hij nodig heeft voor deelname aan het maatschappelijk verkeer (wederkerigheid). Het gaat immers om vergaande inbreuken

* Robinetta de Roode is werkzaam als senior jurist bij de Stichting PVP, patiëntenvertrouwenspersonen in de ggz en plaatsvervangend hoofdredacteur van dit tijdschrift. Sieke van Boxtel is werkzaam als jurist/opleider bij de Stichting PVP, patiëntenvertrouwenspersonen in de ggz.

1 Zie www.internetconsultatie.nl/evaluatiewetwvggzwzd/b1.

2 Zie voor de wijzigingsvoorstellen voor de Wzd de bijdrage van Luuk Arends c.s. elders in dit nummer, en voor de voorstellen voor de samenloop tussen beide wetten die van Emke Plomp, ook in dit nummer opgenomen.

3 In de Wvggz wordt de patiënt aangeduid als ‘betrokkene’. De Wzd hanteert de term ‘cliënt’. Wij spreken hierna steeds van ‘patiënt’ (voor de Wvggz) en ‘cliënt’ (voor de Wzd).

4 Zie: J. Legemaate e.a., *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1. Implementatie en uitvoerbaarheid* (evaluatie rapport deel 1), Den Haag: ZonMw 2021, p. 31 en 32. Zie ook de MvT, *Kamerstukken II 2009/10, 32399*, nr. 3, p. 1-3.

op grondrechten van mensen op het vlak van privacy, vrijheid van bewegen en lichamelijke integriteit.

De Wvvgz kent (evenals de Wzd) een turbulente ontstaansgeschiedenis. Die heeft nou niet bepaald bijgedragen aan de kwaliteit en begrijpelijkheid en – zo lijkt het vooralsnog – ook niet aan het realiseren van de doelen van de wet. Dat bleek uit de eerste evaluatie van de wet die twee jaar na inwerkingtreding plaatsvond.⁵ Overigens ligt dit volgens de evaluatoren niet alleen aan de wet zelf, maar ook aan andere (meer randvoorwaardelijke) oorzaken, zoals het deskundigheidsniveau van zorgverleners (overigens met name in de Wzd-sectoren), de toenemende krapte op de arbeidsmarkt en de financieringstekorten in de zorg.⁶ In 2014, in de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg, werden voor het eerst kritische kanttekeningen geplaatst bij met name de verschillen tussen de toen nog in voorbereiding zijnde Wvvgz en Wzd.⁷ Aanbevolen werd te kiezen voor één wettelijk kader voor de drie sectoren ggz, psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector. Daarbinnen zou wel enige differentiatie mogelijk moeten zijn. De regering besloot echter door te gaan met twee afzonderlijke wetten, maar deze wel snel te evalueren. In de recente evaluatie werd eveneens aanbevolen de keus voor twee wetten te heroverwegen.⁸

Toenmalig minister van VWS, Connie Helder, gaf in 2023 in haar kabinetsreactie aan dat de keus voor een of twee wetten te vroeg kwam. Veldpartijen gaven zelf aan de discussie daarover niet te willen heropenen en zij koos dus voor de ‘korte klap’: wetswijziging.⁹ Ze wilde de wetten terugbrengen tot de kern (het bieden van rechtsbescherming bij dwangzorg) en terug van regels naar principes, naar wetten waarin de patiënt als gelijkwaardig gesprekspartner wordt gezien, in een vroeg stadium wordt betrokken en waarin wordt uitgegaan van vertrouwen in professionals. Ook wilde ze de begrijpelijkheid van de wetten vergroten, meer inzetten op vrijwillige zorg en met minder tijdrovende registratie meer tijd voor zorgverlening creëren. Ten slotte gaf ze aan meer synergie te willen aanbrengen tussen de Wvvgz en de Wzd, door meer eenheid in taal te brengen en de overgang tussen beide wetten te vergemakkelijken.

Intussen verscheen in 2024 ook nog het Verdiepingsonderzoek uitvoering Wvvgz: goede voorbeelden uit de praktijk,¹⁰ een aanvullend onderzoeksrapport dat niet

5 Zie 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* (evaluatie-rapport deel 2), Den Haag: ZonMw 2022. Zie ook: J. Legemaate e.a., ‘De eerste evaluatie van de Wvvgz en de Wzd: nog veel werk aan de winkel’, *TvGR* 2022, p. 498-512.

6 Legemaate e.a. 2022, p. 309.

7 J. Legemaate e.a., *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014, p. 341. Overigens richtte de kritiek zich vooral op de opzet en de uitgangspunten van de Wzd, die volgens de onderzoekers een grondiger mensenrechtelijke analyse vereisten.

8 Legemaate e.a. 2022, aanbeveling 44.

9 Blijkens de brief van 13 maart 2023 met de beleidsreactie op de evaluatie. Zie: *Kamerstukken II* 2022/23, 25424 en 35370, nr. 648.

10 E. Plomp & J. Legemaate, *Verdiepingsonderzoek uitvoering Wvvgz: goede voorbeelden uit de praktijk*, Den Haag: ZonMw, maart 2024.

gericht is op wetsaanpassing maar op verbeteringsmogelijkheden van de uitvoering. Het lijvige rapport beschrijft maar liefst 40 best practices en doet 45 extra aanbevelingen aan het veld. Vijftien aanbevelingen werden gericht aan de wetgever. Een aantal daarvan is verwerkt in het wetsvoorstel.

Leeswijzer

In dit artikel bespreken wij de wijzigingsvoorstellen uit de Evaluatiewet voor de Wvggz, met uitzondering van die over de samenloop en het grensverkeer met de Wzd.¹¹ In hoeverre bieden genoemde voorstellen een oplossing voor de geconstateerde (toepassings)problemen en tekortkomingen? En dragen zij bij aan de belangrijkste doelen van de Wvggz?

In paragraaf 2 schetsen wij de wijzigingsvoorstellen op hoofdlijnen. In paragraaf 3 tot en met 7 bespreken wij enkele voorstellen apart. In paragraaf 3 de hoorplicht van de burgemeester, in paragraaf 4 de 'eigen regie-instrumenten', in paragraaf 5 de regeling voor als sprake is van wils(on)bekwaamheid, in paragraaf 6 de voorgestelde wijzigingen in de informatievoorziening aan patiënten en in paragraaf 7 de voorstellen voor aanpassing van hoofdstuk 9 Wvggz, inzake de rechten van personen met een strafrechtelijke titel. Wij sluiten in paragraaf 8 af met een conclusie.

2. De wijzigingsvoorstellen op hoofdlijnen

De belangrijkste doelen van de Evaluatiewet zijn om de rechtsbescherming meer centraal te stellen, dwang verder terug te dringen en te voorkomen, de eigen regie van cliënten te verstevigen, de uitvoerbaarheid van de wetten te vergroten en de samenloop tussen de Wvggz, de Wzd en de Wet forensische zorg (Wfz) te verbeteren zodat mensen de best passende zorg kunnen krijgen.

In verband met dat laatste valt allereerst de keus voor het gebruik van een en dezelfde term voor verplichte zorg (Wvggz) en onvrijwillige zorg (Wzd) op, te weten 'gedwongen zorg'. Dat lijkt echter vooral symboliek. Het voorstel brengt namelijk geen principiële wijziging in het verschil in rechtsbescherming tussen beide wetten in geval van gedwongen zorg. Waar in de Wvggz met gedwongen zorg bedoeld wordt op alle dwangmodaliteiten (inclusief dwangopname) en deze vooraf door de rechter worden getoetst, kent de Wzd onderscheid tussen dwangopname en onvrijwillige zorg, en wordt alleen de dwangopname vooraf door de rechter getoetst.¹² Onvrijwillige zorg kan onder de Wzd via een stappenplan worden toegepast en vooral achteraf, via de klachtenprocedure aan de orde worden gesteld en in tweede instantie dan ook door de rechter worden getoetst. Nog afgezien van alle rompslomp die gebruik van een nieuwe term voor de praktijk betekent, wordt genoemd verschil in het wetsvoorstel eigenlijk nauwelijks weggenomen.

11 Stichting PVP heeft ook op de internetconsultatie gereageerd. Niet alle daarin besproken onderwerpen komen in dit artikel aan bod. Zie voor de reactie van Stichting PVP de websites van de internetconsultatie, www.internetconsultatie.nl/evaluatiewetwvggzwzd/b1, en die van Stichting PVP, <https://pvp.nl/over-ons/publicaties-en-onderzoek>.

12 Met uitzondering van de voorgestelde gezamenlijke crisismaatregel, zie hierna.

Verder valt op dat (in art. 1:4 lid 5 onder b Wvggz nieuw) het oude ‘geen-bereidheid-geen-bezwaar-criterium’ (gbgb-criterium) uit de Wet Bopz welhaast opnieuw lijkt te worden geïntroduceerd. Dit door te bepalen dat ook sprake is van verzet, als de patiënt geen blijk van verzet maar ook geen blijk van instemming geeft. Blijkens de toelichting vooral omdat duidelijk moet zijn dat voor patiënten die door hun geestelijke of lichamelijke toestand niet in staat zijn verzet te uiten (gedacht is aan catatone patiënten), het niet zo kan zijn dat zij op basis van toestemming van een vertegenwoordiger kunnen worden behandeld. Deze verandering werd in de evaluatie niet voorgesteld. Het gbgb-criterium werd met de komst van de Wvggz ook bewust verlaten. De gbgb-cliënten zouden anders te lang verstoken blijven van geïndiceerde zorg als de zorg pas kan starten als aan de criteria voor gedwongen zorg wordt voldaan. Als het de bedoeling is daar weer verandering in te brengen, lijkt dat op zijn minst onvoldoende doordacht.

Uit de evaluatie bleek ook dat het nieuwe begrip verzet onvoldoende wordt herkend en erkend. Dit kan tot verholen dwangtoepassing leiden en afbreuk doen aan de rechtsbescherming van de patiënt.¹³ Het kabinet besloot om het begrip verzet niet zelf te verduidelijken, maar nader te laten duiden in de richtlijn ex artikel 8:5 Wvggz. Op zichzelf is die keus te begrijpen, al had het niet misstaan als wel de tegenstrijdige en verwarrende uitleg die over het begrip verzet in de parlementaire geschiedenis is te vinden,¹⁴ in de toelichting op dit wetsvoorstel in elk geval was weggenomen.

Voorts wordt een aantal voorstellen gedaan om procedures te vereenvoudigen en (als gezegd) samenloop en grensverkeer tussen Wvggz en Wzd te vergemakkelijken. Laatstgenoemde voorstellen komen elders in dit tijdschrift aan de orde. In de procedure voor de zorgmachtiging (ZM) wordt geschrapt dat de officier van justitie (OvJ) een geneesheer-directeur (GD) moet aanwijzen als deze zelf een aanvraag indient. Ook wordt (conform aanbeveling 12 uit het evaluatieonderzoek) aanwezigheid van de OvJ op de hoorzitting veranderd in ‘aanwezig, tenzij’ naar ‘afwezig, tenzij’. Ook wordt de procedure ter beëindiging van verplichte zorg vereenvoudigd. Zowel het voorafgaande overleg met burgemeester of OvJ, als de voorafgaande medische verklaring worden uit laatstgenoemde procedure geschrapt. Conform aanbeveling 14, wordt de overlegplicht vervangen door een algemene informatieplicht die geldt voor alle beëindigingen, ongeacht of iemand gedwongen opgenomen is geweest en ernstig nadeel voor een ander heeft veroorzaakt.

Verder is bij wijze van administratieve lastenreductie ook fors gesnoeid in de hoeveelheid gegevens die zorgaanbieders en klachtencommissies aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) moeten verstrekken, en is in een nieuw arti-

13 Zie hierover verder: E. Plomp & T.P. Widdershoven, ‘Dwang, drang of vrijwillig: psychiatrische zorg in juridisch perspectief’, *TvGR* 2022, p. 205-223.

14 Enerzijds wordt verwezen naar de ‘zeer ruime interpretatie van verzet’ die onder de Wet Bopz is gehanteerd, waarbij elke feitelijke verbale of non-verbale uiting van verzet als verzet [moet] worden gekwalificeerd (*Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 15), anderzijds wordt vermeld dat er ‘enige eisen van consistentie en persistentie aan verzet kunnen worden gesteld’ en dat er sprake moet zijn van ‘reëel verzet’ (*Kamerstukken II* 2009/10, 32399, nr. 3, p. 42).

kel 13:3b Wvggz het handhavingsinstrumentarium van IGJ uitgebreid met de bevoegdheid om de zorgaanbieder een schriftelijk bevel of aanwijzing te geven.

Tevens is in artikel 5:9 lid 3 en 5:13 lid 3 onderdeel b Wvggz voorzien in (thans ontbrekende) expliciete grondslagen voor eventuele gegevensdeling door de huisarts met respectievelijk de GD in het kader van de aanvraagprocedure voor een ZM en de zorgverantwoordelijke bij het opstellen van het zorgplan. Ter versterking van het wederkerigheidsbeginsel is (in art. 8:21b Wvggz nieuw) voor de GD een verplichting opgenomen om het college van burgemeester en wethouders te informeren als bij beëindiging van gedwongen zorg essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven ontbreken.

Ten slotte wordt in artikel 10:6 lid 8 Wvggz (nieuw) een delegatiegrondslag opgenomen om uitspraken van klachtencommissies centraal te laten publiceren.

3. Hoorplicht burgemeester

In de procedure voor de crisismaatregel (CM) wordt de hoorplicht van de burgemeester geschrapt. Deze plicht houdt in dat de burgemeester vóórdat hij een CM afgeeft, de patiënt zo mogelijk in de gelegenheid stelt om te worden gehoord. De burgemeester mag dit ook aan een ander overlaten.¹⁵ In de evaluatie werd vastgesteld dat de plicht in de praktijk weinig meerwaarde heeft. Slechts in 40% van de afgegeven CM'en werd de patiënt tevoren gehoord en als er werd gehoord, leidde dat vrijwel niet tot het afblazen van de CM. Het horen in een crisis wordt als lastig uit te voeren, ongewenst vertragend en belastend voor patiënten ervaren. Dit mede doordat het vaak niet door de burgemeester zelf wordt gedaan, hetgeen een extra overdrachtsmoment impliceert. Aanbevolen werd de hoorplicht te schrappen.¹⁶

In de toelichting wordt gesteld dat de burgemeester voldoende geïnformeerd wordt via andere kanalen (de geneeskundige verklaring, het zorgdossier), en dat de patiënt bovendien drie dagen later door de rechter (bij de procedure voor de voortgezette CM) wordt gehoord. Daarnaast wordt erop gewezen dat de stem van de patiënt op andere momenten voldoende aan bod komt, zoals bij de eigen-regie-instrumenten (zie hierna) en op het feit dat de patiënt meteen na het afgeven van de CM een advocaat krijgt toegewezen en dat de patiëntenvertrouwenspersoon (hierna ook pvp) direct contact met hem zal opnemen als de patiënt dat wil. Stichting PVP faciliteert dat contact zodra de gegevens van de patiënt ontvangen worden.

Voor wat betreft dat laatste is overigens cynisch te noemen dat het automatisch door de burgemeester doorgeven van contactgegevens aan Stichting PVP, zoals

15 HR 20 november 2020, ECLI:NL:HR:2020:1806, *JGz 2021/3* m.nt. Keurentjes, *NJ 2021/73* m.nt. J. Legemaate. Zie ook E. Plomp, 'Kroniek rechtspraak Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang. Deel 1', *TvGR 2021*, p. 512.

16 Legemaate e.a. 2021, p. 73 en 126-127 en 386-387, aanbeveling 15.

aanbevolen in de wetsevaluatie voor zowel de CM als de ZM¹⁷ en door het kabinet overigens ook omarmd,¹⁸ in het wetsvoorstel voor de CM juist níét is overgenomen. De patiënt zal de burgemeester dus expliciet toestemming moeten geven om zijn gegevens met Stichting PVP te delen, wil de patiëntenvertrouwenspersoon de patiënt direct kunnen informeren over de mogelijkheden van diens advies en bijstand. Dit, in combinatie met het schrappen van de hoorplicht, kan gezien worden als een stap terug in de rechtsbescherming rondom een crisismaatregel. In 2024 kreeg Stichting PVP slechts in 23% van de afgegeven CM'en de contactgegevens.¹⁹ Bovendien roept deze keus de praktische vraag op hoe geborgd wordt dat de patiënt daadwerkelijk om toestemming wordt gevraagd en wie de patiënt – als dat niet is gebeurd – wijst op de patiëntenvertrouwenspersoon en op welk moment.

Tegen het schrappen van de hoorplicht zijn principiële bezwaren in te brengen. Een CM betreft een diep op de persoonlijke vrijheid ingrijpende maatregel; het voorafgaand horen van de patiënt is daarbij niet alleen een algemeen beginsel van behoorlijk bestuur,²⁰ bedoeld voor een zo adequaat mogelijke feitenverzameling en als waarborg tegen vrijheidsontneming. Het is ook van groot menselijk belang dat er in een kwetsbare situatie als een crisis zoveel mogelijk naar de patiënt wordt geluisterd, bij voorkeur door de burgemeester zelf.²¹

4. Eigen-regie-instrumenten

De Wvvgz kent, anders dan de Wet Bopz, verschillende instrumenten om verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen of – als toch sprake moet zijn van verplichte zorg – zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt. Zo is er de mogelijkheid een eigen plan van aanpak (pva) op te stellen, een zorgkaart te maken en/of een zelfbindingsverklaring (zbv).

Uit de evaluatie kwam naar voren dat deze zogenoemde 'eigen regie-instrumenten' op zichzelf zeer waardevol zijn, maar nog onvoldoende uit de verf komen.²² Zo is het pva gepositioneerd in de aanvraagprocedure voor een ZM (zie art. 5.5 Wvvgz) terwijl dat moment nu juist als ongeschikt voor een dergelijke activiteit moet worden beschouwd. De patiënt is welhaast per definitie in crisis en verzet zich tegen zorg, en er is tijdsdruk. Daarnaast is het format van het pva complex en ontbreekt het de patiënt vaak aan ondersteuning bij het opstellen ervan. Voor de zorgkaart gelden vergelijkbare tekortkomingen. En ook de zelfbindingsregeling kent een

17 Legemaate e.a. 2021, aanbeveling 16.

18 Zie de beleidsreactie op de wetsevaluatie, *Kamerstukken II 2022/23*, 25424, nr. 648, p. 16.

19 Zie: Jaarverslag 2024 Stichting PVP, www.pvp.nl.

20 Art. 4:8 Awb dat deze mogelijkheid voor het geven van een zienswijze regelt, wordt in art. 7:8 Wvvgz (nieuw) buiten werking gesteld.

21 Zie hierover W. Dijkers, 'Wie hoort de Wvvgz-burgemeester?', *NJB* 2019, p. 946-953. Zie over het schrappen van de hoorplicht ook de reacties van zowel MIND als Stichting PVP op de internetconsultatie.

22 Legemaate e.a. 2021, p. 175 e.v.

aantal onduidelijkheden en belemmeringen (zie hieronder). Aanbevolen werd daarom:

- a de regeling zo aan te passen dat betere en meer effectieve mogelijkheden zouden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen;²³
- b te voorzien in één instrument dat waarborgt dat de wensen en voorkeuren van de patiënt tijdig worden geïnventariseerd en kenbaar zijn;²⁴
- c de praktijk zó in te richten dat tijdig (vóór de ZM-procedure) een laagdrempelig gesprek plaatsvindt met de patiënt over diens wensen en voorkeuren dat regelmatig wordt herhaald en waarvan de uitkomsten toegankelijk voor alle betrokkenen worden vastgelegd;²⁵ en
- d in de wet te bepalen dat alle betrokkenen de wensen en voorkeuren van de patiënt bij hun besluitvorming betrekken en daarover rapporteren.²⁶

In het Verdiepingsonderzoek wordt zelfs voorgesteld om in de Wvggz een nieuw hoofdstuk 1a, 'Vorstadium van verplichte zorg', op te nemen. Daarin wordt dan de mogelijkheid geboden om in dialoog met de behandelaar en eventuele naasten al een plan van aanpak, een zorgkaart, een zelfbindingsverklaring of ander document op te stellen in de periode waarin de patiënt vrijwillig in zorg is, wilsbekwaam is en er nog geen sprake is van dreigend ernstig nadeel en mogelijke verplichte zorg, maar er wel een reëel risico aanwezig is dat hij/zij zich op enig moment tegen de zorg kan gaan verzetten en er ook een gereed vermoeden bestaat dat er dan sprake zal zijn van ernstig nadeel.²⁷ In het wetsvoorstel is dat voorstel niet overgenomen, maar is er wel voor gekozen meer maatwerk mogelijk te maken. Het voorstel uit de evaluatie om te komen tot één instrument, is evenmin overgenomen.

4.1 Plan van aanpak

Het pva is in het wetsvoorstel losgemaakt van de aanvraagprocedure voor de ZM. Het kan – aldus de toelichting – op ieder moment worden opgesteld. Eerder dus, maar ook achteraf. Zo kan het dienen ter voorkoming van een machtigingsprocedure, om de toepassing van verplichte zorg te voorkomen, om bij toepassing zoveel mogelijk rekening te houden met wensen en voorkeuren en ter onderbouwing van een verzoek tot beëindiging van verplichte zorg. De GD moet zich tijdens de voorbereidingsfase van de ZM vergewissen of de mogelijkheden van een plan van aanpak zijn doorlopen.²⁸ En bij beëindiging van gedwongen zorg moet hij aanbieden een pva op te stellen.²⁹ Daarnaast is voorzien in pvp-ondersteuning bij het opstellen en actualiseren van het pva.³⁰

Dit zijn alle zeker verbeteringen te noemen. Wat wij missen, is echter dat de patiënt in het voorstadium of op andere momenten actief moet worden gewezen op de

23 Legemaate e.a. 2021, aanbeveling 5.

24 Legemaate e.a. 2022, aanbeveling 49.

25 Legemaate e.a. 2022, aanbeveling 50.

26 Legemaate e.a. 2022, aanbeveling 51.

27 Zie Plomp & Legemaate 2024, p. 430 en 487.

28 Zie art. 5:4 lid 2 Wvggz (nieuw).

29 Art. 8:21a Wvggz (nieuw).

30 Art. 11:1 lid 1 onder a Wvggz (nieuw).

mogelijkheid een pva op te stellen. Ook is niet geregeld wat er gebeurt als de GD in de aanvraagprocedure tot de conclusie komt dat de patiënt geen mogelijkheden heeft gehad om een pva op te stellen. En last but not least, mist de betrokkenheid van een behandelaar bij het opstellen van het pva. Dit laatste zou er namelijk voor kunnen zorgen dat (a) het pva zoveel mogelijk de uitkomsten bevat van in elk geval een dialoog tussen de behandelaar en de patiënt en zoveel mogelijk ook de naaste en (b) de effectiviteit van het pva wordt vergroot. Bovendien kadert het de pvp-ondersteuning bij het opstellen van het pva. De patiëntenvertrouwenspersoon is immers geen zorgverlener. Het wetsvoorstel brengt voor het pva dus zeker een aantal verbeteringen, maar het zou beter zijn als de wetgever proactiever met het pva zou omgaan.

4.2 *Zorgkaart*

De zorgkaart blijft in het wetsvoorstel wat het was: een in de aanvraagprocedure door zorgverantwoordelijke met de patiënt en de vertegenwoordiger op te stellen document. Dat laat – aldus de toelichting³¹ – onverlet dat eventuele andere schriftelijke wilsuitingen die als bijlage bij de zorgkaart kunnen worden gevoegd, ook op andere momenten van belang kunnen zijn en ook op andere momenten opgesteld kunnen zijn. Om die reden wordt in het wetsvoorstel vastgelegd dat niet alleen in het zorgplan, maar ook in de zorgkaart moet worden vastgelegd hoe vaak en wanneer deze wordt geëvalueerd en geactualiseerd en dat de zorgverantwoordelijke hier ook op verzoek en uit eigen beweging toe kan overgaan.³² Voor de rechtsbescherming nuttige aanvullingen, ook omdat evaluatie en bijstelling verplichte zorg verder kunnen terugdringen.

4.3 *Zelfbinding*

Met een zelfbindingsverklaring (zbv) kan een patiënt op voorhand en in wilsbekwame toestand samen met de zorgverantwoordelijke schriftelijk vastleggen welke verplichte zorg onder welke omstandigheden en ondanks een dan wilsonbekwaam geuit verzet, mag worden verleend. Doel is dat eerder met een (op basis van de zbv af te geven) ZM kan worden ingegrepen.

In de praktijk wordt de zelfbindingsverklaring weinig gebruikt. De belangrijkste reden hiervoor is dat de procedure ter verkrijging van de ZM te lang duurde waardoor vaak alsnog een gewone (spoed)procedure moest worden doorlopen; iets wat de patiënt met de zbv nu juist wilde voorkomen.

In het wetsvoorstel is de procedure ter verkrijging van de ZM op basis van een zbv uitgeschreven én voorzien van de mogelijkheid om tijdelijk gedwongen zorg toe te passen. Dit laatste vanaf het moment dat de OvJ een verzoekschrift voor de ZM bij de rechter heeft ingediend en totdat de rechter daarop heeft beslist. Het mag slechts gaan om die vormen van gedwongen zorg die zijn opgenomen in het voorstel van de GD aan de OvJ én, en daar lijkt de schoen wat te gaan wringen, indien

31 Algemene toelichting, p. 8.

32 Art. 5:14 lid 1 onder i Wvggz en art. 8:8 Wvggz (nieuw).

en voor zover voldaan is aan de criteria voor gedwongen zorg (zie o.a. art. 4:9 nieuw).

De nieuwe mogelijkheid voor tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan de ZM, kan zeker bijdragen aan een effectiever gebruik van de zbv. Dat volgens wet en toelichting ook aan de gewone criteria en algemene beginselen voor verplichte zorg lijkt te moeten zijn voldaan, zou dat effect teniet kunnen doen en ook in strijd zijn met het preventieve karakter van de zbv.³³

In de toelichting³⁴ wordt ook aangegeven dat de GD en de OvJ niet kunnen afwijken van de gedwongen zorg die in de zelfbindingsverklaring en het zorgplan zijn opgenomen ‘ten aanzien van bepaalde, vooraf vastgelegde omstandigheden, de maximale duur per vorm van gedwongen zorg en de omstandigheden waaronder de gedwongen zorg volgens de zelfbindingsverklaring weer moet worden beëindigd’. Kennelijk dus wel in de vormen van gedwongen zorg waarvoor een machtiging wordt gevraagd. En de rechter kan volgens de toelichting (weliswaar met grote terughoudendheid) sowieso afwijken van de zbv door ambtshalve andere gedwongen zorg in de ZM opnemen.³⁵ Dit laatste lijkt niet helemaal te vermijden, maar moet dan niet alleen beperkt blijven tot hoge uitzonderingssituaties, maar moet ook goed worden onderbouwd.

5. Wils(on)bekwaamheid

Wilsonbekwaamheid speelt in de Wvggz een belangrijke rol. Als een zorgverantwoordelijke een patiënt wilsonbekwaam acht ter zake van zorg of van de uitoefening van rechten of plichten, dan moet hij dat met de vertegenwoordiger overleggen en schriftelijk vastleggen, ook als verplichte zorg wordt toegepast (art. 1:5 en 8:9 lid 4 Wvggz). Nieuw ten opzichte van de Wet Bopz is het uitgangspunt dat ter zake *wilsbekwame* wensen en voorkeuren moeten worden gerespecteerd, ténzij sprake is van acuut levensgevaar voor de patiënt zelf dan wel sprake is van een aanzienlijk risico voor een ander of voor de algemene veiligheid van personen of goederen (art. 2:1 lid 6 Wvggz). In het oorspronkelijke wetsvoorstel was deze uit-

33 De artikelsgewijze toelichting is daar in elk geval tegenstrijdig over. Enerzijds wordt (op p. 15) gesteld dat de GD tevens toetst aan de criteria voor gedwongen zorg en aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid van art. 3:3, anderzijds (op p. 18) dat betrokkene vooraf in grote mate invulling heeft gegeven aan de criteria en doelen van art. 3.3 en 3.4 door de omstandigheden vast te leggen waaronder bepaalde vormen van gedwongen zorg aan hem mogen worden verleend, waardoor daar niet van kan worden afgeweken.

34 Artikelsgewijze toelichting bij art. 4:8 Wvggz (nieuw), p. 15 en 16.

35 Artikelsgewijze toelichting bij art. 4:8 Wvggz (nieuw), p.16.

zondering veel ruimer geformuleerd. Onder invloed van kritiek uit het veld werd voor deze minder ruime formulering gekozen.³⁶

Uit de wetsevaluatie en het Verdiepingsonderzoek blijkt dat het huidige artikel 1:5 in de praktijk zó wordt uitgelegd, dat voortdurend wilsbekwaamheidstoetsen zouden moeten plaatsvinden en worden vastgelegd in het dossier.

‘Dat legt niet alleen druk op de zorgverlener maar ook op betrokkene, en staat op gespannen voet met het internationaalrechtelijke uitgangspunt dat wilsbekwaamheid dient te worden verondersteld en dat terughoudendheid betracht moet worden ten aanzien van formele wilsbekwaamheidstoetsen. (...) Uitvoering van een formele wilsbekwaamheidstoets kan worden beperkt tot de daadwerkelijke eerste toepassing van een vorm van gedwongen zorg (artikel 8:9), wanneer betrokkene een zelfbindingsverklaring wenst op te stellen (artikel 4:1, zesde lid), of wanneer de bij betrokkene geconstateerde wils(on)bekwaamheid ter discussie wordt gesteld, bijvoorbeeld wanneer betrokkene een beroep op wilsbekwaam verzet doet bij de rechter.’ Aldus de toelichting.³⁷

Om die reden wordt in het wetsvoorstel voorgesteld om artikel 1:5 Wvggz te schrappen.

Artikel 1:5 Wvggz schrappen is op zichzelf een juist voorstel, maar de stelling dat alleen een wilsbekwaamheidstoets zou moeten worden gedaan bij *eerste* toepassing van gedwongen zorg, bij het vaststellen van een zbv of als de patiënt een beroep doet op wilsbekwaam verzet, is voor kritiek vatbaar. Dit was in de kabinetsreactie al aangekondigd,³⁸ maar verdraagt zich niet met mensenrechtenverdragen en ook

36 Zie *Kamerstukken II 2015/16*, 32399, nr. 25, p. 153 (NvW 2) en *Kamerstukken I 2017/18*, 32399, D, p. 39. Bij de onderbouwing daarvoor zijn vraagtekens te plaatsen. Zo wordt volstaan met een verwijzing naar het suïcidepreventiebeleid zonder verdere toelichting, en enige niet ter zake doende voorbeelden waarbij varianten van wilsonbekwaamheid aan de orde zijn. Uit die onderbouwing lijkt a contrario juist eerder te kunnen worden afgeleid dat een wilsbekwame weigering wel gerespecteerd moet worden als enkel de belangen van de patiënt in het geding zijn, ongeacht de consequenties. Zie S.P.K. Welie & T.P. Widdershoven, ‘VPH en dwangpsichiatrie: hoe verder?’, *TvGR* 2018, p. 6-22.

37 Artikelsgewijze toelichting, p. 5.

38 *Kamerstukken II 2022/23*, 25424, nr. 648, p. 6.

niet met de jurisprudentie van de Hoge Raad op dit punt.³⁹ Die komt overigens overeen met wat daarover eerder in de parlementaire geschiedenis werd gesteld.⁴⁰ Het is in dat licht ook een gemis dat de wetgever niets heeft gedaan met aanbeveling 27 van het *Verdiepingsonderzoek uitvoering Wvggz*,⁴¹ waarin onder andere wordt aanbevolen te verduidelijken dat de rechter in beginsel zélf zou moeten beoordelen in hoeverre op het moment van de beoordeling van het verzoek sprake is van wilsbekwaam verzet ter zake van de verzochte vormen van verplichte zorg, en daarover desgewenst – ter zitting of schriftelijk – het oordeel van de zorgverantwoordelijke kan vragen. En dat verduidelijkt zou moeten worden dat op een eerder moment wilsbekwaam vastgelegde wensen en voorkeuren óók zoveel mogelijk moeten worden gehonoreerd bij afgifte van een ZM of een voortgezette crisismaatregel (VCM) indien de patiënt ten tijde van de hoorzitting van de rechtbank wilsbekwaam ter zake is. Dat alleen bij eerste toepassing van gedwongen zorg een wilsbekwaamheidsstoets zou moeten plaatsvinden is ook onjuist omdat – wanneer de patiënt wellicht als een gevolg van de gedwongen zorg die hij kreeg weer wilsbekwaam is – diens verzet tegen (voortzetting van) de gedwongen zorg ook zou moeten worden gerespecteerd.

Door het schrappen van artikel 1:5 Wvggz ontstaat voorts onduidelijkheid over de klachtwaardigheid van een wilsbekwaamverklaring. Het zou goed zijn als in artikel 10:3 Wvggz expliciet zou worden opgenomen dat de patiënt een klacht kan indienen als hij meent ten onrechte wilsbekwaam te zijn verklaard dan wel dat zijn wilsbekwaam geuite wensen en voorkeuren ten onrechte niet zijn gehonoreerd.

Verder zou in artikel 2:1 lid 6 Wvggz (nog steeds) geschrapt moeten worden dat in geval van acuut levensgevaar voor de patiënt zelf aan diens wilsbekwame verzet voorbij kan worden gegaan. Het betreft in wezen discriminatie. Wilsbekwame patiënten wier behandeling onder de WGBO valt, mogen immers niet tegen hun wil

39 In HR 8 december 2023, ECLI:NL:HR:2023:1724 en HR 4 februari 2022, ECLI:NL:HR:2022:123 oordeelde de raad dat art. 2:1 lid 6 Wvggz ook van toepassing is in de fase van de afgifte van een ZM en CM, wat betekent dat indien de betrokkene tijdens de procedure tot het verlenen daarvan een voldoende toegelicht bezwaar maakt tegen de voorgestelde verplichte zorg en de situaties als bedoeld in art. 2:1 lid 6, aanhef en onder b, Wvggz zich niet voordoen, de rechter moet beoordelen of de betrokkene wilsbekwaam is. Indien daarover in de medische verklaring niet is gerapporteerd, moet een verklaring worden gevraagd van een onafhankelijk arts of klinisch psycholoog waaruit blijkt of de betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is. Zo nodig moet de procedure daartoe worden aangehouden. Als uit de verklaring blijkt dat de betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, dient diens bezwaar tegen de verplichte zorg te worden gehonoreerd. Een voorbeeld van een beoordeling of de wensen van de cliënt ten aanzien van verplichte zorg gehonoreerd hadden moeten worden, is te vinden in de conclusie van P-G Lückers in: Parket bij de Hoge Raad, 1 september 2023, ECLI:NL:PHR:2023:756. De HR heeft later de conclusie gevolgd. Discussabel is overigens dat de P-G stelt dat als er geen gevaar is als bedoeld in art. 2:1 lid 6 sub Wvggz, de wilsbekwaamheid niet meer beoordeeld hoeft te worden. Zie ook E. Plomp, 'Kroniek rechtspraak Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang', *TvGR* 2024, p. 238 t/m 240.

40 Zie *Kamerstukken II* 2015/16, 32399, nr. 25, p. 153 (NvW 2).

41 Plomp & Legemaate 2024, p. 483.

worden behandeld.⁴² Ook zou artikel 8:9 lid 4 Wvvgz moeten worden aangepast. Daarin staat ten onrechte dat wilsbekwaamheid niet getoetst hoeft te worden bij gedwongen opname in een accommodatie.

Ten slotte zou wenselijk zijn om de wilsbekwaamheidsbeoordeling, evenals de motivering daarvan, expliciet op te laten nemen in de schriftelijke aan de patiënt uit te reiken beslissing ex artikel 8:9 Wvvgz. Het is voor het klachtrecht van de patiënt van groot belang te weten op welke motieven die beoordeling is gebaseerd.

6. Informatievoorziening aan patiënten en terugdringen administratieve lasten

De Wvvgz kent veel en gedetailleerde regels over het informeren van patiënten over hun rechtspositie. Informeren van patiënten is uiteraard belangrijk, maar de formele manier waarop dit nu wettelijk is geregeld, is inefficiënt, schiet zijn doel voorbij en veroorzaakt ook veel administratieve last, zo bleek uit de evaluatie. Patiënten lezen de vele brieven vaak niet en krijgen ze ook vaak juist als zij daar (door hun crisissituatie) niet bevattelijk voor zijn. Ook de inhoud van de informatie is vaak niet afgestemd op het bevattingsvermogen van de patiënt.

Aanbevolen werd dan ook (aanbeveling 6) om de informatievoorziening te vereenvoudigen zowel inhoudelijk als qua wettelijke vormgeving, meer in te zetten op persoonlijk contact op het moment dat de patiënt daar voor openstaat, en om maximale inspanning te leveren om te vergewissen dat de informatie naar inhoud wordt begrepen.⁴³ In het wetsvoorstel wordt de oplossing gezocht in maatwerk: de frequentie en de manier van informeren worden geflexibiliseerd, maar de zorgaanbieder krijgt tegelijkertijd een resultaatsverplichting om de patiënt goed te informeren.

‘Dat neemt niet weg dat op momenten die belangrijk zijn voor de rechtspositie nog steeds een brief moet worden gestuurd aan betrokkene, maar rondom deze momenten krijgt de zorgverlener meer vrijheid om op begrijpelijke wijze en op een geschikt moment betrokkene te informeren.’ Aldus de memorie van toelichting.⁴⁴

Zo hoeft niet meer bij afgifte van elke opvolgende maatregel opnieuw te worden voldaan aan de algemene informatieverplichting ex artikel 8:3 Wvvgz over de GD, ZV, patiëntenvertrouwenspersoon, familievertrouwenspersoon, klachtrecht et cetera.

42 Zie hierover ook S.P.K. Welie & T.P. Widdershoven, ‘VPH en dwangpsychiatrie: hoe verder? Een aanzet voor een principiële debat’, *TvGR* 2018, p. 6-22. En T.P. Widdershoven, ‘De Wet verplichte ggz: over oud en nieuw bij dwangpsychiatrie’, *TvGR* 2019, p. 322-336.

43 Legemaate e.a. 2021, p. 380.

44 MvT, Algemeen deel, p. 10.

Nodeloze administratieve last en ineffectieve informatievoorziening moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Maar als met genoemd maatwerk ook is toegestaan dat de patiënt pas ná aanvang van verplichte zorg wordt geïnformeerd over het besluit daartoe, de reden ervoor én de klachtwaardigheid ervan plus de mogelijkheid van advies en bijstand door de patiëntenvertrouwenspersoon, dan is dat uiteraard bezwaarlijk te noemen. Bovendien past dit niet in een resultaatsverplichting. Dit overigens los van de vraag of een resultaatsverplichting meetbaar is als het om flexibele informatieverstrekking gaat. Het staat bovendien op gespannen voet met de jurisprudentie van de Hoge Raad, die stelt dat een 8:9-brief spoedig moet worden uitgereikt.⁴⁵ Volgens de IGJ mag de 8:9-brief zelfs alleen in situaties die geen uitstel dulden pas ná toepassing van verplichte zorg worden uitgereikt.⁴⁶ In lijn daarmee menen wij dat maatwerk goed is en dat de 8:9-brief ook zeker eenvoudiger en duidelijker (gemotiveerd) kan worden, maar dat de verstrekking van die brief geen variatie duldt en als hoofdregel voorafgaand aan de inzet van gedwongen zorg (tenzij de tijd ontbreekt) moet plaatsvinden.

Iets vergelijkbaars geldt voor de informatie over een aantal andere klachtwaardige beslissingen, zoals de ‘overdracht-van-zorgbeslissing’ (ex art. 8:16 Wvggz) en beslissingen inzake tijdelijke onderbreking (art. 8:17 Wvggz) en beëindiging (art. 8:18 Wvggz) van verplichte zorg. Artikel-8:16-beslissingen worden in het wetsvoorstel zelfs beperkt tot overplaatsingen naar een andere zorgaanbieder of GD van een andere accommodatie (van dezelfde zorgaanbieder). Dat lijkt overigens niet onredelijk, maar overplaatsing naar bijvoorbeeld een andere afdeling, impliceert onder omstandigheden wel een verandering in de uitvoering van gedwongen zorg. Duidelijk moet wel zijn dat de patiënt daartegen een klacht kan indienen. Voor beslissingen tot tijdelijke onderbreking en beëindiging van verplichte zorg is geschrapt dat deze schriftelijk en gemotiveerd en (voor de tijdelijke onderbreking) binnen vier dagen aan de patiënt moeten worden verstrekt.⁴⁷ Gelet op de beginselen van behoorlijk bestuur en op het klachtrecht, lijkt dat eveneens problematisch. Administratieve last reduceren en maatwerk in de informatievoorziening is nodig, maar die mag geen afbreuk doen aan de rechtsbescherming en de rechtszekerheid van de patiënt.

7. Personen met een strafrechtelijke titel

Een wat afwijkende regeling in de Wvggz is te vinden in hoofdstuk 9 en is bedoeld voor personen met een strafrechtelijke titel die in een Wvggz-accommodatie verblijven. Voor deze personen is een op de patiënt afgestemde CM of ZM primair niet aan de orde. Zij verblijven namelijk óf onvrijwillig met een strafrechtelijke maatregel (tbs-/pij-maatregel), óf op vrijwillige basis in de accommodatie. Het vrijwillige verblijf is veelal met op de achtergrond de nodige drang vanuit door de strafrechter

45 HR 18 december 2020, ECLI:NL:HR:2020:2096.

46 Blijkens het IGJ-standpunt op een melding van de patiëntenvertrouwenspersoon uit 2021, zie Jaarverslag 2021 Stichting PVP, www.pvp.nl.

47 In art. 8:17 lid 1 en 6 en in art. 8:18 lid 6 Wvggz (nieuw).

opgelegde zorg als onderdeel van een strafrechtelijk kader. Ook verdachten van een strafbaar feit, preventief gehechten en gedetineerden kunnen op voorwaarden vrijwillig worden opgenomen.

Volgens de evaluatie oogt dit hoofdstuk rommelig, ingewikkeld en moeilijk toegankelijk door de vele herhalingen, verwijzingen en breuken met de Wvggz-systematiek. Het wordt verwarrend genoemd dat er sprake is van twee verschillende doelgroepen waar dit hoofdstuk betrekking op heeft. Voor de groep die kan worden gezien als gedwongen opgenomen wordt de systematiek van de Wvggz, waarbij iemands rechtspositie individueel wordt bepaald door de zorgmachtiging, verlaten en wordt voorzien in een algemene regeling. Voor de groep die heeft ingestemd met de opname acht de evaluatie het opmerkelijk dat wordt voorzien in de bemoeienis van de minister van Justitie en veiligheid inzake verlof en ontslag.⁴⁸ De evaluatie sluit af met de aanbeveling (aanbeveling 42) om hoofdstuk 9 Wvggz te vereenvoudigen en te verduidelijken en beter aan te sluiten bij de opzet en terminologie van die wet.⁴⁹

Overigens bleek eerder uit de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg al dat de situatie in de forensische ggz, waar onder één dak patiënten met meerdere juridische titels verblijven, in de praktijk uiterst ingewikkeld is en resulteert in veel vragen en onduidelijkheden en kan resulteren in een niet uit te leggen ongelijkheid tussen patiënten.⁵⁰ In het onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC) naar de praktijk van artikel 2.3 Wfz werd in de interviews over de uitvoering van een 'artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging' onder andere opgemerkt dat de nieuwe wetgeving (Wvggz, Wzd en Wfz) van medewerkers in de forensische ggz veel kennis van verschillende regimes (interne rechtsposities) vereist, dat het op de afdeling een gepuzzel is om telkens te weten wat bij een bepaalde patiënt wel of niet mag worden toegepast en voor betrokkenen problemen geven zoals stigma en zelfstigma.⁵¹

In het wetsvoorstel ziet hoofdstuk 9 er op het eerste gezicht drastisch gewijzigd uit maar dit is deels schijn. De beide groepen waar dit hoofdstuk betrekking op heeft krijgen ieder een eigen paragraaf met daarin een regeling voor de (interne) rechtspositie. In de terminologie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de Wvggz.⁵² Er is gekozen voor meer rechtsbescherming bij een beslissing tot het beperken van vrijheden (bezoek, communicatiemiddelen en bewegingsvrijheid) door hier een maximale termijn aan te koppelen van zes maanden. Deze beslissing is weliswaar onbeperkt te verlengen, maar hierdoor ontstaan wel verplichte periodieke beoordelingen.

48 Legemaate e.a. 2021, p. 364-365.

49 Legemaate e.a. 2021, p. 407.

50 J. Legemaate 2014, p. 337.

51 C.H. de Kogel, J.J. van der Ree & A.M. Burger, *Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding* (WODC-Cahier 2021-29), 2021, p. 106.

52 Artikelsgewijze toelichting, p. 81.

Voor de externe rechtspositie (verlof, ontslag en overplaatsing) blijft gelden dat de regeling in de justitiële wetgeving voorrang heeft en wordt daarom ook expliciet voor de termen verlof, ontslag en overplaatsing gekozen. Bij de vrijwillig verblijvende is duidelijker onderscheid gemaakt tussen degene met een vrijheid ontnemende of vrijheid beperkende voorliggende strafrechtelijke titel en wat dit betekent voor verlof, ontslag en overplaatsing. Hierbij worden de bevoegdheden van de geneesheer-directeur duidelijker beschreven en krijgt deze expliciet de bevoegdheid (art. 9:2 en 9:11 Wvggz nieuw) om toegekend verlof al of niet tijdelijk stop te zetten en/of weer voort te zetten. De patiënt kan over een dergelijke beslissing klagen volgens het Wvggz-klachtrecht. Onduidelijk blijft hoe de beslissingsbevoegdheden rondom verlof, overplaatsing en ontslag van de diverse actoren zich verhouden tot de Wvggz als een vrijwillig verblijvende naast de strafrechtelijke titel ook een CM of ZM heeft met daarin gedwongen zorg opname in een accommodatie.

Tot zover de helderheid. Hetgeen mist en mogelijk afbreuk doet aan de rechtspositie van beide patiëntengroepen is onduidelijkheid over de toepassing van de algemene uitgangspunten van de Wvggz. In (concept)wettekst en toelichting wordt hier niet naar verwezen. Opgemerkt wordt wel dat voor de rechtspositie waar mogelijk wordt aangesloten bij (de rest van) de Wvggz, maar dat 'tegelijktijd moet worden erkend dat het gaat om een bijzondere doelgroep waarvoor aanvullende of afwijkende rechtspositionele bepalingen noodzakelijk zijn'. Voor verdere verwar- ring zorgt ook het nieuwe artikel 9:1 lid 3 Wvggz: 'Ten aanzien van het verblijf in de accommodatie en de zorg geldt uitsluitend het bepaalde in deze paragraaf.' De toelichting vult aan: 'Andere delen van de Wvggz zijn dus alleen van (overeenkomstige) toepassing voor zover dat in paragraaf 1 is bepaald.' De onduidelijkheid is met name bezwaarlijk nu bij de beslissingscriteria tot gedwongen zorg, wils(on) bekwaamheid en het te duchten gevaar niet meer hoeven worden vastgelegd. Het lijkt evident dat de algemene uitgangspunten van toepassing zijn en dat wilsbe- kwaam verzet ook bij deze groep patiënten gehonoreerd dient te worden, maar in de toelichting wordt hierover niets gezegd.

Echt problematisch in het wetsvoorstel is echter de nieuw toegevoegde mogelijk- heid bij de vrijwillig verblijvende tot het inzetten van tijdelijke gedwongen zorg in een noodsituatie gedurende drie dagen, zonder rechterlijke toets vooraf en met slechts klachtrecht achteraf (art. 9:12 Wvggz nieuw). Zeker nu een vorm van vrij- heidsbeneming welhaast inherent noodzakelijk is voor de uitvoering van gedwon- gen zorg is dit in strijd met artikel 5 EVRM. Toch wordt in het algemene deel van de toelichting, waar nader wordt ingegaan op voorgestelde wijzigingen die raken aan een beperking van grondrechten en internationale en Europeesrechtelijke nor- men, hierop geen toelichting gegeven.⁵³ In de toelichting op de noodzaak voor deze interventie wordt wel aangegeven dat ingrijpen mogelijk moet zijn indien een per- soon met een strafrechtelijke titel tijdelijk ontregelt en een problematische en ge- vaarlijke behandel- en werksituatie ontstaat. Onder andere zouden de Wvggz-cri-

53 Algemene toelichting, p. 31-32.

teria (specifiek het doelmatigheidscriterium) niet altijd passen bij de forensische doelgroep door een verschil in hoofddoel tussen forensische zorg en reguliere zorg (bescherming van de maatschappij door het verminderen van recidive versus wegnemen van ernstig nadeel en voorkomen van gedwongen zorg).⁵⁴ Deze onderbouwing overtuigt niet. De door de praktijk gevoelde noodzaak voor meer interventiemogelijkheden geeft wel weer hoe problematisch het onder het Wvggz-regime brengen van genoemde doelgroep is.

De aanpassingen in dit hoofdstuk komen wellicht tegemoet aan de korte aanbeveling 42 uit de evaluatie, maar ondanks de vele wijzigingen is hoofdstuk 9 in de basis hetzelfde gebleven en blijft het een van de Wvggz-systematiek afwijkende algemene regeling, die een grote variatie in verschillende rechtsposities met zich brengen met alle problemen van dien. Het is maar zeer de vraag of met de wijzigingen de samenloop tussen de Wvggz en de Wfz verbetert zodat de best passende zorg mogelijk is.

8. Conclusie

Met het Evaluatievoorstel Wvggz/Wzd is getracht de Wvggz en de Wzd beter op elkaar af te stemmen, beide wetten verder te vereenvoudigen en te verduidelijken, de rechtsbescherming van patiënten verder te versterken, eigen regie waar mogelijk te vergroten en nodeloze administratieve last terug te dringen. Ook zijn voorstellen gedaan om de samenloop met en grensproblemen tussen beide wetten weg te nemen. Deze laatste zijn in deze bijdrage buiten beschouwing gelaten.

Voor wat betreft de besproken thema's is genoemde missie op onderdelen zeker gelukt. Procedures zijn vereenvoudigd, de informatievoorziening aan patiënten is geflexibiliseerd en er zijn verbeteringen doorgevoerd voor de eigen-regie-instrumenten. Zo is het pva uit de aanvraagprocedure geschrapt en is voorzien in bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon bij het opstellen en actualiseren daarvan, is geborgd dat de zorgkaart wordt geëvalueerd en geactualiseerd en is de zelfbindingsregeling voorzien van een mogelijkheid om tijdelijke verplichte zorg toe te passen. Ook is de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon verstevigd door het automatisch delen van contactgegevens te faciliteren bij de ZM. Hoofdstuk 9 inzake personen met een strafrechtelijke titel is verduidelijkt en er is gesnoeid in de hoeveelheid aan IGJ te verstrekken gegevens. Ook is de IGJ uitgerust met meer handhavingsinstrumenten.

Maar het kan wel (veel) beter. Zo zou het pva veel effectiever kunnen worden door te borgen dat het vaker en óók in het voorstadium van verplichte zorg wordt aangeboden (met bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon en dus ook met vroegtijdige informatie over diens rol en taak) en te verlangen dat het tot stand komt in een dialoog tussen patiënt, ggz en zo mogelijk ook naasten. De zelfbindingsverklaring zou duidelijker kunnen worden gepositioneerd als preventief mid-

54 Artikelsgewijze toelichting bij art. 9:12 Wvggz (nieuw), p. 88-89.

del waar niet aan kan worden getornd. En om verzet te kunnen duiden, zou het goed zijn als de wetgever op zijn minst de verwarrende uitleg in de huidige parlementaire geschiedenis daarover, in de toelichting wegnam. Om ongeoorloofde drang in het vrijwillig kader te voorkomen, zou ook het Wvvgz-klachtrecht én de bijstand door de patiëntenvertrouwenspersoon kunnen worden opengesteld in geval van vermeend ongeoorloofde drang.⁵⁵

En op onderdelen wordt ook echt op rechtsbescherming ingeboet. Zo is het schrappen van de hoorplicht van de burgemeester, zeker in combinatie met het slechts met toestemming van de patiënt door de burgemeester mogen delen van diens contactgegevens met de patiëntenvertrouwenspersoon, een achteruitgang te noemen voor de rechtsbescherming bij de CM. Dat wilsbekwaamheid slechts zou hoeven worden getoetst bij eerste toepassing van gedwongen zorg, bij de zbv en als een beroep wordt gedaan op wilsbekwaam verzet, doet eveneens afbreuk aan de rechtsbescherming. Wilsbekwaamheid is óók relevant voor het al of niet afgeven dan wel inrichten van een (V)CM of ZM. Ook is onvoldoende geborgd dat beslissingen inzake de toepassing, tijdelijke onderbreking en beëindiging van verplichte zorg tijdig, op schrift en gemotiveerd aan de patiënt worden verstrekt. Dit doet afbreuk aan diens mogelijkheden om tegen die beslissingen op te komen en de bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon daarbij te krijgen.

In de wijzigingen in hoofdstuk 9 is onvoldoende duidelijk hoe omgegaan wordt met wilsbekwaam verzet bij dwangtoepassingen en beperkingen, en meer in het algemeen, wat de toepasselijkheid is van de algemene uitgangspunten van de wet voor de rechtspositie van patiënten met een strafrechtelijke titel. De inzet van tijdelijke verplichte zorg gedurende drie dagen, die mogelijk wordt voor de vrijwillig verblijvende patiënten onder hen, doorstaat de toets aan artikel 5 EVRM niet als vrijheidsbeneming (die welhaast gegeven is) noodzakelijk is voor het uitvoeren van de verplichte zorg. De argumenten van de wetgever voor de noodzaak van deze interventie laten zien hoe problematisch het brengen van deze doelgroep onder het Wvvgz-regime is.

Nog afgezien van de maatregelen voor de grensproblemen en de samenloop tussen de Wvvgz en de Wzd die wij niet bespraken maar die raken aan de discussie over het scheiden van de Wvvgz en de Wzd, gaan de maatregelen in het wetsvoorstel die wij hier wel bespraken de rechtsbescherming van patiënten dus wel vooruit helpen – maar niet genoeg. Én er zijn tekortkomingen die daar ook echt afbreuk aan doen. Dat kan niet de bedoeling zijn.

55 Plomp & Legemaate 2024, p. 481.