

voor iemand zelf of voor anderen (de maatschappij), wel geregistreerd zou moeten worden, maar niet ten behoeve van vergelijking in de *benchmark* opgenomen. Daarnaast zijn er verschillende toedieningsvormen, bijvoorbeeld i.m. of s.c. die wel onder dwang kunnen worden toegepast, maar orale medicatie kan weer niet goed onder dwang worden gegeven. Orale toediening onder dwang is niet alleen erg lastig, maar ook niet zonder risico's.

#### *Gegevensanalyse*

De regeling bevat vier artikelen (art. 7-10) die bedoeld zijn om de gegevensanalyse nader te preciseren, daarbij verwijzend naar de Wvggz artikelen 8:24 en 8:25. Het lijkt erop dat deze artikelen nog verder aangescherpt moeten worden. Zeker met het oog op administratieve last.

#### **Enkele discussiepunten**

- De NVvP heeft aangegeven dat de zorgverantwoordelijke een psychiater zou moeten zijn. Argumenten zijn dat verplichte zorg een zeer zware ingreep is en de breedst opgeleide discipline het best kan overzien welke vormen van verplichte zorg noodzakelijk zijn. Zeker omdat er ook somatische interventies nodig kunnen zijn, en niet te vergeten psychiatrische diagnostiek. In de praktijk van de verplichte zorg zijn doorgaans psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen niet zelf en direct betrokken. De NVvP vreest een forse verslechtering van de zorg als de conceptregeling in deze vorm wordt vastgesteld op dit punt.
- Als eerder al gesteld: waarom zou een verpleegkundige niet bevoegd kunnen zijn in het alvast starten van verplichte zorg, indien een crisismaatregel waarschijnlijk is? Bijvoorbeeld in de kliniek bij de indicatie tot insluiten. Je kan je ook afvragen of niet alle ggz-hulpverleners dat zouden mogen doen, waarbij het formele besluit wel bij de psychiater blijft.
- Met betrekking tot art. 8 van de regeling is het de vraag of per locatie verstrekken van de gegevens, genoemd in art. 8:24 van de Wvggz,

niet gaat leiden tot een enorme extra administratieve belasting.

#### **Conclusie**

Het is goed en nodig dat er nu bijna een regeling is. Gehoopt wordt dat de uitvoering van de wet werkbaar is en blijft (bijvoorbeeld veel deskundigen, veel registratie). Daarbij moeten we ook heel kritisch blijven kijken wat Argus allemaal (extra) gaat vragen en of dat wel gaat helpen om dat inzicht in verplichte zorg te krijgen dat nodig is om te evalueren en verder beleid te maken. Tenslotte moeten de publieke taken uitgevoerd blijven worden en moeten we oppassen voor 'wal en schip'-situaties als bijproduct van het vermarkten van de verplichte zorg.

#### **Over de auteur**

*Dr. A.J.K. (Adger) Hondius*

Psychiater en geneesheer-directeur bij GGz Centraal en redacteur van JGGZR.

## **38. Wet zorg en dwang: de laatste ontwikkelingen**

*Sofie Steen*

Nog een paar weken en dan is het zo ver: de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) is op 1 januari 2020 een feit. De afgelopen maanden hebben zich in hoog tempo nog verschillende ontwikkelingen rondom deze wet voorgedaan. In deze bijdrage sta ik stil bij die ontwikkelingen en een aantal onduidelijkheden die in de aanloop naar de inwerkingtreding nog opheldering of verduidelijking behoeven.

#### **Voornemen gelijkgestelde aandoeningen**

Vooralsnog zullen alleen personen met een verstandelijke beperking en/of een psychogeriatrische aandoening per 1 januari 2020 binnen het

toepassingsbereik van de Wzd kunnen vallen. De afgelopen tijd werd regelmatig de vraag gesteld of de Wzd ook van toepassing zal zijn op personen met bijvoorbeeld het syndroom van Korsakov of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Die vraag is inmiddels grotendeels beantwoord. Op 20 september 2019 publiceerde het Ministerie van VWS namelijk het ‘Voornemen gelijkgestelde aandoeningen’. Daarin geeft het ministerie aan voornemens te zijn de in die notitie beschreven (uitingen van) aandoeningen binnen het toepassingsbereik van de Wzd te laten vallen.<sup>1</sup> Het gaat om het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en NAH. De reden voor de voorgenomen ‘gelijkstelling’ van deze aandoeningen is volgens het ministerie dat personen met een van deze drie aandoeningen dezelfde gedragsproblemen en regieverlies *kunnen* ervaren als mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Daardoor kunnen zij vervolgens aanspraak maken op vergelijkbare zorg in bijvoorbeeld verpleeghuizen of instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking. Het syndroom van Korsakov en de ziekte van Huntington zijn echter psychische stoornissen. Zonder de voorgenomen gelijkstelling zouden deze stoornissen alleen binnen het bereik van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvvggz) kunnen vallen, terwijl NAH – zonder gelijkstelling – zowel buiten het toepassingsbereik van de Wzd als het toepassingsbereik van de Wvvggz zou vallen. Daardoor zouden deze mensen mogelijk niet de juiste en passende rechtsbescherming krijgen. Het is de bedoeling dat, na de gelijkstelling van deze aandoeningen, de wijze waarop de aandoening zich uit en de daaruit voorkomende zorgbehoefte van de betreffende cliënt bepalen onder welk regime (Wvvggz en Wzd) de betreffende cliënt valt. Voor het ‘doorvoeren’ van de voor-

genomen gelijkstelling is wel nog vereist dat het Besluit zorg en dwang wordt aangepast.<sup>2</sup>

### Regeling zorg en dwang

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat het Ministerie van VWS op 13 augustus 2019 een concept voor de ‘Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten’ ter consultatie aan het veld heeft aangeboden. De consultatieperiode sloot op 9 september 2019, waarna de regeling naar de Eerste en Tweede kamer is gestuurd zodat zij op het concept konden reageren.<sup>3</sup> Op 7 november is de Regeling zorg en dwang in de Staatscourant gepubliceerd<sup>4</sup>.

In de regeling wordt een aantal onderwerpen van de Wzd nader ingevuld. Zo is in de regeling opgenomen wie (welke professionals) door de zorgaanbieder als zorgverantwoordelijke voor een cliënt kunnen worden benoemd.<sup>5</sup> Zorgaanbieders moeten namelijk voor *iedere* cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. In de Wzd zelf is al opgenomen dat zorgaanbieders ‘ter zake kundige artsen’ als zorgverantwoordelijke mogen benoemen. In de regeling wordt dat aangevuld met – afhankelijk van de vraag of het om ouderenzorg of verstandelijk gehandicaptenzorg gaat – de mogelijkheid om onder meer ook verpleegkundigen, verzorgenden individuele gezondheidszorg en persoonlijk begeleiders gehandicaptenzorg als zorgverantwoordelijke te benoemen. De zorgaanbieder moet wel steeds voorafgaand aan de benoeming van een

1 Zie: <http://www.dwanginzorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/beleidsvoornemen-gelijkgestelde-aandoeningen>.

2 Art. 1 lid 4 Wzd. De VGN meldde op 10 november 2019 dat de wijziging van het Besluit zorg en dwang volgens het ministerie van VWS pas in het eerste kwartaal van 2020 zal plaatsvinden, zodat de Wzd niet vanaf 1 januari 2020 op deze cliënten van toepassing zal zijn. Zie: <https://www.vgn.nl/nieuws/overzicht-stand-van-zaken-implementatie-wet-zorg-en-dwang>.

3 Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/09/20/kamerbrief-over-voorhang-regeling-zorg-en-dwang-zorgverantwoordelijke>.

4 *Stcrt.* 2019, 60908

5 Art. 1 lid 1 onder g Wzd.

zorgverantwoordelijke afwegen of de te benoemen persoon ook de juiste deskundigheid en ervaring bezit om voor de betreffende cliënt als zorgverantwoordelijke op te treden.

In een brief van 20 september 2019 stelde de Vaste commissie voor VWS een aantal vragen naar aanleiding van de in de (destijds nog) conceptregeling voorgestelde invulling van de functie van zorgverantwoordelijke. Zo werd onder meer de vraag gesteld wie er toezicht op houdt dat de benoemde zorgverantwoordelijke daadwerkelijk past bij de zorgzwaarte en de problematiek van de specifieke cliënt. Per brief van 30 oktober 2019 heeft de minister op de gestelde vragen gereageerd.<sup>6</sup> Volgens de minister is het de zorgaanbieder zelf die ervoor moet zorgen dat elke cliënt zich verzekerd weet van een zorgverantwoordelijke die past bij zijn specifieke zorgzwaarte en problematiek, of de geleverde zorg nu op vrijwillige of onvrijwillige basis plaatsvindt. Dat volgt volgens de minister ook uit de verplichting tot het leveren van goede zorg, die is opgenomen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Als een zorgaanbieder een zorgverantwoordelijke aanwijst die onvoldoende geëquipeerd is ten aanzien van de desbetreffende cliënt en diens situatie, is er geen sprake van goede zorg. De cliënt of de vertegenwoordiger kunnen de zorgaanbieder hierop aanspreken en eventueel een klacht indienen.<sup>7</sup>

6 Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/30/kamerbrief-over-verslag-schriftelijk-overleg-naar-aanleiding-van-de-brief-van-20-september-2019-over-de-voorhang-ontwerp-regeling-zorg-en-dwang-zorgverantwoordelijke>.

7 Opvallend is dat de minister hierbij verwijst naar 'de klachtencommissie', terwijl het klagen over een benoemde zorgverantwoordelijke geen klachtgrond voor de Wzd-klachtencommissie is en de Wkkgz (die daarvoor wel een klachtgrond biedt) geen 'route' naar de klachtencommissie kent. Mogelijk heeft de minister hier de weg naar de klachtenfunctionaris op grond van de Wkkgz bedoeld.

Naast de verdere invulling van de zorgverantwoordelijke bevat de regeling een aantal aanvullende bepalingen over de digitale overzichten van onvrijwillige zorg die zorgaanbieders halfjaarlijks aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) moeten verstrekken en het *format* waarin zij de informatie over de verleende onvrijwillige zorg moeten registreren. In het format wordt bijvoorbeeld gevraagd naar het totaal aantal keer dat een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg is toegepast, uitgesplitst naar de juridische status van de betreffende cliënten.

In het format wordt verder een aantal categorieën van onvrijwillige zorg in 'subvormen' uitgesplitst. Zo wordt onder de categorie 'beperken van de bewegingsvrijheid' een onderscheid gemaakt tussen fysieke fixatie, mechanische fixatie en het beperken van de bewegingsvrijheid anders dan door fixatie. Onder insluiten wordt onderscheid gemaakt tussen separeren (hetgeen verboden is in de ouderenzorg), afzonderen, insluiten op de eigen kamers of verblijfsruimte en insluiten binnen de locatie. In de toelichting bij de regeling wordt een aantal vormen van onvrijwillige zorg en de gemaakte subverdelingen nader verduidelijkt en toegelicht.

### Locatie en accommodatie

In de Wzd worden de begrippen 'locatie' en 'accommodatie' gebruikt.<sup>8</sup> In het veld leefden naar aanleiding van deze twee begrippen veel vragen, bijvoorbeeld naar de verschillen tussen deze begrippen. Op 31 oktober 2019 publiceerde het Ministerie van VWS een nota waarin (het onderscheid tussen) beide begrippen worden toegelicht en verduidelijkt.<sup>9</sup>

Voor het begrip *locatie* wordt aangesloten bij de definitie van een vestiging, zoals deze in het Handelsregister omschreven staat: *‘een gebouw*

8 Zie bijvoorbeeld art. 20 Wzd.

9 <http://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/notitie-vws---de-betekenis-van-locatie-en-accommodatie-binnen-de-wzd-en-wvvgz>.

*in gebruik of beheer van een zorginstelling, waarbij de activiteiten in of vanuit dat gebouw worden uitgeoefend*. Een locatie kan een vestiging zijn die eigendom is van of gehuurd wordt door de zorgaanbieder. Een *accommodatie* wordt in de Wzd zelf gedefinieerd als: *'een bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend'*.<sup>10</sup> De bedoeling van de definitie van het begrip accommodatie was volgens het ministerie oorspronkelijk om het verschil tussen een traditionele intramurale instelling en de thuis-situatie van cliënten te verduidelijken, waarbij eerstgenoemde wel en laatstgenoemde niet als accommodatie zou kwalificeren. Doordat er in de afgelopen jaren steeds meer tussenvormen van wonen (zoals aanleunwoningen, zorgboerderijen en kleinschalige woonvormen) zijn ontstaan, is dat 'harde' onderscheid echter vervaagd. In de notitie geeft het ministerie ter verduidelijking aan dat met het begrip accommodatie specifiek wordt bedoeld op een locatie waar cliënten gedwongen (met een rechterlijke machtiging of crisismaatregel) of onvrijwillig (met een besluit tot opname en verblijf van het CIZ op grond van artikel 21) kunnen worden opgenomen. Hieruit volgt dat een locatie niet per definitie een accommodatie is: er zijn locaties die accommodatie zijn en er zijn locaties die dat niet zijn. Of op een locatie cliënten gedwongen of onvrijwillig kunnen worden opgenomen bepaalt – aldus het ministerie in de notitie – of een locatie een accommodatie is. Zorgaanbieders moeten iedere *locatie* waar onvrijwillige zorg wordt verleend laten registreren in een openbaar locatieregister. Dat moeten zorgaanbieders doen op basis van het aan de zorgaanbieder toegekende Handelsregister-nummer en het vestigingsnummer dat voor iedere afzonderlijke *locatie* wordt verstrekt. Deze verplichting is (dus) locatiegebonden: zowel locaties die een accommodatie zijn als locaties die dat niet zijn moeten in het register

10 Art. 1 lid 1 onder b Wzd.

worden opgenomen. Voor zover een locatie ook een accommodatie is moet de zorgaanbieder dat bij de registratie aangeven.<sup>11</sup>

Hoewel de notitie in ieder geval een verduidelijking biedt van het *beoogde* onderscheid tussen een accommodatie en een locatie resteert toch nog een aantal onduidelijkheden en vragen. Zo blijkt uit de notitie nog niet in hoeverre vestigingen van zorgaanbieders waar cliënten wel verblijf hebben of wonen, maar niet gedwongen of onvrijwillig kunnen worden opgenomen, als locatie of als accommodatie kwalificeren. De notitie wekt de indruk dat het *de bedoeling* van het ministerie is dat een locatie alleen een accommodatie kan zijn als daar daadwerkelijk gedwongen of onvrijwillige opnames kunnen plaatsvinden en niet wanneer er 'alleen' onvrijwillige zorg binnen de locatie kan worden verleend. Toepassing van deze uitleg op de praktijk zou met zich mee brengen dat algemene ziekenhuizen of woonvormen van zorgaanbieders voor ouderenzorg of verstandelijk gehandicaptenzorg waar *geen* onvrijwillige opnames kunnen plaatsvinden alleen een locatie kunnen zijn en dus geen accommodatie in de zin van de Wzd. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld dagbestedingslocaties en thuiszorgorganisaties. Een thuiszorgorganisatie heeft immers wel locaties waarvandaan onvrijwillige zorg in de thuissituatie kan worden verleend, maar geen accommodaties waar cliënten gedwongen of onvrijwillig kunnen worden opgenomen.

Deze uitleg lijkt echter niet aan te sluiten op de bepalingen van de Wzd zelf. In art. 2a Wzd is namelijk opgenomen dat *alle* onvrijwillige zorg die *niet* in een accommodatie (en dus binnen of

11 Op dit moment lijkt het op basis van art. 20 Wzd uitsluitend mogelijk om een volledige locatie als accommodatie te registreren, en niet slechts een afdeling of gedeelte daarvan. Voorstelbaar is dat het wel mogelijk moet zijn om slechts een afdeling of gedeelte als accommodatie te registreren, nu gedwongen of onvrijwillige opnames soms slechts binnen een deel van een instelling kunnen plaatsvinden. Niet de gehele locatie is dan een accommodatie.

vanuit een locatie) wordt verleend moet voldoen aan de eisen die daaraan in een algemene maatregel van bestuur zijn gesteld. Dit is een directe verwijzing naar het Besluit zorg en dwang, waarin de regels en waarborgen voor ambulante zorg zijn opgenomen. Deze regels en waarborgen gaan 'verder' dan die voor 'reguliere' onvrijwillige zorg. Het voorgaande (de voornoemde notitie van het ministerie en art. 2a Wzd in samenhang bezien) lijkt met zich te brengen dat alle onvrijwillige zorg die wordt verleend binnen locaties die geen accommodaties zijn kwalificeert als *ambulante onvrijwillige zorg*, en aan de daarvoor in het Besluit zorg en dwang 'extra' zorgvuldigheidseisen moet voldoen.<sup>12</sup>

Kort gezegd zou dit betekenen dat onvrijwillige zorg op alle locaties waar geen gedwongen of onvrijwillige opnames plaats kunnen vinden (en die daarmee geen accommodatie zijn) kwalificeert als ambulante onvrijwillige zorg. Dat geldt bijvoorbeeld voor (algemene) ziekenhuizen die geen accommodatie (zoals een PAAZ) hebben en afdelingen met somatische zorg waar ook onvrijwillige zorg plaatsvindt, maar ook voor instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg of ouderenzorg die alleen vrijwillig verblijf faciliteren. Het is de vraag of het ministerie wenst dat al deze (woon- of verblijf) locaties als ambulante worden gezien. De vraag is ook of dit recht doet aan het oorspronkelijk (bedoelde) onderscheid tussen ambulante onvrijwillige zorg en 'gewone' onvrijwillige zorg, en of dit in de praktijk uitvoerbaar zal zijn. Voorstelbaar is immers dat in de praktijk ook (woon)locaties waar cliënten wel wonen maar men niet voornemens is gedwongen of onvrijwillige opnames te laten plaatsvinden toch als accommodatie zullen worden geregistreerd, zodat niet steeds hoeft te worden voldaan aan

de extra waarborgen voor ambulante onvrijwillige zorg.

Daarmee verdwijnt echter weer hét criterium voor het onderscheid tussen locatie en accommodatie dat de wetgever in de notitie heeft beschreven. Gezien het voorgaande lijkt een verduidelijking van de notitie in verhouding tot art. 2a Wzd gewenst, zodat zorgaanbieders weten op welke locaties moet worden voldaan aan de in de Wzd opgenomen voorwaarden voor 'reguliere' onvrijwillige zorg en op welke locaties de voorwaarden voor ambulante onvrijwillige zorg gaan spelen.

### Overige vragen

Ondanks alle ontwikkelingen resteert nog een aantal andere vragen en onduidelijkheden, waarvan ik er hier drie bespreek.

#### *Hoe wordt omgegaan met multiproblematiek?*

Tijdens de behandeling van de wet is door de regering benadrukt dat de voorliggende problematiek van de cliënt en de (daaruit voortvloeiende) zorgbehoefte van de cliënt leidend zullen zijn voor de vraag welk wettelijk kader (Wzd of Wvggz) van toepassing is. De Vaste commissie voor VWS signaleerde in een brief aan de minister van VWS op 9 oktober 2019 echter dat zij uit het veld begrepen had dat het onderscheid tussen de verschillende wetten rond gedwongen zorg niet wordt bepaald door de situatie van de cliënt, maar door het regime van de instelling. Meer specifiek had de commissie begrepen dat zorginstellingen aangeven dat zij ervoor kunnen kiezen om maar één wet uit te voeren, waardoor niet de zorgbehoefte van de cliënt maar de keuze van de instelling bepalend zou zijn voor het toepasselijke regime. In de brief verzoekt de commissie de minister om informatie over hoe instellingen hiermee omgaan en hoe de regering hierover denkt.

#### *Wzd in het ziekenhuis?*

Ook vanuit ziekenhuizen worden regelmatig vragen gesteld over hoe uitvoering aan de wet moet worden gegeven. Vragen die zich daarbij

<sup>12</sup> Voor zover het gaat om onvrijwillige zorg die vanuit een locatie (bijvoorbeeld in de thuissituatie) wordt verleend ligt dit onderscheid voor de hand. Juist daarvoor is het onderscheid tussen 'reguliere' onvrijwillige zorg en ambulante onvrijwillige zorg (en de extra waarborgen die daarop van toepassing zijn) ook zo van belang.

voordoen zijn: moeten ziekenhuizen de Wzd integraal uitvoeren of slechts een deel daarvan? Moeten ziekenhuizen ook zelf een zorgverantwoordelijke en Wzd-functionaris voor Wzd-cliënten aanwijzen? Moeten ziekenhuizen zich aansluiten bij een Wzd-klachtencommissie? En hoe moeten ziekenhuizen omgaan met cliënten die juridisch gezien nog niet binnen het toepassingsbereik van de Wzd vallen, maar dat – gelet op de aard en zorgbehoefte die hun beperking of dementie met zich brengt – wel zouden moeten? Wat betreft cliënten die al binnen het toepassingsbereik van de Wzd vallen en in het ziekenhuis worden opgenomen, is in de Wzd in een schakelbepaling voorzien.<sup>13</sup> Deze bepaalt dat het ziekenhuis in beginsel uitvoering moet geven aan het (al opgestelde) Wzd-zorgplan van de betreffende cliënt, wanneer een Wzd-client tijdelijk in verband met een geneeskundige behandeling in het ziekenhuis wordt opgenomen. Het ziekenhuis mag daarvan afwijken in situaties waarin het zorgplan niet voorziet of uitvoering van het zorgplan niet mogelijk is bij het verlenen van verantwoorde zorg binnen de instelling waar de geneeskundige behandeling plaatsvindt. Hieruit kan voorzichtig worden opgemaakt dat ziekenhuizen de Wzd niet integraal hoeven toe te passen, maar zoveel mogelijk moeten aansluiten bij hetgeen in het zorgplan van de cliënt is opgenomen. Resteert wel de vraag in hoeverre het ziekenhuis zélf zorg moet dragen voor het opstellen van een zorgplan, indien een cliënt juridisch gezien wel binnen het toepassingsbereik van de Wzd valt maar nog geen zorgplan heeft. Ook roept een en ander de vraag op wat het ziekenhuis moet doen als een cliënt feitelijk voldoet aan de criteria om binnen de reikwijdte van de Wzd te vallen, maar daar juridisch gezien nog geen gevolg aan wordt gegeven omdat de cliënt nog niet ‘in zorg was’. Er was bijvoorbeeld nog geen instelling voor ouderenzorg of thuiszorg betrokken en er is nog geen Wlz-indicatie. Moet het ziekenhuis dan een zorgverantwoordelijke

<sup>13</sup> Art. 8 lid 2 Wzd.

benoemen en een Wzd-zorgplan opstellen? Deze vragen zijn vooralsnog niet beantwoord. Ten slotte resteert de vraag in hoeverre ziekenhuizen die onvrijwillige zorg in de zin van de Wzd uitvoeren moeten voldoen aan de daarvoor geldende voorwaarden, ook wat betreft het registreren. Zijn ziekenhuizen gehouden zich aan het in de conceptregeling voorgestelde format te houden en dienen zij een halfjaarlijks overzicht aan de IGJ te verstrekken, of mogen ziekenhuizen in overleg met de zorgaanbieder van de cliënt (zoals de instelling waar de cliënt was opgenomen of de thuiszorgaanbieder) de verstrekte onvrijwillige zorg ter registratie aan de betreffende zorgaanbieder doorgeven? Juist door de minimale schakelbepaling die de Wzd biedt resteren op dit onderwerp nog enkele vragen, waarvan de antwoorden bij de implementatie van de wet in het ziekenhuis een belangrijke rol kunnen spelen.

#### *Wie stelt de medische verklaring op?*

In de Wzd is bepaald dat een medische verklaring (welke bijvoorbeeld nodig is voor een crisismaatregel of rechterlijke machtiging) opgesteld moet worden door een *ter zake kundige arts*. In de integrale artikelsgewijze toelichting op de wet is hierover aangegeven dat als het gaat om een persoon met een psychogeriatrische aandoening een specialist ouderengeneeskunde (SO) de medische verklaring mag opstellen.<sup>14</sup> Als het gaat om een persoon met een verstandelijke beperking is dat een arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Een psychiater mag *altijd* de medische verklaring opstellen. Tegelijkertijd is in de ‘Nota naar aanleiding van het verslag’ van 10 mei 2019<sup>15</sup> juist aangegeven

<sup>14</sup> Overigens wordt in de integrale artikelsgewijze toelichting op de Wzd voor wat betreft het opstellen van medische verklaringen voor personen met dementie (ook) verwezen naar sociaal gerieters. Dit specialisme is echter sinds 2006 gefuseerd met de verpleeghuisgeneeskunde tot het specialisme ouderengeneeskunde.

<sup>15</sup> Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35087-7.html>.

dat het *de bedoeling* is dat de AVG of de SO zelf ook een medische verklaring kunnen afgeven met betrekking tot cliënten die ook een psychische stoornis hebben. Zij moeten in zo'n geval beoordelen of een psychische stoornis onder de Wzd kan worden behandeld en dienen bij twijfel een psychiater te consulteren.

Het is op dit moment echter nog vaste jurisprudentie dat wanneer er sprake is van dergelijke dubbele problematiek, de medische verklaring van alleen een AVG of SO niet voldoende is. Er moet dan een psychiater betrokken worden. De vraag is hoe dit, gelet op voornoemde artikels-gewijze toelichting en de Nota naar aanleiding van het verslag van 10 mei 2019, in de praktijk zal uitwerken, en of de medische verklaringen die dan in geval van dubbele problematiek (alleen) door een SO of AVG worden afgegeven door de rechter in stand worden gelaten.

### Ten slotte

Het voorgaande laat wel zien dat, alle ontwikkelingen ten spijt, er nog steeds een aantal vragen en onduidelijkheden resterend. Enkele daarvan zijn wellicht te cruciaal om pas verduidelijkt te worden in het door de minister als overgangsjaar betitelde jaar 2020. Op dat moment zijn de wet en bijhorende regelgeving immers al een feit en zijn zorgaanbieders daaraan ook gehouden. Belangrijk is dat alle bij de wet betrokken partijen er alles aan doen om ervoor te zorgen dat 'de losse eindjes' geen afbreuk doen aan de beoogde bescherming van mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Juist die beoogde bescherming valt of staat met de uitvoerbaarheid van de wet door zorgaanbieders en zorgverleners.

### Over de auteur

*Mr. S.M. (Sofie) Steen*

Advocaat gezondheidsrecht bij Holla Advocaten en redacteur van JGGZR.

## 39. 'Ter zake kundig', hoe bedoelt u?

*Joris van Erp*

*Geneesheer-directeur bij Ipse de Bruggen, namens Platform geneesheer-directeuren in de verstandelijk gehandicaptenzorg<sup>1</sup>*

Hoewel ons meermaals is verzekerd dat de toelichting van de Wet zorg en dwang (Wzd) net zo goed van kracht is als de wet zelf, zijn we er nog niet gerust op. De laatste tijd bereiken ons berichten dat rechters menen dat bij een gedwongen opname onder de Wzd van een VG-cliënt in een VG-instelling, bij wie ook psychiatrische klachten spelen, niet de arts voor verstandelijk gehandicapten (avg-arts) of specialist ouderengeneeskunde (sog), maar een psychiater de medische verklaring zou moeten schrijven voor de aanvraag van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling. Zij menen dat de huidige praktijk onder de Wet Bopz na inwerkingtreding van de Wzd dus niet zal veranderen.

Laten we hopen dat dat komt omdat de scholing van de rechters over de nieuwe wetten (naast de Wzd treedt ook de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) in werking op 1 januari 2020) nog niet heeft plaatsgevonden, maar het komt wellicht ook omdat de term 'ter zake kundige arts' in de Wzd en toelichting niet naar één, maar naar verschillende kundigheden wijst. De kundigheid om een medische verklaring (Wzd art. 26.5d en 30.1) op te stellen is een andere dan die een behandelend arts

<sup>1</sup> Dit artikel is een bewerking van een brief die in september gestuurd is door het Platform geneesheer-directeuren in de verstandelijk gehandicaptenzorg aan VWS, directie langdurige zorg. De essentie en strekking zijn niet gewijzigd. Het Platform is een zelfbenoemd en onafhankelijk gezelschap van negen geneesheer-directeuren werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg.