



Dwang in de zorg: van wet naar mindset

Implementatie en uitvoering Wvggz goed op gang, Wzd blijft haperen

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet erop toe dat zorgaanbieders terughoudend en zorgvuldig omgaan met dwang in de zorg. Dat is zowel verplichte zorg op basis van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), als onvrijwillige zorg op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd). De Wvggz en Wzd beschermen de rechtspositie van mensen die verplichte of onvrijwillige zorg krijgen en beschrijven hoe zorgverleners moeten handelen.

De toepassing van gedwongen zorg heeft een grote impact. Niet alleen op de kwaliteit van leven van cliënten, maar ook op hun naasten en op zorgverleners. Door langdurige, onjuiste of onzorgvuldige toepassing van gedwongen zorg kan bovendien fysieke en psychische schade ontstaan bij cliënten. Zorgverleners moeten zich hier continu bewust van zijn. Dat is nodig om gedwongen zorg zoveel mogelijk te voorkomen of minder toe te passen. [‘Terughoudend en zorgvuldig omgaan met onvrijwillige en verplichte zorg’](#) is daarom de titel van de toezichtvisie van de IGJ, die verscheen in mei 2019. Dit is nog steeds de rode draad voor de inspectie bij haar toezicht, omdat dit de *mindset* ofwel ‘geest van de wetten’ weergeeft.

De Wvggz en Wzd blijken gedetailleerd en complex, ook in de uitvoering. Daarom is het voor iedereen belangrijk om de geest van de wetten en de doelen rondom gedwongen zorg voor ogen te houden. Dat is ook waarover de inspectie met zorgaanbieders praat in haar toezicht.

Wat valt op in de praktijk zo’n twee jaar na de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd, op 1 januari 2020? De inspectie ziet dat de meeste aanbieders van verplichte zorg de Wvggz hebben geïmplementeerd en uitvoeren in hun organisatie. Aanbieders van onvrijwillige zorg hebben de Wzd nog niet goed genoeg geïmplementeerd. Als gevolg daarvan, is de uitvoering ook nog niet goed genoeg. Voor alle zorgaanbieders geldt dat de implementatie vertraging opliep door de coronapandemie.

De belangrijkste problemen bij de uitvoering van *beide wetten* zijn:

1. Gebrek aan voldoende en deskundige zorgverleners
2. Nog niet goed kunnen leren en verbeteren, vanwege problemen bij het registreren van gegevens
3. Intern toezicht nog niet goed geregeld

In deze publicatie leest u hierover meer. Daarna leest u specifieke bevindingen over de stand van zaken; eerst over de Wvggz, daarna over de Wzd.

- In deze publicatie noemen wij iedereen die verplichte of onvrijwillige zorg krijgt, een ‘cliënt’. Hieronder vallen ook ‘betrokkenen’ en ‘patiënten’: dit zijn termen uit de (Wv)ggz. Onder ‘naasten’ van de cliënt verstaan wij familie, vrienden en andere nauw betrokkenen.
- Met de termen ‘dwang in de zorg’ en ‘gedwongen zorg’ bedoelen wij zowel verplichte zorg op basis van de Wvggz, als onvrijwillige zorg op basis van de Wzd.

Uitgangspunten van de wetten

Het uitgangspunt van zowel de Wvz als de Wz is 'nee, tenzij': géén gedwongen zorg, behalve als het niet anders kan. Als dat zo is, dan moeten zorgaanbieders kiezen voor de minst ingrijpende vorm van gedwongen zorg, deze zorgvuldig uitvoeren en er zo snel mogelijk mee stoppen. Bij jeugdigen is er extra aandacht voor de mogelijke nadelen die verplichte zorg kan hebben op hun geestelijke en lichamelijke ontwikkeling.

Als het toepassen van gedwongen zorg onvermijdelijk is, staat in de Wvz en de Wz het verbeteren van de kwaliteit van de toegepaste gedwongen zorg centraal.

Belangrijkste problemen bij de uitvoering van beide wetten

1 Gebrek aan voldoende en deskundige zorgverleners

Het vinden van gekwalificeerde en deskundige zorgverleners is in deze tijd een van de grootste uitdagingen voor de zorg. De druk op het aantal zorgverleners heeft gevolgen voor het voorkómen, het zorgvuldig toepassen en het terugdringen van gedwongen zorg.

Persoonsgerichte zorg is een van de voorwaarden om gedwongen zorg te voorkomen. Bij een cliënt met onbegrepen gedrag moet de oorzaak van het gedrag eerst goed worden onderzocht. Pas daarna kunnen de juiste interventies worden gezocht. Doordat voldoende gekwalificeerd personeel ontbreekt, is dit een uitdaging. Ook is het moeilijker voor zorgverleners om actuele kennis op peil te houden.

Goed voorbeeld

Een aanbieder van jeugdgehandicaptenzorg stimuleert dat jeugdigen hun huisdier meenemen naar hun verblijf. Een jeugdige heeft een hulphond die altijd in haar nabijheid is, een andere jeugdige heeft hamsters op haar kamer. Deze jeugdigen worden rustig van de dieren, waardoor minder onvrijwillige zorg nodig is.

2 Nog niet goed kunnen leren en verbeteren, vanwege problemen bij het registreren van gegevens

Het proces van analyseren, leren en verbeteren rondom gedwongen zorg functioneert nog niet optimaal. Zorgaanbieders geven aan dat dit komt door het ontbreken van betrouwbare gegevens, met als gevolg daarvan een gebrek aan betrouwbare managementinformatie. Een goed functionerend kwaliteits- en verbeterproces is essentieel om continu in te zetten op het terugdringen van gedwongen zorg. In de praktijk gebruiken zorgaanbieders hiervoor onder meer de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus.

Nog niet alle elektronische cliënten- en patiëntendossiers (ECD's en EPD's) ondersteunen de uitvoering van de Wvz en Wz voldoende. Zo moeten gegevens soms op twee plekken worden geregistreerd of nog handmatig gekopieerd of

geteld worden. Zorgaanbieders werken samen met software-leveranciers om hun ECD/EPD aan te passen of uit te breiden met nieuwe functies en/of modules. Dit soort aanpassingen moet veelal nog geïmplementeerd worden, met name bij Wz-zorgaanbieders.

Zorgaanbieders vertellen dat ze ook andere systemen dan het ECD/EPD gebruiken om betrouwbare managementinformatie over gedwongen zorg te verzamelen. Deze situatie komt de efficiëntie niet ten goede en vergroot de administratieve lasten.

3 Intern toezicht nog niet goed geregeld

In beide wetten staan regels over intern toezicht door verschillende functionarissen, de cliëntenraad en de klachtencommissie. De inspectie zag dat intern toezicht in de praktijk nog niet altijd goed werkt. Dit komt doordat managementinformatie om te sturen nog onvoldoende beschikbaar is. Ook hebben geneesheer-directeuren en Wz-functionarissen vaak te weinig tijd en ruimte voor hun Wvz- en Wz-taken of worden ze hierin te weinig ondersteund. In alle zorgsectoren is de cliëntenraad nog onvoldoende gepositioneerd. Zo krijgen cliëntenraden niet altijd de kans om te reageren op de analyses van de verleende gedwongen zorg. Ook hebben de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp), patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en de familie-vertrouwenspersoon (fvp) nog niet altijd een effectieve positie.

Stand van zaken bij de uitvoering van de Wvz



Wat gaat goed?

Deskundige zorgverleners

De meeste zorgaanbieders waren goed voorbereid op de komst van de Wvz. De zorgverantwoordelijken en andere zorgverleners zijn meestal via e-learning en door geneesheer-directeuren geschoold in de uitvoering van de Wvz. Voor de meeste zorgverantwoordelijken is het bijhouden van hun deskundigheid op het gebied van (het voorkómen van) verplichte zorg en het bieden van alternatieven onderdeel van het dagelijks werk. De geneesheer-directeuren en het ondersteunende bureau zijn vaak laagdrempelig beschikbaar voor vragen of overleg over de uitvoering van de Wvz.

Informatie aanwezig over pvp en fvp

Alle zorgaanbieders hebben informatiefolders en affiches over de pvp en fvp. Veel cliënten bij deze zorgaanbieders weten dat zij contact kunnen opnemen met een pvp. Pvp-en vertellen dat zij over het algemeen een meewerkende houding ervaren bij zorgverleners. Zij laten een grote bereidheid zien om het werk van de vertrouwenspersonen mogelijk te maken. Ook volgens fvp-en zijn zorgverleners over het algemeen welwillend en bereid om mee te denken in oplossingen voor familie en naasten. Wel hoorde de inspectie dat de fvp bij naasten en cliëntvertegenwoordigers nog niet altijd bekend is. Dit terwijl de fvp in sommige instellingen al jaren werkt, ook voordat de Wvz van kracht werd. Zie ook hierna bij 'Wat moet beter?'

Inzet van ervaringsdeskundigen

Bij veel zorgaanbieders worden ervaringsdeskundigen ingezet. Soms zijn dat ook familie-ervaringsdeskundigen. Cliënten en

hun naasten ervaren deze inzet over het algemeen als positief; deze deskundigen geven vertrouwen. Alleen al hierdoor dragen zij bij aan het verminderen van verplichte zorg.

Eigen regie van de cliënt is verbeterd

Zorgverleners zien de nadruk op de eigen regie van de cliënt en de versterkte rol van naasten als winstpunt van de Wvggz. In de behandeling staat het herwinnen van de eigen regie van de cliënt centraal, met aandacht voor het terugdringen van verplichte zorg. In gesprekken vertellen zorgverleners hoe zij proberen de regie weer bij de cliënt te leggen, en daarbij soms weloverwogen risico's nemen. Zorgverantwoordelijken denken vaker in een vroeg stadium na over de noodzakelijke vormen van verplichte zorg, vanwege de procedure rond het aanvragen van een zorgmachtiging. Ook zoeken zij samen met de cliënt naar alternatieven.



Wat moet beter?

Administratieve lasten zijn hoog

Zorgaanbieders hebben extra personeel aangetrokken voor de administratieve taken. Alsnog geven zij aan dat de Wvggz veel administratieve lasten met zich meebrengt. Zorgverantwoordelijken zeggen meer bezig te zijn met administratieve taken en het schrijven van brieven, dan met cliëntcontacten. Het voorbereiden van een zorgmachtiging is met name voor geneesheer-directeuren zeer tijdrovend. Zij vinden dat ze hierdoor (te) weinig tijd en capaciteit hebben voor (intern) toezicht op een goede uitvoering van de Wvggz en op verplichte zorg.

Goed voorbeeld

Een ggz-aanbieder verwerkt ideeën uit de eigen plannen van aanpak van cliënten die niet waren goedgekeurd voorafgaand aan de (verplichte) zorg, zoveel mogelijk in het zorgplan van de cliënten.

Onrust bij cliënten door moeilijke brieven en procedures

Op basis van de Wvggz moeten zorgaanbieders, geneesheer-directeuren en zorgverantwoordelijken cliënten informeren over de verplichte zorg. Dat gebeurt via brieven waarin veel juridisch jargon staat. De zorgverleners geven aan dat de brieven hierdoor te ingewikkeld en onbegrijpelijk zijn voor veel cliënten. Het gaat bovendien om meer brieven dan voorheen, wat maakt dat het voor cliënten (te) veel is om te verwerken. Zorgverleners ervaren dat de brieven zorgen voor onrust en soms zelfs voor verslechtering van de psychische toestand van cliënten.

Ook vertellen zorgverleners dat de Medische Verklaring in de aanvraagprocedure voor een zorgmachtiging nog vaak leidt tot onrust: zorgaanbieders moeten voor iedere vorm van verplichte zorg toestemming krijgen van een rechter. De procedure hiervoor is tijdrovend en vindt bovendien plaats vóórdat de behandeling start; op dat moment is nog niet (altijd) duidelijk welke vormen van verplichte zorg ingezet moeten worden. Om extra aanvraagprocedures te voorkomen, worden bij de eerste aanvraag daarom soms alle categorieën van

verplichte zorg aangekruist. Dit schrikt cliënten af, maakt hen angstig en is dus niet in hun voordeel.

Informeren en betrekken van naasten

Bij sommige zorgaanbieders worden naasten niet of te laat geïnformeerd en pas betrokken als verplichte zorg wordt overwogen of toegepast. Zorgverleners betrekken naasten nog onvoldoende bij het voorkómen van verplichte zorg. De inspectie vindt het betrekken van naasten belangrijk omdat de nabijheid van naasten kan helpen verplichte zorg te voorkomen.

Inzet pvp en fvp niet altijd op tijd of optimaal – vooral in ambulante situatie

Ambulante cliënten die een zorgmachtiging hebben of met verplichte zorg te maken hebben, zijn over het algemeen minder bekend met het bestaan van de pvp, vertellen pvp-en. De inspectie hoorde van fvp-en dat de bekendheid van de fvp bij naasten en vertegenwoordigers ook nog niet optimaal is; mede door de coronamaatregelen waren fvp-en niet (altijd) in de gelegenheid om zichzelf 'live' voor te stellen aan naasten. Hoe sneller de ondersteuning start, hoe beter dit is voor naasten en voor de cliënt.

Gebruik van zelfbindingsverklaring en plan van aanpak nog onvoldoende

In een zelfbindingsverklaring beschrijft een cliënt in overleg met zijn behandelaar onder welke omstandigheden en hoe lang welke vormen van (verplichte) zorg mogen worden toegepast om ernstig nadeel te voorkomen. Hoewel de situatie nu eenvoudiger is dan onder de vorige wet, de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), vertellen zorgverantwoordelijken dat er nog maar weinig zelfbindingsverklaringen zijn opgesteld.

Met een eigen plan van aanpak kunnen cliënten in overleg met hun naasten proberen te voorkomen dat verplichte zorg (via een zorgmachtiging) moet worden toegepast. Cliënten worden vaak alleen schriftelijk op de hoogte gesteld van de mogelijkheid om een eigen plan van aanpak te maken. Dit terwijl zij het vaak moeilijk vinden en daarbij ondersteuning kunnen gebruiken. Die ondersteuning ontbreekt vaak.

Ketenmonitor Wvggz

In de [ketenmonitor Wvggz](#) van het ketencoördinatieteam Wvggz staan cijfers over (het proces van) het opleggen van machtigingen en maatregelen. De cijfers gaan niet over de daadwerkelijk verleende verplichte zorg.

Samenwerking met gemeenten kan beter

Zorgaanbieders vertellen dat het voor hen lastig is om cliënten te helpen om weer goed mee te doen in de maatschappij. Voor schuldhulpverlening, het vinden van huisvesting en een zinvolle dagbesteding is een goede samenwerking met gemeentelijke instanties en woningcorporaties belangrijk. Van alle kanten is hier meer aandacht voor nodig.

Stand van zaken bij de uitvoering van de Wzd



Wat gaat goed?

Bewustwording van onvrijwillige zorg verder gegroeid

Zorgverleners vertellen dat zij zich bewuster zijn van onvrijwillige zorg. Zij zoeken vaker naar vrijwillige alternatieven of vormen van onvrijwillige zorg die voor cliënten minder ingrijpend zijn. Dit leidt tot (her)overwegingen rondom het beperken van de vrijheid van cliënten. Bijvoorbeeld bij het onder dwang of drang douchen, beperkingen in het gebruik van een telefoon en/of internet en in het gebruik van sigaretten of drank en het afsluiten van algemene ruimtes of slaapkamers. Zorgverleners praten meer met de cliënt en met elkaar over de reden en de noodzaak voor het toepassen van deze beperkingen. Waar mogelijk, krijgt een cliënt meer vrijheid.

Goede voorbeelden

- Een zorgaanbieder heeft een kartonnen huisje met uitleg van de Wzd erop gemaakt: het huisje van de vrijheid. Het huisje staat op de afdelingen en op kantoren. Ze zijn een hulpmiddel voor medewerkers om in gesprek te gaan.
- Een aanbieder van verpleeghuiszorg heeft een looproute aangebracht bij de ingang, waardoor cliënten minder in de verleiding komen om naar de toegangspoort te lopen. De looproute is met zintuigelijke prikkels uitdagend gemaakt. Daardoor zijn cliënten geneigd om de route te volgen en hebben zij de toegangspoort niet meer in hun vizier.

Cvp is aanwezig

De inspectie zag dat de cvp steeds beter in beeld is bij zorgaanbieders. Ook heeft de cvp steeds beter toegang tot locaties en cliënten. Bij een deel van de zorgaanbieders hangen posters van de cvp en zijn flyers beschikbaar over hun functie en bereikbaarheid. De cvp functioneert echter nog niet optimaal. Zie ook hierna bij 'Wat moet beter?'

Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke zijn vaker aangewezen

De meeste zorgaanbieders hebben een of meer Wzd-functionarissen aangewezen. Dit is altijd een specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten, een orthopedagoog-generalist of een GZ-psycholoog. Naast de Wzd-functionaris(sen) zijn bij de meeste zorgaanbieders zorgverantwoordelijken aangewezen. Deze rol wordt uitgevoerd door zeer verschillende personen: van gedragswetenschappers tot zorgverleners met minimaal mbo-niveau 3. De rollen en taken van de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke zijn veelal vastgelegd in het beleidsplan van de organisatie. Tegelijkertijd is de uitvoering van deze rollen in de praktijk nog niet optimaal. Zie ook hierna bij 'Wat moet beter?'



Wat moet beter?

Gebrek aan (praktische) kennis op de werkvloer

De inspectie ziet dat hoger opgeleide zorgverleners zoals Wzd-functionarissen (vaak GZ-psychologen en specialisten ouderengeneeskunde) over het algemeen goed geschoold zijn in (het voorkómen van) onvrijwillige zorg en de

Wzd. Zorgverleners op de werkvloer hebben echter meestal onvoldoende scholing gehad. Vaak hebben zij alleen een e-learning gevolgd die is gericht op de wet.

Wat veelal ontbreekt, is scholing gericht op de uitvoering in de praktijk en op praktijksituaties. Bijvoorbeeld om verzet te herkennen en te weten wat er onder onvrijwillige zorg en daaraan gelijkgestelde zorg valt. Inclusief het afsluiten van algemene ruimtes, slaapkamers en kasten, en beperkingen in eten, (alcohol) drinken en het roken van sigaretten. In de verpleeghuiszorg ziet de inspectie dat er nog veel gesloten afdelingen zijn, zonder dat er een goede afweging op cliënt-niveau is gemaakt. Ook is het belangrijk dat zorgverleners (meer) kennis hebben van minder ingrijpende alternatieven voor onvrijwillige zorg en hier actief naar blijven zoeken.

Een gebrek aan kennis over de Wzd en de praktische uitvoering daarvan kan bovendien betekenen dat zorgaanbieders onder deze wet vallen zonder dat ze dit weten. Dit brengt het risico met zich mee dat onvrijwillige zorg wordt toegepast bij cliënten zonder dat dit zo beperkt mogelijk en zorgvuldig gebeurt, zoals de Wzd vereist.

Goed voorbeeld

Een aanbieder van gehandicaptenzorg houdt in ingewikkelde casussen over (onder meer) onvrijwillige zorg een moreel beraad in multidisciplinair verband. Daarbij nodigt de zorgaanbieder als het mogelijk is ook de cliëntvertegenwoordiger uit.

(Nog geen) uitvoering stappenplan bij wilsonbekwame cliënt zonder verzet: Wzd artikel 2 lid 2

De inspectie ziet dat er nog steeds verwarring, verschil in interpretatie en te weinig of geen kennis is over artikel 2 lid 2 van de Wzd. Dit zagen inspecteurs ook al bij het toezicht in 2020. In de praktijk ziet de inspectie dat het stappenplan vaak niet doorlopen wordt, waar dit wel zou moeten.

Over artikel 2 lid 2 van de Wzd

In artikel 2 lid 2 van de Wzd staat dat het stappenplan ook van toepassing is bij het opnemen van drie specifieke vormen van zorg in het zorgplan, waartegen de wilsonbekwame cliënt en diens vertegenwoordiger zich niet verzetten; alsook bij het uitvoeren van die vormen van zorg. Het gaat om:

- 1 het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen
- 2 een maatregel die tot het gevolg heeft dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt
- 3 de mogelijkheid tot insluiting

In de [Memorie van toelichting](#) worden deze drie vormen 'gelijkgestelde zorg' genoemd, waarmee wordt bedoeld: aan onvrijwillige zorg, gelijkgestelde zorg. De bepaling

geldt ook als het gaat om (levenslange) toepassingen van ortheses en bedekken als het daadwerkelijk een vrijheidsbeperkend effect heeft.

In de factsheet '[Onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang](#)' van het Ministerie van VWS, zijn lid 1 en 2 van artikel 2 verder uitgewerkt. Ook heeft Vilans een verkenning naar de werking van artikel 2 lid 2 van de Wzd gedaan. Het verslag hiervan is '[Vanuit de betekenis van de wet, naar professioneel maatwerk voor de cliënt.](#)'

Methodisch werken onvoldoende terug te vinden in cyclus rondom zorgplan

Methodisch werken blijft een punt van aandacht. Zo worden onvrijwillige zorg en zorg waarbij Wzd artikel 2 lid 2 van toepassing is, niet altijd goed en navolgbaar gedocumenteerd. Ook is niet altijd goed zichtbaar in het Wzd-zorgplan of en hoe het stappenplan is gevolgd. Deze informatie is niet alleen van belang voor het inzicht in de genomen stappen en de gemaakte afspraken, maar ook voor de borging van de rechtspositie van de cliënt.

Crisisopvang nog steeds problematisch

De inspectie hoort van zorgaanbieders dat het (regionaal) organiseren van crisisopvang voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten nog niet overal goed verloopt. Zo zijn er nog niet in elke regio afspraken over de begeleiding en opvang van cliënten in crisis. Inmiddels hebben de landelijke beroepsverenigingen van psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten (Verenso, NVAVG en NVVP) wel een [Model samenwerking in crisisdiensten GGZ, PG en VG](#) opgesteld. Doel daarvan is dat men gebruik maakt van elkaars expertise en organisatiestructuur. Dat is nodig voor de opvang, juiste plaatsing, behandeling en verzorging van cliënten in crisis. Om de problemen op te lossen, moet het model nog wel leiden tot regionale afspraken.

Cvp functioneert nog niet optimaal

Hoewel de inspectie zag dat de cvp wel bij alle zorgaanbieders aanwezig is, functioneert de cvp in de praktijk nog niet altijd optimaal of is de cvp nog niet bekend genoeg. Zo hoorde de inspectie dat cliënten of hun vertegenwoordigers nog niet wisten van het bestaan van de cvp.

Externe deskundige onvoldoende ingeschakeld

De inspectie ziet dat externe deskundigen in de praktijk nog niet altijd worden ingezet, waar dat volgens het stappenplan wel zou moeten. Dit vraagt nog extra aandacht van zorgaanbieders.

Onafhankelijke deskundige

In de [Reparatiewet](#), die geldt sinds 6 november 2021, is een aantal zaken in de Wzd (en Wvggz) aangepast. Een van de aanpassingen is dat de *externe* deskundige is vervangen is door een *onafhankelijke* deskundige. Deze deskundige mag ook werken bij de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft.

Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke functioneren nog niet optimaal

De inspectie zag dat Wzd-functionarissen hun functie in de praktijk vaak in deeltijd vervullen en soms werken voor meer dan één zorgaanbieder. Ook heeft de Wzd-functionaris een breed palet aan taken op zijn bord. Een wezenlijke taak is bijvoorbeeld het uitvoeren van intern toezicht. In de praktijk ziet de inspectie dat het goed uitvoeren van deze taak onder (tijds)druk staat; de capaciteit is vaak niet toereikend.

Hiernaast zag de inspectie dat het voor cliënten en (collega-) zorgverleners niet altijd duidelijk is wie de zorgverantwoordelijke is. Ook al is diegene feitelijk wel aangewezen.



Wat gaat IGJ doen?

Ook in 2022 krijgt dwang in de zorg onverminderd aandacht in het toezicht van de inspectie. Van zorgaanbieders verwacht de inspectie dat zij gedwongen zorg zorgvuldig en terughoudend toepassen.

- De afgelopen twee jaar hield de inspectie vooral stimulerend toezicht op de Wvggz en Wzd. Vanaf 2022 treedt de inspectie strenger op als zorgaanbieders essentiële uitgangspunten van de wetten niet naleven.
- In 2022 richt de inspectie zich in ieder geval op:
 - Ambulante gedwongen zorg in de (jeugd)ggz, (jeugd) gehandicaptenzorg en de verpleeghuiszorg, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT). Hiermee wil de inspectie onderzoeken of en hoe de Wvggz en de Wzd worden uitgevoerd bij cliënten die thuis of bij een polikliniek onder dwang behandeld worden.
 - Gesloten deuren in locaties, om te stimuleren dat zorgaanbieders zorgvuldige afwegingen maken per cliënt. Hierbij kijkt de inspectie naar aanbieders van langdurige zorg, zoals aanbieders van gehandicaptenzorg en in de VVT.
- De inspectie blijft in gesprek met partijen in de zorg, zoals branche- en koepelorganisaties en het ministerie van VWS om geconstateerde problemen te agenderen.
- Op basis van de ervaringen met het toezicht op de Wvggz en Wzd in de eerste twee jaar, past de inspectie haar toetsingsinstrumenten waar nodig aan.
- De inspectie praat op basis van haar ervaringen in het toezicht op de Wvggz en Wzd mee in de wetsevaluatie van beide wetten.

Waarop baseert de inspectie haar bevindingen?

In deze publicatie deelt de inspectie de resultaten van haar toezichtbezoeken in 2021 rond het thema 'gedwongen zorg'. De IGJ bracht 57 bezoeken aan zorgaanbieders, gericht op dwang in de zorg: 12 aan zorgaanbieders die vallen onder de Wvggz en 45 aan zorgaanbieders die vallen onder de Wzd. Het ging om zorgaanbieders die in het [openbaar locatieregister Wvggz/Wzd](#) stonden. Bij de reguliere inspectiebezoeken aan aanbieders van (jeugd)ggz, (jeugd) gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg, kwam de Wvggz en/of de Wzd aan de orde in 39 bezoeken.

De bezoeken zijn niet representatief; niet landelijk en niet per sector. Tegelijkertijd zijn de bevindingen van de bezoeken zo consistent, dat ze een goed beeld geven van de stand van zaken.

Tijdens bezoeken sprak de inspectie met:

- cliënten bij wie gedwongen zorg werd toegepast en/of hun vertegenwoordigers
- het management of de bestuurder
- zorgprofessionals, waaronder de geneesheer-directeur of Wzd-functionaris, zorgverantwoordelijken en zorgverleners op de werkvloer
- de cliënten- of verwantenraad
- de pvp, fvp of cvp

Ook lazen inspecteurs documenten zoals zorgplannen van cliënten en het beleidsplan van de zorgaanbieder. Als de coronamaatregelen het toelieten, kregen inspecteurs een rondleiding door de locatie. Zorgaanbieders ontvingen op basis van het bezoek een rapport. De rapporten zijn gepubliceerd op de website van de inspectie: www.igi.nl.