

Wetten voor verplichte ggz in Nederland, een verbetering?

E. Barkhof, M.M. Niele

- Achtergrond** Vanaf 2020 gelden in Nederland de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) voor onvrijwillige zorg voor patiënten met psychiatrische stoornissen respectievelijk patiënten met psychogeriatrische stoornissen of een verstandelijke beperking. Inmiddels heeft een eerste wetsevaluatie in twee fases plaatsgevonden, met consultatie van alle betrokken partijen bij de uitvoering.
- Doel** Overzicht geven van de achtergronden, ervaringen en knelpunten, mede aan de hand van de uitkomsten van de eerste wetsevaluatie.
- Methode** Bespreken van relevante literatuur, o.a. wetteksten, jurisprudentie en de wetsevaluatie.
- Resultaten** Uit de evaluatie bleek dat de Wvvggz te complex is met grote administratieve last, bijv. informatieplicht met te veel brieven aan de patiënt, onvoldoende effect van ambulante verplichte zorg bij patiënten die zich verzetten tegen verplichte medicatie, nauwelijks gebruik van het eigen Plan van Aanpak, onvoldoende aandacht voor familie, niet-eenduidige toetsing wilsonbekwaamheid, ingewikkelde klachtregeling, uitvoeringsproblemen bij samenloop van Wzd- en Wvvggz-problematiek, tekortschieten van gemeenten bij zorgen voor ontbrekende maatschappelijke voorzieningen. Daarnaast zijn er de nodige uitvoerings- en interpretatieproblemen aan het licht gekomen, waarover gaandeweg jurisprudentie is ontstaan.
- Conclusie** De gesignaleerde knelpunten zullen mettertijd hopelijk opgelost worden met wettelijke verbeteringen. Al met al heeft, met alle kinderziektes van de Wvvggz en Wzd, de focus tot nu toe vooral gelegen op de juiste interpretatie van de wetten en de praktische uitvoering van verplichte zorg, maar nog onvoldoende op het voorkómen ervan.

In 2020 zijn in Nederland de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) ingevoerd.^{1,2} Deze wetten bepalen aan welke vereisten onvrijwillige zorg voor personen met psychiatrische en psychogeriatrische stoornissen of een verstandelijke beperking moet voldoen. Deze wetten zijn de opvolgers van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) die vanaf 1994 de wettelijke grondslag vormde voor onvrijwillige behandeling van alle patiënten met een psychische stoornis. Vervanging van de Wet Bopz was nodig vanwege de vele aanpassingen die de wet in de loop der jaren heeft ondervonden en de roep om een meer op behandeling gerichte wet, als gevolg van de verschuiving binnen de ggz naar veel meer ambulante zorg terwijl de Wet Bopz in beginsel was gericht op gedwongen opname in de kliniek. Bovendien werd het wenselijk geacht om, naast een wet voor patiënten met een psychiatrische stoornis (Wvvggz), aparte en meer specifieke wetgeving te ontwerpen voor patiënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening, uitmondend in de Wzd.

In dit artikel zullen we beknopt ingaan op de achtergrond, ervaringen met en knelpunten van de twee wetten en de problemen op het grensvlak ervan.

Wvvggz

De centrale doelstellingen van de Wvvggz zijn het versterken van de rechtspositie van patiënten, het voorkómen en beperken van de duur van verplichte zorg (VZ) en het verhogen van de kwaliteit daarvan.³ VZ mag alleen als ‘ultimum remedium’ worden toegepast bij ‘ernstig nadeel’ voor de patiënt of diens omgeving. Uitgangsprincipes hierbij zijn subsidiariteit (inzet van het minst ingrijpende middel), proportionaliteit en doelmatigheid. Toepassing van VZ is ook mogelijk in de ambulante setting, waarmee voorkómen kan worden dat pas laat ingegrepen wordt met een opname. Daarnaast zijn er meer mogelijkheden om minder ingrijpende VZ toe te passen en moet er rekening gehouden worden met de wensen en voorkeuren van patiënten via de mogelijkheid van een eigen Plan van Aanpak, de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring. Ook somatische zorg kan

AUTEURS

Emile Barkhof, psychiater en geneesheer-directeur, Arkin, Amsterdam.

Moniek Niele, jurist gezondheidsrecht, Parnassiagroep, Den Haag.

Correspondentie

Emile Barkhof (emile.barkhof@arkin.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(8):465-469

verplicht worden ingezet bij een weigering vanuit een psychiatrische stoornis om mee te werken aan noodzakelijke somatische behandeling of controles. Familie en naasten worden meer erbij betrokken, terwijl zij ook bij grote zorgen om een zorgmachtiging (ZM) kunnen verzoeken.

De maatschappelijke participatie van patiënten wordt bevorderd door een verplichting voor gemeenten om vanuit het 'wederkerigheidsprincipe' te voorzien in ontbrekende maatschappelijke voorzieningen (zoals huisvesting, uitkeringen e.d.).

De rechtspositie van patiënten wordt verder versterkt doordat VZ vooraf gelegitimeerd wordt door de rechter in een ZM. Voor meer acute situaties bestaat een crisismaatregel, waarbij de burgemeester het besluit neemt met een rechterlijke toets na drie dagen. Wilsbekwaam verzet tegen VZ – uitgezonderd opname – wordt in principe gehonoreerd, tenzij er sprake is van levensgevaar of ernstig nadeel voor derden.

Naast uitbreiding van de ondersteuning door de patiëntenvertrouwenspersoon en een flinke uitbreiding van de klachtgronden, kunnen patiënten ook om een schadevergoeding verzoeken bij de klachtencommissie.

Wzd

Net als in de Wvggz mag in de Wzd alleen bij ernstig nadeel en als laatste redmiddel onvrijwillige zorg gestart worden. Bij noodzakelijk geachte onvrijwillige zorg wordt gebruikgemaakt van het zogenaamde stappenplan. Alleen als opname in een instelling noodzakelijk is, wordt een rechterlijke machtiging (RM) of in acute situaties een inbewaringstelling (ibs) vanuit de Wzd aangevraagd en beoordeeld door de (burgemeester en/of) rechter. Anders dan in de Wvggz is er geen onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet. Bij verzet van een patiënt of vertegenwoordiger wordt de zorg onvrijwillig en deze kan ook in de ambulante setting worden toegepast. Somatische behandelingen zijn ook mogelijk bij verzet voortvloeiend uit de stoornis. Er moet een externe, onafhankelijk deskundige worden ingeroepen als het niet lukt om onvrijwillige zorg snel af te bouwen.

Klachten, bijvoorbeeld over beslissingen over onvrijwillige zorg, verlof en ontslag of wilsbekwaamheid kunnen worden ingediend bij de klachtencommissie, daarna staat de gang naar de rechter open. Schadevergoeding kan door beide instanties worden toegekend.

Omdat patiënten meerdere stoornissen kunnen hebben, is afgrenzing van de Wzd ten opzichte van de Wvggz niet altijd even duidelijk. Daarnaast zijn er stoornissen die al op volwassen leeftijd tot cognitieve beperkingen kunnen leiden. Sinds 2021 mag daarom een RM ook verleend worden aan patiënten met een psychiatrische stoornis die gelijkgesteld kan worden aan een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking, zoals een niet-aangeboren hersenletsel, het syndroom van Korsakov en de ziekte van Huntington.⁴ Later zijn ook gerontopsychiatrische problematiek en autismespectrumstoornissen aan dit lijstje toegevoegd.

Aansluiting op de Wfz

De Wvggz en Wzd hebben beide aansluiting op de Wet forensische zorg (Wfz), met als doel om de overgang van reguliere ggz naar forensische zorg en vice versa te vergemakkelijken.⁵ Hierdoor kan er hopelijk sneller passende zorg geregeld worden dan onder de Wet Bopz, waarbij min of meer het lot bepaalde of een psychiatrisch patiënt die in aanraking kwam met politie en/of justitie in de ggz of in detentie belandde, met alle gevolgen van dien voor de veiligheid, noodzakelijk geachte behandeling en adequate nazorg.

Via het schakelartikel 2.3 van de Wfz kan bij iedere strafzitting door de strafrechter naast of in plaats van een straf (ook) een ZM of RM worden opgelegd. Andersom kan voor patiënten met een aflopende forensische titel, zoals een terbeschikkingstelling (tbs) of een plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ-maatregel), door de strafrechter na beëindiging van die maatregel een ZM of RM verleend worden, om zo nazorg in de reguliere ggz mogelijk te maken. Hiermee kan om veiligheidsredenen VZ ingezet worden ter voorkoming van recidieven van delicten, maar wordt ook de noodzakelijke behandeling mogelijk in plaats van (of naast) een straf.

Ervaringen en knelpunten

De uitvoering van de Wvggz en Wzd is nu 4 jaar gaande. Inmiddels heeft een eerste wetsevaluatie in twee fases plaatsgevonden, met een brede consultatie van alle betrokken partijen bij de uitvoering. Uit beide rapporten (meer dan 700 pagina's en 70 aanbevelingen) komen samengevat de volgende knelpunten naar voren.⁶ Voor de Wvggz geldt dat de wet te complex is en de administratieve last is enorm groot. De informatieplicht omvat te veel brieven aan de patiënt, wat zowel de patiënt als de hulpverlener frustreert, ten koste gaat van het contact en erg kostbaar is. Ambulante verplichte zorg werkt onvoldoende bij patiënten die zich verzetten tegen verplichte medicatie, omdat hulpverleners terughoudend zijn om VZ in de woonomgeving toe te passen, vanwege de impact voor patiënten en de vrees voor onveilige situaties. Het eigen Plan van Aanpak wordt nauwelijks gebruikt omdat de procedure te ingewikkeld is. Familie voelt zich niet genoeg gehoord. Wilsonbekwaamheid wordt in de praktijk niet eenduidig getoetst. De klachtregeling is te ingewikkeld. Bij samenloop van Wzd- en Wvggz-problematiek zijn er uitvoeringsproblemen over wie waar geplaatst zou moeten worden. Onduidelijkheid over plaatsing geldt ook voor de ZM via het schakelartikel van de Wfz. De plicht van de gemeenten vanuit het wederkerigheidsprincipe komt nauwelijks van de grond en zou een inspanningsverplichting moeten worden. De minister heeft in een kamerbrief laten weten dat in de eerste helft van 2024 een conceptwetsvoorstel voor een aanpassing van beide wetten komt.⁷ (Tot deze wetsherziening van kracht wordt, zijn er voor de Wzd aanpassingen vastgelegd in bestuurlijke afspraken.⁸) De wet zal vereenvoudigd worden, terug naar de kern met inachtneming van de rechtszekerheid, het klachtrecht en het instellen van beroep. Minder brieven en meer mondelinge uitleg. De hoorplicht van de burgemeester bij een crisismaatregel moet worden geschrapt omdat dit vertragend werkt en zelden invloed heeft op het besluit. Veldnormen over onderbouwing en toepassing van VZ en verduidelijking van het begrip 'verzet' kunnen alvast uitgewerkt worden door het veld. Er moet een duidelijker onderscheid komen tussen assertieve zorg en verplichte zorg. Doordat de rechter vooraf beslist welke VZ mag worden toegepast, werkt de ZM als een soort voorwaardelijke machtiging. Dat leidt tot 'verborgen dwang', omdat het begrip verzet soms heel beperkt wordt uitgelegd, waardoor ambulante VZ ten onrechte niet wordt ingezet, terwijl de cliënt de verplichting voelt om mee te werken omdat er een Wvggz-maatregel loopt. Het eerder toepassen van ambulante VZ, nog voordat het ernstig nadeel zich voordoet, kan meer ruimte bieden voor behandelaars om in te grijpen en niet af te wachten tot meer ingrijpende interventies zoals een opname nodig zijn. Gemeenten en ggz kunnen samenwerken om de deelname aan de maatschappij te vergemakkelijken. Er komt een betere toegang tot vertrouwenspersonen (voor patiënt en familie). De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zal meer moeten toetsen op borging van de

rechtspositie van de patiënt en alleen bij ondermaatse kwaliteit en onveiligheid ingrijpen. Daarnaast moet de IGJ kritisch bezien welke gegevens minimaal nodig zijn om toezicht te houden.

Naast de geconstateerde problemen uit de wetsevaluatie zijn ook de nodige uitvoerings- en interpretatieproblemen aan het licht gekomen, waarover gaandeweg jurisprudentie is ontstaan naar aanleiding van rechterlijke uitspraken en klachtzaken. We noemen er enkele:

Termijnen van verplichte zorg

Een algemeen gevolg van de rechterlijke toetsing vooraf is dat er verschillende termijnen voor toekenning van de duur van verplichte zorg tussen arrondissementen lijken te zijn ontstaan, met daarmee feitelijk rechtsongelijkheid. Daarnaast bestaat het risico dat de rechter te veel 'op de stoel van de dokter gaat zitten'. Bijvoorbeeld doordat de rechter maximaal twee weken separatie toekent terwijl dat zorginhoudelijk niet toereikend lijkt en er separatie voor een langere duur was aangevraagd in het zorgplan.

Verplichte anticonceptie

In een aantal gevallen is anticonceptie als VZ ingezet, wat leidde tot klachten bij de rechter. Uit meerdere uitspraken blijkt dat de rechter vond dat dit mogelijk was.⁹ De Wvggz biedt volgens de rechter met de vormen van verplichte zorg 'somatische behandeling' en de 'beperking van de vrijheid het eigen leven in te richten' voldoende grondslag om inbreuk op de grondrechten te rechtvaardigen. Het ging dan om patiënten met een laag IQ en ernstige psychiatrische problematiek, cannabisgebruik, slechte sociale omstandigheden en onbetrouwbaarheid in het nakomen van afspraken, waaronder afspraken over medicatie. Zowel de gezondheids- en veiligheidsrisico's van een mogelijke zwangerschap voor patiënte als voor het ongeboren kind wogen mee. De Hoge Raad maakte in twee uitspraken korte metten met het idee dat de Wvggz voldoende basis biedt voor gedwongen anticonceptie om risico's voor het ongeboren kind af te wenden.¹⁰ De Wvggz bevat geen specifieke bepaling in dezen. Alleen als een zwangerschap een aanzienlijk risico op levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel of ernstige psychische schade voor de moeder met zich meebrengt, zou verplichte anticonceptie als 'somatische verplichte zorg' kunnen worden ingezet.

Grensvlak Wvggz en Wzd

De scheiding tussen de Wvggz en Wzd heeft gezorgd voor de nodige uitvoeringsproblemen omdat de twee regimes niet naast elkaar kunnen worden uitgevoerd: een Wvggz-maatregel vervalt als een Wzd-maatregel wordt afgegeven en omgekeerd wordt een Wzd-maatregel opgeschort bij afgifte van een Wvggz-maatregel. Bij comorbide stoornissen is het soms moeilijk om te bepalen wat de zogenaamde 'voorliggende stoornis' is en daarmee welke wet gevolgd moet worden.

Een (over)plaatsing heeft vergaande consequenties omdat instellingen vaak maar met één wettelijk regime werken. Capaciteitsproblemen in de Wzd-instellingen (zoals beschikbare bedden of bemensing crisisdiensten) vormen obstakels in de uitvoering en belemmeren daarmee een goede samenwerking en afstemming tussen de twee sectoren.

Er is over dit grensvlak veel jurisprudentie ontstaan.¹¹ De Hoge Raad stelde dat de problematiek en de vertrouwde omgeving vanwege de continuïteit van zorg meegewogen dienen te worden.¹² Op grond hiervan kreeg een patiënt met een lichte verstandelijke beperking, autisme en een psychose een ZM, omdat er geen passende Wzd-voorziening beschikbaar was, terwijl de behandelaar meende dat de patiënt niet in de psychiatrie hoorde.¹³ Een patiënt met dementie kreeg een spoedopname in de ggz vanwege vermoedelijke verslavingsproblemen en een 13-jarig meisje met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen belandde ook in de ggz bij gebrek aan een plek in een Wzd-voorziening.^{14,15}

De minister noemt voor de wetsaanpassing als oplossing een gemeenschappelijke spoedprocedure, zodat nog niet gekozen hoeft te worden voor specifiek een Wvggz- of een Wzd-maatregel. Indeling naar zorgbehoefte moet vooropstaan, niet de aandoening. Daarnaast komt er een soepelere overgang tussen Wzd en Wvggz, waarbij de maatregelen naast elkaar kunnen bestaan en niet tussentijds vervallen.

Directe beoordeling door de onafhankelijk psychiater

In de afgelopen jaren heeft de rechter zich vaker gebogen over de vraag of een beoordeling face-to-face moet plaatsvinden. Hoofdreel is dat de onafhankelijk psychiater alles moet hebben gedaan wat redelijkerwijs mogelijk is om te komen tot een face-to-faceonderzoek.¹⁶ De psychiater moet aangeven welke pogingen hij of zij heeft ondernomen en welke informatie tot zijn/haar conclusie leidt. Gedurende de coronaperiode was een onderzoek via beeldbellen toegestaan. Sindsdien gelden weer strengere eisen en stelt de Hoge Raad dat toestemming van de patiënt, tijdwinst, minder reistijd en de geringere impact voor de patiënt onvoldoende reden zijn om tot beeldbellen over te gaan. Met het groeiende aanbod van e-healthmogelijkheden en de personeelstekorten in de ggz wordt deze strikte interpretatie kritisch beoordeeld in het veld.

Wilsonbekwaamheid

Wilsbekwaam verzet moet in de Wvggz gehonoreerd worden, tenzij er sprake is van acuut levensgevaar voor de patiënt zelf of ernstig nadeel voor de ander. Dit geldt voor alle vormen van verplichte zorg, behalve opname. Waarom de wetgever deze uitzondering voor opname heeft gemaakt, is onduidelijk. Aanvankelijk werd in de praktijk de wilsbekwaamheid vooral getoetst bij het besluit tot verplichte zorg. De Hoge Raad heeft echter bepaald dat de zorgverantwoordelijke bij meerdere

beslissingen in het proces van een Wvggz-maatregel moet onderzoeken of patiënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn of haar belangen, ook bij de aanvraag voor een ZM of CM.¹⁷ Dit leidt soms tot discussies bij rechtszittingen. Bovendien kan een wilsbekwaamheidsverklaring – zeker op een moment dat uitvoering van verplichte zorg nog niet aan de orde is – de behandelrelatie compliceren en heeft verstrekking gevolgen voor de autonomie.¹⁸ Het vaker beoordelen van de wilsbekwaamheid zal dus niet het zelfbeschikkingsrecht vergroten zoals de wetgever bedoeld heeft.

De minister stelt naar aanleiding van de wetsevaluatie voor om alleen een wilsbekwaamheidsbeoordeling te laten plaatsvinden bij het besluit tot feitelijke toepassing van VZ.

Schadeverzoek bij klachten

Een patiënt kan, met de hulp van een patiëntenvertrouwenpersoon, een klacht indienen bij de klachtencommissie. De klachtencommissie is bij een gegronde klacht bevoegd tot het toekennen van een schadevergoeding, ook ambtshalve, dus ook als de patiënt er niet om vraagt. Voor materiële schade, bijvoorbeeld het zonder titel opgenomen zijn op een gesloten afdeling of het onrechtmatig toedienen van verplichte medicatie, gelden min of meer vaststaande bedragen, waarbij men aansluit bij de LOVS-richtlijn, die in het strafrecht van toepassing is.¹⁹ Anders ligt dit bij immateriële schade zoals het in onzekerheid verkeren, stress en spanning, wat snel wordt aangenomen als niet aan de formele vereisten is voldaan, bijvoorbeeld het niet (tijdig) aanbieden van een schriftelijk besluit betreffende VZ of overplaatsing. Instellingen zien dit niet als schade voor de patiënt en ervaren dit als een boete. De regionale klachtencommissies gaan verschillend om met het toekennen van schadevergoedingen bij vormfouten. Gaandeweg lijkt hierin mede dankzij uitspraken van de rechtbank in hoger beroep meer eenduidigheid te ontstaan.²⁰ Dit wordt verder bevorderd doordat er inmiddels een landelijke website bestaat voor uitspraken van klachtencommissies.²¹

CONCLUSIE

Waar de wetgever heeft beoogd met de invoering van de Wvggz en Wzd de rechtspositie te vergroten, is dit in de uitvoering niet goed tot stand gekomen. Met name in de Wvggz ontvangen patiënten grote hoeveelheden brieven, dikwijls als zij in een toestand verkeren die een goede interpretatie daarvan in de weg staat. De instrumenten om zelfregie te vergroten worden weinig gebruikt en de hoorplicht door de burgemeester bij een crisismaatregel blijkt een loze actie. De rechterlijke toetsing vooraf in een ZM of CM klinkt zorgvuldig, maar dit vergt veel als-dandenken, wat zorgt voor een risico op verborgen dwang als ambulante verplichte zorg onvoldoende wordt aangezegd (terwijl de behandeling wel als verplicht wordt ervaren), maar ook een verschil

in termijnen waarbinnen verplichte zorg mag worden toegepast. Bepaling van de wils(on)bekwaamheid geeft onduidelijkheid, en een risico op inperking van de autonomie, terwijl de bedoeling was om de rechtspositie van patiënten die zich wilsbekwaam verzetten te vergroten. Naast dit alles is er sprake van een grote administratieve last voor behandelaren.

Voor de praktijk heeft de scheiding in twee wetten tot onduidelijkheid en uitvoeringsproblemen geleid, waardoor de samenwerking tussen de sectoren onder druk is komen te staan. Gelukkig onderschrijft de minister de gesignaleerde knelpunten, maar het zal nog even duren voordat wettelijke verbeteringen ingevoerd kunnen worden. Positief is dat de Wvggz met ambulante verplichte zorg, hoewel nog onderbenut door onduidelijkheid over wat verstaan moet worden onder het begrip verzet, het in principe mogelijk maakt opnames te verminderen en daarmee ook ingrijpendere vormen van verplichte zorg zoals separatie, afzondering en fixatie kan voorkómen. Al met al heeft, met alle kinderziektes van de Wvggz en Wzd, de focus tot nu toe vooral gelegen op de juiste interpretatie van de wetten en de praktische uitvoering van verplichte zorg, maar nog onvoldoende op het voorkómen ervan. Dit terwijl het niet hoeven toepassen van (ingrijpendere vormen van) verplichte zorg de grootste verbetering voor de rechtspositie van de patiënt zou opleveren.

LITERATUUR

- 1 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. www.wetten.overheid.nl
- 2 Wet zorg en dwang. www.wetten.overheid.nl
- 3 Integrale artikelsgewijze toelichting Wet verplichte ggz, Min. VWS. www.dwangindezorg.nl
- 4 Tweede Reparatiwet, 6 november 2021. www.dwangindezorg.nl
- 5 Wet forensische zorg. www.wetten.overheid.nl
- 6 Legemaate J, Nuijen J, Voskes Y, e.a. Eindrapport Evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd). Den Haag: ZonMw, 2022.
- 7 Helder C. Kamerbrief over aanbidding eindrapport wetsevaluatie Wvggz-Wzd. www.rijkoverheid.nl
- 8 Bestuurlijke afspraken uitvoering Wet zorg en dwang (Wzd) 2024 tot inwerkingtreding herziening Wzd. December 2023. <https://open.overheid.nl/documenten/89d08a26-7f6d-4604-90b8-6ae3d38cb141/file>
- 9 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:BROT:2020:2489; ECLI:NL:RBNNE:2020:3684; ECLI:NL:RBROT:2020:9178; ECLI:NL:RBME:2022:1744).
- 10 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:HR:2022:1850; ECLI:NL:HR:2023:824).
- 11 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:RBDHA:2021:12423; ECLI:NL:RBLIM:2022:96; ECLI:NL:RBGEL:2021:5677).
- 12 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:HR:2020:1271).
- 13 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:RBDHA:2021:4547).
- 14 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:RBOBR:2020:471).
- 15 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:RBZWB:2020:1965).
- 16 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:HR:2023:663).
- 17 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:HR:2020:2096; ECLI:NL:HR:2022:123; ECLI:HR:2023:694).
- 18 van Velzen CC. Wilsbekwaamheid in de Wvggz-de verhouding tussen art. 1:5 en art. 8:9 Wvggz. *Journaal GGZ en Recht* 2022; 2: 65-9.
- 19 Afspraken Landelijk overleg van voorzitters van de strafsectoren van de gerechtshoven en de rechtbanken (LOVS). www.om.nl
- 20 Jurisprudentie. <https://uitspraken.rechtspraak.nl> (ECLI:NL:RBAMS:2021:6448).
- 21 Uitspraken klachtencommissies Wvggz. <https://wvggzklachten.nl>.