



## POSITION PAPER

**Aan:** Ministerie van VWS  
**Van:** MIND  
**Datum:** 5 december 2022  
**Kenmerk:** 22-073  
**Betreft:** Wetsevaluatie Wvvgz

Met belangstelling heeft MIND kennisgenomen van de evaluatie van de Wvvgz en de Wzd<sup>1</sup> die de minister recentelijk aan het parlement stuurde. Wij hebben waardering voor de doorwrochte analyse en het uitgebreide tweedelige rapport. Wij kunnen ons in het algemeen goed vinden in de meeste conclusies en aanbevelingen die de evaluatoren doen.

We merken op dat de evaluatoren met een beperkte opdracht op pad zijn gestuurd, en de wetten niet uitgebreid op uitkomsten hebben vergeleken met hun voorganger, de Wet Bopz. Echter, uit onze eigen gesprekken met zowel professionals als cliënten en naasten lijkt naar voren te komen dat er wel degelijk vooruitgang is geboekt na de invoering van de Wvvgz. Zo zijn er bijvoorbeeld aanwijzingen dat de overgang terug naar huis na een verplichte opname soepeler lijkt te verlopen. In samenhang daarmee lijkt het erop dat minder mensen hun (huur-)woning verliezen gedurende de verplichte opname. Zulke uitkomsten hebben ook direct een positieve weerslag op het (gemiddelde) herstelproces van betrokkene.

Wij zijn van mening dat een goede beoordeling van deze wetgeving pas mogelijk is, als ook dergelijke praktische uitkomsten van de wet in hun samenhang met de veranderingen in wetssystematiek worden meegewogen.

Verder maken wij ons zorgen om het debat rondom de doorontwikkeling van de Wvvgz, waarbij met name vanuit de beroepsvereniging van psychiaters (de NVvP) en de brancheorganisatie van zorgaanbieders (deNLGgz) een reeks voorstellen wordt gedaan. Voorstellen die ieder op zichzelf beschouwd wellicht telkens een redelijke oplossing voor een specifiek probleem lijken te bieden, maar in samenhang beschouwd de rechtsbescherming van betrokkene ernstig zouden aantasten.

Gezien het feit dat de minister de originele doelstellingen van de wet onderschrijft, vertrouwen we erop dat de rechtsbescherming van betrokkene voorop zal blijven staan bij de doorontwikkeling van deze wet.

In dit kader willen wij nadrukkelijk ook wijzen noodzaak van de beschikbaarheid van vrijwillige zorg. De toegankelijkheid daarvan staat onder grote druk en de wachtlijsten zijn lang. Veel cruciale zorg verdwijnt, of afdelingen of instellingen sluiten. Daardoor neemt de kans op dwang toe. Immers, de kans op een crisis is groter als mensen die om hulp roepen die hulp en zorg niet krijgen.

---

<sup>1</sup> Vanwege onze rol als belangenbehartiger binnen het Ggz-veld, zullen wij ons in deze position paper beperken tot zaken met betrekking tot de Wvvgz.



Van onze kant zullen wij constructief blijven meedenken in dit proces. Daarbij zullen we eventuele wetswijzigingen beoordelen aan de hand van de volgende vijf criteria:

- **Rechtsbescherming voor betrokkene waarborgen**

Zoals de wetsevaluatie al aangeeft gaat het om de inhoud van de rechtsbescherming, en moet de vorm daaruit volgen. Wij zullen voorstellen om de administratieve lasten te beperken dus beoordelen op hun inhoudelijke effect op de rechtsbescherming, en niet nodeloos vasthouden aan vorm. Maar de ruimte hier is niet onbegrensd; goede rechtsbescherming vereist nu eenmaal zorgvuldige besluitvorming en gedegen administratie, en dit zal door *iemand* moeten worden uitgevoerd.

Wij zullen ook scherp blijven letten op de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon.

- **Eigen regie in de praktijk realiseren**

De Wvggz beoogt beter aan te sluiten bij de wensen en voorkeuren van betrokkene dan de Wet Bopz voorheen deed, passend in langjarige maatschappelijke ontwikkelingen rondom het recht op zelfbeschikking. Om dit te bereiken is een aantal instrumenten in de wet opgenomen. Instrumenten om die wensen en voorkeuren te registreren of om de eigen regie van betrokkene zo goed mogelijk vorm te geven in situaties waarin dwang dreigt of aan de orde is. Ook hier geldt dat wij voorstellen over het aanpassen van deze instrumenten zullen beoordelen op hoe zij de (mogelijkheden tot) eigen regie van betrokkene in de praktijk beïnvloeden. Ook de wijze waarop met wils(on)bekwaamheid wordt omgegaan is een belangrijk aandachtspunt voor ons, waarbij wij de jurisprudentie van het EHRM als uitgangspunt nemen.

- **Het betrekken van naasten realiseren**

De Wvggz beoogt een betere samenwerking met familie en andere naasten rondom verplichte zorg, en hun een betere informatiepositie te verschaffen. In de praktijk komt dit maar beperkt tot zijn recht: familie en andere naasten geven nog steeds aan dat ze onvoldoende worden betrokken en op de hoogte gehouden waar zij dat wel nodig vonden. Op dit gebied valt dus nog veel te winnen, en wij verwachten dit bij de doorontwikkeling van de Wvggz terug te zien.

- **Zorg op maat leveren en de kwaliteit van zorg verbeteren**

De Wvggz beoogt de kwaliteit van zorg te verbeteren en zorg op maat te kunnen leveren. Deze twee aspecten zijn direct van elkaar afhankelijk. Zij raken zowel aan het wederkerigheidsbeginsel (waarvoor meer integratie tussen zorg- en sociaal-domein nodig is) als aan het subsidiariteitsbeginsel (dat er voor moet zorgen dat dwanginterventies zo min mogelijk ingrijpend zijn). Wij zullen wijzigingsvoorstellen beoordelen op hun te verwachten feitelijke effect op de mogelijkheid om zorg op maat te leveren.

- **Intensiveren van toezicht**

De Wvggz beoogt het toezicht op de uitvoering van verplichte zorg te intensiveren. Ook hier blijft nog ruimte voor verbetering. Bijvoorbeeld op het gebied van de data-aanlevering, waar nog steeds niet sector-breed met een gelijklopende dataset (à la Argus) wordt gewerkt. Vanzelfsprekend is goed toezicht voor ons blijvend een belangrijke speerpunt, en bij de doorontwikkeling van de Wvggz zullen wij ook weer de facilitering daarvan scherp in de gaten blijven houden.

Ook willen wij de minister op het hart drukken nog eens goed te kijken naar de rolverdeling. Met name de rol van de geneesheer-directeur in de voorbereiding van de zorgmachtiging verdient nadere overweging. Al langer betogen wij dat deze onvoldoende onafhankelijk is gepositioneerd.



In het originele wetsvoorstel waren onafhankelijke commissies voorzien, die naast een adviserende rol aan de rechter ook de rol van procureur op zich namen als het tot een rechtszaak kwam. Uit een pilot met dergelijke commissies kwamen positieve resultaten en een positief advies voort, waarbij betrokken cliënten en hun naasten zich beter gehoord voelden.

De belangrijkste reden voor het schrappen van deze commissies destijds was het kostenaspect, dat hoog ingeschat werd. Echter, in het kader van de grote problemen met de administratieve belasting die de sector nu ondervindt, en met het oog op de ook nu hoge procedurele kosten, is het verstandig nu deze keuze te heroverwegen. Dit zou niet alleen de (administratieve) werkdruk bij de zorgaanbieders significant kunnen verminderen, maar bovendien tegemoetkomen aan onze langlopende zorgen over de onafhankelijkheid in de voorbereidingsprocedure.

Ten slotte treft u hieronder drie bijlagen aan waarin zaken verder zijn uitgewerkt en van commentaar voorzien, waaronder onze reactie op inbreng van de NVvP en de NLggz in hun brief van 15 april 2022.

Bijlage 1: Aandachtspunten MIND bij de doorontwikkeling van de Wvvgz

Bijlage 2: Standpunt LPGGz in 2017 over de multidisciplinaire commissie

Bijlage 3: Focusgroep wetsevaluatie fase 2, d.d. 19 en 25 april 2022 – opmerkingen MIND

## BIJLAGE 1

### Aandachtspunten van MIND bij de doorontwikkeling van de Wvggz

In het eerste deel van deze lijst volgen wij de volgorde en nummering van de aanbevelingen van de wetsevaluatie. Daarbij wordt aanbeveling 47 uit deel 2, besproken bij aanbeveling 11 uit deel 1, omdat beide aanbevelingen de multidisciplinaire richtlijn zoals bedoeld in artikel 8:5, betreffen.

Na de aanbevelingen bespreken we in willekeurige volgorde nog een aantal andere aandachtspunten (vanaf pagina 9).

- **Aanbeveling 1: “Intensiveer de voorlichting aan en de scholing over de Wvggz en de Wzd onder de personen die bij de toepassing van deze wetten betrokken zijn”** (overheid i.s.m. de veldpartijen). Een voortvarende uitvoering van deze aanbeveling kan leiden tot meer administratieve efficiëntie én een betere rechtsbescherming.. Meer kennis van deze wet is volgens ons nog hard nodig om de zorgcultuur rondom verplichte zorg in lijn te brengen met moderne (rechts-)opvattingen over zaken als bijvoorbeeld wilsbekwaamheidsvraagstukken of het zelfbeschikkingsrecht. Wij zijn met de evaluatoren eens dat hier ook zeker een rol voor de overheid is weggelegd gezien haar zorgplicht.

- **Aanbeveling 5: “Pas de wettelijke regeling van het plan van aanpak zodanig aan dat betere en effectievere mogelijkheden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen (wetgever).”** Cliënten hebben de mogelijkheid om een Eigen Plan van Aanpak (EPvA) op te stellen samen met hun naasten om verplichte zorg te voorkomen. Dat is een belangrijk instrument, maar behoeft verbetering.

Om het Eigen Plan van Aanpak effectief te laten zijn vindt MIND dat we nog een spa dieper moeten kijken naar het hele scala aan mogelijkheden om eigen regie te voeren. Dus ook de zorgkaart, crisiskaart, zelfbindingsverklaring en het crisissignaleringsplan én de betrokkenheid bij het zorgplan. Deze instrumenten moeten beter op elkaar aansluiten en effectiever ingezet worden. Dit sluit ook aan op aanbeveling 50 uit deel 2, die wij bij dezen ook onderschrijven.

De informatie over het EPvA én de vraag wie daarbij kan en mag ondersteunen zou idealiter besproken moeten worden buiten een crisis om en goed vastgelegd. De ondersteuning hierbij moet adequaat zijn. De ondersteuning van het EPvA is nu niet goed geregeld. Dat komt omdat niemand hiervoor verantwoordelijk is. MIND pleit ervoor om partijen die ondersteuning kunnen bieden daarbij goed te faciliteren.

Mensen verdienen een tweede kans voor het opstellen van een EPvA, en zo nodig zelfs nog vaker. Wij zijn het dan ook eens met ideeën om de strakke procedurele binding met de voorbereidingsprocedure los te laten, en meer gelegenheid tot het maken van zo’n plan te scheppen gedurende het gehele traject van procedure en uitvoering van verplichte zorg. Dit zou meer overeenkomen met de geest van de wet, door bij te dragen aan het doel om zoveel mogelijk verplichte zorg te voorkomen. Bovendien biedt het (veel) meer kans van slagen als er meer gelegenheid is om een eigen plan op te stellen, specifiek nadat een betrokkene al bekend is geraakt met de zorg die men verplicht aan hem geeft (c.q. wil geven).

- **Aanbeveling 6: “Vereenvoudig de informatievoorziening aan patiënten, zowel waar het gaat om de inhoud als om de wettelijke vormgeving; zet meer in op informatieverstrekking door middel van persoonlijk contact op een moment dat de patiënt daarvoor openstaat. Voeg eraan toe dat een maximale inspanning moet worden geleverd om te vergewissen dat de betrokkene de informatie naar haar inhoud heeft begrepen (wetgever).”**

Ook voor deze aanbeveling geldt: het gaat enerzijds om de timing (zorg dat er informatie beschikbaar is vóórdat er een echte crisis is, bespreek dit met mensen met “crisisgevoelige aandoeningen”) en anderzijds om hoe en door wie. Informatie via persoonlijk contact zal in veel gevallen echt veel effectiever zijn dan welke flyer dan ook. De persoon die de informatie geeft doet ertoe. De schriftelijke informatie is noodzakelijk, maar is het sluitstuk. Het begint met persoonlijk contact en mondelinge uitleg.

De in het evaluatierapport benoemde complexiteit van de wet en het (wellicht als gevolg daarvan) gebrek aan kennis bij zorgprofessionals is in dit kader buitengewoon zorgelijk.

Volgens MIND moet de informatie over beslissingen die genomen zijn of die men voornemens is te nemen, verstrekt worden in een persoonlijke brief in heldere, eenvoudige en begrijpelijke taal, eventueel aangevuld met beelden zoals infographics en pictogrammen. En natuurlijk voorzien van mondelinge uitleg door zorgverantwoordelijke en teamleden bij de overhandiging. Ook moet de informatie per e-mail verzonden kunnen worden, indien betrokkene dit wenst.

- **Aanbeveling 7: Heroverweeg de wijze waarop het thema wils(on)bekwaamheid in de Wvvgz gestalte is gegeven (wetgever).**

MIND ondersteunt de aanbeveling tot heroverweging, maar maakt zich zorgen om het debat dat naar aanleiding van deze aanbeveling in het veld wordt gevoerd. Wij horen geluiden als dat wilsbekwaam verzet niet gehonoreerd zou hoeven te worden wanneer er enkel gevaar voor betrokkene zelf is. En vanuit een andere hoek is een ‘vereenvoudigings’-voorstel gedaan om wilsonbekwaamheid (impliciet) te laten volgen uit de beslissing van de rechter om een zorgmachtiging op te leggen.

Wij willen benadrukken dat vraagstukken van wils(on)bekwaamheid raken aan de kern van het zelfbeschikkingsrecht, en stellen ons op het standpunt dat wilsbekwaam verzet in beginsel gehonoreerd behoort te worden tenzij sprake is van gevaar voor een ander dan betrokkene zelf.

- **Aanbeveling 8: Splits art. 3:2 lid 2 onder a Wvvgz; geef het toedienen van medicatie een eigen plaats in de opsomming van mogelijke vormen van verplichte zorg (wetgever).**

Wij ondersteunen deze aanbeveling, en stellen ons (meer algemeen) op het standpunt dat méér specificatie van vormen van verplichte zorg gewenst is.

- **Aanbeveling 11: Draag ervoor zorg dat de beroepsgroep een multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz opstelt die zich niet beperkt tot ambulante verplichte zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen)**

EN

- **Aanbeveling 47: Beschrijf in een breed gedragen multidisciplinaire richtlijn als bedoeld in art. 8:5 Wvvgz hoe op een verantwoorde manier met de toepassing van verplichte zorg kan worden omgegaan, onder meer waar het gaat om de interpretatie van het begrip verzet en om een richtinggevend kader voor het wel of niet nemen van een art. 8:9 beslissing (veldpartijen)**

Wij onderschrijven deze aanbevelingen, en roepen op tot een goede borging van het juridisch perspectief bij het opstellen van deze richtlijn. Voorwaarde is ook dat deze richtlijn aansluit op de praktijk en dat ook praktijkkennis en ervaringskennis worden meegenomen in de bewijsvoering.

- **Aanbeveling 12: Wijzig de inhoud van art. 6:1 lid 4 Wvvggz van ‘aanwezig, tenzij’ in ‘afwezig, tenzij’ (wetgever).**

Met deze aanbeveling zijn wij het niet eens. Het OM is juist weer in de procedure teruggebracht (gedurende het wetgevingstraject) om de rechtsbescherming van betrokkene en de onafhankelijkheid van het rechterlijk besluit te borgen. Daarbij is nadrukkelijk geconstateerd dat een actieve houding van de OvJ gewenst was, in contrast met de doorgeefluik-achtige rol die het OM onder de Wet Bopz speelde. Ook speelt mee, dat afwezigheid van de OvJ op zitting alsnog behandelaars in een procureursrol plaatst, wat afbreuk doet aan de behandelrelatie.

Het is volgens ons de taak van de overheid om te zorgen dat het OM voldoende gefaciliteerd wordt om haar rol ook daadwerkelijk actief op te kunnen pakken.

Overigens heeft het onze voorkeur dat de taken van de OvJ –net als die van de geneesheer-directeur—in het kader van hoofdstuk 5, worden overgenomen door een onafhankelijke commissie, zoals betoogd in de laatste alinea’s van onze introductie. Zolang echter geen concrete plannen bestaan voor de terugkeer van deze commissies, staan wij een actieve rol van de OvJ voor.

- **Aanbeveling 15: “Schrap de in art. 7:1, lid 3 onder b Wvvggz opgenomen hoorplicht van de burgemeester (wetgever).”**

MIND is tegen het schrappen van de hoorplicht. Het horen moet wel gebeuren door een deskundige functionaris. Uit onderzoek is gebleken dat het daar nu heel vaak aan schort en de hoorplicht daardoor tot een ‘moetje’ is verworden. Daarnaast blijkt uit de wetsevaluatie dat slechts iets meer dan 40% van de betrokkenen gehoord wordt. Het oordeel van de verklarend psychiater of betrokkene gehoord kan worden, speelt hierbij een rol<sup>2</sup>. Hiermee heeft de burgemeester onvoldoende informatie en doet geen recht aan de rechtspositie van de cliënt<sup>3</sup>. Uitgangspunt voor MIND is dat iedereen kan gehoord worden, als dat maar goed gebeurt. Iemand kan altijd iets zeggen over zijn of haar eigen situatie. De betrokkene moet daartoe in staat worden gesteld: wat is er (met je) aan de hand? Zijn of haar visie moet naar voren komen, worden gecheckt en geverifieerd. De hoorfunctionaris zou met toestemming van de betrokkene bepaalde verhalen kunnen verifiëren bij naasten van betrokkene. Een mogelijk alternatief voor de hoorplicht zou kunnen zijn dat elke betrokkene het recht krijgt om een advocaat te spreken te krijgen, of de pvp, of een naaste naar eigen keuze. Deze actoren kunnen betrokkene helpen om de eigen visie op de situatie naar voren te brengen bij de burgemeester.

- **Aanbeveling 16: “Bepaal in de wet dat de gegevens over patiënten die met een crisismaatregel of zorgmachtiging te maken krijgen automatisch aan de pvp worden verstrekt (wetgever).”**

MIND onderschrijft deze aanbeveling. Met daarbij wel de volgende kanttekening: het is belangrijk om geen valse verwachtingen te scheppen. Het gaat jaarlijks om duizenden mensen die moeten worden bijgestaan. De pvp moet dan minimaal binnen 24 uur bij hen op de stoep kunnen staan. Er moeten voorwaarden worden geschapen zodat dit geen loze wetsbepaling wordt, zoals voldoende financiële capaciteit en bemensing bij de Stichting PVP. Als aan deze instapvoorwaarden niet voldaan kan worden, kan de Stichting PVP deze aanbeveling wellicht niet in de praktijk brengen. Dan moet er wat ons betreft op afroep van betrokkene of eveneens minstens binnen 24 uur een advocaat op de stoep staan.

Overigens vindt MIND dat ten tijde van het verkennend onderzoek betrokkene ook al toegang zou moeten hebben tot de pvp of een advocaat.

---

<sup>2</sup> Zie Wetsevaluatie deel 1, p. 121 en 181 e.v.

<sup>3</sup> <https://www.eur.nl/esl/nieuws/levert-de-huidige-invulling-van-de-hoorplicht-de-wvvggz-een-betere-rechtspositie-voor-betrokkenen-op>



- **Aanbevelingen 17, 18, 19**

Deze drie aanbevelingen hebben betrekking op het klachtrecht. MIND onderschrijft deze aanbevelingen.

- **Aanbeveling 20: “Neem in de wet op dat de zorgaanbieder jegens familie en naasten een informatieplicht heeft met betrekking tot de mogelijkheid een familievertrouwenspersoon in te schakelen (wetgever).”**

Deze aanbeveling is eigenlijk al in de wet geregeld. In Artikel 8:3 wordt de familievertrouwenspersoon (fvp) namelijk al genoemd en ook in de diverse bepalingen die de informatieplicht aan betrokkene, de vertegenwoordiger (en de advocaat) over de klachtwaardigheid van een beslissing en de mogelijkheid van advies en bijstand regelen, zoals art. 8:9, lid 3; art. 8:13, lid 3; 8:16, lid 5; 8:17, lid 6 en art. 8:18, lid 13 wordt de fvp expliciet genoemd. Aanbeveling 20 is volgens MIND daarmee overbodig.

In de wet zou wel al in een eerder stadium een informatieplicht moeten worden opgenomen over de mogelijkheid om een fvp in te schakelen, namelijk ten tijde van het verkennend onderzoek door het college van B&W, dus van gemeentewege; en ten tijde van de voorbereiding van een zorgmachtiging, door de geneesheer-directeur.

- **Aanbevelingen 45, 46, 48 en 55**

Deze aanbevelingen betreffen het toezicht op de uitvoering van verplichte zorg door de IGJ en de aanlevering van gegevens aan hen. Wij onderschrijven deze aanbevelingen, en zijn in het algemeen voorstander van de ontwikkeling van een eenduidige gegevensset (à la Argus) voor het aanleveren van gegevens aan de IGJ.

- **Aanbevelingen 49, 50 en 51**

Deze aanbevelingen betreffen de wensen en voorkeuren van cliënt, en vinden in het algemeen onze steun. Wel willen wij waarschuwen voor een mogelijk onjuiste interpretatie van aanbeveling 49, namelijk dat er eigen regie-instrumenten uit de Wvvgz zouden moeten verdwijnen.

Wij zien de Zorgkaart uit art. 5:12 als primair het instrument waarmee eigenlijk al voldaan wordt aan deze aanbeveling, want het vastleggen van de wensen en voorkeuren van cliënt is dé rol die de Zorgkaart vervult. Andere instrumenten zoals de zelfbindingsverklaring uit hoofdstuk 4 of het eigen plan van aanpak uit art. 5:5, hebben ieder hun eigen, onderscheidenlijke rol en zijn niet uitwisselbaar met de Zorgkaart noch met elkaar.

Wij pleiten nadrukkelijk voor handhaving van alledrie deze instrumenten. Wel moeten deze instrumenten (en overigens ook crisiskaart, crisissignaleringsplan en zorgplan) beter op elkaar aansluiten en effectiever ingezet worden. Ook zullen professionals er intensief geschoold op moeten blijven worden.

- **Aanbeveling 52: Voorzie in de wettelijke mogelijkheid dat de termijn voor het verkennend onderzoek langer kan zijn dan 14 dagen (wetgever)**

- **Aanbeveling 53: Verbeter met betrekking tot het verkennend onderzoek en het wederkerigheidsprincipe de informatiesystemen en creëer duidelijkheid over de vraag welke informatie alleen met toestemming van de patiënt mag worden uitgewisseld en welke ook zonder; bevorder dat het proces van het vragen van toestemming, indien nodig, tijdig in gang wordt gezet; verbeter zo nodig de juridische grondslag(en) voor gegevensuitwisseling tussen gemeente en GGZ (overheid, veldpartijen, zo nodig de wetgever)**

- **Aanbeveling 54: Formuleer het wederkerigheidsprincipe duidelijker als een inspanningsverplichting voor gemeenten en zorgaanbieders die door de rechter kan worden getoetst (wetgever)**

Wij zijn geen voorstander van aanbeveling 52. Integendeel zijn wij juist van mening dat het Verkennend Onderzoek maximaal 14 dagen mag duren en terug moet worden gebracht tot haar oorspronkelijke doel, en niet onderhevig moet zijn aan grote regionale verschillen in hoe het wordt uitgevoerd.

Het doel van het Verkennend Onderzoek is primair om het College van B&W te laten bezien of een door een burger gedane melding op het eerste gezicht niet onterecht is, en de voorbereiding van een zorgmachtiging (inclusief onafhankelijk medisch onderzoek) redelijkerwijze gerechtvaardigd mag worden geacht. We zien echter dat de uitvoering van het VO in verschillende gemeenten verschillend wordt ingevuld. In sommige gemeenten worden (delen van) het VO uitgevoerd door werknemers van een ggz-zorgaanbieder die voor die taak bij de gemeente zijn gedetacheerd. Hierdoor lijkt deze constructie gebruikt te worden om zelfs al tijdens het VO vanuit die zorgaanbieder een zorgaanbod aan de betrokkene te doen (teneinde mogelijkheden voor vrijwillige zorg te onderzoeken).

Echter, dergelijke praktijk is niet in overeenstemming met het doel van het VO (het informeren van het College van B&W), en gaat voorbij aan het gegeven dat de informatie die bij het VO verzameld wordt niet onder het beroepsgeheim van de WGBO valt<sup>4</sup>.

Ook aanbeveling 53 begeeft zich naar onze mening op glad ijs, omdat zelfs het toestemming vragen informatie te delen geen onderdeel uitmaakt van het doel van het VO, van het doel waarvoor de bevoegdheid is verleend om de informatie überhaupt te verzamelen.

Wij hechten eraan dat het VO landelijk wordt teruggebracht tot haar oorspronkelijke doelstelling, en dat nader medisch onderzoek uitblijft totdat daadwerkelijk besloten is een zorgmachtiging te gaan voorbereiden (ex art. 5:3) en dat dit onder het beroepsgeheim valt.

Wij zien voordelen in de gedane aanbeveling om (betere) wettelijke grondslagen voor informatiedeling te scheppen, met name waar dat binnen de gemeentelijke organisatie kan leiden tot inzet om de maatschappelijke voorwaarden voor herstel te borgen en het wederkerigheidsbeginsel te kunnen waarmaken.

=====

In het vervolg van deze bijlage willen wij graag nog een aantal aanvullende aandachtspunten bespreken.

- **In hun brief van 15 april 2022<sup>5</sup> suggereren deNLGgz en de NVvP dat de vereiste van een separaat legitimatiebesluit en uitvoeringsbesluit een (ongewenste) administratieve dubbelling zou inhouden** (Zie ook vanaf pagina 12 overige opmerkingen van MIND bij deze brief)

MIND kan hier kort over zijn en benadrukken: dit is géén dubbelling en deze besluiten kunnen niet worden samengevoegd.

Het uitvoeringsbesluit (ex art 8:9 Wvvgz) is nadrukkelijk iets anders dan het legitimatiebesluit dat volgens hoofdstuk 5 van de Wvvgz genomen wordt; het legitimatiebesluit (de machtiging) wordt verstrekt aan de

---

<sup>4</sup> zie het factsheet dat de VNG hierover uitgaf, pag 1: [https://vng.nl/sites/default/files/2020-12/verkennd-onderzoek-inzage\\_20201113.pdf](https://vng.nl/sites/default/files/2020-12/verkennd-onderzoek-inzage_20201113.pdf)

<sup>5</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 2 bovenaan





uitvoerder van de verplichte zorg, het uitvoeringsbesluit artikel 8:9 wordt genomen door de uitvoerder van verplichte zorg.

Het is dus geen dubbeling; dit is een vanuit de mensenrechten noodzakelijke tweetrapsraket die de onafhankelijkheid van beide besluiten moet waarborgen, omdat het om een ernstige ingreep in iemands grondrechten gaat. Indien in de praktijk de uitvoerders van dwang artikel 8:9 als een "dubbeling" ervaren ten opzichte van het legitimatiebesluit, dan kan dit enkel betekenen dat het legitimatiebesluit aan diezelfde uitvoerders eerder niet voldoende onafhankelijk (van henzelf) tot stand kwam en dat de uitvoerders onvoldoende kennis hebben van de wet.

Daarom moet artikel 8:9 als zelfstandig besluit door de uitvoerder van dwang overeind blijven staan, het is de kern van de rechtsbescherming van de betrokkene.

- **Ambulante verplichte zorg en aandachtspunt van fouilleren**

MIND is er voorstander van dat betrokkene zelf zijn wensen en voorkeuren uit kan spreken over elke vorm van verplichte zorg, ook ambulante; en wil daarom niets uitsluiten bij ambulante verplichte zorg. De bedoeling is om mensen alle mogelijke keuzes te geven.

Wat betreft de vormen 'onderzoek aan kleding of lichaam' (fouilleren) en 'onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen': de rechter moet in de zorgmachtiging (ZM) bepalen of het in de ambulante setting (de eigen woning of een RIBW-locatie die NIET geregistreerd is als Wvggz-accommodatie) is toegestaan om te fouilleren of de woonruimte te onderzoeken en dit ook toelichten. Uiteraard moet de rechter tijdens de zitting hierover ook betrokkene en diens advocaat horen.

Ook in de crisismaatregel (CM) moet deze mogelijkheid al genoemd zijn. Als deze vormen niet in de ZM of de CM staan vermeld, kunnen zij hooguit worden toegepast als noodmiddel, in noodsituaties, op grond van de artikelen 8:11 t/m 8:13.

MIND zou willen weten hoe vaak deze vormen van verplichte zorg überhaupt voorkomen in de praktijk en zo ja, hoe dikwijls en door wie toegepast. MIND wil hier graag nader onderzoek naar.

- **Verplichte zorg vanwege wachtlijsten en personeelstekort**

Hoe vaak komt het voor dat verplichte zorg wordt toegepast vanwege personeelstekort, waardoor benodigde vrijwillige zorg niet (tijdig) geboden kan worden? En hoe hangt dit samen met de wachtlijsten in de ggz? MIND wil hier onderzoek naar.

- **Rechten van kinderen**

MIND vraagt specifiek aandacht voor de rechten van kinderen en jeugdigen. In deze eerste wetsevaluatie is geen onderzoek gedaan naar hun positie. De wet zelf bepaalt als algemeen uitgangspunt in art. 2:1, lid 9, dat bij de voorbereiding, afgifte, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen zo nodig aanvullende zorgvuldigheidseisen moeten worden gesteld. Ook moeten de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op de lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de betrokkene, alsook de deelname aan het maatschappelijk leven, worden betrokken bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid. Indien mogelijk moeten deze effecten worden besproken met terzake deskundigen.



MIND wil graag weten hoe dit uitgangspunt in de praktijk gestalte krijgt. Komen de rechten van kinderen en jeugdigen in het gedrang bij toepassing van verplichte zorg? In hoeverre sluiten het Burgerlijk Wetboek, de Jeugdwet en de Wvvgz hier op elkaar aan?

- **De positie van familie en andere naasten**

Een belangrijke plek waar de druk van de nieuwe wet gevoeld werd is de omgeving van de cliënt. Bij een verplichte ambulante behandeling zouden zij juist vaak de belangrijkste steunpilaar zijn en blijven in de opvang en het herstel van de betrokkene. Er zijn maatregelen en garanties nodig om ervoor te zorgen dat de naasten die rol ook kunnen spelen en er niet vervolgens zélf aan onderdoor zullen gaan. Als die groep niet wordt gefaciliteerd worden de drama's groter in plaats van kleiner.

De betrokkene moet de vrije keuze hebben om zelf uit zijn of haar naasten personen aan te wijzen die betrokken worden bij de (verplichte) zorg. Overigens kan betrokkene ook een van de naasten schriftelijk machtigen om op te treden als zijn of haar vertegenwoordiger, voor het geval hij of zij zelf niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn of haar belangen ter zake van de uitoefening van zijn of haar rechten en plichten op grond van de wet.

Als de naaste wordt betrokken dan voegt dat veel waarde toe. Naaste kan perspectief bieden en informatie aanleveren waar een behandelaar iets mee kan, zonder op de stoel van de behandelaar te gaan zitten. Naasten zijn ook mensen op wie de patiënt altijd terug kan vallen, terwijl behandelaren steeds wisselen. Echter, naasten niet als vanzelfsprekend betrekken is 'eigen' aan de huidige cultuur in de Ggz, ondanks het bestaan van de Generieke Module 'Naasten' en familiebeleid dat veel instellingen zeggen te voeren.

- *De betrokkenheid van naasten moet en kan beter*

De wet is duidelijk over het betrekken van naasten, maar in de praktijk worden naasten vaak niet goed of helemaal niet betrokken; zelfs als zij aangesteld zijn als vertegenwoordiger. Families weten soms niet eens waar de patiënt is of worden buiten spel gezet. Dit komt ook doordat professionals aannemen dat zij vanwege privacywetgeving geen informatie mogen delen terwijl de wet daar wel ruimte voor biedt en dit wel in belang van betrokkene is.

Zie ook het artikel over curatoren en bewindvoerders die worden aangesteld door de instelling om lastige familie buiten spel te zetten<sup>6</sup>.

Hulpverleners hebben het idee dat ze er zijn voor de cliënt en niet voor de naasten. Bij sommige instellingen wordt familie beter betrokken, maar vaak alleen op de standaard momenten. In crisissituaties is vaak het laatste wat op komt om de familie te betrekken, terwijl dat juist cruciale momenten zijn om het wel te doen.

Mogelijke oplossingsrichtingen:

- Familie meer betrekken en niet alleen op geijkte momenten, maar ook in crisis;
- Medewerkers bij de zorgaanbieder 'aanwijzen' die speciaal gericht zijn op het betrekken van familie;
- Duidelijke informatie verstrekken aan familie over wat hun rechten zijn en waarover zij verplicht geïnformeerd moeten worden;

---

<sup>6</sup> <https://www.groene.nl/artikel/die-man-kent-onze-zoon-helemaal-niet>



- Implementeer de Generieke Module Naasten;
- Naasten hebben ook doorzettingsmacht, maar die wordt nog weinig gebruikt; de informatie en ondersteuning hieromtrent zou moeten verbeteren.

- *Informatie aan familie en naasten*

Onder het mom van privacy geven ggz-instellingen nog te vaak geen of beperkt informatie. Zij gaan daarmee rechtstreeks in tegen de generieke module Naasten en de bijbehorende werkkaart over Samenwerken en privacy zoals die door de gezamenlijke beroepsgroepen is vastgesteld.

De generieke module maakt een onderscheid tussen samenwerken met en ondersteuning van naasten, ook als het gaat om de informatie die wordt verstrekt. In alle fases moet bij iedereen duidelijk zijn waar ze de familie en naasten heen kunnen verwijzen voor meer informatie en ondersteuning. De informatie kan verstrekt worden door de gemeente (na een melding zoals bedoeld in artikel 5:1 en 5:2 Wvvgz), huisarts of POH GGZ en uiteraard door organisaties van familieleden en naasten. Ook het internet is een belangrijke plek hiervoor.

Naasten zouden ook de brieven moeten ontvangen. Brieven worden nu alleen naar patiënten gestuurd, terwijl naasten hier juist ook veel aan kunnen hebben. In een crisissituatie kan een betrokkene de brief laten liggen, maar kunnen naasten deze informatie wel verwerken.

Belangrijk is het betrekken van naasten bij de overgang naar een andere instelling. Indien betrokkene verhuist naar andere instelling gaat de overdracht niet altijd goed en start de instelling deels van vooraf aan. Juist hier kunnen naasten een belangrijke rol spelen en informatie overdragen.

Naasten worden niet altijd op tijd geïnformeerd bij het beëindigen van verplichte zorg. Dikwijls zijn de essentiële voorwaarden niet op orde, is er bijvoorbeeld geen huisvesting geregeld. Dit moet de familie dan zelf doen.

- *Instrumenten eigen regie en de naasten*

De huidige instrumenten (zorgkaart, crisiskaart, signaleringsplan, plan van aanpak) zijn nuttig, maar naasten worden weinig bij de inzet betrokken. Naasten kunnen een grotere rol bij alle instrumenten hebben.

Sommige instellingen werken met de behandelvorm “(peer supported) open dialogue”, waarbij het een onderdeel is dat naasten worden betrokken. Dit kan goed werken, ook bij de inzet van de genoemde instrumenten.

- *Ondersteuning familievertouwenspersoon (fvp)*

De fvp wordt niet voldoende actief onder de aandacht gebracht. Het ligt aan verschillende factoren of je als naaste wel of niet van de fvp hoort en het verschilt ook erg per instelling.

De fvp heeft een wettelijke taak als er verplichte zorg is, maar in de fase daarvoor hebben naasten vaak al een fvp nodig. Het zou goed zijn dat de fvp al vanaf melding bij de gemeente betrokken is en de familie wegwijs kan maken in het (juridische) proces.

MIND hecht grote waarde aan de ondersteuning door de fvp. Wij hebben echter signalen ontvangen dat de landelijke organisatie -de LSFVP- onder druk staat. Wij dringen erop aan dat de LSFVP in staat wordt gesteld haar taak goed uit te voeren. Voorkomen moet worden dat opgebouwde kennis, ervaring en netwerk afkalft of zelfs verloren gaat.



- **Ernstig nadeel**

MIND blijft zich zorgen maken over de verlaging van de drempel tot verplichte ggz. In 2017 schreven wij het volgende hierover:

*“De wetgever heeft gekozen voor het criterium ‘ernstig nadeel’. Dit gebeurde in het licht van de harmonisatie met de Wet zorg en dwang waarin dit begrip al is opgenomen. In het oorspronkelijke voorstel betrof het nog het criterium ‘schade’. In de toelichting van de wet staat beschreven dat met de term ‘ernstig nadeel’ geen materiële uitbreiding is beoogd ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel. Evenmin is een materiële uitbreiding beoogd ten opzichte van de toepassing van het huidige gevaarcriterium onder de Wet Bopz.*

*Wij zijn er evenwel niet van overtuigd dat door de harmonisatie van deze terminologie geen uitbreiding plaatsvindt. ‘Schade’ en ‘nadeel’ zijn geen uitwisselbare termen, maar dekken ieder een andere lading. Er is doorgaans eerder sprake van nadeel dan van schade. Immers, onder de Wet zorg en dwang werd juist wél beoogd om met het nadeelcriterium op diverse punten een expliciete uitbreiding van de toepassing van het gevaarcriterium uit de Wet Bopz te bereiken. De begrippen van de Wet zorg en dwang die gebruikt werden om deze uitbreidingen te verwoorden, zijn nu ook in de Wvvgz opgenomen in de definitie van ernstig nadeel. In het onlangs geratificeerd VN-verdrag over de rechten van mensen met een beperking staat beschreven dat het discriminerend is als iemand zijn vrijheid wordt ontnomen op basis van een ziekte of handicap. Dit blijft ook discriminerend in combinatie met aanvullende voorwaarden zoals een gevaarscriterium. Immers, ook mét dergelijke aanvullende voorwaarden geschiedt de dwang niet ‘op gelijke voet met anderen’, zoals het verdrag uitdrukkelijk vereist. In het licht van dit verdrag is het introduceren van een begrip met een bredere interpretatie, zoals de term ‘nadeel’, dan ook volkomen onbegrijpelijk.”*

Voorstel van het LPGGz indertijd: vervang de term ‘nadeel’ in artikel 3.3 en in artikel 3.4, lid b. (en vervolgens in de rest van het wetsvoorstel) door de term ‘schade’.

Anno 2022 pleiten wij hier nog steeds voor, en dan bedoelen wij de precieze formulering van het criterium in het eerste wetsvoorstel: ‘aanzienlijk risico op ernstige schade’. Deze formulering is meer in lijn met het bovengenoemde VN-verdrag en met internationale wetgeving, en leidt minder tot onnodige verwarring bij cliënten en hun naasten.

Wij krijgen zelfs signalen dat bij het opleggen van crisismaatregelen het belang van de openbare orde prevaleert gezien wordt als ernstig nadeel. Wij bepleiten op zeer korte termijn onderzoek hiernaar.

- **De Stichting PVP bepleit om bij wettelijk uitvoeringsbesluit “modelhuisregels” vast te stellen, zoals ook was voorzien in het oorspronkelijke wetsvoorstel Wvvgz<sup>7</sup>.**

Wij ondersteunen deze oproep van de Stichting PVP van harte.

- **Samenloop met forensische zorg en vermenging met het strafrecht**

In haar brief<sup>8</sup> bepleit de Stichting PVP ook om nog eens goed te kijken naar de samenloop met de forensische zorg en ongewenste samenplaatsing van forensische en niet-forensische cliënten.

MIND sluit zich geheel aan bij de constatering dat “[het] plaatsen van forensische patiënten in ggz-accommodaties en het plaatsen van Wvvgz-cliënten in tbs-klinieken [...] problemen [oplevert], zowel principieel (justitiesectoren en zorgsectoren zouden niet op deze wijze onderling gemengd moeten worden) als praktisch (betrokkenen ervaren hiermee problemen waaronder stigma en zelfstigma).”

---

<sup>7</sup> Brief Stichting PVP dd 19 januari 2022, pag 2

<https://www.pvp.nl/PVPWebsite/media/PVPWebsite/beleid%20en%20jaarverslag/2022018-reactie-wetsevaluatie.docx>

<sup>8</sup> idem, pag 2



Ook ondersteunt MIND het pleidooi in dezelfde brief<sup>9</sup> om de pvp verbeterde toegang tot penitentiaire inrichtingen te verlenen; ook aldaar verblijvende cliënten hebben recht op ondersteuning van de pvp.

- **Onafhankelijkheid psychiater t.b.v. opstellen Medische verklaring (art 5:7 sub d Wvvgz)**

In hun brief d.d. 15 april 2022 schrijven deNLGgz en de NVvP<sup>10</sup>:

*“I.p.v. het huidige artikel 5:7 sub d, meer discretionaire bevoegdheid t.b.v. de psychiater om de eigen onafhankelijkheid vast te stellen. De regel dat de psychiater minimaal een jaar geen zorg mag hebben verleend aan betrokkene, is in bepaalde situaties niet goed uitvoerbaar. Het onafhankelijkheidscriterium zou op dezelfde manier vormgegeven kunnen worden als onder de Wet Bopz.”*

#### Reactie MIND

Ter toelichting op dit voorstel wordt verwezen naar de conclusie van Procureur Generaal (PG) Langemeijer van 17 september 2013 en een uitspraak van de HR van 5 juni 2020.

MIND ziet in deze conclusie en in deze uitspraak geen aanleiding om de psychiater zelf te laten beslissen over zijn of haar eigen onafhankelijkheid. Onder de Wet Bopz gold dat de onafhankelijk psychiater niet betrokken mocht zijn bij de behandeling van de betrokkene en blijkens het model voor de geneeskundige verklaring was daar een termijn van een jaar aan gekoppeld. De Hoge Raad nam in verschillende uitspraken over dit onderwerp die termijn als vuistregel, maar achtte ook de duur en de intensiteit van het behandelcontact van belang voor de beoordeling van de onafhankelijkheid. De Wvvgz heeft van die ‘vuistregel’ een wettelijke bepaling gemaakt, die de Hoge Raad in zijn uitspraak van 5 juni 2020 wel erg letterlijk heeft opgevat.

Voor MIND is het niet acceptabel om in de wet vast te leggen dat de onafhankelijk psychiater zelf mag oordelen over de eigen onafhankelijkheid.

MIND vindt het wel van belang dat deze regel uitvoerbaar is. MIND vindt het daarom acceptabel en zelfs wenselijk dat de wettekst zodanig wordt aangepast, dat de regel weer een vuistregel wordt. Zodat expliciet bepaald wordt dat de psychiater gedurende een jaar niet als (mede-)behandelaar betrokken mag zijn geweest bij de zorg aan betrokkene, en dat hierbij ook de duur en de intensiteit van de betrokkenheid een belangrijke rol dient te spelen.

- **Rol van de GD - Delegeren van taken**

Voorstel NVvP/deNLggz<sup>11</sup>:

*“Ergens in de wet of toelichting opnemen dat taken mogen worden gedelegeerd of gemandateerd. Beide gebeurt nu ook al, maar een wettelijke basis hiervoor is wenselijk.*

*Bijv. het overleg tussen een zorgverantwoordelijke, niet zijnde een psychiater, met de GD (art. 8:9). Indien je als zorgverantwoordelijke geen psychiater bent, dien je te overleggen en overeenstemming te bereiken met de GD, alvorens je beslist tot verlenen van verplichte zorg. Dit is een onnodige stap en hierin wordt de aanwezige (afdelings-)psychiater overgeslagen. De GD toetst te allen tijde de verplichte zorg en heeft ook al zijn bevindingen genoteerd bij de aanvraag van verplichte zorg, die door de rechter is toegekend. Dit overleg zou tussen zorgverantwoordelijke en team-psychiater moeten kunnen plaatsvinden.”*

---

<sup>9</sup> idem, pag 2-3

<sup>10</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 4

<sup>11</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 6



### Reactie MIND

Dit is een vraagpunt voor MIND: is het een goed idee dat de GD de aanzegbrief/het besluit 8:9 verstrekt, of mag de GD die taak ook delegeren naar de zorgverantwoordelijke? Wat vinden cliënten hier zelf van? Zorgt het feit dat de brief afkomstig is van de GD, voor meer vertrouwen, of werkt het juist vervreemdend?

De zorgverantwoordelijke kan best het besluit overhandigen namens de GD, maar ook mondeling toelichten. Overleg met de teampsychiater als de zorgverantwoordelijke zelf geen psychiater is, garandeert volgens MIND voldoende de kwaliteit van zorg en eenheid van beleid.

- **Voorwaarden aan zorgplan bij ambulante verplichte zorg**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>12</sup>:

*“Op grond van artikel 2:2 van het Besluit Wvvggz is de zorgverantwoordelijke verplicht om voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan met ten minste één andere deskundige (en zo nodig deskundigen van andere disciplines) te overleggen over o.a. de wijze waarop bij ambulante verplichte zorg toezicht op de veiligheid van betrokkene wordt gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van uitvoering van de verplichte zorg aanwezig moet zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en de positie van familieleden en naasten. In het eerste evaluatierapport staat: “de rechtspraak blijkt tot nu toe weinig consistent over wat de gevolgen van het niet-vastleggen van deze voorwaarden in het zorgplan moeten zijn. Plomp betwijfelt de toegevoegde waarde en pleit voor het schrappen: in de praktijk dient op het moment van toepassing van verplichte zorg altijd te worden beoordeeld welke maatregelen nodig zijn om de veiligheid van betrokkene en/of anderen te garanderen.”*

### Voorstel NVvP/deNLGgz

*Eens met het schrappen van deze voorwaarden. De procedure zorgmachtiging klinisch/ambulant moet gelijk worden getrokken.*

### Reactie MIND

Het probleem van dit niet tevoren vast te leggen (ook als niet in het zorgplan, dan toch op het moment zelf maar wél vóór de interventie), is dat als het toch misgaat achteraf nooit meer objectief valt vast te stellen wie er besloot dat de veiligheidsmaatregelen voldoende dekkend waren, noch tot welke veiligheidsmaatregelen men besloten had. Dat niet kunnen achterhalen kan een groot probleem worden. Want als we niet weten tot welke veiligheidsmaatregelen tevoren was besloten en door wie, kunnen we ook niet constateren of men zich daar ook aan gehouden heeft.

Op die manier komt de schuld voor een escalatie altijd per definitie bij de betrokkene te liggen, en wordt effectief toezicht op de uitvoerders feitelijk onmogelijk.

MIND zou samen met de NVvP en deNLGgz willen onderzoeken wat precies geschrapt kan worden en wat misschien wel moet worden toegevoegd om zorgvuldigheid in de ambulante setting te waarborgen. MIND pleit er voor om in ambulante situaties extra voorwaarden te regelen, omdat de veiligheid van de klinische setting ontbreekt.

- **Uitvoering: onderdeel ‘opnemen in accommodatie’ (art 3:2 lid j Wvvggz)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>13</sup>:

*“De verplichte zorgvorm ‘opnemen in accommodatie’ zorgt ervoor dat de patiënt kan worden opgenomen als hij/zij zich daartegen verzet. Er zal in deze altijd gekozen worden voor de meest geschikte opnameplek. In de*

---

<sup>12</sup> idem, pag 8

<sup>13</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 9



*praktijk dien je, als dit een gesloten afdeling betreft, ook de verplichte zorgvorm 'beperken van bewegingsvrijheid' toe te passen, omdat opname in een accommodatie niets over de mate van beperking zou zeggen. De meeste afdelingen binnen de ggz zijn gesloten opnameplekken en deze twee vormen van verplichte zorg geven een vertekend beeld in de verplichte zorg cijfers."*

#### Voorstel NVvP/deNLGgz

*In de aanvraag van verplichte zorg (crisismaatregel, voortgezette crisismaatregel of zorgmachtiging) moet worden gemotiveerd wanneer en waarom opnemen in accommodatie nodig kan zijn. Ervan uitgaande dat de meest geschikte plek gezocht wordt, die aansluit bij de problematiek, hoeft beperken van bewegingsvrijheid (om te kunnen plaatsen op een gesloten afdeling) er niet automatisch bij te worden aangevraagd. Dit is namelijk een vertekening van de verplichte zorg cijfers en extra administratieve last. Het beperken van de bewegingsvrijheid op een gesloten afdeling is automatisch onderdeel van de verplichte zorg 'opname in een accommodatie'.*

#### Reactie MIND

MIND vindt dat het beperken van de bewegingsvrijheid op een gesloten afdeling geen automatisch onderdeel van de verplichte zorgvorm 'opname in een accommodatie' mag zijn. Dit zou ons terugwerpen naar de tijd van de Krankzinnigenwet. In de Wet Bopz was immers al geregeld dat de onvrijwillig opgenomen patiënt het recht had om zich vrij in en rond het psychiatrisch ziekenhuis te bewegen, tenzij voldaan was aan een van de criteria van artikel 40 om dat recht in te perken.

Wat ons betreft moet het beperken van de bewegingsvrijheid als vorm van verplichte zorg dus altijd apart worden aangevraagd, en door de rechter worden gewogen en toegekend of afgewezen. Het is nogal een verschil of je wordt opgenomen op een accommodatie waarbij je de afdeling vrijelijk kunt verlaten (ook al is die gesloten; dan kun je eruit gelaten worden) of waarbij je de afdeling niet mag verlaten.

- **Beoordeling t.b.v. de medische verklaring (art 5:8 Wvvgz)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>14</sup>:

*"In een uitspraak van de Hoge Raad d.d. 25 september 2020 (ECLI:NL:HR:2020:1509) staat dat de psychiater het medische onderzoek t.b.v. de medische verklaring Wvvgz in direct contact met de betrokkene moet verrichten, dat wil zeggen dat hij de betrokkene in diens fysieke aanwezigheid, spreekt en observeert. De ervaring van de afgelopen twee jaar heeft aangetoond dat hybride beoordelingen een goed alternatief bieden. Bij deze beoordelingen is een spv en arts-assistent op locatie bij betrokkene aanwezig en de psychiater spreekt betrokkene via een beeldbelverbinding. Het onderzoek en de medische verklaring zijn kwalitatief gelijkwaardig. Door patiënten wordt deze manier van beoordelen ook als heel prettig ervaren; één van de voordelen is dat de soms lange wachttijd wegvalt. "*

#### Voorstel NVvP/deNLGgz

*Neem in de wet op dat de beoordeling t.b.v. de medische verklaring ook onder bepaalde voorwaarden via beeldbelverbinding kan worden gedaan. De NVvP werkt momenteel aan een standpunt hierover.*

#### Reactie MIND

MIND vindt dit een slecht voorstel en is hiertegen. Je moet voor de beoordeling ten behoeve van een ingrijpende beslissing in het leven van een ander, namelijk die ander in zijn of haar vrijheid beperken of diens vrijheid benemen, werkelijk contact maken met de betrokkene: 'face to face'. Wij krijgen signalen dat psychiaters zelf een beeldbel-verbinding niet voldoende vinden voor zo'n beoordeling, zelfs niet als een spv en arts-assistent wel ter plekke zijn.

---

<sup>14</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 10



- **Overleg met betrokkene (art 8:9 Wvggz)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>15</sup>:

*“Zorgverantwoordelijke moet met betrokkene overleg voeren over de voorgenomen beslissing tot het verlenen van verplichte zorg. Het is niet duidelijk of en door wie deze taak kan worden waargenomen bij noodsituaties waarbij de zorgverantwoordelijke niet aanwezig is. Dit is wel onderdeel van de werkafspraken, maar leidt in de praktijk tot onduidelijkheid. “*

Voorstel NVvP/deNLGgz

*Het overleg met betrokkene ihkv art. 8:9 moet bij nood i.c.m. afwezigheid van de zorgverantwoordelijke ook door de verpleging kunnen worden gevoerd. Uiteraard wordt de zorgverantwoordelijke zo snel mogelijk geïnformeerd. Dit is al onderdeel van de werkafspraken tussen ketenpartners, maar het is wenselijk om dit in de wet op te nemen.*

Reactie MIND

Artikel 8:9 gaat niet over noodsituaties, maar over een regulier besluit. MIND kan zich de geschetste situatie zeker voorstellen en is het daarom eens met dit voorstel. MIND wil daar wel voorwaarden aan verbinden wat betreft de kwaliteit van de verslaglegging (van het geprek) aan de zorgverantwoordelijke en in het EPD. MIND vraagt aandacht voor artikel 8:11, dat specifiek gaat over noodsituaties. Het is de vraag of een verpleegkundig afdelingshoofd hier ook niet een rol in zou moeten spelen, zoals onder de Wet Bopz was geregeld. Het lijkt namelijk zeer onlogisch en onwerkbaar dat in zo'n situatie (ook in de avond en in het weekend) alleen de zorgverantwoordelijke kan beslissen tot actie.

- **Klachtrecht: klachtgronden en schadevergoeding (artikel 10:3 en artikel 10:11, lid 1 Wvggz)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>16</sup>:

*“De klacht- en beroepsmogelijkheid van de patiënt is in de Wvggz vervienvoudigd ten opzichte van de BOPZ. Deze is bedoeld om de rechtpositie van de patiënt te verbeteren. In de basis is dat een goed streven, maar nu schiet dat in onze ogen zijn doel voorbij. De procedures vragen veel tijd en doordat de klachtencommissie beslissingen kan schorsen, kunnen ze vertraging in de behandeling opleveren. Dat is zeker gezien de legitimatie vooraf een zware stap. De mogelijkheid om bij de klachtencommissie een schadevergoeding te vragen (art. 10:11) kan een aanzuigende werking hebben en zou pas als er sprake is van een gegronde klacht, apart verzocht moeten worden. “*

Voorstel NVvP/deNLGgz, in volgorde van voorkeur:

*Optie 1: Schadevergoedingen uit de Wvggz schrappen. Een letselschade-advocaat kan bij daadwerkelijk opgelopen schade altijd een schadeverzoek indienen. Het recht op schadevergoeding maakt onderdeel uit van de algemene wetgeving, zoals het Burgerlijk Wetboek (WGB0) en de Wkkgz. Dit hoeft dan niet nog eens in deze bijzondere wetgeving, de Wvggz opgenomen te zijn.*

*Optie 2: Inhoudelijke klacht en verzoek schadevergoeding splitsen.*

*Optie 3: Klachtgronden beperken. O.i. is het meest relevant: is er een terechte beslissing tot verlenen van verplichte zorg genomen? Bij vereenvoudiging van de wet zullen naar verwachting bepaalde klachtgronden al vervallen.*

---

<sup>15</sup> idem, pag 10

<sup>16</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 11





### Reactie MIND

MIND is het met geen van deze opties eens. Het recht om tegelijkertijd met het indienen van een klacht ook schadevergoeding te vragen (bij gegrondverklaring van de klacht of van een klachtonderdeel) betekent een versterking van de rechtspositie van betrokkenen, omdat zij nu niet meer een aparte procedure bij de rechtbank hoeven te starten in geval van een gegrond verklaarde klacht. Ook is het juist een verrijking dat betrokkenen over meer beslissingen dan de vijf klachtgronden van de Wet Bopz kunnen klagen.

Wij stellen juist nog een extra klachtgrond voor, namelijk over het toepassen van zorg die met behulp van drang of assertieve zorg verleend wordt onder het mom van vrijwillige zorg, zonder formeel besluit ex art. 8:9, maar die betrokkene zelf wel degelijk ervaart als verplichte zorg. Zonder formeel besluit kan betrokkene daar nu geen Wvvggz-klacht over indienen. Dat zou volgens MIND wel mogelijk moeten zijn. Inclusief het indienen van het uitblijven van een dergelijk besluit.

- **Opschortende werking van de schorsingsbevoegdheid van klachtencommissies (art 10:5, lid 1 Wvvggz)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>17</sup>:

*“Legitimatie van verschillende vormen van verplichte zorg ligt in het besluit van de rechter. Opschortende werking van klachtencommissie past daar niet bij en doorkruist noodzakelijke behandeling in bepaalde gevallen.”*

### Voorstel NVvP/deNLGgz

*Opschorten moet alleen van toepassing zijn wanneer de behandeling uitstel kan verdragen. Dit zal bijvoorbeeld het geval zijn bij depotmedicatie en ECT-behandeling.*

### Reactie MIND

De opschortende werking vanwege de schorsingsbevoegdheid bestond ook al onder de Wet Bopz. De schorsingsbevoegdheid van de klachtencommissies (en ook van de rechter) was op dezelfde wijze als in de Wvvggz geregeld en in de praktijk gingen de klachtencommissies daarmee al om zoals de NVvP en deNLGgz voorstellen.

De klachtencommissie mag deskundig geacht worden om een weloverwogen beslissing te nemen op een schorsingsverzoek en zal altijd vooraf de zorgverantwoordelijke en/of de GD hierover spreken. Dus dit punt behoeft zeker geen wetswijziging: MIND wil de schorsingsbevoegdheid van de klachtencommissie onverkort behouden.

- **Taken patiëntenvertrouwenspersoon (11:1 lid 3a)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>18</sup>:

*“De patiëntvertrouwenspersoon (pvp) heeft een soort toezichthoudende rol gekregen via de expliciete taak om tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg te melden. Dit is geen eigenlijke rol voor de PVP en het geeft een ongewenste vermenging van taken.”*

### Voorstel NVvP/deNLGgz

*Schrappen als expliciete taak. Iedereen heeft immers de mogelijkheid om te melden.*

---

<sup>17</sup> idem, pag 11

<sup>18</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 11



### Reactie MIND

Deze signalerende taak heeft de pvp al sinds 1981 en is nu gecodificeerd in deze wet. Die belangrijke taak wil MIND zeker niet schrappen uit de wet. De brancheorganisaties misinterpreteren in deze brief de rol van de pvp. Er is geen sprake van ongewenste vermenging van zaken; dit soort meldplicht past volledig in de rol van vertrouwenspersoon die een pvp behoort te hebben. Vergelijkbare meldplichten bestaan voor vertrouwenspersonen in allerlei instituties, in een veelheid van verschillende landen en rechtssystemen. Wij zijn daarom met de Stichting PVP van harte eens dat deze taak zeker niet geschrapt moet worden<sup>19</sup>.

- **Registratie verplichte zorg (art 8:24 Wvvgz)**

deNLGgz en de NVvP schrijven <sup>20</sup>:

*“Registratievereisten verplichte zorg zijn beperkt haalbaar. Toezicht is te veel gefocust op kwantitatieve gegevens i.p.v. op kwalitatieve gegevens. Eenduidigheid van cijfers is waarschijnlijk een utopie, terwijl daar veel van verwacht wordt en het heel veel inspanning vraagt. Doordat de verantwoording van toepassing van verplichte zorg te gedetailleerd en te complex is, is deze niet bruikbaar als spiegelinformatie en is het moeilijk op basis van deze informatie te leren en te verbeteren.”*

### Voorstel NVvP/deNLGgz

*Weglaten uit de wet. Kaders voor toezicht opnemen in een toetsingskader IGJ. Processen moeten op orde zijn. Deze wettelijke verplichting voegt weinig toe. Inspectie en instellingen moeten los van de wet een eigen toetsingswijze bedenken, gericht op verbetering.*

### Reactie MIND

MIND is het hier niet mee eens, het gaat hier om essentiële stuurinformatie om preventiebeleid van zorgaanbieders gestalte te geven.

Natuurlijk moet alle toegepaste verplichte zorg worden geregistreerd. Zonder kwantitatieve gegevens over hoe vaak en hoe lang, op welke locaties en bij welke cliënten verplichte zorg is toegepast, kan niet gemonitord worden of het beleidsplan van de zorgaanbieder wordt uitgevoerd en er bijvoorbeeld de beoogde reductie van verplichte zorg is gerealiseerd. Ook voor de teams, de zorgverantwoordelijken en de GD is het belangrijk om regelmatig een terugkoppeling te krijgen over hoe vaak en hoe lang het een en ander toegepast is. Zonder registratie kan er niet gestuurd worden op de uitvoering van verplichte zorg, kan er geen beleid worden gemaakt of bijgesteld, en kan er ook geen goede analyse van de toegepaste verplichte zorg worden gemaakt. Zo'n kwalitatieve analyse moet immers gebaseerd zijn op betrouwbare kwantitatieve gegevens op casusniveau. Zowel het belang van betrokkene dat de besluitvorming rondom die dwang objectief is vastgelegd, als het brede maatschappelijke belang dat besluitvorming rondom het inperken van grondrechten achteraf objectief te controleren moet zijn door onafhankelijke partijen, zijn beide belangen die zwaarder behoren te wegen dan de werkdruk van zorgaanbieders.

De vraag voor MIND is: hoe kunnen we er in de ggz voor zorgen dat zorgverleners heel gemakkelijk alle toegepaste verplichte zorg kunnen registreren? Welke ICT is daarvoor het meest geschikt? Al sinds de oprichting van Argus 1.0 (in 2006) is gesproken over een landelijk registratiesysteem. Het struikelblok om dit in te voeren was, dat elke ggz-instelling haar eigen software wilde gebruiken en niet wilde meewerken aan een uniform databestand. Misschien is de tijd nu rijp om een landelijk systeem op te zetten, bijvoorbeeld op een ultra-beveiligd deel van de website van de IGJ?

---

<sup>19</sup> Brief Stichting PVP dd 29 april 2022

<sup>20</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 12



- **Financiering (eigen risico)**

deNLGgz en de NVvP schreven <sup>21</sup>:

*“De kosten van de werkzaamheden in het kader van een crisismaatregel of machtiging worden door de zorgaanbieder in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Deze kosten worden vervolgens doorbelast aan de betrokkene en vallen onder het eigen risico.”*

Voorstel NVvP/deNLGgz

*Het gaat hier om verplichte zorg, dus betrokkene heeft hier niet om gevraagd. Om deze reden zou het eigen risico hierop niet van toepassing moeten zijn; de kosten moeten volledig vanuit de Zorgverzekeringswet worden vergoed.*

Reactie MIND

MIND is het hiermee eens. Het is voor MIND onbestaanbaar dat bij verplichte zorg het eigen risico van toepassing is.

---

<sup>21</sup> Brief DeNLGgz NVvP dd 15 april 2022, pag 13



## BIJLAGE 2

Standpunt LPGGz (voorloper MIND) over de multidisciplinaire commissie

In 2017 schreef het LPGGz het volgende over de multidisciplinaire commissie:

*“Ook in de onafhankelijkheid van het advies aan de rechter zien we een stap terug in de rechtsbescherming van de cliënt. In de tweede Nota van wijziging is de centrale verzoeker-rol bij een zorgmachtiging weer bij het openbaar ministerie belegd, zoals dat ook onder de Wet Bopz het geval is. Daarbij krijgt de officier van justitie (OvJ) een actieve rol toebedeeld. De OvJ is eindverantwoordelijke voor het proces en de geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de zorginhoud. De OvJ is uiteindelijk diegene die op grond van alle informatie beslist of hij een verzoekschrift voor een zorgmachtiging indient bij de rechter. Deze wijziging zorgt ervoor dat een onafhankelijke toets plaatsvindt op de rechtmatigheid van het verzoek. Voor deze toets heeft het LPGGz afgelopen jaren nadrukkelijk gepleit. Nu deze rol opnieuw bij het OM is belegd maken wij ons er echter wel zorgen over of het OM voldoende wordt toegerust om de rechtsbescherming van betrokkene centraal te stellen. Gaat de OvJ daadwerkelijk actief onderzoeken of alle alternatieven zijn uitgeput en of de maatregel proportioneel is ten aanzien van het gevaar? Onder de Wet Bopz blijkt immers dat de OvJ zich in het algemeen terughoudend opstelt in de bescherming van betrokkene. Een centraal punt van het wetsvoorstel is het persoonsvolgende karakter van de te verlenen verplichte zorg. Hierbij kunnen cliënten ook thuis verplichte zorg krijgen en is opname in een instelling niet altijd nodig. Vanwege het persoonsvolgende karakter van de verplichte zorg is het zorginhoudelijke aspect van het rechterlijke besluit een noodzakelijk gegeven. Het medische deel van het verzoekschrift komt echter niet op onafhankelijke wijze tot stand. Gezien de regionale functie die veel instellingen voor ggz hebben, is het goed denkbaar dat de deskundigen (zorgverantwoordelijke, verklarend psychiater en geneesheer-directeur) allen in dienst zijn bij dezelfde zorgaanbieder. Dus hoe onafhankelijk kun je het advies aan de rechter beschouwen? En reikt de kennis van de rechter ver genoeg om de inschatting te kunnen maken dat de juiste vorm van gedwongen zorg wordt gegeven?”*

*Met het verdwijnen van de commissie uit het wetsvoorstel, verdwijnt ook het advies aan de rechter. Het wordt vervangen door een verzoekschrift, dat aan de rechter beschrijft welke vormen van verplichte zorg in de zorgmachtiging moeten worden opgenomen. Te verwachten valt dat de niet ter zake (van zorg) deskundige rechter ook in de nieuwe constructie zichzelf de dichotomie zal voorleggen of verplichte zorg geboden is of niet, en in het overgrote deel van de zaken zorginhoudelijk het verzoekschrift volledig of grotendeels zal volgen. Om de onafhankelijkheid van het rechterlijk besluit te waarborgen, is het dus van belang om het verzoekschrift op onafhankelijke wijze tot stand te laten komen. Temeer daar het besluit van de rechter om de zorgmachtiging toe te kennen, een besluit inhoudt dat de Grondrechten van betrokkene ingrijpend beperkt.”*

De memorie van toelichting spreekt over een zorgvuldige voorbereiding van de beslissing tot verplichte zorg zodat de rechtspositie van de cliënt versterkt wordt. Het opnieuw introduceren van een multidisciplinaire commissie die het advies voorbereidt zou daadwerkelijk voorzien in een onafhankelijk en zorgvuldig advies aan de rechter. *“De inhoudelijke voordelen die in de praktijk van de pilotcommissies naar voren zijn gekomen ten opzichte van de huidige gang van zaken, wegen naar het oordeel van de stuurgroep op tegen de nadelen. Met name de positieve ervaringen van patiënten en familie, en de te verwachten kwaliteitsverbetering van de informatie over de patiënt en daarmee van de besluitvorming over verplichte ggz, ziet de stuurgroep als belangrijke verbeteringen die zonder de commissies niet gerealiseerd kunnen worden.”*

**Voorstel LPGGz indertijd: breng de multidisciplinaire commissie terug in het wetsvoorstel zoals oorspronkelijk was bedoeld.**



## BIJLAGE 3

### **Focusgroepen Wetsevaluatie fase 2 d.d. 19 april en 25 april 2022**

Dit voorjaar zijn er twee focusgroepen georganiseerd o.l.v. het UMC Amsterdam met als doel verdiepend onderzoek ten behoeve van fase 2 van de wetsevaluatie: een focusgroep vanuit het cliëntenperspectief en een focusgroep vanuit het perspectief van familie en naasten. Ketenpartijen hebben daaraan deelgenomen en MIND met 2 afgevaardigden per focusgroep. Van beide focusgroepen zijn uitgebreide verslagen gemaakt. Uit die verslagen halen wij de belangrijkste punten aan en geven er een eigen reactie op.

- **Focusgroep 19 april (cliënten)**

#### *Wederkerigheidsprincipe*

##### MIND:

Dit principe kan beter worden verankerd in de wet door de inspanningsverplichting van gemeenten concreter te formuleren. MIND kan zich vinden in het voorstel van de NVvP en dNLggz op dit punt. In de tussentijd zou er in de praktijk meer samengewerkt moeten worden tussen ggz en gemeente. Zowel op casusniveau, als in het regio- overleg op grond van artikel 8:31, waar ook casuïstiek besproken kan worden. Urgentiebesef lijkt er nog niet bij alle partijen te zijn en moet er snel komen zodat de samenwerking overal vruchtbare resultaten afwerpt voor cliënten.

#### *Verkennend onderzoek*

Opmerking verslag: De route van het verkennend onderzoek is niet handig ingericht. Daarbij is twee weken veel te kort en moet er altijd eerst bemoeizorg geprobeerd zijn. Het is handig om deze koppeling goed te beschrijven in de wet. Daarmee kunnen de essentiële voorwaarden worden verbeterd om verplichte zorg te voorkomen. Het is een "black box" wat er met de informatie vanuit de ggz gebeurt. Daarbij is ook de financiering een probleem. Als er vanuit een voorbereidingsprocedure geen ZM volgt, geldt het eigen risico van de betrokkene. Dat is onwenselijk.

Een laatste punt betreft de mogelijkheid om een klacht in te dienen t.a.v. een verkennend onderzoek. Die mogelijkheid zou de wet zelf moeten bieden.

##### MIND:

Zie onze opmerkingen bij Aanbeveling 54.

Opmerking verslag: de gemeente start een onderzoek omdat iemand zich zorgen maakt, het is van belang dat er ook aandacht moet gaan naar de beller. Het meldpunt moet ook de beller wat meer in handen geven. De familievertrouwenspersoon zou hierin een rol kunnen spelen.

##### MIND:

Het genoemde meldpunt bij de gemeente zou ook al moeten verwijzen naar de fvp.



- **Focusgroep 25 april (familie en naasten)**

#### *Veiligheid*

Opmerking in verslag bij punt 'onveilig gevoel': het feit dat in de aanvraag van verplichte zorg verschillende vormen van verplichte zorg staan vermeld, die mogelijk zouden kunnen worden, geeft veel cliënten een onveilig gevoel

#### MIND:

Dit onveilige gevoel is weg te nemen door in gesprek te gaan en te blijven met de cliënt, hem of haar serieus te nemen, persoonlijk contact en vertrouwen op te bouwen.

#### *Onderscheid dwang en drang.*

Opmerking in verslag: Het onderscheid tussen dwang en drang is voor veel cliënten niet duidelijk. Er lijkt een groot verschil per regio wat als verzet wordt gezien. Drang kan net zo bedreigend ervaren worden als dwang, als een soort chantage. Dwang en drang zijn geen synoniemen van elkaar. Aangegeven wordt dat voor de termen rondom dwang toegewerkt moet worden naar een eenheid van taal. De generieke module heeft hier een aanzet voor gedaan die zou meer gebruikt moeten worden. De GD-en en juristen zijn continue over de termen in gesprek. Wanneer je de termen nog scherper gaat formuleren krijg je mogelijk nog meer onduidelijkheid op de werkvloer of afdeling. Het is om die reden van belang om toe te werken naar eenheid van taal die aansluit bij de intenties van de wet.

#### MIND:

Drang is strikt genomen vrijwillig. De cliënt kan weliswaar onder drang 'overgehaald' worden om een behandeling te accepteren, maar hij of zij moet dan voor zichzelf weten en tegen de zorgverantwoordelijke zeggen: hier ga ik mee akkoord. Het is eigenlijk eenvoudig: zorg wordt verleend hetzij onder dwang, hetzij vrijwillig (volgens de WGBO). Daar zit niets tussenin.

Van belang is dat zorgverleners ggz-breed alle vormen van verzet als verzet herkennen, ook als een cliënt wilsonbekwaam geacht wordt, dat erkennen en daarnaar handelen.

Ook is van belang dat zorg waarvoor een machtiging is verleend nooit vrijwillige zorg kan zijn, omdat betrokkene zich tegen die zorg verzette waardoor een machtigings aanvraag noodzakelijk was en enkel dat verzet op gaf als erkenning van de autoriteit van de rechter.

#### *Administratieve lasten*

Opmerking verslag: de administratieve verplichtingen zijn bedoeld om een transparant proces te realiseren voor de patiënt. Met een brief ex artikel 8:9 weet de patiënt bijvoorbeeld zwart op wit waar hij aan toe is. Eerder werd een eenmaal opgenomen patiënt nogal overvallen; er wordt aangegeven dat dit nu beter geregeld is met de brief waarin de cliënt op de klachtmogelijkheid wordt gewezen.

#### MIND:

Dergelijke brieven waren ook onder de Wet Bopz al verplicht om uit te reiken aan de patiënt, op grond van artikel 40a.



### *Klachtrecht*

Opmerking verslag: Men ziet wel een groot cultuurverschil per instelling als het gaat om het klachtrecht.

#### MIND:

De opmerking dat er per instelling een cultuurverschil is t.a.v. het klachtrecht is zorgwekkend. De IGJ kan dit punt onder aandacht brengen van zorgorganisaties en cliëntenraden. Ook het centraal publiceren van uitspraken van klachtencommissies is een goede zaak, zodat klachtencommissies van elkaars uitspraken kunnen leren.

### *Toetsing rechter inbreng betrokkene*

Opmerking verslag: Het zou mooi zijn als de rechter toetst of de eigen inbreng van de betrokkene is meegenomen in het zorgplan of ergens in de onderhandeling welke zorg nodig is. *“Als je een procesvariabele zou kunnen inbrengen in de wet en dat de rechter daarop toetst, dat zou ik een heel mooi proces vinden. Niemand in dit gezelschap zal uitgaan van niet goede intenties. Bij goede intenties kan het ook zijn dat je iets vergeet, die brei je weer recht op een andere manier. Maar flexibiliteit daar ben ik een groot voorstander van, dan heb je de ruimte om maatwerk te leveren”.*

#### MIND:

*‘Het zou mooi zijn als de rechter toets ’?*  
Dit moet de rechter altijd toetsen!

### *Ambulante verplichte zorg*

Opmerking verslag (NVvP) Als het gaat om ambulante verplichte zorg dan is het standpunt vanuit de NVvP het volgende: Enkel medicatie onder verbaal verzet, geen fysiek verzet, is mogelijk in de ambulante setting. Het verwarrende is: vindt er nu ambulante verplichte of assertieve zorg plaats?

#### MIND:

Het gaat altijd om of verplichte zorg of vrijwillige zorg. Assertieve zorg mag nooit chantage zijn: dan is het verplichte zorg. In principe word je als betrokkene geholpen zoals je wilt, tenzij het (echt) niet anders kan.

### *Nazorg*

Opmerking verslag: De wens wordt uitgesproken om een nazorggesprek te organiseren, net zoals in de somatische zorg. Wat zijn dingen die goed/minder goed zijn gedaan, volgende keer? Dan heb je de handvatten vanuit familie en cliënt (gepersonaliseerde zorg).

#### MIND:

Nazorg en evalueren is vast onderdeel van goede zorg. Dat moet gewoon standaard gebeuren.



### *Rekening houden met de eigen voorkeuren en wensen van de patiënt (EPvA)*

Opmerking verslag: Het tijdspad waarin het eigen plan van aanpak moet worden opgesteld is lastig. Het kan te laat zijn om de patiënt hierbij te ondersteunen. Het opstellen van het plan zouden we kunnen loskoppelen van een specifieke plek in de procedure. Eventueel vóór een volgende aanvraag van een ZM, of een verlenging van een zorgmachtiging. Wat wenselijk is verschilt per patiënt. Ook loskoppelen van termijnen, zodat je echt kunt inzetten op eigen regie.

#### MIND:

De termijnen zoals genoemd in artikel 5:5 zouden minder strikt moeten worden geformuleerd. In de praktijk hanteren sommige GD-en al een ruimere termijn, maar het zou beter zijn als de wet dit regelt, zodat het proces beter uitvoerbaar wordt. MIND is er ook voorstander van dat het EPvA losgekoppeld wordt van de specifieke plek in de procedure. Het EPvA kan volgens de wet al wel worden geëvalueerd en aangepast gedurende de rit, maar het zou de eigen regie van patiënten versterken als de wet regelt dat zij op elk moment een EPvA kunnen opstellen om verplichte zorg te stoppen of te voorkomen. De pvp zou een ondersteunende taak moeten krijgen bij het opstellen van een EPvA. Voor meer aanbevelingen zie artikel in ggz en recht - bijlage. De rechter kan overigens ook tijdens de zitting betrokkene nog zelf een EPvA laten opstellen, op grond van artikel 6:2 lid 3.

### *Ondersteuning bij het opstellen van het eigen plan van aanpak*

Opmerking verslag: Gesproken wordt over de ondersteuning bij het opstellen van het eigen plan van aanpak. Ondersteuning bij het opstellen (net als bij andere instrumenten) vergroot de kans van slagen en verhoogt de kwaliteit. Het bieden van ondersteuning bij het opstellen van het eigen plan van aanpak hoort niet bij de taak van de pvp. Naasten kunnen hier een rol bij spelen. Een deel van de cliënten heeft deze echter niet, of het contact is verbroken, of wanneer er wel contact is, hebben ze soms andere zorg voor ogen dan de patiënt. Geen enkele organisatie heeft zich als opgeworpen voor het bieden van ondersteuning bij het opstellen van eigen plan van aanpak, er is geen eigenaarschap. Dan komt een patiënt bij de behandelaar uit; dat zou niet mogen. Oproep: er moet iets landelijk worden opgetuigd voor de ondersteuning, om willekeurig tegen te gaan. Is hier mogelijk een rol voor MIND? Lokaal zijn er wel initiatieven om de drempel te verlagen voor het opstellen van een eigen plan van aanpak

#### MIND:

Zoals al eerder genoemd: de ondersteuning van de pvp bij het opstellen van een EPvA is noodzakelijk.

### *Zelfbindingsverklaring*

Opmerking verslag: Een voorwaarde voor het opstellen van een zelfbindingsverklaring is de wilsbekwaamheid van patiënt. Sommige patiënten willen het graag, maar kunnen moeilijk als wilsbekwaam worden betiteld. Dit werkt belemmerend, je kunt de zelfbindingsverklaring niet inzetten.

#### MIND:

Zelfs als iemand niet wilsbekwaam is kan iemand voorkeuren aangeven. Honoreer die voorkeuren door ze op te nemen in de zorgkaart en het zorgplan.





### *Coalitie voor de patiënt*

Opmerking verslag: De patiënt moet in de gelegenheid worden gesteld om zijn eigen coalitie te vormen (en daarbij ondersteund worden) om tegenwicht te bieden (wat is goed voor hem?). Die spanning moet in de aanvraag voor een ZM worden gebracht.

#### MIND:

MIND is voorstander om de multidisciplinaire commissie weer in te voeren. Dit is de coalitie die nodig is.

### *Verskillende instrumenten*

Opmerking verslag: De suggestie wordt gedaan om te werken met één instrument dat alle andere instrumenten samenvat en gebreken opheft. Een soort "Shared decision making" document. Dit instrument zou kunnen helpen als een kapstok die je kan blijven actualiseren. De zorgkaart wordt hiervoor genoemd, of bijvoorbeeld de crisiskaart.

Een deelnemer geeft aan: *Eén instrument vind ik te weinig: één ei is geen ei, met één instrument krijg je niet alles inzichtelijk. Bij iedereen moet de kennis aanwezig zijn welk instrument wanneer te gebruiken.* Een instrument is belangrijk maar minstens zo belangrijk is het gesprek en de attitude. Hier gaat het vaak mis. Mogelijkheid om een groep bij elkaar te zetten: heeft iedereen zijn standpunt goed kunnen vormen?

#### MIND:

De instrumenten dienen allemaal een eigen/ verschillend doel. Daar waar nodig wel instrumenten verbeteren, zoals nu bekeken wordt in de pilot rond het Eigen Plan van Aanpak.

### *Versterken rechtspositie patiënt*

Opmerking verslag: In de praktijk lijkt weinig terecht te komen van de beoogde verbetering van de rechtspositie van de cliënt.

#### MIND:

In het algemeen een zorgwekkende constatering. In dit kader: iemand moet eerder een advocaat kunnen oproepen en krijgen.

Een ZM moet een gedeelde en voor betrokkene acceptabele beslissing zijn (met veel als-dan-overwegingen). De rechter moet alle partijen voldoende tijd en ruimte geven om hun verhaal te doen. Het vaststellen van een machtiging voor gedwongen zorg moet een gezamenlijke exercitie zijn. Belangrijk is het gesprek tussen zorgverantwoordelijke en betrokkene en diens naasten vooraf, over het zorgplan en de zorgkaart; dat kan de rechter dan toetsen.

#### MIND:

Al eerder genoemd: multidisciplinaire commissie weer instellen zodat visie betrokkene en naasten meer worden meegewogen. Dit zal beter werken dan het huidige genoemde gesprek omdat het alleen tussen betrokkene en zorgverantwoordelijke gevoerd wordt. In de multidisciplinaire commissie kan het patienten perspectief, eventueel aangevuld met naastenperspectief, beter aan bod komen.