



AAN:

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De Minister van Justitie en Veiligheid
De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Datum : 26 mei 2025
Onderwerp : reactie van MIND op de Consultatieversie van het gewijzigde wetsvoorstel
Wet verplichte ggz
Contact : drs. S.M.W.H. Melis MA, adjunct-directeur/manager beleid
M 06 8282 8030 E simone.melis@wijzijnmind.nl

Geachte mevrouw Agema en heren Van Weel en Karremans,

MIND heeft met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Evaluatie Wvvggz/Wzd, dat op 21 maart 2025 in consultatie is gebracht.

MIND is verheugd om te zien dat een belangrijk uitgangspunt van het gewijzigde wetsvoorstel het versterken van de mogelijkheden tot eigen regie van betrokkene is. Een ander belangrijk uitgangspunt waar wij blij mee zijn, is de versterking van de rechtspositie van betrokkene.

Naar aanleiding van de eerste wetsevaluatie van de Wvvggz heeft MIND in haar Position Paper van 22 december 2022 vijf criteria geformuleerd, aan de hand waarvan MIND het gewijzigde wetsvoorstel Wvvggz zal beoordelen. Die criteria zijn: Verbetering van de rechtspositie en de rechtsbescherming van betrokkene; Verbetering van de Eigen Regie van betrokkene; Beter betrekken van naasten; Meer zorg op maat en betere kwaliteit van zorg; Intensiveren van toezicht en betere registratie.

Over de doorontwikkeling van de wet heeft MIND sindsdien gesproken met beleidsambtenaren en met diverse veldpartijen, waaronder de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen in de ggz en de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen.

Samenvatting: onze bevindingen op hoofdlijnen

De vraag is of het wetsvoorstel Wvvggz op bovengenoemde onderwerpen voor verbetering gaat zorgen en of inderdaad de mogelijkheden tot eigen regie en de rechtspositie van betrokkene ermee worden versterkt. Op enkele punten zien wij een verbetering. Maar voor alle vijf onderwerpen zien wij helaas ook veel verslechtingen. Zo wordt in het wetsvoorstel de hoorplicht van de burgemeester geschrapt en lijkt het niet meer mogelijk om een eigen plan van aanpak op te stellen tijdens de voorbereiding voor een zorgmachtiging, omdat artikel 5:5 wordt geschrapt. Het wetsvoorstel laat nauwelijks enige verbetering zien op het gebied van het betrekken van naasten. De Inspectie heeft de belofte van intensiever toezicht op gedwongen zorg niet waargemaakt en de registratieplichten worden in het wetsvoorstel afgezwakt. Op deze en andere punten bepleiten wij nadrukkelijk concrete verbeteringen.

Daarnaast is voor MIND van belang dat eenzame opsluiting, na meer dan 23 jaar van inspanningen van de sector ggz om separeren en afzonderen te verminderen, nu echt substantieel en structureel teruggedrongen gaat worden. Daarvoor is volgens MIND een verbod op het gebruik van separeer-en afzonderingsruimtes noodzakelijk. Wij bepleiten daarnaast een bindende regeling voor insluiting in een Extra Beveiligde Kamer of een andere ruimte, zoals de eigen kamer.

Hieronder treft u de reactie van MIND aan op het wetsvoorstel aan de hand van de bovengenoemde vijf criteria. **Vetgedrukt en onderstreept** vindt u per deelonderwerp onze verbeter suggesties. Ons voorstel over het verbod op eenzame opsluiting en het reguleren van insluiting is uitgewerkt in paragraaf 6.

1. Verbetering van de rechtspositie en de rechtsbescherming van betrokkene

Wij zien dat in het wetsvoorstel wijzigingen zijn aangebracht die de rechtsbescherming en de rechtspositie van betrokkene kunnen verbeteren. Zo worden gegevens van betrokkene bij het voorbereiden van een zorgmachtiging (ZM) automatisch verstrekt aan de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp), zodat deze de betrokkene proactief kan benaderen om informatie te geven en bijstand te verlenen. Ook krijgt de pvp de extra taak om betrokkene te helpen bij het opstellen van een plan van aanpak. Het aantal momenten dat betrokkene schriftelijke informatie ontvangt, is teruggedrongen en de informatie zelf moet afgestemd zijn op de persoon. Wij kunnen ons erin vinden dat expliciet geregeld wordt dat zittingen in principe achter gesloten deuren plaatsvinden, “tenzij”. Zo is de privacy van betrokkenen in het hele land op dezelfde manier gewaarborgd. Ook zien wij het als een verbetering dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de bevoegdheid krijgt om een schriftelijke aanwijzing te geven.

Toch zijn er ook wijzigingen waarvan wij menen dat die juist de rechtspositie en de rechtsbescherming van betrokkene *niet* ten goede komen en daar zelfs afbreuk aan doen. Hieronder gaan we daar nader op in.

a. Het vervallen van de hoorplicht voor het afgeven van een crisismaatregel

Het feit dat de hoorplicht niet altijd is toegepast - en als die is toegepast, zeker niet vaak heeft geleid tot het afblazen van een crisismaatregel - doet niet af aan het belang dat betrokkene in dit stadium door een onafhankelijke instantie (door of namens de burgemeester) wordt gehoord. Gehoord worden bij een zo ingrijpende beslissing als het ontnemen van iemands vrijheid is bovendien een recht op grond van de Algemene wet bestuursrecht. Belangrijke beginselen van behoorlijk bestuur zijn dan van toepassing: het zorgvuldigheidsbeginsel, het motiveringsbeginsel, het fair play beginsel, het rechtszekerheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel, het gelijkheidsbeginsel en last but not least het verdedigingsbeginsel en het beginsel van hoor en wederhoor. Voor betrokkene is het ontzettend belangrijk dat juist in zo'n nare situatie serieus naar hem of haar is geluisterd, ongeacht de uitkomst.

MIND pleit ervoor om de hoorplicht juist te behouden en te regelen dat deze beter uitgevoerd kan worden.

b. De burgemeester verstrekt niet automatisch naam en contactgegevens van betrokkene aan de pvp, alleen met toestemming van betrokkene

Aanbeveling 16 van de evaluatiecommissie betreft het automatisch (zonder toestemming van betrokkene) verstrekken van diens gegevens aan de pvp. Voor MIND is het onbegrijpelijk dat deze aanbeveling wel is overgenomen als een zorgmachtiging (ZM) wordt voorbereid, maar niet als een crisismaatregel wordt afgegeven.

Betrokkene kan blijkbaar in een crisissituatie niet worden gehoord, maar wordt wel in staat geacht om expliciet toestemming te geven om zijn/haar naam en contactgegevens (telefoonnummer en adres) door te laten geven aan een hem/haar veelal volstrekt onbekend instituut genaamd patiëntenvertrouwenspersoon.

MIND pleit ervoor om te bepalen dat de burgemeester bij het afgeven van een crisismaatregel de naam en contactgegevens van betrokkene verstrekt aan de pvp.

Daarbij merken wij op dat nog nader geregeld zou moeten worden dat die gegevens niet naar een pvp worden gestuurd, maar naar de landelijke Stichting PVP en op een beveiligde manier.

c. Het vervallen van de beoordeling van wilsbekwaamheid bij de voorbereiding van een ZM

Met het schrappen van artikel 1:5 is volgens de Memorie van Toelichting (MvT) het eerste moment om expliciet de wilsbekwaamheid van betrokkene te beoordelen, het moment waarop de zorgverantwoordelijke overweegt om gedwongen zorg daadwerkelijk te gaan uitvoeren, en daartoe een besluit te nemen op grond van artikel 8:9 van de wet.

Volgens MIND moet dat moment al eerder liggen, namelijk voorafgaand aan en ten tijde van de beslissing om een ZM op te leggen. In de voorbereidingsfase is een beoordeling van belang voor het opstellen van de medische verklaring en bij het opstellen van het zorgplan in overleg met betrokkene (en de vertegenwoordiger). Tijdens de zitting moet de rechter kunnen toetsen of betrokkene wilsbekwaam is, want bij ernstig nadeel alleen voor betrokkene zelf, moet wilsbekwaam verzet gehonoreerd worden en gaat de ZM niet door.

MIND pleit er dan ook voor om expliciet in de wet te regelen dat de wilsbekwaamheid van betrokkene ook bij de voorbereiding voor een ZM wordt beoordeeld en dat de rechter tijdens de behandeling van de aanvraag voor een ZM de wilsbekwaamheid kan beoordelen, om dit oordeel in zijn/haar besluit te kunnen betrekken.

Het schrappen van artikel 1:5 betekent ook dat deze bepaling is geschrapt als bepaling die klachtwaardig is (Hoofdstuk 10) en als bepaling die bestuurlijk beboetbaar is (hoofdstuk 13).

MIND pleit ervoor om te regelen dat betrokkene een klacht kan indienen tegen de beslissing dat hij of zij wilsbekwaam is geacht.

d. Acut levensgevaar voor betrokkene zelf nog steeds uitzondering bij honoreren van wilsbekwaam verzet

Acut levensgevaar voor betrokkene zelf wordt in de wet nog steeds uitgezonderd bij het honoreren van wilsbekwaam verzet, vanwege suïcidepreventiebeleid.

Volgens MIND wordt hiermee de wilsbekwame persoon met een psychische aandoening gediscrimineerd t.o.v. de wilsbekwame persoon zonder psychische aandoening. Wij vinden dit zeer kwalijk en onwenselijk.

MIND pleit ervoor om deze uitzondering te schrappen: ook bij acuut levensgevaar voor betrokkene dient wilsbekwaam verzet te worden gehonoreerd.

e. Beoordeling van wilsbekwaamheid bij besluit tot uitvoering van verplichte zorg

Artikel 8:9, lid 4 bepaalt nog steeds dat de zorgverantwoordelijke bij alle vormen van verplichte zorg *behalve opname in een accommodatie* na overleg met de vertegenwoordiger o.a. vastlegt in het dossier ‘of betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is’, dus wilsbekwaam is.

Deze uitzondering ‘behalve opname in een accommodatie’ is in de huidige MvT niet toegelicht. Voor MIND is deze uitzondering onbegrijpelijk. Zij is bovendien onlogisch, want ‘verplichte opname in een accommodatie’ gaat meestal vergezeld van een andere vorm van verplichte zorg, namelijk het ‘beperken van de bewegingsvrijheid’, zodat betrokkene de accommodatie niet vrijelijk kan verlaten. Bij deze laatste vorm van verplichte zorg moet wél worden gezien of betrokkene wilsbekwaam is.

MIND pleit ervoor om deze uitzondering te schrappen.

MIND pleit er daarnaast voor om expliciet te regelen om in het schriftelijk besluit ook altijd de gemotiveerde beslissing op te nemen of betrokkene wils(on)bekwaam is ter zake van de verplichte zorg. En dat betrokkene bijstand van de pvp kan inroepen en een klacht kan indienen over de beslissing dat hij of zij wilsbekwaam is geacht.

f. De positie van de gb/gv-groep

De positie van de groep cliënten die geen bereidheid toont tot enige vorm van zorg, maar zich daar ook niet tegen verzet (de zogenaamde “geen bereidheid/geen verzet” ofwel gb/gv-groep) is verregaand aangepast.

Volgens de huidige MvT is het voor deze groep niet nodig om een ZM aan te vragen, als de vertegenwoordiger in zo’n situatie wél instemt met de voorgestelde zorg. Dit is zo geregeld in de Wvvgz, juist om ervoor te zorgen dat deze groep tijdig de benodigde zorg kan krijgen. Onder de Wet Bopz was dit niet mogelijk.

Volgens de MvT bij het gewijzigde wetsvoorstel is het vanwege hun kwetsbaarheid noodzakelijk dat gb/gv-ers onder de Wvvgz als verzetscategorie worden behandeld. Zolang betrokkene geen blijk van instemming of verzet geeft, wordt uitgegaan van verzet.

Volgens MIND gold deze regel juist onder de Wet Bopz, en was het precies daarom vaak onmogelijk om deze mensen op te nemen en zorg te verlenen: er was namelijk meestal (nog) niet voldaan aan het gevaarscriterium. De keuze voor het verzetscriterium in de Wvvgz (in plaats van het bereidheidscriterium onder de Wet Bopz) was juist ingegeven door de wens om deze specifieke groep de nodige zorg te kunnen laten verlenen met instemming van de vertegenwoordiger, dus onder de Wgbo, zolang betrokkene zich daartegen niet verzet.

Evenzeer zal met deze voorgestelde aanpassing veelal niet kunnen worden voldaan aan het ernstig nadeel-criterium, dat immers materieel niet verschilt van het gevaarscriterium onder de Wet Bopz.

MIND pleit voor behoud van de huidige regeling, zodat de gb/gv-groep tijdig de benodigde zorg kan krijgen met toestemming van de vertegenwoordiger.

g. Het begrip verzet

Het begrip “verzet” is in de huidige MvT niet eenduidig omschreven. Op verschillende plaatsen staan verschillende omschrijvingen. Zo zouden ‘enige eisen van consistentie en persistentie’ kunnen worden gesteld aan verzet (‘reëel verzet’¹). Verderop staat dat bij verzet ‘moet worden uitgegaan van verbale, maar ook van non-verbale uitingen’ en dat voorkomen moet worden dat uitingen ten onrechte niet als verzet worden opgevat of erkend. Nog weer op een andere plek stelt de MvT dat de ruime opvatting van verzet zoals onder de Wet Bopz gehanteerd werd, niet gewijzigd is: ‘elke feitelijke verbale of non-verbale uiting van verzet moet als verzet worden gekwalificeerd’.

Naar aanleiding van de aanbeveling in de wetsevaluatie om het begrip verzet in een richtlijn te verduidelijken, heeft MIND in een gesprek met beleidsambtenaren laten weten dat wij vinden dat eerst en vooral de wetgever aan zet is om de MvT in dit opzicht te stroomlijnen en het begrip verzet eenduidig te omschrijven. De nieuwe MvT maakt het helaas niet duidelijker, zoals blijkt ten aanzien van de gb/gv-groep. Overigens is MIND betrokken bij het herzien van de multidisciplinaire richtlijn Dwang en Drang, ook op dit punt.

MIND pleit ervoor om in de MvT het begrip verzet eenduidig te omschrijven. De multidisciplinaire richtlijn kan daar dan op voortbouwen.

h. Verstrekken van eerder afgegeven Maatregelen door OvJ aan GD ter voorbereiding van een ZM

Bij artikel 5:4, lid 1b is de vraag, hoever terug de gegevens mogen gaan die over de betrokkene worden verstrekt. MIND vraagt zich af wat de betekenis van oude machtigingen uit het Bopz-tijdperk is voor de huidige situatie van betrokkene. Voor betrokkenen is deze schijnbaar onbeperkte ‘achtervolging’ stigmatiserend.

¹ De MvT verwijst hierbij naar de praktijkreeks betreffende de implementatie van de Wgbo, ‘Van wet naar praktijk’ deel 2. Bij deze verwijzing hebben E.Plomp en T.P. Widdershoven in hun artikel ‘Dwang, drang of vrijwillig: psychiatrische zorg in juridisch perspectief’ (TvGR juni 2022) kanttekeningen geplaatst. In de betreffende passage in de praktijkreeks gaat het namelijk met name over de verstandelijk gehandicaptensector en over verzet tegen deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek door cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening.

MIND pleit voor het opnemen van een maximumtermijn hiervoor in de wet, bijvoorbeeld drie jaar.

i. Verplichte zorg ook zonder afschrift van ZM of (voortgezette) crisismaatregel ({V}CM)

Met het schrappen van Artikel 8:7, lid 3 vervalt een belangrijke bepaling, die waarborgt dat geen verplichte zorg wordt verleend zonder afschrift te kunnen laten zien van de onderliggende officiële machtiging daartoe van rechter of burgemeester. Deze waarborg versterkt de rechtspositie van betrokkene en zijn recht wordt beschermd doordat overtreding van deze bepaling klachtwaardig en bestuurlijk beboetbaar is. In de MvT wordt over deze aanpassing toegelicht dat het soms te lang duurt voordat een beschikking van de rechtbank ‘klaar’ is, en dat er kennelijk een probleem is om de Kennisgeving Mondelinge Uitspraak (KMU) tot landelijk beleid te verheffen. MIND vindt dat dit probleem voortvarend opgelost moet worden, in plaats van deze belangrijke bepaling te schrappen. De Hoge Raad heeft in 2020 al geoordeeld dat *“met de KMU aan de wettelijke eis van artikel 8:7, lid 3 wordt voldaan, zodat terstond met de gedwongen zorgverlening van start kan worden gegaan.”*²

MIND pleit ervoor om bepaling 8:7, lid 3 te handhaven. Dit betekent dat deze bepaling dan ook weer valt onder het klachtrecht (artikel 10:3, lid 1) en onder de bestuursrechtelijke handhaving (artikel 13:4, lid 1).

j. Informatie over het besluit tot uitvoering van gedwongen zorg

Idealiter wordt de ‘aanzegbrief’ uitgereikt voorafgaand aan de daadwerkelijke uitvoering van de verplichte zorg, zodat betrokkene de gelegenheid heeft om de pvp in te schakelen, een klacht bij de klachtencommissie in te dienen en daarbij een schorsingsverzoek te doen. Volgens de Hoge Raad moet deze brief ‘spoedig’ worden uitgereikt.³ Volgens de IGJ⁴ mag de brief alleen in situaties die geen uitstel kunnen lijden, ná aanvang van de toepassing van verplichte zorg worden uitgereikt. En ook in die gevallen moet de cliënt (of diens vertegenwoordiger) mondeling geïnformeerd zijn over de reden van de toepassing en de mogelijkheid om verzet te organiseren. Dat deze informatie is gegeven, moet aangetekend zijn in het dossier.

De aangepaste wet laat echter nog steeds de mogelijkheid open dat de brief pas uitgereikt wordt na aanvang van toepassing van de gedwongen zorg.

² HR 24 december 2021, ECLI:NL:HR:2021:1955

³ HR 18 december 2020, 20/03019, ECLI:NL:HR:2020:2096.

⁴ Standpunt IGJ op een melding van de Stichting PVP uit 2021, zie Jaarverslag 202, Stichting PVP

MIND pleit ervoor om nadere regels te stellen aan de informatieplicht. Deze regels moeten in lijn zijn met de uitspraak van de Hoge Raad en het standpunt van de IGJ. Voor die situaties, waarin het vooraf uitreiken van de ‘aanzegbrief’ niet mogelijk is omdat er plotseling escalatie dreigt en er onmiddellijk ingegrepen dient te worden, moet duidelijk geregeld zijn dat betrokkene en diens vertegenwoordiger onverwijld en adequaat mondeling geïnformeerd worden over de beslissing en de mogelijkheid om bijstand van de pvp in te schakelen en een klacht in te dienen.

k. Bijzondere bepalingen ten aanzien van personen met een strafrechtelijke titel: wilsbekwaamheidstoets bij dwangbehandeling

MIND ziet een verbetering in het verduidelijken van de regels ten aanzien van de rechtspositie van de verschillende subgroepen binnen deze cliëntenpopulatie. Wel vinden wij dat meer harmonisatie met hoofdstuk 8 van de Wvggz mogelijk en wenselijk is. Zo blijft onduidelijk hoe moet worden omgegaan met wils(on)bekwaam verzet, nu de wilsbekwaamheidstoets vervalst bij de beslissing tot dwangbehandeling, omdat art. 8:9 lid 4 Wvggz niet van overeenkomstige toepassing wordt verklaard.

MIND pleit ervoor om hier ook artikel 8:9, lid 4 van toepassing te verklaren.

l. Tijdelijk gedwongen zorg voor forensische cliënten die formeel vrijwillig in een accommodatie verblijven

MIND vindt het problematisch dat personen met een voorwaardelijke (strafrechtelijke) titel en overgebrachte personen (d.w.z. forensische cliënten die formeel vrijwillig in een accommodatie verblijven) in een noodsituatie geconfronteerd kunnen worden met tijdelijke gedwongen zorg (artikel 9:12) zonder rechterlijke toets vooraf. Zij kunnen hier alleen achteraf over klagen. Dit is een verslechtering van de rechtspositie van deze cliëntengroep en in strijd met artikel 5 EVRM. Wanneer een noodsituatie noopt tot de inzet van gedwongen zorg, dan is het aanvragen van een CM de enige rechtsgeldige mogelijkheid. In afwachting van de CM kan tijdelijk gedwongen zorg verleend worden. Als een CM niet geschikt blijkt te zijn voor een bepaalde cliënt, dan is terugplaatsing de enige optie.

MIND pleit ervoor om deze nieuwe mogelijkheid uit het wetsvoorstel te schrappen.

m. Klachtrecht: publiceren van uitspraken

MIND vindt het een verbetering dat geanonimiseerde of gepseudonimiseerde klachtuitspraken van klachtencommissies op één plek openbaar gemaakt moeten worden. Wij hadden verwacht dat dit bij wet geregeld zou worden, en de wijze waarop bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Nu is gekozen voor een ‘kan’-bepaling.

MIND pleit ervoor om bij wet te regelen dat de gepseudonimiseerde klachtuitspraken op één plek openbaar raadpleegbaar zijn. Bij AMvB kan de manier waarop nader worden geregeld.

Wachten op een vergelijkbare regeling voor uitspraken van geschilleninstanties op grond van de Wkkgz achten wij niet wenselijk. Dit kan voor te veel vertraging zorgen.

MIND pleit ervoor om *niet* te wachten op een soortgelijke regeling voor uitspraken op grond van de Wkkgz. Zo'n regeling zou wél kunnen aansluiten bij de regeling voor uitspraken op grond van de Wvggz (en de Wzd).

Het zou volgens ons ook zeer zinvol en leerzaam zijn voor professionals, klachtencommissies, rechters, advocaten en pvp-en, om ook de uitspraken van rechtbanken over klachten op diezelfde plek openbaar te maken. Zeker als vanwege de pseudonimisatie in dezelfde zaak goed herleidbaar is op welke gronden een rechtbank anders beslist dan eerder de klachtencommissie. Beroep kan immers niet alleen door de oorspronkelijke klager worden ingesteld wanneer de klachtencommissie een klacht *ongeground* verklaart, maar ook door de zorgaanbieder wanneer de klachtencommissie een klacht *geground* heeft verklaard.

Wij verwachten dat zo'n openbaar publicatie-punt ten goede komt aan de kwaliteit en rechtsgelijkheid van de uitspraken van klachtencommissies en rechtbanken en uiteindelijk ook zal bijdragen aan de kwaliteit van de geboden (gedwongen) zorg.

MIND pleit ervoor om ook de uitspraken van rechtbanken over klachten op dezelfde plek openbaar te maken als de uitspraken van Wvggz-klachtencommissies.

n. Klachtrecht: uitbreiding

Aanbeveling 9 van het "Verdiepingsonderzoek uitvoering Wvggz"⁵ is helaas niet overgenomen. Het betreft de aanbeveling om

"toegang tot de pvp en tot de klachtencommissie mogelijk te maken voor personen voor wie een zorgverlener het (kennelijk) nodig acht vanwege (het vermoeden van) een psychische stoornis zorg te verlenen op grond van de Wgbo ondanks het ontbreken van informed consent daarvoor".

Tot nu toe kan een betrokkene geen klacht indienen over gedwongen zorg, wanneer er geen besluit 8:9 is opgesteld. Zo blijft betrokkene die oneigenlijke druk en zelfs dwang ervaart, verstoken van adequaat klachtrecht en van de mogelijkheid van beroep bij de rechter.

⁵ E. Plomp en J. Legemaate, Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz: goede voorbeelden uit de praktijk, Den Haag: ZonMw, maart 2024.

MIND pleit ervoor om, conform aanbeveling 9 van het Verdiepingsonderzoek, toegang tot de pvp mogelijk te maken en het Wvggz-klachtrecht open te stellen voor (ambulante) cliënten voor wie een zorgverantwoordelijke het nodig acht vanwege (het vermoeden van) een psychische aandoening zorg te verlenen op grond van de Wgbo ondanks het ontbreken van informed consent daarvoor; of voor wie de zorgverantwoordelijke geen artikel 8:9 Wvggz-besluit heeft opgesteld, maar die bij het ondergaan van de zorg oneigenlijke druk of dwang ervaren.

Uiteraard zouden hun naasten dan gebruik moeten kunnen maken van de ondersteuning door de familievertrouwenspersoon.

o. Patiëntenvertrouwenspersoon

Voor de betrokkene is bijstand van de pvp essentieel om zijn/haar rechten te kunnen uitoefenen, maar ook voor de *bescherming* van zijn rechten. Artikel 11:1, lid 3 (de taakomschrijving) is voor ons echter niet duidelijk. Wij verwijzen naar de reactie van Stichting PVP op dit punt.

Wat ons bevreemdt is dat de pvp (nog steeds) geen jaarlijks rapport uit hoeft te brengen, terwijl dit voor de familievertrouwenspersoon al wel een formele wettelijke taak is. Pvp-en brengen sinds 2010 jaarlijks een rapport uit voor de zorgaanbieder en de cliëntenraad. De zorgaanbieder moet dit rapport na bespreking met de pvp en de cliëntenraad aan de IGJ versturen⁶.

MIND pleit ervoor om ook voor de pvp de taak te regelen om een jaarlijks rapport uit te brengen. Dit rapport bevat een overzicht van de vragen en klachten van cliënten in de instelling, van de signalen van de pvp, en wat daarmee is gebeurd.

p. De taak van de pvp om te signaleren en te melden

De signalerende en meldende taak van de pvp is aangepast en omgezet in een 'kan-bepaling'. Dit om tot uitdrukking te brengen dat het geenszins om een meldplicht zou gaan en dat de pvp geen toezichthoudende rol heeft. Deze argumenten overtuigen ons niet. Wanneer de pvp een tekortkoming in de uitvoering van de zorg vaststelt die afbreuk doet aan de rechten van betrokkenen, moet zo min mogelijk discussie kunnen ontstaan over de vraag of de pvp terecht gebruik maakt van zijn bevoegdheid. Een 'kan-bepaling' vinden wij daar met de Stichting PVP niet aan bijdragen. Bovendien kan een 'kan-bepaling' leiden tot een onwenselijke variatiebreedte in het signaleren en melden van structurele tekortkomingen. In een ggz waarin de rechtspositie van betrokkenen door personeelstekorten al sterk onder druk staat, achten wij dat onwenselijk. Onze voorkeur gaat derhalve uit naar het behoud van de neutrale aanduiding zoals deze nu is.

Verder wordt de signalerende taak in het wetsvoorstel beperkt tot tekortkomingen in de structuur en uitvoering van gedwongen zorg (of de uitvoering van hoofdstuk 9). De pvp heeft echter van oudsher tot taak te signaleren en melden over alle tekortkomingen in de structuur en uitvoering van de zorg die afbreuk doen aan de rechten van betrokkenen. Het behoeft geen betoog dat de belangen van ook

⁶ Brief minister Klink aan Tweede Kamer, 12 maart 2010, CZ/CGGZ-2925871.

de vrijwillig opgenomen cliënten waar de pvp zijn diensten voor beschikbaar stelt, daarmee zijn gediend.

MIND pleit ervoor om de omschrijving van de signalerende en meldende taak van de pvp te behouden zoals deze nu in art. 11:1 lid 3 onder a Wvggz is opgenomen.

2. Verbetering van de eigen regie van betrokkene

MIND vindt de instrumenten die de wet biedt om betrokkene meer eigen regie te geven en te laten behouden, van groot belang. Wij waarderen de keuze die gemaakt is om de verschillende instrumenten (zorgkaart, plan van aanpak, zelfbindingsverklaring) *niet* om te vormen tot één instrument, zoals de evaluatiecommissie adviseerde, maar om de instrumenten te laten zoals ze zijn. Ze dienen immers ieder een ander doel.

Om de instrumenten te vereenvoudigen en het gebruik ervan te vergemakkelijken, zowel voor betrokkene als voor de zorgverleners en naasten die daarbij helpen, zijn andere oplossingsrichtingen te vinden dan het samenvoegen tot één instrument. Op dit moment onderzoekt MIND samen met Stichting PVP op welke wijze de instrumenten beter benut kunnen worden om de eigen regie van betrokkene daadwerkelijk te versterken. Dit is een project waar verschillende ggz-teams aan meedoen. Wat wij daarbij nu al merken, is dat het helpt wanneer zo'n instrument toegankelijker is geschreven en in de ik-vorm, dus vanuit de cliënt. Wij verwachten het rapport met de uitkomsten hiervan te publiceren voordat de gewijzigde wet in werking zal treden.

De vraag is of de voorgestelde aanpassingen in de wet dit verbeterproces gaan ondersteunen. Wij vrezen dat sommige aanpassingen het proces juist kunnen belemmeren. Hieronder gaan we daar nader op in.

a. De zelfbindingsregeling

De procedure rond het aanvragen en verkrijgen van een ZM op basis van een zelfbindingsverklaring (ZBV) is beter uitgeschreven. De toevoeging dat tijdelijke gedwongen zorg op basis van de ZBV onder strikte condities mogelijk is, lijkt MIND een goede oplossing voor de situaties waarin de uitspraak van de rechter te laat komt waardoor alsnog een CM moet worden aangevraagd.

Maar volgens de MvT (p.16) zou de rechter vormen van verplichte zorg kunnen toevoegen aan wat al in de zelfbindingsverklaring staat. Deze bevoegdheid van de rechter⁷ ondergraaft volgens ons het hele principe van zelfbinding. Bovendien sluipt ook het ernstig nadeel als extra criterium binnen de procedure (MvT, p.14, 15, 17), terwijl het nu juist de bedoeling van een zelfbindingsverklaring en een bijbehorende zorgmachtiging is, dat betrokkene de situatie dat ernstig nadeel zou kunnen dreigen, juist vóór wil blijven.

⁷ De algemene bevoegdheid van de rechter om in een ZM andere vormen van verplichte zorg op te nemen dan verzocht, is neergelegd in artikel 6:4, lid 2.

MIND pleit ervoor om deze bevoegdheid van de rechter uit te sluiten als er een ZM gevraagd wordt op basis van een zelfbindingsverklaring.

Om te voorkomen dat een zelfbindingsverklaring verouderd raakt, stelt MIND voor om in de wet te regelen dat de GD of de zorgverantwoordelijke ervoor zorgt dat betrokkene (mits wilsbekwaam) de ZBV jaarlijks evalueert en actualiseert samen met de zorgverantwoordelijke en naasten.

b. Het plan van aanpak

Het eigen plan van aanpak is volgens MIND een belangrijk instrument voor betrokkene om de eigen regie te herwinnen, te behouden en gedwongen zorg te voorkomen.

Volgens de MvT kan het plan van aanpak nu op elk moment worden opgesteld, en is het moment niet langer beperkt tot de aanvraag voor de voorbereiding van een ZM. De mogelijkheid om een eigen plan van aanpak (PvA) te maken om een eerste zorgmachtiging te voorkomen (artikel 5:5) is echter juist geschrapt. MIND ziet dit als een verslechtering van de mogelijkheden van eigen regie voor betrokkene. Het is niet uitgesloten dat er ten tijde van de voorbereiding voor een (eerste) zorgmachtiging al een plan van aanpak is, zo blijkt uit verschillende bepalingen in de wet. Maar uit de wettekst wordt door het schrappen van artikel 5:5 niet duidelijk wanneer die mogelijkheid dan geboden wordt, behalve bij een verzoek tot beëindiging van gedwongen zorg, bij het beëindigen van een ZM, of een (V)CM en bij het mogelijk aanvragen van verlenging ervan.

De vergewisplicht door de GD ‘*dat de mogelijkheden van een plan van aanpak zijn doorlopen*’ (artikel 5:4, lid 2a) is volgens ons bij een eerste zorgmachtiging lastig in te vullen, wanneer het plan van aanpak in de wet niet een duidelijke plek in het voortraject krijgt.

In het Verdiepingsonderzoek wordt zelfs aanbevolen om in de wet een *Hoofdstuk 1a: Voorstadium van verplichte zorg*⁸ op te nemen, waarin de mogelijkheid geboden wordt om een plan van aanpak op te stellen juist in de periode waarin client vrijwillig in zorg is, wilsbekwaam is en er nog geen sprake is van dreigend ernstig nadeel en mogelijke gedwongen zorg - maar bij wie een reëel risico bestaat dat hij/zij zich op enig moment wel tegen de zorg gaat verzetten en er een reëel vermoeden bestaat dat er dan sprake zal zijn van ernstig nadeel. Ook de aanbevelingen 3 en 4⁹ van het verdiepingsonderzoek betreffen het vastleggen van een schriftelijke wilsverklaring (een plan van aanpak, zorgkaart, zelfbindingsverklaring, crisisplan of WRAP¹⁰) wanneer betrokkene wilsbekwaam is.

MIND pleit ervoor om het plan van aanpak in elk geval op de oorspronkelijke plek te laten staan, om de mogelijkheid open te houden dat betrokkene ook in deze fase een plan van aanpak kan opstellen.

MIND pleit ook voor behoud van artikel 6:2, lid 3, waarin de rechter betrokkene in de gelegenheid kan stellen zelf een plan van aanpak op te stellen.

⁸ E. Plomp en J. Legemaate, Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvvgg: goede voorbeelden uit de praktijk, Den Haag: ZonMw, maart 2024, p.487.

⁹ Ibidem, p. 416 en 417.

¹⁰ WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan.

Om duidelijk te maken dat een plan van aanpak op verschillende momenten als mogelijkheid aangeboden kan worden, zou het plan van aanpak ook opgenomen kunnen worden in Hoofdstuk 2, als een van de algemene uitgangspunten.

Daarnaast pleit MIND ervoor om de hierboven genoemde aanbevelingen uit het Verdiepingsonderzoek op dit punt over te nemen, met name de aanbeveling om de mogelijkheid te bieden om een plan van aanpak op te stellen in het voorstadium van gedwongen zorg, wanneer betrokkene vrijwillig in zorg is en wilsbekwaam, maar bij wie een reëel risico bestaat op een ZM in de nabije toekomst.

3. Beter betrekken van naasten

Voor MIND is het betrekken van naasten bij de zorg vanzelfsprekend, en zeker wanneer sprake is van gedwongen zorg: essentieel voor het voorkomen van gedwongen zorg, het op maat toepassen van gedwongen zorg en voor een goed herstel van betrokkene. Triadisch werken is de norm¹¹. In de praktijk blijken naasten, zelfs wanneer zij vertegenwoordiger zijn van betrokkene, nog steeds niet altijd te worden geïnformeerd zoals de wet voorschrijft; laat staan te worden betrokken bij de zorg. De evaluatiecommissie heeft dit in het eerste deel wel gesignaleerd, maar op dit punt geen aanbeveling gedaan. In het wetsvoorstel zien wij geen aanpassingen rond het betrekken van naasten.

a. Betrekken van naasten als standaard

In het hierboven al genoemde Verdiepingsonderzoek is meer aandacht besteed aan de rol die naasten (hebben) kunnen vervullen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, gedwongen zorg te voorkomen en herstel van betrokkene te bevorderen. Wij vinden dit een zeer goede ontwikkeling, die wij van harte ondersteunen.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat naasten nog lang niet voldoende worden betrokken zoals de bedoeling is van de wet¹². Hier vloeien dan ook verschillende aanbevelingen¹³ uit voort die de nadruk leggen op het belang van het betrekken van naasten, ook al in het voorstadium van gedwongen zorg, en van triadisch werken. Wij weten dat veel zorgverleners nog steeds huiverig zijn om naasten te betrekken, zeker wanneer de betrokkene zelf daar niet enthousiast over is. In zulke situaties helpt het als zorgverleners in gesprek met betrokkene blijven over het belang ervan, maar ook over de achterliggende redenen van de weerstand van betrokkene. Vervolgens kunnen zij benadrukken dat betrokkene zelf kan kiezen wie zijn eigen vertegenwoordiger en zijn eerste contactpersoon is. Sommige cliënten willen hun naasten niet lastigvallen of ze durven hen niet te belasten. Het zou helpend zijn als de wet de zorgverantwoordelijke op dit punt een inspanningsverplichting zou opleggen, waarbij deze ook in het dossier dient vast te leggen welke inspanningen wanneer zijn gedaan.

¹¹ Zorgstandaard Naasten. Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek (Akwa, 2023).

¹² Verdiepingsonderzoek, p. 121 t/m p. 160. Zie ook de reactie van de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen op het onderhavige wetsvoorstel.

¹³ Verdiepingsonderzoek, aanbevelingen 10, 11 en 12.

MIND pleit ervoor om in de wet een inspanningsverplichting voor de zorgverantwoordelijke op te nemen om samen met betrokkene te zoeken naar ten minste één naaste die betrokkene kan ondersteunen in het proces van voorkomen, voorbereiden, uitvoeren en beëindigen van gedwongen zorg. Deze inspanningen dienen in het dossier vastgelegd te worden.

We zijn voorts niet gelukkig met het gebruik van het begrip ‘betrekken’ in de wet. De term is zo vaag dat niemand weet wat er concreet mee wordt bedoeld. Analoom aan de GGZ-zorgstandaard over naasten¹⁴ zou het beter zijn te kiezen voor de combinatie van ‘samenwerken met’ en ‘ondersteunen van’ naasten.

MIND pleit ervoor om de term ‘betrekken van naasten’ te vervangen door ‘samenwerken met’ en ‘ondersteunen van’ naasten.

MIND pleit er tevens voor om in de wet de verplichting voor de zorgaanbieder op te nemen om naasten die ondersteuning nodig hebben en daar uitdrukkelijk om vragen, te ondersteunen.

Ook het vraagstuk van de privacy levert problemen op in de praktijk. Voor veel professionals is het werken met naasten een probleem doordat ze in de misplaatste veronderstelling zijn dat het delen van informatie per definitie botst met de privacy van de betrokkene. Nog veel te veel naasten krijgen het idee dat privacy zo gebruikt wordt om hen buiten de deur te houden, terwijl triadische samenwerking de norm is. Dat in het wetsvoorstel de GD de (voor de continuïteit van zorg relevante) familie en naasten *kan* informeren over een tijdelijke onderbreking van gedwongen zorg; evenals bij het beëindigen van de (V)CM of de ZM, maar in beide gevallen *alleen* ‘indien dit noodzakelijk is omdat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven van betrokkene ontbreken’ (artikel 8:17, lid 6 nieuw) respectievelijk ‘indien essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven ontbreken’ (artikel 8:21b, lid 1 en 2 nieuw), maakt het er vanuit ons perspectief niet beter op. In alle gevallen vinden wij dat iemands thuisfront van dergelijke beslissingen op de hoogte gesteld moet worden. Deze naasten worden immers *direct* geraakt door de beslissing van de GD.

Ook als het gaat om voorwaarden of beperkingen die de GD kan verbinden aan tijdelijke onderbreking of beëindiging van gedwongen zorg hebben naasten vaak een rol. Zij worden hierover nu niet geïnformeerd (artikel 8:18).¹⁵

¹⁴ [1. Introductie - Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek | GGZ Standaarden](#)

¹⁵ De “Zorgstandaard Naasten” wijdt een aparte werkkartaan aan dit thema met als belangrijkste boodschap dat samenwerking met zich meebrengt dat er altijd informatie moet worden gedeeld. Het kernpunt is hier om de onderlinge rolverdeling in die samenwerking goed vast te leggen, zodat duidelijk is welke informatie noodzakelijk is om deze rol te kunnen vervullen.

MIND pleit ervoor om in de wet te regelen dat de GD naasten informeert over beslissingen die ook hen direct kunnen raken, zoals over tijdelijke onderbreking van gedwongen zorg en beëindiging van de (V)CM of de ZM en de voorwaarden of beperkingen die daaraan gesteld zijn.

b. De vertegenwoordiger

Ons valt op dat de wet nog steeds op diverse plaatsen alleen spreekt van de *vertegenwoordiger* en niet familie of naasten noemt, of de voor de continuïteit van zorg essentiële naasten. Dit vinden wij een gemis, temeer daar zeker niet iedere betrokkene een vertegenwoordiger heeft. Bovendien hebben familie en naasten een andere, meer informele rol dan de vertegenwoordiger. Deze meer informele rol is minstens net zo belangrijk in het zorg- en herstelproces van betrokkene als de rol van de vertegenwoordiger.

MIND pleit er daarom voor om in de wet naast de vertegenwoordiger ook standaard familie en naasten te noemen, of indien dat meer van toepassing zou zijn: de voor de continuïteit van zorg relevante naasten. Zij moeten dan uiteraard ook steeds geïnformeerd worden over de mogelijkheid om de familievertrouwenspersoon in te schakelen.

c. De taken van de familievertrouwenspersoon

De taken van de familievertrouwenspersoon (fvp) uit artikel 12:1 vindt MIND te weinig toegespitst op de rechten en op de rol die naasten hebben.

MIND pleit ervoor om de taken van de familievertrouwenspersoon in artikel 12:1 meer toe te spitsen op de rechten van naasten en op de rol die zij hebben op grond van de wet.

Voor overige verbeteringsuggesties op dit punt verwijzen wij naar de reactie van de Landelijk Stichting Familievertrouwenspersonen op het wetsvoorstel.

d. Onderscheid tussen dienstverlening door pvp en fvp

MIND vindt de informatieplicht over de dienstverlening van de pvp en de fvp cruciaal, zowel voor de rechtsbescherming van betrokkene als voor de positie van naasten, die wezenlijk versterkt dient te worden.

MIND ziet echter dat in verschillende bepalingen in het wetsvoorstel de pvp en de fvp in één zin worden genoemd, alsof zij dezelfde positie en rol hebben.

Door deze twee functionarissen samen onder één sub-bepaling te noemen, zoals in artikel 8:3, lid 1 c, en niet meer onder twee aparte sub-bepalingen zoals in de huidige wet (respectievelijk c en d), lijkt het net of het twee inwisselbare functionarissen zijn. Dit terwijl hun functie, rol en positie juist duidelijk onderscheiden is.

Volgens MIND moet in de wet duidelijker onderscheiden worden dat de pvp de *betrokkene* bijstaat op diens verzoek en dat de fvp een *naaste* bijstaat op diens verzoek. Dit om te voorkomen dat de familievertrouwenspersoon zich met betrokkene en diens zorg, of diens klachten en vragen, gaat bezighouden.

MIND pleit ervoor om in artikel 8:3, lid 1 de huidige twee bepalingen over de pvp en de fvp te handhaven en ook in de overige bepalingen duidelijk onderscheid te maken tussen de pvp en de fvp, door deze twee functionarissen steeds in aparte bepalingen te noemen. Op die manier is duidelijk door wie en waarvoor zij ingeschakeld kunnen worden.

e. Informatieplicht over de mogelijkheid de fvp in te schakelen

Aanbeveling 20 van de wetsevaluatie betrof het advies om in de wet op te nemen dat de zorgaanbieder verplicht is om familie en naasten te informeren over de mogelijkheid een fvp in te schakelen. In de artikelen 8:3; 8:9, lid 3; 8:13, lid 3; 8:16, lid 5, 8:17, lid 6 en 8:18, lid 13 wordt echter nog steeds alleen de vertegenwoordiger genoemd.

In artikel 5:4, lid 2c van het aangepaste wetsvoorstel ontbreekt het voorschrift dat de GD de vertegenwoordiger van betrokkene schriftelijk informeert over de mogelijkheid om informatie, advies en bijstand te ontvangen van de fvp bij het helpen opstellen van het zorgplan en de zorgkaart (en het plan van aanpak). Ook zou de GD de familie en naasten van betrokkene hierover moeten informeren.

MIND pleit ervoor om de plicht om de vertegenwoordiger, familie en naasten te informeren over de mogelijkheid om de fvp in te schakelen, toe te voegen aan de artikelen 5:4. Ook moeten in alle voorkomende bepalingen zoals artikel 8:3, artikel 8:9, lid 3, enz. familie en naasten toegevoegd worden.

MIND vindt dat deze naasten al in een vroeg stadium moeten worden geïnformeerd over de mogelijkheid om de fvp in te schakelen. Wat ons betreft op het moment dat naasten melding kunnen doen bij de gemeente over hun zorgen rond een persoon voor wie de noodzaak tot ggz zou moeten worden onderzocht. Ook betrokkene zou in dat stadium al geïnformeerd moeten worden over de mogelijkheid om de pvp in te schakelen.

MIND pleit ervoor om de plicht om naasten te informeren over de mogelijkheid om de fvp in te schakelen, toe te voegen aan artikel 5:1.

Tevens pleit MIND ervoor om de plicht om betrokkene te informeren over de mogelijkheid om de pvp in te schakelen, toe te voegen aan artikel 5:2, lid 4.

Voor overige verbeteringsuggesties op dit punt verwijzen wij naar de reactie van de Landelijk Stichting Familievertrouwenspersonen op het wetsvoorstel.

4. Meer zorg op maat en betere kwaliteit van (gedwongen) zorg

Een van de doelstellingen van de wet is om meer zorg op maat te verlenen, o.a. door de gedwongen zorg beter af te stemmen op de wensen, voorkeuren en behoeften van betrokkene. Bovendien zou de kwaliteit van de gedwongen zorg moeten verbeteren.

De evaluatiecommissie heeft zich hierover niet expliciet uitgelaten en er ook geen aanbevelingen over geformuleerd. Wel constateerde zij in het eerste deel, dat het er op lijkt dat de verschillen tussen de Wvggz en de Wzd verhinderen dat de ‘juiste zorg op de juiste plek’ wordt verleend, en dat er door die verschillen geen sprake is van zorgcontinuïteit. Over het honoreren van de wensen en voorkeuren van betrokkene hebben we hierboven al een en ander geschreven. MIND wil hieronder nog enkele andere aspecten van de kwaliteit van zorg belichten: de criteria waar een accommodatie aan moet voldoen, de randvoorwaarden voor het veilig verlenen van ambulante gedwongen zorg, het toepassen van het wederkerigheidsbeginsel, de inzet van ervaringsdeskundigen en de Active Recovery Triade behandelmethode.

a. Andere opzet van het locatieregister: kwaliteitseisen voor accommodaties

In het wetsvoorstel is gekozen voor een eenvoudigere opzet van het locatieregister. De zorgaanbieder hoeft niet meer alle locaties te registreren, maar alleen de eigen naam, het hoofdadres, de rechtsvorm en het KVK-nummer en daarnaast de namen, adressen en KVK-nummers van de accommodaties. Een accommodatie is een (deel van een) bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein, bedoeld voor het verlenen van zorg door of namens een zorgaanbieder. Ook als er (alleen) dagbehandeling wordt geboden, is sprake van een accommodatie¹⁶.

Bij de overgang van de Wet Bopz naar de Wvggz, op 1 januari 2020, werden alle klinische voorzieningen met een Bopz-aanmerking automatisch in het locatieregister Wvggz/Wzd geregistreerd als accommodatie. Een accommodatie was toen door de voorwaarden die gesteld werden aan het verkrijgen van een Bopz-aanmerking, geschikt voor het gedwongen opnemen van meerdere cliënten met een psychische stoornis. Ook moest gedwongen zorg op een verantwoorde manier kunnen worden toegepast.

In de praktijk is deze koppeling met kwaliteitseisen al losgelaten doordat zorgaanbieders na 1 januari 2020 nieuwe bouwkundige voorzieningen als accommodatie konden registreren, zonder vooraf aan bepaalde voorwaarden te hoeven voldoen. Op grond van artikel 1:2, lid 4 kunnen bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) bouwkundige eisen worden gesteld aan de accommodatie, maar tot nu toe ontbreekt deze AMvB. De vraag is, aan welke eisen een accommodatie nog moet voldoen.

MIND ziet deze ontwikkeling en de voorgestelde vereenvoudiging als een verslechtering van de randvoorwaarden voor het bieden van kwalitatief goede en veilige (gedwongen) klinische zorg. Met deze vereenvoudiging is bovendien het onderscheid losgelaten tussen voorzieningen waar klinische gedwongen zorg kan worden geboden en waar, of van waaruit, ambulante gedwongen zorg kan worden geboden.

Volgens ons moet het onderscheid tussen accommodatie en locatie blijven bestaan. Dan kunnen apart eisen worden gesteld aan een accommodatie. Deze moet zodanig zijn gebouwd en ingericht,

¹⁶ Zie Memorie van Toelichting op het wetsvoorstel, p.1, p.3, p.4.

dat er gesproken kan worden van een helende omgeving¹⁷, die bijdraagt aan vermindering van stress, van escalatie en daarmee van onnodige gedwongen zorg.

MIND pleit voor behoud van het onderscheid tussen accommodatie en locatie.

Ten behoeve van de kwaliteit en veiligheid van de zorg in accommodaties pleiten wij daarnaast voor het inbouwen van meer waarborgen hiervoor bij AMvB, in het Besluit verplichte ggz. De principes van “Healing Environment” zouden hierin ook een plaats moeten krijgen.

b. Ambulante gedwongen zorg

Blijkens de MvT worden geen extra randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen meer gesteld aan ambulante gedwongen zorg. Deze keuze zal zijn ingegeven om het de zorgverantwoordelijken te vergemakkelijken om ambulante gedwongen zorg toe te passen, zodat het wellicht ook vaker zal worden verleend dan tot nu toe. MIND begrijpt dat dergelijke afwegingen zijn gemaakt en is er zeker voorstander van dat ambulante gedwongen zorg kan worden verleend, mits betrokkene daar zijn of haar voorkeur voor uitspreekt en dit opgenomen is in de ZM. Maar er is nu eenmaal een verschil tussen zorg die in een kliniek gegeven wordt - met alle waarborgen van monitoring, bijstand, ondersteuning en mensen in de buurt - en zorg die thuis gegeven wordt. Of op een polikliniek, waarna iemand (soms in zijn eentje) terug naar huis gaat. MIND vindt dat bij ambulante gedwongen zorg de kwaliteit en de veiligheid extra gewaarborgd moet zijn.

MIND pleit daarom voor een minimale set extra randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen die de veiligheid en de kwaliteit van ambulante verplichte zorg kunnen waarborgen. Zo zou op zijn minst de voorwaarde behouden moeten blijven dat 24 uur per dag een zorgverlener bereikbaar en beschikbaar is voor zowel betrokkene als diens naasten.

c. Het wederkerigheidsbeginsel

Het wederkerigheidsbeginsel komt in het wetsvoorstel nog onvoldoende uit de verf. Bij het ontbreken van essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven stelt de GD het College van B&W op de hoogte van de beëindiging van de (V)CM of de ZM, zo luidt het voorgestelde artikel 8:21b, lid 1. Dat vinden wij veel te vrijblijvend. Er moet van alles gebeuren als essentiële voorwaarden ontbreken, en natuurlijk moet dat veel eerder dan wanneer het einde van een crisismaatregel of zorgmachtiging al een feit is. Aanbeveling 54 van de evaluatiecommissie¹⁸ was juist bedoeld om van het wederkerigheidsbeginsel een inspanningsverplichting te maken, zowel aan de zijde van de zorgaanbieder als aan de zijde van de gemeente, om te voldoen aan de essentiële voorwaarden voor

¹⁷ ‘Healing environment’, zie bijvoorbeeld <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/impact-of-the-physical-environment-of-psychiatric-wards-on-the-use-of-seclusion/ECF01A965156AF94A632E8436F13FD9D> en [Healing environment helpt patiënt bij mentale klachten – Psychiatrie in Radboud UMC | RIVM](#)

¹⁸ ‘Formuleer het wederkerigheidsprincipe duidelijker als een inspanningsverplichting voor gemeenten en zorgaanbieders die door de rechter kan worden getoetst.’

deelname door betrokkene aan het maatschappelijk leven. Denk aan het aanpakken van schulden, het regelen van huisvesting of het vasthouden van een plek bij een opleiding. Het is te laat om daar pas mee te starten wanneer een ZM of een (V)CM ten einde loopt. Het resultaat van de inspanningen zou moeten zijn dat betrokkene bij het beëindigen van de voortgezette crisismaatregel of zorgmachtiging volwaardig deel kan nemen aan het maatschappelijk leven.

Samenwerking op dit vlak is daarom tijdens de voorbereiding voor een Wvggz-maatregel al geboden tussen zorgaanbieders en gemeenten en tussen zorgverantwoordelijken en gemeenteambtenaren, uiteraard mits betrokkene toestemming geeft om informatie te delen.

Ook is het van belang om op dit vlak van meet af aan naasten te betrekken door middel van triadisch werken. Als goed voorbeeld kan hiervoor dienen het Maatschappelijk plan dat door Emergis en diverse gemeenten in Zeeland is ontwikkeld¹⁹ en zoals dat ook in Twente al in gebruik is.

MIND pleit ervoor om aanbeveling 54 van de evaluatiecommissie over te nemen, zowel in de fase van het voorbereiden van een ZM (bijvoorbeeld tijdens het opstellen van het zorgplan) als tijdens de uitvoering en de evaluaties van het zorgplan.

d. Inzet van ervaringsdeskundigen en de Active Recovery Triade behandelmethode

In 2013 is het HIC-werkboek uitgebracht, waarin beschreven staat hoe in de ggz High en Intensive Care (HIC) geboden zou moeten worden²⁰. Sindsdien zijn er veel opname-afdelingen en klinieken ingericht als een HIC. In de forensische zorg zijn er Forensische HIC's - de FHIC's. Met behulp van de HIC-monitor, een inmiddels gevalideerd instrument²¹, wordt de modelgetrouwheid van een HIC gemeten. Een van de normen is dat er voor een HIC-afdeling van 20 bedden binnen het team 2 FTE (familie-) ervaringsdeskundigen werkzaam zijn.

De praktijk leert dat de inzet van ervaringsdeskundigen van grote waarde is voor de kwaliteit van de zorg: cliënten stellen zich eerder open wanneer ze weten dat de ervaringsdeskundige 'er ook geweest is' en teams krijgen soms een kijkje in hoe het voor de cliënt is en leren zo van perspectief te wisselen. Ervaringsdeskundigen kunnen ingezet worden in de sociotherapie, wanneer zij een afgeronde opleiding hebben die toegang geeft tot die functie. Ook kunnen zij ingezet worden in de functie van ervaringsdeskundige. Ook dan zijn zij onderdeel van het team. Zij kunnen hun ervaringskennis inzetten in wederzijdse steunbijeenkomsten, in sessies psycho-educatie en in de nabesprekingen van insluitingen in de Extra Beveiligde Kamer (EBK). In zo'n team is ook ruimte en openheid om met elkaar uit te wisselen wat de eigen ervaringsdeskundigheid is: professionals krijgen immers vaak ook in hun leven te maken met psychische klachten, ofwel in hun netwerk of in hun eigen leven. Ook wanneer zij dit niet inzetten in de behandeling, kan het wel goed zijn om dit met elkaar te bespreken: het helpt hen reflecteren op hun professionele handelen. Het helpt ook om de gelijkwaardigheid in de zorgrelatie te blijven zien.

¹⁹ Verdiepingsonderzoek, p. 515 en 516.

²⁰ Zie <https://stichtinghicart.nl/hic/>

²¹ Zie <https://stichtinghicart.nl/hic/audits/>

We zien echter nog grote verschillen tussen FHIC's en HIC's wanneer het gaat om de inzet van ervaringsdeskundigheid. Er zijn zelfs nog HIC's waar helemaal geen ervaringsdeskundigen werkzaam zijn.

MIND pleit ervoor om de inzet van ervaringsdeskundigen te bevorderen, door de betreffende norm van de HIC-monitor op te nemen in de AMvB die wij ten aanzien van accommodaties bepleiten onder paragraaf 4a.

In verband met verbetering van de kwaliteit van zorg willen wij ook wijzen op het belang van de methode Active Recovery Triade (ART), ofwel Actieve Herstel Triade²², die zich richt op de behandeling van mensen met een psychiatrische aandoening die al lang in ggz-instellingen en RIBW's wonen. Ook zij kunnen vallen onder de Wvvgz. ART wil breken met het idee dat er voor deze groepen geen (vorm van) herstel mogelijk is en pleit voor samenwerking tussen drie groepen: cliënten, naasten en hulpverleners. Dit wordt ook wel de driehoek (triade) genoemd. Niet de behandelaars formuleren het hersteldoel, maar de cliënt. Vervolgens worden cliënten gemotiveerd om gebruik te maken van herstelinterventies. Dat herstel kan op verschillende gebieden plaatsvinden: herstel van gezondheid (psychisch en lichamelijk herstel), herstel van identiteit (persoonlijke doelen, relaties, zingeving, herstel van het dagelijks leven (zelfzorg, daginvulling, financiën), herstel van maatschappelijke rollen (activering, werk, opleiding).

ART past daarmee in het bredere verband van specialistische zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, waarin meerdere modellen (Resource Group, Flexibele ACT, IHT, HIC) samen een geheel kunnen vormen. Inmiddels is er ook een gevalideerde ART-Monitor, waarmee de modelgetrouwheid kan worden gecontroleerd²³.

MIND pleit er voor dat in de AMvB, die wij onder paragraaf 4a bepleiten ten aanzien van accommodaties, behalve de norm voor ervaringsdeskundigen ook andere belangrijke normen van de HIC-monitor een plek krijgen, alsmede belangrijke normen uit de ART-monitor.

5. Intensiveren van toezicht en betere registratie

Toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is het sluitstuk van de rechtsbescherming van betrokkenen. MIND heeft eerder samen met Stichting PVP en NLggz aangedrongen op een nadere invulling van persoonsgericht toezicht, zoals beschreven in de huidige MvT.

a. Intensiveren van toezicht

Volgens de huidige MvT is het de bedoeling dat de IGJ met de introductie van de Wvvgz intensiever toezicht zou gaan houden op de toepassing van gedwongen zorg. Op pagina 162 staat:

²² Zie <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/active-recovery-triade/>

²³ Zie <https://stichtinghicart.nl/art/domein/art-monitor/>

“De IGJ zet haar toezicht op de verplichte zorg mede op geleide van de geregistreerde individuele meldingen in (= individueel toezicht). Hiertoe zal de IGJ jaarlijks, aan de hand van vooraf vastgestelde risicocriteria, een aanzienlijk aantal lopende middelen of maatregelen/dwangbehandelingen ter plaatse onderzoeken, met als doel het signaleren en verhelpen van eventuele tekortkomingen in de individuele zorgverlening en met als doel het opsporen van meer beleidsmatige verbetermogelijkheden binnen de ggz-instellingen die de gedwongen zorg toepassen.”

Ook het thematisch toezicht zou worden geïntensiveerd:

“De IGJ houdt via een vaste jaarlijkse thematische ronde toezicht op de verplichte zorg in de GGZ; in het meerjarenbeleidsplan is voorzien in een jaarlijks thema op dit terrein. In het kader van een thematische toezichtronde worden afdelingen van een instelling doorgelicht op de kwaliteit van de verplichte zorg die zij verlenen.”

Uit de verschillende factsheets die de IGJ sinds 1 januari 2020 heeft gepubliceerd, krijgen wij sterk de indruk dat deze beoogde intensivering van toezicht in de sector ggz nog niet van de grond is gekomen.

In 2022 zijn in de ggz 9 FACT/IHT-teams bezocht in het kader van het thematisch toezicht op ambulante gedwongen zorg²⁴. In 2024 publiceerde de IGJ een overzicht van haar toezichtactiviteiten over 2022 en 2023²⁵. Daaruit blijkt dat er in de ggz gedurende deze twee jaren behalve de eerdergenoemde 9 bezoeken geen instellingen zijn bezocht in het kader van toezicht op gedwongen zorg. In de verpleeghuiszorg zijn in die periode 99 toezichtbezoeken afgelegd in het kader van gedwongen zorg en in de verstandelijk gehandicaptenzorg 186.

Het lijkt erop dat de IGJ haar taken de afgelopen jaren niet op de gewenste manier heeft vervuld of heeft kunnen vervullen. In onze ogen zou toezicht op gedwongen zorg in de ggz grote prioriteit moeten hebben voor de IGJ.

MIND dringt erop aan dat de IGJ in de ggz haar toezichttaken in gaat vullen op de manier zoals is beschreven in de MvT. Indien haar hiertoe de middelen of de menskracht ontbreken, dient zij in staat te worden gesteld om deze toezichttaken naar behoren te vervullen.

b. Registreren van gedwongen zorg en aanleveren van deze gegevens aan de inspectie

Over 2021 had slechts 25% van de zorgaanbieders gegevens over toegepaste gedwongen zorg aan de IGJ aangeleverd. In september 2024 publiceerde de IGJ de gegevens over 2021, 2022 en 2023. Van de ggz zijn niet alle gegevens die aangeleverd waren, bruikbaar gebleken. Een selectie van zorgorganisaties in de ggz die gegevens op de juiste manier hebben aangeleverd in zowel 2021, 2022

²⁴ Zie <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2023/04/04/dwang-in-de-ambulante-zorg>

²⁵ Zie <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2024/06/20/grote-verschillen-in-omgang-met-gedwongen-zorg>

als 2023, bestond uit 95 vestigingen van 27 organisaties²⁶. Onvermeld blijft hoeveel organisaties de gegevens niet of niet op de juiste manier hebben aangeleverd.

Om effectief en efficiënt toezicht te kunnen houden op gedwongen zorg, moet de IGJ beschikken over volledige en betrouwbare gegevens. Dit lijkt ons onontbeerlijk.

MIND dringt erop aan dat door alle partijen geïnvesteerd gaat worden in een registratiesysteem, dat voor zorgverleners makkelijk is in te vullen en dat vervolgens op eenvoudige manier aangeleverd kan worden aan de IGJ.

Wij vinden het beslist onwenselijk dat alleen nog maar van bepaalde vormen van gedwongen zorg de duur en/of de frequentie geregistreerd hoeft te worden – en dus niet meer de vormen die vallen onder artikel 3:2, lid 2 e t/m l. Dan is er volstrekt geen zicht meer op *hoe vaak* en *waar* deze vormen van verplichte zorg worden toegepast, kan er geen verantwoording over worden afgelegd en kan een zorgaanbieder daar ook niet op sturen. En de inspectie moet vervolgens toezicht houden op basis van onvolledige gegevens.

MIND pleit ervoor dat ook deze vormen van gedwongen zorg geregistreerd blijven worden. Ook vraagt MIND om aanbeveling 55 van de wetsevaluatie over te nemen en in de gegevens-set onderscheid aan te brengen tussen intramurale gedwongen zorg en ambulante gedwongen zorg.

Artikel 8:24, lid 1 onder m (oud) is geschrapt: voor MIND is het onbegrijpelijk dat gedwongen zorg op grond van Hoofdstuk 9 niet meer geregistreerd hoeft te worden. Wellicht is hier sprake van een vergissing.

MIND pleit ervoor om de registratieplicht van gedwongen zorg op grond van Hoofdstuk 9 te behouden.

c. Concretere eisen aan begrijpelijkheid en toegankelijkheid van informatie

Artikel 2:1, lid 5 (nieuw) schrijft voor dat bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van gedwongen zorg betrokkene op een voor hem/haar begrijpelijke wijze moet worden geïnformeerd.

Wij vragen ons af of dit voorschrift voldoende waarborgt dat betrokkene de besluiten, informatiebrieven, beschikkingen, instrumenten en zorgplannen echt begrijpt. Het is volgens ons noodzakelijk om in de wet concrete eisen te stellen aan de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van de informatie, bijvoorbeeld in taal op B1-niveau, met een logische structuur.

Juridische details kunnen separaat beschikbaar worden gesteld voor wie daar behoefte aan heeft, bijvoorbeeld via een QR-code of een link in de eenvoudige versie. Dit sluit aan bij werkwijzen zoals bij AKWA GGZ, waar altijd een cliëntenversie van standaarden beschikbaar is. Een duidelijke wettelijke verankering van begrijpelijke taal en structuur draagt wezenlijk bij aan het doel van de wet:

²⁶ <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-registratie-gedwongen-zorg/geestelijke-gezondheidszorg#anker-7-verantwoording-cijfers>

het bevorderen van de rechtsbescherming, van de eigen regie en samen beslissen met cliënten en hun netwerk.

MIND pleit ervoor om in de wet concretere eisen te stellen aan de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van informatie die aan betrokkene (en diens naasten) wordt verstrekt.

In dat kader stellen wij voor om in het “Toetsingskader verplichte zorg” van de IGJ een norm op te nemen waarbij wordt getoetst of informatie aan cliënten daadwerkelijk begrijpelijk is opgesteld. In dit Toetsingskader kan tevens de norm worden toegevoegd dat zorgaanbieders minimaal jaarlijks de communicatie-uitingen over gedwongen zorg voorleggen aan de cliëntenraad of een cliëntenpanel en aan de familie/naastbetrokkenenraad voor feedback.

6. Insluiten: voorstel voor een verbod op eenzame opsluiting

Insluiten is een van de vormen van gedwongen zorg die in artikel 3:2 van de wet genoemd worden. Deze overkoepelende, neutraal klinkende term verwijst naar verschillende vormen van eenzame opsluiting die in de ggz toegepast worden: opsluiting in een separeerruimte; opsluiting in een afzonderingsruimte; opsluiting in een andere ruimte, zoals een Intensive Care Unit (ICU) - waar deze open ruimte eigenlijk niet voor bedoeld is -; opsluiting op de eigen slaapkamer van de afdeling; opsluiting in de eigen woning. De term insluiten verwijst ook naar insluiting in een Extra Beveiligde Kamer (EBK), waarbij volgens de norm van het Werkboek HIC de patiënt geen moment alleen wordt gelaten en er één-op-één-begeleiding is door de verpleegkundige of sociotherapeut die in een ruimte naast de EBK verblijft²⁷.

Van alle vormen van eenzame opsluiting, met name separatie en afzondering, is al lange tijd bekend hoeveel schade dit doet aan de mentale en lichamelijke gezondheid van de cliënt. Het leidt vaak tot extra trauma's, terwijl de cliënt in zo'n situatie juist zorg en nabijheid nodig heeft. De sector is zich bewust van de schadelijkheid van eenzame opsluiting en spant zich al sinds 2002 in om het separeren en afzonderen terug te dringen. Diverse projecten zijn opgezet om alternatieven te ontwikkelen en escalaties te voorkomen.

Omdat het ondanks alle inspanningen nog onvoldoende lukte om het separeren en afzonderen verder terug te dringen, hebben in 2016 veertien ggz-instellingen een manifest ondertekend om op 1 januari 2020 de separeer “in het museum bij te zetten”; het zgn. “Dolhuysmanifest”²⁸.

Helaas is het ook na 1 januari 2020, met de inwerkingtreding van de Wvggz, niet gelukt om het aantal eenzame opsluitingen naar beneden te brengen. Het aantal en de duur ervan zijn zelfs gestegen, zo laten de cijfers van de IGJ in september 2024 zien²⁹.

MIND vindt het schokkend om te zien dat het toepassen van gedwongen zorg en het eenzaam opsluiten in de ggz sinds de inwerkingtreding van de Wvggz niet is afgenomen -nota bene een van de hoofddoelen van de wet-, maar juist is *toegenomen*.

²⁷ Werkboek HIC, 2013, p.63.

²⁸ <https://museumvandegeest.nl/wp-content/uploads/2017/06/Dolhuys-Manifest-separeervrij-juni-2016.pdf>

²⁹ <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-registratie-gedwongen-zorg/geestelijke-gezondheidszorg>

MIND wil dat met name eenzame opsluiting, na meer dan 23 jaar van inspanningen van de sector ggz om separeren en afzonderen te verminderen, echt substantieel en structureel teruggedrongen gaat worden. MIND wil de sector stimuleren om de goede voorbeelden na te volgen.

Een verbod op het gebruik van separeer-en afzonderingsruimtes zien wij ook als een logische stap, zoveel jaren na de inwerkingtreding van de Veldnorm Insluiting in 2013. Met deze veldnorm was nieuwbouw van separeer- en afzonderingsruimten al niet meer toegestaan. De veldnorm beschrijft waar een EBK bouwkundig gezien aan moet voldoen en is bijna tegelijkertijd gepubliceerd met het Werkboek HIC, met de bovengenoemde zorginhoudelijke norm van één-op-één-begeleiding voor een cliënt die is ingesloten in een EBK.

Volgens ons is die toekomst nú en is het de hoogste tijd om het gebruik van separeer- en afzonderingsruimten bij wet te verbieden.

³⁰ Verdiepingsonderzoek, p. 489 t/m p. 559.

Zie ook onze position paper 'Stop eenzame opsluiting in de ggz':

³² https://mindplatform.nl/nieuws/petitie-stop-eenzaame-opsluiting-namens-18-498-mensen-aangeboden?_gl=1*19xx369*_up*MQ..*_ga*MTGxMTU2MDMzOS4xNzQ3NjQ4Mzg4*_ga_ESNZW2EJ32*_czE3NDc2NDgzODgkbZEkZzEkdDE3NDc2NDgzOTEkaiAkBDakaDA.

24

Daarnaast pleiten wij ervoor om in de Regeling verplichte ggz de vormen ‘insluiten in een separeerverblijf’ en ‘insluiten in een afzonderingsruimte’ te schrappen, of aan te kondigen op welke termijn deze vormen geschrapt gaan worden.

Insluiting in een EBK of op de eigen kamer mag wat MIND betreft slechts in uiterste nood, voor de veiligheid van cliënt, medecliënten en medewerkers worden toegepast en zo kort als mogelijk. Bovendien zal de sector moeten sturen op het terugdringen van ook deze vormen van insluiting.

Wij kunnen ons voorstellen dat een overgangsperiode nodig is om de sector te laten wennen aan een wettelijk verbod. In dat geval biedt het “Toetsingskader terugdringen insluiting” van de IGJ van maart 2025³⁴ wat ons betreft te weinig soelaas voor volwassen cliënten die worden ingesloten. Door de norm van elk uur een contactmoment en elk half uur face-to-face-contact via het raam is zo’n insluiting volgens ons nog steeds een eenzame opsluiting. Dit geldt ook voor cliënten die verblijven op een Forensische HIC-afdeling (FHIC) en die ingesloten zijn in een EBK: voor insluitingen aldaar is de norm voor volwassenen uit dit Toetsingskader overgenomen.³⁵

Het Toetsingskader bevat al wél een norm voor permanente begeleiding van cliënten onder de 18 jaar die ingesloten zijn: *“Patiënten onder de 18 die ingesloten zijn, worden permanent begeleid door een verpleegkundige of sociotherapeut. Met permanente begeleiding is bedoeld dat een verpleegkundige of sociotherapeut permanent beschikbaar moet zijn voor contact en zichtbaar is (in de voorruimte)”*³⁶.

MIND pleit ervoor om in een eventuele overgangsperiode de norm voor minderjarigen uit het “Toetsingskader terugdringen insluiting” van de IGJ ook te laten gelden voor cliënten boven de 18 jaar die ingesloten zijn, zodat niemand meer eenzaam opgesloten hoeft te zijn. Deze norm moet dan ook gaan gelden voor cliënten die in een Forensische HIC verblijven en ingesloten zijn in een EBK.

Hierbij merken we op dat een wettelijk verbod op eenzame opsluiting en het verder terugdringen van insluiten, niet mag leiden tot een stijging van het toepassen van andere vormen van gedwongen zorg of tot het onthouden van zorg aan cliënten met een verhoogd risicoprofiel.

7. Tot slot

Om één-op-één-begeleiding te kunnen geven is voldoende en bekwaam personeel nodig. Om over de gehele linie goede kwaliteit van zorg te bieden en alternatieven voor gedwongen zorg in te zetten, is óók voldoende personeel nodig en moet een team stabiel zijn. De sector ggz heeft echter te kampen met personeelstekorten, juist op de plekken waar de meest complexe en intensieve zorg wordt verleend.

³⁴ <https://www.igj.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/documenten/toetsingskaders/2025/03/05/toetsingskader-terugdringen-insluiting>

³⁵ <https://www.fhic.nl/werkboek-en-monitor>

³⁶ Norm 3.4 van het Toetsingskader terugdringen insluiting.

Wij roepen u daarom op om de sector te ondersteunen bij hun inspanningen om voldoende personeel op te leiden, te werven en te behouden voor de ggz.