

Postbus 405, 2300 AK Leiden

Ministerie van Justitie en Veiligheid,
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Contact	bgd@rivierduinen.nl
Datum	19 mei 2025
Onderwerp	Reactie consultatie Wet verplichte ggz

Inleiding

Namens GGZ Rivierduinen maken wij graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op de voorgestelde wijzigingen van de Wet verplichte ggz (Wvggz). Als uitvoerende instelling binnen de geestelijke gezondheidszorg ervaren wij dagelijks de impact van de wet in de praktijk. Wij onderschrijven het belang van doorontwikkeling van de Wvggz, en zien tegelijkertijd op meerdere onderdelen aanleiding tot het plaatsen van kanttekeningen en aandachtspunten.

Terminologie en registratie

Eén van de meest in het oog springende wijziging is dat 'gedwongen zorg' de nieuwe verzamelterm moet worden voor zowel de Wvggz als de Wzd. Hoewel het streven naar harmonisatie tussen beide wetten begrijpelijk lijkt, achten wij deze wijziging inhoudelijk onverdedigbaar. De aanpassing brengt aanzienlijke implementatielasten met zich mee zonder aantoonbare meerwaarde. Ook sluit de term verplichte zorg beter aan bij de titel van de wet. Overigens vinden wij dat de term 'gedwongen zorg' vaak een negatievere connotatie heeft dan 'verplichte zorg', hoewel dit subjectief is.

Het vervallen van het onderscheid tussen 'locatie' en 'accommodatie' en de daarmee samenhangende registratieplicht kunnen wij goed volgen.

Verzet

Wij steunen de benadering om ook betrokkenen die geen bereidheid tonen, maar evenmin expliciet bezwaar maken, onder het criterium 'verzet' te laten vallen. Tegelijkertijd constateren wij dat deze uitbreiding de interpretatie van het begrip verzet niet eenduidiger maakt. De uitleg van het verzetscriterium is bij uitstek een onderwerp waarover op de werkvloer regelmatig discussie bestaat, mede vanwege het subjectieve karakter en het ontbreken van duidelijke afbakeningscriteria. Wij achten het daarom van belang dat in de uiteindelijke regelgeving of toelichting een nadere concretisering wordt opgenomen om rechtsonzekerheid en uiteenlopende interpretaties in de praktijk te voorkomen.

Eigen regie instrumenten

Wij onderschrijven het uitgangspunt dat betrokkenen zoveel mogelijk regie over hun eigen behandeling moeten behouden. Instrumenten zoals zelfbindingsverklaringen, zorgkaarten en wilsuitingen kunnen daarbij een waardevolle rol vervullen. Wij constateren dat ervoor is gekozen het aantal instrumenten voor eigen regie niet te beperken. Tegelijkertijd wordt de verplichte opstelling

van een eigen plan van aanpak bij de aanvraag van een zorgmachtiging losgelaten. Dit roept vragen op over de precieze status van het plan van aanpak en de verhouding tot reeds bestaande eigen regie-instrumenten.

Wij pleiten ervoor om wettelijk vast te leggen dat op bepaalde momenten aandacht moet zijn voor het vastleggen van wensen en voorkeuren van de betrokkene, zónder dwingend voor te schrijven in welke vorm dat moet gebeuren. Of dit nu gebeurt via een zorgkaart, crisiskaart, eigen plan van aanpak of signaleringsplan, zou aan de betrokkene (en eventueel betrokken naasten) moeten worden overgelaten. Vanuit zowel professionals als betrokkenen klinkt de roep om meer overzicht en minder terminologische en inhoudelijke versnippering: het huidige aanbod van formats en benamingen wordt als overdadig en verwarrend ervaren. Bovendien is lang niet altijd duidelijk waarin de verschillende instrumenten van elkaar verschillen.

Zelfbindingsverklaring

De voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden rondom de zelfbindingsverklaring, inclusief een verkorte rechterlijke procedure, biedt kansen voor het tijdig bieden van passende zorg waarbij er meer rekening wordt gehouden met de wensen van betrokkene.

Hoewel de voorgestelde verkorte procedure kansen biedt voor snellere inzet van tijdelijke verplichte zorg op basis van een zelfbindingsverklaring, hebben we ook een kritische kanttekening. In de voorgestelde procedure is voorafgaand aan de inzet van tijdelijke verplichte zorg een medische verklaring vereist. Dit vormt een belemmering voor het direct kunnen handelen in acute situaties. Juist in het kader van de zelfbindingsverklaring, waarbij voorafgaand instemming van betrokkene is vastgelegd om crisissituaties te voorkomen of beheersbaar te houden, is het ontbreken van een mogelijkheid tot acute inzet van zorg problematisch. Deze beperking verkleint de praktische toepasbaarheid van de zelfbindingsverklaring in spoedsituaties en zal naar verwachting leiden tot een kleinere doelgroep die daadwerkelijk van deze route gebruik kan maken. Dit doet afbreuk aan het beoogde preventieve karakter en de waarde van de zelfbindingsverklaring als alternatief voor een reguliere zorgmachtiging (op eigen verzoek).

Informatievoorziening aan patiënten

De beoogde verruiming van de informatieplicht, met nadruk op maatwerk en afstemming op het juiste moment, is vanuit patiëntenperspectief begrijpelijk en in beginsel wenselijk. Tegelijkertijd brengt het loslaten van vaste termijnen en het invoeren van subjectieve criteria zoals 'de juiste timing' juridische onduidelijkheid met zich mee. In het kader van rechtsbescherming en het klachtrecht van betrokkene achten wij het van groot belang dat in de wet ten minste duidelijke minimale vereisten worden vastgelegd.

Daarnaast willen wij opmerken dat een deel van de verwarring bij betrokkenen voortkomt uit de vaak complexe en juridisch-technische inhoud van schriftelijke kennisgevingen. Heldere communicatie is essentieel, maar mag niet worden vervangen door onduidelijke normering.

Het voorbeeld in de memorie van toelichting (p. 10), waarin wordt gesuggereerd dat de informatie beter kan landen wanneer de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) de betrokkene persoonlijk opzoekt in de separeerruimte, overtuigt in dit verband niet. Een belangrijk doel van de schriftelijke kennisgeving is juist het informeren van betrokkene over diens recht op bijstand van een pvp. Zonder voorafgaande schriftelijke informatie is onduidelijk hoe de pvp tijdig op de hoogte zou kunnen zijn van het feit dat ondersteuning nodig is of gewenst wordt.

Wij pleiten daarom voor behoud van een minimale schriftelijke informatieplicht op vastgestelde momenten, aangevuld met mondelinge toelichting en maatwerk waar mogelijk — maar niet ter vervanging van formele waarborgen.

Harmonisatie Wvggz en Wzd

De introductie van de gemeenschappelijke crisismaatregel achten wij absoluut geen wenselijke ontwikkeling. Hoewel het streven naar harmonisatie tussen de Wzd en Wvggz op zichzelf begrijpelijk is, voorzien wij in de praktijk aanzienlijke risico's. Wij vrezen dat patiënten afkomstig uit de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg daardoor sneller op ggz-afdelingen zullen worden geplaatst, terwijl deze voorzieningen niet toegerust zijn op hun specifieke zorgbehoeften. Op dit moment functioneert de zogenaamde 'filterfunctie aan de poort' naar tevredenheid en zien wij dan ook geen aanleiding om dit anders vorm te geven.

De voorgestelde maatregel houdt onvoldoende rekening met de noodzakelijke deskundigheid, zorginhoudelijke vereisten en veiligheid op de afdelingen. De bijzondere expertise die nodig is om kwetsbare groepen adequaat te ondersteunen, ontbreekt in veel ggz-instellingen, wat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van zowel cliënten als medewerkers onder druk zet.

Daarnaast constateren wij dat het voorstel onvoldoende ingaat op de bestaande capaciteitsproblemen binnen de verschillende sectoren. Zonder duidelijke randvoorwaarden dreigt de gemeenschappelijke crisismaatregel niet te leiden tot een snellere of betere zorgplaatsing, maar vooral tot een verplaatsing van kwetsbare patiënten naar niet passende voorzieningen.

Het invoegen van een escalatiemogelijkheid zoals opgenomen in artikel 7:2b Wvggz wekt de indruk dat hiermee praktische knelpunten in de uitvoering van crisismaatregelen worden opgelost. In de praktijk blijkt dit echter een illusie. De afgelopen jaren is in voorkomende gevallen gebruikgemaakt van het huidige artikel 34 Wzd, maar zonder enig aantoonbaar effect – burgemeester en IGJ verwijzen simpelweg terug. Vergelijkbare ervaringen horen wij terug uit andere regio's. De bepaling functioneert in feite als een dode letter.

Het terugplaatsingsprobleem afdoen met de aanbeveling om 'goede ketenafspraken' te maken in de regio, achten wij ontoereikend en weinig realistisch. Structurele problemen vragen om structurele oplossingen. Wij adviseren dan ook dringend om af te zien van de invoering van de gemeenschappelijke crisismaatregel in deze vorm.

De voorgestelde invoering van artikel 8:20a Wvggz, waarmee Wzd-zorg kan worden verleend vanuit een Wvggz-accommodatie, beoogt uitplaatsingsproblemen te verlichten, maar biedt daarvoor geen werkelijke oplossing en brengt aanzienlijke risico's met zich mee. In de praktijk leidt tijdelijke plaatsing in een ggz-instelling zelden tot latere herplaatsing naar passende Wzd-zorg. Patiënten blijven langdurig op de verkeerde plek, waardoor ongeschikte zorg geleidelijk genormaliseerd raakt. Ggz-voorzieningen zijn doorgaans niet ingericht op de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie, wat resulteert in kwaliteitsverlies, overbelasting van personeel en vervaging van het onderscheid tussen de Wvggz en de Wzd.

Daarbij ontstaat op afdelingen waar beide doelgroepen verblijven ook rechtsongelijkheid: het zorgplan op basis van de Wvggz wordt rechterlijk getoetst, terwijl dat onder de Wzd niet gebeurt. Dit leidt tot onduidelijkheid over rechtsbescherming, verantwoordelijkheden en klachtprocedures, en tast de rechtspositie van patiënten aan.

Het vermengen van juridische kaders is geen oplossing. Wat nodig is, is structurele inzet op voldoende en passende Wzd-capaciteit.

Artikel 8:9

De belangrijkste voorgestelde wijziging in artikel 8:9 betreft het vervallen van de instemmingsverplichting van de geneesheer-directeur indien de zorgverantwoordelijke geen psychiater is. Voortaan volstaat het dat de geneesheer-directeur een afschrift ontvangt van het besluit van de zorgverantwoordelijke.

Wij kunnen ons vinden in het uitgangspunt dat het niet langer noodzakelijk is dat de geneesheer-directeur actief instemt met ieder afzonderlijk besluit. Tegelijkertijd achten wij het essentieel dat er de

mogelijkheid is tot (consultatief)overleg met een psychiater voordat tot uitvoering van verplichte zorg wordt overgegaan.

Naast het vervallen van de instemmingsvereiste bevat artikel 8:9 Wvggz een tweede ingrijpende wijziging: bij een ononderbroken en ongewijzigde voortzetting van een vorm van verplichte zorg is geen nieuw besluit meer vereist. Wij juichen het verminderen van administratieve lasten van harte toe. Vooral wanneer een zorgmachtiging aansluit op een (machtiging tot voorgezette) crisismaatregel is het zeer wenselijk niet opnieuw een 8:9-besluit te hoeven uitreiken. Desalniettemin vinden wij het ook belangrijk om aandacht te houden voor een belangrijk neveneffect: deze wijziging kan het klachtrecht van de betrokkene aanzienlijk uithollen bij langdurige toepassing van verplichte zorg. Onder het huidige regime vormt elk nieuw besluit over verplichte zorg een nieuw aanknopingspunt voor het indienen van een klacht (artikel 10:3 sub f). Als dergelijke besluitvorming achterwege blijft bij voortgezette zorg, bestaat het risico dat een patiënt langdurig — soms meerdere jaren — gebonden blijft aan een eerder genomen besluit, zonder formeel moment van heroverweging of mogelijkheid tot bezwaar. Dit ondermijnt de rechtsbescherming en belemmert de toegang tot effectieve toetsing van voortgezette ingrijpende maatregelen.

Wij stellen daarom voor om in de wet op te nemen dat bij langdurige, ononderbroken verplichte zorg – bijvoorbeeld na één of twee jaar – betrokkene periodiek toegang moet krijgen tot de klachtencommissie, ook zonder een nieuw besluit.

Overplaatsingen en beëindiging verplichte zorg

De nieuwe voorgestelde regeling voor overplaatsingen kunnen wij goed volgen.

Wederkerigheidsbeginsel

Wij onderschrijven van harte het belang dat op meerdere momenten in de Wvggz aandacht wordt gevraagd voor het wederkerigheidsbeginsel — niet alleen bij de aanvraag van een zorgmachtiging, maar ook bij beëindiging van verplichte zorg. De voorgestelde invoering van artikel 8:21a, waarin de geneesheer-directeur verplicht wordt om bij beëindiging van verplichte zorg melding te doen aan de gemeente wanneer essentiële maatschappelijke voorwaarden ontbreken, is in dat licht een sympathiek en op zichzelf waardevol uitgangspunt.

De huidige formulering behelst echter uitsluitend een meldplicht aan de kant van de ggz, zonder een corresponderende inspanningsverplichting aan de kant van de gemeente. Daarmee dreigt deze bepaling in de praktijk weinig op te leveren, zeker in situaties waarin de betrokkene na afloop van de verplichte zorg geen ggz-behandeling meer ontvangt en het initiatief dus niet meer bij de zorgaanbieder ligt. Een enkele melding, zonder vastgelegde afspraken over opvolging, borging of overdracht, leidt niet automatisch tot adequate ondersteuning.

Het risico bestaat dat deze meldplicht verwordt tot een symbolische handeling, met verhoogde administratieve belasting maar zonder structurele meerwaarde voor de betrokkene. Wij pleiten daarom voor een meer wederkerige benadering, waarbij ook van gemeenten expliciet een inspanningsverplichting wordt verwacht om signalen vanuit de ggz op te volgen. Alleen dan ontstaat de stevige, structureel verankerde samenwerking die in de praktijk nodig is om de continuïteit van zorg én maatschappelijke inbedding van mensen na verplichte zorg daadwerkelijk te verbeteren.

Wilsbekwaamheid

Wij kunnen de vereenvoudiging van de regeling rondom wilsbekwaamheid goed volgen. Wel stellen wij vast dat de voorgestelde wetstekst nog altijd verplichte opname bij wilsbekwaam verzet toelaat.

Daarnaast blijft onduidelijk op welke wijze de jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2022:123 en ECLI:NL:HR:2023:1724), waarin is geoordeeld dat de wilsbekwaamheid van betrokkene moet

worden getoetst bij het opstellen van medische verklaring ten behoeve van een zorgmachtiging of crisismaatregel, in de voorgestelde regeling is verwerkt. In de toelichting wordt vermeld dat de beoordeling van wilsbekwaamheid slechts op drie momenten zou hoeven plaatsvinden. Daarmee rijst de vraag in hoeverre deze beperkte invulling verenigbaar is met de lijn die de Hoge Raad heeft uitgezet. Wij achten een nadere toelichting op dit punt wenselijk, mede om te voorkomen dat er onduidelijkheid ontstaat over de geldende rechtspraktijk en de toepasselijkheid van vaste jurisprudentie binnen het nieuwe kader.

De verplichting in artikel 1:3 lid 4 Wvggz om mentorschap (of curatele) aan te vragen voor wilsonbekwame patiënten zonder vertegenwoordiger is in de voorgestelde wetwijzigingen ongewijzigd gebleven. Hoewel wij erkennen dat het instellen van een mentor in sommige gevallen noodzakelijk en wenselijk kan zijn, achten wij de huidige formulering van deze bepaling te dwingend en te weinig ruimte bieden voor maatwerk.

In de praktijk betreft het vaak patiënten die tijdelijk wilsonbekwaam zijn en bij wie binnen afzienbare tijd herstel van beslisbekwaamheid wordt verwacht. Het verplicht aanvragen van mentorschap is in zulke situaties niet alleen onnodig, maar ook onwenselijk. Mentorschap is immers een relatief permanente juridische maatregel, die slechts via een nieuwe rechterlijke procedure kan worden beëindigd. Voor veel betrokkenen wordt het bovendien als zeer ingrijpend ervaren — soms zelfs als meer beperkend dan de kaders van verplichte zorg zelf.

Daarbij komt dat er een landelijk tekort is aan beschikbare mentoren en dat de aanvraagprocedure gepaard gaat met aanzienlijke vertraging en administratieve belasting. Bovendien brengt het hebben van een mentor een financiële belasting voor betrokkenen met zich mee. Dit maakt dat de verplichting in artikel 1:3 lid 4 Wvggz in veel gevallen als disproportioneel en onpraktisch wordt ervaren.

Wij pleiten daarom voor een heroverweging van deze bepaling, met ruimte voor een meer situationele en proportionele afweging, waarbij tijdelijke vormen van ondersteuning of vertegenwoordiging kunnen volstaan zolang de betrokkene geen blijvende behoefte heeft aan mentorschap.

Splitsing zorgvorm a

Wij onderschrijven de keuze om de oorspronkelijke zorgvorm a, zoals opgenomen in artikel 3:2 lid 2, te splitsen in twee afzonderlijke zorgvormen. Deze verduidelijking draagt bij aan een meer precieze duiding van het type zorg dat binnen het kader van verplichte zorg kan worden toegepast.

Wij vragen echter aandacht voor een verschil in formulering tussen de nieuwe onderdelen a en b. Bij onderdeel a is expliciet opgenomen dat deze zorgvorm kan worden ingezet *“ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel ter behandeling van een somatische aandoening indien die behandeling belemmerd wordt door die psychische stoornis”*. Deze tekst ontbreekt bij onderdeel b.

Het is onduidelijk waarom dit het geval is. Wij pleiten dan ook voor een eenduidige formulering of, indien bewust gekozen is voor een onderscheid, een nadere toelichting op het verschil in reikwijdte.

Conclusie

Wij spreken onze waardering uit voor het streven naar verbetering van de Wvggz en we zijn verheugd over een aantal voor de voorgestelde wijzigingen. Tegelijkertijd constateren wij dat de voorstellen op meerdere punten nadere verduidelijking, uitwerking en ondersteuning behoeven om daadwerkelijk te leiden tot een versterking van de rechtspositie van patiënten én een werkbare uitvoeringspraktijk.

Wij zijn graag bereid onze ervaringen uit de praktijk verder toe te lichten en denken graag mee over de nadere uitwerking van deze wijzigingen.



Mw. C. Verheijde-Zeijl
Geneesheer-directeur



Mw. A. van Schaik
Bestuurder