

Utrecht, 26 mei 2025

Betreft: Reactie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) op de Internetconsultatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

Geachte mevrouw Agema en heer Karremans,

De NVvP heeft met zeer veel belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wvvgz. In gezamenlijkheid heeft zij een reactie opgesteld met de Nederlandse ggz. Onderliggende reactie moet daarom gelezen worden naast en in aanvulling op de gezamenlijke reactie, met dien verstande dat hier artikelsgewijs en soms meer verdiepend wordt ingegaan op het voorstel tot wijziging.

Algemene reactie

De NVvP is verheugd dat de wetswijzigingen op enkele onderdelen een grote verbetering in zal houden. Hierbij doelen we in het bijzonder op verbeteringen rondom de interne overplaatsing ex art.8:16 Wvvgz, de verlichting ten aanzien van aanleververplichtingen richting de Inspectie, dat mogelijk wordt gemaakt om voorafgaand aan de ZM op grond van een zelfbindingsverklaring te starten met de verplichte zorg, dat aan OFZ-patiëntengroep ook tijdelijk verplichte zorg o.g.v. hoofdstuk 9 kan worden verleend en dat de GD nu zelf de voorbereidingsprocedure voor het verzoekschrift ZM kan starten en tot slot, ook zeer positief vinden wij het dat het nu mogelijk is om buiten formele voorbereidingsprocedure rondom de ZM het mogelijk is om een Eigen Plan van Aanpak op te stellen.

Niettemin hebben we ook vragen en opmerkingen over bovenstaande en andere onderwerpen in de voorgestelde wet. Wij zijn hiertoe gekomen na een uitvoerige uitvraag door de Commissie Wet- en Regelgeving onder leden en specifiek de volgende afdelingen en platforms die onderdeel zijn van de NVvP: de Afdeling Geneesheer-Directeuren, de Afdeling Forensische Psychiatrie, de Afdeling Ouderenpsychiatrie, het Platform Psychiatrie en Verstandelijke Beperking en tot slot het Platform Acute en Sociale Psychiatrie.

Door hen te betrekken hebben we grondig stil kunnen staan bij de voor de NVvP zeer belangrijke onderwerpen, die hierna kort worden benoemd. Daarnaast hebben we op artikelsgewijs niveau de wet en de voorgestelde wijzigingen bestudeerd op de impact en uitwerking die zij kan hebben op de praktijk van de psychiatrische patiëntenzorg en wat hieraan raakt. In het kader van overzichtelijkheid hebben we deze onderwerpen op chronologische volgorde opgenomen onder **deel 2: Artikelsgewijze opsomming**”.

Opvallende punten:

- **Samenloop Wvvgz en Wzd**

De NVvP is geen voorstander van de voorgestelde wijzigingen zoals die nu in beide wetsvoorstellen zijn neergelegd. We vinden dat samenwerking tussen psychiatrie (GGZ), psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg is een groot goed is maar dat de wetten hieraan ondersteunend dienen te zijn, wat onzes inziens onvoldoende wordt geborgd in de huidige voorstellen. Ons standpunt en onderbouwing ervan vindt u verder in de beantwoording van de consultatievraag samenloop Wzd én in de artikelsgewijze opsomming.

- **Gezamenlijke crisismaatregel**

De NVvP is absoluut geen voorstander van de voorgestelde samenvoeging van de crisismaatregel en de voortgezette crisismaatregel. Wij vrezen dat de gezamenlijke crisismaatregel en voortgezette crisismaatregel onbedoeld zal zorgen voor een verslechtering van de positie van de patiënt, meer onduidelijkheid voor zowel de patiënt als betrokken professionals en onnodige toename in complexiteit en

extra administratieve lastenverzwaring. Ons standpunt en onderbouwing ervan vindt u verder in de beantwoording van de consultatievraag samenloop Wzd én in de artikelsgewijze opsomming.

- **Loslaten vier-ogenprincipe van artikel 8:9 Wvggz**

De NVvP kan zich in beginsel vinden dat niet langer wettelijk verplicht wordt gesteld dat te allen tijde moet worden afgestemd met een GD wanneer de zorgverantwoordelijke geen psychiater is. Evenwel achten wij het wel noodzakelijk dat betrokkenheid van een psychiater geborgd is bij het nemen van het besluit tot de uitvoering van verplichte zorg, vanwege de aard en complexiteit ervan. Ons standpunt en onderbouwing ervan vindt u in de artikelsgewijze opsomming bij artikel 8:9 Wvggz.

- **Wijziging terminologie**

De NVvP is geen voorstander van de beoogde wijziging in terminologie die de samenloop tussen beide wetten zou ondersteunen. Wij vrezen voor kostenverzwaring, extra regeldruk en administratieve belasting, meer onduidelijkheid in de uitvoering (ook tussen beide regimes) maar bovenal hechten we eraan te benadrukken dat we menen dat van de term 'gedwongen' een stigmatiserende werking uitgaat. Ons standpunt en onderbouwing ervan vindt u in de artikelsgewijze opsomming onder artikel 1:1.

- **Werkdagen**

De NVvP ziet graag dat in de Wvggz daar waar wordt gesproken van 'dagen', dit gewijzigd wordt in werkdagen. Hiermee wordt voorkomen dat een titel/grondslag om 00:00 uur vervalt na het weekend en/of erkende feestdag terwijl het niet mogelijk is om voor bijvoorbeeld externe partners (zoals de Officier van Justitie) direct aan te vangen met de wettelijk vereiste procedurele stappen. Het wijzigen van de term 'dagen' in 'werkdagen' zou dit probleem ondervangen.

I. Beantwoording consultatievragen bij het Wetsvoorstel Evaluatiewet Wet verplichte ggz (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd)

Consultatievraag Wvggz Wilsbekwaamheid

Door het verplaatsen van de wettelijke wilsbekwaamheidstoets naar het moment van daadwerkelijke start van verplichte zorg sluit de procedure niet alleen beter aan bij de geest van de wet, maar ook is deze verandering inhoudelijk (medisch-psychiatrisch) goed te verantwoorden. Het past bijvoorbeeld beter bij de manier waarop de Wgbo omgaat met wilsbekwaamheid. Doordat het moment van toetsing dan aansluit op het moment dat het inhoudelijk daadwerkelijk van toepassing is zou de feitelijke beoordeling beter geborgd moeten zijn dan in de huidige situatie. Hoogstens is er dan geen sprake meer van een rechterlijke toets, en is het aan de zorgverantwoordelijke om zich kritisch en reflectief op te stellen. Het klachtrecht en het interne toezicht door de geneesheer-directeur zijn onzes inziens voldoende om de kwaliteit van deze toets hoog te houden.

De NVvP vraagt evenwel extra aandacht dat het huidige onderscheid wat wordt gemaakt in art. 8:9 lid 3 Wvggz (te weten het onderscheid tussen verplichte opname en de andere vormen van verplichte zorg) dient te verdwijnen als artikel 1:5 Wvggz vervalt.

Consultatievraag samenloop Wvggz/Wzd en crisismaatregel

De NVvP meent dat de voorstellen zoals die nu zijn neergelegd in beide wetsvoorstellen, niet voldoende bijdragen dat iemand tussen wal en schip valt en sterker nog, dat vanwege de toegenomen complexiteit ervan, juist zorgen voor een verslechtering. Hieronder gaan we eerst in op enkele algemene punten, waarna we ingaan op de situatie rondom de gemeenschappelijke crisismatregel (1), uitvoeren Wzd-zorgplan (2) en de impact van samenloop op toezicht, verantwoordelijkheid en uitvoering (3)

Algemene punten

Uit de Algemene Memorie van Toelichting is op te maken dat beide wetsvoorstellen wijzigingen beogen om onder meer de uitvoering van en de samenloop tussen beide wetten te verbeteren, zodat mensen op de best passende plek zorg kunnen krijgen. Hiertoe wordt in het wetsvoorstel Wvvggz zowel wijzigingen aangebracht in het regime ten aanzien van de crisismaatregel (die dan voor gedrag wat ontstaat *als gevolg van een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap*, dan wel een combinatie hiervan) kan worden afgegeven (1), dan wel wijzigingen die meer spelen ten aanzien van het uitvoeren van het zorgplan en/of tijdelijke overplaatsing vanuit de Wzd naar Wvvggz (2).

De Wzd en Wvvggz zijn wetten met geheel verschillende uitgangspunten. Daar waar de Wzd enkel voor onvrijwillige opname en verblijf een rechterlijke machtiging vereist die dan ook zal moeten worden uitgevoerd, is verplichte opname binnen de Wvvggz slechts één van de vormen van verplichte zorg, waarbij geldt dat voor alle vormen een titel noodzakelijk is (CM, vCM en de ZM). Een afgegeven titel *legitimeert*, maar *verplicht* echter geenszins tot het leveren van verplichte zorg. Een RM legitimeert tot opname in een Wzd -accommodatie en zal dan ook na afgifte moeten worden uitgevoerd. En zelfs nu de beoogde gezamenlijke crisistroute voor de Wzd maakt dat voortaan ook de CM en vCM alle vormen van gedwongen zorg kunnen inhouden, dan ontbreekt vervolgens alsnog een besluitvormingsmoment om na te gaan of de CM dan wel vCM wel daadwerkelijk hoeven te worden ingezet (zoals dat wel onder de Wvvggz noodzakelijk is). Dit verschil is in strijd met het systeem van de Wvvggz, waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen de titel en de daadwerkelijke uitvoering van de in de machtiging opgenomen zorgvormen.

Daarnaast kent het Wzd-zorgplan dat een vanuit juridisch en medisch inhoudelijk oogpunt beschouwd, per definitie een andere rol dan het zorgplan in de Wvvggz: hier komt geen voorafgaande rechterlijke toets aan ten grondslag en de uitvoering ervan is per definitie anders geregeld dan in de Wvvggz. Het zorgplan als bedoeld in de Wzd, dat mogelijk ook onvrijwillige zorg omvat, uitvoeren in een accommodatie waar een geheel ander 'regime' geldt voor de verlening van verplichte zorg werpt juridische vragen op met betrekking tot de rechtspositie van cliënt. Het is goed om op te merken dat van professionals werkzaam binnen de ggz (te?) veel wordt gevraagd wanneer óók de deskundigheid die noodzakelijk is voor de uitvoering van de Wzd, zeker t.a.v. het zorgplan, nodig zal zijn in hun werkzaamheden. Niet zonder reden kiezen zorgaanbieders er doorgaans niet voor om beide (complexe) regimes uit te voeren.

1. De Crisismaatregel en de (machtiging tot) Voortzetting van de Crisismaatregel

Wij hebben grote inhoudelijke en praktische bezwaren om voortaan één gezamenlijke crisismaatregel en gezamenlijke machtiging tot voortzetting van die crisismaatregel in beide wetten op te nemen. Anders dan wordt beoogd, zorgt deze wijziging juist voor het vergroten de complexiteit ten aanzien van de uitvoering, waarbij geenszins de problemen rondom goede en veilige doorstroom vanuit de vCM naar het minder acute gedwongen kader worden weggenomen.¹

Navraag leert dat ook de branche- en beroepspartijen die de Wet zorg en dwang uitvoeren, geenszins voorstander zijn van de beoogde samenvoeging.

➤ *Onze vraag is dan ook welk probleem met de beoogde voorstellen wordt opgelost?*

Impact kwaliteit en veiligheid zorg

De samenvoeging heeft aanmerkelijke invloed op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

- Bij een gebrek aan voldoende crisisbedden die toegespitst zijn op de VG en PG, dan is er een aanzienlijk risico op (uit)plaatsingsproblematiek.
- Zo wordt een lbs niet altijd direct ten uitvoer gelegd, en leert de praktijk dat buiten kantooruren plaatsing met lbs niet altijd mogelijk is. Praktische plaatsingsproblemen zorgen er dus voor dat personen met een primaire Wzd-zorgbehoefte onnodig lang in de ggz verblijven.

- Ook is er geen equivalent van artikel 8:9 Wvggz (het besluitvormingsproces om zo over te kunnen gaan tot het inzetten van de verplichte zorg) ten aanzien van de crisismaatregel die op grond van de Wzd is afgegeven.
 - Dit betekent aldus dat de inhoud van de crisismaatregel (die voortaan dan ook alle vormen van gedwongen zorg kan bevatten) bij een persoon met een verstandelijke handicap, psychogeriatrische aandoening en/of een combinatie ervan, altijd zal worden uitgevoerd. Bij een persoon bij wie diens gedrag ten gevolge van een psychische stoornis ernstig nadeel (kan) veroorzaken, zal er echter altijd een artikel 8:9 Wvggz-besluitvormingsprocedure moeten worden doorlopen alvorens de verplichte zorg daadwerkelijk mag worden verleend.
 - Cliënten verblijven dan onnodig lang met een crisisplaatsing binnen de ggz, waarbij weliswaar voorzien van een bed en toezicht waardoor geborgd kan worden dat er niet langer risico bestaat op ernstig nadeel, maar de onderliggende problematiek wordt mogelijk niet voldoende adequaat behandeld worden waardoor er vermijdbaar langduriger inzet van onvrijwillige/verplichte zorg nodig is dan wanneer er wel een passend behandel en ondersteuningsaanbod geleverd kan worden.
 - De samenvoeging van de IBS en CM is aldus niet helpend om ervoor te zorgen dat een betrokkene/cliënt op de juiste plek terechtkomt en brengt wel nadelige effecten met zich mee voor de cliënt alsook de ggz.
- De NVvP verzoekt dan ook om het vormgeven van één en dezelfde crisismaatregel voor de Wvggz en de Wzd in te trekken.

2. **Uitvoering zorgplan en tijdelijke overplaatsing**

De NVvP heeft ook inhoudelijke en praktische bezwaren tegen de mogelijkheid het Wzd-zorgplan tijdelijk in een Wvggz-accommodatie te kunnen uitvoeren op de wijze hoe het nu wordt voorgesteld (art. 8:20a Wvggz jo. 48b Wzd).

- Hoe werkt het proces wanneer er een zorgplan moet worden uitgevoerd bij iemand die niet al verblijft in een Wzd-accommodatie? Immers maakt de Wvggz het nu alleen mogelijk om personen die via de Wzd opgenomen zijn (met een RM?) tijdelijk op te nemen en gedwongen te behandelen.
- Wat ook nu niet geregeld wordt, en dus niet wordt gemist, is een mogelijkheid voor soepele tijdelijke overgang van de Wvggz naar de Wzd *gedurende* het traject, dus tijdens een lopende zorgmachtiging. Dat kan nu alleen met een IBS opgevangen worden. Navraag bij Wzd-beroepsorganisaties leert dat dit als groot gemis wordt ervaren.

Impact kwaliteit en veiligheid zorg

De wet maakt het mogelijk om tijdelijk gedwongen zorg uit het Wzd-zorgplan te verlenen door een Wvggz-aanbieder, bij personen die reeds verblijven in een Wzd-accommodatie. Dit voor de duur van drie maanden en afwijking is niet mogelijk.

- Onduidelijk is of Wvggz-aanbieders voldoende geëquipeerd zijn om het Wzd-zorgplan uit te voeren en dus goede zorg te verlenen aan de patiënt; het zorgplan is per slot van rekening al opgesteld door Wzd-professionals/actoren.

- Wat als een persoon niet binnen drie maanden weer teruggeplaatst kan worden bij de Wzd-aanbieder? Dan zit iemand onnodig lang binnen de ggz, met alle gevolgen voor de kwaliteit van patiëntenzorg tot gevolg. Immers is ook noodzakelijk voor de zorg aan deze doelgroep (PG en VG) dat er kennis en kunde aanwezig is ten aanzien van de verschillende ontwikkelingsniveaus en het hier passend bij aansluiten om dit mogelijk de goede afwegingen rond effectiviteit, proportionaliteit en subsidiariteit te kunnen maken.

Samenwerking wordt complexer

- De drie maandentermijn is streng. Blijkens de Memorie van Toelichting dient bij afwijken van het Wzd-zorgplan of overschrijding termijn toch een Wvvggz-proces moeten worden gestart; vrees is dat hierdoor het dermate complex wordt gemaakt.
- Dit is bijzonder ongewenst, want straks is er dus de situatie dat een RM tijdelijk wordt omgezet in een ZM, maar er bij nood een Wvvggz-procedure moet worden gestart. Hoe werkt dit precies, ontstaat er een dubbeling in actoren, titels?
- Dit zeker niet bijdragen aan de toepasbaarheid van deze overgang, waarmee terughoudendheid (vanwege procedurele onmogelijkheden) in de rede ligt.
- Er ontstaan ook problemen als iemand niet (gedwongen) verblijft binnen de Wzd. Onduidelijk is of je iemand binnen de Wvvggz mag behandelen via artikel 14 Wzd² (à omdat art. 14 Wzd nergens wordt genoemd in de Wvvggz én in de Wvvggz alleen iets is geregeld t.a.v. personen die met een RM verblijven in de Wzd).

3. Toezicht, uitvoering en verantwoordelijkheid

Samenwerking wordt complexer

Samenwerking tussen psychiatrie (GGZ), psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg is een groot goed, waarbij het noodzakelijk is dat de onderliggende wetten de samenwerking niet nodeloos complexer wordt gemaakt en dat ook de verantwoordelijkheid en de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van Wzd-actoren (zoals de Wzd-functionaris en Wzd-zorgaanbieder) in de Wzd goed worden geborgd en op gelijke wijze worden vastgelegd zoals in de Wvvggz, (waar vergelijkbaar).

- Ook ingewikkeld en extra complex is namelijk dat geen goede overgang mogelijk is wanneer na een vCM een voortzetting van gedwongen opname noodzakelijk blijkt.
- Op het moment dat gedurende een voorbereidingsproces ZM of tijdens de zitting ZM wordt beslist dat gelet op de zorgbehoefte van betrokkene de Wzd voorliggend is, dan is het mogelijk om de ZM-procedure voort te zetten als een RM-procedure (art. 5:15a Wvvggz) dan wel ter zitting het ZM-verzoekschrift te beschouwen (art. 6:1 lid 12 Wvvggz). Echter, in de Wzd wordt niet geregeld dat de noodzakelijke Wzd-actoren (zoals de Wzd-functionaris, Wzd-zorgaanbieder en zorgverantwoordelijke) worden aangewezen.
- Hiermee ontstaat er een voorzienbaar groot probleem ten aanzien van de uitvoering, verantwoordelijkheid en toezicht vanuit de ggz ten aanzien van deze overgang naar de RM.

Rechtsongelijkheid en impact op goede zorg

Conclusie is dat de voorgestelde wijzigingen zorgen voor een juridisch en medisch-ethisch moeilijk te verdedigen onderscheid ten aanzien van de rechtsbescherming en zorgt voor de instandhouding of zelfs vergroting van de rechtsongelijkheid tussen de verschillende doelgroepen. Daarnaast heeft de NVvP grote

zorgen dat de samenloop tot extra (administratieve en andere indirecte) lastenverzwaring zal leiden en daarmee belasting geeft op de uitvoering. Dit terwijl de ggz nu al te maken heeft met een zeer zwaar belast stelsel.

Tot slot is vrees dat de nu voorgestelde samenvoeging van de CM en vCM en de wijze waarop de samenloop op verdere punten is geregeld, negatieve impact heeft op de kwaliteit en veiligheid van patiënten die het betreft.

Consultatievraag Hoofdstuk 9 Wvvgz

De NVvP is zeer verheugd met de voorgestelde wijzigingen. Wel had zij nog de volgende opmerkingen c.q. vragen over hetgeen wordt voorgesteld rondom artikel 9:12 Wvvgz.

- Waarom is artikel 8:11 lid 6 Wvvgz niet van overeenkomstige toepassing verklaard? Hierin wordt immers vastgelegd dat er een informatieverplichting bestaat richting de betrokkene die afschrift krijgt van het besluit én op de hoogte wordt gesteld van de klachtwaardigheid van het besluit, bijstand PVP etc.
- Ook wil zij opmerken dat het wenselijk zou zijn om bij wet te regelen hoe te handelen na de driedagtermijn.

II. Artikelsgewijze opsomming

Dit betreft een artikelsgewijze opsomming waarin de NVvP meer op verdiepend niveau ingaat op de voorgestelde wijzigingen en aangeeft op welke punten het vragen oproept en/of eventueel onwenselijk (wat met redenen omkleed zal zijn).

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Art. 1:1

Lid 1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

1. T. gedwongen zorg: zorg als bedoeld in artikel 3:1 en artikel 3:2, tweede lid;

De NVvP acht de wijziging in terminologie zeer ongewenst. Zorgt voor:

- Stigmatisering en onduidelijkheid. De betekenis en connotatie van de term 'gedwongen zorg' is een heel andere dan 'verplichte zorg' dan wel 'onvrijwillige zorg'.
- Extra regeldruk (zowel t.a.v. de inrichting van de EPD's, informatieproducten, scholings- en voorlichtingsmateriaal etc.)
- Voorgaande brengen ook aanzienlijke kosten, terwijl de wijziging kostenneutraal dient te zijn;
- Onduidelijkheid met betrekking tot de procedures, zie bijvoorbeeld 8:18 lid 1, t.a.v. proces beëindiging gedwongen zorg op basis van een CM en vCM. Over welke doelgroep gaat dit dan precies?

Artikel 1:4 verzet

Lid 5. Indien betrokkene de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt, geen vertegenwoordiger optreedt en betrokkene geen blijk geeft van instemming of verzet, doet de zorgaanbieder een verzoek voor een mentor als bedoeld in artikel 451, tweede lid, van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, en is er sprake van:

- a. instemming, indien betrokkene en de vertegenwoordiger beide instemmen;
- b. verzet, indien betrokkene of de vertegenwoordiger zich verzet, of betrokkene geen blijk van instemming geeft.
 - de NVvP vraagt zich af of voldoende duidelijk is wat het effect gaat zijn van deze wijziging. Blijkens de Memorie van Toelichting (p. 4) wordt met deze wijziging beoogd dat extra rechtsbescherming

komt voor personen die als gevolg van diens lichamelijke of geestelijke toestand niet in staat is om verzet te uiten (bijvoorbeeld door catatonie).

- Echter, de NVvP vraagt aandacht dat zoals het nu onder lid 5 is omschreven, hierbij de reikwijdte aanzienlijk anders zou kunnen zijn dan is beoogd (namelijk dat hier nu ook personen die *wel* in staat zijn om enige blijk te geven van instemming dan wel verzet, maar dit al dan niet bewust *niet* uiten, onder zullen vallen).

Art. 1:5: wilsbekwaamheid

Zie hiervoor punt onder 'consultatievraag Wvvgz Wilsbekwaamheid'.

Hoofdstuk 3. Criteria voor en doelen van gedwongen zorg

Artikel 3:1 Gedwongen zorg is zorg die ondanks verzet als bedoeld in artikel 1:4 kan worden verleend op grond van een:

-Onderdeel g. zorgplan als bedoeld in artikel 10, derde lid, van de Wet zorg en dwang, onder toepassing van artikel 8:20a³

De NVvP acht de uitbreiding van onderdeel g ongewenst: zie hiervoor de opmerkingen die zij heeft gemaakt onder punt 'consultatievraag samenloop'. Verder heeft ook een aantal vragen:

- Waarom wordt er geen koppeling gemaakt met artikel 14 Wzd? Nu lijkt in de Wvvgz alleen een grondslag te worden gegeven voor het uitvoeren van een Wzd-zorgplan bij personen die conform artikel 48b Wzd al dan niet gedwongen verblijven bij een Wzd-aanbieder.
- Hoe kan de GD diens wettelijke taken naar behoren uitvoeren? Onder andere die ten aanzien van het leveren van toezicht op de kwaliteit van de zorg ten aanzien van dit Wzd-zorgplan.

Artikel 3:2

- I. *Gedwongen zorg bestaat uit het:*
 - a. *toedienen van medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel ter behandeling van een somatische aandoening indien die behandeling belemmerd wordt door die psychische stoornis;*
 - b. *toedienen van vocht en voeding, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen die daarmee verband houden,*

De NVvP is verheugd dat er duidelijkheid wordt aangebracht in de voorheen veelomvattende vorm van verplichte zorg onderdeel a. Echter wil zij graag het volgende onder de aandacht brengen:

- door het onderscheid is er in principe meer duidelijkheid wanneer welke vorm zo nodig van toepassing is, echter
- lijkt door de huidige verdeling dat somatische zorg slechts kan bestaan uit sub a, en niet ook uit sub b (vocht en voeding). Immers is in sub a een duidelijke koppeling gemaakt met de behandeling inzake een somatische aandoening en deze koppeling ontbreekt in sub b, waarin het gaat om toediening vocht en voeding. Ongewenste onduidelijk, zeker als je kijkt naar doelgroep behandeling eetstoornisproblematiek.

Hoofdstuk 4. Zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring

Algemene opmerking: op veel plekken in hoofdstuk vier van het voorstel wetswijziging Wvvgz staat beschreven dat aan de criteria van verplichte zorg moet worden voldaan

- Echter: de NVvP wil graag aandacht vragen dat niet altijd voldoende duidelijk is dat de betrokkene zelf aan dient te geven wanneer sprake is van een aanzienlijk risico op ernstig nadeel. Daardoor soms in de praktijk problemen t.a.v. de inzetbaarheid en de werkbaarheid van het inzetten van dit instrument. Zie bijvoorbeeld uitspraak van de Rechtbank Rotterdam van 28 mei 2021 waarin de rechter oordeelt dat gedwongen zorg op basis van de zelfbindingsverklaring niet kan worden gestart omdat op dat moment nog geen sprake is van 'ernstig nadeel' (Rb Rotterdam 10 juni 2021, ECLI:NL:RBROT:2021:5304).

Artikel 4:3

De zelfbindingsverklaring kan tussentijds worden gewijzigd of ingetrokken. Op de wijziging of de intrekking zijn de artikelen 4:1 en 4:2 van overeenkomstige toepassing.

De NVvP wil graag aandacht vragen dat het voor de praktijk problematisch is wanneer er niet langer een zorgrelatie kan worden bestendigd, bijvoorbeeld in geval van verhuizing van een patiënt naar een ander werkgebied verhuisd of zelfs naar het buitenland emigreert. In dergelijke gevallen kan een zelfbindingsverklaring doorlopen, echter kan het in de praktijk niet deugdelijk worden geëffectueerd.

- Oplossing zou zijn om in voornoemde gevallen de zelfbindingsverklaring van rechtswege te laten vervallen, wat dan eventueel door de GD kan worden bepaald/vastgesteld.
- Ook zou zij graag zien dat er een maximering wordt aangebracht ten aanzien van de duur van de zelfbindingsverklaring.
- Hierbij zou gedacht kunnen worden aan een maximering van de termijn voor de duur van vijf jaren. Hiermee zou worden geborgd dat de inhoud voldoende actueel en accuraat blijft.

Artikel 4:9

De officier van justitie deelt zo spoedig mogelijk na ontvangst van het verzoekschrift zijn schriftelijke en gemotiveerde beslissing of voldaan is aan de criteria voor gedwongen zorg mee aan betrokkene, de vertegenwoordiger, de advocaat, de geneesheer-directeur, de zorgaanbieder en de zorgverantwoordelijke.

- Op dit voorgestelde artikel is het volgende aan te merken:

“na ontvangst van het verzoekschrift” moet worden “na ontvangst van het voorstel voor een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring”. De geneesheer-directeur dient geen verzoekschrift in, maar een voorstel voor een zorgmachtiging. De officier van justitie is degene die een verzoekschrift in dient.

Artikel 4:11

1. De zorgverantwoordelijke kan beslissen om voorafgaand aan de afgifte van een zorgmachtiging tijdelijke gedwongen zorg op basis van een zelfbindingsverklaring te verlenen, indien:

- a. een verzoekschrift voor een zorgmachtiging op basis van een zelfbindingsverklaring is ingediend;
- b. ten aanzien van betrokkene sprake is van de omstandigheden als beschreven in de zelfbindingsverklaring; en
- c. wordt voldaan aan de criteria voor gedwongen zorg.

De NVvP verwelkomt de mogelijkheid tot tijdelijke gedwongen zorg op basis van een zelfbindingsverklaring. Hiermee gaat er zo min mogelijk tijd verloren als de criteria uit de zelfbindingsverklaring zich voordoen, om betrokkene de zorg te kunnen verlenen waarvan hij of zij in een eerder stadium heeft vastgelegd te willen ontvangen. Echter wil zij graag het volgende onder de aandacht brengen:

- In het voorgestelde art. 4:11, lid 1, aanhef onderdeel a, is neergelegd dat pas kan worden aangevangen met de tijdelijk verplichte zorg nadat de officier van justitie een verzoekschrift heeft ingediend. Dit betekent in de praktijk dat er alsnog aanzienlijke tijd overheen gaat voordat er kan worden aangevangen met de gedwongen zorg zoals is vastgelegd in de zelfbindingsverklaring door de betrokkene. Dit is onfortuinlijk, nu de ervaring onder de huidige wet is dat vanwege het aanzienlijke tijdsverloop tussen het voordoen van de omstandigheden die leiden tot zo mogelijk ernstig nadeel en het omzetten van de zelfbindingsverklaring in een zorgmachtiging er veelal moet worden teruggegrepen op een CM, hetgeen niet bijdraagt aan de toepasbaarheid van dit mooie instrument.
- Het voorstel van de NVvP is daarom om een soortgelijke procedure te hanteren zoals al bestaat rondom het tijdelijk verlenen van onvoorziene zorg bij een ZM (huidige artikel 8:11 8:12 Wvvgg) waarmee in elk geval spoedig na het voordoen van de omstandigheden die betrokkene beschrijft, kan worden gestart met het verlenen van de noodzakelijke zorg. Door het volgen van soortgelijke principes en procedurele waarborgen die zijn neergelegd in artikel 8:11 en 8:12, wordt ook ondervangen dat het toepassen van de gedwongen zorg op een zorgvuldige wijze zal plaatsvinden en eveneens voor een beperkte duur.

Hoofdstuk 5. Voorbereiden zorgmachtiging

Artikel 5:4

1. *Zodra de officier van justitie ambtshalve of op aanvraag met de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging begint:*
 - a. *wijst hij een geneesheer-directeur aan, voor zover betrokkene nog niet bekend is bij een zorgaanbieder*
 - De NVvP vraagt zich af of voldoende duidelijk is wanneer hier sprake van is. Blijkens de Memorie van Toelichting gaat het ook om personen die vrijwillig in zorg kunnen zijn, maar de wetgever gaat hierbij voorbij aan het feit dat in dergelijke gevallen niet een GD betrokken is/zal zijn (zeker niet in het geval van louter vrijwillige zorg)
 - De NVvP zou dan ook willen voorstellen om onderdeel a als volgt te formuleren: “...wijst hij een geneesheer-directeur aan, voor zover betrokkene geen zorg ontvangt van een zorgaanbieder in de zin van art. 1:1 lid 1 onderdeel w Wvvgg waarbij tevens een geneesheer-directeur in de zin van art. 1:1 lid 1 onderdeel i Wvvgg verbonden is.”
2. *Zodra de geneesheer-directeur door de officier is aangewezen:*
 - d. *verstrekt de geneesheer-directeur de naam en contactgegevens van betrokkene aan de patiëntenvertrouwenspersoon.*
 - De NVvP vreest dat een onbehoorlijke inbreuk op de privacy van betrokkene kan opleveren. Wat indien betrokkene weigert? NVvP vreest voor inbreuk op het medisch beroepsgeheim

Artikel 5:5

1. Indien betrokkene reeds vrijwillige zorg ontvangt van een zorgaanbieder, en de geneesheer-directeur van oordeel is dat ten aanzien van betrokkene wordt voldaan aan de criteria voor gedwongen zorg, kan de geneesheer-directeur, onverminderd het bepaalde in artikel 5:3, eigenstandig overgaan tot de voorbereiding van een voorstel voor een zorgmachtiging.

2. Indien de geneesheer-directeur overgaat tot voorbereiding van een voorstel voor een zorgmachtiging, meldt hij dat bij de officier van justitie, onder gelijktijdige uitvoering van het derde lid. Artikel 5:4, eerste lid, onderdelen b tot en met d, is van overeenkomstige toepassing.

3. De geneesheer-directeur informeert betrokkene, de vertegenwoordiger en de advocaat schriftelijk dat een voorstel voor een zorgmachtiging wordt voorbereid. Artikel 5:4, eerste lid, onderdelen b tot en met d, en tweede lid, onderdelen a, c en d, is van overeenkomstige toepassing.

- Voor de NVvP is het niet duidelijk welke onderdelen van onderliggend hoofdstuk van overeenkomstige toepassing zijn (wat weer van invloed is op de vigerende termijnen etc.).

Artikel 5:7

Voor de toepassing van deze wet gelden voor de psychiater die de medische verklaring opstelt de volgende voorwaarden:

d. hij heeft minimaal één jaar geen zorg verleend aan betrokkene.

De NVvP merkt op dat 'zorg' in de zin van de Wvvgg een enorme reikwijdte heeft, wat vooral ten aanzien van beoordelingen in het kader van de CM problematisch is gebleken. Daarom is het criterium onder d ongewenst. Blijkens de wetsgeschiedenis is ten aanzien van artikel 5:7 Wvvgg het volgende gezegd: "De onafhankelijkheid moet vooral gewaarborgd zijn in de relatie tot betrokkene. Daarom is de eis uit de Wet bopz overgenomen dat de arts minimaal één jaar geen zorg heeft verleend aan betrokkene. Dit voorkomt dat de arts als zorgverlener wellicht een dusdanige band met betrokkene heeft opgebouwd dat dat een obstakel zou kunnen zijn voor het vormen van een onafhankelijk oordeel." De voorwaarde van ten minste één jaar geen behandelcontact met de betrokken patiënt stond niet in de Wet Bopz zelf, maar in de door de minister vastgestelde model-verklaring. De feitenrechter toetste voorheen niet alleen het tijdsverloop sinds het beëindigen van de behandelrelatie, maar ook de duur en de intensiteit van de behandelrelatie.

- De Wet Bopz liet met betrekking tot de inbewaringstelling wel enige ruimte voor een verklaring van een behandelend psychiater (art. 21 [lid 1](#) Bopz). In een Bopz-zaak betreffende een machtiging tot voortgezet verblijf noemde de Hoge Raad in 2009 zelf de termijn van 'één jaar geen behandelrelatie' als indicatie voor voldoende onafhankelijkheid van de psychiater, met de mogelijkheid van enige flexibiliteit (Hoge Raad 16 oktober 2009, [NJ 2009/518](#)).
- Voorstel is om voor beoordelingen ten behoeve van de MV voor de CM, het 12-maandencriterium los te laten en weer aansluiting te zoeken bij de oude Bopz. Doorslaggevend moet zijn de duur en intensiteit van de aanwezige behandelrelatie, waaraan de feitenrechter onder de Bopz ook toetste.

Artikel 5:15

2. De geneesheer-directeur draagt dient bij de officier van justitie als voorstel voor een zorgmachtiging in:

c. indien aanwezig: de zorgkaart.

Blijkens artikel 5:12 lid 4 dient er altijd een zorgkaart te worden overlegd, ook als de betrokkene de kaart niet op wil maken. Dan graag ofwel de aanleverplicht van de 'lege zorgkaart' verwijderen, ofwel sub c van art. 5:15 lid 2 sub c aanpassen.

- NVvP pleit voor een versterking van eigen regie, zeker wanneer er gebruikmaking bestaande producten kan plaatsvinden. In plaats van de formele zorgkaart eventueel door bestaande regie-instrumenten laten vervangen.

Artikel 5:15a

1. *Indien de zorgverantwoordelijke of de geneesheer-directeur tijdens de voorbereiding van een zorgmachtiging tot de beoordeling komt dat een rechterlijke machtiging, bedoeld in artikel 24, eerste lid, van de Wet zorg en dwang passender is, kan de geneesheer-directeur dat, voor zover mogelijk onder verstrekking van de documenten, bedoeld in artikel 5:15, tweede lid, kenbaar maken aan de officier van justitie.*
2. *Indien gevolg is gegeven aan het eerste lid, kan de officier van justitie schriftelijk en gemotiveerd besluiten de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging te beëindigen en een aanvraag voor een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24, eerste lid, van de Wet zorg en dwang in te dienen bij het CIZ, voor zover mogelijk onder verstrekking van de documenten, bedoeld in artikel 5:15, tweede lid.*

De NVvP onderschrijft dat het belang dat het niet onnodig complex moet zijn om gedurende een voorbereidingsproces voor de zorgmachtiging over te gaan tot een voorbereiding van een RM in de zin van de Wzd, als dit nodig blijkt gelet op de zorgbehoefte van betrokkene.

Echter wil de NVvP met nadruk het volgende opmerken:

- In de Wzd is niet vastgelegd dat er gedurende de voorbereidingsprocedure/ aanvraag RM een zorgaanbieder bekend is/aangewezen is. Dit geldt eveneens voor de Wzd-functionaris. Hoe wordt dan geborgd wie betrokken moet zijn voor de uitvoering van de RM en de toezichthoudende rol kan innemen? Dit is absoluut noodzakelijk om te regelen in de Wzd.
- Zo is het CIZ alleen verplicht (via art. 27 Wzd) om bij het verzoekschrift RM te voegen: Indicatiebesluit, aanvraag, evt. documenten mentorschap, de MV.
- Hoe wordt geborgd wie betrokken en verantwoordelijk moet zijn voor de kwaliteit en uitvoering van de RM en de toezichthoudende rol kan innemen?
 - Neem in de Wzd dan ook expliciet op dat het CIZ ook een zorgaanbieder in de zin van de Wzd en een Wzd-functionaris aanwijst, zodat die al bijtijds betrokken worden en de RM uit kunnen voeren! Voorgaande geldt ook voor het aanwijzen van een zorgverantwoordelijke.
 - Dit is absoluut noodzakelijk om een soepele overgang te kunnen borgen en te voorkomen dat de betrokkene tussen wal en schip valt.

Hoofdstuk 6. Zorgmachtiging

Artikel 6:1

12. Indien de rechter van oordeel is dat in de gegeven omstandigheden een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24, eerste lid, van de Wet zorg en dwang passender is, kan hij dat aan de officier van justitie en het CIZ kenbaar maken en kan hij het verzoekschrift voor een zorgmachtiging beschouwen als een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot opname als bedoeld in voornoemde wet. Zo nodig kan de rechter daarbij bepalen dat de behandeling op een later tijdstip wordt voortgezet.

Hiervoor gelden primair dezelfde punten als aangegeven onder artikel 15a Wvvgz. De NVvP wil aandacht vragen voor de volgende kwesties:

- In de Wzd is niet vastgelegd dat er gedurende de voorbereidingsprocedure/ aanvraag RM een zorgaanbieder bekend is/aangewezen is. Dit geldt eveneens voor de Wzd-functionaris.
- Hoe wordt dan geborgd wie betrokken en verantwoordelijk moet zijn voor de uitvoering van de RM en de toezichthoudende rol kan innemen?
- Wat als de MV niet is gegaan over een gedwongen opname? Moet er dan alsnog een beoordeling plaatsvinden die zich richt op de noodzaak tot een gedwongen opname?

- Wat gebeurt er met de betrokkene in de tussentijd? Wie is verantwoordelijk?
- Neem in de Wzd dan ook expliciet op dat reeds een zorgaanbieder in de zin van de Wzd en een Wzd-functionaris bekend dienen te zijn, zodat die al bijtijds betrokken worden en de RM uit kunnen voeren! Voorgaande geldt ook voor het van een zorgverantwoordelijke. Dit zodat bij afgifte van de RM net als bij de ZM duidelijk is welke actoren betrokken zijn voor de uitvoering.

Duur zorgmachtiging

Verzoek langere termijn zorgmachtigingen:

- De NVvP zou graag expliciet aandacht willen vragen om vast te leggen dat bij levensloopcliënten de duur van een zorgmachtiging voor de duur van vijf jaar kan worden afgegeven. Dit is ook voor de betrokken patiënt positief en vaak gewenst, omdat zij de procedure als belastend ervaren. De levenslooppaanpak ziet toe op onder meer langdurige betrokkenheid van zorg.

Hoofdstuk 7. Crisismaatregel, machtiging tot voortzetting daarvan en aansluitend verzoek voor een zorgmachtiging

Artikel 7:1

- 1. De burgemeester kan ten aanzien van een persoon die zich in zijn gemeente bevindt een crisismaatregel nemen, indien:*
- b. er een ernstig vermoeden bestaat dat dit ernstige nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van een persoon als gevolg van een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel een combinatie hiervan*

De NVvP acht verbreding toepassingsbereik zeer ongewenst:

- In de Algemene Memorie van Toelichting wordt gesteld dat in het licht van de vraag naar harmonisatie en meer inhoudelijke samenhang hiervoor wordt gekozen.
- Nadrukkelijk is echter niet deze procedure bedoeld of gevraagd, sterker nog, het is ontraden. Niet bekend is dan ook van wie deze behoefte naar een gemeenschappelijke crisismaatregel komt. Er wordt gesteld dat deze wens door verschillende professionals naar voren is gebracht, dit is heel bijzonder want navraag leert dat vanuit geen enkele sector dit de wens is.
- Deze complexiteit is echter niet weggenomen door het voorliggende wetsvoorstel, sterker nog, deze wordt eerder vergroot.
- Gesuggereerd wordt dat een gemeenschappelijk (v)CM er toe bijdraagt dat iemand eerder op de goede plek komt. Het tegendeel wordt verwacht. Dit omdat de Wzd sector, met name de VG kant, nog niet altijd goed is ingericht op crisiszorg. En dus is de verwachting dat juist eerder mensen met VG problematiek onterecht binnen de GGZ terecht komen en dan niet goed doorgeplaatst kunnen worden, zoals nu ook al het geval is. En zoals bekend, (ook) de GGZ kampt met capaciteitsproblemen.
- *De samenvoeging heeft impact op de kwaliteit en veiligheid van de zorg: betrokkene krijgt op deze wijze zeker niet altijd de zorg in een omgeving die het best passend is. De cliënten die thuishoren op een verpleeghuisbed of een VG voorziening, verblijven daarmee in een omgeving die niet aansluit bij hun zorgbehoefte, met risico op iatrogene schade voor betreffende cliënt ([ECLI:NL:PHR:2025:76](#), [Parket bij de Hoge Raad, 24/02344](#))*
- Dit is zoals gezegd ook nu de ervaring, bv als iemand met een kortdurend psychotisch beeld door overbelasting met als grondslag VG problematiek wordt opgenomen.

- Bij crisisplaatsing van de VG- en PG-doelgroep is weliswaar een bed (met in de meeste gevallen meer toezicht waardoor geborgd kan worden dat het ernstig nadeel niet gaat plaats vinden) maar de onderliggende problematiek kan mogelijk niet voldoende adequaat behandeld worden waardoor (mogelijk onnodig en vermijdbaar) langduriger inzet van gedwongen zorg nodig is dan wanneer er wel een passend behandel en ondersteuningsaanbod geleverd kan worden. De uitlokkende en instandhoudende factoren kunnen dan mogelijk niet voldoende aangepakt worden.
- De V&V en VG patiënten wachten binnen de GGZ doorgaans erg lang op doorplaatsing. Deze opnames duren veel langer dan de overige opnames op de HIC's en andere opnameafdelingen, die ingericht zijn op snelle doorplaatsing/afschaling van zorg. De opname van één cliënt op een verkeerd bed binnen de GGZ, gaat dus ten koste van meerdere opnames van cliënten die wel thuis horen op dit bed.
- Er is in de verschillende regio's toegewerkt naar een samenwerking tussen de sectoren, die gezien de beddendruk en de krappe financiering precair is. De vrees bestaat dat bij wijziging naar één CM, de GGZ een terugtrekkende beweging maakt in de samenwerking in de crisisdienst, om zich te beschermen tegen de verkeerde bedproblematiek zoals hierboven beschreven. Dit is niet wenselijk, aangezien deze samenwerkingsverbanden cruciaal zijn in het huidige zorglandschap.

Artikel 7:2

2. *De burgemeester is niet bevoegd om betrokkene te laten opnemen in een instelling als bedoeld in artikel 3.1, eerste lid, of artikel 3.3, eerste lid, van de Wet forensische zorg.*

De NVvP merkt op dat dit bij een vCM wél mogelijk is. De NVvP vindt het ongewenst om het bij wet uit te sluiten voor de cm.

- Ook al komt het in de praktijk weinig voor (nu de praktische uitvoering ervan erg lastig is vanwege gebrek aan plaatsen), toch is het goed dat de wet hierin geen wettelijke beperking zal aanbrengen.

Artikel 7:3

1. *De bevoegdheid, bedoeld in het eerste en derde lid, komt uitsluitend toe aan:*

- a. degene die is belast met de uitvoering van de ambulancezorg, bedoeld in artikel 5, eerste lid, onder c, d en e, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen;*
- b. de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke;*
- c. personen behorende tot door Onze Minister aangewezen categorieën van deskundigen;*
- d. een ambtenaar van politie die is aangesteld voor de uitoefening van de politietaak;*
- e. de Koninklijke marechaussee, voor zover het de uitoefening van de politietaak, bedoeld in artikel 4, onderdelen b tot en met f, van de Politiewet 2012 betreft.*

De NVvP wil aandacht vragen dat hetgeen is neergelegd in art. 7:3 lid 1 een belangrijk verschil inhoudt t.a.v. het Wzd-equivalent (artikel 31 Wzd), namelijk dat in de Wzd expliciet de GD en/of zorgverantwoordelijke worden genoemd als personen die bevoegd zijn om tijdelijk gedwongen zorg te verlenen voorafgaand aan de Wzd-CM.

- De NVvP vraagt zich af of de wetgever ervan uitgaat dat in de periode voorafgaand aan de Wzd-CM, er ruimte moet zijn voor de ggz om te handelen? Geldt dit andersom niet voor de Wzd-functionaris en de Wzd-zorgverantwoordelijke?
- Zij merkt op dat ook bij wet moet zijn geborgd dat deze bevoegdheid toekomt aan de Wzd-functionaris en andere Wzd-actoren.

Artikel 7:4

De burgemeester bepaalt de geldigheidsduur van de crisismaatregel, die ten hoogste drie dagen bedraagt. Indien deze termijn eindigt op een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet, wordt deze verlengd tot en met de eerstvolgende dag die niet een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag is.

De NVvP merkt op dat dit problematisch kan zijn wanneer die erkende feestdag eindigt om 00:00 uur. Het OM kan niet altijd al de vCM procedure in gang hebben gezet waarmee er geen grondslag is om door te behandelen. Graag bij wet aanpassen in 'werkdagen'.

Artikel 7:5

- 1. De crisismaatregel vervalt, indien de geldigheidsduur is verstreken, tenzij:*
- c. er voordat de geldigheidsduur is verstreken een aanvang is gemaakt met het overleg, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de Wet zorg en dwang, in welk geval de crisismaatregel vervalt als de vertegenwoordiger heeft ingestemd met een opname als bedoeld in artikel 21, eerste lid, van die wet, dan wel als het CIZ heeft beslist op de aanvraag voor een besluit tot opname als bedoeld in artikel 21, vijfde lid, van die wet, of door het verstrijken van de termijn, bedoeld in artikel 22, derde lid, van die wet.*

De NVvP merkt op dat dit risicovol is, nu het gaat om een Wzd-proces. Wie is verantwoordelijk voor de inrichting én het bewaken van de vervaltermijn?

Artikel 7:7

- 1. Indien de officier van justitie oordeelt dat gedwongen zorg op grond van de Wet zorg en dwang het meest aangewezen is, kan de officier van justitie de stukken doorzenden naar het CIZ, zodat deze een verzoekschrift voor een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel kan voorbereiden. De officier van justitie deelt het doorzenden mee aan de zorgaanbieder van betrokkene.*

GD krijgt van dit besluit dus niet automatisch een bericht. De NVvP ziet graag dat dit wordt gewijzigd.

Artikel 7:8

3. *De rechter kan in de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel opnemen dat betrokkene wordt opgenomen in een instelling als bedoeld in artikel 3.1, eerste lid, of artikel 3.3, eerste lid, van de Wet forensische zorg, indien hij dit noodzakelijk acht vanwege de veiligheid binnen de accommodatie. In dat geval zijn voor de duur van die opname artikel 3.4 van de Wet forensische zorg, 42, vijfde lid, en 44, alsmede de hoofdstukken V, VI en VII van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden van toepassing.*

Bovenstaande geldt uitdrukkelijk niet voor een CM, terwijl dit juist bij uitstek de periode is waarin gelet op het veiligheidsrisico een tijdelijke opschaling in veiligheidsniveau noodzakelijk is, (zie art. 7:2 lid 3 en 4). Zie hiervoor eerdere opmerking bij artikel 7:2.

Artikel 7:10

- 1. De machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel vervalt indien*
- b. het CIZ voor het verstrijken van de geldigheidsduur een verzoek voor een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24, derde lid, van de Wet zorg en dwang bij de rechter heeft ingediend, in welk geval de machtiging tot*

voortzetting van de crisismaatregel vervalt als de rechter op het verzoekschrift heeft beslist of door het verstrijken van de termijn, bedoeld in artikel 39, eerste of tweede lid, van die wet; of

De NVvP merkt op dat de GD krijgt hier geen afschrift van krijgt (van het verzoekschrift RM, zie art. 26 lid 4 Wzd), alleen de zorgaanbieder waar de cliënt in zorg is.

- de NVvP ziet graag dat wordt opgenomen dat de GD ook een afschrift krijgt, omdat het noodzakelijk is om te weten hoelang de vCM doorloopt wanneer die binnen een Wvggz-aanbieder wordt uitgevoerd.

c. een aanvang is gemaakt met het overleg, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de Wet zorg en dwang, in welk geval de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel vervalt als de vertegenwoordiger heeft ingestemd met een opname als bedoeld in artikel 21, eerste lid, van die wet, of het CIZ heeft beslist op de aanvraag voor een besluit tot opname als bedoeld in artikel 21, vijfde lid, van die wet, dan wel door het verstrijken van de termijn, bedoeld in artikel 22, derde lid, van die wet.

Zie opmerkingen bij artikel 7:5. De NVvP vreest dat hierdoor het niet goed mogelijk is om de termijn kan worden gehouden als de uitvoering van deze bij uitstrek Wzd-proces volstrekt niet binnen de ggz kan worden uitgevoerd (andere actoren, doelgroep enz)

2. In aanvulling op het eerste lid vervalt de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel tevens indien:

a. de geneesheer-directeur een beslissing als bedoeld in artikel 8:18, eerste lid, respectievelijk artikel 48, tweede lid, van de Wet zorg en dwang, heeft genomen tot beëindiging van de gedwongen zorg op grond van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel, zonder dat daaraan voorwaarden of beperkingen zijn verbonden

De NVvP meent dat er abusievelijk een fout in bepaling staat: een GD maakt geen besluit tot beëindiging conform art. 48 lid 2 Wzd: dat doet 'de zorgaanbieder'. Overigens geldt hiervoor dezelfde kritiek als bij het verval van de CM.

Hoofdstuk 8. Rechten en plichten bij de tenuitvoerlegging en uitvoering van de crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel en zorgmachtiging.

- De NVvP vraagt zich af of deze paragraaf ook de tenuitvoerlegging van de CM en vCM die op grond van de Wzd is afgegeven, omvat.

Artikel 8:4

1. De zorgverantwoordelijke draagt er, onverminderd artikel 454 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, zorg voor dat in het dossier van betrokkene wordt vermeld:
 - j. beslissingen van de zorgverantwoordelijke tot het verlenen van gedwongen zorg als bedoeld in artikel 8:9, eerste lid;
 - k. de gedwongen zorg die op grond van de crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel, zorgmachtiging, of de artikelen 4:11, 7:3, of artikel 8:11 of 8:12 wordt verleend;
 - m. de behandeling op grond van artikel 8:20a en het zorgplan, bedoeld in artikel 10, derde lid, van de Wet zorg en dwang;

De NVvP vraagt verduidelijking om het volgende:

- Gaat hier dus om een overgeplaatste pt vanuit de Wzd, lezing van het artikel lijkt te duiden dat het gaat om een cliënt met een RM die dan automatisch wordt omgezet in een ZM. Onduidelijk is of het ook gaat om personen die vrijwillig verblijven bij een Wvvgz-aanbieder. In beide gevallen is er een Wzd-zorgplan die tijdelijk kan worden uitgevoerd door Wvvgz-actoren.
- Overplaatsing via art. 8:20a (in samenhang lezen met art. 48b Wzd) gaat samen met een aanwijzing nieuwe zorgverantwoordelijke. Onduidelijk is op grond van welke 'lijst van beroepsgroepen' de zorgverantwoordelijke kan worden aangewezen (de hele brede groep van de Wzd, of de beperktere groep van de Wvvgz, bestaande uit een strengere kring per definitie hoog/hoger opgeleide professionals).

Artikel 8:7

1. *De zorgaanbieder is verplicht de zorg, genoemd in de crisismaatregel, de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging, te verlenen.*
 - Wordt hiermee voortaan ook bedoeld dat deze verplichting omvat een CM en vCM die op grond van de Wzd zijn afgegeven, uit te voeren?
2. *De zorgaanbieder verleent, naast tijdelijke gedwongen zorg op basis van een zelfbindingsverklaring als bedoeld in artikel 4:11, de tijdelijke gedwongen zorg voorafgaand aan de crisismaatregel, als bedoeld in artikel 7:3, of tijdelijke gedwongen zorg als bedoeld in de artikelen 8:11 of 8:12, uitsluitend de vormen van gedwongen zorg die zijn opgenomen in de zorgmachtiging, de crisismaatregel, de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel, de zorgmachtiging of een zorgplan als bedoeld in artikel 10, derde lid, van de Wet zorg en dwang, onder toepassing van artikel 8:20a*
 - Omvat nu expliciet de verplichting Wzd-zorgplan uit te voeren, maar doordat expliciet een koppeling wordt gemaakt met een overplaatsing (waarbij het dus altijd gaat over patiënten met een RM, vanwege de plaatsing van artikel 48a in de Wzd, namelijk in hoofdstuk 2 wat gaat over primair gedwongen verblijf) is het onduidelijk of het ook voor alleen de artikel 10 lid 3-doelgroep geldt (die via art. 14 Wzd tijdelijk zorg ontvangen bij een andere zorgaanbieder dan de Wzd-aanbieder).

Artikel 8:9

1. *De zorgverantwoordelijke neemt ter uitvoering van de crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging een beslissing tot het verlenen van gedwongen zorg niet dan nadat hij: c. voor zover hij geen psychiater is, hierover overeenstemming heeft bereikt met de geneesheer-directeur: komt te vervallen.*

De NVvP acht het zeer ongewenst om het vier-ogenbeleid *volledig* te laten vervallen.

- Het voorstel (om de eis te laten vervallen dat de zorgverantwoordelijke die geen psychiater is overeenstemming moet bereiken met de geneesheer-directeur alvorens over te gaan tot verplichte zorg) is door de NVvP goed te volgen en in beginsel positief ontvangen. Het feit dat de *geneesheer-directeur* in die gevallen feitelijk zou moeten instemmen past niet bij de onafhankelijke positie die de GD zou moeten nemen.
- Wat nu evenwel onvoldoende geborgd is, is het multidisciplinaire karakter van de besluitvorming in de voorgestelde bepaling.

- De inzet van verplichte zorg is immers per definitie een complexe afweging met grote consequenties. Het risico is ook dat somatische factoren in deze constructie makkelijker gemist kunnen worden. Immers is het goed op te merken dat in de opleiding die de psychiater geniet, veel aandacht is voor somatische aspecten binnen de geneeskunde.
 - Los van de inhoudelijke afwegingen is de besluitvorming rond de inzet van verplichte zorg voor de andere specialismen die zorgverantwoordelijke kunnen zijn nog relatief nieuw, en het gebruiken van de opgebouwde kennis van de psychiater nog onmisbaar. Zo worden bijvoorbeeld situaties van “onbewuste onbekwaamheid” voorkomen. En gelet op het LKS 4.0, is dit in lijn met de beroepsprofielen die hier nu in opgenomen zijn.
 - Juist bij gedwongen zorg, wat immers als complex moet worden beschouwd, heeft betrokkene recht op betrokkenheid van een medical expert zoals een psychiater. Zie EHRM 5 oktober 2000, nr. 31365/96, ECLI:CE:ECHR:2000:1005JUD003136596, *Bj* 2001/36, m.nt. W.J.A.M. Dijkers (*Varbanov t. Bulgarije*). In deze uitspraak oordeelde het Europese Hof dat vrijheidsbeneming van een psychiatrische patiënt alleen gerechtvaardigd kan zijn, indien vooraf het advies van een *medical expert* wordt ingewonnen, in spoedgevallen ook achteraf, maar dan wel ‘immediately after the arrest’. Nu 8:9 direct kan leiden tot vrijheidsneming, zal een volledig verval van de wettelijke eis tot betrokkenheid van een psychiater (onder huidig recht een GD) leiden tot strijdigheid met voornoemde uitspraak.
 - Het verplicht betrekken van een psychiater stimuleert daarnaast dat de zorginstelling voldoende beschikbaarheid van psychiaters moet garanderen, waar dit bij een meer vrijblijvende constructie mogelijk als minder noodzakelijk gezien zou worden waardoor het, mocht overleg toch aan de orde, zijn minder makkelijk te realiseren is.
- Gelet op bovenstaande, wil de NVvP het volgende voorstel doen: Om in plaats van de eis de GD te betrekken een eis toe te voegen dat overeenstemming met een, al dan niet bij de behandeling betrokken, psychiater bereikt moet worden alvorens over te gaan tot verplichte zorg. Dit kan de GD zijn, maar ook een andere psychiater. Deze psychiater wordt dan vervolgens ook genoemd in het 8:9-besluit tot uitvoering.
- Tot slot vroeg de NVvP nog af of wanneer toepassing wordt gegeven aan artikel 14 Wzd en iemand op grond van dit artikel in de Wvvgz-instelling wordt geplaatst, de eis uit artikel 14 Wzd lid 1 onderdeel c niet conflicterend is met het mogelijk wegvallen van het vier-ogenprincipe.
 - Immers: wanneer een patiënt onder toepassing van artikel 14 Wzd tijdelijk verblijft bij een andere zorgaanbieder dan de Wzd-zorgaanbieder, dan is wel wettelijke instemming vereist bij toepassing van gedwongen zorg conform het zorgplan. (waar het gaat om vormen van dwang waarvoor de zorgverantwoordelijke moet instemmen) à Daarom dient betrokkenheid van een psychiater ook hier geborgd te blijven, anders heeft dit rechtsongelijkheid binnen de instelling tot gevolg.
3. *Indien gedwongen zorg anders dan strekkende tot opname in een accommodatie, op grond van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging wordt toegepast, legt de zorgverantwoordelijke, onverminderd het bepaalde in artikel 1:5, na overleg met de vertegenwoordiger, schriftelijk vast in het dossier, bedoeld in artikel 8:4, met vermelding van de datum en het tijdstip, of:*

De NVvP wil met klem benadrukken dat dit onderscheid zorgt voor rechtsongelijkheid, is juridisch niet verdedigbaar dat bij betrokkene bij wie gedwongen opname wordt overwogen, dit zonder een toets op

wilsbekwaam verzet kan worden gerealiseerd. Zeker nu artikel 1:5 mogelijk zal komen te vervallen. Tevens is goed om op te merken dat er in de praktijk in toenemende mate wordt gezocht naar versterking van de autonomie van patiënten, onder andere middels de zelfregie-instrumenten, nog meer leidend kan zijn. Ook vanuit die beweging is het passender om geen onderscheid meer te maken.

Artikel 8:11

4. *De duur van de tijdelijke gedwongen zorg, bedoeld in het eerste lid, is beperkt tot een periode van maximaal drie dagen. Indien die termijn eindigt op een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet, wordt deze verlengd tot en met de eerstvolgende dag die niet een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag is.*

De NVvP vraagt aandacht dat dit problematisch kan zijn in de praktijk, (bijvoorbeeld) wanneer de termijn eindigt om 00:00 maandagochtend. Daarom ziet zij graag dat voortaan in de wet wordt vastgelegd 'werkdagen'.

Artikel 8:20a

Onverminderd het bepaalde in artikel 8:7, kan de zorgaanbieder aan een cliënt tijdelijk op grond van artikel 48b van de Wet zorg en dwang is overgeplaatst, gedwongen zorg zoals vastgelegd in het zorgplan, bedoeld in artikel 10, derde lid, van de Wet zorg en dwang, aan de cliënt verlenen. Artikel 8:9 is van overeenkomstige toepassing.

De NVvP is verheugd dat er voorstellen worden gedaan om de overgang van het ene regime naar het andere te vergemakkelijken. Echter vindt zij de wijze waarop het huidige artikel een overplaatsing wil regelen risicovol.

- Zij heeft met name zorgen over de wijze waarop toepassing moet worden gegeven aan artikel 8:9 ten aanzien van de uitvoering van het zorgplan.
- Ook vindt zij het jammer dat in de Wvvgz niet een soortgelijke mogelijkheid tot tijdelijke overplaatsing is geregeld, zonder dat titels komen te vervallen.
- Het ligt in de rede dat Wvvgz-aanbieders en behandelaren niet voldoende toegerust zijn om het Wzd-zorgplan adequaat uit te voeren. In de GGZ is nog onvoldoende kennis en kunde is rond de verschillende ontwikkelingsniveaus van de Wzd-doelgroepen en het hier passend bij aansluiten om dit mogelijk de goede afwegingen rond effectiviteit, proportionaliteit en subsidiariteit te kunnen maken bij de stappen in het plan. Hiervoor zal kennisbevordering nodig zijn en vraagt het meer tijd om deze doelgroep te behandelen waarmee er een verhoogd risico ontstaat op doorplaatsingsproblemen. Dit zal extra druk geven op de al zwaar belaste ggz.
- Onduidelijkheid met betrekking tot het van toepassing verklaren van 8:9 bij het uitvoeren van dit plan. Art. 48b Wzd lijkt te suggereren dat er een zorgverantwoordelijke is aangewezen. Op grond waarvan? Welke beroepsgroepen komen hiervoor in aanmerking? Als hierin artikel 2 Regeling Wzd wordt gevolgd, dan zorgt dat voor een onuitlegbaar verschil met het equivalent van de Wvvgz.
- De NVvP vraagt zich verder af hoe artikel 8:20a zich verhoudt tot artikel 14 Wzd; hierdoor ontstaan inhoudelijk verschillen t.a.v. de 48b Wzd jo 8:20a Wvvgz-doelgroep:
 1. In 48b is een termijn vastgelegd van drie maanden, in art. 14 Wzd echter niet. Betekent dit dat andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, vrijwel zonder maximering het zorgplan kunnen uitvoeren?
 2. Afwijking geschiedt conform het regime van art 48b Wzd jo 8:20a Wvvgz middels een CM/ZM. Dit terwijl afwijking op grond van art. 14 lid 3 gewoon wordt toegestaan. Betekent dit dat alle andere

zorgaanbieders behalve Wvggz-aanbieders op grond van art. 14 lid 3 zomaar mogen afwijken? Wat betekent dit voor de rechtsbescherming?

3. De zorgverantwoordelijke blijft binnen art. 14 Wzd de oorspronkelijk aangestelde. In art. 48b Wzd en 20a Wvggz is art. 8:9 van overeenkomstige toepassing verklaard, wat betekent dat de oorspronkelijk aangestelde zorgverantwoordelijke dit besluit moet nemen. Conform de Regeling Wzd zijn beroepsgroepen die hiervoor in aanmerking komen aanzienlijk afwijkend dan de beroepsgroepen die conform de Regeling verplichte zorg hiervoor in aanmerking komen (die zijn ten minste Hbo maar veelal academisch opgeleid). Groot risico voor de kwaliteit van zorg en het te nemen 8:9 besluit, zeker nu mogelijk de betrokkenheid van een medisch specialist in de vorm van de GD wegvalt. Ontoelaatbaar.

Lid 2: De zorgverlening, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal drie maanden.

De NVvP heeft ten aanzien van lid 2 de volgende vragen:

- Wat als deze termijn wordt overschreden?
- Waarom is hier gekozen voor een maximale termijn, maar in artikel 14 Wzd lid 1 Wzd niet? Hiermee wordt een extra categorie gecreëerd: bij overplaatsing van Wzd-pt naar andere zorgaanbieders behalve Wvggz-aanbieders dan mag er blijkbaar voor langere duur gedwongen zorg worden toegepast?
- Wanneer er een andere vorm van dwang nodig is, dan moeten de reguliere Wvggz processen worden gevolgd dit is bijzonder complex! De NVvP vreest dan ook dat hierdoor een risico ontstaat dat in de praktijk vanwege deze complexiteit minder vaak toepassing zal worden gegeven aan deze mogelijkheid tot tijdelijke overplaatsing.
- Ook risico op dubbelingen actoren: zijn er dan twee zorgverantwoordelijken en aanbieders (de oude Wzd-actoren en de nieuwe Wvggz-actoren zoals de GD)?
- Waarom geen mogelijkheid neerleggen zoals die wel geldt voor niet Wvggz-aanbieders (zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra) om langer het zorgplan uit te kunnen voeren/af te wijken.
- Er moet ook borging zijn voor de samenwerking tijdens de overplaatsing (inclusief financieringsruimte). Immers vaak word een organisatie alleen betaald op moment dat een client ergens ook werkelijk is. Ter voorkoming van het “over de schutting en terug gooien” moet worden gefaciliteerd in dat er ook inzet vanuit beide aanbieders mogelijk is tijdens tijdelijke overplaatsingen. Dit maakt ook terugplaatsing over het algemeen meer haalbaar.

Lid 3: Voor de toepassing van dit artikel wordt een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24, eerste lid, van de Wet zorg en dwang aangemerkt als zorgmachtiging strekkende tot opname in een accommodatie.

Zie opmerking bij lid 1.

Lid 4: Bij terugkeer van de cliënt naar een zorgaanbieder als bedoeld in de Wet zorg en dwang draagt de zorgaanbieder ervoor zorg dat het dossier, bedoeld in artikel 8:4, en de gegevens, bedoeld in artikel 8:24, eerste lid, ter beschikking komen van die zorgaanbieder.

De NVvP ziet graag dat hier een verplichting op tot terugname wordt neergelegd. Hiermee wordt voorkomen dat patiënten tussen wal en schip vallen wanneer zij niet tijdig de juiste zorg op de juiste plek

zullen krijgen en draagt bij aan de toepasbaarheid van dit artikel en daarmee de mogelijkheid tot tijdelijke overplaatsing.

Artikel 8:21b

Indien essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven ontbreken, stelt de geneesheer-directeur het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar betrokkene ingezetene is, dan wel naar verwachting zal verblijven, op de hoogte van de beëindiging van de crisismaatregel, de machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging.

De NVvP vraagt aandacht dat het onduidelijk is of hiermee een meldplicht in het leven wordt geroepen.

- Zij ziet daarom graag dat hier een meldrecht wordt neergelegd (dus een 'kan-bepaling).
- Zij zou ook graag willen voorstellen om de reikwijdte te verbreden zodat ook de zorgverantwoordelijke betrokken wordt. Dit in verband met de rol en positie die de zorgverantwoordelijke heeft in de wet en ook in kan nemen in dit proces.

Artikel 8:26

De zorgaanbieder geeft aan betrokkene of de vertegenwoordiger desgevraagd inzage in of verstrekt een afschrift van gegevens uit het dossier van betrokkene. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander.

De NVvP vreest dat dit leidt tot en aanzienlijke verruiming van het inzagerecht van de vertegenwoordiger, wat leidt tot een onaanvaardbare inbreuk op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene.

- Daarom zou de NVvP graag willen voorstellen om expliciet op te nemen dat: "...verstrekking alleen geschiedt indien en voor zover dit strikt noodzakelijk is voor de uitoefening van de wettelijke taak van de vertegenwoordiger".

Hoofdstuk 9

Onderstaande opmerkingen gelden als aanvulling op hetgeen is omschreven bij de 'consultatievraag hoofdstuk 9'. De NVvP wil nogmaals benadrukken dat zij verheugd is met de voorstellen van hoofdstuk 9.

Artikel 9:1

1. De volgende personen worden aangemerkt als een betrokkene aan wie op grond van een zorgmachtiging gedwongen zorg wordt verleend strekkende tot opname in een accommodatie:

- a. degene aan wie de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd;
- b. degene aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd;
- c. degene ten aanzien van wie een tijdelijke opname als bedoeld in artikel 6:6:10a van het Wetboek van Strafvordering is bevolen;
- d. degene ten aanzien van wie een terugplaatsing als bedoeld in artikel 6:6:32, derde lid, onderdeel c, van het Wetboek van Strafvordering is bevolen.

2. De aanmerking geldt vanaf het moment van opname in een accommodatie.

De NVvP begrijpt niet dat het personen met o.m. TBS met verpleging en PIJ aangemerkt worden als betrokkene aan wie op grond van 'een zorgmachtiging' gedwongen zorg wordt verleend

Artikel 9:2

1. De geneesheer-directeur verzoekt Onze Minister van Justitie en Veiligheid een beslissing te nemen indien de geneesheer-directeur van oordeel is dat betrokkene in aanmerking komt voor verlof, ontslag of overplaatsing.

2. Onze Minister van Justitie en Veiligheid beslist zo spoedig mogelijk op grond van de regels die ter zake zijn gesteld bij of krachtens de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, de Wet forensische zorg en het Wetboek van Strafvordering.

3. Bij de beslissing betreft Onze Minister van Justitie en Veiligheid de overwegingen van de geneesheer-directeur en de voorwaarden die de geneesheer-directeur nodig acht.

4. De geneesheer-directeur beëindigt een verlof schriftelijk en gemotiveerd indien het niet langer verantwoord is dat betrokkene zich buiten de accommodatie begeeft. Na de beëindiging kan de geneesheer-directeur Onze Minister van Justitie en Veiligheid verzoeken de op grond van het tweede lid genomen beslissing over het verlof in te trekken.

De NVvP wil graag opmerken dat dit een ontoepasbaar artikel is. De GD zal vrijwel niet voor een tbs-er een verzoek voor overleg/ontslag of overplaatsing doen bij de Min van J en V, zeker niet bij een primaire plaatsing en niet bij een transmurale plaatsing. Sluit onvoldoende aan op de huidige verlofpraktijk die vanuit de Bvt en het Regelement JJI is bepaald. De verlofaanvragen worden in de praktijk zorgvuldig opgesteld door een toetsingscommissie.

Artikel 9:6

1. Indien het overleg over het zorgplan niet tot overeenstemming heeft geleid dan wel betrokkene of de vertegenwoordiger zich verzet, kan de zorg uit het zorgplan desondanks worden verleend:

a. voor zover aannemelijk is dat zonder die zorg het ernstig nadeel dat de psychische stoornis van betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen; of

De NVVP vraagt zich in meer principiële zin af waarom nog steeds dit onderscheid wordt gemaakt. Het onderscheid wat in de praktijk als 'a-dwangbehandeling en de b-dwangbehandeling' is gaan heten, kent verschillende formele vereisten en termijnen, en sluit verder niet goed aan op het regime van de Wvvgg. Dat is juridisch én praktisch onwenselijk.

Artikel 9:8

4. De zorgverantwoordelijke legt de beslissing schriftelijk en gemotiveerd vast en vermeldt in de beslissing voor welke termijn de beperkingen worden opgelegd. De termijn is zo kort mogelijk en niet langer dan zes maanden, gerekend vanaf de dag van de beslissing.

- De NVvP vraagt zich af waarom hier is gekozen voor een termijn van zes maanden. Waarom wordt hier afgeweken van artikel 8:9 Wvvgg?
- De (al langer bestaande) aanvulling van gronden is ook enigszins verwarrend, de rechtsgronden voor deze veiligheidsmaatregelen zijn iets ruimer dan voor een 9:6 besluit. In de praktijk erg lastig dit precies van elkaar te scheiden.

Artikel 9:11

1. De geneesheer-directeur verzoekt Onze Minister van Justitie en Veiligheid een beslissing te nemen indien de geneesheer-directeur van oordeel is dat: a. de persoon, bedoeld in artikel 9:10, onderdeel a, in aanmerking komt voor verlof, ontslag of overplaatsing; b. de persoon, bedoeld in artikel 9:10, onderdelen b en c, in aanmerking komt voor overplaatsing.

De NVvP heeft hierbij dezelfde opmerkingen als bij artikel 9:2.

Artikel 9:12

Zie hiervoor opmerkingen bij beantwoording consultatievraag.

Artikel 9:13

1. De artikelen 8:14, 8:15 en 9:8 en de hoofdstukken 11 en 12 zijn van overeenkomstige toepassing.
2. Hoofdstuk 10 is van overeenkomstige toepassing op een verplichting of beslissing op grond van de artikelen 8:14, 8:15, 9:8, 9:11, vierde lid, eerste zin, en 9:12.

Vanwege het van overeenkomstige toepassing verklaren van art. 9:8 en hiermee naar de zes-maandentermijn, die wat de NVvP betreft niet zeer gelukkig gekozen is.

Eerdere voorstellen

Bij brief van de NVvP en de Nggz d.d. 15 april 2022 is eerder een aantal verzoeken tot verbetering van de Wvvgz gedaan die niet zijn verwerkt. Deze verzoeken zijn onverkort geldig.

Tot slot

De NVvP is nogmaals zeer verheugd ten aanzien van een aantal voorstellen die zullen leiden tot een aanmerkelijke verbetering. Desalniettemin zijn er ook een aantal voorstellen die zij in meer of mindere mate, zeer risicovol acht voor zowel de uitvoeringspraktijk als de rechtspositie van patiënt en de kwaliteit van zorg. Hier vragen wij uitdrukkelijk aandacht voor.

Namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



Niels Mulder