

39. Eigen regie en de Wvggz

HILKE MOLENAAR, ROBINETTA DE ROODE & SIGRID ATTEMA

Naar aanleiding van de recente wetsconsultatie stuurde Stichting PVP een uitgebreide reactie naar de minister. In dit artikel lichten we één thema daaruit toe: de regelingen van de ‘eigen regie-instrumenten’ binnen de Wvggz. Aan de hand van ervaringen in het lopende project ‘Eigen regie in de Wvggz’, dat MIND in samenwerking met Stichting PVP uitvoert, illustreren we waarom betrokkenheid van de zorgverlener essentieel is bij de eigen regie-instrumenten zoals het plan van aanpak en de zorgkaart.

Historie en betekenis

De Wvggz kent drie eigen regie-instrumenten: het plan van aanpak (pva), de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring. Om te beginnen kijken we terug in de wetsgeschiedenis naar de manier waarop deze instrumenten tot stand zijn gekomen.

De zelfbindingsverklaring stamt uit de tijd van de Wet Bopz. In het wetsvoorstel van 2010 kreeg deze regeling een meer prominente plek en werd ze op onderdelen vereenvoudigd.¹ De zorgkaart verscheen voor het eerst in het wetsvoorstel van 2010. Onder meer werd als doel gesteld dat de rechtspositie van de cliënt versterkt moest worden door een zorgvuldiger voorbereiding van de beslissing tot verplichte zorg waarbij ‘meer dan nu wordt rekening gehouden met zijn voorkeuren’.² Met name door patiëntenorganisaties werd benadrukt dat ‘het geven van aandacht aan en daadwerkelijk luisteren naar betrokkene een essentiële bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg en daarmee aan het terugdringen van dwang’.³ Het wetsvoorstel werd vervolgens zo aangepast dat voorwaarden werden geschapen voor ‘goede zorg op maat’ door middel van een zorgkaart of een zelfbindingsverklaring waarin de patiënt zijn voorkeuren ten aanzien van de behandeling kan vastleggen.⁴

Het pva kwam later pas in beeld, als alternatief voor de multidisciplinaire commissie die oorspronkelijk in de wet was voorzien. Deze commissie zou de officier van justitie

vervangen, onderzoeken of de mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput en de rechter adviseren over de noodzaak voor verplichte zorg.⁵ In 2013 kwam er, gevoed door zorgen uit het veld over de toename van bureaucratie, kritiek op een dergelijke commissie en werd deze geschrapt zonder dat de uitgangspunten van het oorspronkelijke wetsvoorstel werden gewijzigd. Het perspectief van cliënt en naasten werd op een andere manier geborgd, namelijk via het pva. Uit de nota van wijziging blijkt dat hiervoor een nieuw wetsartikel werd toegevoegd met daarin het pva.⁶ In dit kader werd ook gehoor gegeven aan de wens van het Landelijk Platform GGz (nu: MIND) om een recht op een zogenaamde ‘eigen kracht-conferentie’ in de wet te verankeren.

In de jaren na de nota van wijziging van oktober 2013 zien we in de stukken steeds vaker termen als zelfregie en eigen regie. Na de invoering van de Wvggz in 2020 worden de drie instrumenten steeds vaker gezamenlijk aangeduid als ‘eigen regie-instrumenten’.

Evaluatie van de wet

Twee jaar na inwerkingtreding van de Wvggz vond de eerste wetsevaluatie gefaseerd plaats.⁷ Hieruit kwam naar voren dat de ‘eigen regie-instrumenten’ op zichzelf zeer waardevol zijn, maar nog onvoldoende uit de verf komen.⁸ Problemen zijn onder andere: verkeerde timing, tijdsdruk, ingewikkelde formulieren en gebrekkige ondersteuning. De onderzoekers deden de volgende vier aanbevelingen:

1 Zie: *Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 2, p. 6-7 (VvW)*.

2 Zie: *Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 1 (MvT)*.

3 Zie: *Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 4 (MvT)*.

4 Zie: *Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 4 (MvT)*.

5 Zie: *Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 3, p. 1-2 (MvT)*.

6 Zie: *Kamerstukken II 2013/14, 32399, nr. 10, p. 9 (NvW)*. Toegevoegd in art. 5:7 van het toenmalige wetsvoorstel.

7 Zie: *Evaluatierapport deel 1*. En: J. Legemaate e.a., *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2 – Doel-treffendheid en (neven)effecten*. Den Haag: ZonMw, 2022 (Evaluatierapport deel 2).

8 *Evaluatierapport deel 1, p. 175-178*.

1. de regeling zo aan te passen dat betere en meer effectieve mogelijkheden zouden ontstaan om verplichte zorg te voorkomen;⁹
2. te voorzien in één instrument dat waarborgt dat de wensen en voorkeuren van de patiënt tijdig worden geïnventariseerd en kenbaar zijn;¹⁰
3. de praktijk zó in te richten dat tijdig (vóór de ZM-procedure) een laagdrempelig gesprek plaatsvindt met de patiënt over diens wensen en voorkeuren dat regelmatig wordt herhaald en waarvan de uitkomsten toegankelijk voor alle betrokkenen worden vastgelegd,¹¹ en
4. in de wet te bepalen dat alle betrokkenen de wensen en voorkeuren van de patiënt bij hun besluitvorming betrekken en daarover rapporteren.¹²

In 2024 verscheen het *Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz: goede voorbeelden uit de praktijk*¹³, een aanvullend onderzoeksrapport dat niet gericht is op wetsaanpassing maar op verbeteringsmogelijkheden van de uitvoering. Hierin wordt voorgesteld om in de Wvggz een nieuw hoofdstuk 1a ‘Voorstadium van verplichte zorg’ op te nemen, waarin de mogelijkheid geboden wordt om al een pva op te stellen in de periode waarin de cliënt vrijwillig in zorg is, wilsbekwaam is en er nog geen sprake is van dreigend ernstig nadeel.¹⁴ Dit voorstel is niet overgenomen, maar het wetsvoorstel biedt wel meer ruimte voor maatwerk.

Project: eigen regie in de Wvggz

MIND en Stichting PVP spannen zich gezamenlijk in om de aanbevelingen uit de wetsevaluatie op het gebied van eigen regie verder te brengen. Een project daartoe is mogelijk gemaakt door subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In dit project, gestart in 2024 en op dit moment nog lopend, vroegen we lokale ggz-teams (ambulant en klinisch): ‘Hoe zouden jullie de eigen regie van jullie cliënten kunnen versterken?’ In plaats van de beoogde zes teams doen uiteindelijk maar liefst veertien teams mee.

De voorlopige resultaten zijn bemoedigend: met kleine aanpassingen is soms al verbetering te bereiken

Elk deelnemend team ontwikkelde een eigen werkplan (pilot) en voert dit nu uit. De projectorganisatie begeleidt en evalueert (onder andere door middel van gesprekken met cliënten en naasten) en rapporteert uiteindelijk in een advies aan de sector: wat werkt goed, waar is (gemakkelijk)

verbetering te behalen en wat zijn essentiële voorwaarden? et cetera.¹⁵

Veel deelnemers zijn FACT-teams. Toch verschillen de pilots behoorlijk van aard. Enkele voorbeelden: een extra ‘eigen regie’-gesprek met de cliënt ruim vóór het verlopen van de zorgmachtiging om alternatieven voor verplichte zorg te bespreken; verplaatsen (vervroegen) van het teamoverleg verplichte zorg waardoor meer tijd overblijft voor inzet op eigen regie; een zelfontworpen snelkaart ‘eigen regie’ of een checklist om na te gaan of alle opties in de voorfase wel zijn benut; vereenvoudiging van het formulier zorgkaart met een werkinstructie voor collega’s; een woordenboek voor jargonloos werken en het invoeren van een dialogische gespreksmethode om het contact met cliënten gelijkwaardiger te maken en zo meer ruimte te bieden voor het voeren van eigen regie; bij alle cliënten voor wie een zorgmachtiging werd afgegeven maar geen verplichte zorg werd uitgevoerd, starten met zelfbinding.

De voorlopige resultaten zijn bemoedigend. Met kleine aanpassingen is soms al verbetering te bereiken. Inzet van de zorgverleners is daarbij essentieel maar levert ook winst op in de zin van verbeterde samenwerking met cliënt en voorkomen van verplichte zorg. De aandacht voor meer eigen regie en het voorkomen van verplichte zorg zijn bovendien op zichzelf al interventies in die zin dat ze gespreksstof en bewustwording opleveren.

De instrumenten: hoe het nu werkt, wat de problemen zijn en wat er verandert

Plan van aanpak: hoe het nu werkt

Na aanwijzing van de geneesheer-directeur (art. 5:4 lid 1 sub a Wvggz) informeert deze de betrokkene (art. 5:4 lid 2 sub a Wvggz) over de mogelijkheid om een pva op te stellen. Betrokkene moet binnen drie dagen toestemming vragen aan de geneesheer-directeur om een pva te mogen schrijven. Uiterlijk binnen twee dagen moet de geneesheer-directeur aangeven of hij akkoord is. De criteria daarvoor zijn ruim opgesteld waardoor bijna alle cliënten toestemming krijgen. Daarop wordt de procedure zorgmachtiging twee weken geschorst (art. 5:5 lid 1 en 2 Wvggz). Lukt het betrokkene om een goed plan op te stellen met alternatieven voor verplichte zorg die vertrouwen wekken, dan wordt de procedure geannuleerd en mag betrokkene verder met het eigen pva. Is het plan niet voldoende, dan gaat de procedure verder.

Plan van aanpak: wat zijn de problemen?

Uit de wetsevaluatie blijkt dat het proces rondom het pva te complex is.¹⁶ Veel cliënten openen hun post niet op tijd. Vervolgens moet de cliënt in twee weken tijd het pva opstellen juist op een moment dat het leven vele uitdagingen kent. Bij de zorginstellingen is weinig tijd en ruimte om cliënt hierbij te ondersteunen. De patiëntenvertrouwenspersoon

9 Evaluatierapport deel 1, aanbeveling 5.

10 Evaluatierapport deel 2, aanbeveling 49.

11 Evaluatierapport deel 2, aanbeveling 50.

12 Evaluatierapport deel 2, aanbeveling 51.

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

14 Zie: Plomp & Legemaate, 2024, p. 487.

15 Het advies verschijnt rond mei 2026.

16 Evaluatierapport deel 1, p. 177.

(pvp) ondersteunt formeel alleen bij vragen over de procedure en het doel van het pva. De cliënt staat er dus min of meer alleen voor. Van betrokkene wordt verwacht dat hij zijn inbreng kan vertalen naar papier. Een dergelijk talig vermogen is lang niet alle cliënten gegeven. Cliënten wordt gevraagd een plan op te stellen voor zorg die ze niet willen. De kans op afwijzing is aanzienlijk en een afwijzing moedigt niet aan om het nog eens te proberen.

Plan van aanpak: wat wil de minister veranderen?

In het nu voorliggende wetsvoorstel is het pva losgemaakt van de aanvraagprocedure voor de ZM. Het plan kan – aldus de toelichting – op ieder moment worden opgesteld. Eerder, maar ook achteraf. Zo krijgt het meerdere functies: ter voorkoming van een machtigingsprocedure (zoals vroeger); om de toepassing van verplichte zorg te voorkomen; om bij toepassing zo veel mogelijk rekening te houden met wensen en voorkeuren en tot slot ook ter onderbouwing van een verzoek tot beëindiging van verplichte zorg.

De geneesheer-directeur moet zich tijdens de voorbereidingsfase van de zorgmachtiging vergewissen of de mogelijkheden van een pva zijn doorlopen.¹⁷ Bij beëindiging van verplichte zorg moet hij betrokkene aanbieden een pva op te stellen.¹⁸ Daarnaast is voorzien in pvp-ondersteuning bij het opstellen van het pva.¹⁹

Plan van aanpak: wat vinden wij?

Met name het losmaken van het pva uit de strikt geregelde aanvraagprocedure van de zorgmachtiging is een goede stap. Bij iedere cliënt is een ander moment het meest geschikt. Dat dit gesprek op deze manier gekoppeld kan worden aan de evaluatie verplichte zorg kan goed aansluiten op de praktijk.

Hoe veranker je echter dat cliënten ook daadwerkelijk de kans wordt geboden om een pva te maken? Dit is nog niet geregeld en het loslaten van een vast moment houdt ook een risico in: in de drukte wordt mogelijk vergeten de cliënt erop te wijzen. En als dat vergeten wordt, wat zijn dan de gevolgen?

Hulp bij plan van aanpak: ook van de zorgverlener

Een groot gebrek in de huidige werkwijze is dat betrokkene er vaak alleen voorstaat. Het is een goed plan dat de pvp, die cliënten immers helpt hun rechtspositie te effectueren, hierbij voortaan kan ondersteunen. Maar in het wetsvoorstel hoeft er geen zorgverlener bij betrokken te zijn. Dat is een gemis, ook voor de effectiviteit van het pva. Idealiter bevat het pva zo veel mogelijk de uitkomsten van in elk geval een dialoog tussen de behandelaar, de patiënt en een naaste. Dit lukt niet altijd of niet meteen maar dat ligt niet altijd aan de cliënt. Zorgverleners zijn er nog onvoldoende van doordrongen dat de eigen inbreng van cliënten de kwaliteit van zorg verhoogt en (op de lange duur) verplichte zorg kan voorkomen.

17 Zie art. 5:4 lid 2 Wvvgz (nieuw).

18 Zie art. 8:21a Wvvgz (nieuw).

19 Zie art. 11:1 lid 1 onder a Wvvgz (nieuw).

Zorgkaart: hoe het nu werkt

Zodra een zorgverantwoordelijke is aangewezen, kan betrokkene een zorgkaart opstellen (art. 5:12 Wvvgz). Hierin worden de wensen en voorkeuren van betrokkene vastgelegd ten aanzien van (verplichte) zorg.²⁰ De zorgverlener heeft hier een taak toebedeeld gekregen en de pvp ondersteunt de cliënt indien gewenst. De zorgverantwoordelijke is verplicht om de wensen en voorkeuren van betrokkene mee te nemen in het zorgplan. Ook als betrokkene geen zorgkaart wil opstellen, moet de zorgkaart bij het zorgplan worden gevoegd met een aantekening. Zo kan de rechter rekening houden met de wensen en voorkeuren van de cliënt.

Zorgkaart: wat zijn de problemen?

Rechters ontvangen weinig ingevulde zorgkaarten. Uit het project blijkt dat cliënten er vaak niet op worden gewezen en een ‘nee’ van de cliënt te gemakkelijk wordt geaccepteerd. Ook wordt gemeld dat binnen de procedure zorgmachtiging er te weinig tijd is om een goed gesprek te voeren of naasten te betrekken. Vaak zien zorgmedewerkers het als een verplicht ‘vinkje’. De wetsevaluatie benoemt verder het ingewikkelde format van de zorgkaart en dat slechts een klein gedeelte van de cliënten voor ondersteuning bij de pvp terechtkomt.²¹ Rechters stellen weinig kritische vragen als de zorgkaart ontbreekt. Over het nut van de zorgkaart bestaan veel misverstanden. Dat is ongewenst want een zorgkaart borgt dat de wensen en voorkeuren van de cliënt worden gezien en zo veel mogelijk gerespecteerd.

Zorgkaart: wat de Minister wil veranderen

In het huidige voorstel verandert er niet veel aan de zorgkaart: een in de aanvraagprocedure door de zorgverantwoordelijke met de patiënt en de vertegenwoordiger op te stellen document. Expliciet wordt wel vermeld – aldus de toelichting²² – dat eventuele andere schriftelijke wilsuitingen die als bijlage bij de zorgkaart kunnen worden gevoegd, ook op andere momenten van belang kunnen zijn. Om die reden wordt in het wetsvoorstel vastgelegd dat niet alleen in het zorgplan, maar ook in de zorgkaart moet worden vastgelegd hoe vaak en wanneer deze wordt geëvalueerd en geactualiseerd.²³

Zorgkaart: wat vinden wij?

Dit laatste is voor de rechtsbescherming van cliënten en de beoogde impact van de Wvvgz ons inziens een belangrijke aanvulling. Een beter ritme van evaluatie en bijstelling van de zorgkaart kan het terugdringen van verplichte zorg ten goede komen.

In de teams die deelnemen aan het project wordt niet getwijfeld over het nut van het betrekken van de wensen en voorkeuren, maar blijft de zorgkaart zelf een abstract

20 Artikelsgewijze toelichting Wet verplichte ggz p. 59.

21 Evaluatierapport deel 1, p. 177.

22 Algemene toelichting, p. 8.

23 Art. 5:14 lid 1 onder i Wvvgz (nieuw).

formulier. Ook ervaren zorgmedewerkers overlap met andere instrumenten zoals het in veel instellingen gebruikte signaleringsplan.

Een beter ritme van evaluatie en bijstelling van de zorgkaart kan het terugdringen van verplichte zorg ten goede komen

Toevoegen van het signaleringsplan als bijlage bij de zorgkaart is mogelijk maar kan de zorgkaart zelf niet vervangen. Dit leidt tot verwarring over het doel van de zorgkaart en is een in de praktijk ervaren hindernis waarvoor de huidige wetswijziging geen oplossing biedt.

Zelfbinding: hoe het nu werkt

De cliënt maakt bindende afspraken over de zorg op het moment dat het slechter gaat en kan daarbij aangeven welke (verplichte) zorg het best helpt en op welk moment die gegeven moet worden. Wanneer de cliënt zo'n periode doormaakt, en dan geen toestemming meer geeft, kan volgens de eerder gemaakte afspraken gehandeld worden. Dan moet er nog steeds wel een zorgmachtiging onderliggen.

Is naast de behandelaar ook de geneesheer-directeur akkoord met de zelfbindingsverklaring (zbv) dan komt deze, samen met het zorgplan en een verklaring van een onafhankelijke arts waaruit blijkt dat betrokkene wilsbekwaam is ten tijde van het opstellen van de zbv, bij de officier van justitie te liggen. Op het moment dat verplichte zorg nodig is, moet de rechter in een versnelde procedure uiterlijk binnen drie werkdagen na ontvangst van een verzoekschrift van de officier uitspraak doen (art. 6:2 lid 1 sub d Wvvgz).

Zelfbinding: wat zijn de problemen?

Een reden dat zelfbinding weinig gebruikt wordt, zo blijkt uit het project, is dat de wettelijke procedure niet duidelijk is. In combinatie met onbekendheid met het instrument leidt dit tot misvattingen. Daarnaast wordt de tijd die nodig is om de (versnelde) procedure zorgmachtiging te doorlopen als een hindernis gezien om effectief te kunnen ingrijpen. In het project zien we dat eenmaal beter bekend met de procedure en de voordelen van zelfbinding het enthousiasme bij zorgverleners over zelfbinding toeneemt.

Zelfbinding: wat de minister wil veranderen

In het wetsvoorstel is de procedure ter verkrijging van de zorgmachtiging op basis van een zbv beter uitgeschreven én voorzien van de extra mogelijkheid om tijdelijk gedwongen zorg toe te passen. Dit kan vanaf het moment dat de officier van justitie een verzoekschrift bij de rechter heeft ingediend en totdat de rechter daarop heeft beslist. Het mag slechts gaan om die vormen van gedwongen zorg die zijn opge-

nomen in de zbv. Dit kan zeker bijdragen aan effectiever gebruik van zelfbinding want de zorgverlener kan de zorg dan sneller opschalen.

Zelfbinding: wat vinden wij?

Waar de schoen wringt, is dat de criteria die de wet stelt om tijdelijke verplichte zorg toe te passen, gelijk zijn aan de gewone criteria voor verplichte zorg. Terwijl de crux van zelfbinding nu juist is dat de cliënt zelf de omstandigheden kan bepalen waaronder verplichte zorg noodzakelijk is en dus kan vragen om eerder (preventief) in te grijpen.

De crux van zelfbinding is dat de cliënt zelf de omstandigheden kan bepalen waaronder verplichte zorg noodzakelijk is

In de toelichting²⁴ wordt ook aangegeven dat de geneesheer-directeur en de officier van justitie niet kunnen afwijken van de gedwongen zorg die in de zelfbindingsverklaring en het zorgplan zijn opgenomen. Kennelijk kan dat dus wel in de vormen van gedwongen zorg waarvoor een machtiging wordt gevraagd. En de rechter kan volgens de toelichting (weliswaar met grote terughoudendheid) sowieso afwijken van de zelfbindingsverklaring door ambtshalve andere vormen van gedwongen zorg in de zorgmachtiging op te nemen.²⁵ Dit laatste lijkt niet helemaal te vermijden maar moet niet alleen beperkt blijven tot hoge uitzonderings-situaties, maar ook goed worden onderbouwd.

Ter afsluiting

De wijzigingen in de wet die nu voorliggen, zijn een verbetering maar er liggen nog meerdere uitdagingen. Voordat de eigen regie-instrumenten daadwerkelijk bijdragen aan het versterken van de eigen regie en het voorkomen van verplichte zorg moet er nog het nodige gebeuren.

Er moet meer worden ingezet op randvoorwaarden die nodig zijn om cliënten te ondersteunen in hun regievoering. Versterken van de eigen regie biedt cliënten meer perspectief en dwingt alle partijen om nog meer na te denken over manieren om dwang minder ingrijpend te maken of nog beter: te voorkomen. Betrokkenheid van de zorgverleners is daarvoor essentieel. Uit het project wordt stilaan duidelijk dat het versterken van eigen regie niet bereikt wordt met één gesprek over een plan of kaart, maar eerder vraagt om een voortdurende dialoog die soms pas na jaren vruchten afwerpt. Ten minste een aantal keren per jaar zouden aan Wvvgz-clianten de volgende vragen gesteld moeten worden: Hoe heeft u de verplichte zorg ervaren? Wat zouden we een volgende keer anders moeten doen? Wat denkt u dat er nodig is om verplichte zorg te voorkomen? En als het toch nodig is, welke vormen van verplichte zorg zouden dan bij

²⁴ Artikelsgewijze toelichting bij art. 4:8 Wvvgz (nieuw), p. 15 en 16.

²⁵ Artikelsgewijze toelichting bij art. 4:8 Wvvgz (nieuw), p. 16.

u moeten worden ingezet en hoe? En wat is er nodig om verplichte zorg zo snel mogelijk weer te beëindigen?²⁶

Stichting PVP ziet daarnaast een wezenlijke toegevoegde waarde in betrokkenheid van de pvp om de eigen regie van cliënten te versterken; een belangrijke reden voor Stichting PVP om in het project te willen bijdragen. De wetgever heeft de aanbeveling overgenomen om de pvp cliënten te laten ondersteunen bij het opstellen van een pva. Onder meer om dit tijdig bekend te maken, zal Stichting PVP volgens het wetsvoorstel automatisch de contactgegevens van cliënten ontvangen op het moment dat de geneesheer-directeur in de procedure voor een zorgmachtiging wordt aangewezen. Niet langer is daarvoor dan toestemming van de cliënt vereist. Voor Stichting PVP weegt de verantwoordelijkheid voor het verwerken van deze persoonsgegevens uiteraard zwaar. Rechtsbescherming en rechtsgelijkheid zijn hier zeer bij gebaat. Er ontstaat meer ruimte voor de cliënt om ondersteuning te kunnen krijgen van de pvp bij het effectueren van hun rechtsbescherming en het versterken van de eigen regie. Ook voor de crisismaatregel zou dit moeten gelden; daar is de pvp direct van toegevoegde waarde omdat de uitvoering van verplichte zorg meestal snel volgt. Voor de crisismaatregel is in het wetsvoorstel echter helaas niet gekozen voor eenzelfde soort opzet²⁷ en is aanbeveling 16 van de wetsevaluatie niet opgevolgd.

Er is ook een groep cliënten die ambulante vrijwillige zorg ontvangen en een gereede kans lopen met verplichte zorg in aanraking te komen. Dit is een groep die nu de rechtsbescherming middels de pvp ontbeert. Uitbreiding van het werkterrein naar deze groep zou een uitbreiding van het wettelijk kader van het pvp-werk vragen.

Vijf jaar na invoering van de Wvvgz is er binnen zorginstellingen meer ruimte gekomen voor verbetering van de uitvoeringspraktijk. De door de wetgever beoogde versterking van de eigen regie is één van de onderwerpen die daarbij dringend om aandacht vragen. Maar ook de wetgever heeft wat ons betreft nog enig huiswerk. Zo zou betrokkenheid van de zorgverlener bij het opstellen van het pva in het wetsvoorstel verplicht moeten worden gesteld; zou duidelijker moeten worden geborgd dat een pva ook in het voortraject wordt aangeboden en zou pvp-ondersteuning ook dan tot de mogelijkheden moeten behoren. Omwille van de rechtsbescherming en rechtsgelijkheid in de praktijk moet automatisch delen van contactgegevens van de cliënt met Stichting PVP niet alleen bij de zorgmachtiging, maar ook bij de crisismaatregel verplicht worden gesteld. En in de regeling voor de zelfbindingsverklaring ten slotte zou duidelijk tot uitdrukking moeten worden gebracht dat niet hoeft te zijn voldaan aan de criteria en algemene uitgangspunten voor verplichte zorg. Ook zou de rechter uitdrukkelijk moeten onderbouwen waarom hij (in hoge uitzonderingssituaties) andere vormen van zorg nodig acht dan waar de cliënt in de zelfbinding mee instemde.

Dit artikel is afgesloten op 15 augustus 2025.

Over de auteurs

Drs. LLB H. (Hilke) Molenaar

Projectmedewerker 'Eigen regie in de Wvvgz' en patiëntenvertrouwenspersoon.

Mr. R.P. (Robinetta) de Roode

Senior-jurist.

S.I. (Sigrid) Attema

Directeur-bestuurder, allen bij Stichting PVP, patiëntenvertrouwenspersonen in de ggz.

²⁶ E. Plomp & J. Legemaate, *Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvvgz: goede voorbeelden uit de praktijk*. Den Haag: ZonMw, maart 2024, p. 40-41. Aangevuld met twee evaluatievragen.

²⁷ Toestemming blijft dus vereist. Weliswaar, aldus de toelichting, niet langer uitdrukkelijk maar wel expliciet. Dit betekent dat toestemming niet schriftelijk hoeft te worden gegeven maar ook 'niet voetstoots' mag worden aangenomen.