

Vergaderjaar 2013–2014

32 399**Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)****Nr. 9****NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 1 oktober 2013

INHOUDSOPGAVE

A.	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding	3
2.	Kern van het wetsvoorstel	6
3.	Verwerking adviezen	12
4.	Pilots	13
5.	Administratieve lasten	13
6.	Reikwijdte van het wetsvoorstel	15
7.	Criteria voor verplichte zorg	25
8.	Actoren	25
9.	Klachtprocedure	31
10.	Handhaving en toezicht	34
11.	Verhouding met grondrechten en andere wetgeving	36
12.	Financiële gevolgen van het wetsvoorstel	47
B.	HOOFDSTUKSGEWIJZE TOELICHTING	48

A. ALGEMEEN

Met grote belangstelling hebben wij, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Veiligheid & Justitie, kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van 22 november 2010 (Kamerstuk 32 399, nr. 6). Wij zijn zeer verheugd over de positieve reacties van de diverse fracties over het wetsvoorstel. Het doet ons deugd dat de leden van de verschillende fracties de doelstellingen van het wetsvoorstel onderschrijven en op hoofdlijnen positief staan tegenover de uitgangspunten van het wetsvoorstel. Ook nemen wij graag kennis van de waardering die is uitgesproken voor de wijze waarop de voorbereiding van dit wetsvoorstel in samenspraak met het veld is vormgegeven. Wij hechten aan een versterking van de rechtspositie van personen met een psychische stoornis, aan wie tegen hun wil geestelijke gezondheidszorg wordt

verleend. Het beleid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg, het voorkomen en terugdringen van dwang en drang en het bieden van zorg op maat. Ook ambulantisering van de zorg om zoveel mogelijk passende zorg te kunnen bieden is een speerpunt van dit beleid. Om deze doelstellingen te realiseren zetten wij ons in voor inwerking-treding van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (verder: wetsvoorstel Wvvgz).

Alvorens over te gaan tot de beantwoording van de vragen van de verschillende fracties stellen wij vast dat er een breed gedragen consensus bij de fracties bestaat over de uitgangspunten die het wetsvoorstel hanteert: zoveel mogelijk preventie van dwang door vooraf goede zorg te verlenen, het altijd eerst moeten onderzoeken van alternatieve vrijwillige behandel mogelijkheden en, indien toch tot verplichte zorg moet worden besloten, dwang alleen gebruiken in het uiterste geval (het zogenaamde ultimum remedium beginsel) en dan nog alleen in de minst ingrijpende vorm. Ook de andere uitgangspunten van voorliggend wetsvoorstel, zoals het versterken van de rechtspositie van de patiënt, het zoveel mogelijk voorkomen van dwang, het verhogen van de keuzevrijheid en de kwaliteit van verplichte zorg, de integrale benadering van zorg op maat en een betere rolverdeling tussen de actoren, worden door de fracties breed ondersteund. Wij zijn zeer verheugd dat de uitgangspunten zoals geformuleerd in het wetsvoorstel op uw instemming mogen rekenen.

Naast instemming zijn er vanuit uw Kamer ook kritische vragen en opmerkingen gesteld over de te verwachten extra bureaucratie en dubbele procedures als mogelijke gevolgen van de introductie van de commissie verplichte geestelijke gezondheidszorg, alsmede op de personele en budgettaire consequenties van de introductie van een dergelijk nieuw instituut. Deze vragen en opmerkingen hebben ertoe geleid dat wij het wetsvoorstel op belangrijke onderdelen hebben herzien, waarbij met name het schrappen van de commissie verplichte zorg in het oog springt. Wij hebben uw Kamer van dit voornemen op de hoogte gesteld bij brief van 14 februari 2011, Kamerstuk 32 399, nr. 7. In 2010 en 2011 is een aantal varianten voor de commissie onderzocht en met het veld besproken. Geen van deze varianten bleek voldoende draagkracht in het veld te hebben. Op 29 november 2011 is een vervolgoverleg met het veld georganiseerd om te onderzoeken of en zo ja, hoe de taken van de commissie herverdeeld zouden kunnen worden over bestaande actoren in de GGZ. Hierbij moest als uitgangspunt blijven gelden dat de rechtspositie van de patiënt versterkt moest worden ten opzichte van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (verder Wet bopz). Met inachtnaam van de inbreng van alle betrokken partijen is vervolgens in 2012 begonnen met het opstellen van een nota van wijziging (Kamerstuk 32 399, nr. 10), waarbij de taken van de commissie zijn herverdeeld over bestaande actoren in de GGZ. De geneesheer-directeur krijgt hierbij een regierol toebedeeld en wordt verzoeker bij de rechter voor de zorgmachtiging (in plaats van de commissie in het oorspronkelijke wetsvoorstel), de taak van de onafhankelijk psychiater wordt verruimd en er zijn meer zorgvuldigheidseisen ingebouwd met als doel dat de rechter voor zijn oordeelsvorming de beschikking krijgt over een kwalitatief beter en multidisciplinair opgesteld zorgplan.

De nota van wijziging is in maart 2012 voor consultatie voorgelegd aan alle relevante partijen. Hierop zijn veel reacties ontvangen. In de toelichting bij de nota van wijziging wordt uitgebreid ingegaan op de ingebrachte commentaren en wat hiermee in de nota van wijziging is gedaan. De nota van wijziging is vervolgens op 22 maart 2013 via de

Bij het beantwoorden van uw vragen hebben wij voor de leesbaarheid zoveel mogelijk de volgorde van de vragen uit het verslag aangehouden. Wij hebben ervoor gekozen de vragen te beantwoorden met inachtnaam van de voorgestelde aanpassingen in de nota van wijziging. Hierdoor zijn uw vragen van een actueel antwoord voorzien. Dit was mogelijk, nu de doelstellingen van het wetsvoorstel ook na aanpassing door de nota van wijziging onveranderd zijn gebleven. De vragen in hoofdstuk 8 van het verslag over de commissie verplichte zorg zijn door het schrappen van de commissie verplichte zorg niet meer relevant. Dit geldt om dezelfde reden ook voor de vragen in hoofdstuk 4 van het algemeen deel over de pilots met de commissies. Voor zover bepaalde vragen in het artikelsgewijze deel over de commissie (hoofdstuk 5) zien op taken van de commissie die door de nota van wijziging zijn toebedeeld aan andere partijen, zullen de vragen met inachtnaam van die wijzigingen beantwoord worden.

1. Inleiding

Wij zijn verheugd met de belangstelling van de leden van de fractie van de VVD voor het wetsvoorstel en dat deze leden positief staan ten opzichte van het uitgangspunt dat verplichte zorg alleen gebruikt mag worden als ultimum remedium. Graag maken wij gebruik van de gelegenheid om de vragen van deze leden te beantwoorden. De leden van de VVD-fractie stellen, evenals de Raad van State, dat voortdurende aandacht voor preventie en verdergaande professionalisering van de zorg nodig is voor het welslagen van het wetsvoorstel.

De leden van de fractie van de VVD vragen of het wetsvoorstel toekomstbestendig is, gezien de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. De leden van de fractie van de VVD refereren daarbij aan het wederkerigheidsprincipe en het verder verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg, zodat gedwongen zorg alleen wordt ingezet als ultimum remedium.

Wij zijn van mening dat het wetsvoorstel voldoende toekomstbestendig is. Het wederkerigheidsbeginsel vormt de basis van de legitimatie van het mogen geven van verplichte zorg. Het recht van de overheid om iemand tijdelijk tot zorg te verplichten en zo nodig op te nemen in een accommodatie brengt ook de verplichting met zich mee om voor deze persoon de randvoorwaarden te creëren om weer succesvol aan het maatschappelijke leven deel te kunnen nemen. Dit betekent dat hetgeen doorgaans als «nazorg» wordt bestempeld, integraal onderdeel moet uitmaken van de zorg op maat die in de zorgmachtiging wordt opgenomen. De voorgestelde zorgmachtiging strekt niet langer alleen tot opname in een accommodatie, maar bepaalt welke vormen van verplichte zorg ten aanzien van de betrokkene geëigend zijn.

Een ander basisbeginsel uit het wetsvoorstel is het ultimum remedium beginsel. Dit beginsel is onderdeel van het huidige en toekomstige kwaliteitsbeleid in de GGZ, waarbij er veel aandacht is om zoveel mogelijk zorg onder dwang te voorkomen. Dit sluit dus zeer goed op elkaar aan. Goede zorg betekent dat er continu aandacht moet zijn voor het zoeken naar de juiste vorm van zorg om te voorkomen dat verplichte zorg wordt ingezet. Dit wordt samen met betrokkene en diens familie en/of naasten gedaan. Hiervoor zijn meerdere waarborgen in het wetsvoorstel ingebouwd: betrokkene krijgt de gelegenheid samen met familie en naasten eerst een eigen plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te kunnen voorkomen, zijn voorkeuren worden vastgelegd op een zorgkaart en er moet een multidisciplinair opgesteld zorgplan aanwezig zijn waarin opgenomen is dat en wanneer de basisbeginselen van

proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid van de verplichte zorg worden geëvalueerd en geactualiseerd. Hiermee wordt bereikt dat te allen tijde eerst naar alternatieven voor verplichte zorg moet worden gezocht en dat het toepassen van verplichte zorg alleen als ultimum remedium kan en mag plaatsvinden.

Wij zijn ook verheugd met de belangstelling die de leden van de PvdA-fractie hebben getoond voor het onderhavige wetsvoorstel. Deze leden pleiten al jaren voor een overgang van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) naar een nieuwe Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. Wij hebben met genoegen kennisgenomen van het feit dat de uitgangspunten van voorliggend wetsvoorstel door deze leden worden ondersteund. Zij hebben nog wel enkele aanvullende vragen en opmerkingen, die wij verderop in deze nota graag zullen beantwoorden.

Wij hebben met genoegen gelezen dat de leden van de PVV-fractie met belangstelling hebben kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel. Zij vragen of het strafrechtelijk traject en het zorgtraject met het wetsvoorstel Wvggz en het wetsvoorstel Wet forensische zorg (hierna: Wfz) beter op elkaar aansluiten?

Ja, dit is het geval. De juridische aansluiting tussen beide systemen is geregeld in artikel 2.3. van het wetsvoorstel Wfz, het voorgestelde artikel 37 (artikel 7.1 wetsvoorstel Wfz) en het in de nota van wijziging voorgestelde artikel 5.20 Wvggz. Met het in werking treden van artikel 2.3 wordt het mogelijk om in elke fase van een strafrechtelijk traject te kiezen voor de aanvraag van een zorgmachtiging conform het wetsvoorstel Wvggz. De officier van justitie kan een afweging maken of een strafrechtelijke vervolging op zijn plaats is of dat het aanvragen van een civiele zorgmachtiging de best passende maatregel is. De strafrechter kan hierdoor kiezen voor ofwel het opleggen van forensische zorg op basis van een strafrechtelijke titel of hij kan een civiele zorgmachtiging afgeven. Maar ook aan het einde van een forensisch zorgtraject kan de officier van justitie een aansluitende zorgmachtiging vragen, als het niet lukt om betrokkene op vrijwillige basis in zorg te houden als dat wel nodig is. Artikel 2.5 van het wetsvoorstel Wfz regelt immers dat de zorgaanbieder zes weken voor het aflopen van de forensische zorgtitel zorg draagt voor aansluitende zorg als de zorgverlener of de behandelaar van oordeel zijn dat na afloop van de strafrechtelijke titel verdere zorg nodig is. In hoofdstuk 11 gaan wij uitgebreider in op de aansluiting tussen beide wetsvoorstellen.

Wij zijn verheugd dat ook de leden van de CDA-fractie met belangstelling kennis hebben genomen van onderhavig wetsvoorstel. Met genoegen hebben wij kennis genomen van de waardering die is uitgesproken door diverse belanghebbenden voor de aanpak in samenspraak met belanghebbenden bij de totstandkoming van het wetsvoorstel en die deze leden in de inleiding vermelden. Zoals hiervoor is aangegeven is ook bij de nota van wijziging gekozen voor een ruime betrokkenheid van belanghebbenden en veldorganisaties.

Deze leden onderschrijven met ons dat het zelfbeschikkingsrecht het uitgangspunt is en blijft, en alleen bij zeer dringende redenen en alleen op basis van een zorgvuldig voorbereide beslissing tot verplichte zorg kan worden besloten. Het «nee-tenzij»-principe» wordt door deze leden gesteund. Ook zijn zij ingenomen met de inzet om de beslissing tot verplichte zorg beter voor te bereiden, stelselmatig te evalueren en de nazorg te beschouwen als integraal onderdeel van de zorg. Daarnaast steunen zij de «stepped-care»-benadering waardoor, indien mogelijk, kan worden voorkomen dat betrokkene meteen met de meest ingrijpende vorm van (intramurale) verplichte zorg wordt geconfronteerd. Zeer

ingenomen zijn de leden van de CDA-fractie met het feit dat personen met een verslaving aan alcohol en drugs onder de reikwijdte van het wetsvoorstel vallen. Wij onderschrijven met deze leden dat juist ook deze categorie personen vaak zeer zelfvernietigend bezig is. Terecht geven de leden van de CDA-fractie aan dat het geen eenvoudige opgave is om de balans te vinden tussen het fundamentele recht op lichamelijke integriteit en de plicht van de overheid om burgers te voorzien van de noodzakelijke zorg.

De leden van de CDA-fractie hebben de algehele indruk dat de persoonlijke autonomie met voorliggend voorstel enige mate wordt ingeperkt en dat iets eerder kan worden ingegrepen dan thans mogelijk is onder de Wet Bopz. Zij vragen de regering dat te bevestigen?

Graag nemen wij dit beeld bij de leden van de CDA-fractie weg. Een kenmerk van autonomie is dat een afzonderlijk individu zelfstandig kan besluiten over de gewenste levensrichting. Voor een persoon met een psychische stoornis is dit niet altijd mogelijk. Dit wetsvoorstel beoogt dat verplichte zorg niet alleen verleend kan worden om de gezondheid te herstellen of te stabiliseren, maar ook om de autonomie van betrokkene zoveel mogelijk te herwinnen. In die zin betekent dit wetsvoorstel een versterking van de positie van betrokkene. Onder de Wet bopz immers is onvrijwillig ingrijpen vooral gekoppeld aan het terugdringen van gevaar en niet zozeer gericht op herstel van de autonomie. Nieuw ten opzichte van de Wet bopz is de mogelijkheid dat een zorgmachtiging kan worden afgegeven voor ambulante verplichte zorg, zonder dat deze gekoppeld is aan een opname.

Verheugd hebben wij kennisgenomen van de belangstelling van de leden van de SP-fractie en van de opmerking dat een flink deel van de zorgen en bezwaren van deze leden bij de Wet bopz wordt weggenomen. Ook hebben wij met genoegen gelezen dat de zorgvuldige bespreking met deskundigen en betrokken organisaties alsmede de geformuleerde uitgangspunten en waarborgen van het wetsvoorstel op de instemming van deze leden kan rekenen. Wel vragen deze leden zich af hoe het komt dat de betrokken organisaties een aantal opvallende en gelijklopende bezwaren uiten, gelet op de zorgvuldige voorbereiding met het veld. Deze leden vernemen graag de reactie van de regering op het meest voorkomende bezwaar inzake de verhouding tussen de multidisciplinaire commissie en de rechter bij het verlenen van de zorgmachtiging. Inderdaad heeft een aantal betrokken organisaties gelijklopende bezwaren ingediend tegen het introduceren van de commissie verplichte ggz, met name dat het introduceren van deze commissie bureaucratisch en duur is en een (onnodige) dubbeling in de procedure betekent. In de inleiding hebben wij toegelicht dat onder andere het bezwaar tegen de verhouding tussen de multidisciplinaire commissie en de rechter bij het verlenen van de zorgmachtiging heeft geleid tot een grondige herziening van het wetsvoorstel op dit punt bij nota van wijziging.

Wij hebben met genoegen kennisgenomen van de belangstelling van de leden van de fractie van de ChristenUnie en dat deze leden de doelstellingen van het wetsvoorstel onderschrijven. Met deze leden zijn wij van oordeel dat het ultimatum remedium beginsel leidend is en dat verplichte zorg enkel als laatste redmiddel kan worden ingezet, wanneer er geen adequate alternatieven meer voorhanden zijn. Graag maken wij gebruik van de mogelijkheid die deze leden ons bieden om op een enkel punt een nadere toelichting te geven. Zo vroegen deze leden naar de verhouding tussen de doelstelling van het wetsvoorstel, te weten dwang voorkomen en de duur van dwang beperken, en de eventuele invoering van een eigen bijdrage in de zorg. Ook de leden van de SP-fractie vroegen hier aandacht voor en wilden een toezegging dat er geen eigen bijdrage wordt

ingevoerd in de GGZ. Het kabinet heeft besloten vanaf 2014 af te zien van een eigen bijdrage voor de gespecialiseerde GGZ. Ook komt er geen eigen bijdrage in de generalistische basis GGZ. In de geest van de bestuurlijke akkoorden moet er geen onderscheid gemaakt worden tussen somatiek en GGZ.

Met de leden van de SGP-fractie onderschrijven wij het belang van duidelijke regels ten aanzien van verplichte geestelijke gezondheidszorg. Wij zullen dan ook gaarne van de mogelijkheid die de leden ons bieden gebruik maken door de vragen van deze leden in deze nota naar aanleiding van het verslag te beantwoorden.

2. Kern van het wetsvoorstel

De leden van de VVD-fractie merken op dat het wetsvoorstel beoogt in passende en kwalitatief goede zorg te voorzien door een scala van zorginterventies op te nemen. Voorts stellen deze leden dat in de huidige situatie sprake is van een tekort aan (deskundig) personeel in de zorg, onder andere aan psychiaters en jeugdpsychiaters. Dit leidt tot enkele vragen over de capaciteit, waarbij het zowel gaat om faciliteiten, deskundigheid en veiligheid. Zij vragen of er voldoende capaciteit is om de toegenomen interventiemogelijkheden uit te voeren en de voorgestelde uitbreiding van de doelgroep op te vangen? Verder vragen zij of de vervanging van het gevaarcriterium door het schadecriterium naar verwachting leidt tot een groter aantal patiënten en of hier voldoende capaciteit voor is?

Het is juist dat het wetsvoorstel meer interventiemogelijkheden kent dan alleen de gedwongen opname. Zo kent dit wetsvoorstel ook de mogelijkheid om verplichte zorg in de thuissituatie toe te passen. Maar dat betekent niet automatisch dat er in de praktijk ook vaker gedwongen wordt geïntervenieerd. Het uitgangspunt dat de minst ingrijpende zorg zal worden verleend, betekent bijvoorbeeld dat in plaats van een opname (het uitgangspunt van de Wet bopz), ook minder ingrijpende vormen van verplichte zorg zoals ambulante zorg kunnen worden verleend. Verplichte zorg is ultimum remedium, dat wil zeggen alleen als het echt niet anders kan en alle alternatieven voor vrijwillige zorg zijn uitgeput, kan verplichte zorg worden verleend mits aan de criteria voor verplichte zorg wordt voldaan. En zoals gezegd moet in dat geval worden gekozen voor de minst ingrijpende vorm van verplichte zorg.

Over de benodigde capaciteit voor passende zorg worden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken gemaakt. Vacatures blijken in bepaalde regio's moeilijk te vervullen. Het is de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf om passende maatregelen te nemen om personeelstekorten tegen te gaan. Sinds 1 januari 2008 maakt de opleiding voor psychiaters deel uit van het opleidingsfonds. De Minister stelt jaarlijks per zorgopleiding vast, hoeveel personen maximaal in de opleiding kunnen instromen. Dit doet zij op advies van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan heeft in januari 2011 het capaciteitsplan 2010 uitgebracht met een lange termijn perspectief voor de jaarlijkse instroom van medisch specialisten, inclusief psychiaters. De komende jaren stromen 172 assistenten in opleiding in per jaar, waarmee in 2028 een evenwicht wordt bereikt.

Het is verder niet zo dat dit wetsvoorstel beoogt de doelgroep uit te breiden of het aantal patiënten te vergroten. De criteria voor dwang gelden onverkort voor alle interventiemogelijkheden. Evenmin betekent de vervanging van het gevaarscriterium door het schadecriterium in zichzelf geen uitbreiding van de reikwijdte van de wet. De uitbreiding van de reikwijdte van de wet is gelegen in de uitbreiding naar de mogelijkheid om ambulant verplichte zorg te geven, zodat in combinatie met de

uitgangspunten van proportionaliteit en subsidiariteit eerder passende zorg kan worden geboden. De belangrijkste reden om te kiezen voor een andere term is gelegen in het feit dat het begrip «schade» beter de lading dekt dan het huidige begrip «gevaar». Nieuw is wel dat onder het begrip schade nu zowel materiële als financiële schade valt. In de memorie van toelichting is hierop uitgebreid ingegaan¹. Ook financiële schade kan echter niet los gezien worden van de criteria voor verplichte zorg, de toetsing aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, alsmede aan de overige uitgangspunten voor verplichte zorg.

De leden van de VVD fractie vragen voorts of er wellicht minder bedden nodig zijn maar misschien meer ambulante zorg en of dat zorgt voor een verschuiving van kwaliteit en deskundigheid. Is de sector hierop toegerust?

Het wetsvoorstel Wvvgz ondersteunt het streven om mensen zoveel mogelijk ambulant te behandelen. Wanneer iemand thuis in zijn eigen omgeving wordt behandeld, leidt dit in zijn algemeenheid tot een grotere cliënttevredenheid en vergemakkelijkt dit de participatie van betrokkene aan de maatschappij. In het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2013–2014 zijn over deze ambulantisering afspraken gemaakt. In het onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014–2017, dat op 16 juli jl. aan de Tweede Kamer is aangeboden, zijn de afspraken inzake ambulantisering herbevestigd (Kamerstuk 29 689, nr. 470). Momenteel zijn er 150 (F)ACT-teams en dit aantal groeit nog steeds. Daarnaast zijn er ook gespecialiseerde ambulante teams, bijvoorbeeld voor jeugd en verslavingszorg. Deze ontwikkeling betekent inderdaad een verschuiving van kwaliteit en deskundigheid richting de extramurale zorgverlening. De ambulantisering zal zich de komende jaren verder ontwikkelen. Het zal een aantal jaren kosten om als sector naar die nieuwe situatie toe te groeien, maar de huidige ontwikkelingen laten zien dat de sector deze ontwikkeling omarmt en hier proactief mee omgaat.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de rode draad van het wetsvoorstel is via de «stepped-care»-benadering vroeg en licht in te grijpen bij psychische problemen om onnodige persoonlijk en maatschappelijke kosten te voorkomen. Dit wetsvoorstel biedt een kader voor effectievere en menswaardigere zorg, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van een psychische beperking, en betere ondersteuning van patiënt en familie. Draagvlak voor deze wet is, door uitgebreide consultatie in het veld, breed. Met genoegen hebben wij er van kennisgenomen dat deze leden de uitgangspunten steunen. Deze leden vragen aandacht voor het onderwerp preventie. Er moet niet pas ingegrepen worden als overlast wordt ervaren, maar al bij de eerste tekenen van verwaarlozing. Hoe zal de regering dit landelijk borgen? Zij vragen welke initiatieven er in het veld worden genomen om het voortraject te verbeteren, en of deze initiatieven worden geëvalueerd. Worden de «best-practices» in de sector gedeeld? Ook de leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze preventie vorm krijgt in relatie tot deze wetgeving.

Het besef is al langer doorgedrongen dat in het kader van het terugdringen van dwang en drang (gedwongen) opnames en dwangtoepassingen, zoals separaties, zoveel mogelijk moeten worden voorkomen. Goede preventie en het voorkomen van het zich ontwikkelen van omstandigheden die zouden kunnen leiden tot gedwongen zorg, is essentieel. Tijdige signalering van mogelijke problemen is daarbij heel belangrijk.

¹ Kamerstuk 32 399, nr. 3, blz. 43.

Van belang is dat er wordt geïnvesteerd in vroegsignalering: door versterking van de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) wordt de huisarts beter in staat gesteld de herkenning en toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren². Vroegsignalering kan ook goed plaatsvinden in de ACT en FACT teams of andere ambulante teams die naast ambulante zorg ook begeleiding bieden op andere levensdomeinen. ACT is een model om ambulante zorg en begeleiding te bieden aan mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. ACT staat voor «Assertive Community Treatment». ACT richt zich vooral op de «moeilijkste» mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen. Naast hun psychische stoornis hebben zij vaak ook problemen op vele andere leefgebieden zoals een verslaving, dak- en thuisloosheid, problemen met geld en werk en soms crimineel gedrag. De problemen zijn zó complex dat hun maatschappelijk leven ernstig verstoord raakt. ACT-teams zoeken deze patiënten actief op waar ze verblijven. De «Functie ACT» (FACT), is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. FACT richt zich op de hele groep van mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis. Doel van FACT is om patiënten die continue zorg nodig hebben te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel.

Er is al een groot aantal intensieve en ambulante behandelteams van het type ACT en FACT operationeel (landelijk rond 150), die patiënten vanuit een multidisciplinair perspectief in hun maatschappelijk leven vakkundig bijstaan. Deze ontwikkeling past in de afspraken die in het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2013–2014 zijn gemaakt over de reductie van het aantal bedden en de substitutie door ambulante zorg en die zijn herbevestigd in het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017. Het aantal ambulante teams zal in de toekomst nog verder groeien. Het beleid van de (F)ACT-teams waarin het streven tot deelname van de patiënt aan de maatschappij centraal staat, past naadloos in de doelstellingen van het wetsvoorstel.

Ook het in kaart brengen en evalueren van best practices voor het voorkomen van dwang en drang vanuit GGZ Nederland is een initiatief dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zowel beleidsmatig als financieel heeft gesteund. De afgelopen vijf jaar is er veel aandacht uit gegaan naar het terugdringen van dwang in het algemeen en separatie in het bijzonder. Veel GGZ-instellingen zijn gestart met projecten om dwang en voornamelijk het aantal separaties te reduceren en te bekorten en de kwaliteit van zorg rond dwang en drang te verbeteren. Om dit te realiseren konden GGZ-instellingen op basis van de beleidsregel dwang en drang in aanmerking komen voor financiële middelen als stimulans om projecten gericht op het terugdringen van dwang en drang uit te voeren. De afgelopen jaren zijn er zowel door de brancheorganisatie als de instellingen zelf veel initiatieven genomen om dwang te reduceren. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en GGZ Nederland is in 2011 een inventarisatieonderzoek opgezet naar best practices rondom dwangreductie binnen 26 GGZ-instellingen in Nederland. De onderzoekers hebben hun bevindingen vastgelegd in het rapport «Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg», dat op 19 december 2011 is aangeboden aan GGZ Nederland (Kamerstuk 25 424, nr. 159). Het rapport vermeldt welke interventies binnen de bezochte afdelingen een bijdrage hebben geleverd aan de reductie van dwang. Daarnaast is gekeken naar de wijze waarop deze interventies ingebed waren binnen de cultuur, structuur en organisatie van de instelling en afdelingen. Het delen en verspreiden van kennis over deze goede voorbeelden zal zeker bijdragen aan het verder terugdringen van dwang en drang in de GGZ.

² Dit is afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014.

Bij professionalisering van de zorg denken wij ook aan bevordering van kwaliteit en patiëntveiligheid door middel van verdere ontwikkeling van richtlijnen, veldnormen en zorgstandaarden. De te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijn dwang en drang is hier een mooi voorbeeld van. Het leveren van (gedwongen) zorg volgens deze richtlijn is in lijn met de doeleinden van dit wetsvoorstel en kan bijdragen aan betere en veiligere (gedwongen) zorg. Wij gaan verderop in op de stand van zaken van de ontwikkeling van deze richtlijn.

Verder is ook deskundigheidsbevordering op het terrein van bejegenkwesties en omgaan met agressie een belangrijk aandachtspunt. In de loop der jaren heeft GGZ Nederland een reeks initiatieven en maatregelen genomen om agressie en geweld tegen medewerkers in de ggz-sector tegen te gaan. Vanuit het programma Patiëntveiligheid van GGZ Nederland is «Agressie in de zorg» als speerpunt benoemd. In het convenant tussen politie en GGZ 2012 zijn hier ook nadere afspraken over gemaakt.

Voor alle vragen omtrent het verbeteren van de kwaliteit van de (verplichte) geestelijke gezondheidszorg geldt dat dit vooral een verantwoordelijkheid van zorginstellingen en zorgverleners is. Bovengenoemde initiatieven zijn voorbeelden dat veldpartijen deze verantwoordelijkheden ook daadwerkelijk oppakken.

De vragen van de PvdA-fractie over het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder IGZ) en of de IGZ op basis van individuele signalen in actie gaat komen, worden besproken in hoofdstuk 10 over handhaving en toezicht. In hoofdstuk 6 (kinder en jeugdpsychiatrie) wordt teruggekomen op de vraag hoe de rechten van kinderen en jeugdigen in het wetsvoorstel worden geborgd en hoe de behandeling van deze groep op de zorgvraag wordt afgestemd.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts nog of het ter voorkoming van dwang en drang niet een idee is een lijst met alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg vast te stellen, welke doorlopen moet zijn voordat men over wil gaan tot verplichte zorg.

Wij vinden het niet noodzakelijk het veld te vragen een lijst te maken met alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg, die eerst doorlopen moet zijn alvorens tot verplichte zorg overgegaan kan worden. Het hele beleid binnen de GGZ is erop gericht dwang zoveel mogelijk te voorkomen en eerst alle (vrijwillige) alternatieven met betrokkene te doorlopen. Het eerst moeten doorlopen van een lijst zal onnodige bureaucratie in de hand werken.

De leden van de PvdA-fractie pleiten voor de harmonisatie van de rechtspositie van verschillende groepen van mensen met psychische stoornissen, zoals mensen op forensische titel, jeugdigen, gehandicapten en ouderen. Ze vragen of de regering bereid is te kijken naar harmonisatie van de rechtspositie van patiënten in GGZ-instellingen?

Wij onderschrijven het belang van een geharmoniseerde rechtspositie van patiënten in GGZ instellingen. In hoofdstuk 11 wordt nader ingegaan op de samenhang van de verschillende wetten en wetsvoorstellen.

Om te kunnen harmoniseren moet er zicht zijn op de relevante regelingen (nationaal en internationaal) en de praktijk binnen de verschillende sectoren. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2012 aan ZonMw gevraagd een wetsevaluatie te laten uitvoeren naar de verschillende rechtsposities bij gedwongen zorg van zowel jeugdigen als ouderen. Doel van het onderzoek is om waar mogelijk en wenselijk te komen tot een harmonisatie van deze rechtsposities. Naast de rechtspositie dienen ook andere verschillen zoals de toegang tot de rechter, de inrichting van de machtiging en de leeftijdsgrens bij de evaluatie betrokken te worden. ZonMw is gevraagd aanbevelingen te doen om waar mogelijk te komen tot harmonisatie van de verschillende rechtsposities.

De resultaten van het onderzoek worden verwacht in juni 2014. Wij willen deze aanbevelingen niet afwachten. Dit leidt tot onnodige vertraging. De praktijk heeft duidelijk behoefte aan nieuwe wetgeving inzake verplichte zorg, die aansluit bij de ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan in de geestelijke gezondheidszorg en de zorg aan dementen en verstandelijk beperkten.

De leden van de PVV-fractie onderschrijven het ultimum remedium beginsel en vragen hoe vaak het voorkomt dat vrijwillige interventies ontoereikend zijn.

Wij weten niet in hoeverre vrijwillige interventies voorafgaande aan dwangbehandeling ontoereikend zijn. De vrijwillige interventies voorafgaande aan het toepassen van dwang en drangmaatregelen worden in het behandelplan van betrokkene opgenomen. De behandelaar maakt het behandelplan samen met betrokkene, beschrijft welke behandeling hij wil uitvoeren en vraagt aan betrokkene wat zijn wensen zijn. De behandelaar past het behandelplan steeds aan als de situatie verandert.

In de afgelopen jaren heeft het veld goede alternatieven ontwikkeld om dwang- en drangtoepassingen te voorkomen. Zo zijn in de praktijk het signaleringsplan, de crisiskaart en de triadekaart ontwikkeld en kan onder meer gebruik worden gemaakt van een zelfbindingsverklaring. Deze instrumenten hebben allemaal als doel escalatie, onveilige situaties en dwangtoepassingen te voorkomen. Tijdens thematisch toezichtbezoeken toetst de Inspectie voor de Gezondheidszorg of een signaleringsplan, crisiskaart, zelfbindingsverklaring etc. in het dossier van betrokkene aanwezig is en aantoonbaar wordt toegepast³. Indien de gemaakte afspraken om escalatie en dwangtoepassing te voorkomen niet leiden tot het gewenste resultaat dan moeten de afspraken geëvalueerd worden met betrokkene en het signaleringsplan dan wel de andere stukken worden aangepast aan de situatie van betrokkene.

De leden van de PVV-fractie merken op dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terechtkomen. Hun vraag of er gegarandeerd kan worden dat voldoende deskundig personeel en materiële voorzieningen ingezet kunnen worden om ervoor te zorgen dat de geleverde forensische zorg equivalent is aan die binnen reguliere geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen komt nader aan de orde in hoofdstuk 11.

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat dwang alleen in uiterste noodzaak kan worden ingezet en niet uit onmacht mag worden toegepast. Kan de regering nader toelichten wat zij bedoelt met «uit onmacht toegepast»?

Het is onwenselijk dat dwang uit een situatie van machteloosheid zou worden toegepast. Daarom moeten altijd eerst alle alternatieven goed worden gewogen en uitgeprobeerd. Het uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat dwangmaatregelen (vrijheidsbeperkende interventies) alleen als ultimum remedium mogen worden ingezet. Daarom is het ultimum remedium beginsel (nee, tenzij) wettelijk verankerd. Waar de Wet bopz dit beginsel enigszins verscholen tot uitdrukking bracht in de rechterlijke toets, waar proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit deel van uitmaken (zie bijvoorbeeld artikel 2, tweede lid Wet bopz), brengen de procedurevoorschriften in het wetsvoorstel Wvvgz mee dat in elke fase van de zorgverlening aandacht wordt gevraagd voor toepassing van het ultimum remedium beginsel en het toepassen van dit beginsel.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts naar de gevolgen van het vastleggen van persoonlijke voorkeuren via de zorgkaart voor de ggz. Zij

³ zie het IGZ Toetsingskader Terugdringen separeren 2012.

wijzen erop dat de zorg heeft te kampen met wachtlijsten en met een tekort aan psychiaters. Schept het niet teveel verwachtingen om te regelen dat de patiënt zijn voorkeuren ten aanzien van de behandeling op een zorgkaart kan vastleggen?

Thans is het reeds mogelijk om desgewenst een crisiskaart op te stellen, ook voorafgaande aan gedwongen zorg. Hierop worden de voorkeuren van betrokkene vastgelegd voor het geval hij in crisis raakt. Dit kan (gedwongen) opname voorkomen.

Bij het vastleggen van de voorkeuren van betrokkene op de zorgkaart onder het wetsvoorstel Wvvgz gaat het om hetzelfde idee, doch deze kaart wordt opgesteld in de fase van het voorbereiden van een zorgmachtiging. Betrokkene kan ten aanzien van de (verplichte) zorg zijn wensen en voorkeuren aangeven, mocht (verplichte) zorg worden toegepast. Dit kan een positieve invloed hebben op het opvangen van betrokkene. Het opstellen van de zorgkaart is straks verplicht in de procedure van het voorbereiden, uitvoeren, wijzigen en beëindigen van de verplichte zorg, waardoor altijd kennis genomen moet worden van de wensen en voorkeuren van betrokkene alvorens overgegaan kan worden tot het toepassen van verplichte zorg. Wij denken niet dat dit een onevenredige belasting op de behandelaars in de procedure legt.

Ook de leden van de fracties van de SP en de ChristenUnie vragen hoe de GGZ georganiseerd zou moeten worden om te voldoen aan het ultimatum remedium principe en te bereiken dat toepassing van dwang en rechterlijke machtigingen zoveel mogelijk kan worden voorkomen. Wij wijzen erop dat dit wetsvoorstel het mogelijk maakt om door eerder in te grijpen, zwaarder ingrijpen (bijvoorbeeld een verplichte opname) mogelijk voorkomen kan worden. Ook door onder meer de ambulantisering van de zorg en de inzet van (F)ACT-teams wordt beoogd dwang en drang te voorkomen, door waar mogelijk familie en naasten te betrekken en door zoveel mogelijk rekening te houden met de voorkeuren van betrokkene. Het voorkomen van dwang en drang en het terugdringen daarvan heeft overigens reeds de nodige jaren de aandacht. De IGZ toetst daar ook op. Dat heeft ertoe geleid dat zowel het aantal patiënten dat gesepareerd wordt, als de duur van de separaties de afgelopen jaren is gedaald. Dit is onder meer bereikt door het uitwisselen van best practices, het ontwikkelen van kaders en richtlijnen, het zorg dragen voor een goede registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen (want meten is weten) en een intensief toezicht door de IGZ. Wat betreft de ontwikkeling van kaders en richtlijnen is relevant, dat recent een veldnorm is vastgesteld die zegt dat er in de ggz geen nieuwe separeerkamers en afzonderingskamers meer mogen worden gerealiseerd⁴. Ggz-patiënten mogen in de toekomst alleen nog worden ingesloten in een extra beveiligde kamer (EBK) in combinatie met intensieve zorg. Naast veiligheid, zijn dan voldoende zorg, aandacht en nabijheid, 24/7 face-to-face contact mogelijkheden en een humane fysieke setting, randvoorwaarden voor insluiting. Alle traditionele separeer- en afzonderingsvoorzieningen moeten op termijn buiten gebruik zijn gesteld.

Een andere ontwikkeling is dat we de beroepsgroep hebben gevraagd om te komen met een multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Nu bestaat reeds de monodisciplinaire richtlijn «Besluitvorming dwang: opname en behandeling» van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), waarmee de sector reeds een aantal jaren werkt. Richtlijnen zijn een belangrijk hulpmiddel bij het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn «dwang en drang» is inmiddels gestart. Het streven is de richtlijn in december 2014

⁴ Op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft TNO, in samenwerking met GGZ Nederland, patiëntenorganisaties en zorgaanbieder een veldnorm insluiting ontwikkeld met eisen waaraan EBK's vanaf 15 mei 2013 moeten voldoen.

op te leveren. In het kader van positionering van de richtlijn in het veld geeft deze multidisciplinaire richtlijn, vanuit de verschillende disciplines, psychiaters, vertegenwoordigers van patiënten, psychologen en verpleegkundigen, concreet vorm aan het terugdringen van dwang en ontwikkelt het alternatieven daarvoor. De richtlijn zal deel gaan uitmaken van de professionele standaard en derhalve door de professionals als leidend beschouwd worden bij de behandeling. In het najaar van 2012 is op initiatief van de NVvP een Normenkader Dwang ontwikkeld in afwachting van de multidisciplinaire richtlijn dwang & drang⁵.

De leden van de SP-fractie delen de in de memorie van toelichting verwoorde inspanningsverplichting van GGZ-instellingen om kwalitatief goede zorg te bieden. Dit laat naar hun oordeel onverlet dat de regering eindverantwoordelijk blijft voor goede en toegankelijke gezondheidszorg, inclusief al dan niet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Deze leden vernemen graag de opvatting van de regering hierover. De regering is er voor verantwoordelijk dat de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de (gg)zorg voldoende geborgd zijn. Dat betekent echter niet dat de Minister daarmee de primaire verantwoordelijkheid van de instelling om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren overneemt. De zorginstelling heeft daarin namelijk op grond van de Kwaliteitswet nadrukkelijk een eigen verantwoordelijkheid.

De leden van de SP-fractie wensen een nadere toelichting op de toepassing van de (verschillende stappen van de) «stepped-care»-benadering in de praktijk, in het bijzonder op de op last van de rechter te verlenen ambulante behandeling, inclusief de toediening van medicatie. Deze leden vragen of het verplicht thuis toedienen van medicatie geen recept is voor onmiddellijke escalatie, aangezien de dreigende schade en het verzet van de patiënt al van dermate omvang waren dat er een gerechtelijke zorgmachtiging bij aan te pas moest komen. Van belang voor de betrokkene is dat er passende zorg wordt verleend. Wat passende zorg is, is afhankelijk van het geval. Daarbij zal rekening moeten worden gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene, ook bijvoorbeeld als hij specifieke wensen heeft ten aanzien van het toedienen van medicatie. Als verplichte zorg moet worden toegepast, zal altijd moeten worden gekozen voor de minst ingrijpende vorm. Dat kan bijvoorbeeld zijn de verplichting om een therapie te volgen of begeleiding, maar het kan gezien de ernst van de situatie ook zijn het toedienen van medicatie. Zodra echter de verwachting aanwezig is dat het thuis toedienen van medicatie gepaard gaat met uitdrukkelijk verzet van betrokkene en een escalatie dreigt, is het vanuit veiligheids oogpunt gezien wellicht beter dit op een andere locatie toe te dienen waar dit wel veilig kan.

3. Verwerking adviezen

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering een reactie te formuleren op de aandachtspunten die het Landelijk Platform GGZ in zijn brief van 2 februari 2009 aandraagt als verbeteringen ten opzichte van het voorliggende wetsvoorstel. Ook de leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van een commentaar van het Landelijk Platform GGZ en vragen een reactie op enkele zorgen en vragen om een reactie op dat commentaar.

⁵ Normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang vanuit cliënten- en familieperspectief. Dit normenkader is uitgebracht in het kader van het patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008 – 2011 « Veilige zorg, ieders zorg » en is ontwikkeld door het Landelijk Platform GGZ.

Wij hebben van vele veldpartijen reacties gekregen op de eerste versie van het wetsvoorstel. Deze reacties hebben wij u ook in 2010 ter kennisneming toegestuurd gelijktijdig met het wetsvoorstel. Onder deze reacties bevindt zich die van het Landelijk Platform GGZ, die in haar brief van 2 februari 2009 aandachtspunten aandraagt tot verbeteringen. Vele reacties, waaronder die van de LPGGZ, hebben geleid tot aanpassing van het wetsvoorstel. In de memorie van toelichting bij het oorspronkelijke wetsvoorstel zijn wij op de reacties ingegaan en of en zo ja, hoe deze tot aanpassing van het wetsvoorstel hebben geleid.

De leden van de PvdA-fractie en van de CDA-fractie vragen om een reactie per artikel zoals becommentarieerd door de LPGGZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Aangezien deze reacties voornamelijk zien op de commissie zijn deze achterhaald door de nota van wijziging. Wij hebben partijen gevraagd te reageren op het nieuwe voorstel. In de toelichting op de nota van wijziging zijn wij uitgebreid ingegaan op de verschillende reacties op de consultatieversie van de nota van wijziging.

4. Pilots

De leden van de CDA-fractie stellen een aantal vragen over de pilots uit 2009.

Naar aanleiding van de pilots zijn verschillende onderzoeken gedaan en rapporten verschenen. Wij wijzen op het rapport «Monitor pilotcommissies Verplichte GGZ» opgesteld door Research voor Beleid, 11 december 2009, de «Procesevaluatie Pilot Commissies Verplichte GGZ», opgesteld door Ernst & Young, 20 december 2009 en tot slot het «Advies van de Stuurgroep Project Commissies Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg, Den Haag, 3 februari 2010 (Kamerstuk 25 763, nr. 25).

Dit advies was een advies aan de voormalige Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport omtrent de taakvoering en samenstelling van de commissies. Het stuurgroepadvies is ook aan uw Kamer aangeboden. Een gezamenlijk standpunt over de pilots is echter niet aan uw Kamer aangeboden, omdat de gewijzigde (financiële en inhoudelijke) omstandigheden en de kritische vragen over de commissie in het verslag hebben geleid tot een heroverweging op de invoering van de commissie. Nu de commissie verplichte GGZ uit het wetsvoorstel is geschrapt, laten wij de beantwoording van deze vragen achterwege.

5. Administratieve lasten

De leden van de VVD-fractie, de PVV-fractie en de SP-fractie hebben vragen over de administratieve lasten en dubbelingen in de procedure die gemoeid zijn met de introductie van de commissie.

Zoals eerder aangegeven hebben deze kritische vragen en de hoge kosten die waren gemoeid met de introductie van de commissies geleid tot een heroverweging van het wetsvoorstel op dit punt. In de nota van wijziging wordt voorgesteld om de commissies te schrappen. Doordat met het schrappen van de commissies een aantal actoren in de GGZ te maken krijgt met extra taken, brengt de uitvoering van het gewijzigde wetsvoorstel ook administratieve lasten met zich mee voor een aantal professionals binnen de ggz-instellingen. Deze stijging van de administratieve lasten vloeide voor een deel ook reeds voort uit het oorspronkelijke wetsvoorstel. Wij wijzen hierbij bijvoorbeeld op de introductie van een zorgkaart. Een deel van die lasten is nieuw, zoals de regiefunctie van de geneesheer-directeur (deze heeft hij via deze nota van wijziging overgenomen van de commissie) en de uitbreiding van de taken van de onafhankelijke arts (deze toetst nu ook het zorgplan inhoudelijk). Van

belang is dat, hoewel de regiefunctie van de geneesheer-directeur nieuw is ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel, de geneesheer-directeur ook al onder de wet bopz een belangrijke rol heeft bij de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van gedwongen zorg. Ook nu is hij één van de belangrijkste actoren. Het gewijzigde wetsvoorstel formaliseert die rol.

Naar de nieuwe administratieve lasten voor GGZ-instellingen zoals voorgesteld in de nota van wijziging is een extern kostenonderzoek gedaan. Conclusie van dat onderzoek is dat voor de GGZ-instellingen de meerkosten circa 9,7 miljoen euro zullen bedragen. Dat hangt samen met onder meer de introductie van de zorgkaart, de uitgebreidere taken van de onafhankelijke arts, de regiefunctie van de geneesheer-directeur, het opstellen van het zorgplan in multidisciplinair overleg en de informatie-verplichtingen van de geneesheer-directeur aan derden. Behalve een stijging van de administratieve lasten, brengt het wetsvoorstel ook een besparing met zich mee. In de Wet bopz staat een aantal meldingsverplichtingen van de geneesheer-directeur aan de inspectie en aan de officier van justitie. Op grond van het gewijzigde wetsvoorstel moet door de zorgaanbieder nog steeds informatie aan de inspecteur van de IGZ worden verstrekt over de toepassing van verplichte zorg, maar hoeft dit minder frequent dan onder de Wet bopz en zoveel mogelijk met gebruikmaking van digitale middelen in plaats van (papier) formulieren. Hiermee wordt naar verwachting een structurele besparing gerealiseerd van 1 miljoen euro. Per saldo betekent dit dat de uitvoering van het gewijzigde wetsvoorstel voor GGZ-instellingen circa 8,7 miljoen aan extra lasten met zich meebrengt.

De leden van de VVD-fractie constateren dat in de toelichting wordt gesteld dat de huidige Wet bopz vele meldingsverplichtingen van de zorgverleners aan de IGZ kent die in de huidige en beoogde werkwijze van de IGZ geen of nauwelijks meerwaarde hebben en zij vragen op welke informatieverplichtingen wordt gedoeld en waarom deze overbodig zijn en hoe het afschaffen van die verplichtingen zich verhoudt tot het intensiveren van het toezicht?

De Wet bopz kent meerdere meldingsverplichtingen aan de inspecteur. Zo moeten op grond van artikel 58 voor de inspecteur maandelijks overzichten worden opgesteld van namen van patiënten die zijn opgenomen, en de reden hiervoor, de namen van patiënten die meer dan 60 uur verlof hebben gekregen of die voorwaardelijk zijn ontslagen, intrekkingen van verlof of voorwaardelijke ontslagen. Ook moet de inspecteur worden geïnformeerd over het toepassen van een dwangbe-handeling, almede over de toepassing van een middel of maatregel (artikel 38, lid 6 en artikel 39). Voorts moet de inspecteur worden geïnformeerd over voorgenomen ontslag of een beslissing op ontslag na een verzoek (artikel 48 en 49). De meldingen worden op formulieren ingevuld en per post aangeleverd aan de IGZ, die deze weer handmatig moet invoeren in haar eigen digitale systeem.

Deze en andere informatieverplichtingen leiden tot aanzienlijke administratieve lasten, zowel voor de zorgaanbieders als voor de IGZ. In het wetsvoorstel hebben wij afgezien van het handhaven van deze intensieve vorm van informatievoorziening aan de IGZ. Bij nota van wijziging is geregeld dat de zorgaanbieders ten minste eens per zes maanden aan de inspectie een digitaal overzicht moeten verstrekken van de verplichte zorg die door hen geleverd is, onder vermelding van de aard en frequentie daarvan. Het schrappen van de vele individuele meldingsverplichtingen betekent niet dat de IGZ haar toezicht niet effectief zou kunnen uitvoeren. Zo zijn er in dit wetsvoorstel andere meldingsverplichtingen gekomen, die voor het houden van toezicht minstens zo relevant zijn. Zo moeten de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke,

indien het gegronde vermoeden bestaat dat uitvoering van de verplichte zorg tekort schiet, dit melden aan de inspectie. Daarnaast is de informatie op het niveau van de zorgaanbieder nog steeds aanwezig: iedere zorgaanbieder moet met behulp van een digitaal datasysteem bijhouden of en welke verplichte zorg hij aan wie geleverd heeft. De IGZ kan elke individuele zorgaanbieder altijd ook tussentijds benaderen met het verzoek inzage te krijgen in het digitale register ten behoeve van het houden van toezicht en heeft dus te allen tijde inzicht in die informatie.

6. Reikwijdte van het wetsvoorstel

Psychische stoornis

De leden van de VVD-fractie merken op dat vanuit de praktijk de vraag is opgekomen of deze wetgeving niet ook moet gelden voor patiënten in somatische ziekenhuizen, die daar in een psychische crisis verzeild raken, en psychogeriatrische patiënten die ook gewoon in ziekenhuizen of reguliere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg verblijven. Ook wordt vanuit de praktijk al jaren gepleit voor het opheffen van rechtsongelijkheid tussen deze patiënten. Deze leden willen ook graag weten hoe de regering hier tegen aankijkt.

Als iemand die is opgenomen in een ziekenhuis of iemand die verblijft in een psychogeriatrische instelling in een psychische crisis raakt, dan is onderhavig wetsvoorstel ook op hem of haar van toepassing. De plaats waar iemand verblijft is immers geen criterium voor het al dan niet kunnen toepassen van verplichte zorg, zoals onder de Wet bopz wel het geval is. Voorwaarde is natuurlijk wel dat er aan de criteria voor het toepassen van verplichte zorg voldaan is. Zo kan iemand die een behandeling voor diabetes weigert, omdat hij in de waan verkeert dat medicatie zal worden toegediend om hem te vergiftigen, in het kader van een afgegeven zorgmachtiging gedwongen kunnen worden om deze medicatie te krijgen. Op grond van artikel 3:4, tweede lid, hoeft verplichte zorg namelijk niet alleen gericht te zijn op het herstel van de geestelijke gezondheid, maar kan het ook gericht zijn op het herstel en de stabilisatie van de fysieke gezondheid⁶. Voorwaarde is wel dat er dan een causaal verband bestaat tussen de psychische stoornis en het fysieke gezondheidsrisico.

De leden van de CDA-fractie merken op dat personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking niet onder voorliggend wetsvoorstel vallen. Zij vragen of dat geen gemiste kans is. Met name de tweede evaluatie van de Wet bopz toont aan dat er in de praktijk van de Wet bopz een kloof is tussen die wet en de praktijk in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Bij personen met een psychische stoornis gaat het primair om het behandelen van die stoornis. Bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking gaat het vooral om het verbeteren van de situatie waarin deze personen zich bevinden. Het betreft bij dementie een doelgroep die vaak langdurig of zelfs levenslang afhankelijk is van zorg. Het wetsvoorstel Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (verder wetsvoorstel zorg en dwang) is specifiek toegesneden op de specifieke omstandigheden van deze doelgroep.

In de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel zorg en dwang heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven dat het zinvol is te onderzoeken of beide regelingen op termijn kunnen samengaan⁷. Dit zal een onderwerp van onderzoek

⁶ Kamerstuk 32 399, nr. 3, blz. 58.

⁷ Kamerstuk 31 996, nr. 6, blz. 4.

kunnen zijn in het evaluatieonderzoek over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

De leden van de CDA-fractie vragen of het hebben van twee wettelijke regimes voor mensen met een psychogeriatrische aandoening voor de praktijk geen problemen oplevert, nu voor verschillende doelgroepen die mogelijk met (enige) dwang moeten worden behandeld verschillende regels (gaan) gelden.

Indien er sprake is van comorbiditeit, dus gelijktijdig van zowel een psychogeriatrische aandoening als een psychische stoornis of van een verstandelijke beperking en een psychische stoornis, zal per geval moeten worden beoordeeld of een persoon valt onder de reikwijdte van het wetsvoorstel Wvvgg of van het wetsvoorstel zorg en dwang. Hierbij is de zorgvraag van iemand leidend en zal worden gezocht naar de meest passende zorg. Indien bijvoorbeeld de geriatrische aandoening de psychische stoornis overheerst, is het denkbaar dat iemand geplaatst dan wel overgebracht wordt naar een instelling waar geriatrische zorg kan worden verleend. Beide wetsvoorstellen laten de praktijk de ruimte om de meest passende vorm van zorg te kunnen verlenen in deze bijzondere gevallen.

Deze leden merken op dat de classificatie van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) onlangs is verruimd. Zij vragen of dat nog consequenties heeft voor voorliggend wetsvoorstel.

De «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV» (kortweg DSM) is in mei 2013 vervangen door de DSM-V. De introductie van de DSM-V heeft geen consequenties voor de toepassing van het wetsvoorstel. De DSM-V geeft wel aan welke stoornissen als psychische stoornissen kunnen worden aangemerkt, doch de kwalificatie van een stoornis als vallende onder de DSM-V is op zichzelf geen aanleiding voor toepassing van dit wetsvoorstel. Als voorwaarde voor het verlenen van verplichte zorg geldt dat de psychische stoornis dermate ernstige vormen aanneemt, dat er ernstige schade voor betrokkene zelf of zijn omgeving dreigt te ontstaan als gevolg van die stoornis.

De leden van de SGP-fractie vinden het een goed uitgangspunt dat de psychische stoornis dermate ernstige vormen aan moet nemen dat er ernstige schade voor hem of zijn omgeving kan bestaan. Deze leden krijgen de indruk dat er in de praktijk niet al te gemakkelijk wordt aangenomen dat er van ernstige schade voor de persoon in kwestie sprake is. Hoewel dat te begrijpen is, kan dit wel betekenen dat mensen heel lang zonder zorg blijven, terwijl het eigenlijk beter zou zijn als zij wel goede zorg zouden kunnen ontvangen. Kan de regering toelichten welke vormen van zorg er zijn, anders dan de zelfbinding, die ervoor kunnen zorgen dat mensen toch op zijn minst zeer gestimuleerd worden om zorg te aanvaarden? Ziet de regering mogelijkheden om bijvoorbeeld familie of huisarts extra mogelijkheden te bieden om personen dringend aan te raden om hulp te zoeken? Wat is het beschikbare instrumentarium tussen vrijwillige opname en de strenge eisen van gedwongen opname?

Indien mensen niet bereid zijn tot vrijwillige opname, is er de mogelijkheid van minder ingrijpende vormen van verplichte ambulante zorg. Ook kunnen mensen aangesproken worden op hun eigen kracht om hun situatie zodanig te verbeteren, dat verplichte zorg vermeden kan worden. Hiertoe is bij nota van wijziging artikel 5:7 aan het wetsvoorstel toegevoegd. Betrokkene kan zelf met zijn familie een plan van aanpak opstellen, waarmee verplichte zorg (bijvoorbeeld opname of ambulante zorg) kan worden voorkomen. Een plan van aanpak kan bijvoorbeeld worden opgesteld door middel van een Eigen Kracht Conferentie. Betrokkene kan in dit plan opnemen welke acties door wie ondernomen moeten worden. Hierin kan een rol aan de huisarts en de familie worden

toebedeeld om te bereiken dat de situatie voor betrokkene zodanig verbetert, dat verplichte zorg kan worden voorkomen.

Naar het middel van de Eigen kracht Conferenties om verplichte zorg te voorkomen, wordt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een onderzoek verricht door de Vrije Universiteit van Amsterdam. Het onderzoek naar de Eigen Kracht Conferenties in de GGZ door de Vrije Universiteit draagt bij aan verdere kennisontwikkeling op dit terrein.

Als de geneesheer-directeur het opgestelde plan zodanig beoordeelt dat het beoogde doel kan worden bereikt, kan hij besluiten de voorbereiding voor een verzoekschrift voor een zorgmachtiging te beëindigen. Naast het gebruik maken van eigen kracht, kunnen ook (F)ACT-teams, of andere teams die intensieve outreachende zorg leveren, betrokkene stimuleren om vrijwillige zorg te aanvaarden. Betrokkene wordt in zijn eigen omgeving opgezocht, zodat hij op de eigen situatie toegesneden steun kan krijgen. Teams zoeken daarbij ook het contact met familie en de buurt op. Ten slotte kunnen ook de meldpunten OGGZ op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mensen naar zorg toe leiden en ondersteuning bieden.

Als er geen mogelijkheden meer zijn voor vrijwillige zorg, zijn er eerst nog lichtere interventies mogelijk dan de gedwongen opname. Er bestaat bijvoorbeeld ook de mogelijkheid van verplichte ambulante begeleiding of de verplichting om een therapie te volgen. Wat passend is, zal van geval tot geval moeten worden beoordeeld.

Opneming en andere interventies op het terrein van zorg

De leden van de VVD-fractie vragen de regering nader toe te lichten wat het verschil is tussen een crisissituatie en een noodsituatie.

Een crisissituatie (artikel 7:4 e.v.) betreft de situatie dat iemand met een psychische stoornis acuut in een ernstige crisis belandt, waardoor het noodzakelijk is dat er direct zorg wordt verleend. Iemand kan bijvoorbeeld onder invloed van wanen zichzelf of een ander ernstig bedreigen, waardoor er direct ingegrepen moet worden. Tot het moment dat een crisismaatregel is afgegeven, kan op basis van artikel 7:4 tijdelijk verplichte zorg worden gegeven. Hierbij gaat het om personen die geen geldige zorgmachtiging (meer) hebben. De burgemeester neemt, nadat eerst naar alternatieven op basis van vrijwilligheid is gezocht maar niet gevonden, een crisismaatregel. Deze heeft een geldigheidsduur van 3 dagen, waarbinnen het verzoekschrift aan de rechter moet zijn ingediend voor een aansluitende zorgmachtiging.

In noodsituaties (artikel 8:9 e.v., vernummerd tot 8:11 e.v. bij nota van wijziging) kan afgeweken worden van het uitgangspunt dat altijd voorafgaande aan het geven van verplichte zorg een rechterlijke legitiematie of een afgegeven crisismaatregel noodzakelijk is. In een noodsituatie kunnen onder zeer strikte voorwaarden voor een beperkte duur aanvullende vormen van verplichte zorg worden toegepast waar de zorgmachtiging of de crisismaatregel niet in voorziet. Het geven van tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn als iemand met een zorgmachtiging onverwachts decompenseert en diens zorgmachtiging niet in de noodzakelijke maatregelen voorziet. Denk ook aan situaties binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, waarbij bijvoorbeeld afzondering noodzakelijk kan zijn, terwijl het niet duidelijk is of de gedraging het gevolg is van de psychische stoornis of dat er sprake is van ernstig puberaal gedrag. De artikelen over noodsituaties zien zowel op personen die met een zorgmachtiging in een accommodatie zijn opgenomen als op personen die verplicht ambulante zorg ontvangen.

Wat zijn aanvullende vormen van verplichte zorg die normaal gesproken niet in een zorgmachtiging dienen te worden opgenomen?

In principe moeten alle vormen van verplichte zorg zijn gelegitimeerd in een crisismaatregel of in een zorgmachtiging. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen mag voor een beperkte duur verplichte zorg worden toegepast buiten deze legitimaties om, namelijk in de situatie van het tijdelijk moeten geven van verplichte zorg voorafgaande aan een crisismaatregel (artikel 7:4) of in de noodsituaties waarop artikel 8:9 (bij nota van wijziging vernummerd tot 8:11) ziet. Het gaat dan om die vormen van zorg die niet zijn opgenomen in de zorgmachtiging of crisismaatregel, omdat daarin niet ingeschat was dat deze zorgvorm nodig of passend zou zijn of omdat niet duidelijk is of een bepaalde gedraging het gevolg is van de psychische stoornis. Het gaat hier echt om uitzonderingssituaties die alleen voor korte duur toegepast mogen worden. Is toepassing voor langere duur noodzakelijk, dan zal hiervoor een verzoek voor een nieuwe zorgmachtiging moeten worden gedaan.

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat de zorgmachtiging alle vormen van zorg dient te bevatten die noodzakelijk zijn om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen en tevens de interventies die kunnen worden toegepast in crisissituaties. Deze leden vragen hoe dit zich verhoudt tot de voorkeur die de betrokkene zelf kan opgeven.

In hoofdstuk 2 is als algemeen uitgangspunt geformuleerd dat bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg, zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene (artikel 2:1, vijfde lid). Deze wensen en voorkeuren moeten worden neergelegd in een zorgkaart. Bij nota van wijziging is het zesde lid van artikel 2:1 gewijzigd, waardoor een uitzondering mag worden gemaakt op de wensen en voorkeuren van betrokkene in de situatie dat betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is of deze wensen en voorkeuren in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg.

De zorgmachtiging is in dat geval bepalend bij het al dan niet honoreren van wilsbekwaam verzet. Naarmate iemand beter in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen te komen, kan hij een verzoek tot wijziging, tijdelijke onderbreking of beëindiging van de zorgmachtiging bij de rechter indienen. De rechter zal in dat geval terdege rekening moeten houden met de wensen en voorkeuren van betrokkene. Ook in crisissituaties is het wenselijk dat er zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met iemands wensen en voorkeuren, zodat de situatie zo snel mogelijk gede-escaleerd kan worden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het gebruiken van een bepaalde vooraf gekozen manier om iemand te benaderen. Het is echter niet de bedoeling dat iemands wensen, bijvoorbeeld het niet willen innemen of krijgen van medicatie, bepalend moeten zijn voor het al dan niet mogen toepassen van verplichte zorg. Als het toedienen van medicatie de enige nog resterende mogelijkheid is om iemand uit een crisissituatie te halen, dan kan aan de wens om geen medicatie te krijgen in het uiterste geval voorbij worden gegaan, mits er een crisismaatregel is afgegeven dan wel voldaan is aan de voorwaarden voor tijdelijke verplichte zorg voorafgaande aan een crisismaatregel (artikel 7:4).

De leden van de SGP-fractie vinden het belangrijk dat er ruimte is voor zorg op maat. In dat licht kunnen zij zich goed de waarde van ambulante behandeling voorstellen. Tegelijkertijd mag verondersteld worden dat als iemand een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving vormt, ambulante zorg niet de aangewezen weg is. Kan de regering toelichten hoe in de praktijk die gedwongen vormen van ambulante zorg functioneren?

Gedwongen vormen van ambulante zorg kunnen bijvoorbeeld een voorwaarde zijn om in de thuissituatie te kunnen verblijven of om te voorkomen dat er verplicht moet worden opgenomen. Onder de Wet bopz kon dit niet dwingend worden opgelegd. Deze maatregel moet vooral gezien worden als een verbreding van het spectrum van behandel mogelijkheden voor betrokkene, beter afgestemd op het individuele geval en op maat gesneden. Het is terecht dat de SGP veronderstelt dat er een plafond is aan verplichte ambulante behandeling. Daar waar dit plafond is bereikt zal er naar andere vormen van verplichte zorg moeten worden gezocht. Uit het oogpunt van veiligheid kan dit betekenen dat betrokkene alsnog binnen een instelling verplichte zorg moet krijgen.

Als voorbeeld kan dienen de situatie van het thuis toedienen van depotmedicatie. Iemand stemt in met tweemaandelijks bezoek van een ambulant behandelaar en met het toedienen van een depotmedicatie als voorwaarde om in de thuissituatie te kunnen blijven. Met het weigeren van de depotmedicatie en het in het verleden bewezen hebben dat dit een aanzienlijk risico op ernstige schade voor de samenleving dan wel betrokkene op kan leveren, kan betrokkene worden opgehaald om op de poli alsnog de depotmedicatie te krijgen. In tegenstelling tot de Wet bopz is hier niet direct een verblijf van minimaal drie dagen binnen een instelling aan gekoppeld. Insteek bij verplichte zorg in de thuissituatie is altijd dat ook daar alleen de minst ingrijpende maatregel mag worden toegepast en dat dit slechts mag als uiterste middel wanneer alle andere mogelijkheden zijn uitgeprobeerd en geen resultaat hebben opgeleverd.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Verschillende leden van de VVD-fractie constateren dat het wetsvoorstel ook van toepassing is op minderjarigen jonger dan 12 jaar. De leden van de VVD-fractie vragen waarom indertijd de keuze is gemaakt om de Wet bopz alleen van toepassing te verklaren op personen die ouder zijn dan 12 jaar, en waarom het wetsvoorstel Wvvgz wel van toepassing is voor minderjarigen jonger dan 12 jaar.

De Wet bopz is ook van toepassing op minderjarigen jonger dan 12 jaar. De leeftijdsgrens van 12 jaar hangt samen met de leeftijdsgrenzen die in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) worden gehanteerd. Ouders of wettelijk vertegenwoordigers bij kinderen tot 12 jaar vertegenwoordigen altijd het kind. Dat betekent dat onder de huidige Wet bopz ook kinderen onder de 12 jaar gedwongen behandeld kunnen worden als hun ouders of vertegenwoordigers hier niet mee instemmen. Zijn de ouders of wettelijk vertegenwoordigers tegen de opname, dan is een rechterlijke machtiging vereist. Als ouders of wettelijk vertegenwoordigers wel toestemming geven is sprake van vrijwillige opname, ook als het kind het er niet mee eens is. Onder het wetsvoorstel Wvvgz blijft de mogelijkheid bestaan ook kinderen onder de 12 jaar tegen hun wil verplichte zorg te verlenen. Psychische stoornissen komen immers ook voor bij kinderen onder de 12 jaar en ouders kunnen door hun eigen problemen, zoals middelengebruik, verstandelijke handicap of een psychische stoornis, ten onrechte niet bereid zijn tot gedwongen behandeling van hun zieke kind. Dit kan ertoe leiden dat een kind niet de behandeling kan krijgen die noodzakelijk kan zijn om later zo goed mogelijk zelfstandig te kunnen opgroeien en functioneren. In dat geval zal nog steeds een zorgmachtiging moeten worden aangevraagd.

De leden van de VVD-fractie vragen naar (onderzoek over) de omvang en impact van verplichte zorg op kinderen en jeugdigen? Zij maken zich vooral zorgen over de effecten van de verschillende vormen van verplichte zorg bij kinderen, in het bijzonder separaties en visitaties, en willen weten of de regering deze zorg deelt.

Ook nu al wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie veel aandacht besteed aan het voorkomen van dwang om te komen tot een vrijwillige opname, waardoor maar weinig machtigingen voor minderjarigen hoeven te worden afgegeven. Dit wordt gesteund door onderzoek dat de IGZ in 2010 deed naar de kwaliteit van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie⁸. De IGZ heeft alle instellingen met een klinische voorziening voor kinder- en jeugdpsychiatrie met een Bopz-aanmerking onderzocht en concludeerde dat de kwaliteit van de zorg in deze instellingen meestal goed is. Uit het onderzoek blijkt dat er veel wordt gedaan om het aantal insluitingen en de duur ervan terug te dringen en om geneesmiddelen verantwoord te verstrekken. Uit het onderzoek blijkt dat separeerruimtes nauwelijks nog worden gebruikt. Als er insluitingen zijn vinden deze vooral plaats in een «gestripte» kamer of onder begeleiding op de eigen kamer van de jeugdige.

Opgenomen kinderen en jeugdigen worden doorgaans vanuit een eenduidige pedagogische visie behandeld. Ook constateerde de IGZ dat de kinder- en jeugdpsychiatrische sector zich sinds 2011 verder professioneel ontwikkeld heeft, bijvoorbeeld door de oprichting van het landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de rechtspositie van kinderen en de jeugd die te maken krijgen met verplichte zorg. Hoe worden hun rechten straks gewaarborgd? Hoe wordt behandeling en, indien nodig, dwang en drang op de zorgvraag afgestemd? Ook de leden van de PvdA-fractie vragen of er een speciale positie voor kinderen en jeugd komt?

Wij zijn samen met het veld van mening dat gedwongen zorg alleen als ultimum remedium mag worden toegepast. Dat betekent dat altijd eerst goed moet worden gekeken naar minder ingrijpende alternatieven op basis van vrijwilligheid. Dit geldt voor volwassenen, maar zeker ook voor kinderen en jeugdigen, omdat dit een bijzonder kwetsbare groep is. Dwang en drang mogen ook bij hen alleen worden ingezet als behandelinstrument en niet als beheersinstrument. Het accent ligt steeds op het voorkomen van crisissituaties en niet op de controle daarvan. De toepassing van dwang en drang moet daarom ook steeds binnen de behandelcontext worden gezien.

Wij zijn het met de leden van de PvdA-fractie eens dat kinderen en jeugdigen een bijzonder kwetsbare groep vormen en dat er bijzonder zorgvuldig moet worden omgegaan met het opleggen en toepassen van verplichte zorg voor deze groep. In het wetsvoorstel Wvvgz worden meer eisen aan de gedwongen zorg gesteld dan onder de Wet bopz, dus ook voor deze kwetsbare groep.

In het wetsvoorstel staat – in tegenstelling tot de huidige Wet bopz – niet langer de opname centraal, maar de behandeling. Dat betekent een grote verbetering voor kinderen en jeugdigen met een ernstige psychische stoornis, omdat ze onder de nieuwe wet ook thuis met medicatie verplicht kunnen worden behandeld. Dat is voor de kinderen, maar ook voor de ouders, een veel minder ingrijpende stap dan een verplichte opname. De zorgverantwoordelijke wordt straks ook verplicht de ouders en/of naasten bij de voorbereiding van de zorgmachtiging te betrekken. Daarnaast zijn er in dit wetsvoorstel extra zorgvuldigheidseisen gesteld voor deze groep (artikel 2.1 negende lid) en is er een algemeen verbod op visitatie. Tevens is het streven om te komen tot een betere registratie van dwang- en drangmaatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Met dit pakket aan maatregelen wil ik de positie van de kinderen en jeugdigen in de verplichte GGZ versterken. Hiermee kom ik tegemoet aan de toezegging die mijn voorganger op 28 november 2008 aan uw Kamer in het AO over

⁸ Bron: IGZ (2010) «Kwaliteit van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie goed op streek».

de Derde evaluatie van de Wet Bopz heeft gedaan om in de nieuwe wet meer aandacht te besteden aan de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waaruit blijkt dat het onderscheid tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en pedagogische maatregelen in de wetgeving voldoende duidelijk is gesteld?

In artikel 3:2 van het wetsvoorstel worden de verschillende soorten interventies en maatregelen die op basis van een rechterlijke machtiging toegepast kunnen worden opgesomd. Onvrijwillige zorg die op basis van dit wetsvoorstel toegepast kan gaan worden kan onder andere bestaan uit het toedienen van medicatie, beperken van de bewegingsvrijheid, afzonderen of separeren, maar ook uit pedagogische of therapeutische maatregelen. In het zorgplan en de zorgmachtiging van kinderen en jeugdigen kunnen pedagogische maatregelen als onderdeel van de verplichte zorg worden opgenomen.

Wat onder pedagogische maatregelen moet worden verstaan is niet uitgewerkt in de memorie van toelichting, omdat in de praktijk dit onderscheid vaak niet zo duidelijk is; zo kan bijvoorbeeld het tijdelijk afzonderen van een jeugdige zowel een pedagogische maatregel als een zorginterventie zijn. Kinderen en jongeren zullen vanwege de ontwikkelingsfase waarin zij zitten, eerder verzet tonen. Niet altijd is dit verzet expliciet tegen de behandeling, maar dit kan evenzeer in het kader staan van bij de leeftijd passende identiteitsontwikkeling. De richtlijn «Wet bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (1999)» geeft handvatten voor het definiëren en toepassen van pedagogische maatregelen.

De leden van de VVD-fractie vragen wat de speciale zorgvuldigheidseisen zijn die volgens artikel 2.1, negende lid, voor deze groep gesteld kunnen worden, en hoe en door wie deze geformuleerd worden?

In artikel 2.1, negende lid, is opgenomen dat bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen zo nodig aanvullende zorgvuldigheidseisen in acht genomen moeten worden om de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op langere termijn in de beoordeling van de proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid te betrekken. Ook is in de begripsbepaling van «schade» rekening gehouden met de bijzondere aard van kinder- en jeugdpsychiatrie. Onder schade kan ook een «verstoorde ontwikkeling naar volwassenheid» worden verstaan. De aanvullende zorgvuldigheidseisen zullen moeten worden opgesteld en uitgewerkt door de betreffende beroepsgroepen, bijvoorbeeld op basis van reeds bestaande protocollen of richtlijnen. In de richtlijn van het Trimbos instituut uit november 1999 «De wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie» wordt geadviseerd om separatie bij jeugdigen tot 12 jaar helemaal niet toe te passen en afzondering alleen met begeleiding te laten plaatsvinden. Deze richtlijn is voor kinderen en jeugd nader uitgewerkt in de richtlijn fysieke inperking (voor kinderen jonger dan 12 jaar) uit 2001⁹. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2006 geconstateerd dat de richtlijnen «De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de KJP» en «Richtlijn Fysieke Inperking», onvoldoende zijn geïmplementeerd in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

⁹ In de richtlijn Fysieke inperking GGZ Nederland wordt o.a. aangegeven dat kinderen onder de 12 jaar niet gesepareerd mogen worden. In bijzondere gevallen kan hier door de directie van het betrokken instituut en met een melding aan de inspectie toch toe worden overgegaan.

In het rapport van de IGZ «kwaliteit van klinische kinder- en jeugdpsychiatrie goed op streek», oktober 2010¹⁰, aan uw kamer aangeboden bij brief van 7 oktober 2010¹¹, wordt onder meer de aanbeveling gedaan te komen tot een gemeenschappelijk gedragen definitie van wat bij kinderen en jeugdigen onder vrijheidsbeperking moet worden verstaan. GGZ Nederland heeft in februari 2013 samen met Expertisenetwerk, een samenwerking met 7 grote kinder- en jeugdinstanties, een gemeenschappelijk standpunt bepaald over de definities van vrijheidsbeperkende maatregelen, fysieke inperking en pedagogische maatregelen.

Naar aanleiding van die visie is tevens een implementatieplan opgesteld. De 7 instanties hebben zich als doel gesteld de separaties in de kinder- en jeugdpsychiatrie terug te dringen naar (bijna) nul. Om dat doel te bereiken worden door de 7 instanties succesfactoren voor het terugdringen van dwang en drang gedeeld. Tevens is het streven om te komen tot een betere registratie van dwang- en drangmaatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De K7-instanties hebben tevens behoefte aan een uitgebreidere registratie, waarin ook niet wettelijk vereiste toepassingen worden geregistreerd bij kinderen onder de 12 jaar of dwangtoepassingen op basis van de WGBO. Daarbij worden bepaalde begrippen in de Argus set «Kind en Jeugd» meer toegespitst op de situatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De vertaalslag van bovenstaande ontwikkelingen bij de kinder- en jeugdinstanties in aanvullende zorgvuldigheidseisen moet nog door de beroepsgroep worden gemaakt.

Voor de beantwoording van de vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie over de aansluiting van de verschillende wetten en wetsvoorstellen op elkaar voor kinderen en jeugdigen, verwijzen wij naar hoofdstuk 11, waar wij hierop nader in zullen gaan.

Personen die zich verzetten en personen die geen bereidheid tonen, maar evenmin bezwaar maken

De leden van de CDA-fractie merken op dat in de memorie van toelichting wordt ingegaan op de groep mensen die zich niet (kunnen) verzetten, maar zich evenmin daartoe bereid (kunnen) verklaren. Blijkens de toelichting gaat het vooral om mensen met dementie. Deze leden vragen of het vooral ten aanzien van deze groep niet (nodeloos) ingewikkeld wordt.

Bij de «geen bereidheid, geen bezwaar» groep (verder: gbgg-groep) gaat het om een zeer kleine groep van personen die als gevolg van hun verstandelijke beperking dan wel dementie niet in staat zijn om hun wil verbaal of non-verbaal te uiten. In beginsel vallen zij onder de reikwijdte van het wetsvoorstel zorg en dwang. In het geval er bij hen echter tevens sprake is van een psychische stoornis die in het desbetreffende geval leidend moet zijn bij de behandeling, kunnen zij ook onder de reikwijdte van het wetsvoorstel Wvggz vallen.

In artikel 3.1, tweede lid, van het oorspronkelijke wetsvoorstel was bepaald dat iemand, voor wie geen vertegenwoordiger optrad en die niet de nodige bereidheid toonde tot het ontvangen van zorg, werd geacht zich

¹⁰ Zestien klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie (klinieken waar kinderen met een BOPZ maatregel in een gesloten klinische setting worden behandeld) zijn beoordeeld op het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen, het veilig omgaan met medicatie en de pedagogische begeleiding en behandelaanpak. De belangrijkste conclusie van dit rapport was dat kinderen en jeugdigen die zijn opgenomen in kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen veelal kunnen rekenen op zorg van goede kwaliteit.

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 25.

te verzetten tegen die zorg. Dit hield in dat voor deze personen dus altijd een zorgmachtiging moest worden aangevraagd. Deze regeling werpt in de ogen van de KNMG en de Stichting patiënten-vertrouwenspersonen in de zorg (Stichting PVP)odeloos hoge drempels op om zorg te verlenen aan deze patiënten, die zich eigenlijk niet verzetten tegen zorg. Met de gelijkschakeling van «geen bereidheid, geen bezwaar» aan verzet, wordt een barrière opgeworpen om goede zorg te leveren aan deze mensen. Probleem met het gelijkschakelen van deze groep met verzet is met name dat zorg dan steeds pas kan plaatsvinden als er sprake is van een aanzienlijk risico op ernstige schade, terwijl er in het geval van «geen bereidheid, maar ook geen bezwaar» er steeds goede zorg moet kunnen worden geleverd (dus ook als er nog geen sprake is van een aanzienlijk risico op ernstige schade). Deze mensen zou verplichte zorg niet onthouden mogen worden, aldus de KNMG en de Stichting patiënten-vertrouwenspersonen.

Het is inderdaad zo dat de oorspronkelijke regeling tot gevolg had dat er altijd een zorgmachtiging voor deze groep moet worden aangevraagd, ook als zij geen moeite leken te hebben met de zorg. Onze intentie is in elk geval nooit geweest om deze groep mensen zorg te onthouden. De genoemde opmerkingen over de «gbgb-groep» hebben geleid tot het schrappen van het tweede lid van artikel 3.1 en aanpassing van artikel 1:4, vijfde en zesde lid van het wetsvoorstel bij nota van wijziging. Indien voor betrokkene geen vertegenwoordiger optreedt, moet door de zorgaanbieder een verzoek voor een mentorschap bij de rechter worden ingediend. De mentor treedt dan op als de vertegenwoordiger. Het altijd aanwezig zijn van een vertegenwoordiger voor deze groep vormt voor hen een extra bescherming, omdat bij mensen die niet instemmen met de benodigde zorg, maar zich hier ook niet tegen verzetten, niet altijd aangenomen kan worden dat ze wilsonbekwaam zijn (in geval van wilsonbekwaamheid kan een vertegenwoordiger worden aangewezen). Als de vertegenwoordiger vervolgens met de zorg instemt, dan hoeft er geen zorgmachtiging te worden aangevraagd voor het bieden van zorg waar betrokkene schijnbaar geen moeite mee heeft en kan dus snel worden overgegaan tot het geven van de noodzakelijke zorg. Mocht betrokkene zich echter later alsnog verzetten tegen de zorg, op wat voor een manier dan ook, dan moet alsnog een zorgmachtiging worden aangevraagd. Stemt de mentor/vertegenwoordiger niet in met de voorgenomen zorg, dan moet alsnog een zorgmachtiging worden aangevraagd. Op deze wijze wordt geregeld dat verplichte zorg zonder zorgmachtiging kan worden gegeven in situaties waarin de mentor/vertegenwoordiger daarmee instemt, en dat wanneer betrokkene zich alsnog tegen die zorg verzet, dit alleen kan via een zorgmachtiging.

Zorgwekkende zorgmijders

Het is naar de mening van de leden van de SGP-fractie een goede zaak dat ook verslaving in het kader van dit wetsvoorstel als psychische stoornis geldt. Kan de regering aangeven in hoeverre er nu reeds door instellingen drang of dwang wordt toegepast om mensen met een verslaving aan alcohol of drugs gedwongen op te laten nemen of te behandelen? Denkt de regering dat na invoering van deze wet door alle instellingen op gelijke wijze met zulke omstandigheden omgegaan zal worden?

Als voorwaarde voor het verlenen van verplichte geestelijke gezondheidszorg geldt dat de psychische stoornis, waaronder dus verslaving, dermate ernstige vormen aanneemt dat er een aanzienlijk risico is op ernstige schade voor de betrokkene of zijn omgeving. Daarnaast moet er een causaal verband zijn tussen de psychische stoornis en het aanzienlijk risico op ernstige schade. Voorts gelden de uitgangspunten opgenomen in artikel 2.1 bij de verplichte zorg, ook als het gaat om de behandeling van de verslaving. Omdat voor alle patiënten dezelfde criteria,

voorwaarden en uitgangspunten gelden voor de verlening van verplichte zorg nemen wij aan dat deze door de instellingen zullen worden toegepast bij de behandeling van verslaving.

In antwoord op een daartoe strekkende vraag van deze leden antwoorden wij dat er geen exacte aantallen bekend zijn van patiënten met een middelenafhankelijkheid die in het (recente) verleden onvrijwillige zorg hebben ontvangen, omdat er niet op aandoening wordt geregistreerd.

Verder vragen deze leden wat in dit verband de betekenis is van het gegeven dat overmatig alcohol of drugsgebruik automatisch schade voor de persoon in kwestie betekent. Wanneer is er sprake van een zodanige schade dat opname of behandeling mogelijk is?

Indien het gedrag van betrokkene als gevolg van zijn verslaving leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zijn fysieke gezondheid, kan verplichte zorg worden verleend om zijn fysieke gezondheid te stabiliseren of te herstellen (artikel 3.4 tweede lid). Dit zal per geval moeten worden beoordeeld door de rechter op advies van de zorgverantwoordelijke. Er moet hierbij een causaal verband zijn tussen de psychische stoornis en het fysieke gezondheidsrisico. Ook hierbij geldt dat aan alle in de wet gestelde criteria, voorwaarden en uitgangspunten moet worden voldaan, alvorens verplichte zorg kan worden verleend.

Daarnaast vragen de leden van de SGP-fractie welke inspanningen er worden geleverd om groepen die niet in aanmerking komen voor zorg op basis van deze wet, toch de noodzakelijke zorg te bieden?

Het wetsvoorstel gaat over geestelijke gezondheidszorg die verplicht wordt opgelegd omdat alle alternatieven voor vrijwillige zorg zijn uitgeput. Wat noodzakelijke en passende zorg is, zal van geval tot geval verschillen afhankelijk van de problematiek. Voor personen met ernstige psychische problemen die zich maatschappelijk moeilijk staande weten te houden, kan deze zorg worden geleverd door de al eerder genoemde (F)ACT-teams. (F)ACT-teams brengen zonodig de zorg naar de cliënten toe, ook naar de zorgwekkende zorgmijders. De hulp van de (F)ACT-teams kan zich uitstrekken tot alle levensgebieden. Zo kan een (F)ACT-team ook helpen bij het vinden van een woning, bij inkomen of schulden of bij het vinden van werk of een zinvolle dagbesteding. FACT teams werken wijkgericht en kennen de wijk goed. Instanties in de wijk weten de teams te vinden. Dat biedt mogelijkheden voor samenwerking met andere organisaties in de wijk. Denk bijvoorbeeld aan de huismeester van de woningcorporatie, de wijkagent, de huisarts en de apotheek. Door deze werkwijze kunnen (F)ACT teams personen in zorg krijgen, die voorheen moeilijk in zorg te krijgen waren.

Meldpunten OGGZ kunnen hier ook een belangrijke functie bij vervullen. Zij kunnen op grond van signalen die zij ontvangen van bijvoorbeeld personen in familie, burens of naasten van betrokkene of van de politie, een verkennend onderzoek doen naar wat betrokkene nodig heeft en zo nodig iemand toeleiden naar de zorg van een FACT-team. Naast de meldpunten OGGZ zijn er in een aantal steden ook sociale wijkteams. Deze wijkteams kunnen ook een signalerende functie hebben en voorkomen dat problemen op verschillende levensgebieden zich opstapelen. In de onlangs naar uw Kamer gestuurde brieven over de hervorming van de langdurige zorg¹², wordt voor deze teams 50 miljoen euro ter beschikking gesteld.

Ten slotte is het van belang dat op grond van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 ook is afgesproken dat het van belang is dat potentiële problemen vroegtijdig herkend worden. Voor cliënten met psychische aandoeningen blijken vroegtijdige herkenning, adequate behandeling en preventieve behandeling met kortdurende interventies als uitgangspunt zeer veel waarde toe te voegen. Om problemen vroegtijdig

¹² Kamerstuk 30 597, nr. 296.

te herkennen wordt de huisartsenfunctie versterkt. Waar nodig kan de huisarts doorverwijzen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Tevens kan de huisarts kijken of ook doorverwijzing nodig is naar andere hulpverleners, zoals algemeen maatschappelijk werk of andere hulpverleners. Op basis van het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 zal deze lijn ook voor de komende periode worden voortgezet.

7. Criteria voor verplichte zorg

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre de nieuwe wet leidt tot een verandering

ten aanzien van gedwongen medicatie onder de huidige wettelijke regeling. Graag ontvangen zij hierover een nadere toelichting.

Onder de Wet bopz mag medicatie slechts gedwongen worden gegeven in de setting van een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Onder het wetsvoorstel wordt het echter mogelijk om met een zorgmachtiging betrokkene te verplichten bepaalde ingrepen (zoals medicatie) of begeleidingsvormen ambulant te ondergaan. In het geval betrokkene hiervoor open staat is het mogelijk medicatie (in de vorm van een depot) in de thuissituatie toe te dienen. De veiligheid bij het toedienen van medicatie moet echter voorop staan. Kan de veiligheid voor betrokkene en de zorgverlener niet gegarandeerd worden, dan zal toedienen van medicatie in de thuissituatie niet aan de orde zijn en zal betrokkene tijdelijk meegenomen moeten worden naar een locatie waar dit wel veilig kan gebeuren. Omstandigheden waardoor thuis een medicatiedepot niet veilig gegeven kan worden zijn bijvoorbeeld als het thuis zeer onhygiënisch is of te verwachten is dat betrokkene agressief zal worden tegen de toedienende zorgverlener. Bij voorkeur vermeldt het zorgplan (en de zorgmachtiging) de voorwaarden waaronder een eventueel noodzakelijk medicatiedepot elders veilig kan plaatsvinden indien betrokkene het medicatiedepot thuis weigert. Daarnaast is onder het wetsvoorstel Wvvgg altijd een voorafgaande rechterlijke machtiging nodig bij dwangmedicatie. Dat is niet het geval onder de Wet bopz als betrokkene opgenomen is in een psychiatrisch ziekenhuis. Dwangbehandeling, waaronder dwangmedicatie, kent in de Wet bopz alleen een rechterlijke toets achteraf.

8. Actoren

Commissie

Er worden door alle fracties allerlei vragen gesteld over de taken, rol en samenstelling van de commissie verplichte GGZ. Leden van verschillende fracties hebben erop gewezen dat meerdere organisaties en instellingen de zorg hebben geuit dat de instelling van de multidisciplinaire commissie en de daardoor ontstane tweetrapsraket in de besluitvorming, in de praktijk zullen leiden tot toenemende bureaucratisering en administratieve lasten. Verschillende leden vragen zich af of deze tweetrapsraket (de commissie adviseert en de rechter beslist) niet tot onnodig dubbel werk, vertragingen in de procedures en/of onduidelijkheden over de taakverdeling tussen de commissie en de rechter zal leiden. Er worden verder vragen gesteld over de organisatie van de commissie met decentrale hoorzittingen verspreid over verschillende regio's die mogelijk belemmerend kunnen werken voor patiënten, of er voldoende capaciteit is om vanuit de sector deel te nemen aan de voorgestelde multidisciplinaire commissie, de benoemingsprocedure en het op peil houden van de deskundigheid van mogelijke leden van de commissie. Verder wordt erop gewezen dat de taken van een nieuwe commissie extra

kosten met zich zullen brengen, waarvan de vraag is hoe dit te realiseren is in tijden van budgettaire krapte.

Uw kritische vragen over de samenstelling en organisatie van de commissie, vragen over mogelijk onnodig dubbel werk en bureaucratie en de zeer beperkte beschikbare financiële middelen hebben geleid tot het besluit om de in het oorspronkelijke wetsvoorstel geïntroduceerde commissie te heroverwegen. Op 14 februari 2011 is door de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een brief aan uw kamer verzonden waarin werd aangegeven dat zou worden bezien of een andere opzet van de commissie mogelijk was¹³.

In 2010 en 2011 is een aantal alternatieven voor de commissie onderzocht. Verschillende veldpartijen (waaronder GGZ Nederland, de KNMG en de NVVP) hebben een besluitvormende of rechtsprekende raad bepleit, waardoor de dubbeling in de procedure zou kunnen worden voorkomen. Voorgesteld werd dat, ofwel de gewone rechter meedraait in de commissieprocedure (variant van de indalende rechter) en vervolgens een beslissing neemt, ofwel de commissie met rechtspraak wordt belast (duale variant). Hiermee zouden de commissieprocedure en de rechterlijke procedure worden samengevoegd. Beide uitwerkingen van de besluitvormende of rechtsprekende raad stuiten echter op de nodige financiële, juridische en praktische bezwaren en werden verworpen.

Op 13 april 2011 is een Ronde Tafel bijeenkomst gehouden met de betrokken veldpartijen en andere belanghebbenden. Daar is het alternatief van een «Kamer verplichte GGZ» bij de rechtbanken besproken, waarbij een meervoudige kamer bij de rechtbank zou beslissen over verplichte zorg. In deze meervoudige kamer zouden naast de rechter twee ledendes-kundigen, niet zijnde rechters maar bij voorkeur psychiaters en andere deskundigen, zitting hebben. Dit ten behoeve van het behouden van de multidisciplinaire inbreng bij de rechter. Deze variant is echter door veldpartijen verworpen, omdat de multidisciplinaire inbreng behoort plaats te vinden bij de voorbereiding van het zorgplan en niet pas op het moment dat de rechter tot zijn oordeelsvorming moet komen. Er is uiteindelijk, na intensief overleg met het veld, gekozen de doeleinden van het wetsvoorstel te bereiken zonder invoering van een multidisciplinaire commissie, besluitvormende raad of kamer verplichte GGZ. De taken van de commissie zijn herverdeeld over bestaande actoren die reeds onder de Wet bopz met gedwongen zorg bezig zijn. Voor een gedetailleerde toelichting op de herverdeling van de taken van de commissie over de andere actoren verwijzen wij naar de toelichting bij de nota van wijziging.

Rechter

De leden van de CDA-fractie merken op dat de rechter zich niet langer medisch inhoudelijk zal behoeven te bemoeien met de zorg, maar (louter) het advies moet behoordelen aan de hand van verschillende criteria. Deze leden vragen of een niet (psycho)medisch geschoolde jurist eigenlijk wel kan afwijken van het oordeel van de commissie zonder zich over medisch inhoudelijke aspecten uit te spreken.

Deze vraag heeft betrekking op de oorspronkelijke situatie waarbij de commissie de rechter van een advies voorzag. Het ging daarbij om een advies, waar de rechter dus niet aan gebonden is en waar de rechter gemotiveerd van kon afwijken. Na het schrappen van de commissie moest gewaarborgd blijven dat de rechter wordt voorzien van kwalitatief hoogwaardige informatie om zodoende tot een zorgvuldige beoordeling van de voorgestelde verplichte zorg te kunnen komen. Om dit te kunnen

¹³ Kamerstuk 32 399, nr. 7

bereiken wordt voorgesteld de rechter van verschillende kanten te laten informeren, niet alleen vanuit het perspectief van de behandelaar, maar ook vanuit het maatschappelijk perspectief, vanuit familieperspectief of het perspectief van de naaste. Naast deze informatie ontvangt de rechter een medische verklaring, waarin is getoetst of het opleggen van verplichte zorg de enige mogelijkheid is of dat er alternatieven voorhanden zijn. De toets van de onafhankelijke arts is uitgebreider dan onder de Wet bopz om de rechtspositie van betrokkene te versterken en de rechter beter uit te rusten voor de toetsing aan de uitgangspunten van artikel 2:1 van het wetsvoorstel. Daarmee is de medische verklaring breder dan de huidige geneeskundige verklaring onder de Wet bopz. Eventueel aanwezige politie- en justitiegegevens moeten door de officier van justitie ook aan het dossier voor de rechter worden toegevoegd. Ook van belang voor het oordeel van de rechter is dat het zorgplan niet alleen het oordeel van de zorgverantwoordelijke bevat, maar ook dat van andere deskundigen, indien dat gezien de aard van de psychische stoornis gewenst is of indien sprake is van meervoudige problematiek. Ten slotte is het ook een belangrijk gegeven dat de geneesheer-directeur bij zijn beslissing of daadwerkelijk om een zorgmachtiging zal worden verzocht, met een zorginhoudelijke blik en deskundigheid naar het zorgplan en de daarin voorgestelde dwang kijkt. Het verzoek voor afgifte van een zorgmachtiging mag nooit een routinekwestie zijn.

Burgemeester

De leden van de fracties van de PvdA, SP, ChristenUnie en SGP stellen vragen over de rol van de burgemeester. De leden van de PvdA-fractie vragen of een regulier verzoek voor een zorgmachtiging en een crisisverzoek bij de burgemeester tegelijkertijd kunnen worden aangevraagd. Tevens vragen zij hoe ongelijke behandeling van crisisverzoeken door de verschillende burgemeesters wordt voorkomen.

De wet verhindert niet het tegelijkertijd aanvragen van zowel een crisismaatregel bij de burgemeester als het indienen van een verzoek voor het voorbereiden van een zorgmachtiging bij de geneesheer-directeur. Er is echter weinig praktisch nut om dit tegelijkertijd te doen. Er zal immers eerst behoefte bestaan aan het snel verkrijgen van een crisismaatregel, waardoor reeds binnen enkele uren na het ontstaan van de crisissituatie verplichte zorg kan worden verstrekt. De crisismaatregel heeft een geldigheidsduur van 3 dagen. Binnen deze 3 dagen kan wel bij de geneesheer-directeur een aanvraag worden ingediend om een aansluitende zorgmachtiging voor te bereiden. Als de geneesheer-directeur binnen die 3 dagen een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de rechter heeft ingediend blijft de crisismaatregel van kracht tot op het moment waarop de rechter heeft beslist op het verzoekschrift (artikel 7:8, onder a). Deze termijn kan met een periode van vier weken worden opgeschort indien de rechter betrokkene eerst in de gelegenheid wil stellen zelf een eigen plan van aanpak op te stellen (artikel 6:2, nieuw tweede lid bij nota van wijziging).

Alle burgemeesters in Nederland moeten zich aan de uitgangspunten en criteria van de wet houden. Artikel 7:3 en 7:6 formuleren de voorwaarden waaronder de burgemeester een crisismaatregel kan nemen. Het verkrijgen van een medische verklaring van een arts over de actuele gezondheidstoestand van betrokkene is daar onderdeel van. Deze uitgangspunten waarborgen zoveel mogelijk het voorkomen van ongelijke behandeling van crisisverzoeken door burgemeesters.

De leden van de SP-fractie hebben begrip voor de argumenten om de burgemeester de bevoegdheid te laten houden tot het nemen van een crisismaatregel. Zij vragen zich af hoe de openbare orde en veiligheid zich

verhouden tot de rechten van de betrokkene op het moment dat er sprake is van een acute bedreiging en er nog geen arts is gearriveerd?

In bepaalde omstandigheden kan de openbare orde en veiligheid nopen tot het ingrijpen in de rechten van betrokkene. Op grond van artikel 7:4 kan in bepaalde situaties tijdelijk verplichte zorg worden verleend voorafgaande aan een crisismaatregel. De politie kan in afwachting van een beslissing over een crisismaatregel een persoon die in crisis verkeert, tijdelijk in zijn vrijheid beperken en zo nodig overbrengen naar een plaats voor verder onderzoek. In de nota van wijziging is hierbij bepaald dat dit alleen bij de politie of de marechaussee mag zijn als betrokkene wordt verdacht van het plegen van een strafbaar feit.

Door deze regeling hoeft het optreden van de politie voorafgaand aan de crisismaatregel niet langer te worden gerechtvaardigd met een beroep op het buitenwettelijk noodrecht, zoals thans onder de werking van de Wet bopz gebeurt. Het wetsvoorstel laat ook de ruimte om in de periode voorafgaand aan de crisismaatregel gespecialiseerde zorgteams verplichte zorg te laten verlenen en betrokkene in zijn vrijheid te beperken (artikel 7:4, vijfde lid, onderdeel d). Zij moeten de zorgaanbieder over de toegepaste maatregelen informeren (nieuw zevende lid nota van wijziging).

De leden van de ChristenUnie-fractie verzoeken de regering toe te lichten op welke wijze de rol van de burgemeester in de praktijk wordt ingevuld en op welke wijze de toets op de diverse rechtsbeginselen en wettelijke criteria in de praktijk zijn beslag krijgt. Hoe krijgt het belang van de patiënt in de praktijk zijn plaats in deze afweging waarin het belang van de openbare orde vaak zwaar weegt?

Onder de Wet bopz wordt de burgemeester benaderd door een arts van een crisisdienst bij de GGZ, welke door een derde – vaak de politie – is gewaarschuwd dat iemand geestelijk verward is. De dienstdoende arts (meestal een psychiater) van de crisisdienst beoordeelt betrokkene op de plaats waar hij is, bijvoorbeeld thuis of op het politiebureau. Vindt de arts een inbewaringstelling nodig, dan vult hij een geneeskundige verklaring in. Hij toetst daarbij of is voldaan aan de criteria die de Wet bopz daarvoor stelt. Hierbij wordt gekeken naar het belang van betrokkene in relatie tot het gevaar dat hij veroorzaakt. De arts stuurt de geneeskundige verklaring naar de burgemeester. Deze beslist over de inbewaringstelling met inachtnaam van de diverse rechtsbeginselen en wettelijke criteria. De burgemeester gaat daarbij meestal niet zelf bij de betrokkene langs, maar baseert zijn oordeel op de geneeskundige verklaring. Hij vult de «beschikking van de burgemeester inhoudende een last tot inbewaringstelling» in als hij een inbewaringstelling noodzakelijk acht en de betrokkene niet wil meewerken. De burgemeester moet er vervolgens voor zorgen dat betrokkene binnen 24 uur nadat de «last tot inbewaringstelling» is afgegeven een advocaat heeft. Als de burgemeester een inbewaringstelling afgeeft, dan informeert hij (als dat kan) de echtgenoot, eventuele wettelijk vertegenwoordiger en de naaste familie van de betrokkene. Na afgifte van een inbewaringstelling wordt de betrokkene binnen 24 uur naar een GGZ-instelling gebracht.

De rol van de burgemeester wijzigt in het onderliggende wetsvoorstel niet. Een ieder kan bij de burgemeester een gemotiveerd verzoek indienen om een crisismaatregel te nemen. Ter voorbereiding van het nemen van de crisismaatregel draagt de burgemeester zorg voor een medische verklaring van een arts over de actuele gezondheidstoestand van betrokkene. De burgemeester kan een crisismaatregel nemen indien hij van oordeel is dat voldaan is aan de criteria zoals in het wetsvoorstel worden gesteld. Uiteraard informeert hij onverwijld betrokkene, diens vertegenwoordiger en advocaat.

Daar het gedrag van betrokkene de openbare orde kan verstoren of onrust kan veroorzaken en de politie veelal als eerste geconfronteerd wordt met

betrokkene in noodsituaties, hebben wij ervoor gekozen de bestaande bevoegdheidsverdeling in tact te laten¹⁴.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de rol van de burgemeester op lokaal niveau hetzelfde blijft als in de huidige situatie. Deze leden vragen of de hoorplicht, alvorens de burgemeester tot een beslissing kan komen, wel haalbaar is. Het gaat in de praktijk immers vaak om een situatie buiten kantooruren. Is het niet mogelijk om tot nadere besluitvorming in crisissituaties te komen in een later stadium, bijvoorbeeld de volgende ochtend of na het weekend?

Het is in de regel niet, dan wel heel moeilijk, mogelijk om in crisissituaties pas in een later stadium tot beslissingen te komen. Uit de aard van de zaak moet meestal direct en acuut worden opgetreden. In de praktijk wordt het digitale systeem «Bopz-online» door veel burgemeesters gebruikt. Dit systeem vergemakkelijkt de procedure rond het aanvragen van een inbewaringstelling. Desondanks is het in de praktijk vaak niet mogelijk dat de burgemeester zelf betrokkene hoort alvorens hij zijn beslissing neemt. Mede naar aanleiding van het advies van GGZ Nederland is de verplichting voor de burgemeester om betrokkene te horen, voordat hij een beslissing neemt over het verzoek voor een crisismaatregel, in artikel 7:6 afgezwakt. GGZ Nederland acht het, gelet op de tijdsdruk waaronder een crisismaatregel moet worden genomen, niet werkbaar om betrokkene altijd eerst te moeten horen. Het tweede lid, onderdeel b, bepaalt daarom nu dat de burgemeester, betrokkene¹⁵ «zo mogelijk» in de gelegenheid stelt om te worden gehoord. Het wetsvoorstel (artikel 7:10) maakt het overigens wel mogelijk dat door betrokkene beroep kan worden ingesteld tegen de beslissing van de burgemeester om een crisismaatregel te nemen, bijvoorbeeld in het geval hij niet is gehoord en betrokkene van mening is dat dit zijn rechtspositie heeft geschaad. Dit is nieuw ten opzichte van de Wet bopz¹⁶ en een verbetering van de rechtspositie van betrokkene.

Politie

De leden van de CDA-fractie constateren dat er verschil van mening bestaat over de rol van de politie bij een crisismaatregel. Zij lezen ten aanzien van het vervoer dat de politie niet de eerst aangewezen partij zal zijn om dit te verzorgen. Zij vragen of het wel mogelijk is dat een ambulance een persoon in crisis van de straat naar een politiecel overbrengt.

De primaire verantwoordelijkheid voor het vervoer ligt bij de zorgaanbieder. Bij de tenuitvoerlegging van de crisismaatregel (dan wel de zorgmachtiging) kan deze de hulp invoeren van ambtenaren van politie of van zorgverleners met kennis van en ervaring met het verlenen van zorg en verplichte zorg. Bij die laatste groep kan gedacht worden aan het invoeren van ambulancepersoneel om betrokkene naar de accommodatie van de zorgaanbieder te vervoeren welke wordt belast met de verplichte zorg.

Bij de keuze van het soort vervoer dat passend is, geldt het uitgangspunt van proportionaliteit: betrokkene zal op de voor hem minst belastende wijze vervoerd moeten worden. In situaties waar iemand zich hevig verzet tegen het vervoer naar de instelling kan het noodzakelijk zijn dat de hulp van de politie wordt ingeroepen om de woning van betrokkene binnen te kunnen treden of te assisteren bij het vervoer. De politie kan alleen indien

¹⁴ Het advies van de evaluatiecommissie om het nemen van de crisismaatregel te beleggen bij de Officier van Justitie in plaats van bij de burgemeester is dus niet gevolgd. Kamerstuk 32 399, nr. 3, blz. 76.

¹⁵ Of de vertegenwoordiger, die in de nota van wijziging in dit artikellid is toegevoegd.

¹⁶ Onder de Wet bopz is alleen cassatie bij de Hoge Raad tegen deze beslissing mogelijk.

dat noodzakelijk is ter ondersteuning worden ingeschakeld. Omdat het hier om doorgaans zeer kwetsbare mensen gaat, zullen hulpverleners die verstand van en ervaring met dergelijke situaties hebben, de politie in alle gevallen moeten vergezellen.

Een ambulance dient een persoon in crisis te vervoeren naar een GGZ-instelling en niet naar een politiecel. Het onderbrengen van betrokkene bij de politie of bij de Koninklijke marechaussee mag uitsluitend plaats vinden indien betrokkene wordt verdacht van het plegen van een strafbaar feit. Dit is zo aangepast bij nota van wijziging naar aanleiding van opmerkingen van de politie zelf. Is er geen sprake van een strafbaar feit, dan moet betrokkene in een andere daartoe geschikte plaats worden opgevangen. Dit is zo ook verwoord in het convenant politie – GGZ 2012. Een politiecel is immers geen geschikte plek voor een verward persoon. Insluiting in een politiecel is uitsluitend mogelijk indien het ordeverstoring gedrag voortduurt en er geen aanleiding is om te vermoeden dat het ordeverstoring gedrag voortkomt uit een geestesstoornis. Er komt immers ook ordeverstoring gedrag voor zonder dat de veroorzaker hiervan een geestesstoornis heeft. Dan wordt het ordeverstoring gedrag in beginsel als strafbaar feit aangemerkt en kan tijdelijke opvang in een politiecel plaatsvinden.

De leden van de SP-fractie hebben uit de memorie van toelichting begrepen dat vooral het Landelijk Platform GGZ moeite heeft met de rol van politie bij het nemen van maatregelen voorafgaand aan de crisismaatregel. Het Landelijk Platform GGZ pleit in dit verband voor speciale zorgteams. Deze leden kunnen zich voorstellen dat deze suggestie van de hand is gewezen, omdat in acute situaties doorgaans toch als eerste de politie wordt gebeld. Desondanks vernemen zij graag een reactie op de mogelijke tussenweg om bij politiestations een gespecialiseerde GGZ-hulpverlener te stationeren, die mee gaat wanneer het team moet uitrukken voor een crisissituatie.

De politie en GGZ Nederland hebben eind 2011 een convenant gesloten die de samenwerking moet verbeteren in crisissituaties met verwarde personen¹⁷. De kern van het convenant richt zich op crisissituaties met verwarde personen. Politie en GGZ zullen in deze situaties gezamenlijk optreden. Verwarde personen in crisis worden niet ingesloten in de politiecel, maar krijgen hulp aangeboden in specifiek daarvoor ontwikkelde opvanglocaties. Uitzonderingen gelden voor personen bij wie sprake is van strafbare feiten en/of ernstige verstoring van de openbare orde.

Patiëntenvertrouwenspersoon

De leden van de SP-fractie hebben nog een aantal vragen over de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon. Deze leden zijn het ermee eens dat de vertrouwenspersoon vrij toegang heeft tot de patiënt, maar hechten er ook aan dat de patiëntenvertrouwenspersoon zelf de plicht heeft om de patiënt actief te benaderen en te informeren. Zij vinden een reactie op deze stelling gewenst.

De patiëntvertrouwenspersoon (PVP) heeft vrij toegang tot de betrokken patiënten. Het ligt in de werkzaamheden van een PVP besloten om actief de afdelingen (en dus ook de patiënten) van de GGZ-instellingen te bezoeken. Hij of zij informeert daar betrokkenen, bijvoorbeeld mondeling of middels de PVP-folder, over de werkzaamheden van de PVP en de ondersteuning die de PVP hem of haar kan bieden.

Naast een reactie op deze stelling, verlangen zij een antwoord op de vraag of er een maximum zou moeten worden gesteld aan het aantal patiënten

¹⁷ Convenant Politie – GGZ 2012, 21 december 2011, Den Haag.

en familieleden per patiënt – respectievelijk familievertrouwenspersoon. Hoe groot wordt de zogenaamde «caseload» van deze vertrouwenspersonen?

Het is van belang dat de inzet van de PVP in voldoende mate overeenstemt met de behoefte van de doelgroep. De Stichting PVP heeft in 2011 een voorlopige bezettingsnorm vastgesteld voor de tijd die nodig is om cliënten te ondersteunen. Deze norm is afhankelijk van de doelgroep waartoe de cliënt behoort. In 2012 is deze bezettingsnorm aangepast en is een norm voor verschillende groepen ambulante cliënten aan toegevoegd. In 2013 zal de Stichting PVP deze bezettingsnorm verder implementeren en, indien nodig, verder aanscherpen.

Deze leden vernemen ook graag een reactie op de bezwaren met betrekking tot de privacy die door organisaties als de Landelijke Organisatie Cliëntenraden en het College bescherming persoonsgegevens zijn geopperd. Welke gegevens mogen nu precies worden verstrekt aan de patiëntenvertrouwenspersoon en wat is de onderbouwing van de verstrekking van deze gegevens?

De betrokkene bepaalt in welke mate hij/zij gebruik maakt van de ondersteuning van de patiëntvertrouwenspersoon. Op dat moment worden ook afspraken gemaakt over welke informatie de patiëntvertrouwenspersoon nodig heeft om betrokkene te kunnen adviseren. Het is aan betrokkene welke gegevens aan de PVP mogen worden verstrekt. Het is voor de patiëntvertrouwenspersoon niet mogelijk om inzage te krijgen in het patiëntendossier, als betrokkene daar niet uitdrukkelijk mee heeft ingestemd. Dit is aangepast bij nota van wijziging. In het oorspronkelijke wetsvoorstel was het voldoende als betrokkene daartegen geen bezwaar kenbaar had gemaakt (artikel 11.3, eerste en derde lid).

Tevens vragen deze leden hoe een vertrouwelijke omgang met de gegevens door de patiëntenvertrouwenspersoon wordt gegarandeerd. Waarom is niet gekozen voor een geheimhoudingsplicht?

De PVP heeft wel een geheimhoudingsplicht. Deze is geconcretiseerd in de artikelen 11:4 en 11:5. De PVP is in beginsel tot geheimhouding verplicht van hetgeen in de uitoefening van zijn taak aan hem is toevertrouwd. De PVP kan zich op grond van zijn geheimhoudingsplicht ook verschonen van het geven van getuigenis of het beantwoorden van vragen in een klachtprocedure of een rechterlijke procedure.

9. Klachtprocedure

De leden van de VVD-fractie merken op dat in het wetsvoorstel een klachtprocedure is opgenomen, naast de huidige algemene klachtenregeling van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (Wkcz). Deze leden vragen of het hierdoor mogelijk is dat personen tegelijk of opeenvolgend via twee trajecten een klacht kunnen indienen.

Op dit moment, waarin de Wkcz en de Wet bopz van kracht zijn, zijn er inderdaad formeel twee regelingen voor de afhandeling van klachten. Een algemeen geldende regeling die van toepassing is op alle klachten van cliënten in de Wkcz en een specifieke regeling voor bepaalde klachten van patiënten die gedwongen zijn opgenomen in de Wet bopz. Beide regelingen kennen een commissie waar een klacht aan kan worden voorgelegd en die hier een uitspraak over doet.

De Wkcz regelt dat een klachtencommissie ten minste uit drie personen moet bestaan, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder. Daarnaast moet de zorgaanbieder een klachtenregeling hebben waarmee onder meer geborgd is dat personen waarover geklaagd wordt, niet deelnemen aan de klachtenbehandeling, waarin de termijnen zijn neergelegd waarbinnen de klachten worden behandeld en de

procedure van hoor- en wederhoor. De klachtencommissie kan alleen niet-bindend adviseren.

De klachtencommissie die klachten afhandelt op basis van de Wet bopz kent extra waarborgen ten aanzien van de klachtencommissie op grond van de Wkcz. De klachtencommissie op grond van de Wet Bopz heeft meer bevoegdheden: deze kan beslissingen van de zorgaanbieder (geheel of gedeeltelijk) vernietigen dan wel schorsen. Tegen de beslissing van de klachtencommissie kan in beroep worden gegaan. Verder zijn in de Wet bopz termijnen opgenomen waarbinnen de commissie tot een uitspraak dient te komen (binnen 14 dagen als het een situatie betreft die nog plaatsvindt), dient de commissie deskundig te zijn en dienen bepaalde competenties bij de klachtenbehandeling te worden betrokken (jurist en orthopedagoog/verpleeghuisarts/psychiater).

De huidige praktijk is dat er vaak één klachtencommissie is waar de patiënt van een GGZ-instelling terecht kan, die zowel klachten op grond van de Wkcz als klachten op grond van de Wet bopz behandelt. Hierdoor hoeven patiënten niet zelf te bedenken bij welke commissie zij terecht moeten en kunnen ook gecombineerde klachten behandeld worden, die deels in het ene, en deels in het andere kader vallen. De eisen die aan de geschilleninstantie worden gesteld in het wetsvoorstel houdende regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)).¹⁸ en de eisen die aan de klachtencommissie worden gesteld in het voorstel voor de Wvvggz, zijn zodanig opgesteld dat klachten in een gezamenlijke zitting kunnen worden behandeld. De eisen aan de geschilleninstantie en de klachtencommissies uit de wetsvoorstellen Wkkgz en Wvvggz zijn hiertoe op elkaar afgestemd. Dit maakt het mogelijk dat te zijner tijd de geschilleninstantie en de klachtencommissie in samenhang worden georganiseerd of dat gecombineerde zittingen worden gehouden. Het is vervolgens aan de desbetreffende gecombineerde klachtencommissie/geschilleninstantie om aan te geven of de uitspraak bindend is dan wel of er nog beroep tegen kan worden ingesteld. Ten overvloede verduidelijken wij nog dat bovenstaande klachtmogelijkheden bestaan naast de mogelijkheid een juridisch oordeel bij de rechter te krijgen over de inhoud van de zorgmachtiging of de crisismaatregel als zodanig. De klachtencommissie, noch de geschilleninstantie mogen over de rechtmatigheid van de afgegeven zorgmachtiging of crisismaatregel een oordeel geven: dit is voorbehouden aan de rechter. Hierover kan dan ook niet geklaagd worden. Tegen het oordeel van de rechter over de inhoud van de zorgmachtiging of de crisismaatregel als zodanig staat hoger beroep open bij de rechter.

Bij de leden van de VVD-fractie bestaat nog enige onduidelijkheid rondom het werkgebied van de klachtencommissie. Zij vragen of de regering richtlijnen gaat vaststellen hoeveel klachtencommissies en in welke gebieden (mogelijk regio's of provincies of gelijk aan de indeling voor de multidisciplinaire commissies) deze commissies werkzaam zullen zijn. Ook de samenstelling van de klachtencommissie is voor deze leden nog niet geheel helder. De memorie van toelichting stelt dat de klachtencommissie moet voldoen aan eisen, die een onafhankelijke, zorgvuldige en deskundige afhandeling van klachten waarborgen. Deze leden vragen welke eisen worden bedoeld en op welke wijze deze (het op peil houden van) de deskundigheid van de klachtencommissie garanderen. De klachtencommissie wordt door patiëntenorganisaties en brancheorganisaties gezamenlijk ingesteld, net als de geschilleninstantie op grond van de Wkkgz. Voor de klachten in het kader van het wetsvoorstel Wvvggz

¹⁸ Dit is het voormalige wetsvoorstel voor een Wet cliëntenrechten zorg, welke inmiddels is omgebouwd tot een nieuw wetsvoorstel. In hoofdstuk 11 wordt hierop nader ingegaan.

gelden aanvullende waarborgen, zoals opgenomen in artikel 10.2. Ingevolge artikel 10:2, zesde lid, kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld met betrekking tot de samenstelling en de werkwijze van de klachtencommissie.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de Raad van State adviseert niet te spreken in het jargon van klachten, klachtrecht, klachtencommissie en klachtprocedure. De regering heeft dit advies niet gevolgd. Er wordt aangesloten bij de terminologie van de geestelijke gezondheidszorg. Zal dit klachtenstelsel binnen de geestelijke gezondheidszorg met de zorgsector worden geharmoniseerd op basis van het wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg?

Een belangrijk uitgangspunt in de rechtspositie van de cliënt in de zorg is, dat zorg pas geleverd mag worden nadat de cliënt op basis van adequate informatie daarvoor toestemming heeft gegeven. Dit is geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo). De rechtspositie van mensen die geen toestemming kunnen geven voor de benodigde zorg, moet, zeker als hun vrijheid daarbij wordt beperkt of ontnomen, met aanvullende waarborgen geregeld worden. Het wetsvoorstel Wvvggz is om die reden ten aanzien van het onderdeel klachten aan te merken als een *lex specialis* ten opzichte van de Wkcz dan wel het voorstel van de Wkkgz. De algemene bepalingen inzake klachten van de Wkkgz zijn in beginsel van toepassing op alle zorgverlening, tenzij er in de *lex specialis* uitdrukkelijke uitzonderingen daarop of afwijkingen daarvan zijn opgenomen. Dit is het geval bij het wetsvoorstel Wvvggz. In het wetsvoorstel Wvvggz worden extra eisen gesteld aan de afhandeling van klachten die verplichte zorg betreffen, terwijl het wetsvoorstel Wkkgz alleen basiseisen stelt. Zo moet de zorgaanbieder vallende onder het wetsvoorstel Wvvggz aangesloten zijn bij een onafhankelijke klachtencommissie, welke is ingesteld door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties dan wel één of meer organisaties van zorgaanbieders. In het wetsvoorstel Wkkgz is aansluiting bij (regionale) klachtencommissies niet verplicht gesteld, maar moet iedere aanbieder een eigen klachtenreglement hebben die aangepast kan worden aan de eisen van de sector. De klachtencommissie onder het wetsvoorstel Wvvggz moet daarbij voldoen aan een aantal eisen die een onafhankelijke, zorgvuldige en deskundige afhandeling van klachten waarborgt. Zo worden kwaliteitseisen gesteld aan de leden van de klachtencommissie¹⁹, zijn afhandelingstermijnen opgenomen²⁰ en is de mogelijkheid van beroep bij de rechter ingevoerd²¹. Hiernaast zijn extra waarborgen opgenomen ten opzichte van de rechtspositie van mensen die verplichte zorg krijgen. Cliënten die in het kader van het wetsvoorstel Wvvggz verplichte zorg ontvangen hebben recht op een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon, welke functie nauwkeurig is omschreven. In het wetsvoorstel Wkkgz daarentegen is opgenomen dat een cliënt in de zorg toegang moet hebben tot een klachtenfunctionaris of een vertrouwenspersoon, waarvan het profiel niet wettelijk is vastgelegd. Voorgaande verschillen rechtvaardigen op onderdelen de afwijkende terminologie tussen de wetsvoorstellen Wkkgz en Wvvggz.

Voorts vroegen deze leden of de regering vindt dat in de voorgestelde klachtregeling de mogelijkheid moet worden opgenomen dat derden

¹⁹ Bijvoorbeeld dat de leden van de klachtencommissie niet werkzaam mogen zijn bij of voor de zorgaanbieder en geen relatie mogen hebben tot de klager, betrokkene of zijn vertegenwoordiger, waardoor de onafhankelijkheid van de leden geborgd is, zie artikel 10:2, vierde lid, van het wetsvoorstel Wvvggz.

²⁰ Er moet een beslissing door de klachtencommissie genomen worden binnen 14 dagen na ontvangst van de klacht, artikel 10:3, vierde lid van het wetsvoorstel Wvvggz.

²¹ Artikel 10:5 van het wetsvoorstel Wvvggz.

(bijvoorbeeld familie of vrienden) namens de cliënt een klacht kunnen indienen?

In artikel 10:3, eerste lid, is opgenomen dat (naast betrokkene) de vertegenwoordiger, de advocaat, de contactpersoon, de patiëntenvertrouwenspersoon dan wel een andere belanghebbende een klacht kunnen indienen bij de klachtencommissie: zij zullen dit in principe namens betrokkene doen. Omdat betrokkene vaak in een kwetsbare situatie verkeert, is het ook mogelijk dat derden, bijvoorbeeld familie, vrienden of andere direct belanghebbenden, voor betrokkene een klacht indienen over de uitvoering van de verplichte zorg waaraan betrokkene is onderworpen. Dit versterkt de rechtspositie van betrokkene, ook als hij op dat moment zelf niet in staat is de klacht in te dienen, maar wel een klacht heeft.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen ook hoe de regering aankijkt tegen de toevoeging en gebruik van het begrip «cliëntenvertegenwoordiger»? De vertegenwoordiger kan een rol spelen gedurende het hele proces van verplichte zorg, maar voorwaarde is wel dat het begrip «cliëntenvertegenwoordiger» aan alle relevante bepalingen in de tekst wordt toegevoegd.

Er is in dit wetsvoorstel niet gekozen voor het begrip «cliëntenvertegenwoordiger», maar voor het begrip «patiëntencontactpersoon». Dit omdat de benaming «cliënt» beoogt uit te drukken dat iemand een keuze kan maken, hetgeen bij verplichte zorg uit de aard van de situatie juist niet het geval is. In het wetsvoorstel wordt dan ook bij voorkeur gesproken van «de betrokkene». De patiëntencontactpersoon is het centrale aanspreekpunt van de familie en naasten en wordt op de hoogte gehouden van de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van verplichte zorg aan betrokkene.

Bij nota van wijziging is de benaming «patiëntcontactpersoon» overigens aangepast in «contactpersoon», omdat in het wetsvoorstel verder niet meer over «patiënt», maar over «betrokkene» wordt gesproken. De contactpersoon is aan alle relevante bepalingen in de tekst toegevoegd waar deze geacht wordt een rol te spelen.

10. Handhaving en toezicht

De leden van de PvdA-fractie stellen in hoofdstuk 2 dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) te weinig controle op de kwaliteit van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) uitvoert en geen betrouwbare cijfers heeft over dwang en drang binnen deze instellingen. Deze leden vragen hoe de regering dit in toekomst wil voorkomen. Net als de leden van de PvdA-fractie hechten zowel wij als de IGZ eraan over betrouwbare cijfers te beschikken wat betreft de aard en de omvang van dwangtoepassingen. Tot aan de inwerkingtreding van het wetsvoorstel Wvggz dienen de GGZ-instellingen, Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ'en), Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK'en) te voldoen aan de meldingsverplichtingen van de Wet bopz. Omdat deze gegevens in het verleden niet altijd beschikbaar waren en niet alle zorgaanbieders deze informatie even zorgvuldig geregistreerd hebben, zijn GGZ- instellingen sinds 1 januari 2012²² wettelijk verplicht om ook te registreren aan de hand van de Argus dataset. Dit betreft een set aan vragen waardoor binnen GGZ-instellingen gegevens kunnen worden geregistreerd over vorm, aantal en duur van de toegepaste vrijheidsbeperkende interventies, waaronder separatie, afzondering en fixatie en andere vormen van fysieke en ruimtelijke vrijheidsbeperkende interventies.

Deze verplichting maakt ook onderdeel uit van het wetsvoorstel Wvggz. Alle GGZ-instellingen moeten zelf een eigen register bijhouden met alle

²² Staatscourant 2011 nr. 23432, 22 december 2011.

relevante informatie uit de Argus dataset. De zorgaanbieders moeten vervolgens ten minste eens per zes maanden aan de IGZ een digitaal overzicht verstrekken van de door hen verleende verplichte zorg. Hiermee wordt afgestapt van het huidige systeem, waar zorginstellingen elke dwangtoepassing elke keer individueel moesten melden bij de IGZ. Uniforme registratie aan de hand van de Argus dataset zal leiden tot betere, betrouwbaardere en meer met elkaar vergelijkbare gegevens over het daadwerkelijk uitvoeren van verplichte zorg en ook over het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies zonder verzet. De IGZ hecht veel belang aan deze vorm van uniform registreren, omdat zij zich in haar toezicht mede zal baseren op deze gegevens.

De IGZ heeft in de afgelopen jaren intensief toezicht gehouden op de kwaliteit van de verplichte zorg en zal dit ook blijven doen. Jaarlijks werden ongeveer 150 dwangbehandelingen intensief en ter plaatse getoetst, met name de dwangbehandelingen, waarbinnen separatie en afzondering langdurig leek te hebben plaatsgevonden. Ook werden jaarlijks 40 of 50 opnameafdelingen door de IGZ bezocht om het beleid rond het terugdringen van separeren te monitoren. In 2013 heeft de IGZ alle instellingen die separatie toepassen bezocht aan de hand van het toetsingskader «terugdringen separeren». Het IGZ rapport hiervan verschijnt begin 2014. De IGZ stelt strengere eisen aan het verder uitbannen van separatie: «GGZ-instellingen moeten separeervrije zorg leveren, tenzij zij kunnen aantonen dat dit voor een specifieke patiënt (tijdelijk) niet kan. Men moet alle denkbare maatregelen hebben genomen om een ingezette separatie zo snel als mogelijk te beëindigen. Verplichte interne en externe consultatie spelen hierbij een cruciale rol»²³. Conform de uitgangspunten van het wetsvoorstel Wvvggz hanteert de IGZ nu al het «nee, tenzij» principe wat betreft het toepassen van dwangmaatregelen in zijn algemeenheid en specifiek wat betreft separatie. Naast het zoveel mogelijk voorkomen van dwang en separatie heeft de IGZ als toetsingsnorm dat er geen eenzame opsluitingen meer voorkomen. Als er al een separatie noodzakelijk is, mag een patiënt nooit alleen worden gelaten. Hij moet altijd contact hebben met een hulpverlener of met de hulpverlener direct contact kunnen opnemen. Het principe «een zieke patiënt laat je nooit alleen» neemt de IGZ mee bij haar toezicht op dwangtoepassingen.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook in hoofdstuk 2 of de IGZ op basis van individuele signalen over onnodig of onveilige dwang en drang in actie gaat komen?

Omdat individuele dwangtoepassingen door zorginstellingen zelf in hun eigen register worden geregistreerd, maar niet meer individueel aan de IGZ gemeld hoeven te worden, zal de IGZ haar informatie over mogelijke risico's op onverantwoorde (verplichte) zorg uit andere bronnen halen. In het wetsvoorstel is in artikel 14:2 opgenomen dat zorgaanbieders, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke en zorgverleners meldingen moeten doen van tekortschietende zorg bij de IGZ. Meldingen van burgers en signalen van patiëntenvertrouwenspersonen, familievertrouwenspersonen, familieleden en patiënten over onnodige of onveilige «dwang en drang» zal de IGZ blijven gebruiken als informatiebron.

Op 19 november 2012 hebben de heer Van der Steenhoven en mevrouw Sorgdrager onderzoeksrapporten over de IGZ gepresenteerd. In het rapport «Doorpakken!» van de heer Van der Steenhoven staan de resultaten van het onderzoek naar de organisatie van de IGZ. Het rapport «Van incident naar effectief toezicht» van mevrouw Sorgdrager heeft

²³ IGZ werkplan januari 2012, p. 17. Dit werkplan is het eerste werkplan waarin concreet uitwerking is gegeven aan hetgeen in het meerjarenbeleidsplan 2012–2015 «Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)» is beschreven.

betrekking op de afhandeling van dossiers over meldingen bij de IGZ. In haar brief van 15 februari 2013 geeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een kabinetsreactie op beide rapporten²⁴. Zij kondigt daarin aan het oprichten van een kwalitatief hoogwaardig «Zorgloket» dat een zorgombudsfunctie zal vervullen. Dit Zorgloket is bedoeld om burgers een luisterend oor te bieden en burgers op een respectvolle en empathische wijze te woord staat. Het Zorgloket helpt de burger de juiste weg te vinden om antwoord op zijn klacht te krijgen. Het Zorgloket zal niet de individuele klachten afhandelen, maar wel zorgen dat de burger op de juiste plek verder wordt geholpen. Daarnaast zal de IGZ regelmatig (en ook onaangekondigd) inzage in de registratiegegevens van zorgaanbieders verlangen. Indien dergelijke informatie duidt op onnodige, ongelegitimeerde of onveilige verplichte zorg, zal de IGZ een onderzoek starten en waar nodig handhavend optreden.

De leden van de SP-fractie vragen of de reeds overbelaste IGZ niet flink dient te worden uitgebreid om deze taken naar behoren te kunnen uitoefenen.

De IGZ heeft vanaf 2012 structureel € 10 mln per jaar toegekend gekregen voor het kunnen uitvoeren van al haar taken door het vorige kabinet. Met deze middelen heeft de IGZ het afgelopen jaar extra capaciteit toegevoegd van ongeveer 100 nieuwe medewerkers. Deze nieuwe medewerkers worden primair ingezet ter versterking van de toezicht- en handhavingscapaciteit op de sectoren met de grootste risico's voor patiënten. Het gaat hierbij onder meer om ouderenzorg, disfunctionerende beroepsbeoefenaren, medicatieveiligheid en nieuwe toetreders in de zorg²⁵.

De leden van de SP-fractie zijn verheugd dat het wetsvoorstel expliciet de meld- en signaalfunctie van verschillende betrokkenen vermeldt. Hoewel zij begrip hebben voor het feit dat de familievertrouwenspersoon geen signalerende taak heeft, vragen zij wel hoe deze familievertrouwenspersoon moet handelen, indien deze toch kennis zou dragen van ernstige misstanden of structurele tekortkomingen in de zorg.

De familievertrouwenspersoon (fvp) treedt op als de onafhankelijk belangenbehartiger van de directe familie of naast betrokkenen van een psychiatrische patiënt. De rol die de fvp heeft, namelijk het adviseren en bijstand geven aan de familieleden, is minder geschikt om signalen over tekortschietende zorg aan de IGZ te melden. Ondanks het feit dat de fvp geen signalerende taak heeft, kan de fvp besluiten ernstige misstanden of structurele tekortkomingen in de zorg te melden aan de Raad van Bestuur of aan de IGZ.

11. Verhouding met grondrechten en andere wetgeving

Het onderhavige wetsvoorstel heeft raakvlakken met een groot aantal wetsvoorstellen en wetten, waaronder het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Kamerstuk 32 398), het wetsvoorstel zorg en dwang (Kamerstuk 31 996), het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Kamerstuk 32 402), de onlangs gewijzigde bepalingen inzake dwangbehandeling in de zogeheten Beginselenwetten (Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Verschillende fracties hebben vragen over de samenhang van het wetsvoorstel met de verschillende andere wetsvoorstellen. Ook hebben verschillende fracties geïnformeerd naar de conformiteit van het wetsvoorstel met de Grondwet en met het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een beperking (VN-Gehandicaptenverdrag). Voor de

²⁴ Kabinetsreactie onderzoeksrapporten IGZ van 15 februari 2013, Kamerstuk 33 149, nr. 17.

²⁵ Kabinetsreactie onderzoeksrapporten IGZ van 15 februari 2013, Kamerstuk 33 149, nr. 17.

leesbaarheid hebben wij ervoor gekozen de vragen van de verschillende fracties te bundelen en samen te beantwoorden bij het desbetreffende onderwerp dan wel wetsvoorstel en niet per fractie. Wij houden hierbij de volgorde van de wetsvoorstellen aan zoals eerder in de Memorie van Toelichting is aangehouden.

Algemeen

Het lijkt dat het begrip, de grond voor en de oplegging van dwang niet in alle wetsvoorstellen, wetten en sectoren op dezelfde wijze is geregeld. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering dit ook zo ziet. En zo niet, of de regering wil aangeven wat de redenen zijn om de verschillen te laten bestaan en op welke wijze de regering wil harmoniseren op het punt dat verplichte zorg ultimum remedium is in de zorg.

Inderdaad is het zo dat de grond voor en de oplegging van dwang niet in alle wetsvoorstellen, wetten en sectoren op dezelfde wijze is geregeld. Zoals ook al eerder is aangegeven, heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport juist om deze reden ZonMw gevraagd een wetsevaluatie te laten uitvoeren naar een harmonisatie van de verschillende rechtsposities bij gedwongen zorg van zowel jeugdigen als ouderen. Naast de rechtspositie dienen ook andere verschillen, zoals de toegang tot de rechter, de inrichting van de machtiging en de leeftijdsgrens bij de evaluatie betrokken te worden. ZonMw onderzoekt ondermeer of er redenen zijn om de verschillen in rechtspositie te laten bestaan. Tevens is ZonMw gevraagd waar mogelijk aanbevelingen te doen om te komen tot harmonisatie van de verschillende rechtsposities. In de loop van 2014 verwachten wij de aanbevelingen op basis van deze wetsevaluatie. Zoals al eerder gesteld, willen wij deze aanbevelingen niet afwachten. Dit leidt tot onnodige vertraging en de praktijk heeft duidelijk behoefte aan nieuwe wetgeving inzake verplichte zorg, die aansluit bij de ontwikkelingen die zich in de geestelijke gezondheidszorg en de zorg aan dementen en verstandelijk beperkten, hebben voorgedaan. Een voorbeeld daarvan is de ambulantisering van de zorg. De opzet van de beide wetsvoorstellen Wvvgg en de Wet zorg en dwang, die de Wet bopz zullen vervangen, is gericht op het beschrijven van een heldere procedure en een zorgvuldig afwegingkader. De belangrijkste gedeelde uitgangspunten zijn dat de zorg centraal staat, het toepassen van dwang in beide wetsvoorstellen ultimum remedium is, beide regelingen persoonsvolgend zijn (in plaats van locatiegebonden) en dat de cliënt terecht moet komen op de locatie en in de zorgvorm waar hij het beste op zijn plaats is. Deze opzet en uitgangspunten gelden ook voor het wetsvoorstel Wfz en de onlangs in werking getreden wijziging van de beginselenwetten. Op grond daarvan verwachten wij dat de aanbevelingen zullen leiden tot aanpassing van de verschillende wetten of wetsvoorstellen op onderdelen en niet tot een algehele herziening van de verschillende (voorstellen van) wetten.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat het voorliggende wetsvoorstel de Minister van Justitie als eerste ondertekenaar heeft, waardoor het lijkt dat het wetsvoorstel verwordt tot een opsluitwet dan wel wet ter beperking van overlast. Voor het goede signaal pleiten deze leden ervoor dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de eerste ondertekenaar wordt. Immers, de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg is een zorgwet. De rechtspositie wordt geborgd in de wettekst, daarvoor is de Minister van Justitie als eerste ondertekenaar niet noodzakelijk. Deze leden vragen of de regering dit standpunt wil overnemen. Zo nee, waarom niet?

De regering heeft dit standpunt overgenomen. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is eerste ondertekenaar geworden van het wetsvoorstel.

De leden van de PvdA-fractie zouden graag zien dat de regering aanbeveling 13 van de Raad van State overneemt en in de wet beschrijft hoe de uitoefening van de grondrechten in verband staan met de voorwaarden die de geneesheer-directeur verbindt aan de beslissing tot beëindiging van de zorgmachtiging.

Ingevolge artikel 8:20 (artikel 8.18 in de nota van wijziging) kan de geneesheer-directeur voorwaarden verbinden aan de beslissing tot beëindiging van de zorgmachtiging. In het advies van 3 november 2009 adviseerde de Raad van State om – analoog aan artikel 14c, derde lid, van het Wetboek van Strafrecht inzake de voorwaardelijke invrijheidsstelling en aan de artikelen 14a, zevende lid, en 45, derde lid, van de Wet Bopz – in het wetsvoorstel op te nemen dat de te stellen voorwaarden de vrijheid van godsdienst of levensovertuiging dan wel de staatkundige vrijheid niet mogen beperken. In het nader rapport hebben wij reeds aangegeven dat wij van oordeel zijn dat artikel 8:20 niet in de door de Raad voorgestelde zin hoeft te worden aangepast. Ook zonder dat een dergelijke bepaling in de wet is opgenomen, dient de geneesheer-directeur bij het verbinden van voorwaarden aan de beslissing tot beëindiging van de zorgmachtiging de uitoefening van grondrechten in acht te nemen. Wij denken daar nu niet anders over dan voorheen. Daarbij merken wij nog op dat de beperking waar de Raad op doelt sinds enige jaren ook uit het Wetboek van Strafrecht is geschrapt. Redengevend hiervoor was dat, zoals ook bij de parlementaire behandeling van de Wet voorwaardelijke invrijheidsstelling in antwoord op vragen uit Uw kamer is aangegeven (Kamerstukken I 2006–2007, 30 513, C, blz. 9), deze bepaling in het licht van de huidige bescherming tegen inbreuken op grondrechten, zoals vervat in de Grondwet en internationale verdragen, geen toegevoegde waarde meer had. Bij het stellen van voorwaarden wordt steeds een proportionaliteits-toets verricht. De inbreuk die een voorwaarde maakt op een verdragsrechtelijk of grondwettelijk beschermd recht is daarbij een wezenlijk punt van afweging. Steeds zal in het concrete geval beoordeeld moeten worden of een inbreuk op een fundamenteel recht gerechtvaardigd en proportioneel is. Deze redenering gaat eveneens op ten aanzien van het door de geneesheer-directeur verbinden van voorwaarden aan de beslissing tot beëindiging van de zorgmachtiging.

Verhouding met het VN-Gehandicaptenverdrag

De leden van de VVD-fractie merken op dat Nederland in 2007 het VN-Gehandicaptenverdrag heeft ondertekend. Volgens dit verdrag moeten patiënten onder andere bij opnames zo snel mogelijk in een voor hen begrijpelijke taal worden geïnformeerd over de te volgen procedure. Ook de Raad van State verwijst hiernaar in zijn advies. Deze leden vragen of de relatie met dit verdrag voldoende gegarandeerd is in het onderhavige wetsvoorstel. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre het wetsvoorstel valt te rijmen met het VN-Gehandicaptenverdrag. Zijn onvrijwillige zorginterventies een schending van de mensenrechten? Zij zijn van mening dat in het kader van de behandeling van dit wetsvoorstel deze vraag goed onderzocht moet worden. De leden van de SP-fractie vragen in navolging van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland naar de samenhang met en toetsing aan het VN-Gehandicaptenverdrag. Ook de leden van de ChristenUnie-fractie verzoeken de regering nader toe te lichten hoe onderhavig wetsvoorstel zich verhoudt tot het VN-Gehandicaptenverdrag en daarbij in te gaan op de vraag of het onderhavige wetsvoorstel op alle punten in lijn is met dit verdrag.

Het Koninkrijk der Nederlanden heeft het VN-Gehandicaptenverdrag op 30 maart 2007 ondertekend en daarmee de doelstelling en uitgangspunten van dit verdrag onderschreven.

Doelstelling van het verdrag is onder meer dat personen met een beperking hun mensenrechten effectief en op voet van gelijkheid met anderen kunnen uitoefenen en dat de overheid deze uitoefening bevordert, beschermd en waarborgt. Daarnaast dient de overheid de eerbiediging van de inherente waardigheid van personen met een handicap te bevorderen. Het VN-Gehandicaptenverdrag is bij het opstellen van het onderhavige wetsvoorstel betrokken en met de verplichtingen die uit dit verdrag voortvloeien is dan ook rekening gehouden, evenals met de verplichtingen die voortvloeien uit andere mensenrechtenverdragen zoals het Europees Verdrag voor de bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden. De vraag van verschillende leden of de gedwongen behandelingen die het wetsvoorstel mogelijk maakt in overeenstemming zijn met de verplichtingen die voortvloeien uit het VN-gehandicaptenverdrag beantwoorden wij dan ook bevestigend.

Van dit verdrag zijn in het bijzonder de artikelen 15 inzake het vrijwaren tegen foltering en een onmenselijke behandeling en 17 inzake de bescherming van de persoonlijke integriteit en – in uiterste instantie – artikel 14 inzake de vrijheid en veiligheid van de persoon van belang. De verlening van verplichte zorg in het wetsvoorstel is in lijn met deze artikelen. De verlening van verplichte zorg is aan strikte criteria verbonden terwijl daarnaast diverse waarborgen tegen misbruik van de bevoegdheid zijn ingebouwd. Als algemeen uitgangspunt geldt dat voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid moeten worden geboden, om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Verplichte zorg kan enkel aan de orde zijn indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander. Bovendien is wettelijk vastgelegd dat verplichte zorg alleen als uiterste middel mag worden toegepast, indien uit een medische verklaring blijkt dat zorg noodzakelijk is, er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid meer zijn, het verlenen van verplichte zorg evenredig is aan het doel en redelijkerwijs te verwachten is dat deze vorm van zorgverlening effectief is. Wanneer de verlening van verplichte zorg noodzakelijk wordt geacht, dan mag dit alleen in de minst ingrijpende vorm mogelijk. De proportionaliteit en subsidiariteit worden bij de voorbereiding, de afgifte, de tenuitvoerlegging, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een zorgmachtiging en crisismaatregel van verplichte zorg beoordeeld. De vormen van verplichte zorg die verleend mogen worden, staan vermeld in het zorgplan en bij het opstellen van dat zorgplan worden zowel de patiënt zelf als zijn of haar naasten of een andere contactpersoon betrokken. De wensen en voorkeuren van de patiënt worden geïnventariseerd en waar mogelijk ook gehonoreerd. Toepassing van al deze voorwaarden strekt ertoe dat gedwongen opname waar mogelijk voorkomen. Ook is de rechtspositie van de patiënt verstevigd. Mede in reactie op de vraag van de leden van de PvdA-fractie wijzen wij erop dat bij nota van wijziging een nieuw artikel 1:9 is ingevoegd, op grond waarvan betrokkene van meet af aan, in een voor hem begrijpelijke taal, wordt geïnformeerd over (mogelijke) verlening van verplichte zorg. Behoudens een tijdelijke verlening van verplichte zorg op grond van een crisismaatregel is voor de verlening van verplichte zorg een voorafgaande beslissing van de rechter vereist. Alvorens te beslissen over de afgifte van een zorgmachtiging hoort de rechter betrokkene, die in deze procedure wordt bijgestaan door een advocaat. Anders dan thans onder de Wet Bopz het geval is, staat tegen deze rechterlijke beslissing ook hoger beroep open. Doordat ook tegen een crisismaatregel van de burgemeester beroep open staat, is de toegang tot de rechter te allen tijde gewaarborgd.

In gevallen waarin, als ultimum remedium, een gedwongen opname toch noodzakelijk is, is artikel 14 van het verdrag van belang. Dit artikel verplicht staten die partij zijn bij het verdrag te waarborgen dat personen met een beperking op voet van gelijkheid met anderen van het recht op vrijheid en veiligheid kunnen genieten en niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd. Het bestaan van een aandoening, handicap of stoornis mag in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigen, aldus artikel 14, eerste lid, onder b.

Van een onrechtmatige of willekeurige vrijheidsberoving in bovenstaande zin is geen sprake. Het wetsvoorstel Wvvgz hanteert als criterium voor verplichte opname dat dit alleen in het uiterste geval aan de orde kan zijn, wanneer het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander en dit risico niet afdoende kan worden weggenomen middels verlening van zorg op basis van vrijwilligheid en evenmin met een minder ingrijpende vorm van verplichte zorgverlening kan worden volstaan. Geborgd is daarmee dat het bestaan van een geestelijke stoornis op zichzelf nimmer vrijheidsbeneming rechtvaardigt. Niet de aanwezigheid van een geestelijke stoornis, maar de aanwezigheid van een aanzienlijk risico op ernstige schade als gevolg van het gedrag van een persoon dat uit de stoornis voortvloeit kan het aangrijpingspunt zijn voor de verlening van verplichte zorg met als uiterste vorm verplichte opname. Zoals wij hiervoor al uiteen hebben gezet, bevat het wetsvoorstel daarnaast de nodige waarborgen tegen misbruik en willekeurige toepassing van de bevoegdheid tot verplichte zorgverlening.

Het wetsvoorstel is niet alleen in overeenstemming met het VN-Gehandicaptenverdrag, maar draagt ook bij aan de doelstelling van dat verdrag en de plicht om de eerbiediging van de inherente waardigheid van personen met een handicap te bevorderen. Dat gebeurt niet alleen door de verlening van verplichte zorg waar mogelijk te voorkomen en de betrokkene, zoals hiervoor al uiteen is gezet, zoveel mogelijk bij het proces te betrekken en de wensen en voorkeuren van de patiënt waar mogelijk te honoreren, maar ook doordat wettelijk vereist is dat bij de zorgmachtiging of crisismaatregel in alle fasen rekening wordt gehouden met de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen.

Verhouding met Wet bescherming persoonsgegevens

De leden van de VVD-fractie hebben vragen over de waarborgen rondom privacy. In dit voorstel zijn veel actoren actief en wordt informatie tussen vele actoren uitgewisseld. Kan de regering waarborgen dat er niet meer informatie wordt gevraagd en uitgewisseld dan strikt noodzakelijk is voor het bereiken van het doel? Is hier wellicht de noodzaak tot «privacy by design»?

Door het schrappen van de commissie verplichte GGZ moesten ook de oorspronkelijke artikelen 5:11, 5:12 en 5:20 heroverwogen worden. Tijdens de consultatie van de nota van wijziging zijn veel vragen gesteld over de beoogde gegevensuitwisseling tussen de verschillende actoren, zoals neergelegd in de consultatieversie van de nota van wijziging. Deze vragen en opmerkingen, waaronder die van het College bescherming persoonsgegevens, hebben geleid tot nadere concretisering omtrent de gegevensuitwisseling. Zo is in de wettekst een doelbinding opgenomen: informatie mag alleen uitgewisseld worden voor zover personen en organisaties vanuit hun taakuitoefening op grond van de wet noodzakelijkerwijs over deze informatie moeten beschikken, opdat ernstige schade voor betrokkene of een ander kan worden voorkomen of beperkt. In de nota van wijziging wordt in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 8:22

(nieuw) hier uitgebreid op ingegaan. Tevens heeft een verdere aanscherping plaatsgevonden door nadere waarborgen in het wetsvoorstel op te nemen naar aanleiding van het advies van de Raad van State. Dit betreft de expliciet opgenomen plicht voor de zorgverantwoordelijke om in het dossier aantekening te maken van een gegevensverstrekking zonder toestemming en het recht van betrokkene om kennis te nemen van de gegevensuitwisseling die over hem heeft plaats gevonden.

Verhouding met Wet cliëntenrechten zorg

De leden van de VVD-fractie merken op dat in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Kamerstuk 32 402) de rechten van cliënten worden gebundeld. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting biedt het voorliggende wetsvoorstel meer waarborgen en rechten voor de cliënt die verplichte zorg wordt opgelegd. Ook wordt aangegeven dat het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg aangepast wordt om integratie van de klachtprocedure in beide wetsvoorstellen te bereiken. Betekent dit dat de waarborgen en rechten voor de cliënt, zoals opgenomen in het voorliggende wetsvoorstel, leidend zijn en dat het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg conform die waarborgen en rechten wordt aangepast? Ook voor de leden van de SP-fractie is de samenhang met het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg nog onduidelijk.

Ten aanzien van het wetsvoorstel voor een Wet cliëntenrechten zorg is besloten de behandeling daarvan niet in de oorspronkelijke opzet voort te zetten. Dat wetsvoorstel is gewijzigd in een nieuw wetsvoorstel met de benaming «Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg». Dit wetsvoorstel ligt inmiddels ter behandeling voor in de Eerste Kamer (kamerstukken I 2012–2013, 32 402). Voor de overige onderdelen van het oorspronkelijke wetsvoorstel (medezeggenschap en goed bestuur, Wtzi bepalingen en aanpassing WGBO) zullen afzonderlijke wetsvoorstellen worden voorgelegd. In hoofdstuk 9 van dit verslag zijn wij uitgebreid ingegaan op de samenloop van de klachtenregelingen tussen het wetsvoorstel Wvvggz en de huidige Wkcz, alsmede met de toekomstige beoogde samenloop met het voorstel Wkkgz.

Samenhang met Wet forensische zorg

De leden van de SP-fractie vernemen graag hoe het voorliggende wetsvoorstel aansluit op het wetsvoorstel forensische zorg en hoe de samenhang tussen volksgezondheid en justitie wordt verbeterd. De leden van de CDA-fractie merken op dat in de memorie van toelichting de samenhang met het wetsvoorstel forensische zorg wordt beschreven. De bedoeling van beide wetsvoorstellen, zeker in samenhang gezien, is dat schotten worden geslecht en een zorgcontinuüm ontstaat. Deze leden vragen of het optimum met voorliggende wetsvoorstellen bereikt is. Moet nog iets nader worden uitgewerkt of geregeld?

Het wetsvoorstel WFZ, dat op dit moment in behandeling is bij de Eerste Kamer, regelt de organisatie van de forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die wordt verleend op strafrechtelijke titel. Het wetsvoorstel regelt onder andere de inkoop van forensische zorg, de institutionele bevoegdheden van de Minister van Veiligheid en Justitie en het proces van indicatiestelling tot plaatsing van de forensische patiënt. De gezamenlijke doelstelling van zowel het wetsvoorstel forensische zorg als het wetsvoorstel Wvvggz is het verbeteren van continuïteit van zorg aan mensen met psychische stoornissen. Een goede aansluiting tussen forensische zorg in strafrechtelijk kader, verplichte geestelijke gezondheidszorg in civiel kader en reguliere GGZ in vrijwillig kader is hiervoor van essentieel belang. Om beter inzicht te krijgen in de aansluiting tussen deze sectoren hebben wij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

om advies gevraagd. In zijn rapport «Stoornis en Delict»²⁶ beschrijft de RVZ de gevolgen van de invoering van het wetsvoorstel Wvggz en de WFZ voor de aansluiting tussen beide sectoren. Volgens de RVZ is de kans groot dat met de komst van beide wetten de aansluiting tussen forensische zorg en reguliere GGZ en de continuïteit van de zorgverlening bij overgang van het ene naar het andere kader verbeterd wordt. Zoals wij hiervoor bij de beantwoording van een daartoe strekkende vraag van de leden van de PVV-fractie hebben aangegeven is de juridische aansluiting tussen beide systemen geregeld in artikel 2.3. van het wetsvoorstel Wfz, het voorgestelde artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (artikel 7.1 wetsvoorstel Wfz) en het in de nota van wijziging voorgestelde artikel 5.20 Wvggz. Artikel 2.5 van het wetsvoorstel Wfz regelt dat de zorgaanbieder zes weken voor het aflopen van de forensische zorgtitel zorg draagt voor aansluitende zorg als de zorgverlener of de behandelaar van oordeel zijn dat na afloop van de strafrechtelijke titel verdere zorg nodig is. Dit betreft een inspanningsverplichting voor de zorgaanbieder. Hierdoor kan de continuïteit van de zorgverlening worden verbeterd, ook bij overgang van het strafrechtelijke naar het civiele kader. Het is van essentieel belang dat – indien na afloop van de strafrechtelijke titel blijkt dat zorg nog steeds noodzakelijk is –, er een goede aansluiting en overdracht plaatsvindt van betrokkene naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Deze aansluiting kan er in de praktijk uit bestaan dat personen in een verplicht kader zorg ontvangen op grond van het wetsvoorstel Wvggz, dat zij (intensieve) ambulante zorg ((F)ACT) of beveiligde klinische zorg ontvangen, dat zij in aanmerking komen voor beschermd wonen of dat aan hen op vrijwillige basis geestelijke gezondheidszorg wordt verleend. Als betrokkene onder de reikwijdte van het wetsvoorstel Wvggz valt, wordt zorg op maat geleverd. Er moet niet alleen rekening worden gehouden met het cliënt- en het familieperspectief, maar ook met het maatschappelijk perspectief²⁷. Daardoor wordt de kans groter dat betrokkene de zorg vrijwillig continueert na afloop van de zorgmachtiging. Terugval na crisis en onvrijwillige opname kan zo beter worden voorkomen.

De leden van de VVD-fractie merken ook op dat personen vanuit een forensische of civielrechtelijke titel verplichte zorg opgelegd kunnen krijgen. Vanuit de praktijk ontvangen zij geluiden dat de zorg die aan deze personen aangeboden wordt niet veel van elkaar verschilt. Ziet de regering mogelijkheden voor geïntegreerde regimes, waarbij gekeken wordt naar het type zorg dat nodig is en niet naar de forensische dan wel civielrechtelijke titel?

Zoals hierboven uiteengezet doet de RVZ in haar advies «Stoornis en Delict» de aanbeveling om tot één wettelijk uitvoeringsregime voor beide wetten te komen. In onze gezamenlijke beleidsreactie op dit RVZ-advies geven wij aan dat wij het, gezien de wetsvoorstellen Wvggz en Wfz, niet noodzakelijk achten deze aanbeveling over te nemen, omdat met beide wetsvoorstellen grote en belangrijke stappen worden gezet om de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening te verbeteren door de regimes beter op elkaar aan te laten sluiten²⁸. Wij wijzen nogmaals op de hiervoor genoemde verbindingsartikelen, die het mogelijk maken om op

²⁶ Rapport «Stoornis en delict», Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Den Haag, mei 2012.

²⁷ Het maatschappelijk perspectief is terug te vinden in het zorgplan, waar de essentiële voorwaarden voor zelfstandige deelname aan het maatschappelijk leven, voor zover deze ontbreken, moeten worden vastgelegd. Indien bepaalde essentiële voorwaarden ontbreken wordt er overlegd met betrokkene zelf, diens familie of naasten of de gemeente om deze alsnog te kunnen realiseren. Doel is het bevorderen van maatschappelijke deelname van betrokkene ter voorkoming van terugval na het opheffen van de verplichte zorg.

²⁸ Beleidsreactie op het RVZ rapport «Stoornis en Delict» d.d. 20 juni 2013.

verschillende momenten in het strafproces waar nodig zorg op te leggen op basis van een zorgmachtiging. Dit is één van de stappen die wordt gezet om een betere aansluiting tussen zorg op grond van een forensische of civielrechtelijke titel te krijgen.

Naast de verbeteringen die zijn opgenomen in beide wetsvoorstellen worden er nog andere specifieke, aanvullende maatregelen genomen om de aansluiting tussen forensische zorg en reguliere ggz te verbeteren en de overgang van het ene naar het andere stelsel te stroomlijnen. Om een deel van de ingekochte capaciteit flexibel in te kunnen zetten van forensische zorg in een strafrechtelijk kader naar vrijwillige/civiele zorg en omgekeerd zal de NZa bijvoorbeeld worden gevraagd om een beleidsregel «schuif DJI/Zvw» te ontwikkelen die een jaarlijkse financiële correctie mogelijk maakt. Zowel de verzekeraars en zorgaanbieders als VWS en VenJ zien dit als een begaanbare weg om de knelpunten in de financiering binnen de kaders van het huidige stelsel op te kunnen lossen. In de kabinetsreactie op het RVZ-advies beschrijven wij welke andere aanvullende maatregelen genomen worden om de aansluiting tussen het forensisch traject en het zorgtraject in de praktijk verder te verbeteren. Daar waar het gaat om de rechtspositie van betrokkene en het daarmee samenhangende regime verwijzen wij naar de thematische wetsevaluatie van ZonMw, op basis waarvan het voornemen bestaat om waar dat kan te harmoniseren.

De leden van de PVV vragen naar de gevolgen van het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Kamerstuk 32 398) voor de reguliere geestelijke gezondheidszorg, vooral kijkend naar het uitgangspunt dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat personen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terechtkomen. Zij vragen of de GGZ sector hierop toegerust is en er voldoende deskundig personeel en materiële voorzieningen kunnen worden ingezet om deze taak te vervullen.

Het uitgangspunt van het wetsvoorstel forensische zorg en het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg is dat, ongeacht de juridische titel, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau²⁹. Of iemand verdacht wordt van een strafbaar feit, of dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken. Dit geldt vanzelfsprekend evenzeer als het een persoon betreft met een verstandelijke beperking. Dit uitgangspunt betekent dat een persoon met een psychische stoornis of verstandelijke beperking passende zorg moet worden geboden, ongeacht waar die persoon zich bevindt, ook als die persoon zich in een justitiële inrichting bevindt. Vanuit dit kader is de zorgverlening aan gedetineerden met psychiatrische problemen versterkt. Zo zijn psychiatrische penitentiaire centra (PPC's) opgericht en kent iedere justitiële inrichting een eerstelijns zorgverlener. Daarnaast is één van de wijzen waarop die zorgverlening is versterkt, de omstandigheid dat de Directie Forensische Zorg van het Ministerie van VenJ voor het leveren van passende zorg bij de GGZ is gaan inkopen. Bij het leveren van die zorg is het uitgangspunt ggz-tenzij, dat wil zeggen dat plaatsing in een GGZ-instelling het uitgangspunt is, tenzij de GGZ de gevraagde zorg niet kan leveren of wanneer plaatsing in de GGZ vanuit maatschappelijke veiligheid niet wenselijk is dan wel als een gedetineerde niet wil meewerken aan een overplaatsing naar de GGZ. In die gevallen kan een gedetineerde in een psychiatrisch penitentiair centrum worden geplaatst. Een andere vorm van zorgverlening door de GGZ is dat personen in de justitiële inrichting passende zorg ontvangen door bij de GGZ ambulant ingekochte zorg.

²⁹ Kamerstuk 32 398, nr. 3, blz. 12.

Wat betreft de vraag of de GGZ er klaar voor is dat meer personen met een (voormalige) justitiële achtergrond worden geplaatst in de GGZ, kunnen we erop wijzen dat het stelsel in de praktijk hierop al is ingericht. Op dit moment worden door de Directie Forensische zorg bij de reguliere ggz plaatsen ingekocht voor het leveren van forensische zorg. Ingekocht worden ondermeer plaatsen bij Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) en Forensisch Psychiatrische klinieken (FPK's). Daarnaast worden plaatsen ingekocht bij instellingen voor beschermd wonen, bij verslavingszorg en bij de verstandelijk gehandicaptenzorg. In zijn advies «Stoornis en Delict» doet de RVZ aanbevelingen richting GGZ om zich voor te bereiden op een verdere toestroom van patiënten vanuit het justitiële kader. De GGZ is momenteel bezig met het oppakken van deze aanbevelingen en investeert onder meer in vroegsignalering en nieuwe interventiemogelijkheden voor deze doelgroep. Het aantal plaatsen forensische zorg dat door het Ministerie van VenJ wordt ingekocht in de GGZ en het aantal zorgaanbieders dat zorg en begeleiding levert aan deze doelgroep, is de afgelopen jaren, sinds de start van de inkoop door VenJ per 2007, fors gestegen. Deze doelgroep is dan ook niet nieuw voor de GGZ. De WFZ is het sluitstuk van een reeds in gang gezette ontwikkeling.

Verhouding met het wetsvoorstel tot wijziging van de beginselenwetten in verband met de verruiming van de mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling

De leden van de VVD-fractie merken op dat de Raad van State heeft geadviseerd het wetsvoorstel tot wijziging van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj) in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten (32 337) beter te laten aansluiten bij het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel forensische zorg. Dit lijkt de aan het woord zijnde leden dus ook andersom voor de hand te liggen, mede ook omdat deze wetten momenteel alle drie in behandeling zijn. Ziet de regering hier ook meerwaarde in? De leden van de ChristenUnie-fractie constateren in dit verband dat het onderhavige wetsvoorstel erin voorziet dat de rechter vanuit zijn onafhankelijke positie vooraf toetst of voldaan is aan de criteria voor verplichte zorg. Deze leden verzoeken de regering nader toe te lichten hoe deze op zich begrijpelijke keuze voor een toetsing vooraf zich verhoudt tot het hiervoor genoemde wetsvoorstel tot wijziging van de Bvt, de Pbw en de Bjj, waarin de rechterlijke toetsing enkel achteraf plaats kan vinden. Wij zullen deze vragen in onderlinge samenhang beantwoorden.

De regering ziet zeker een meerwaarde in het afstemmen van de verschillende wetten en wetsvoorstellen met elkaar. Dit is ook zoveel mogelijk gebeurd. Het wetsvoorstel tot wijziging van de Bvt, Pbw en Bjj in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten, ziet op de geneeskundige behandeling van gedetineerden, ter beschikking gestelden en jeugdigen met een stoornis van de geestvermogens binnen een justitiële zorgsetting. Daarbij is, vanuit een uitgangspunt van gelijkwaardigheid van zorg, aangesloten bij de procedures, eisen en waarborgen uit de Wet bopz voor wat betreft de behandeling als de verruimde mogelijkheid tot dwangbehandeling. Het wetsvoorstel is inmiddels wet geworden en per 1 juli 2013 in werking getreden. De wet tot verruiming geneeskundige behandeling in de beginselenwetten regelt onder andere de behandeling van justitiabelen met een geestesstoornis die verblijven in een justitiële inrichting (PPC's en tbs-klinieken). De aansluiting met het wetsvoorstel Wfz is aanwezig, omdat deze zorgverlening forensische zorg is als bedoeld in het wetsvoorstel Wfz en het interim-besluit forensische zorg. De aanspraak op zorg, de indicatiestelling voor de zorg, de plaatsing in de PPC en in de

tbs-kliniek vindt plaats op grond van de regeling vervat in het wetsvoorstel Wfz. De rechtspositie van gedetineerden, ter beschikking gestelden en jeugdigen met een psychische stoornis en het regime van de justitiële inrichtingen waarin zij zijn geplaatst, wordt geregeld in de Pbw, de Bvt respectievelijk de Bjj.

In de verschillende wetten is goed gekeken of zij dezelfde of vergelijkbare waarborgen bieden aan patiënten. Bij de Wet bopz en de beginselenwetten is in beide situaties iemand van zijn vrijheid beroofd op grond van een rechterlijke uitspraak. Vastgesteld is dat er sprake is van een psychische stoornis. Bij de Wet bopz is dit vastgesteld door de rechter op advies van een psychiater, bij de beginselenwetten door een psycholoog of psychiater. Dit vormt de grond voor overplaatsing naar een PPC. Tegen de overplaatsing is beroep mogelijk. Over de feitelijke dwangbehandeling beslist onder de Wet bopz de behandelaar, bij de beginselenwetten de directeur van de inrichting op advies van de behandelend psychiater en na het inwinnen van een second opinion.

In de wet tot verruiming geneeskundige behandeling in de beginselenwetten is gekozen voor een rechterlijke toets achteraf: tegen de beslissing tot dwangbehandeling kan beklag worden ingediend bij de beklagcommissie met een mogelijkheid van beroep bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), een rechterlijk college. Zowel het beklag als beroep kan schorsende werking hebben op verzoek van betrokkene. Deze systematiek past binnen het penitentiare recht.

Daarnaast is dit ook de systematiek van de Wet bopz, die evenmin een afzonderlijke rechterlijke toets voorafgaand aan de dwangbehandeling kent. In de Wet bopz neemt de behandelaar de beslissing, waartegen beklag bij een aan de inrichting verbonden klachtencommissie mogelijk is, met een beroep op de rechter.

In de meergenoemde thematische wetsevaluatie van ZonMw worden de beginselenwetten, evenals het wetsvoorstel Wvggz en het wetsvoorstel Zorg en dwang meegenomen. Naar aanleiding van dit onderzoek en de aanbevelingen die daarbij worden gedaan, wordt bezien in hoeverre de beginselenwetten aanpassing behoeven ter harmonisatie met andere zorgwetgeving. In dat kader wordt ook bezien of de in de beginselenwetten opgenomen artikelen betreffende dwangbehandeling, inclusief de daarbij geboden rechtsbescherming, aanpassing behoeven. Daarbij zal zowel rekening worden gehouden met de specifieke setting waarin de zorg in detentie plaatsvindt als met het streven om gelijkwaardigheid van zorg binnen de justitiële setting en het reguliere zorgstelsel tot stand te brengen.

Verhouding met het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

De leden van de SP-fractie willen graag vernemen hoe de samenhang is geregeld met het wetsvoorstel zorg en dwang (Kamerstuk 31 996). Beide wetsvoorstellen hebben een eigen doelgroep en daarmee samenhangend een andere handelingspraktijk. Het wetsvoorstel Wvggz is gericht op mensen met een psychische stoornis, terwijl het wetsvoorstel zorg en dwang specifiek is geschreven voor de doelgroep van personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Beide wetsvoorstellen zullen de Wet bopz vervangen. Eerder in deze nota zijn wij al in gegaan op de afbakening van beide wetsvoorstellen ten opzichte van elkaar bij dubbelproblematiek.

Aansluiting op Wet Gesloten Jeugdzorg

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze de regelingen omtrent minderjarigen aansluiten bij de wetgeving van de gesloten jeugdzorg. Voorts vragen zij de regering nader toe te lichten op welke

wijze wordt voorkomen dat kinderen met dezelfde problemen onder verschillende wetgeving komen te vallen. Ook de leden van de VVD-fractie constateren dat kinder- en jeugdpsychiatrie onder voorliggend wetsvoorstel valt. Zij vragen hoe de aansluiting op de Wet Gesloten Jeugdzorg is geborgd. Ook de leden van de SP-fractie ontvangen graag een uitgebreide toelichting op de samenhang en aansluiting van het voorliggende wetsvoorstel en de Wet gesloten jeugdzorg.

Er zijn verschillende wettelijke regelingen voor jeugdigen als het gaat om (onvrijwillige) zorg, vrijheidsbeprekende maatregelen en pedagogische maatregelen. Thans is dat de Wet op de Jeugdzorg en de Wet bopz. In de gesloten jeugdzorg op grond van de Wet op de Jeugdzorg worden kinderen opgenomen met ernstige opvoed- en opgroei problemen, of een vermoeden daarvan, die de ontwikkeling naar de volwassenheid ernstig belemmeren. De psychiatrische problemen staan niet op de voorgrond. Gesloten jeugdzorg (ook wel jeugdzorgplus genoemd) is bedoeld voor jongeren met ernstige gedragsproblemen voortvloeiend uit opvoed- en opgroei problemen (niet zijnde GGZ-problematiek), die bescherming nodig hebben tegen zichzelf of tegen anderen. Het gaat dan bijvoorbeeld om agressieve jongeren of om meisjes die problemen hebben met loverboys. Het is in het belang van de jongeren zelf dat zij in geslotenheid worden behandeld. Zo wordt voorkomen dat de jongeren zich onttrekken of door anderen worden onttrokken aan de zorg die ze nodig hebben. Voor het kunnen toepassen van gesloten jeugdzorg moet bureau Jeugdzorg eerst een indicatie afgeven. Daarin staat welke vorm van zorg de jongere nodig heeft. Als dat gesloten jeugdzorg is, moet een gedragswetenschapper een instemmingsverklaring afgeven. Tot slot beslist de kinderrechter of de jongere een «machtiging gesloten jeugdzorg» krijgt, waarmee de jongere gedwongen kan worden opgenomen in een instelling voor gesloten jeugdzorg. Indien de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, kan een jeugdige worden opgenomen in een GGZ-instelling op grond van de Wet bopz. Voor een gedwongen opname is altijd een rechterlijke machtiging nodig. Deze wordt door de rechter afgegeven als is voldaan aan de voorwaarde dat de jeugdige een geestesstoornis heeft, deze geestesstoornis gevaar veroorzaakt en dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Voor het toepassen van dwangbehandeling is dus vereist dat de behandeling volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen binnen de inrichting, voortvloeiende uit de geestesstoornis, af te wenden.

Het is mogelijk dat het in begin onduidelijk is welke problematiek overheersend is. Hierdoor is het niet altijd te voorkomen dat kinderen met dezelfde problematiek onder verschillende wettelijke regimes vallen. Dit is – zoals hierboven gezegd – afhankelijk van de problematiek die op de voorgrond staat, namelijk of eerst de psychische stoornis wordt geconstateerd of de gedragsstoornis. In het voortraject is het dus van belang dat professionals goed kijken welke problematiek op de voorgrond staat. Goede diagnostiek en indicatiestelling zorgen ervoor dat kinderen in de juiste sector en op de juiste plek worden behandeld.

Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel Wvvgz kan een jeugdige in een gesloten jeugdinrichting zowel een machtiging hebben op grond van de Wet op de jeugdzorg als een machtiging op grond van de Wvvgz. Dit omdat de uitvoering van de zorgmachtiging niet meer locatiegebonden is en dus ook in een instelling van gesloten jeugdzorg kan worden toegepast. Dit is een belangrijke wijziging ten opzichte van de huidige situatie. Daarnaast kunnen jeugdigen met een zorgmachtiging straks ook met medicatie thuis (verplicht) worden behandeld. Dat is voor jongeren zelf en ook voor ouders een veel minder grote stap dan een gedwongen opname. Dit zal dus ook voor de kinderen die onder de Wet op de Jeugdzorg vallen, maar die tevens een psychische stoornis hebben, een verbetering betekenen ten opzichte van de huidige situatie.

Een andere verbetering in het wetsvoorstel GGZ ten opzichte van de Wet bopz is dat onder verplichte zorg in de toekomst ook het toepassen van pedagogische maatregelen wordt begrepen. Bij jeugdigen met een psychische stoornis is vaak sprake van ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die hun ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren. Er bestaat duidelijk behoefte aan het ook in de GGZ gedwongen mogen toepassen van pedagogische maatregelen. Het gaat om jeugdigen die zich nog aan het ontwikkelen zijn. Naast behandeling van hun psychische stoornis moeten jeugdigen ook worden opgevoed. In het wetsvoorstel Wvvggz is dit opgenomen.

In de toekomst zal de wet op de Jeugdzorg vervangen worden door een nieuwe Jeugdwet. De nieuwe Jeugdwet zal alle jeugdhulp aan jeugdigen in één wet bundelen. In het regeerakkoord is afgesproken dat de financieringsstromen voor specialistische zorg aan jeugdigen worden gebundeld en onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten gaan vallen. Deze overheveling wordt op dit moment voorbereid. Wanneer de Jeugdwet in werking zal zijn getreden, zal op grond van die wet de gemeente verantwoordelijk worden voor de jeugd-ggz. Daarnaast wordt de gemeente met de Jeugdwet ook verantwoordelijk voor overige vormen van ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen, waardoor jeugdigen met opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen integraal geholpen kunnen worden. De Jeugdwet moet op 1 januari 2015 in werking treden.

Ten aanzien van de rechtsregimes die van toepassing zijn op gedwongen zorg, verandert de nieuwe Jeugdwet vooralsnog niets. De verplichte jeugd-ggz valt gewoon onder de huidige daarvoor geldende regelingen (de Wet bopz en op termijn de wetsvoorstellen Wvvggz en zorg en dwang). De keuze om alle jeugdhulp voor jeugdigen in de toekomst in één wet te regelen is wel aanleiding geweest om te bezien of de harmonisatie van de verschillende rechtsposities bij de verplichte hulpverlening aan jeugdigen in het wetsvoorstel Jeugdwet meegenomen kon worden. Dit om te voorkomen dat straks voor jeugdigen verschillende rechtsposities gelden. Een zorgvuldige harmonisatie van verplichte hulp aan jeugdigen is gebaat bij een afzonderlijk traject. Het verdient de voorkeur dat eerst een evaluatie van de bestaande wetgeving plaatsvindt om vast te kunnen stellen tegen welke problemen men in de praktijk aanloopt en welke oplossingen daarvoor kunnen helpen. Daarom hebben de Ministeries van VWS en VenJ ZonMw verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van een thematische wetsevaluatie over gedwongen zorg bij jeugdigen en volwassenen. Op deze wetsevaluatie door ZonMw zijn wij hiervoor ook al ingegaan.

12. Financiële gevolgen van het wetsvoorstel

Er wordt door de leden van de VVD-fractie een aantal vragen gesteld over de financiële gevolgen van het wetsvoorstel. Ondermeer worden vragen gesteld over de kosten van de multidisciplinaire commissie en over de vraag of de kosten gedekt zijn in het Regeerakkoord.

De hoge geraamde kosten van de commissie waren mede aanleiding om de commissie uit het wetsvoorstel te schrappen. Doordat met het schrappen van de commissies een aantal actoren in de GGZ te maken krijgt met extra taken, brengt de uitvoering van het gewijzigde wetsvoorstel ook kosten met zich mee. Deze kosten vloeiden voor een deel ook reeds voort uit het oorspronkelijke wetsvoorstel. Wij wijzen hierbij bijvoorbeeld op de introductie van een zorgkaart. Naar de kosten voor GGZ-instellingen zoals voorgesteld in de nota van wijziging, is een extern kostenonderzoek gedaan. Conclusie van dat onderzoek is dat voor GGZ-instellingen de kosten circa 9,7 miljoen euro op jaarbasis zullen bedragen. Behalve een stijging van de kosten, brengt het gewijzigde

wetsvoorstel echter ook een besparing met zich mee van circa 1 miljoen euro, omdat een aanzienlijk aantal meldingsverplichtingen komen te vervallen. Zie hiervoor ook paragraaf 5 over de administratieve lasten.

Per saldo betekent dit dat de uitvoering van het gewijzigde wetsvoorstel voor GGZ-instellingen circa 8,7 miljoen aan extra lasten met zich meebrengt. De hiermee gemoeide kosten zijn gedekt en worden door de Ministeries van Veiligheid en Justitie en Welzijn, Volksgezondheid en Sport gezamenlijk gefinancierd. Het macro budgettaire kader zorg wordt hiervoor opgehoogd.

Voor de uit te voeren taken op grond van dit wetsvoorstel is geen afzonderlijk, geoormerkt budget beschikbaar. De taken worden bekostigd via de DBC-systematiek. In deze DBC's wordt de directe en de indirecte tijd geregistreerd, die rechtstreeks aan het behandeltraject van een cliënt verbonden is. Onder andere op basis van de geregistreeerde tijd wordt bepaald van welke DBC er sprake is. De kosten kunnen vervolgens worden gedeclareerd, mits deze kosten deel uitmaken van het behandeltraject van de desbetreffende cliënt. Doordat het gewijzigde wetsvoorstel aansluit bij de huidige praktijk en de geraamde kosten voor de uitvoering aanzienlijk lager zijn dan bij het oorspronkelijke wetsvoorstel, is een gefaseerde invoering van het wetsvoorstel niet nodig.

B. HOOFDSTUKSGEWIJZE TOELICHTING

Bij het beantwoorden van de vragen naar aanleiding van de hoofdstuksgewijze toelichting zijn de wijzigingen van de nota van wijziging – voor zover die geleid hebben tot aanpassing – meegenomen.

HOOFDSTUK 1 BEGRIPSBEPALING

Hoofdstuk 1 Begripsbepaling

Schade

De leden van de CDA-fractie vragen wat ingevolge voorliggend wetsvoorstel de gevolgen voor een kind zijn, indien de ouders onvoldoende in staat zijn om hem/haar op te voeden.

Als er sprake is gedwongen opname van beide ouders of onvermogen tot opvoeden van één dan wel van beide ouders, zullen de kinderen op grond van de toepasselijke regelingen van het Burgerlijk Wetboek opgevangen moeten worden. Ouders die onvoldoende in staat zijn hun kind op te voeden, komen in eerste instantie bij bureau jeugdzorg terecht. Met opvoedingsondersteuning of het aanstellen van een gezinsvoogd kan een gezin worden geholpen. Als dit niet goed dreigt te gaan kan eventueel worden gedacht aan uithuisplaatsing of ondertoezichtstelling van het kind. De wet verplichte ggz is alleen van toepassing als er bij het kind zelf sprake is van een psychische stoornis die schade veroorzaakt en waarvoor verplichte zorg nodig is.

In de memorie van toelichting lezen deze leden over zwangere vrouwen die zichzelf, als gevolg van hun psychische stoornis, ernstig verwaarlozen. Zij vragen hoe deze regeling zich verhoudt tot de ondertoezichtstelling van een geboren kind.

Het wetsvoorstel beoogt het ongeboren kind te beschermen tegen ernstige schade als gevolg van schadetoebrengend gedrag van de moeder als gevolg van haar gedrag voortvloeiend uit een psychische stoornis.

Voor een ondertoezichtstelling van het ongeboren kind is het aanwezig zijn van een psychische stoornis bij de moeder geen voorwaarde. Een

ondertoezichtstelling kan uitgesproken worden als, op grond van hetgeen bekend is over de levensomstandigheden en opvoedingsvaardigheden van de ouders, voldoende aannemelijk is dat er sprake is van een ernstige bedreiging voor de ontwikkeling van de ongeboren vrucht en voorts voldoende aannemelijk is dat ook na de geboorte aan de gronden voor een ondertoezichtstelling zal zijn voldaan. Ook kan een ondertoezichtstelling worden opgelegd in situaties waarin er een bedreiging is buiten de moeder om, bijvoorbeeld een ernstige bedreiging van de zwangerschap door derden die de zwangerschap willen (laten) beëindigen in situaties van eerwraak.

Deze leden vragen waar de regering zich op baseert, wanneer zij schrijft dat verstokte rokers geen grote schade toebrengen aan de foetus. Roken is bijzonder gevaarlijk voor het ongeboren kind. Roken kan onder andere bijdragen aan het krijgen van een miskraam (kans is 1,5 à 3x zo groot), wiegendood bij baby's, aangeboren afwijkingen, een lager geboortegewicht van pasgeboren baby's en allergische klachten bij kinderen. Ook veroorzaakt roken tijdens de zwangerschap een verhoogde kans op latere gedragsproblemen bij kinderen. De beginselen van ultimum remedium en proportionaliteit wegen echter zeer zwaar bij de afweging of verplichte zorg aan de moeder kan worden opgelegd ten behoeve van de bescherming van haar ongeboren kind. Deze afweging behoort aan de rechter: het zal van de omstandigheden van het geval afhangen wanneer een rook-, alcohol- en/of drugsverslaving dusdanig ernstig is dat deze is te typeren als problematisch middelengebruik dan wel een verslaving, waarbij ook gekeken moet worden of voldaan is aan de andere voorwaarden om verplichte zorg te kunnen opleggen.

HOOFDSTUK 2 ALGEMENE UITGANGSPUNTEN EN REIKWIJDTE

De leden van de CDA-fractie lezen dat gedurende de periode waarin dwang wordt toegepast aandacht moet worden besteed aan voorzieningen als huisvesting en middelen van bestaan die noodzakelijk zijn alvorens de onvrijwillige zorg te kunnen beëindigen. Kan de regering uitleggen wat zij hieronder precies verstaat?

Hieronder verstaan wij dat door de zorgaanbieder contact moet worden genomen met de gemeente, indien essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven voor betrokkene ontbreken, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van huisvesting of het ontbreken van een inkomen. Door hier contact over op te nemen met de gemeente, kan al tijdens de periode dat iemand verplichte zorg ontvangt door de gemeente in samenwerking met relevante maatschappelijke partners, zoals woningbouwcorporaties, bekeken worden hoe deze essentiële voorwaarden ingevuld kunnen worden.

Artikel 2:1, eerste lid

De leden van de PvdA-fractie stellen voor aan artikel 2, eerste lid, het woord «toegankelijk» toe te voegen. Het doel van de wet is namelijk niet enkel voldoende zorg, maar ook toegankelijke zorg voor alle burgers. Dit geeft een waarborg ten aanzien van de huidige voorzieningen, dwingt tot nadenken bij bezuinigingen en legt daarnaast ook druk op die geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen die momenteel nog niet afdoende toegankelijk zijn. Wil de regering de suggestie van deze leden overnemen? Zo nee, waarom niet?

Het woord «toegankelijk» is op meerdere manieren uit te leggen en daarmee niet één op één over te nemen in artikel 2.1, lid 1. Zo zou het bijvoorbeeld over fysieke toegankelijkheid kunnen gaan of reisafstand. Indien er voldoende zorg is, zal deze vanzelfsprekend ook toegankelijk moeten zijn voor cliënten die deze zorg nodig hebben.

Artikel 2.1, tweede lid

De leden van de CDA-fractie merken op dat in artikel 2:1 tweede lid, staat dat de mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig moeten zijn uitgeput. Deze leden vragen hoe ver «volledig» reikt.

De formulering dat «de mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig moeten zijn uitgeput» betekent dat de behandelaar en het zorgteam alle voor die betrokken patiënt mogelijke effectieve alternatieve behandelvormen moeten hebben onderzocht op toepasselijkheid voor die persoon. De zorgvraag van betrokkene staat hierbij centraal. Als blijkt dat de alternatieven voor vrijwillige zorg niet afdoende zijn voor een stabilisatie en/of verbetering van de gezondheidstoestand van betrokkene, dan kan het onderzoeken van mogelijkheden voor vrijwillige zorg als volledig worden beschouwd. Hierdoor is het mogelijk zorg op maat te bieden.

Artikel 2:1, derde lid

De leden van de CDA-fractie vragen hoe «voortdurend» «voortdurende toetsing» is?

In de memorie van toelichting wordt de toetsing uitgelegd als voortdurende toetsing. Onder «voortdurende» toetsing wordt verstaan een toetsing aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid gedurende het gehele proces rond de zorgmachtiging of crisismaatregel die tot onvrijwillige zorg leidt. De voorbereiding, de afgifte, de uitvoering en de beëindiging van de zorgmachtiging of crisismaatregel moeten telkens aan deze beginselen worden getoetst alvorens verder gegaan kan worden.

Artikel 2.1, zesde lid

De leden van de SP-fractie ontvangen graag een toelichting op het onderscheid tussen wilsbekwaam verzet en wilsonbekwaam verzet van een patiënt, waarvan in de genoemde tekst reeds de moeilijkheid wordt vermeld. Deze leden beschouwen dit een relevant vraagstuk, omdat hier immers direct de autonomie van de patiënt in het geding is.

Het vijfde en zesde lid van artikel 2:1 zijn zodanig geformuleerd dat de wensen en voorkeuren van betrokkene een belangrijke rol spelen in de afweging van de vraag of tot verplichte zorg moet worden overgegaan. De wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg moeten bij de voorbereiding, de afgifte, de tenuitvoerlegging, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een zorgmachtiging of crisismaatregel worden vastgelegd en zij moeten te allen tijde als uitgangspunt worden gehonoreerd. Hiervan kan echter worden afgeweken als het oordeels- en besluitvormingsvermogen van de persoon in kwestie onder invloed van zijn psychische stoornis dusdanig is aangetast, dat van de wensen en voorkeuren van betrokkene moet worden afgeweken. Dit is het geval als betrokkene niet in staat is tot een redelijke waardering ter zake, met andere woorden indien hij wilsonbekwaam is (sub a). Het wetsvoorstel vestigt dus geen absolute aanspraak op zelfbeschikking.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel kon van de wensen en voorkeuren van betrokkene ook worden afgeweken als er sprake was van wilsbekwaam verzet, maar als de eisen van goed hulpverlenerschap daartoe noodzakelijk (sub b). Naar aanleiding van de reacties uit het veld is dit bij nota van wijziging aangepast. Er kan van de wensen van betrokkene – in geval sprake is van wilsbekwaam verzet – alleen worden afgeweken als deze in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg zoals gelegitimeerd in de zorgmachtiging en vooraf getoetst door de rechter. Dit zal vooral spelen bij de tenuitvoerlegging en de uitvoering van de zorgmachtiging. De rechter heeft de vormen van verplichte zorg die toegepast mogen worden in de zorgmachtiging gelegitimeerd. Hij heeft hierbij rekening gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene. Toch kan het voorkomen dat gelet op het beoogde doel van de verplichte zorg (zoals het afwenden van het aanzienlijk risico op ernstige schade, het stabili-

seren van de geestelijke gezondheid van betrokkene, of de geestelijke gezondheid van betrokkene dusdanig te herstellen dat hij zijn autonomie zo veel mogelijk herwint), de rechter toch van de voorkeuren en wensen van betrokkene afwijkt en een zorgmachtiging verleent waarin daarvan wordt afgeweken. Mits uiteraard aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. De zorgverlener is hiermee gemachtigd om de zorgmachtiging – indien nodig en na inachtnaam van alle overige geldende uitgangspunten – uit te voeren, ook als ze op dat moment tegen de wensen van betrokkene ingaan. Indien deze bepaling niet opgenomen zou worden, zou het tenuitvoerleggen van een zorgmachtiging waartegen betrokkene zich (wilsbekwaam) verzet, geen betekenis meer hebben en dus terzijde gelegd worden. Dat kan nooit de bedoeling zijn.

In aansluiting op de opmerkingen van Landelijke Organisatie Cliëntenraden, vragen zij een reactie op de stelling dat iemand die niet in staat is tot een redelijke waardering, wel degelijk een wens kan uiten die moet worden gerespecteerd, zolang deze niet in strijd is met goed hulpverlener-schap.

Wij zijn het met de leden van de CDA-fractie eens dat ook iemand die niet tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is, wensen en voorkeuren heeft dan wel kan hebben, die zoveel mogelijk moeten worden gewaardeerd. Dit is ook het uitgangspunt van lid 6 van artikel 2:1, ook na aanpassing bij nota van wijziging. Niet bedoeld is dat per definitie geen rekening hoeft te worden gehouden met de wensen en voorkeuren van iemand die wilsonbekwaam is, zoals wellicht uit de formulering gelezen kan worden. Het zal van de situatie en de aard van de beslissing afhangen of de wilsonbekwaamheid kan leiden tot het rekening moeten houden met de wensen en voorkeuren van betrokkene. Wilsonbekwaamheid is daarbij geen statisch toestandsbeeld. Onder invloed van een fluctuerend ziektebeeld zal de mate van oordeels(on)bekwaamheid kunnen wisselen. In de praktijk zijn handzame criteria ontwikkeld die helpen bij de toepassing van dit begrip. Afhankelijk hiervan zal in meer of mindere mate rekening gehouden moeten worden met de wensen en voorkeuren van betrokkene.

Artikel 2:1, negende lid

De leden van de CDA-fractie vragen wat de rol of positie van de ouders is ten aanzien van artikel 2:1, negende lid.

De verplichtingen uit het negende lid die noodzaken tot extra zorgvuldigheid bij kinderen en jeugdigen gelden voor alle actoren die bij de toepassing van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen betrokken zijn. De rol of positie van ouders is echter een andere: zij zijn van rechtswege vertegenwoordiger voor hun minderjarige kind indien aan het kind verplichte zorg wordt gegeven. Voorheen was dit geregeld in artikel 2:4. Bij nota van wijziging is dit artikel vervallen en (iets uitgebreider) geregeld in het nieuwe artikel 1:3. De ouders vertegenwoordigen hun kind tot 16 jaar bij alle beslissingen rond verplichte zorg en kunnen de betrokken professionals dus houden aan de verplichtingen die voortvloeien uit het negende lid.

Artikel 2:6

De leden van de PvdA-fractie hebben grote bezwaren tegen artikel 2:6 van het wetsvoorstel. Hierin staat dat dwang kan worden verlengd indien de termijn afloopt op zaterdag, zondag of erkende feestdag. Deze leden vinden het zijn van weekend of erkende feestdag een belachelijke reden om langer een vergaande inbreuk te plegen op iemands fundamentele vrijheid. In de zorg moet het belang van de patiënt en het beginsel van wederkerigheid voorop staan. Deelt de regering deze zienswijze? Zo nee, waarom niet?

Wij delen deze mening niet. Zoals in de memorie van toelichting bij artikel 2:6 (artikel 2:6 is bij nota van wijziging overigens vernummerd tot artikel 1:10) is aangegeven, zal binnen de termijn van drie dagen die geldt voor de crisismaatregel en de tijdelijke verplichte zorg zo nodig een verzoek voor een zorgmachtiging moeten worden ingediend. Het kan dan praktisch onmogelijk worden om binnen drie dagen een goed onderbouwd verzoek hiervoor in te dienen als de laatste dag van deze drie dagen eindigt in een weekend of een feestdag.

HOOFDSTUK 3 CRITERIA VOOR VERPLICHTE ZORG

De leden van de VVD-fractie merken op dat in het wetsvoorstel wordt gesteld dat de verplichte zorg een ultimatum remedium is. In dit verband worden in het wetsvoorstel twee wijzigingen aangebracht: het gevaarscriterium wordt door het schadecriterium vervangen en de doelgroep wordt naar nieuwe patiëntengroepen uitgebreid. Met betrekking tot het schadecriterium vragen deze leden hoe de grens daarvan wordt afgebakend. Ook de leden van de PvdA-fractie vroegen of de invoering van het «schadebegrip» in de praktijk niet zal leiden tot een ongewenste materiële uitbreiding ten opzichte van het huidige gevaarscriterium? In hoofdstuk 2 van het algemene deel van deze nota is de vervanging van het gevaarscriterium door het schadecriterium nader toegelicht. Met de wijziging van het begrip is niet beoogd de huidige invulling van het gevaarscriterium in de rechtspraak op te rekken, daar waar het om de opname in een psychiatrisch ziekenhuis gaat. De aanpassing van het begrip beoogt zeker niet te komen tot een uitbreiding van de doelgroepen en een groter aantal patiënten, maar ziet op de mogelijkheid om eerder in te grijpen met minder ingrijpende vormen van verplichte zorg. De afbakening van het schadecriterium zal na verloop van tijd in de jurisprudentie nader vorm moeten krijgen.

In de memorie van toelichting wordt bijvoorbeeld gesproken over financiële schade, waarbij niet duidelijk wordt aangegeven wanneer deze financiële schade ernstig genoeg is om dwang op te leggen. Kan de regering dit nader toelichten?

Alleen het oplopen van schulden als gevolg van verkeerde keuzes bij bijvoorbeeld het doen van beleggingen in aandelen of opties, gokken of het doen van onverantwoorde financiële uitgaven vormt uiteraard geen legitimatie voor dwang. Dit wordt slechts anders indien de financiële beslissingen duidelijk genomen zijn onder invloed van waandenkbeelden behorend bij bijvoorbeeld een psychose of bij een ernstige gokverslaving. In dat geval is iemand niet meer in staat tot een goede belangenafweging en risico-inschatting te komen, met financiële teloorgang van zichzelf (en vaak ook zijn omgeving) tot gevolg.

Vaak zal iemand die bijvoorbeeld psychotisch is, dit niet op dat moment zelf goed kunnen inzien. Indien zijn omgeving echter duidelijk ziet dat er onverantwoorde financiële risico's onder invloed van een psychose worden genomen, die de persoon niet gewoon is te nemen, en deze risico's openbaren zich op een wijze die leidt tot diens (of diens omgeving) financiële en maatschappelijke teloorgang, dan kan er aanleiding zijn betrokkene verplichte zorg te geven.

Niet de hoogte of omvang van de opgelopen financiële schade op zich legitimeert tot dwang, maar de mate en kans op verdergaande maatschappelijke teloorgang. Deze kans zal uiteraard groter zijn, indien de financiële positie van iemand minder sterk is en zijn toekomstige mogelijkheden de financiële schade te beperken of te repareren kleiner zijn.

Deze leden stellen dat door het arsenaal aan zorginterventies uit te breiden voorts de mogelijkheid bestaat dat de verplichte zorg eerder

proportioneel zal worden ervaren en dus eerder wordt opgelegd. Deze leden vragen hoe de regering denkt te voorkomen dat aan meer mensen zorg opgelegd wordt.

Het arsenaal aan zorginterventies wordt op zich niet uitgebreid. Het is wel mogelijk om meer passende zorg te omschrijven in de zorgmachtiging. Daarbij is van belang dat in het voortraject ook steeds gekeken wordt naar passende zorg. Met de mogelijkheid eerder in te grijpen met minder verregaande zorginterventies, wordt beoogd escalatie en opname te voorkomen.

Geldt het uitgangspunt dat verplichte zorg een laatste redmiddel is nog steeds, gezien de twee bovengenoemde wijzigingen en hoe is het ultimum remedium beginsel geborgd in het wetsvoorstel?

Het fundament van het wetsvoorstel wordt gevormd door het ultimum remedium beginsel. Dit is ook neergelegd in artikel 2:1, tweede lid van de wet. Verplichte zorg kan alleen als laatste redmiddel worden ingezet, als er geen adequate alternatieven meer voorhanden zijn. Eerst zullen alle alternatieven die op vrijwilligheid gebaseerd zijn volledig moeten worden benut, voordat dwang kan worden overwogen. Dwang kan alleen in uiterste noodzaak worden toegepast. Wel maakt het wetsvoorstel, zoals hiervoor aangegeven, het mogelijk om eerder in te grijpen met minder ingrijpende vormen van verplichte zorg, teneinde escalatie en opname te voorkomen. Wij zijn ervan overtuigd, deze leden vroegen hiernaar, dat de invoering van deze wet recht doet aan de wens van de samenleving om vroegtijdig te kunnen ingrijpen om escalatie te voorkomen. Het is in ieders belang om decompensatie bij een cliënt vroegtijdig te voorkomen. Daarbij moet echter altijd eerst geprobeerd worden of de cliënt vrijwillig zorg wil ontvangen. Pas als duidelijk wordt dat een cliënt op geen enkele wijze vrijwillig zorg wil ontvangen, zal overgegaan worden tot het aanvragen van een zorgmachtiging.

De leden van de CDA-fractie zijn het eens met de keuze voor een andere term dan «gevaar». Zij achten het schadebegrip ook passender. In de memorie van toelichting lezen zij het volgende «(h)oevel dit niet met zoveel woorden in de wetstekst tot uitdrukking is gebracht, komt dit feitelijk erop neer dat ook de mogelijkheden tot herstel van autonomie kunnen worden betrokken bij de afweging of tot een onvrijwillige interventie moet worden gemachtigd.» Deze leden vragen waarom dit niet in de wetstekst is opgenomen.

Herstel van autonomie is een van de doelstellingen van verplichte zorg (artikel 3:4, eerste lid, onder e) en kan dus een overweging zijn of tot een onvrijwillige interventie moet worden gemachtigd. Wij vinden het belangrijk dat een verdere verslechtering kan worden voorkomen door betrokkene op tijd de nodige (verplichte) zorg te verlenen, om zo te voorkomen dat mensen met een stoornis een steeds regressiever patroon laten zien, zonder dat daar wat aan kan worden gedaan. Dit is een zo belangrijk uitgangspunt van het wetsvoorstel – het eerst toepassen van de minst bezwarende maatregelen en alternatieven (waardoor iemand tot herstel van zijn autonomie kan komen) voordat tot drang en dwang wordt overgegaan – dat dit niet expliciet hoefde te worden opgenomen in het criterium van het mogen toepassen van verplichte zorg.

Artikel 3:3

De leden van de CDA-fractie vragen waarom niet in de wetsvoorstel staat dat onder «een ander» ook wordt bedoeld het ongeborn kind.

Het begrip «een ander» is niet in het wetsvoorstel nader gedefinieerd, omdat dit een onbegrensde groep mensen buiten de betrokkene betreft. Uit de specifieke situatie moet voortvloeien wie in het desbetreffende geval onder «een ander» moet worden verstaan.

Een uitzondering is gemaakt in de memorie van toelichting voor het ongeboren kind. In literatuur en jurisprudentie circuleren verschillende opvattingen ten aanzien van de beschermwaardigheid van het ongeboren kind, met name van ongeboren kinderen voor de levensvatbaarheidsgrens van 24 weken. Om de positie van het ongeboren kind in dit wetsvoorstel te verduidelijken, is hier in de memorie wel aandacht aan besteedt. De meeste mensenrechtenverdragen bieden bescherming aan het leven, waarbij dit aanvangt vanaf de geboorte, doch het is aan verdragsstaten of zij ook ongeborenen onder het beschermingsbereik van dit internationale recht willen brengen. Mensenrechten bevatten immers minimumnormen. Bij de totstandkoming van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) is geprobeerd een voor iedereen aanvaardbaar compromis te vinden over de juridische status van de ongeborene. Dit heeft zijn neerslag gevonden in de preambule van het IVRK, waarin is bepaald dat het kind «bijzondere bescherming en zorg nodig heeft, met inbegrip van geëigende wettelijke bescherming, zowel voor als na zijn geboorte». Een preambule schept geen juridische verplichtingen voor verdragsstaten, maar biedt een basis voor interpretatie van de verdragsbepalingen en verduidelijkt de doelen van het verdrag (art. 31 lid 2 Weens Verdragenverdrag). Artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) beschermt het recht op leven van een ieder. In de zaak Herz benadrukt het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat de Staat het leven niet opzettelijk mag beroven, maar dat de foetus geen zelfstandig recht op leven toekomt. Het Hof sluit niet uit dat in bepaalde verdragsstaten de foetus wel bescherming geniet onder artikel 2 EVRM. Vanaf welk moment het leven begint, valt binnen de «margin of appreciation» die verdragsstaten toekomt³⁰.

Wij zijn van mening dat in het kader van dit wetsvoorstel onder «een ander» ook moet worden verstaan het ongeboren kind, waarbij er geen ondergrens mag tellen in weken ten aanzien van de ontwikkeling van de foetus. Juist in de eerste termijn van de zwangerschap kan er sprake zijn van aanzienlijk risico op ernstige schade aan de foetus indien er sprake is van ernstig schadetoebrengend gedrag door de moeder. Indien de foetus pas beschermwaardig zou worden geacht na de door de medische wetenschap in Nederland aanvaarde levensvatbaarheidsgrens van 24 weken nadat de bevruchting heeft plaatsgevonden, zou de ernstige schade die in de eerste termijn wordt toegebracht als gevolg van ernstige ondervoeding dan wel verwaarlozing of alcohol- en drugsgebruik, niet voorkomen kunnen worden. Zolang de moeder besluit het kind te behouden en dus geen gebruik maakt van de mogelijkheid tot abortus, is zij verplicht zich op een dusdanige manier te gedragen dat er geen ernstige schade aan haar ongeboren kind wordt toegebracht.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de toevoeging van het begrip «risico» in het criterium voor gedwongen opname dit criterium niet minder objectieverbaar maakt. Biedt dit nieuwe criterium niet meer ruimte voor risicotaxatie en interpretatie?

Wij zijn van oordeel dat door toevoeging van het begrip «risico» in het nieuwe criterium voor verplichte zorg geen minder objectief toetsbaar criterium ontstaat. Er is aangesloten bij het internationale recht. Als voorwaarde voor het verlenen van verplichte geestelijke gezondheidszorg in de vorm van een opname geldt, dat de psychische stoornis dermate ernstige vormen aanneemt dat zij betrokkene zodanig in zijn greep heeft, dat er ernstige schade voor hem of zijn omgeving ontstaat of dreigt te ontstaan. Van belang is verder dat het criterium een causaal verband verlangt tussen de psychische stoornis en het aanzienlijke risico op ernstige schade. Zoals meermalen is aangegeven gelden voor verplichte

³⁰ LJN: BV6246, Rechtbank Dordrecht, 96657 / JE RK 12–89

opname zwaardere eisen dan voor de lichtere vormen van verplichte zorg. Ingrijpen met minder ingrijpende zorg, om escalatie te voorkomen, vergt ook de verdere ontwikkeling van een vroegsignalering in de geestelijke gezondheidszorg, een van de aanbevelingen uit het eerdergenoemde rapport van de RVZ.

Deze leden verzoeken het onderscheid tussen het huidige criterium voor het toepassen van gedwongen opname en het nieuwe criterium «aanzienlijke risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander» nader toe te lichten.

De belangrijkste reden om te kiezen voor een andere term is gelegen in het feit dat deze beter de lading dekt dan het huidige begrip «gevaar». In de praktijk blijkt nog steeds dat het gevaarsbegrip in sommige situaties (te) beperkt wordt uitgelegd als uitsluitend levensgevaar. Het schadebegrip sluit beter aan bij de internationaalrechtelijke context. In de maatgevende aanbeveling van de Raad van Europa over dit onderwerp (Recommendation No. Rec (2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with a mental disorder) wordt stelselmatig de terminologie «significant risk of serious harm» gebruikt. Verder is een belangrijke overweging dat de term «gevaar» uitsluitend refereert aan externe omgevingsfactoren die los staan van de gezondheidstoestand van de persoon zelf. Het schadebegrip brengt nadrukkelijker dan nu tot uitdrukking dat ook de mogelijkheden tot verbeteren van de geestesstoornis (inclusief de mogelijkheden tot herstel van autonomie) onderdeel kan zijn van de afweging of tot toepassing van onvrijwillige zorg moet worden besloten.

HOOFDSTUK 4 DE ZELFBINDINGSVERKLARING

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat de zelfbindingsverklaring veronderstelt dat betrokkene al eerder onderworpen is geweest aan (verplichte) zorg. Zij vragen of het ook voorstelbaar is dat betrokkene, die lijdt aan een erfelijke ziekte, niet zelf aan zorg onderworpen is geweest maar zijn ouder(s)?

Een zelfbindingsverklaring is een heel persoonlijke verklaring opgesteld door betrokkene zelf, waarin hij aangeeft onder welke omstandigheden hem verplichte zorg moet worden verleend en welke vormen van zorg dan mogen worden toegepast, ook als hij zich daar op dat moment tegen verzet. Dit veronderstelt dat hij al eerder is onderworpen geweest aan (verplichte) zorg en voorkeuren heeft ontwikkeld op basis van eerdere ervaringen met zijn ziekte en de behandeling daarvan.

Maar dit betekent niet dat een zelfbindingsverklaring alleen opgesteld zou kunnen worden door mensen die eerder opgenomen zijn geweest: ook mensen die intensieve ambulante psychische hulp hebben gekregen kunnen een dergelijke verklaring opstellen. Het is voorstelbaar dat iemand een zelfbindingsverklaring opstelt die geen ervaring heeft met een opname, maar die wel ervaring heeft met zijn ziekteverloop zonder dat een opname volgde en die op grond van zijn ervaringen (bijvoorbeeld opgedaan met het ziekteverloop van de ziekte bij ouders of familie) weet dat hij dat niet meer wil.

Artikel 4:4

Artikel 4:4 is bij nota van wijziging vervallen vanwege het schrappen van de commissie.

HOOFDSTUK 5 DE COMMISSIE

Artikelen 5:1 en 5:2

De leden van de CDA-fractie merken op dat de commissie niet is belast met toezicht. Zij zal de signalen die zij vanuit haar eigen rol ontvangt bij de IGZ voor het voetlicht moeten brengen. Deze leden vragen hoe dergelijke signalen de commissie (kunnen) bereiken.

De commissie had een aantal landelijke taken, namelijk tekortkomingen in de uitvoering van de verplichte zorg signaleren en melden aan de IGZ, andere autoriteiten en instellingen die betrokken zijn bij de uitvoering van deze wet op verzoek of uit eigen beweging adviseren over zorg en verplichte zorg en tot slot de samenwerking bevorderen met zorgaanbieders en andere autoriteiten en instellingen die betrokken zijn bij het verlenen van zorg en verplichte zorg. Voor het signaleren van tekortkomingen in de uitvoering van de zorg en het melden aan de inspectie van deze tekortkomingen, geldt dat deze signaleringstaak niet alleen bij de commissie lag, maar ook bij de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke, de patiëntenvertrouwenspersoon en de zorgverlener. Deze signaleringsfunctie is bij deze personen belegd, omdat zij dicht staan bij de dagelijkse praktijk van de uitvoering. Bij het schrappen van de commissie zal de signalering van tekortkomingen door de commissie op afstand vervallen.

Artikel 5:18

De leden van de SP-fractie begrijpen de wens om te komen tot een landelijke registratie van gegevens met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg. In de memorie van toelichting wordt in dit verband gesproken van een adequate ICT-infrastructuur waarmee de administratieve lasten tot een minimum beperkt worden. Deze leden vernemen graag wat hiermee concreet wordt bedoeld. Door wie, op welke wijze en op welke termijn dient deze infrastructuur te worden ingevoerd? Artikel 5:18 is bij nota van wijziging komen te vervallen. In artikel 8:25 is bepaald dat elke zorgaanbieder zelf een digitaal register moet bijhouden, waarin bepaalde nader omschreven gegevens worden geregistreerd. De zorgaanbieder moet vervolgens op grond van artikel 8:26 eens per zes maanden een overzicht aan de IGZ verstrekken betreffende de verplichte zorg die door de zorgaanbieder is verleend, onder vermelding van de aard en frequentie daarvan, met daarbij een door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekende analyse van de verleende verplichte zorg. Voorgeschreven is dat dit digitaal moet plaatsvinden. Hiermee zal de papieren exercitie van het gebruiken van allerhande formulieren voorbij zijn. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop de gegevens in het register worden vastgelegd, alsmede hoe de gegevens aan de inspectie worden verstrekt. Het wordt aan veldpartijen overgelaten hoe dit het beste vorm gegeven kan worden met behulp van welke digitale middelen. Wij vinden het belangrijk te vermelden dat het voor de uitvoerbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens belangrijk is dat alle zorgaanbieder zo mogelijk gebruikmaken van dezelfde standaarden en dientengevolge op eenzelfde manier tot hun registratie komen. Vanuit de overheid kunnen echter geen eisen worden gesteld aan de daarbij te gebruiken software. Dit is iets dat door het veld bij voorkeur gezamenlijk besloten en ingevuld moet worden.

Ook vragen zij hoe een zorgvuldige omgang met deze privacygevoelige digitale informatie wordt gewaarborgd. De afgelopen jaren leek de invoering van adequate ICT-infrastructuren bij herhaling een van de meest hachelijke obstakels die de overheid moest trotseren. Deze leden menen in dit verband slechts de affaire rond het Elektronisch Patiëntendossier in herinnering te hoeven roepen. Zij wensen precies te vernemen welke

personen en instanties toegang zullen krijgen tot genoemde landelijke registratie.

GGZ Nederland neemt de verantwoordelijkheid op zich voor de aansturing van een landelijke databank vrijheidsbeperkende interventies. Er wordt nog een partij gezocht voor het databeheer. De landelijke databank heeft primair tot doel het samenstellen van beleidsinformatie met een landelijke dekking mogelijk te maken. De databeheerder verzorgt de gegevensverzameling van de Argusdata en zorgt voor uitlevering van bestanden aan GGZ Nederland, zodat GGZ Nederland kan zorg dragen voor het genereren van op landelijk niveau geaggregeerde beleidsinformatie (welke is gebaseerd op niet tot de persoon herleidbare gegevens in Argus). GGZ Nederland draagt er zorg voor dat zorgaanbieders, die vrijheidsbeperkende interventies toepassen, hun data aanleveren aan de landelijke databank Argus. Deze verplichting zal zich ook uitstrekken tot niet-leden van GGZ Nederland, PAAZ-en en PUK-en. Hiervoor zal GGZ Nederland overeenkomsten met hen opstellen.

Artikel 5:20

De leden van de SP-fractie lezen in de memorie van toelichting dat het medisch dossier kan worden verstrekt aan derden ten behoeve van wetenschappelijke doeleinden, tenzij de betrokkene hiertegen expliciet bezwaar maakt. Deze leden vernemen graag of de betrokkene ook altijd expliciet op de hoogte wordt gesteld van het voornemen tot gebruik door derden van zijn medisch dossier. Het recht om bezwaar te maken zou immers moeten samenhangen met het recht om actief te worden geïnformeerd over zaken die de privacy aangaan.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel konden medische gegevens voor wetenschappelijke doeleinden worden verstrekt als betrokkene niet uitdrukkelijk bezwaar had gemaakt tegen die verstrekking. Artikel 5:20 en artikel 5:21 zijn bij nota van wijziging vervallen en opgegaan in de artikelen 8:22 en 8:28. Uit deze artikelen vloeit voort dat de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de burgemeester en de officier van justitie zonder toestemming van betrokkene gegevens en bescheiden ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek aan een ander kunnen verstrekken. Voorwaarde is wel dat wordt voorzien in voldoende waarborgen voor de persoonlijke levenssfeer van betrokkene (het anonimiseren van de gegevens) en een zwaarwegend algemeen belang wordt gediend. Betrokkene kan tegen de verstrekking van zijn gegevens uitdrukkelijk bezwaar maken.

De Raad van State merkt in haar advies³¹ op dat het recht van betrokkene om kennis te nemen van de gegevensuitwisseling die hem aangaat – ook die met zijn toestemming – niet sluitend is geregeld. Wij hebben conform het advies van de Raad van State het wetsvoorstel hierop aangepast.

De vragen betreffende een coulantere houding van de commissie aangaande niet-ontvankelijkheidsverklaringen bij minderjarigen (artikel 5.5 en artikel 5:16) hangen zodanig nauw samen met de werkwijze van de commissie dat ze door het schrappen van de commissie niet meer relevant zijn.

HOOFDSTUK 6 DE ZORGMACHTIGING

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de rechter een zorgmachtiging kan afgeven, waarin de ruimte voor de gedwongen zorg wordt beschreven. Deze leden zijn in principe voorstander van de zorgmachtiging. Deze zorgmachtiging beschrijft onder andere de behandeling, begeleiding, opname, separatie, onderzoek en controle. De vraag is alleen: binnen welke bandbreedte mag deze zorgmachtiging zich uitspreken over

³¹ No. W13.13.0085/III d.d. 7 juni 2013.

de vorm van de zorg. Wat zijn de grenzen van de zorgmachtiging? De leden van de PVV-fractie vragen of er voldoende duidelijkheid bestaat over de bandbreedte van een zorgmachtiging. De zorgmachtiging dient enerzijds zo concreet te zijn dat betrokkenen duidelijk weten welke vorm(en) van verplichte zorg onder welke omstandigheden zijn toegestaan, anderzijds dient de zorgverantwoordelijke voldoende ruimte te geven om in te spelen op de altijd weer verschillende situaties waarin de noodzaak tot verplichte zorg zich in de praktijk voordoet. De zorgbehoefte van betrokkene en de ernst van de schade voor hemzelf of voor anderen kunnen in de tijd variëren. Daarom kan de zorgmachtiging een breed arsenaal van interventies omvatten. Zo kan beter worden aangesloten op de zorgbehoefte van betrokkene op dat moment en is de zorgmachtiging persoonsvolgend. Wat betreft de grenzen: die vormen van verplichte zorg worden in de zorgmachtiging opgenomen die noodzakelijk zijn voor de reguliere behandeling van de psychische stoornis en die in crisissituaties vooraf kunnen worden voorzien³². Het feit dat de zorgmachtiging een breed arsenaal aan zorginterventies bevat, wil overigens nog niet zeggen dat deze in de praktijk ook toegepast kunnen worden. Bij de uitvoering van de zorgmachtiging moet altijd worden gekozen voor de voor betrokkene minst bezwarende vorm en moet vooraf worden getoetst aan de algemene beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, veiligheid en effectiviteit (artikel 2:1). Daarnaast zal de uitvoering van de zorgmachtiging richtlijnconform moeten zijn. Nu is er de monodisciplinaire richtlijn over besluitvorming bij dwang. De multidisciplinaire richtlijn is nog in ontwikkeling. Daarnaast zijn er normen ten aanzien van interne- en externe consultatie waar de IGZ op toetst: naarmate een separatie langer duurt, moeten meer onafhankelijk deskundigen daarover meebeslissen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wie toeziet op de correcte uitvoering van de zorgmachtiging, intramuraal en ambulant? In de eerste plaats is er het interne toezicht. De zorgmachtiging vermeldt de wijze waarop de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur de kwaliteit van de verplichte zorg bewaken en toezicht houden (artikel 6:3, lid 2 sub d). In de praktijk van de Wet bopz vervult de geneesheer-directeur ook reeds een belangrijke toezichthoudende rol. De zorgverantwoordelijke zal zijn keuze uit het brede arsenaal aan mogelijkheden dat de zorgmachtiging biedt moeten kunnen verantwoorden. Hij zal duidelijk moeten kunnen maken dat met een lichtere interventie niet kan worden volstaan, voordat hij een zwaardere dan wel ingrijpender interventie toepast. Toezicht op de correcte uitvoering vindt ook plaats doordat de zorgmachtiging verplichte evaluatiemomenten kent, waarop de zorg met betrokkene en zijn vertegenwoordiger geëvalueerd moet worden. De patiëntvertrouwenspersoon kan betrokkene ondersteunen indien hij vragen heeft hij over de uitvoering van de zorgmachtiging. Daarnaast houdt de IGZ toezicht op de uitvoering van dit wetsvoorstel. Over de invulling van dat toezicht door de IGZ verwijzen wij naar paragraaf 10 over handhaving en toezicht. Ten slotte is er ook nog de algemene verantwoordelijkheid op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen dat een zorgaanbieder verplicht verantwoorde zorg te leveren. Indien een zorgaanbieder verplichte zorg verleent, moet worden voldaan aan de eisen die dit wetsvoorstel aan verplichte zorg stelt. Daarvoor organiseert de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

³² Zie Kamerstuk 32 399, nr. 3, blz. 89.

Artikel 6:1

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat na een extensieve (hoor)procedure het niet nodig is om het horen analoog aan de huidige hoorplicht in artikel 8 van de Wet bopz in te vullen. Deze leden vragen waaruit het horen dan wel bestaat.

Op grond van de Wet bopz moet de rechter betrokkene horen alvorens hij een beslissing neemt. De enige uitzondering daarop is het geval dat betrokkene niet bereid is zich te doen horen. In het oorspronkelijke wetsvoorstel werd betrokkene al door de commissie gehoord en was het daarom niet nodig dezelfde uitgebreide procedure voor het horen door de rechter op te nemen. Op grond van het gewijzigde wetsvoorstel bestaat deze verplichting voor de rechter ook niet meer, omdat hij veel meer documentatie ontvangt dan onder de Wet bopz en dus veel beter is geïnformeerd. De nota van wijziging heeft namelijk meer waarborgen ingebouwd opdat de rechter een uitgebreidere documentatie ontvangt dan thans onder de Wet bopz. In die uitgebreide documentatie zijn ook de wensen en voorkeuren van cliënt opgenomen en de wijze waarop daar rekening mee wordt gehouden. Daarom stelt de rechter in het gewijzigde wetsvoorstel betrokkene alleen in de gelegenheid om zijn zienswijze kenbaar te maken. Daarnaast staat het de rechter altijd vrij om te besluiten om betrokkene ook zelf te willen horen ter verkrijging van een completer beeld.

Artikel 6:4

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat waar helder is dat iemand wellicht structureel en wellicht levenslang bepaalde vormen van zorg moet gedogen, het niet noodzakelijk zou zijn om jaarlijks een machtiging aan de rechter te vragen. Deze leden vragen waar is geregeld dat dat onder die omstandigheden niet noodzakelijk is. Een zorgmachtiging kan nooit een onbeperkte duur hebben. Het wetsvoorstel zegt dat alleen onder de omstandigheid dat iemand al vijf jaar aaneengesloten verplichte zorg heeft ontvangen, een tweejaarlijkse zorgmachtiging kan worden aangevraagd. In alle andere gevallen zal altijd een zorgmachtiging met een kortere geldigheidsduur moeten worden aangevraagd.

HOOFDSTUK 7 DE CRISISMAATREGEL

Artikel 7:4

De leden van de SP-fractie lezen in de memorie van toelichting dat de burgemeester in afwachting van de komst van de arts desnoods opdracht kan geven tot het vasthouden van de betrokkene of de toediening van kalmerende medicatie, voorafgaand aan de daadwerkelijke crisismaatregel. Als deze leden de passage over het toedienen van medicatie juist interpreteren, vernemen zij graag wat in deze situatie zonder aanwezigheid van een arts of zorgverleners de medische grondslag is voor de toediening van kalmerende medicatie en door wie moet worden bepaald welk middel wordt gebruikt in welke dosering. Wie zorgt voor de toediening en hoe kan de arts, wanneer deze ter plekke is gearriveerd om een medische verklaring op te stellen, de symptomen van de betrokkene correct beoordelen indien deze onder invloed verkeert van kalmerende medicatie?

Artikel 7:4 reguleert het geven van tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel. De eerste drie leden betreffen het toepassen van noodzakelijke verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel. Zorg is dan gewoon zorg zoals omschreven in artikel 3:2 (hieronder valt het toedienen van medicatie). Het toepassen van verplichte zorg tegen de wil

van betrokkene moet altijd (ook in de situatie van het geven van tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel) voldoen aan de criteria van artikel 3:3 en ten minste één van de doelen van artikel 3:4 dienen. In het vierde lid van dit artikel is opgesomd welke maatregelen genomen kunnen worden in afwachting van de beslissing op het verzoek voor een crisismaatregel, teneinde te laten onderzoeken of een crisismaatregel moet worden genomen. Dit betreft beslissingen over tijdelijke beperking van de bewegingsvrijheid, tijdelijke beneming van de vrijheid of iemand onverwijd (laten) overbrengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf.

In de memorie van toelichting³³ is toegelicht dat in afwachting van de komst van de arts het noodzakelijk kan zijn om betrokkene in zijn bewegingsvrijheid te beperken of medicatie toe te dienen, teneinde hem te laten kalmeren en de situatie weer beheersbaar te maken. Hierbij gelden algemene uitgangspunten ten aanzien van bevoegdheid en bekwaamheid ingevolge de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg. Denkbaar is dat er door een ter plaatse aanwezige verpleegkundige kalmerende middelen worden toegediend (dan wel dwangmedicatie na overleg met een arts) om de crisissituatie af te wenden. Politieambtenaren zijn niet bevoegd medicatie tegen de wil van betrokkene toe te dienen. Indien betrokkene onder invloed van kalmerende middelen rustiger is geworden, is het aan de aanwezige professionals om de alsnog gearriveerde arts goed te informeren over het gedrag van betrokkene voordat de kalmerende middelen werden toegediend, waardoor deze een compleet beeld heeft van de situatie alvorens hij tot het opstellen van zijn medische verklaring overgaat.

Deze leden vragen of er een rol van de IGZ zou moeten zijn bij het waarborgen van een verantwoorde zorg in crisissituaties, zodat de betrokkene niet in een situatie van onverantwoorde of zelfs geheel geen zorg terecht komt, in een politiecel of elders.

De rol van de IGZ bij het waarborgen van verantwoorde zorg, al of niet in crisissituaties, is het toezicht houden op naleving van wet- en regelgeving en het naleven van veldnormen, zoals richtlijnen. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg, ook in crisissituaties.

Over tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel en over de uitvoering van verplichte zorg, kan een klacht worden uitgediend, zo blijkt uit de klachtenregeling in hoofdstuk 10, paragraaf 2 (artikel 10:3 en verder). Beslissingen op klachten worden onder andere aan de IGZ meegedeeld. De wet biedt derhalve voldoende waarborgen voor verantwoorde zorg in crisissituaties.

Artikel 7:7

De leden van de VVD-fractie merken op dat de geldigheidsduur van de crisismaatregel is beperkt tot maximaal drie dagen. Dit is aanzienlijk korter dan de termijn van drie weken die in de Wet bopz wordt gehanteerd. Deze leden vragen waarom voor deze kortere duur is gekozen. Kan deze korte duur ertoe leiden dat tijdens de crisismaatregel reeds de reguliere procedure wordt opgestart, terwijl de crisissituatie zich binnen de kortste keren oplost? In de huidige regeling zou de crisismaatregel dan aflopen en er geen andere maatregel meer nodig zijn, terwijl in de nieuwe situatie een vaak onnodige bureaucratische procedure is gestart.

Deze leden vragen in hoeverre de duur van de crisismaatregel verlengd zou kunnen worden tot een termijn die enerzijds recht doet aan het ingrijpen in een crisissituatie en anderzijds onnodige verzoeken aan de commissie om te komen tot toewijzing van verplichte zorg voorkomt.

³³ Kamerstuk 32 399, nr. 3, p. 78.

Onder de Wet bopz heeft de inbewaringstelling geen maximale tijdsduur, maar mag in beginsel niet te lang duren. Uiterlijk de dag na het afgeven van de inbewaringstelling door de burgemeester moet de burgemeester de officier van justitie informeren en hem de geneeskundige verklaring overhandigen. De officier van justitie kan het verzoek tot bevestiging van de inbewaringstelling bij de rechtbank neerleggen. Binnen drie dagen moet de rechtbank over het verzoek tot inbewaringstelling beslissen. De inbewaringstelling kan niet langer duren dan drie weken. Deze termijn wordt automatisch met 3 weken verlengd indien voor het aflopen van de voortgezette inbewaringstelling bij de rechtbank een verzoek tot een voorlopige machtiging wordt ingediend.

In onderhavig wetsvoorstel heeft de crisismaatregel een geldigheidsduur van ten hoogste drie dagen, met de mogelijkheid om daarna een verzoek voor een aansluitende zorgmachtiging bij de rechter in te dienen met als doel het opstellen van een zorgplan van de te verlenen verplichte zorg (artikel 7:9). De rechter moet vervolgens binnen drie dagen op dat verzoek beslissen (artikel 6:2, onderdeel b). Geeft hij een zorgmachtiging af, dan is de geldigheidsduur daarvan zes weken. Feitelijk is daarmee de procedure in geval van crisis onder dit wetsvoorstel niet wezenlijk anders dan de procedure onder de Wet Bopz. In beide gevallen moet de rechter binnen drie dagen na een ingediend verzoek op het verzoek beslissen of de gedwongen opname of de verplichte zorg verlengd moet worden. In beide gevallen zal, indien de rechter het verzoek heeft toegewezen, bekeken moeten worden welke zorg voor welke duur passend is voor betrokkene.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven