

Vergaderjaar 2018–2019

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

31 996

Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)

32 399

Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)

J¹

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 13 december 2018

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² heeft kennisgenomen van de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Rechtsbescherming, van 13 juli 2018 met de twee ontwerpbesluiten over gedwongen zorg: het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) en het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz).³ Naar aanleiding hiervan is op 28 september 2018 een brief gestuurd aan de Minister.

De Minister heeft op 2 november 2018 een uitstelbericht gestuurd en op 11 december 2018, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Rechtsbescherming, inhoudelijk op de vragen gereageerd.

¹ Letter J heeft alleen betrekking op 25 424.

² Samenstelling:

Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Ganzevoort (GL), Martens (CDA) (*voorzitter*), Van Strien (PVV), Bruijn (VVD) (*vice-voorzitter*), Gerkens (SP), Atsma (CDA), D.J.H. van Dijk (SGP), Don (SP), Van Hattem (PVV), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Prast (D66), Schnabel (D66), Wezel (SP), Klip-Martin (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Van Zandbrink (PvdA), Fiers (PvdA), Wever (VVD), Vink (D66).

³ Kamerstukken I 2017/18, 25 424, G en bijlagen.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 28 september 2018

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met belangstelling kennisgenomen van uw brief van 13 juli 2018 met de twee ontwerpbesluiten over gedwongen zorg: het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) en het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvvggz).⁴

De leden van de fracties van VVD, SP, PvdA en SGP hebben nog enige vragen naar aanleiding hiervan. De leden van de CDA-fractie sluiten zich aan bij de vragen van de VVD.

De leden van de **VVD**-fractie hebben kennisgenomen van de twee ontwerpbesluiten met betrekking tot de gedwongen zorg en stellen met tevredenheid vast dat in samenspraak met betrokken veldpartijen gekozen is voor praktisch uitvoerbare regelingen, die veel ruimte bieden voor maatwerk bij het verlenen van ambulante gedwongen zorg. Wel hebben deze leden, mede namens de **CDA**-fractie, nog enkele vragen naar aanleiding van paragraaf 5.3 van de Nota van Toelichting, waarin het inmiddels door Nederland geratificeerde VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH) wordt genoemd. In deze paragraaf van de Nota van Toelichting staat vermeld dat in het verdrag een brede definitie geldt van » personen met een handicap»: het omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen. Daarmee vallen ook de doelgroepen van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (WZD) binnen de reikwijdte van dit verdrag. In relatie tot artikel 14 van het VRPH stelt de regering dat het hebben van een handicap op zichzelf geen reden is voor onvrijwillige zorg, laat staan tot vrijheidsbeneming. Slechts bij ernstig nadeel voor de betrokkene zelf of derden kan in de Wvvggz en de Wzd verplichte zorg, waaronder in uitzonderlijke gevallen vrijheidsontneming, worden toegepast en dan alleen nog als er geen enkele vrijwillige oplossing mogelijk is.

Naar aanleiding van deze opmerking vragen de leden van beide fracties of de regering bekend is met de «Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities»⁵, waarin de uitleg van het genoemde artikel dusdanig is dat dit leidt tot een absoluut verbod op onvrijwillige zorg en vrijheidsontneming, ook voor die situaties waarin sprake is van gevaar voor het leven van betrokkene zelf of anderen. Zij vragen nader in te gaan op de uitleg die de Nederlandse regering geeft aan de genoemde VN-richtlijnen bij artikel 14 VRPH.

Omdat het verdrag pas onlangs door Nederland is geratificeerd is het niet eerder meegenomen in de grondrechttoets. De vraag is dan ook of naar het oordeel van de regering het standpunt van het VN-comité nog gevolgen heeft voor de onlangs vastgestelde Wvvggz en Wzd. Kan de regering de leden van deze fracties in dit licht informeren over de inhoud en status van de bij de ratificatie van het verdrag door Nederland afgelegde interpretatieve verklaring bij artikel 14 VRPH?

⁴ Kamerstukken I 2017/18, 25 424, G en bijlagen.

⁵ Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted by the «UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities» in de 14^{de} session held in September 2015.

De leden van de **SP**-fractie hebben naar aanleiding van beide ontwerpbesluiten nog enkele vragen; deze vragen dienen als aanvulling op de door de SP-fractie in de Tweede Kamer gestelde vragen.

De leden van de SP-fractie wijzen allereerst op de ongelijkheid in de kwaliteit van het vertrouwenswerk Wzd en Wvvgz. De Tweede Kamer heeft gesteld dat de kwaliteit van het vertrouwenswerk in de Wzd – door de cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) – vergelijkbaar moet zijn met de kwaliteit van de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) in de Wvvgz; de regering heeft hiermee ingestemd. Toch zien de leden van de SP-fractie een belangrijk verschil dat de rechtspositie van de cliënt onder de Wzd nadelig beïnvloedt. Dit verschil zit volgens deze leden in de informatieverstrekking aan de cliënt over de CVP/PVP.

De Wzd zegt dat de CVP, na toestemming van de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, de naam en contactgegevens van de cliënt en diens vertegenwoordiger ontvangt, zodat de CVP hen kan informeren over de mogelijkheid tot advies en bijstand door de CVP. Dit gebeurt zo snel mogelijk na aanvang van de zorg (artikel 5, lid 3 Wzd). Daarnaast dient de zorgaanbieder, bij afwijzing van een verzoek voor verlof of ontslag, de cliënt te wijzen op de mogelijkheid van advies en bijstand door de CVP (artikel 47, lid 6 en 48, lid 15 Wzd).

In de Wvvgz is geregeld dat de PVP de persoonsgegevens van de betrokkene ontvangt bij het opleggen van een crisismaatregel (artikel 7:2, lid 5 Wvvgz) en het voorbereiden van een zorgmachtiging (artikel 7:11, lid 3b Wvvgz). Daarnaast wordt de cliënt geïnformeerd over de mogelijkheid van advies en bijstand bij o.a. het opstellen van een zelfbindingsverklaring (artikel 4:1, lid 5 Wvvgz), het opstellen, evalueren en actualiseren van de zorgkaart (artikel 5:12, lid 2 Wvvgz), bij het opleggen van een crisismaatregel (artikel 7:2, lid 1c Wvvgz) en het voorbereiden van een zorgmachtiging (artikel 5:4, lid 2d en artikel 8:3, lid 1c Wvvgz), bij het vaststellen en verlenen van verplichte zorg (artikel 8:9, lid 3 Wvvgz), bij het tijdelijk verlenen van verplichte zorg in noodsituaties (artikel 8:13, lid 3 en artikel 9:6, lid 7 Wvvgz), bij veiligheidsonderzoek (artikel 8:14, lid 4 Wvvgz) en bij beslissingen rond overplaatsing, tijdelijke onderbreking en beëindiging van verplichte zorg (artikel 8:17, lid 6 en artikel 8:18, lid 9 Wvvgz).

Het grote verschil is dat in de Wzd, als er sprake is van onvrijwillige zorg, de cliënt niet geïnformeerd wordt over de mogelijkheid tot ondersteuning door de CVP, terwijl er in de Wvvgz verschillende momenten zijn opgenomen waarop de cliënt geïnformeerd wordt over de mogelijkheid tot ondersteuning door de PVP. De CVP is daarmee minder in beeld bij de cliënten, juist als de CVP een belangrijke rol zou kunnen spelen. De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering deze rechtsongelijkheid in de Wzd gaat opheffen en hoe gerealiseerd kan worden dat de CVP van een vergelijkbare kwaliteit wordt als de PVP in de Wvvgz.

Deze rechtsongelijkheid zou kunnen worden opgelost met de eerder aangekondigde aanpassingswet, bijvoorbeeld door daarin onderstaande wijzigingen over te nemen:

1. De verplichting voor de zorgaanbieder om de cliënt te informeren over de mogelijkheid zich te laten ondersteunen door de CVP bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij het uitvoeren van onvrijwillige zorg.
2. De verplichting voor de zorgaanbieder, om de CVP te informeren over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij het uitvoeren van onvrijwillige zorg. Dit gezien de kwetsbaarheid van de cliënten en uiteraard alleen na toestemming van de cliënt. Het door het Ministerie van VWS genoemde knelpunt van de privacy van de cliënt kan worden

opgelost door bij de bespreking van het zorgplan als vast punt de cliënt te vragen of deze instemt met het informeren van de CVP bij toepassing van onvrijwillige zorg.

De leden van de SP-fractie krijgen graag een reactie op deze voorgestelde wijzigingen.

De leden van de SP-fractie vragen ook aandacht voor de rol van de CVP bij ambulante cliënten, met name in de ouderenzorg. Het Bzd regelt de toepassing van onvrijwillige zorg bij ambulante cliënten. Ook voor deze groep is de CVP bedoeld als extra rechtsbescherming. De leden van de fractie schatten in dat het voor de CVP nauwelijks mogelijk is om zicht te krijgen op het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en de toepassing ervan. Dit heeft o.a. te maken met het gegeven dat het voor de CVP veel lastiger is om cliënten en mantelzorgers in de thuiszorg te ontmoeten, een gebrek aan ziekte-inzicht bij de cliënt zelf, de overbelasting van de mantelzorgers en de hoge werkdruk binnen de thuiszorg. In de ambulante zorg is dus de noodzaak van de verplichting voor de zorgaanbieder de CVP te informeren nog belangrijker dan binnen de zorginstelling. In het Bzd krijgt dit punt nu niet voldoende aandacht. Hoe ziet de regering de invulling van de rol van de CVP bij ambulante cliënten? Hoe kan er zicht worden gehouden op deze groep, zodat de CVP in staat is om de rechtspositie van deze mensen te beschermen? Het alleen bij aanvang van de zorg informeren over de mogelijkheid van bijstand door de CVP is onvoldoende waarborg, zo menen de leden van de SP-fractie.

De AMvB waar in de Wzd naar wordt verwezen, is toegezegd maar laat op zich wachten. De leden van de SP-fractie zouden graag een uitbreiding van de doelgroep zien met cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), de Ziekte van Huntington en het syndroom van Korsakov. Daarnaast zou uitbreiding met de groep cliënten met een zintuigelijke beperking die in een instelling wonen ook terecht zijn, omdat deze groep ook vaak heel kwetsbaar en beïnvloedbaar is en de beperking gedragsproblemen en regieverlies kan veroorzaken, wat kan leiden tot ernstig nadeel. De leden van de SP-fractie wijzen erop dat er meerdere doelgroepen zijn die vallen onder de term psychogeriatric. Tot nu toe vallen onder deze doelgroep alleen mensen met dementie. Echter, ook mensen met Huntington of Korsakov kennen een psychogeriatric beeld. Hoe kijkt de regering aan tegen uitbreiding van deze doelgroep, die ook kwetsbaar is en in zijn rechtspositie beschermd zou moeten worden?

Tijdens de behandeling van de Wzd in de Eerste Kamer is aandacht gevraagd voor de professionalisering van de CVP.⁶ In het Bzd staat nu dat de aanbieders van het vertrouwenswerk verantwoordelijk zijn voor de scholing van de CVP-en. De leden van de SP-fractie zien dat graag vervangen en stellen voor om, in ieder geval de eerste jaren, de scholing landelijk te organiseren en aan te bieden. De verantwoordelijkheid neerleggen bij de aanbieders van vertrouwenswerk, zien deze leden als een kwetsbaar punt, omdat de aanbieders naast goede kwaliteit van vertrouwenswerk, ook andere belangen hebben in dezen. Daarnaast is landelijke scholing, in ieder geval de eerste jaren, nodig voor uniformiteit en doorontwikkeling van de functie, met een duidelijke positie voor de landelijke faciliteit. Graag vernemen zij de mening van de regering over de landelijke organisatie van de scholing.

In het kader van het project «doorontwikkeling van de functie cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet Zorg en dwang» zijn kwaliteitseisen ontwikkeld, bestaande uit de taak- en functieomschrijving, gedragsregels, competenties en opleidingseisen. Er wordt gewerkt aan een raamwerk

⁶ T02546.

voor de functie als veldnorm, als toetsingskader voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en als inkoopkader voor de zorgkantoren. Naar de mening van deze SP-leden zou dit in het Bzd krachtiger moeten worden opgenomen. Is de regering hiertoe bereid?

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het Besluit houdende regels ter uitvoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) en het Besluit ter uitvoering van de Wet Zorg en Dwang (Wzd).

De beroepsvereniging voor vertrouwenspersonen in de zorg (BeVeZo) constateert een verschil in het vertrouwenswerk in de Wzd en in de Wvvggz. Op grond van de Wzd wordt de cliënt – indien er sprake is van onvrijwillige zorg – *niet verplicht* geïnformeerd over de mogelijkheid tot ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon. In de Wvvggz zijn verschillende momenten opgenomen waarop de cliënt geïnformeerd dient te worden over de mogelijkheid tot ondersteuning door de patiëntvertrouwenspersoon. De leden van de PvdA-fractie vragen de regering dit verschil te motiveren. Is dit een bewust onderscheid? Zo ja, waarom wordt dit onderscheid gemaakt?

De leden van de PvdA-fractie hebben ook enkele vragen over de uitvoering van deze AMvB's.

In de ontwerpbesluiten wordt aangegeven dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar moet zijn voor verzoeken om hulp van de betrokkene of diens naasten (artikel 2.2, lid 1d Bvvggz en artikel 2.2, lid 1c van het Bzd). De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe deze eisen moeten worden gelezen. Wordt hiermee bedoeld dat de ter zake deskundige 24 uur per dag beschikbaar moet zijn? En zo ja, welke disciplines acht de regering deskundig en zijn deze deskundigen bij alle betrokken instellingen beschikbaar gedurende de avond, de nacht en het weekend? Zo nee, op welke ondersteuning kunnen naasten rekenen gedurende de avond, nacht en weekenden?

In de ontwerpbesluiten wordt uitgebreid aandacht besteed aan de bescherming van de persoonsgegevens. De leden van de PvdA-fractie missen helderheid over de wijze waarop de geregistreerde gegevens gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering binnen en tussen zorginstellingen. Zo is het voor het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van belang dat de inzet van vrijheid beperkende maatregelen c.q. onvrijwillige zorg gemonitord kan worden en vergeleken kan worden tussen instellingen. Kan de regering aangeven op welke wijze hierin wordt voorzien en waarom hierover geen bepalingen opgenomen zijn in de besluiten?

De invoering van deze besluiten heeft implicaties voor de manier waarop de zorg en dienstverlening in de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg wordt vormgegeven. Heeft de regering onderzoek gedaan naar de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten van de voorgestelde maatregelen, zowel inhoudelijk als in administratieve zin? Zo ja, welk beeld levert dit op en wie draagt de kosten die gemoeid zijn met de invoering van de besluiten? Zo nee, is de regering bereid om alsnog een onderzoek uit te (laten) voeren?

De leden van de **SGP**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de ontwerpbesluiten gedwongen zorg. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen over de ambulante onvrijwillige zorg en de cliëntvertrouwenspersoon.

De regering kiest er zowel binnen het Besluit zorg en dwang als het Besluit verplichte ggz voor om alle vormen van onvrijwillige zorg thuis beschikbaar te maken. De regering merkt daarover op dat bij vrijwel elke vorm van onvrijwillige zorg casuïstiek genoemd is, waaruit bleek dat de toepassing van ook deze vormen van onvrijwillige zorg in bepaalde gevallen toch het in het belang van de cliënt zou zijn geweest als daarmee opname had kunnen worden voorkomen. Kan de regering die casuïstiek uitwerken, met name bij de meest vergaande vormen van gedwongen zorg zoals fixatie en insluiting? Wie is er verantwoordelijk voor calamiteiten bij deze vormen van zorg, bijvoorbeeld als een cliënt tijdens het insluiten zichzelf beschadigt? Wanneer is het volgens de regering beter om de onvrijwillige zorg thuis toe te passen, en wanneer in een accommodatie?

Hoe komt het dat uit eerdere gesprekken met het veld het beeld naar voren kwam dat fixatie (subvorm van het beperken van de bewegingsmogelijkheden) en separatie (subvorm van insluiten) thuis niet uitvoerbaar zouden zijn en daarom uitsluitend in een klinische setting gerealiseerd zouden kunnen worden, terwijl nu op basis van de consultatie gebleken is dat het veld – met name in de ambulante setting – behoefte heeft aan een zo ruim mogelijke keuze uit toe te passen zorgvormen? Waardoor wordt dit verschil van inzicht tussen de eerdere gesprekken en de consultatieronde veroorzaakt? De regering merkt op dat de reacties van veldpartijen – met name bij het Besluit zorg en dwang – uiteenlopend waren, zowel bij de vraag of ambulante dwang zou moeten worden toegestaan, als bij de vraag welke extra voorwaarden hieraan zouden moeten worden gesteld. Waarom heeft de regering de balans laten doorslaan naar het toestaan van alle vormen van onvrijwillige zorg?

De leden van de SGP-fractie constateren dat het voor de toepassing van het Besluit zorg en dwang belangrijk is om duidelijk te hebben wanneer er sprake is van een accommodatie. Artikel 20 van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) gaat uit van een onderscheid tussen locaties en accommodaties. Zorgaanbieders moeten per locatie opgeven of het een accommodatie betreft of niet. Wat een locatie is, wordt echter niet gedefinieerd en de definitie van accommodaties omvat alle gebouwen. In de toelichting bij het Besluit zorg en dwang staat dat het niet gelukt is om helderheid over het begrip accommodatie te geven. In plaats daarvan zal hieraan in de implementatiefase alsnog aandacht worden besteed. Op basis waarvan denkt de regering dan alsnog duidelijkheid te kunnen geven, als het nu al niet lukt om goed te beschrijven wat een accommodatie is? Zou het niet logisch zijn om de wet op dit punt te verhelderen in plaats van het zoeken van de oplossing in de implementatiefase?

De leden van de SGP-fractie constateren dat alle vormen van onvrijwillige zorg op grond van het Besluit zorg en dwang buiten een accommodatie kunnen worden verleend. Het is echter niet duidelijk hoe moet worden omgegaan met de situatie dat een cliënt verlening van onvrijwillige zorg onmogelijk maakt, bijvoorbeeld door de overeenkomst op basis waarvan zorg wordt verleend te beëindigen of door de zorgverleners geen toegang meer te verlenen tot zijn huis. Welke mogelijkheden hebben zorgaanbieders in zo'n situatie om onvrijwillige zorg te verlenen?

De leden van de SGP-fractie brengen in herinnering dat Minister tijdens de behandeling in de Eerste Kamer heeft toegezegd dat hij de financiering van het cliëntenvertrouwenswerk zal overnemen van de zorgaanbieders.⁷ In de artikelsgewijze toelichting van het Besluit zorg en dwang wordt bij

⁷ T02546.

artikel 6.2 niettemin gesteld dat de zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk is dat zijn cliënten een beroep kunnen doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. Klopt het dat dit niet aansluit bij de toezegging van de Minister, of dient dit anders geïnterpreteerd te worden? Hoe valt dit te rijmen met het voorgestelde artikel 6.2 Bzd, dat immers bepaalt dat de cliëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam mag zijn voor de zorgaanbieder? De leden van de SGP-fractie krijgen graag verheldering op dit punt. Kan de regering bevestigen dat zij verantwoordelijk is voor de financiering, en dat de zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor de inkoop en daarmee voor de beschikbaarheid van cliëntenvertrouwenspersonen voor cliënten?

De leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag bij voorkeur voor 26 oktober 2018.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J.T. Martens

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 november 2018

Op 13 juli 2018 bood ik u in het kader van de wettelijk voorgeschreven voorhangprocedure, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Rechtsbescherming, aan twee ontwerpbesluiten met betrekking tot gedwongen zorg. Het betreft het ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten) en het ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg).

Op 28 september jl. ontving ik uw reactie met kenmerk 163474.02u op de ontwerpbesluiten. U verzoekt om deze bij voorkeur voor 26 oktober te beantwoorden. Gelet op de vragen die de leden van de Tweede Kamer ook hebben gesteld over de ontwerpbesluiten gedwongen zorg, die wij in samenhang met de vragen van uw Kamer willen beantwoorden, is deze termijn helaas niet haalbaar. Het streven is u de antwoorden in november toe te zenden.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 december 2018

Geachte voorzitter,

Met grote belangstelling heeft de regering kennis genomen van de vragen die de leden van vijf fracties van de vaste commissie voor Welzijn en Sport op 28 september 2018 over het ontwerp van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) en het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz) hebben gesteld en de opmerkingen die zij daarbij hebben gemaakt. De leden van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer hebben op 21 september 2018 vragen gesteld over de ontwerpbesluiten. De antwoorden hierop zijn vandaag aan de Tweede Kamer verstuurd.

De regering is verheugd te lezen dat meerdere fracties hebben aangegeven dat zij met belangstelling kennis hebben genomen van de ontwerpbesluiten en dat de vaste commissie hier op hoofdlijnen positief tegenover lijkt te staan. In hun vragen en opmerkingen over en naar aanleiding van de ontwerpbesluiten zoeken de leden de verbinding met de uitvoeringspraktijk. Ook de regering heeft bij het opstellen van deze ontwerpbesluiten veelvuldig gesproken met de betrokken veldpartijen en de verschillende belangen zo zorgvuldig mogelijk gewogen en verwerkt in de voorliggende ontwerpbesluiten.

Eerder heb ik u een brief toegezonden (Kamerstukken 2018–2019, 25 424, I) waarin ik aangaf u deze brief toe te zenden uiterlijk in november. Helaas is dit iets vertraagd waarvoor mijn excuses.

De regering dankt de leden van de **VVD**-fractie die hun tevredenheid uiten over het proces waarin de ontwerpbesluiten in samenspraak met betrokken veldpartijen zijn opgesteld en gekozen is voor praktisch uitvoerbare regelingen, die veel ruimte bieden voor maatwerk bij het verlenen van ambulante gedwongen zorg.

Deze leden vragen, mede namens de **CDA**-fractie, naar het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH). Meer specifiek naar de uitleg die de Nederlandse regering geeft aan de «Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities», de inhoud en status van de bij de ratificatie van het verdrag door Nederland afgelegde interpretatieve verklaring bij artikel 14 VRPH en de mogelijke gevolgen van het standpunt van het VN-comité voor de onlangs vastgestelde wetgeving.

De genoemde «Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities» (hierna: Guidelines) hebben geen gevolgen voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) of de onderliggende regelgeving bij die wetten. Richtlijnen zoals de Guidelines zijn interpretaties van het Committee on the Rights of Persons with Disabilities (hierna: het Comité). Daarmee zijn het gezaghebbende documenten die zo mogelijk worden nagevolgd. Tegelijkertijd zijn het geen bindende documenten zoals verdragen en uitspraken van bepaalde internationale rechtbanken. Als een land goede redenen heeft om van deze richtlijnen af te wijken, is dat toegestaan.

Zoals Nederland onder meer uiteen heeft gezet in de interpretatieve verklaring bij artikel 14 van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH), is gedwongen zorg in uitzonderlijke

gevallen, als laatste redmiddel, met de juiste rechtsbescherming, toegestaan.⁸ In lijn daarmee volgt uit de Wvvgz en de Wzd (en de bijbehorende lagere regelgeving) dat gedwongen zorg uitsluitend is toegestaan, als er sprake is van ernstig nadeel.

Een dergelijke interpretatieve verklaring dient ter verduidelijking van de wijze waarop het verdrag door Nederland wordt geïnterpreteerd. De gegeven verduidelijking draagt bij aan de toepassing van de verdragsbepalingen en nationale wetgeving in de praktijk.

Daarnaast is van belang dat Nederland gebonden is aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) en daarmee aan de uitspraken van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM). Op grond van het EVRM is gedwongen zorg voor personen met een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap onder omstandigheden toegestaan. Uit de jurisprudentie van het EHRM volgt dat gedwongen zorg zelfs een plicht kan zijn als daarmee bijvoorbeeld het recht op leven wordt beschermd door een zelfmoord te voorkomen.⁹

De regering dankt de leden van de **SP**-fractie voor hun vragen in aanvulling op de door de SP-fractie in de Tweede Kamer gestelde vragen. Bij de behandeling van de Wzd heeft de Tweede Kamer de wens geuit van een functie van cliëntenvertrouwenspersoon voor de Wzd-doelgroep, die vergelijkbaar is met die van de patiëntenvertrouwenspersoon in de ggz. De regering vindt het met de leden van de SP-fractie belangrijk dat een cliënt goed ondersteund wordt door een cliëntenvertrouwenspersoon. In de Wzd is niet uitputtend geregeld op welke momenten de cliënt geïnformeerd dient te worden over de mogelijkheid tot ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon. De regering vindt het belangrijk dat de cliënt ook op andere momenten informatie krijgt over de mogelijkheid van advies en bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon. De regering wil ruimte geven aan de beroepsgroep om hier bij de doorontwikkeling van de functie cliëntenvertrouwenspersoon, samen met betrokken partijen, invulling aan te geven. In het project «doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon» ontwikkelt BeVeZo als beroepsgroep voor vertrouwenspersonen in de VG- en PG-sector, samen met betrokken partijen (met financiering vanuit het Ministerie van VWS), de taakfunctieomschrijving van en de kwaliteitseisen voor de cliëntenvertrouwenspersoon zoals die ingevolge de wet wordt beoogd. Daarmee is dit bedoeld als professionele standaard voor deze functie. De suggestie van de SP-fractie om vooruitlopend op dit project de informatieplicht in de wet aan te passen, neemt de regering niet over.

De leden van de SP-fractie vragen ook aandacht voor de rol van de cliëntenvertrouwenspersoon bij ambulante cliënten, met name in de ouderenzorg.

Artikel 5, derde lid, van de Wzd regelt dat de zorgaanbieder, voor zover de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarmee instemt, zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg de naam en contactgegevens van de cliënt en die van zijn vertegenwoordiger verstrekt aan de cliëntenvertrouwenspersoon.

⁸ De volledige Engelse tekst luidt: «The Kingdom of the Netherlands recognizes that all persons with disabilities enjoy the right to liberty and security of person, and a right to respect for physical and mental integrity on an equal basis with others. Furthermore, the Kingdom of the Netherlands declares its understanding that the Convention allows for compulsory care or treatment of persons, including measures to treat mental illnesses, when circumstances render treatment of this kind necessary as a last resort, and the treatment is subject to legal safeguards.»

⁹ Zie bijvoorbeeld *Fernandes de Oliveira v. Portugal* (Application no. 78103/14) op de website <https://hudoc.echr.coe.int>.

Op deze manier kan de cliëntenvertrouwenspersoon de cliënt en zijn vertegenwoordiger informeren over de mogelijkheden van advies en bijstand. Deze verplichting geldt ongeacht of er sprake is van zorg in een accommodatie of van zorg in een ambulante setting.

De leden van de SP-fractie vragen naar de mogelijkheid om bij amvb ziekten en aandoeningen aan te wijzen die voor de toepassing van de Wzd worden gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Op dit moment wordt bezien of het wenselijk is om ziekten of aandoeningen vergelijkbaar met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap onder de reikwijdte van de Wzd te brengen. Op basis van de tot nu toe in het kader hiervan gevoerde gesprekken is nog niet vast komen te staan dat uitbreiding van de doelgroep van de Wzd de aangewezen weg is om de beste rechtspositie voor hen te creëren. De komende maanden zal hier meer onderzoek naar gedaan worden.

Evenals de leden van de SP-fractie en de PvdA-fractie onderschrijft de regering het belang van de doorontwikkeling van de functie van de cliëntenvertrouwenspersoon. Wat dit echter betekent voor de organisatie van de scholing van de cliëntenvertrouwenspersoon wil de regering af laten hangen van de resultaten van enerzijds het traject voor de organisatorische en financiële inbedding van de cliëntenvertrouwenspersoon in de VG- en PG-sector, en anderzijds het hierboven aangehaalde project «doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon». Beide dienen als uitgangspunt voor onder meer de vormgeving van de scholing. Beide trajecten worden begin 2019 afgerond.

Juist omdat de kwaliteitseisen die in het project «doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon» worden ontwikkeld, beoogd zijn om als veldnorm te gaan dienen, kiest de regering er vooralsnog niet voor om die in het Bzd op te nemen. Bij de evaluatie per 2022 zal worden bezien of voldoende aan deze kwaliteitseisen wordt voldaan en daarmee het hanteren van een veldnorm afdoende is, of dat nadere regelgeving noodzakelijk is.

De regering dankt de leden van de **PvdA**-fractie voor hun belangstelling en beantwoordt graag enkele vragen over de uitvoering van deze amvb's.

De leden vragen naar de uitwerking van de bepaling waarin is aangegeven dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar moet zijn voor verzoeken om hulp van de betrokkene of diens naasten bij toepassing van ambulante gedwongen zorg (artikel 2.2, lid 1d Bvvgz en artikel 2.2, lid 1c van het Bzd). De regering ziet in deze artikelen van de ontwerpbesluiten een belangrijke waarborg voor het verlenen van gedwongen zorg in een ambulante setting. Er wordt inderdaad bedoeld op de 24 uur per dag beschikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener voor verzoeken om hulp van de betrokkene of diens naasten. In welke disciplines de betreffende zorgverlener geacht wordt deskundig te zijn, is afhankelijk van de specifieke behoefte en situatie van de cliënt die ambulante gedwongen zorg ontvangt. De wijze waarop de aanwezigheid dan wel op afroep beschikbaarheid van deze discipline(s) wordt georganiseerd, is aan de zorgaanbieders. Zij kunnen er voor kiezen om dit individueel te regelen, of in gezamenlijkheid te organiseren. In ieder geval geldt dat als een zorgaanbieder de 24uurs-beschikbaarheid van de relevante ter zake kundige(n) niet voldoende kan waarborgen, de benodigde gedwongen zorg niet ambulante kan worden geboden, en de cliënt dus moet worden opgenomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de geregistreerde gegevens gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering binnen en tussen zorginstellingen. De bepalingen over de registratie en het aanleveren van de gegevens zoals neergelegd gegevensuitwisseling in de besluiten betreffen een uitwerking van de verplichting uit de wet om regels te stellen over wijze waarop de gegevensverwerkingen die voortvloeien uit deze wet worden ingericht. Met deze gegevens wordt de inzet van gedwongen zorg gemonitord en geanalyseerd. Ook bevat het besluit een grondslag om nadere regels te stellen over de wijze waarop gegevens aan de IGJ verstrekt worden alsmede over de inhoud en wijze van de aan de IGJ te verstrekken analyse worden nadere regels gesteld. De zorgaanbieder kan deze gegevens uiteraard ook gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hiervoor is het niet nodig om nadere regels te stellen.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten van de voorgestelde maatregelen, zowel inhoudelijk als in administratieve zin, kan de regering op dit moment geen sluitend antwoord geven. Bij de totstandkoming van de wetten en de ontwerpbesluiten is herhaaldelijk getracht inzicht te verkrijgen in de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten van de voorgestelde maatregelen. Het is echter op voorhand niet mogelijk gebleken om te bepalen hoe vaak er daadwerkelijk gedwongen zorg buiten een accommodatie zal worden toegepast, omdat zorgverleners tot eind 2019 werken met het regime van de Wet Bopz, op grond waarvan dwang enkel binnen een accommodatie is toegestaan. Cliënten die buiten een accommodatie verblijven en bij wie enkel vrijwillige zorg niet meer volstaat, worden dan ook opgenomen in instellingen met een Bopz-aanmerking. Of en hoe vaak dergelijke opnames voorkomen of uitgesteld kunnen worden met de toepassing van de nieuwe regels onder de Wzd en Wvvgz, blijkt niet goed op voorhand te bepalen. Daarnaast zal het per cliënt verschillen of en in hoeverre er gedwongen zorg buiten een accommodatie wordt verleend, waarbij altijd wordt gezocht naar de voor de cliënt minst belastende vorm van gedwongen zorg en de belangen van de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten. De regelgeving beoogt maatwerk mogelijk te maken. Dat maakt dat de te verlenen zorg, ook in de ambulante situatie, per cliënt, behoorlijk kan verschillen. Op dit moment is daarom niet in te schatten welke gevolgen de uitbreiding van gedwongen zorg met ambulante gedwongen zorg zal hebben voor de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten. Na de inwerkingtreding van de wet zullen deze dan ook worden gemonitord en geëvalueerd.

De regering dankt de leden van de **SGP**-fractie voor hun vragen over de ambulante onvrijwillige zorg en de cliëntvertrouwenspersoon. De leden van de SGP-fractie vragen naar casuïstiek, met name bij de meest vergaande vormen van gedwongen zorg zoals fixatie en insluiting?

Als voorbeeld van casuïstiek bij fixatie kan worden gedacht aan het kortdurend vasthouden van een cliënt bij het toedienen van medicatie of tijdens de lichamelijke verzorging.

Als voorbeeld van insluiten geldt bijvoorbeeld het op slot doen van de voordeur door de thuishulp bij het weggaan na het verlenen van de nachtzorg ter voorkoming dat de cliënt 's nachts de straat op gaat en verdwaalt. In beide voorbeelden zou, als deze zorgvormen ambulant niet zouden worden toegestaan, de cliënt zijn aangewezen op opname in een accommodatie; ook als hiernaast geen sprake is van andere vormen van gedwongen zorg.

Als er sprake is van calamiteiten bij het toepassen van vormen van gedwongen zorg, bijvoorbeeld als een cliënt tijdens het insluiten zichzelf

beschadigt, is de eindverantwoordelijkheid van het toezicht bij ambulante dwang voor de Wvvgz voor de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur. Voor de Wzd ligt deze bij de zorgaanbieder en de Wzd-arts. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de toepassing van gedwongen zorg en moet een inschatting maken of het veilig en verantwoord is om dit in ambulante setting toe te passen.

De leden van de SGP-fractie vragen wanneer het beter is om de onvrijwillige zorg thuis toe te passen, en wanneer in een accommodatie. De doelstelling van de wetten is dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. De wens om maatwerk te kunnen leveren, is de belangrijkste reden dat de besluiten een brede toepassing mogelijk maken – onder strikte voorwaarden. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de individuele cliënt en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Uiteindelijk zal de vraag of het beter is om de benodigde gedwongen zorg thuis toe te passen of binnen een accommodatie, een afweging zijn die is toegespitst op onder meer de cliënt, diens aandoening, de mogelijkheden van de zorgaanbieder, de thuissituatie en de sociale context. Overigens zullen deze mensen veelal beschikken over een Wlz-indicatie. Deze indicatie kan zowel intra- als extramuraal geëffectueerd worden

De leden van de SGP-fractie vragen terecht hoe het beeld over de toepassing van de zorgvormen fixatie (subvorm van het beperken van de bewegingsvrijheid) en separatie (subvorm van insluiten) gewijzigd kan zijn gedurende de totstandkoming van de regelgeving. Het is met name in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) waar geworsteld is met de vraag of in ambulante setting fixatie en separatie mogelijk zouden moeten zijn. In een eerdere fase van het wetgevingstraject is gedacht dat deze zorgvormen buiten een accommodatie niet uitvoerbaar zouden zijn, zoals op dat moment in een conceptversie van de «generieke module dwang en drang» stond. Deze generieke module is niet vastgesteld, omdat er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing was. In de gesprekken met het veld in de voorbereiding op dit besluit, de formele consultatieronde en de expertmeeting daarna is dit beeld bijgesteld, in die zin dat er uitzonderlijke situaties denkbaar zijn waarin het in het belang van de betrokkene kan zijn als er een specifieke vorm van gedwongen zorg ambulant toepasbaar is. Daarom is het wenselijk dat geen enkele vorm van gedwongen zorg is uitgesloten. De patiëntenvertegenwoordiging onderschrijft dit, omdat er dan meer mogelijkheden zijn om met de wensen en voorkeuren van betrokkene rekening te houden. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zal nu een handreiking maken die het veld nadere handvatten moet geven voor de uitvoering van de amvb op dit punt. Er wordt gewerkt om dit ook VG- en PG-sector te bewerkstelligen.

Het feit dat het in de amvb uitsluiten van specifieke onderdelen van een of meer zorgvormen zou betekenen dat deze in zijn geheel nimmer ambulant zou mogen worden toegepast enerzijds, en dat men anderzijds de toepassing van fixatie en insluiting in uitzonderlijke situaties niet uitgesloten wilde zien, deed de meeste partijen uiteindelijk pleiten voor het zo nodig kunnen toepassen van alle vormen van gedwongen zorg in een ambulante setting. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat zorg op maat mogelijk is en dat daarbij zoveel mogelijk kan worden aangesloten bij de voorkeuren van de cliënt. Uitgangspunt blijft echter steeds dat de keuze voor een vorm van ambulante gedwongen zorg alleen kan worden gemaakt met inachtneming van de specifieke waarborgen, zoals die in het ontwerpbesluit zijn opgenomen in aanvulling op de in de wet reeds geregelde waarborgen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het voor de toepassing van het Besluit zorg en dwang belangrijk is om duidelijk te hebben wanneer er sprake is van een accommodatie en vragen hoe daarin meer helderheid komt.

Voor de meeste locaties is het duidelijk of het hier gaat om een accommodatie of om een setting «thuis». De vormen die hier tussen liggen, zijn niet altijd precies te omschrijven. Daarnaast wil de regering inspelen op de komst van nieuwe, innovatieve settings waarbinnen sprake kan zijn van gedwongen zorgverlening. De regering kiest er daarom voor om hier niet op voorhand op wetsniveau gedetailleerde regels over te stellen. Juist om maatwerk op dit vlak mogelijk te maken, ziet de regering er de meerwaarde van om hier in het kader van de implementatie, samen met de zorgaanbieders, praktische invulling aan te geven.

In de door de leden van de SGP-fractie geschetste situatie dat een cliënt de verlening van gedwongen zorg onmogelijk maakt, bijvoorbeeld door de deur niet te openen, zal de zorgverlener alternatieven moeten proberen, bijvoorbeeld later terugkomen. Als dit herhaaldelijk gebeurt, zal de cliënt waarschijnlijk aangewezen zijn op opname in een accommodatie. Als ook de opname moet gebeuren op basis van onvrijwilligheid, voorziet de Wzd in de procedure hiertoe. Mocht er sprake zijn van een crisissituatie, dan kan de zorgverlener de hulp van de politie inroepen.

De leden van de SGP-fractie brengen in herinnering dat de Minister tijdens de behandeling in de Eerste Kamer heeft toegezegd dat hij de financiering van het cliëntenvertrouwenswerk zal overnemen van de zorgaanbieders.

De toezegging van de Minister van VWS aan uw Kamer dat de cliëntenvertrouwenspersoon landelijk gefinancierd zal worden en dat uw Kamer nog geïnformeerd zal worden over de meest wenselijk organisatievorm (toezegging 31.966) wordt nadrukkelijk meegenomen in het traject waarin met de betrokken veldpartijen wordt gesproken over de organisatorische en financiële inbedding van de cliëntenvertrouwenspersoon in de VG- en PG-sector. Dit traject bevindt zich in een afrondende fase. De regering is voornemens uw Kamer uiterlijk in het voorjaar van 2019 te informeren over het uiteindelijke model voor de cliëntenvertrouwenspersoon.

Ik hoop dat hiermee de vragen van genoemde fracties van uw Kamer afdoende beantwoord zijn.

mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
en de Minister voor Rechtsbescherming,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge