

Vergaderjaar 2017–2018

**32 399**

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

**F<sup>1</sup>**

## **NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 21 november 2017

Met grote belangstelling heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Minister voor Rechtsbescherming en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kennis genomen van de aanvullende vragen en opmerkingen van de leden van de vaste commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Justitie en Veiligheid met betrekking tot de wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvvggz), Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wzd) – inclusief de wijzigingen die met de Wvvggz in de Wzd zijn aangebracht – en de Wet forensische zorg (hierna: Wfz).

De regering dankt de leden van de beide commissies voor hun aanvullende inbreng en spreekt de hoop uit dat met deze nadere memorie van antwoord de wetsvoorstellen, conform het streven van Uw Kamer, op 15 en 16 januari 2018 kunnen worden geagendeerd voor plenaire behandeling.

### **GroenLinks-fractie**

1.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen naar de opzet van de evaluatie in relatie tot de mogelijke samenvoeging van de wetten.*

De regering heeft bewust gekozen voor verschillende wetten voor verschillende doelgroepen, zoals ook werd geadviseerd in eerdere evaluaties van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wbopz). Daar is in de memorie van antwoord<sup>2</sup> op in gegaan. De argumenten om te kiezen voor twee wetsvoorstellen zijn

<sup>1</sup> Letter F heeft alleen betrekking op wetsvoorstel **32 399**.

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2017–2018, 32 399, nr. D.

onverkort van kracht. De regering wil daarom niet vooruitlopen op een samenvoeging van beide wetsvoorstellen, ook niet in de vorm die hier wordt voorgesteld. Twee jaar na inwerkingtreding van de wetsvoorstellen worden deze in samenhang geëvalueerd. De opzet van deze evaluatie is nog niet vastgesteld en mede afhankelijk van de eerste ervaringen met de wetten en signalen uit de praktijk. Daarom wil de regering nu nog geen conclusies trekken. Het ligt voor de hand om bij de evaluatie de ervaringen van alle bij de wetsvoorstellen betrokken actoren mee te nemen. De regering is van mening dat de huidige wetsvoorstellen aanzienlijk beter aansluiten op de verschillende doelgroepen dan de huidige Wbopz, zoals in de memorie van antwoord is toegelicht. Overigens heeft harmonisatie niet alleen plaats gevonden op het niveau van de wetsvoorstellen, maar vindt die op dit moment ook plaats op het niveau van de algemene maatregelen van bestuur (hierna: amvb's) en de ministeriële regelingen.

2.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen ten aanzien van het antwoord op vraag 117 of de regering kan aangeven welke andere kernbegrippen en procedures naast de definitie van «ernstig nadeel» zijn geharmoniseerd, op welke punten er blijvende verschillen tussen de drie regimes bestaan, en hoe het veld hierover wordt geïnformeerd.*

Volledig of nagenoeg geharmoniseerd zijn de kernbegrippen zorg, zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke, zorgverlener, accommodatie, inspectie en de inhoud van het kernbegrip onvrijwillige, respectievelijk verplichte zorg. Zo wordt het begrip «zorg» in alle drie de wetsvoorstellen gedefinieerd vanuit een zorginhoudelijk perspectief. In de Wzd en de Wfz werd dit begrip oorspronkelijk nog gedefinieerd vanuit de financieringsperspectief. Het begrip «zorgverantwoordelijke» is gedeeltelijk geharmoniseerd. In het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wzd was de zorgverantwoordelijke degene die door de zorgaanbieder werd aangewezen. In het huidige wetsvoorstel van de Wzd is de zorgverantwoordelijke een ter zake kundige arts of degene die behoort tot een bij regeling van de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen. Op deze wijze worden zowel via de Wvvggz als via de Wzd kwaliteitseisen aan de zorgverantwoordelijke gesteld. De Wvvggz stelt daarbij tevens de eis dat de zorgverantwoordelijke BIG-geregistreerd (registratie op grond van de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg) moet zijn. Die eis geldt niet voor de Wzd, omdat de zorgverantwoordelijke onder dat regime, gezien de inhoud van de zorg, een andere kan zijn dan die onder de Wvvggz.

Naast de kernbegrippen zijn ook de klachtprocedure en de schadevergoedingsregeling in de Wvvggz en de Wzd zoveel mogelijk geharmoniseerd. Ook moeten zorgaanbieders op grond van beide wetsvoorstellen gesignaleerde tekortkomingen in de zorg melden. Voorts kennen nu beide wetsvoorstellen een persoon die zorg draagt voor de interne kwaliteitsbewaking en het toezicht op de gedwongen zorg, zijnde de geneesheer-directeur, respectievelijk de Wzd-arts. Ook geharmoniseerd is dat zorgaanbieders locaties waar gedwongen zorg wordt verleend, moeten opnemen in een openbaar register. Daarnaast is in beide wetsvoorstellen opgenomen dat bij amvb moet worden geregeld welke vormen van gedwongen zorg buiten een accommodatie zijn toegestaan en onder welke voorwaarden. Deze amvb's zullen ook zoveel mogelijk worden geharmoniseerd.

Ten slotte is in beide wetsvoorstellen de relatie met de Wfz beter geregeld. De procedure voor de toepassing van artikel 2.3 Wfz is zowel in de Wvvggz als de Wzd verduidelijkt. Daarnaast is geharmoniseerd dat ten aanzien van

forensische patiënten die in een Wzd- of Wvvgg-accommodatie zijn opgenomen, bepaalde beheersbevoegdheden van toepassing zijn.

Het belangrijkste verschil in procedure is de rechterlijke toetsing. Onder de Wvvgg dient altijd een rechterlijke machtiging afgegeven te zijn voordat een patiënt gedwongen opgenomen kan worden of voordat er gedwongen zorg toegepast kan worden. Onder de Wzd dient er alleen een rechterlijke machtiging afgegeven te zijn voordat een cliënt gedwongen opgenomen kan worden in een instelling. Voor de toepassing van onvrijwillige zorg zonder opname is onder de Wzd echter gekozen voor de mogelijkheid van rechterlijke toetsing achteraf. De regering heeft er in de Wzd voor gekozen om gedwongen zorg via het zogeheten stappenplan te laten verlopen. De te volgen procedure is opschalend van aard, gaat uit van een zo snel mogelijke afbouw van onvrijwillige zorg en is vastgelegd in de wet.

Bij de implementatie van de wetsvoorstellen is nadrukkelijk aandacht voor de samenhang van de wetsvoorstellen en wordt informatie met betrokkenen gedeeld. De samenhang tussen de wetsvoorstellen zal ook onderdeel zijn van de handleidingen die voor de betrokken partijen zullen worden ontworpen.

### 3.

*In reactie op het antwoord op vraag 119 vragen de leden van de GroenLinks-fractie of een medische verklaring alleen kan worden aangevraagd door de cliënt zelf indien de aandoening nog niet op een eerder moment is vastgesteld.*

Dit is niet het geval. Een dergelijke verklaring hoeft niet formeel aangevraagd te worden. Wel is het belangrijk dat een ter zake kundig arts vast kan stellen dat er sprake is van een aandoening. In het geval dat een persoon zich niet uit zichzelf met een zorgvraag wendt tot een zorgaanbieder of een arts en weigert mee te werken aan een diagnose, kan de burgemeester onder strikte voorwaarden een beschikking tot inbewaringstelling afgeven (artikelen 29 e.v. van de Wzd). Onderdeel van deze procedure is ook de toets van een arts of voldaan is aan de voorwaarde voor de inbewaringstelling, waaronder de vaststelling of er sprake is van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Overigens verwacht de regering dat in verreweg de meeste gevallen de betrokken zorgverleners in staat zullen zijn om de betrokken cliënt te bewegen om mee te werken aan het verkrijgen van de juiste zorg.

### 4.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen om een nadere duiding van de jurisprudentie gevormd onder de Wbopz, waarnaar de regering in vraag 120 heeft verwezen als oorsprong van de begrippen materiële en immateriële schade in het kader van de definitie van «ernstig nadeel».*

Er bestaat een veelheid aan jurisprudentie over de verschillende facetten van het gevaarscriterium onder de Wbopz, waarin de definitie van «ernstig nadeel» zijn oorsprong vindt. Bij de interpretatie daarvan is altijd sprake van steeds in ontwikkeling zijnde jurisprudentie. Zo zal ook bij het gevaarscriterium onder de Wbopz en de daarmee corresponderende voorgestelde definitie van «ernstig nadeel» onder de Wvvgg en de Wzd nooit sprake zijn van een statisch begrip. Belangrijk is om voorop te stellen dat het gevaarscriterium reeds voor de invoering van de Wbopz in de jurisprudentie werd gehanteerd<sup>3</sup>, en dat dit criterium in de jurisprudentie onder de Wbopz verder is uitgewerkt. Deze jurisprudentie is in 2000

<sup>3</sup> Zie onder meer HR 16 april 1982, NJ 1983/33, m.nt. FHJM.

in de wet gecodificeerd door middel van een amendement van artikel 1, eerste lid, onder f, van de Wbopz van het (destijds) Kamerlid Dittrich<sup>4</sup>, waarin het begrip gevaar nader is omschreven conform de stand van de jurisprudentie van de Hoge Raad. Toen is niet is bedoeld om het gevaarscriterium anders in te vullen, maar om met dat begrip de praktijk meer houvast te geven. Ook nu wordt met het onderhavige wetsvoorstel niet bedoeld om het criterium anders in te vullen. Voor de praktijk verandert er op dit punt niets.

Onder de Wbopz is dwang buiten de kliniek niet toegestaan. Het onderscheid tussen dwang (en dus de kans op onheil) binnen de kliniek of buiten de kliniek is onder de Wbopz daarom niet relevant, waardoor de bestaande jurisprudentie daar ook niet op ziet. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of een nadere duiding van deze begrippen noodzakelijk is. De regering stelt zich op het standpunt dat het niet wenselijk en niet noodzakelijk is de begrippen nader te duiden, omdat deze criteria zijn gevormd en verfijnd op basis van de praktijk en de jurisprudentie die onder de Wbopz zijn ontstaan. Gebleken is dat de actoren die bij de uitvoering van de Wbopz betrokken zijn, hier goed mee uit de voeten kunnen. Er is daarom geen reden om voor gedwongen zorg buiten een accommodatie een andere definitie van ernstig nadeel te hanteren.

Anders dan de zorg die deze leden uiten, is de regering niet bevreesd dat deze begrippen leiden tot een (te) ruime toepassing van de Wvvgz of de Wzd, omdat er geen wijziging van het gehanteerde begrip wordt beoogd, en de toepassing van verplichte zorg altijd moet geschieden als ultimum remedium, dus alleen indien alle alternatieven zijn overwogen, waarbij vrijwillige zorg uitgangspunt is, en is getoetst of niet met een minder vergaand alternatief kan worden volstaan. Daarbij dient de voorgenomen zorg steeds te voldoen aan de algemene uitgangspunten en criteria van verplichte zorg zoals neergelegd in de Wvvgz, respectievelijk de voorwaarden gesteld aan het stappenplan aangaande de onvrijwillige zorg van de Wzd, waarbij telkens de afweging moet worden gemaakt of de inbreuk die wordt gepleegd, opweegt tegen het ernstige nadeel dat betrokkene of anderen ondervindt wanneer niet wordt ingegrepen. Tot verplichte zorg kan en mag dus nooit zomaar worden overgegaan. Overigens is dit onder de Wbopz niet anders. Ook daar wordt de toets gedaan of gedwongen opname echt de enige mogelijkheid is om het gevaar af te wenden. Zo is in de jurisprudentie het voorbeeld terug te vinden van een contactverbod in een situatie waarin een vrouw bij voortdurend een gynaecoloog en zijn gezin lastig viel.<sup>5</sup> Ook kan schuld-hulpverlening of bewindvoering soms een maatregel zijn om het gevaar te keren als sprake is van maatschappelijke teloorgang als gevolg van een psychische stoornis.

5.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen naar aanleiding van het antwoord op vraag 121 of beroep tegen een gedwongen opname in de Wzd mogelijk is, en of gedwongen zorg al is opgelegd alvorens dit beroep kan worden ingesteld.*

In de procedures bij de Wzd moet een onderscheid worden gemaakt tussen een gedwongen opname en onvrijwillige zorg. Indien de cliënt zich tegen opname verzet, is een rechterlijke machtiging nodig. Deze rechter-

<sup>4</sup> Kamerstukken II 1999/2000, 26 527, nr. 8.

<sup>5</sup> Zie voor meer voorbeelden van afwending van gevaar anders dan door opname: «De Wet Bopz; de betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg», R.B.M. Keurentjes, 9<sup>e</sup> druk, pp. 21–24.

lijke machtiging heeft een bepaalde geldigheidsduur. Tegen deze machtiging staat geen hoger beroep open, wel cassatie. Indien cassatie wordt ingesteld, schorst dit de gedwongen opname niet. De gedwongen opname kan evenwel tussentijds worden beëindigd als niet langer aan de criteria van de Wzd wordt voldaan.

Daarnaast kent de Wzd een afzonderlijke procedure voor het verlenen van onvrijwillige zorg. De procedure bij onvrijwillige zorg (dus zonder opname), die kan variëren van het dichtdraaien van de gaskraan tot het vastzetten of afzonderen van de cliënt, is dat deze moet worden opgenomen in het zorgplan via het stappenplan waaraan hiervoor is gerefereerd. Het wetsvoorstel is erop gericht dat onvrijwillige zorg alleen als ultimum remedium wordt toegepast. Het feit dat deze onvrijwillige zorg is opgenomen in het zorgplan, betekent nog niet dat deze onvrijwillige zorg dan ook zal worden toegepast; de mogelijkheid daartoe wordt slechts geopend. De in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg kan alleen ten uitvoer worden gelegd als in de praktijk een situatie ontstaat waarin niet (meer) kan worden volstaan met zorg op vrijwillige basis en uitsluitend die onvrijwillige zorg uitkomst biedt – kortom, als aan de uitgangspunten van het wetsvoorstel wordt voldaan. Daarnaast moet, voordat onvrijwillige zorg voor het eerst wordt toegepast, instemming van de zorgverantwoordelijke worden verkregen.

Tegen het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en tegen de uitvoering van het zorgplan kan een klacht worden ingediend bij de klachtencommissie met de mogelijkheid van beroep bij de rechter. De klachtprocedure schorst niet de eventuele toepassing van onvrijwillige zorg, maar de klachtencommissie moet wel binnen twee weken beslissen op de klacht. Vervolgens kan binnen zes weken beroep bij de rechter worden ingesteld, die vervolgens binnen vier weken moet beslissen. De procedure om een klacht in te dienen tegen de uitvoering van onvrijwillige zorg, verschilt niet van de procedure voor het uitvoeren van verplichte zorg onder de Wvvgz.

Van belang is dat een gedwongen opname of gedwongen zorg alleen aan de orde is als het echt niet anders kan en indien niet ingrijpen leidt tot mogelijk ernstig nadeel voor betrokkene zelf of voor anderen. Er ligt een zeer zorgvuldige afweging aan ten grondslag om al dan niet tot onvrijwillige zorg of gedwongen opname over te gaan, waarbij zowel de belangen van betrokkene worden meegenomen, als de belangen van derden (bijvoorbeeld naasten) en de belangen van de maatschappij.

6.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen in de context van artikel 8:20 Wvvgz of de regering het eens is met de visie van deze leden dat het feit dat een bepaalde handeling slechts in uitzonderlijke situaties wordt toegepast, geen invloed heeft op de vraag of toepassing van die handeling neerkomt op foltering. Daarbij betrekken de leden de intentie van degene die die handeling uitvoert.*

De regering is het vanzelfsprekend met deze leden eens dat foltering onder alle omstandigheden uit den boze is, ook als het in uitzonderlijke situaties zou worden toegepast. Daarnaast benadrukt de regering op deze plek graag dat het stellen van voorwaarden of beperkingen bij het beëindigen of tijdelijk onderbreken van verplichte zorg op grond van 8:20 Wvvgz haars inziens op geen enkele manier een vorm is van marteling of foltering. De doelstelling van de Wvvgz, en daarmee ook van artikel 8:20, is immers juist het verminderen of voorkomen van ernstig nadeel, niet het opzettelijk toebrengen van pijn of lijden. Om die doelstelling te bereiken kunnen zorgverleners verplichte zorg als ultimum remedium inzetten,

waarbij de algemene uitgangspunten van de Wvggz en de criteria voor en doelen van verplichte zorg in acht dienen te worden genomen. Hiermee wordt bereikt dat wanneer verplichte zorg het laatste redmiddel is, gekozen moet worden voor de lichtst mogelijke vorm van dwang, waarbij die dwang niet verder mag strekken dan noodzakelijk is.

Anders dan deze leden menen, wordt er niet bewust gekozen voor het risico om ernstig lijden te veroorzaken. Integendeel, de intenties van zorgverleners bij het toepassen van verplichte zorg zijn er juist op gericht om dergelijk lijden te verminderen, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de cliënt, zoals vastgelegd op de zorgkaart of in de zelfbindingsverklaring.

Overigens hecht de regering eraan om te benadrukken dat artikel 8:20 van de Wvggz juist de mogelijkheid biedt om voorwaarden aan een tijdelijke onderbreking of beëindiging van verplichte zorg nader te clausuleren, om te voorkomen dat te vergaande voorwaarden worden gesteld of die voorwaarden op oneigenlijke gronden berusten. In die zin dient dit artikel juist ter bescherming van betrokkene.

7.

*De leden van van de GroenLinks-fractie vragen waarom de procedure om te komen tot gedwongen zorg in de Wvggz beter is dan in de Wbopz. Daarnaast vragen de leden of de regering het toepassen van het stroomstootwapen in Bavo Europort als foltering ziet. Daarbij wijzen de leden op de uitleg van het VN-comité (artikel 14 en 15 van het anti-Folterverdrag) en vragen zij of de regering zich nog steeds op het standpunt stelt dat Nederland niet gehouden is aan deze niet-bindende interpretatie. Ook vragen deze leden hoe dit zich verhoudt tot de erkenning van het toezichthoudend comité door Nederland en het aanvaarden van het klachtenrecht. Verder vragen de leden van deze fractie of de regering kan aangeven waarom hier kan worden afgeweken van de standaarden van de VN en er voornamelijk wordt verwezen naar de standaarden van de verschillende instanties van de Raad van Europa.*

De voorgestelde procedure om te komen tot gedwongen zorg in de Wvggz is een verbetering ten opzichte van de Wbopz, omdat de zorg die de betrokkene nodig heeft voorop staat, en niet (alleen) gekeken wordt naar de noodzaak tot opname. Bij die beoordeling wordt ook uitdrukkelijk gekeken naar de wensen van de betrokkene. Verder betekent dit dat de rechter niet alleen een mogelijke opname toetst, maar de te leveren verplichte zorg als geheel. Een ander belangrijk verschil tussen de Wbopz en de Wvggz is de grotere rol voor familie en naasten, zowel qua recht op inspraak als qua recht op ondersteuning via de familievertrouwenspersoon.

In *Bavo Europort* heeft zich een situatie voorgedaan waarin de een stroomstootwapen is toegepast bij een patiënt. Zoals in de door de leden genoemde Kamerbrief is gemeld, is conform artikel 17 van de Ambtsinstructie voor de politie, de Koninklijke marechaussee en andere opsporingsambtenaren (hierna: Ambtsinstructie) een geweldsrapportage opgemaakt. Daaruit volgde dat de bij dit incident betrokken politieambtenaar in overeenstemming met de «geweldsinstructie toepassing stroomstootwapen» heeft gehandeld. Het gebruik van het stroomstootwapen werd in deze casus noodzakelijk en proportioneel geacht om de patiënt op een veilige manier onder controle te brengen, met als doel hem de benodigde medicatie toe te dienen. Dit doel kon niet op een minder ingrijpende manier worden bereikt. Het gebruik van het stroomstootwapen gebeurt op dit moment binnen een pilot die geëvalueerd zal worden. Het evaluatierapport van de pilot zal de basis vormen voor de

verdere besluitvorming over de vraag of een stroomstootwapen deel moet gaan uitmaken van de standaardbewapening van de politie. In die evaluatie zal – naar aanleiding van de motie Diertens Van Dam<sup>6</sup> – uitvoerig worden ingegaan op het gebruik van het stroomstootwapen op personen met verward gedrag en de risico's die dat met zich meebrengt.

De leden wijzen in dit kader ook op artikelen 14 en 15 van het *Verdrag tegen foltering en andere wrede, onmenselijke en onterende behandeling of bestraffing* en de interpretatie van het VN-comité van die artikelen. Artikel 14 heeft betrekking op het recht op schadevergoeding voor slachtoffers van foltering en artikel 15 behelst het verbod op het gebruik van bewijs dat als gevolg van foltering is verkregen. Nu deze artikelen in deze context niet geheel relevant lijken en de leden van de GroenLinks-fractie eerder vroegen naar de interpretatie van artikelen 14 en 15 van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (hierna: VN-verdrag), komt het de regering voor dat hier sprake is van een verschrijving en vat zij de vraag op als betrekking hebbende op het laatstgenoemde verdrag.

De regering stelt zich, met verwijzing naar het hierboven uiteengezette, op het standpunt dat verplichte zorg als ultimum remedium ter voorkoming van ernstig nadeel mogelijk is. Daarmee wordt de opvatting van het VN-comité inzake de rechten van personen met een handicap (hierna: VN-comité) op dit punt inderdaad niet gevolgd. Overigens hecht de regering grote waarde aan het belangrijke werk dat het VN-comité doet.

Zoals de leden aangeven past de lijn van Nederland bij de standaarden van de Raad van Europa. Groot gewicht komt daarbij toe aan het Verdrag voor de bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), zoals uitgelegd in de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM). Anders dan de oordelen van VN-comités, zijn de uitspraken van het EHRM juridisch bindend. Het EHRM heeft een lange geschiedenis van jurisprudentie waarin gedwongen opname onder omstandigheden toegestaan wordt geacht. Zo stelde het Hof in verschillende zaken: «*A mental disorder may be considered as being of a degree warranting compulsory confinement if it is found that the confinement of the person concerned is necessary as the person needs therapy, medication or other clinical treatment to cure or alleviate his condition, but also where the person needs control and supervision to prevent him from, for example, causing harm to himself or other persons*»<sup>7</sup>.

Het EHRM betreft in zijn jurisprudentie ook internationale ontwikkelingen, en in de recente zaak *Fernandes de Oliveira v. Portugal*<sup>8</sup> staat het ook stil bij het VN-Gehandicaptenverdrag. Niettegenstaande de uitleg van dat Verdrag door het VN-comité, zet het EHRM zijn vaste jurisprudentielijn inzake verplichte zorg voort en ziet het Hof het leveren van verplichte zorg in sommige omstandigheden zelfs als een positieve verplichting voor de staat. In genoemde zaak klaagt een moeder dat een psychiatrische instelling te weinig had gedaan om de zelfmoord van haar zoon te voorkomen. De zoon was, na een eerdere zelfmoordpoging, opgenomen in een instelling met een zogeheten «open door regime» waarbij de cliënten naar buiten konden lopen. Het EHRM stelde in die zaak dat de staat een plicht heeft om personen met een psychische aandoening te beschermen tegen zichzelf, in het bijzonder als er specifieke indicaties zijn

<sup>6</sup> Kamerstukken II, 2017/2018, 29 628, nr. 736.

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld EHRM 50272/99 (*Hutchison Reid v. the United Kingdom*), par. 52.

<sup>8</sup> EHRM 28 maart 2017, 78103/14 (*Fernandes de Oliveira v. Portugal*).

dat iemand met een dergelijke aandoening zelfmoord dreigt te plegen.<sup>9</sup> De interpretatie van het VN-comité dat gedwongen opname in geen enkele situatie zou zijn toegestaan strookt dus niet met lijn van het EHRM. De regering deelt de visie van het EHRM en acht de verlening van verplichte zorg als ultimum remedium noodzakelijk.

Tot slot nog een opmerking over het klachtrecht bij het VN-verdrag. Dit wordt geregeld in een facultatief protocol. Dit protocol is door Nederland nog niet geratificeerd. Ratificatie van dit protocol brengt complexe vraagstukken met zich mee die een zorgvuldige besluitvorming vergen. Zodra het kabinet een besluit heeft genomen over ratificatie van dit protocol, wordt Uw Kamer hierover geïnformeerd. Een tijdpad voor deze besluitvorming is echter op dit moment niet nader te preciseren.

8.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen met betrekking op het antwoord op vraag 123 van de memorie van antwoord of de regering kan toezeggen dat in de toekomstige evaluatie van de Wvvgz de visie van de zorgverantwoordelijken wordt meegenomen.*

De regering kan toezeggen dat bij de evaluatie de visie van de bij de uitvoering van de Wvvgz betrokken actoren, waaronder de zorgverantwoordelijken, zal worden meegenomen. Dat zal worden gedaan door onder meer de beroepsverenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging voor de psychiatrie (hierna: NVvP), in het proces mee te nemen.

9.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de verplichting tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en hoe deze algemene verplichting zonder individuele beoordeling zich verhoudt tot het noodzakelijkheidsvereiste en de criteria die in de jurisprudentie van het EHRM en het Hof van Justitie zijn ontwikkeld over het gebruik van persoonsgegevens door overheden en aan de overheid gelieerde instellingen. Ook vragen zij of een wettelijke basis voor informatie-uitwisseling en overleg passender is dan de in het wetsvoorstel voorgestelde informatie- en overlegverplichtingen.*

In het onderhavige wetsvoorstel wordt beoogd voor alle voorzienbare, noodzakelijke gegevensverstrekkingen een grondslag in de wet te bieden. De informatie die moet of mag worden uitgewisseld is vastgelegd en nader toegelicht in het wetsvoorstel. Naar de mening van de regering wordt voldaan aan de criteria van het EHRM en het Hof van Justitie.

Er is niet in alle gevallen sprake van een wettelijke verplichting. In sommige gevallen is een wettelijke verplichting beter dan een wettelijke mogelijkheid, omdat de arts in zo'n geval geen aparte afweging hoeft te maken met betrekking tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim; hij voldoet immers aan een door de wet opgelegde plicht. Uit het rapport van de Commissie Hoekstra blijkt dat er thans geen consistente lijn is in de wijze waarop instellingen van de ggz en zorgprofessionals inzage krijgen in de gegevens van politie en justitie en dat het voor betrokken professionals niet altijd duidelijk is wat qua gegevensverwerking onder de huidige wet- en regelgeving wel of niet is toegestaan. Met deze wettelijke regeling wordt tevens voorzien in een consistente lijn in de wijze waarop de gegevens worden uitgewisseld. De regering is van mening dat op deze wijze tegemoet wordt gekomen aan een belangrijke aanbeveling van de Commissie Hoekstra.

---

<sup>9</sup> EHRM 28 maart 2017, 78103/14 (*Fernandes de Oliveira v. Portugal*), par. 73.



De Autoriteit Persoonsgegevens heeft op 11 februari 2016 een advies uitgebracht inzake de tweede nota van wijziging van de Wvoggz. In de toelichting bij de tweede nota van wijziging is per te nemen maatregel en uitvoeringsfase aangegeven welke gegevens met welk doel worden uitgewisseld, wat de noodzaak daarvoor is en wat de wettelijke grondslag is. Daarnaast is in de toelichting de noodzaak van verwerkingen voorzien van een nadere onderbouwing.

Wat betreft de eis dat de regeling noodzakelijk is in een democratische samenleving geldt dat sprake dient te zijn van een dwingende eis in het algemeen belang. De gegevens worden verstrekt voor zover deze relevant zijn om vast te kunnen stellen of de geestelijke gezondheidstoestand van de betrokkene mogelijk een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor anderen met zich meebrengt en daardoor het verlenen van verplichte zorg noodzakelijk is. Deze noodzaak kan worden beschouwd als een dwingende eis in het algemeen belang. Aan het proportionaliteits- en subsidiariteitsvereiste wordt voldaan doordat het opleggen van verplichte zorg niet standaard wordt toegepast, maar slechts wordt ingezet als ultimum remedium. Ook schrijft de wet voor dat de verplichte zorg niet verder mag strekken dan strikt noodzakelijk is. De gegevens worden daarbij alleen verstrekt aan diegenen die zich een oordeel moeten vormen over de noodzaak voor de verplichte zorg en diegenen die bij de uitvoering van de verplichte zorg betrokken zijn. Dit louter voor zover de gegevens noodzakelijk zijn voor een goede uitoefening van hun wettelijke taak.

10.

*De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat bij het antwoord op vraag 24 van de memorie van antwoord, anders dan door de regering wordt gesteld, niet wordt ingegaan op een vraag van dezelfde leden. Zij vragen hoe groot de regering de groep verdachten acht ten opzichte van de groep patiënten, die, vanwege de mogelijkheid tot het vorderen van medische informatie indien niet wordt meegewerkt aan psychiatrisch onderzoek, mogelijk zorg gaan mijden.*

Deze leden merken terecht op dat in het antwoord op vraag 126 uit de memorie van antwoord wordt verwezen naar het antwoord op vraag 24, terwijl dat antwoord niet ingaat op de grootte van de groep patiënten die mogelijk zorg gaat mijden. De regering betreurt het dat hier sprake is van een onjuiste verwijzing. Verwezen had moeten worden naar het antwoord op vraag 23. Dat antwoord luidde als volgt: «Hoewel het lastig is om hiervan een inschatting te maken, gaat de regering ervan uit dat de regeling hooguit enkele tientallen keren per jaar zal worden toegepast. Naar aanleiding van de vraag van de fractieleiden van GroenLinks hoe groot deze groep verdachten is ten opzichte van de groep patiënten die hiermee mogelijk zorg gaan mijden, merkt de regering op dat zij niet verwacht dat deze regeling aanleiding zal zijn tot het mijden van zorg. Die vrees gaat uit van de veronderstelling dat mensen er rekening mee houden dat zij in de toekomst mogelijk een ernstig delict zullen plegen en dat zij hun zorgvraag telkens bewust afwegen tegen die mogelijkheid. De regering meent dat de meeste mensen een dergelijke afweging niet zullen maken. Voor zover zij dat wel zouden doen, meent de regering dat de voorliggende regeling een dusdanig beperkte reikwijdte heeft, dat daarvan niet een dermate afschrikwekkende werking uitgaat dat mensen die zorg behoeven, louter omwille van een mogelijke toekomstige toepassing van die regeling van behandeling af zullen zien. In dit verband merkt de regering nog op dat toeleiding naar passende zorg en ondersteuning aandacht krijgt in het programma personen met verward gedrag en dat dit één van de door het Aanjaagteam verwarde personen geformuleerde bouwstenen is. Toegang tot zorg moet laagdrempelig zijn, zodat

mensen bereid zijn passende hulp te zoeken. Voor zover er sprake is van personen die zorg mijden, ligt er een taak van de gemeente om deze mensen in beeld te brengen en toch te verleiden om passende hulp te zoeken. In een aantal regio's is afspraken gemaakt over het inzetten van professionals die zorgen dat personen die geen zorg willen, of die niet inzien dat ze die nodig hebben, passende hulp krijgen. Dit wordt gedaan door teams van de GGD, ggz (in de vorm van FACT-teams) of in samenwerking. Tot slot zegt de regering toe dat bij de reeds toegezegde evaluatie van de regeling bezien zal worden of de toepassing van de regeling leidt tot deze, of andere, mogelijke ongewenste neveneffecten.»

11.

*Genoemde leden vragen met welke ketenpartners wordt gesproken over informatie-uitwisseling, naast het OM, GGZ Nederland, NVvP, MIND, VNG, politie, de rechtspraak en de Ministeries van VWS en J&V, of bij het genoemde nader onderzoek ook de kosten worden meegenomen en op welke wijze bij de inrichting van de informatie-uitwisseling recht wordt gedaan aan de fundamentele bezwaren van de Eerste Kamer tegen een centraal informatiesysteem.*

Naast het OM, GGZ Nederland, NVvP, MIND, VNG, politie, de rechtspraak en de Ministeries van VWS en J&V, die gezamenlijk opdrachtgever zijn van het ketenprogramma, wordt gesproken met ggz-instellingen, gemeenten, Zorginstituut Nederland, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd en Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon. Verder is er contact met Landelijke Stichting Familie Vertrouwenspersonen, de Orde van Advocaten, Reclassering Nederland, Aedes, Vereniging gehandicaptenzorg Nederland, de Landelijke Huisartsen Vereniging, GGDGHOR, DJI, het NIFP en de Inspectie voor Justitie en Veiligheid.

Momenteel wordt de keteninformatievoorziening door de ketenpartners nader uitgewerkt. De kosten voor de realisatie voor het geheel en per ketenpartner zijn daar onderdeel van.

Er is geen sprake van één overkoepelend informatiesysteem waar alle patiënten in staan en waar iedereen toegang tot heeft. Wel wordt informatie uitgewisseld tussen de ketenpartners en dat is ook de bedoeling. Binnen het ketenprogramma wordt gewerkt aan een veilige uitwisseling van gegevens binnen de kaders die de wetsvoorstellen bieden. Het uitgangspunt bij de inrichting van de informatievoorziening is dat elke individuele bewerking plaatsvindt op basis van een grondslag in de Wvvgz en onder verantwoordelijkheid van slechts één in de uitvoering van de wet betrokken organisatie. Iedere organisatie is zelf verantwoordelijk voor het zorgvuldig en veilig registreren van zijn eigen persoonsgegevens. In de samenwerking tussen de partijen worden persoonsgegevens alleen verstrekt vanuit een organisatie als op dat moment verstrekker en ontvanger een specifieke wettelijke taak hebben met betrekking tot een cliënt in het kader van deze wet. Er is daarbuiten geen sprake van toegang tot elkaars systemen of gegevens. Zo is het voor zowel toezichthouder als betrokkene eenvoudig om de verwerkingsverwoordelijke te adresseren. Met deze opzet en de expliciete wettelijke basis voor gegevensuitwisseling wordt recht gedaan aan de belangrijkste bezwaren van de Autoriteit Persoonsgegevens inzake het EPD. De amvb waarin de gegevensuitwisseling nader wordt uitwerkt, zal worden voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens.

12.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen de regering te verduidelijken waarom nu al wordt gesteld dat de implementatieperiode niet wordt verlengd, terwijl nog niet duidelijk is op welke wijze de informatie-*

*uitwisseling tot stand zal komen en of de fundamentele bezwaren van de Eerste Kamer inzake een proportionele privacyafweging voldoende zijn meegenomen.*

Het streven is er op gericht om bij inwerkingtreding van de Wvvgz een informatievoorziening gereed te hebben, waarin de belangrijkste processen veilig digitaal verlopen. Vervolgens wordt in fasen toegewerkt naar volledige invoering van een stelsel van informatievoorzieningen. Op dit moment is er geen aanleiding voor verlenging van de implementatieperiode, waarbij is aangegeven dat die ten minste een jaar na aannemen van de wetsvoorstellen door de Eerste Kamer zal betreffen. Daarnaast wordt bij de inrichting van de keteninformatievoorziening voldoende aandacht besteed aan de privacybeschermende maatregelen. Hierbij is privacy bij design van belang, waarbij de bescherming van persoonsgegevens en de borging van de rechten van de betrokkenen vanaf het allereerste begin in de informatiesystemen worden ingebouwd. Ook zal tijdens het opstellen van de informatie-uitwisselingproducten in ketenverband continu worden gezocht naar de minimale gegevensset in het kader van proportionaliteit, doelbinding en subsidiariteit.

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