

3

Verplichte geestelijke gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

- het wetsvoorstel **Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) (32399)**;
- het wetsvoorstel **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) (31996)**;
- het wetsvoorstel **Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg) (32398)**.

De **voorzitter**:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Rechtsbescherming en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer. Het is voor de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het eerste optreden hier in de Eerste Kamer. Ik wens u daarbij veel wijsheid toe.

Ik breng de Kamer in herinnering dat de behandeling van het wetsvoorstel 32398, de Wet forensische zorg, op 1 april 2014 op verzoek van de toenmalige staatssecretaris van Veiligheid en Justitie is geschorst. De voortzetting van de behandeling is vandaag en morgen gezamenlijk met de behandeling van de wetsvoorstellen 32399, de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, en 31996, de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

De beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de heer Dercksen.



De heer **Dercksen** (PVV):

Voorzitter, dank u wel. Ten eerste heet ook ik de minister en de staatssecretaris, die hier voor het eerst zijn, welkom in dit huis. Minister Dekker hebben we hier al eens eerder mogen zien.

Voorzitter. De combinatie van wetten die we vandaag bespreken, kent een nogal bijzondere en vooral heel lange aanloop. Zo werd het debat over de Wet forensische zorg in dit huis eerder geschorst vanwege vele vragen, hiaten en complexiteiten. Deze wet wordt nu gezamenlijk met de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz behandeld. Na vele nieuwe vragen uit dit huis en een deskundigenbijeenkomst kwam de minister op de laatste dag voor het reces met een brief, waarin hij alweer reparatiewetgeving aankondigt, nadat eerder al de nodige reparaties zijn verricht. Normaal gesproken zegt de PVV-fractie: nou, komt u vooral terug als u klaar bent. Maar daar is deze wetgeving net weer te belangrijk en te gevoelig voor. Want al zou door deze wetgeving, en dan vooral door de Wet forensische

zorg, één verknipte persoon de longstay in verdwijnen, in plaats van op de samenleving te worden afgestuurd, dan zou dat wat ons betreft winst zijn, hoewel op zowel het tbs-systeem als de Wet forensische zorg het nodige valt af te dingen. Ik kom daar nog op terug. Voor de uitvoering komen er nog een heleboel AMvB's. Ook daar is de PVV op voorhand niet blij mee.

Voorzitter. Dan eerst de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang. Het kabinet beoogt de patiënt op de juiste plek te krijgen. Dat onderschrijven wij, tenzij de patiënt een crimineel is. Dan is de juiste plek wat ons betreft de gevangenis. De PVV-fractie heeft, met name bij de Wet zorg en dwang, ook haar zorgen of dwang niet juist op de loer ligt bij een gebrek aan goede zorg. Hoe voorkomt de minister dat daar waar er fors bezuinigd is, met name op de ouderenzorg, dwang humane zorg in de weg staat? Het vorige kabinet heeft nogal fors bezuinigd op de ouderenzorg. Tal van voormalige Tweede Kamerleden van de PvdA zijn verbazingwekkend genoeg ook weer in baantjes in de zorg gerold.

Voorzitter. Velen uit de wereld die bij aanvang van dit wetgevingsproces enthousiast waren, zijn afgehaakt, vaak in stevige bewoordingen. Kan de minister daarop reageren? Hoe krijgt de minister de partijen die uitvoering moeten geven aan deze nieuwe wetgeving, zover dat de wet ook echt geïmplementeerd wordt? Hoe garandeert hij de uitvoerbaarheid, die wij in dit huis juist moeten toetsen, vooral als partijen in het veld, van OM tot zorgpartijen, de complexiteit van de regelgeving zien als een groot obstakel? Zij die moeten uitvoeren, zeggen: hoe dan?

Voorzitter. De toepassing van de regelgeving is vaak nog belangrijker dan de regels zelf. In de casus van Bart van U., de moordenaar van mevrouw Borst, lijkt het erop dat als de wetgeving juist zou zijn toegepast, dit verschrikkelijke voorval niet zou hebben plaatsgevonden. Dan kunnen wij hier wel nieuwe wetten aannemen, maar wat als die ook niet goed worden toegepast? Hoe gaat de minister dat controleren als dat in het verleden al niet lukte? Het OM heeft al om meer tijd en geld gevraagd voor de nieuwe IT, en de combinatie IT en overheid is niet de meest gelukkigste combinatie. Als de overheid de IT al aan de praat kreeg, duurde de invoering veel langer en kostte die veel meer. Hoe ziet de minister dat? Is daar ruimte voor?

Over geld gesproken: de vraag is ook of de financiën leidend zijn bij indicatiestellingen. Als er onvoldoende capaciteit wordt ingekocht, wie is daar dan voor verantwoordelijk? Is dat straks de burgemeester, via de Wmo? Komt er druk op lagere indicatiestellingen omdat dat goedkoper is? Kan de minister dat nog eens toelichten? Kan hij de kwaliteit ongeacht de financiën blijven of misschien wel gaan waarborgen?

Enkele jaren geleden bracht de Taskforce Behandelduur tbs een rapport uit. Er werd gezocht naar mogelijkheden om de behandelduur te verkorten, want het moest goedkoper. Tbs-klinieken krijgen intussen boetes als de behandeling te lang duurt, maar onze primaire zorg, ook in dit huis, moet toch vooral zijn het voorkomen van recidive? Hoe maken we onze samenleving veiliger? En zijn de kosten van al die recidivisten en van het berechten en het opsporen daarvan, niet veel hoger dan die van een lange behandeling? Zo bezien lijkt langer opsluiten niet alleen de meest veilige manier, maar ook de meest kostenefficiënte.

Wij zien ook vooruitgang in de wetsvoorstellen. Verplichte zorg en dwang moet een ultimatum remedium zijn. De borging van de rol van de familie en de omgeving van betrokkenen juichen we zeer toe. Ook de veiligheid van de samenleving krijgt meer gewicht binnen de Wet verplichte ggz. De wetgeving is echter, zeker bij mensen met multiproblematiek, niet altijd even scherp en eenduidig over de doelgroepen. Mensen worden al snel verward genoemd. Waar zit het onderscheid? Antisemitische terroristen worden door de politie en het OM ook al aangeduid als verwarde personen, omdat dat politiek correct wat beter uitkomt. Dus als er klaarblijkelijk bij het OM niet eens de wil is om te begrijpen wat er in de maatschappij aan de hand is — terroristen worden niet gezien als terroristen — hoe kan deze wetgeving, en welke wetgeving dan ook, dan voor meer veiligheid zorgen? Wat als de overheid de zwakste schakel is?

Voorzitter. Ik heb nog een aantal meer specifieke vragen ... Ik heb mijn telefoon aan laten staan, merk ik. Het debat leent zich misschien niet zo goed voor het stellen van heel specialistische vragen, maar voor hen die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn, verdwijnt artikel 37, de machtiging waardoor het OM zelfstandig kan oordelen, ook zonder medewerking van de verdachte. Er ontstaat een leemte, omdat binnen de Wet verplichte ggz op een andere manier wordt getoetst. Nu is het onduidelijk of deze verdachte een zorgmachtiging krijgt. Is het niet verstandig, zo vraag ik de minister, om de strafrechter toch zelfstandig de mogelijkheid te bieden om deze zorgmachtiging te verlenen?

Tijdens de expertmeeting werd door de heer Ruys van de Raad voor de rechtspraak de overgang van het strafrechtelijk circuit naar het civiele deel aan de orde gesteld. In principe kan de situatie zich voordoen dat de rechterlijke keten de tbs beëindigt en dat een betrokkene in cassatie gaat tegen de machtiging op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Dan is iemand dus uit de tbs, maar niet in de Wet verplichte ggz. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Ik hoor graag in een reactie of en hoe de minister deze leemte gaat opvullen. Daar waar wetten elkaar overlappen, en dat doen ze nogal nadrukkelijk, geldt dan het strengste regime.

Dit zijn een aantal uitvoeringsproblemen. Ik denk dat de collega's met nog veel meer problemen zullen komen. De crisismaatregel die komt in de plaats van de inbewaringstelling, is er ook zo een. Wij krijgen het gevoel dat we ook hadden bij de Wet DBA voor de regulering van de zzp-markt. Uiteindelijk koos een meerderheid in dit huis — en wij ook; dat geef ik rustig toe — ervoor om die wetgeving toch maar te laten passeren, omdat ook een deel van het veld dat wilde om te weten waar ze aan toe waren. Maar het leverde wel de chaos op die we nu hebben. Hoe voorkomen we nu dat we in dezelfde valkuil stappen? Bij deze wetgeving gaat het namelijk wel over zorg, gezondheid en veiligheid. Vele betrokkenen pleiten nu al voor een veegwet, een reparatiewet. Ook de minister kwam met reparatiewetgeving; ik zei het al. Dat zou toch ook een veeg teken moeten zijn?

Voorzitter. Dan de Wet forensische zorg. Dat is een organisatiewet die de minister onder andere de mogelijkheid geeft tot het geven van een aanwijzing aan de raad van bestuur van een instelling. Hij kan zelfs het beheer overnemen of een bewindvoerder aanstellen indien de omstandigheden daartoe aanleiding geven. Maar dat moet dan wel gebeuren. Recentelijk heeft de minister ingegrepen bij de psychiatri-

sche kliniek Altrecht Aventurijn in Den Dolder, nog zonder deze wet. Daar worden voorlopig geen zware gevallen meer geplaatst om — ik citeer — "de kliniek de ruimte te geven voor verbetering". Dat is politiek correcte praat voor: de bende op te schonen die daar is. Ik woon daar in de buurt. Ik kan je vertellen dat het grote indruk maakt als het leger door je wijk marcheert op zoek naar een vermiste jonge vrouw. Het leed voor nabestaanden, familie en kennissen is onmetelijk veel groter, maar ook op de omgeving heeft zoiets grote impact.

De omgeving klaagde al jaren steen en been over deze kliniek, maar de CDA-burgemeester bagatelliseerde de problemen. Ook toen er aanwijzingen waren dat de autobranden van begin 2017 werden veroorzaakt door de bewoners van Altrecht mocht er vooral niet gewezen worden naar Altrecht, want dat zou maar stigmatiseren. Dat mocht niet. Over de zwakste schakel gesproken. De wethouder die destijds de kliniek Den Dolder in rommelde, zei vorige week nog op Blendle dat we ons niet zo druk moesten maken over de veiligheid omdat er ook een Remiafabriek staat waarmee wat kan gebeuren. De veiligheid van onze mensen ligt in handen van dit soort lieden.

Voorzitter. Na de verschrikkelijke gebeurtenissen daar van afgelopen najaar werden er bijeenkomsten georganiseerd waarbij burgers vooral hun mond moesten houden. Ze mochten luisteren naar het OM, de burgemeester en naar de dames van Altrecht. Er was eigenlijk niet zo veel aan de hand, werd ons verteld, terwijl in een documentaire nota bene een paar jaar voor het geval een van de vrouwelijke begeleiders zei dat zij als vrouw 's avonds niet in de buurt van de kliniek durfde te komen. Onze vrouwen en dochters zijn klaarblijkelijk niet zo belangrijk voor de hulpverleners. Ze vertelden ons tijdens die bijeenkomst dat er streng gecontroleerd wordt op drugs, drugsgebruik en drugshandel. Bij alle onderzoeken en interviews was echter niet te ontkomen aan de conclusie dat het daar een drugshol was. Er worden urinetests afgenomen, zeiden de dames, dus het is eigenlijk onmogelijk dat er drugs in de kliniek zouden zijn. Wat moeten we met dit soort bestuurders? Er wordt openlijk gedeald op het station. Er wordt openlijk gedeald op het terrein. Op kinderspeelplaatsen werd gesnoven. Patiënten die er verbleven vertelden dat je, als je nog niet aan de drugs zat, erg je best moest doen om er niet aan te geraken in de kliniek. Iedereen in de buurt die weet dat, maar de dames van Altrecht doen alsof hun neus bloedt. Een van hen ging een relatie aan met Michael P. Recentelijk sloot men het terrein om zo veel mogelijk ongewenst verkeer op het terrein te voorkomen. Iedereen bij ons in de buurt weet: daar werd gedeald, jarenlang. Ik wil hiermee het volgende zeggen. We kunnen hier honderd wetten aannemen, maar als we de uitvoering leggen in handen van hen die misstanden ontkennen en niet herkennen, en het toezicht op hen faalt, dan is het water naar de zee dragen.

Ontsnappingsen van tbs'ers zijn aan de orde van de dag. In 2014 waren er 253 pogingen. Bij het bowlen, bij fietstochtes, bij het halen van patatjes: ze zijn vertrokken. Tbs'ers hebben kinderporno de kliniek binnengesmokkeld. Een tbs'er veroordeeld voor mensenhandel kan een minderjarig meisje alleen ontvangen. Tbs'ers bedreigen slachtoffers per telefoon en per post. Over deze zaken wordt vooral niet gecommuniceerd. Het moet vooral onder de pet blijven. Het is een grote bende. Hoe kunnen we de veiligheid van de omgeving garanderen — daar zou het toch om te doen

moeten zijn — als we te maken hebben met weggijkende burgemeesters en bestuurders en gedragstherapeuten die liegen? Hoe gaat de minister met deze nieuwe wet in de hand daarop toezien? Gaat hij de bestuurders van dit soort disfunctionerende klinieken onmiddellijk vervangen?

Hoewel dit later in het wetsvoorstel is gevoegd, ging veel aandacht uit naar de weigerende observandi. Met deze wet kunnen medische gegevens worden gevorderd — voor de PVV-fractie op een zorgvuldige manier — om zo veel mogelijk te voorkomen dat verdachten die weigeren om mee te werken aan een opname in het Pieter Baan Centrum, tbs ontlopen. Onvermijdelijk komen we dan toch nog een keer op de casus van Michael P. Het OM eiste in hoger beroep een lagere straf dan hij in eerste aanleg kreeg.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik hoor de heer Dercksen namens de PVV zeggen dat het nodig is dat verdachten geobserveerd worden omdat zij tbs opgelegd zouden moeten krijgen. Tegelijkertijd is het standpunt van de PVV altijd geweest dat we tbs moeten afschaffen, omdat die veel te duur is. Dus ik begrijp het niet. Waarom moeten de mensen nu opeens allemaal tbs krijgen, terwijl de PVV de tbs wil afschaffen?

De heer Dercksen (PVV):

Misschien is het goed dat u mijn betoog even afluistert. Op basis van de recidivecijfers — ik heb hier een rapportje van het WODC bij mij — zijn wij inderdaad van mening dat het voor het belangrijkste gedeelte niet helpt en dat het veel beter is om mensen langere gevangenisstraffen te geven. Bij moorden en bij verkrachtingen zou veel vaker levenslang gegeven moeten worden. Wij zijn geen voorstander van tbs, zeker niet, maar met de Wet forensische zorg maken we een ministapje — een ministapje, ik geef het toe — om de rechter de mogelijkheid te bieden om in ieder geval te zorgen dat die mensen langer uit de samenleving verdwijnen.

Onvermijdelijk kom ik dan toch weer op de casus van Michael P. Het OM eiste in hoger beroep een lagere straf dan hij in eerste aanleg kreeg, want het adagium was: in vergelijkbare gevallen wordt er niet zo zwaar gestraft. Ik weet niet wie de moeite heeft genomen om het vonnis te lezen, maar deze dader had twee minderjarige meiden op bizarre, sadistische wijze verkracht. Een droom was uitgekomen, zo zei de gek, die daarnaast nog wat gewelddadige overvallen pleegde. Wat moet je als verdachte in hemelsnaam nog meer doen om de rechter van je krankzinnigheid te overtuigen? Ook dit dossier leest als een pleidooi voor minimumstraffen. We kunnen hier honderd wetten aannemen, maar Nederland wordt er geen millimeter veiliger op als rechters als deze de rechtbanken en de gerechtshoven bevolken. De voorzitter van het gerechtshof dat deze Michael P. slechts elf jaar oplegde, zit nu in de top van het Openbaar Ministerie. Arm Nederland!

In de berichtgeving rond Altrecht heeft de minister aangegeven dat hij de mogelijkheid wil onderzoeken om weigerende verdachten toch tbs te kunnen laten opleggen na afloop van de detentie. Hoe staat het met die voorstellen? Zijn die aanvullend op de Wet forensische zorg, die we vandaag en morgen bespreken?

In het WODC-rapport van 2012 staan de recidivecijfers van zedendelinquenten. Ik kijk maar gewoon naar de cijfers, want die zijn het meest duidelijk en het meest desastreus ook. De algemene recidive komt op wat langere termijn op zo'n 70%. De ernstige en zeer ernstige recidive — en dat zijn al snel levensdelicten — ligt rond de 60%. En dat is dan als de dader gepakt wordt. Daarvoor moet je in dit land goed je best doen. Ik roep u in herinnering dat er moordonderzoeken stilliggen vanwege capaciteitsproblemen. Hoeveel bewijs moet er zijn om aan te tonen dat het systeem dat we nu hebben niet werkt?

Ook de gerechtshoven en rechtbanken kennen deze cijfers. Waarom worden die, klaarblijkelijk, niet gebruikt? Zouden wij medicijnen toelaten waarbij de afloop fataal is, en dan niet zozeer voor de patiënt maar voor de omgeving? Die zouden wij nooit toelaten. Hoe lang laten wij onze vrouwen en dochters rondlopen in de proeftuin van sociale wetenschappers? Wij kunnen hier honderd wetten aannemen, maar als de uitvoering zo belabberd is en in de rechtbank niet de veiligheid van de samenleving maar de zielige dader centraal staat, dan zal het er niet veiliger op worden.

Jeugd-tbs. De pij-maatregel faalt volledig. De helft gaat na twee jaar in de fout en over een wat langere periode is dat 80%, als je al gepakt wordt. 80% is bijna iedereen! Hoe kan dat? Een jeugd-tbs'er kost per dag €563, tenminste in 2012, en het zal niet goedkoper zijn geworden. Niemand weet of die pij-maatregel werkt. De rij terugvallende jeugd-tbs'ers met zeer ernstige geweldsmisdrijven is ellenlang. Wanneer komen we tot de conclusie dat het niet werkt? Hoogleraar familierecht aan de Universiteit van Tilburg, de heer Vlaardingerbroek, noemt de jeugd-tbs een black box. Ik citeer: "Wij weten nog steeds te weinig over wat wel en niet werkt". En dat voor €563 per dag. De WODC schrijft in 2012: "Of de pij-maatregel jeugd-tbs zijn doel heeft bereikt valt dus niet te zeggen."

Voorzitter. Vorige week was het geval van Romy in het nieuws. De dader had al eerder een meisje aangerand en de rechter had de zaak geseponeerd. De rechter had de zaak geseponeerd! Wat voor signaal is dat naar dat meisje, naar de slachtoffers van de omgeving? Nee, hij moest behandeld worden en nu zitten wij met de brokken.

Mevrouw Wezel (SP):

Voorzitter. Rechters seponeren niet: het OM seponeert. De feiten moeten wel kloppen als er iets wordt gezegd.

De heer Dercksen (PVV):

Ik heb dit citaat uit de krant. De Volkskrant, trouwens. Dat zal u aanspreken.

Maar de zaak werd geseponeerd en of het OM dat nu doet of de rechter, hoe kun je een zaak seponeren want het probleem zit in het systeem? Hoe kun je een zaak seponeren van iemand die is aangerand? Legt u het mij eens uit? En als je eigen dochter de klos is? Legt u het mij eens uit? Wat gaat de minister doen aan dit soort maatregelen, aan het feit dat wordt gezegd: ga maar in behandeling? Dan komt je dochter thuis, zij is aangerand en dan is de conclusie dat de overheid heeft gezegd: laat maar zitten.

Voorzitter. Wat ons ook verbaasde, is dat er geen enkele aandacht is geweest voor het rapport van de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. Niet zolang geleden presenteerde zij een rapport over het vaststellen van het recidiverisico bij zedendelinquenten. Het terugbrengen van het recidiverisico, dat is toch waar het ten slotte over zou moeten gaan? Het is een rapport over het onderzoek naar het risico van recidive en de vraag of de behandeling die delinquenten krijgen opgelegd, wel aansluit bij dat recidiverisico. Zij constateert dat de aansluiting onvoldoende is. De best beschikbare methode, de actuariële methode, wordt niet gebruikt. Nog een keer: de best beschikbare methode om recidive bij zedendelinquenten vast te stellen, wordt niet gebruikt. Wat is dat voor een land, voorzitter? Waarom wordt de beste methode niet gebruikt? "Wij moeten ons niet focussen", zegt de nationaal rapporteur, "op de stoornis en die behandelen of denken te behandelen en dan denken dat het gevaar geweken is. Dat is de afgelopen honderd jaar aantoonbaar een onjuiste manier van denken geweest." Nog maar een keer: het focussen op de stoornis en dan denken die te behandelen, is al honderd jaar een aantoonbaar onjuiste manier van denken geweest. Hoe kan dat in hemelsnaam?

Kijk naar de risicofactoren en het recidiverisico. Dat moet toch de focus zijn: hoe krijgen we de samenleving veiliger? "Risicotaxatie-instrumenten kunnen veel beter bepalen wat het recidiverisico is", schrijft het rapport, "en daar hoeft de verdachte ook helemaal niet aan mee te werken." Probleem opgelost, het probleem van die weigerende observandi.

Statistische risicoanalyse. De rol van de behandelaar lijkt juist de onbetrouwbare schakel, zo zegt dit rapport. "De statistische methode werkt het best als je verder zo min mogelijk toevoegt." Dat schrijf ik niet; dat schrijft de Nationaal Rapporteur. Er is geen goede reden te bedenken om deze methode, de best werkende methode, niet te gebruiken. Waarom is die niet ingevoerd?

Nogmaals, er is een overvloed aan wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt dat de voorspellende waarde van deze statistische instrumenten vele malen groter is dan die van het klinisch oordeel. We kunnen het ons toch niet veroorloven om daar vandaag niet over te spreken? Het gaat over leven en dood. Het gaat over verscheurde gezinnen en families en de samenleving. Het minste wat we kunnen doen is toch dit rapport vandaag met elkaar bespreken? Dan kunnen we hierbij ook de reclasseringsmedewerkers en de gedragsdeskundigen passeren, want zij komen volgens dit wetenschappelijk rapport niet tot de juiste beoordeling van het recidiverisico. Gelet op de cijfers lijkt mij dat een juiste conclusie. Dan kunnen wij, de politiek, zelf bepalen bij welk recidiverisico we van mening zijn dat iemand weer kan terugkeren naar de maatschappij. De PVV zal kiezen voor een veiliger samenleving zonder kans op meer slachtoffers. Ik zou hier graag een uitgebreide reactie van de minister op krijgen.

Laat ik er nog een voorbeeld aan toevoegen. Een verknipte geest die vanaf zijn negende in aanraking is geweest met justitie overvalt mensen op straat en steekt daarbij mensen in nek en gezicht. Het OM legt het gerechtshof niet een of twee rapporten voor, maar elf. Daaruit blijken persoonlijkheidsstoornissen, ziekelijke stoornissen, beperkte geestelijke vermogens en ga zo maar door. Maar nadat de dader in

het Pieter Baan Centrum is geweest, zegt het hof: het kan niet worden bewezen dat hij aan de stoornis leed ten tijde van de pogingen tot doodslag. Wat moet je dan nog? Elf rapporten. Ik maak mij sterk dat, indien wij de zogenaamde gedragsdeskundigen buiten deze beoordeling hadden gelaten en we deze statistische actuariële methode hadden gebruikt, wij de recidivekans veel nauwkeuriger hadden kunnen inschatten. Want na elf jaar minus 30%, dus na een jaartje of zeven, staat deze man weer buiten. Het is levensgevaarlijk en volstrekt idioot.

Voorzitter. Wij bekijken het wetgevingsproces niet vanuit het perspectief van de zielige dader die ten koste van alles geholpen moet worden en kansen moet krijgen, maar vanuit het perspectief van de samenleving die moet worden beschermd tegen zieke geesten.

Tot slot. Wat doen we met mensen die van buiten komen en die door de open grenzen van Schengen, door die vermaledijde EU, gewoon ons land binnenkomen? Vorig jaar werd een volstrekt willekeurige vrouw in het centrum van Utrecht doodgestoken door een Pool. Hij kreeg voor het doodsteken van deze vrouw een fopstraf van drie jaar. En vervolgens stroomt hij dan weer het peperdure, slecht werkende tbs-systeem in. "Hoeveel van dit soort lieden uit andere Schengenlanden lopen er in Nederland rond?", zou ik aan de minister willen vragen. Hebben we daar zicht op? Kunnen wij deze mensen niet tot persona non grata verklaren nadat zij hun straf hebben uitgezeten? En waarom niet? Of mogen de nabestaanden, maar ook de rest van Nederland, ook nog financieel opdraaien voor deze combinatie van falende systemen?

Ik dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Dercksen. Ik geef het woord aan de heer Diederik van Dijk.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Met het oog op de zeer complexe zorgwetten waarover wij vandaag spreken, haal ik graag wat wijsheid van Plato erbij. Daarmee wil ik mijn speech inzetten. Ik citeer Plato. "Het punt is dat een wet nooit de beste instructie kan geven: ze omvat niet precies wat voor iedereen samen het wenselijkste en het rechtvaardigste is. Wat zijn de verschillen tussen mensen en tussen omstandigheden groot! Zelfs kun je zeggen dat de menselijke verhoudingen nooit rust of duur kennen. Daarom is het onmogelijk dat er ook maar één vakgebied bestaat waarbinnen je voor een bepaald geval eenvoudige regels kunt maken die alom en altijd opgaan." Tot zover Plato in zijn De Staatsman. Verplichte kost voor senatoren, denk ik.

Voorzitter. Het zal niet meevallen om een openstaande deur verder in te trappen dan door op te merken dat we vandaag spreken over complexe wetsvoorstellen, met een minstens zo complexe voorgeschiedenis. Het is ook bij voorbaat duidelijk dat we de ideale zorgwetgeving, toegesneden op iedere persoonlijke zorgvraag en duidelijk voor elke zorgverlener, vandaag niet bereiken. Het blijft stukwerk en de vraag ligt inmiddels op tafel of de wetsvoorstellen, inclusief alle wijzigingen daarop, nog werkbaar zijn voor het veld.

Voorzitter. Ik start bij het wetsvoorstel Zorg en dwang. In deze Kamer zitten heel wat mensen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg. Een van de grootste uitdagingen is het vinden van voldoende personeel. Dat is een enorme opgave, die komende jaren alleen maar groter wordt. Het is echt een probleem. Dan is het van des te meer belang dat de mensen die werkzaam zijn in de zorg, daadwerkelijk met hun handen aan de slag kunnen. Zij moeten geen sloten van tijd verliezen met allerlei administratieve handelingen. Dat wordt door iedereen onderschreven, zeker ook door de bewindspersonen. Ik verwijs ook slechts naar het recente regeerakkoord. Nu bespreken we echter een wetsvoorstel dat uitbundig een extra duit doet in het zakje van de administratieve rompslomp. Ik kom daar uiteraard uitgebreider op terug, maar deze constatering brengt mij al wel bij de vraag, mede in het licht van de door de minister gestuurde brief, waarin hij nu al aanpassingen van deze wet aankondigt, of het niet beter is om deze wet niet te laten ingaan voordat het wetsvoorstel met aanpassingen is aangenomen. Feitelijk heeft de minister een novelle aangekondigd. Het is allereerst een vraag aan de Kamer, maar acht ook de minister het niet logisch dat deze Kamer de stemming aanhoudt tot die novelle er is? Ook vraag ik mij af of het inmiddels niet noodzakelijk is voor de uitvoerbaarheid dat er een integrale toelichting komt op de wetstekst, omdat deze nu zo versnipperd terug te vinden is in de wetsgeschiedenis, dat dit de uitvoerbaarheid onacceptabel schaadt.

Voorzitter. Het kernbezwaar van mijn fractie tegen de Wet zorg en dwang is gelegen in het punt van de uitvoerbaarheid. Ik vrees dat het stappenplan onvrijwillige zorg voor zorgmedewerkers onuitvoerbaar zal blijken te zijn. Dat was voor de Tweede Kamerfractie van de SGP reden om tegen dit wetsvoorstel te stemmen. Het was daarom een verrassing dat de minister juist over dit kernbezwaar een brief naar de Eerste Kamer stuurde, waarin hij aankondigde de uitvoerbaarheid van het stappenplan te vergroten. De minister gaat voorstellen dat een externe adviseur alleen geraadpleegd hoeft te worden als dit noodzakelijk is voor een goede zorgverlening. Wanneer dat precies het geval is, laat de minister nog in het midden. Graag hoor ik van de minister in welke situaties volgens hem extern advies ingewonnen moet worden. Kan hij toezeggen dat hij op dit punt de aanbeveling van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) gaat volgen, zodat bij maatregelen die minder direct ingrijpen, externe advisering beperkt blijft tot een jaarlijkse advisering op groeps-, afdelings- of locatieniveau?

Ondanks de aangekondigde wijziging vreest de SGP dat de bijdrage van dit voorstel aan het vergroten van de praktische uitvoerbaarheid van het stappenplan beperkt is. In de praktijk is er behoefte aan substantiëlere wijzigingen dan alleen een wijziging rond het inwinnen van extern advies.

In de eerste plaats is het stappenplan soms ook van toepassing op vrijwillige zorg. Dat is bijvoorbeeld het geval als plaatsing van een bedhek nodig is bij een wilsonbekwame patiënt om te voorkomen dat hij uit bed valt. Ook als de vertegenwoordiger hiermee instemt en de cliënt zich niet verzet, wordt dit gezien als onvrijwillige zorg. Dat is raar, denk ik, want in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg is dat niet het geval. En als zo'n wilsonbekwame patiënt in het ziekenhuis komt, zou zo'n bedhek ook probleemloos geplaatst mogen worden. Ik vind het daarom onjuist dat dit na overplaatsing naar een zorginstelling geproblematiseerd zou worden door de besluitvormingsprocedure voor

onvrijwillige zorg van toepassing te verklaren. Ik vraag de minister daarom of hij de aangekondigde wetswijziging wil benutten om artikel 2, lid 2 van de Wet zorg en dwang te schrappen.

Mijn tweede voorstel voor vereenvoudiging betreft het beperken van de toepassing van het stappenplan tot die vormen van onvrijwillige zorg waarvoor nog geen professionele richtlijn is ontwikkeld door het veld. In de Tweede Kamer is een amendement ingediend om dit te regelen, zodat het stappenplan de functie van een vangnet krijgt en de administratieve lasten drastisch afnemen. Dat wil zeggen dat het alleen van toepassing is op onvrijwillige zorg, waarvoor geen professionele richtlijn tot stand is gekomen. Maatwerk krijgt hierdoor voorrang op een standaardprocedure én er wordt aangesloten bij de handelwijze bij het toedienen van medicatie. Het stappenplan uit de Wet zorg en dwang hoeft immers ook niet te worden doorlopen als volgens de professionele richtlijnen medicatie wordt voorgeschreven. Ook in artikel 8:5 van de Wet verplichte ggz wordt bepaald dat verplichte zorg op basis van richtlijnen wordt verleend. Ik vraag de minister daarom of hij bereid is het genoemde amendement alsnog op te nemen in zijn aangekondigde wetsvoorstel. Dat zou de administratieve lasten voor zorgmedewerkers pas echt verminderen.

Voorzitter, de Wet zorg en dwang bepaalt dat de Wet zorg en dwang-arts een "ter zake kundige arts" moet zijn. De minister heeft aangekondigd dat hij de mogelijkheid wil openen dat ook een gz-psycholoog en een orthopedagoog deze rol vervullen. Politiek is het natuurlijk wel de vraag hoe de minister de kansen van zijn voorstel in de Tweede Kamer inschat. Want als je het nog even naleest, is tijdens de plenaire behandeling van het amendement dat de Wet zorg en dwang-arts in de Wet zorg en dwang heeft geïntroduceerd expliciet de vraag aan de orde geweest of deze functie ook door niet-artsen ingevuld kan worden. De staatssecretaris stelde als voorwaarde voor steun van het amendement dat ook gedragskundigen deze rol zouden kunnen vervullen, maar de Tweede Kamer bleek niet bereid aan deze voorwaarde te voldoen. Daarom verwacht de minister dat de Tweede Kamer nu wel bereid zou zijn om de mogelijkheid te openen dat gedragskundigen als Wet zorg en dwang-arts fungeren?

Meer praktisch nog de volgende vragen. Wordt iedereen zorgaanbieder vrij in de keuze om een arts of een gz-psycholoog, dan wel een orthopedagoog aan te wijzen als Wet zorg en dwang-arts? Gesteld dat onvrijwillige zorg bestaat uit de toediening van bepaalde medicatie, is een gz-psycholoog of orthopedagoog dan in staat om als Wet zorg en dwang-arts te beoordelen of dit wel nodig is? Of is het wellicht noodzakelijk om twee Wet zorg en dwang-artsen aan te wijzen, een arts én een gedragskundige?

Voorzitter. Sinds de tweede nota van wijziging van de Wet verplichte ggz bepaalt de Wet zorg en dwang dat zorgaanbieders alleen "een ter zake kundige arts" als zorgverantwoordelijke kunnen aanwijzen of iemand die behoort tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie van deskundigen. Helaas is deze ministeriële regeling nog niet beschikbaar, zodat we niet weten welke hulpverleners, naast artsen, de minister de mogelijkheid wil geven om deze rol op zich te nemen. In de memorie van antwoord liet de minister in het midden of degenen die nu in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg het zorgplan vaststellen, respectievelijk een verzorgende niveau 3 en een persoonlijk

begeleider niveau 4, dat kunnen blijven doen na inwerking-treding van de Wet zorg en dwang. Kan de minister inmid-dels wel duidelijkheid geven over dit voor de praktijk belangrijke onderwerp?

Voorzitter. De vierde nota van wijziging van de Wet zorg en dwang introduceerde de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) in de Wet zorg en dwang. Tijdens de plenaire behan-deling van het wetsvoorstel in 2013 is benadrukt dat die cvp onafhankelijk moet zijn van de zorgaanbieder. Uit de beleidsvisie op het vertrouwenswerk blijkt dat het zorgkan-toor daarom op regionaal niveau moet zorgen voor de beschikbaarheid van vertrouwenswerk en de kosten daarvan doorberekent aan zorgaanbieders.

Dus zorgaanbieders zijn volgens de Wet zorg en dwang verantwoordelijk voor het vertrouwenswerk, maar kunnen daarop geen enkele invloed uitoefenen. Niettemin moeten zij wel de rekening betalen. Waarom is voor het doorbelas-ten van die kosten gekozen, aangezien de financiering in andere sectoren onafhankelijk van de zorgaanbieders gefinancierd wordt? Zou het niet logischer zijn om artikel 57 Wet zorg en dwang zo te wijzigen dat niet de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van vertrou-wenswerk, maar de minister?

Voorzitter. Tot slot bij deze wet nog een vraag over de relatie van de Wet zorg en dwang en het uitvoeren van euthanasie bij wilsonbekwame patiënten. Er zijn diverse voorbeelden bekend — kijk slechts naar de recente evaluatie van de euthanasiewet — waarbij mensen met dementie voorafgaand aan de dodelijke injectie sederende medicatie in de koffie of, zoals ook werd genoemd, in de appelmoes kregen om te voorkomen dat zij zich zouden verzetten tegen die dodelijke injectie. Soms werden zij met dit doel ook vastgehouden door intimi. Mijn vraag aan de minister is of hij kan bevestigen dat dergelijke dwangzorg — los van de vraag hoe je denkt over euthanasie — in ieder geval in strijd is met de Wet zorg en dwang en daarom niet acceptabel is.

Voorzitter. De Wet verplichte ggz. Zoals blijkt uit onze schriftelijke inbreng steunen wij de doelen van die wet, maar kennen wij ook hier wel de nodige zorgen over de uitwerking. Anders dan met de huidige wetgeving wordt verplichte zorg ook buiten de zorginstelling onder voorwaar-den mogelijk. Ik verneem graag van de staatssecretaris hoe hij dit concreet voor zich ziet. Daarnaast zijn er zorgen geuit door zorgmedewerkers over hun eigen veiligheid. Welke oplossingen heeft de staatssecretaris daarvoor?

De SGP vindt het belangrijk om de Wet verplichte ggz mede te beoordelen in het licht van de zaak Van U. en het advies van de commissie-Hoekstra. Naar aanleiding daarvan is er veel debat geweest over de inmiddels weer door de Tweede Kamer geschrapte observatiemaatregel. In het verslag vroeg ik of er nu nog wel voldoende instrumenten zijn. De staatssecretaris gaf daarop aan dat een crisismaatregel alleen bij onmiddellijk dreigend ernstig nadeel mag worden ingezet, maar dat soms niet bekend is wat de ernst van het nadeel is en hoe acuut de situatie is. Betekent dit dat er nu feitelijk onvoldoende instrumentarium is om effectief te kunnen ingrijpen als er onvoldoende dreiging van onmid-dellijk ernstig nadeel is? En hoe kan het gat dat daarmee geslagen is door het schrappen van de observatiemaatregel worden opgevuld, zodat onveilige situaties voor de samenleving worden voorkomen?

Voorzitter. Op het punt van de crisismaatregel krijg ik graag een nadere toelichting op de rol van de burgemeester. Volgens de wet moet de burgemeester de betrokkene eerst in de gelegenheid hebben gesteld om zijn of haar verhaal te doen voordat hij een crisismaatregel neemt. Is de burge-meester verplicht dit zelf te doen, of mag hij daar iemand voor mandateren? Kan de staatssecretaris nader toelichten welke afwegingen van de burgemeester worden verwacht voordat hij een crisismaatregel oplegt?

In de Wet verplichte ggz is geen wettelijke grondslag opgenomen op basis waarvan informatie met de politie kan worden gedeeld. Nu lees ik dat overleggen in het Veilig-hedshuis bij kunnen dragen aan de informatievoorziening van de politie. Kan de staatssecretaris aangeven welke informatie hier precies gedeeld mag worden, zonder het beroepsgeheim te schenden? Kan hij daarnaast aangeven of de politie dan voldoende informatie krijgt om veiligheids-risico's adequaat te kunnen inschatten?

Voorzitter. De Wet forensische zorg. In de eerste termijn is al heel uitvoerig over dit wetsvoorstel gesproken. De belangrijkste doelen van dit voorstel worden ook gesteund door de SGP: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg. Door het bieden van goede zorg als onderdeel van de straf moet herhaling van strafbare feiten worden terugge-drongen. Wanneer iemand een strafbaar feit pleegt, is een duidelijke en strenge straf op zijn plaats. Het doel van zo'n straf is het recht doen aan het geschonden recht, genoeg-doening voor dat wat verkeerd is gedaan. Maar het is ook belangrijk dat de samenleving wordt beveiligd tegen het gedrag van betrokkene. Bovendien is het belangrijk dat een dader werkt aan zijn of haar gedrag. Wie immers alleen maar hard straft en niet tegelijkertijd er alles aan doet om iemand ook tot het inzicht te laten komen dat zijn gedrag niet getolereerd kan worden, heeft ten diepste nog maar een deel bereikt.

De vreselijke gebeurtenissen rond de moord op Anne Faber hebben opnieuw duidelijk gemaakt dat er niet alleen een goed stelsel moet zijn, maar dat ook de praktijk erop gericht moet zijn om de samenleving te beschermen. Zeker, niet incidenten moeten leidend zijn voor het beleid, maar er moet een systeem zijn waarin alles op alles wordt gezet om personen die een gedwongen behandeling nodig hebben die ook te laten krijgen. De gruwelijke voorbeelden die langskomen, laten echter zien dat er nog wel het nodige mis is. De SGP heeft de indruk dat rechters nauwelijks zelfstandig tbs op durven te leggen als de betrokkene weigert om mee te werken aan een psychiatrisch onderzoek. Hoe kan het dat er niet veel sneller alarmbellen gaan rinkelen wanneer iemand niet meewerkt aan onderzoek? Zijn er wel voldoende mogelijkheden om verdachten toch te bewegen om mee te werken aan onderzoek? Moet het niet mogelijk zijn om dat af te dwingen? Als iemand weigert mee te werken aan het onderzoek in het Pieter Baan Cen-trum, vormt dit wetsvoorstel dan geen enkele belemmering om ervoor te zorgen dat hij goed en lang genoeg geobser-veerd kan worden? Het wetsvoorstel forensische zorg biedt de nodige handvatten. Het wordt tijd dat dit voorstel kracht van wet krijgt. Het grote belang van de continuïteit van zorg als de strafrechtelijke termijn voorbij is, staat buiten kijf. Het is belangrijk dat er een zo goed mogelijke afstemming plaatsvindt, zowel voorafgaand aan als na de tbs.

In een manifest van tbs-advocaten wordt onder meer gesproken over het aanpakken van het grote verloop in het personeelsbestand. Ook dat is van wezenlijk belang. Juist in zo'n sector, waar veel met moeilijke gevallen, complexe problemen en het risico op levensgevaarlijke strafrechtelijke delicten gehandeld wordt, is het belangrijk dat er sprake is van grote mensenkennis en inzicht in de verschillende soorten gedrag. Ervaring is hiervoor heel nodig. Heeft de minister de indruk dat de sector voldoende maatregelen treft om grote doorstroom te voorkomen? En ziet hij wellicht mogelijkheden om hier ook vanuit het Rijk nog nadere invulling aan te geven?

Ik dank u en ik zie uit naar de antwoorden.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Van Dijk. Ik geef het woord aan mevrouw Baay.



Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS):

Voorzitter. Vandaag staan we voor een gezamenlijke behandeling van maar liefst drie wetsvoorstellen, de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg, met het uitgangspunt om tot een harmonisatie te komen van de rechtspositie van personen die gedwongen zorg moeten ondergaan. 50PLUS onderschrijft van harte de cultuuromslag om zo veel mogelijk dwang te voorkomen en die slechts als ultimum remedium toe te passen. Maar cultuuromslag in de geestelijke gezondheidszorg moet ook van binnenuit komen. Wetgeving biedt slechts ondersteuning. De balans vinden tussen het belang van de patiënt of cliënt en het belang van de samenleving is en blijft lastig, maar in alle gevallen moet gestreefd worden naar maatwerk en dient het uitgangspunt "nee, tenzij" centraal te staan in het wettelijk kader van gedwongen zorg. Verder moet er zo veel mogelijk gekeken worden naar alternatieven om gedwongen zorg te voorkomen.

Voorzitter. Onze fractie focust zich vandaag met name op de Wet zorg en dwang. Met invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Wmo, is zelfredzaamheid en het streven om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen voor mensen met een psychische stoornis een feit. Mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking hebben veelal op diverse aspecten van hun leven zorg nodig. Uitzicht op genezing of verbetering ontbreekt en de zorgbehoefte zal veelal met de jaren toenemen. De Wet zorg en dwang introduceert een regeling voor het verlenen van zorg aan deze groep mensen, ook als zij daar in een voorkomend geval niet mee instemmen. Deze onvrijwillige zorg is ook toepasbaar in thuissituaties, maar nog niet bekend is om welke vormen van ambulante zorg het zal gaan omdat dit nog nader bij AMvB geregeld moet worden.

Dagblad Trouw meldde eind oktober 2014 dat uit onderzoek door de Universiteit Maastricht naar thuiswonende dementerenden bleek dat maar liefst 79% onvrijwillige zorg kreeg, bijvoorbeeld door toediening van voeding, vocht of medicatie, en 7% werd beperkt in hun fysieke vrijheid door vastbinding of opsluiting in huis. Uit de brief van de staatssecretaris van VWS de dato 26 juni 2015 over psychofarmaca — dat zijn geneesmiddelen die werkzaam zijn tegen

psychische aandoeningen — blijkt dat een derde van de dementerenden in een intramurale instelling langer dan twee jaar deze medicatie krijgt toegediend, zonder dat een poging gedaan werd tot afbouw. En een derde van cliënten in instellingen voor gehandicaptenzorg kreeg in 78% van de gevallen zelfs langer dan tien jaar dit soort geneesmiddelen toegediend. Kortom, toediening van psychofarmaca zonder uitdrukkelijke toestemming van de patiënten was tot voor kort eerder regel dan uitzondering en kwam, zoals bleek, vaak voort uit handelingsverlegenheid bij de zorgverleners.

De introductie van het stappenplan in de Wet zorg en dwang stelt regels voor toepassing van onvrijwillige zorg. Deze gelden zowel in een accommodatie waar de cliënt vrijwillig of onvrijwillig verblijft, als in een thuissituatie. De Raad van State plaatste al in 2008 — we zijn nu exact een decennium verder — kanttekeningen bij de positie van de thuiswonende cliënt die extramurale zorg ontvangt.

Voorzitter. Erkent de minister dat het risico op handelingsverlegenheid bij de zorgverlener of mantelzorger in een thuissituatie vele malen groter is dan in een intramurale instelling? Meent de minister dat het opnemen van onvrijwillige zorg in een stappenplan of zorgplan het risico op disproportionele dwang in een thuissituatie daadwerkelijk zou kunnen voorkomen? Onze fractie is daarvan geenszins overtuigd, zeker niet in het licht van de zojuist aangehaalde feiten. Kan de minister toelichten waarom de vorm van onvrijwillige ambulante zorg niet is opgenomen in de wet, maar nader geregeld moet worden bij AMvB?

Ik kom op het onderscheid tussen de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang. De regering heeft aangegeven dat de wetsvoorstellen Wvvgz en Wzd ieder een eigen doelgroep kennen en, daarmee samenhangend, een ander regime qua uitvoering en rechtsbescherming. Echter, zoals tijdens de deskundigenbijeenkomst van 16 mei 2017 werd aangegeven, is in de praktijk deze scheidslijn tussen de diverse doelgroepen helemaal niet zo duidelijk te maken. Vaak gaat het om mensen met een multiproblematiek. Op de vraag wanneer welke wet van toepassing is, stelt de regering in de memorie van antwoord dat het aan een ter zake kundige arts is om te bepalen welke stoornis dominant is, en dat de zorg op beide wetsvoorstellen vrijwel identiek is. Maar, voorzitter, hoe valt dit antwoord te rijmen met het essentiële verschil tussen een opname uit hoofde van de Wvvgz, welke altijd vergezeld gaat van een rechtelijke toetsing, en een opname uit hoofde van de Wzd, waarbij de onafhankelijke toetsing ontbreekt indien de cliënt niet blijkt geeft van bereidheid tot maar zich ook niet verzet tegen opname? Immers, conform artikel 22 Wet zorg en dwang is alleen wanneer de cliënt zich tegen opneming verzet, een rechterlijke machtiging vereist. Maar het betreft hier wel in alle gevallen een vrijheidsbeperkende maatregel.

Voorzitter. Juist bij een passieve houding van een cliënt met een diversiteit aan stoornissen zal moeilijk op te maken zijn wanneer deze zich feitelijk verzet of niet tegen opname. Personen die lijden aan een psychische stoornis in combinatie met dementie of een verstandelijke handicap, overzien veelal niet wat de gevolgen zijn van zo'n opname in een accommodatie. Voor beide categorieën geldt dat zo'n opname geen tijdelijk maar eerder een blijvend karakter heeft. Daarom is 50PLUS, uit het oogpunt van rechtszekerheid en de wens om tot harmonisatie van regelgeving te

komen, er voorstander van dat ook bij een passieve houding van de cliënt een rechterlijke machtiging vereist is voor opname in een accommodatie. Hoe oordeelt de minister hierover?

Ik kom op de verhouding tussen de zorgaanbieder en de Wzd-arts. De Tweede Kamer heeft in grote meerderheid terecht gekozen voor invoering van een Wzd-arts. Maar, voorzitter, dit roept in het veld vragen op omtrent de verhouding tussen de zorgbieder en de Wzd-arts en de concrete afbakening van bevoegdheden. Ieder van hen heeft immers eigenstandige bevoegdheden. Beiden zijn verantwoordelijk voor het zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen. Met name de introductie van de Wzd-arts als eindverantwoordelijke voor de categorie mensen die een verstandelijke beperking hebben maar die geen medische behandeling nodig hebben, levert forse kritiek op. De extra schakel van de Wzd-arts zou geen toegevoegde waarde hebben voor goede zorg. Mijn fractie kan zich vinden in een van de per brief van 18 december 2017 gedane voorstellen van de minister om de Wet zorg en dwang zodanig aan te passen dat ook een gz-psycholoog of een academisch geschoolde orthopedagoog de functie van Wzd-arts kan vervullen, maar hij wijst erop dat het primaat voor deze drie wijzigingen uiteraard bij de Tweede Kamer ligt. Ook wordt de reeds zeer complexe materie hierdoor niet makkelijker te doorgronden. Wij vragen ons af of dit niet een vooraankondiging betekent van nog veel meer toekomstige aanpassingen op de blijkbaar nu al incomplete drie wetsvoorstellen.

Voorzitter. Als de voorliggende wetsvoorstellen straks door onze Kamer worden aangenomen, de reeds aangekondigde wetswijzigingen los daarvan nog behandeld moeten worden en de AMvB's nog nader moeten worden ingevuld, wat gaat dat tussentijds dan betekenen voor de uitvoerbaarheid van deze regelgeving? Graag een reactie van de minister.

Dan kom ik nu op de rol van de officier van justitie en de medische verklaring. 50PLUS is groot voorstander van het voorkomen van escalatie door tijdig ingrijpen. Wie niet, zou ik zeggen. De rol die de familie hierbij krijgt toebedeeld, kan hieraan bijdragen. De familie krijgt immers vaak als eerste de signalen over een verslechtering van de psychische toestand van een familielid. Als gedwongen zorg onafwendbaar lijkt, kan de officier van justitie een verzoek tot zorgmachtiging indienen bij de rechter, waardoor verplichte opname kan worden afgedwongen. Dit verzoek moet vergezeld gaan van een medische verklaring van een psychiater die de psychische stoornis moet vaststellen en het causale verband tussen de psychische stoornis en het ernstig nadeel. Betekent dit dat de officier van justitie de medische verklaring altijd als onbetwist uitgangspunt neemt? Zal een verzoek tot zorgmachtiging achterwege blijven indien het causale verband tussen de stoornis en ernstig nadeel ontbreekt? Welke visie prevaleert wanneer de officier van justitie het niet eens is met de afgegeven medische verklaring? Kan de officier van justitie in dat geval zelfstandig een second opinion inwinnen? Zal de officier van justitie niet primair gericht zijn op voorkoming van delicten en daarom wellicht niet eerder geneigd zijn het mogelijk ernstig nadeel bij voorbaat aan te nemen? Graag een toelichting van de minister.

Tot slot heb ik nog een vraag over de forensische zorg. Graag hoort onze fractie de reactie van de minister op het alternatieve voorstel van de Autoriteit Persoonsgegevens zoals verwoord in de brief van 11 januari 2018 om de

mogelijkheid te creëren dat de rechters aan weigerachtige observandi binnen twee jaar na het onherroepelijk worden van de veroordeling alsnog een tbs-maatregel kunnen opleggen. Is de minister bereid om hiertoe de wet aan te passen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Baay. Ik geef het woord aan mevrouw Bikker.

□

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank u, voorzitter. Ook de fractie van de ChristenUnie is verheugd een drietal nieuwe bewindspersonen in deze Kamer te begroeten. Hartelijk welkom. Ik wens de ministers en de staatssecretaris een goede tijd hier in dit huis, maar natuurlijk ook veel bevlogenheid en wijsheid bij het dienen van ons land met de portefeuilles die hun zijn toevertrouwd. Ik zie natuurlijk allereerst uit naar het debat dat wij hier met elkaar mogen hebben deze dag. De bewindspersonen hebben niet de meest eenvoudige wetsvoorstellen meegevoerd om hier een aftrap mee te maken, maar laat dat een aanmoediging zijn tot een goed samenzijn maar bovenal een zeer goede behandeling van deze wetten. Ik zie daarnaar uit.

Voorzitter. Ik kom op de voorliggende wetsvoorstellen. Als ons leven of dat van onze geliefden zo kwetsbaar is dat er goede zorg nodig is, dan willen we ook dat er goede zorg is, die waar mogelijk bijdraagt aan herstel en die de zelfstandigheid en waardigheid van mensen recht doet. Dagelijks proberen vele mantelzorgers, hulpverleners en medici zo goed mogelijk te zorgen, soms met vooruitgang en herstel als resultaat en soms ook helemaal niet. Maar de zorg en de nabijheid blijven. De wens om mensen zo veel mogelijk zelfstandig te laten functioneren en zeggenschap te laten houden over hun leven blijft ook. Dwang moet het laatste redmiddel zijn en blijven. Het is goed om de wet- en regelgeving die de gedwongen zorg in goede banen moet leiden tegen het licht van de huidige praktijk en tegen het licht van de ideale praktijk te houden en om ons daarbij af te vragen of Nederland nu een land is waar je kwetsbaar kan zijn. Zijn er op tijd passende, goede, professionele hulp en bescherming, soms ook tegen jezelf, te vinden? Is Nederland daarmee een veilige samenleving? Over die vragen gaat het vandaag. Dat zijn ingewikkelde vragen, zoals eigenlijk ook wel blijkt uit de aanloop naar en omvang van de drie voorliggende wetsvoorstellen, die niet los van elkaar gelezen kunnen worden.

De fractie van de ChristenUnie steunt de gedachte dat het goed is om het tijdperk waarin de vigerende wet een opnamewet is, achter ons te laten. De nieuwe wetten zijn behandelwetten, hebben oog voor de verschillende gradaties van gedwongen zorg en zien dwang als ultimum remedium. Dat zijn terecht de dragende uitgangspunten, die wezenlijk verschillen van de huidige Wet BOPZ. De reikwijdte moet veranderen. Niet alleen de instellingen, maar ook vormen van kleinschalige zorg en zorg aan huis zijn veel vaker aan de orde, want steeds meer mensen wonen ondanks ziekte of beperkingen langer thuis. Er is daardoor een nieuw juridisch kader nodig dat invulling geeft aan artikel 11 van de Grondwet.

Ondanks de goede onderliggende uitgangspunten leveren de voorliggende wetsvoorstellen echter ook de nodige hoofdbreken op. Allereerst maken het lange traject en de vele nota's van wijziging deze wetten tot complexe materie. Dat begint al heel letterlijk met het wetsvoorstel Zorg en dwang. De wettekst die nu nog voorligt en de memorie van toelichting zijn eigenlijk onbegrijpelijk zonder de Wet verplichte ggz te kennen. Het is voor iedereen die niet is ingevoerd in de totstandkoming, maar gewoon duidelijk wil krijgen hoe de wet in elkaar steekt en met welk oogmerk keuzes gemaakt zijn, razend ingewikkeld om daar snel en zelfs minder snel een goed antwoord op te krijgen. Mijn fractie had zich daarom een aangepaste integrale memorie van toelichting kunnen voorstellen. Heeft de minister, die echt het voordeel heeft dat hij met een frisse, nieuwe blik naar dit geheel kon kijken, die gedachte ook niet alsnog gekregen? Er wordt nu wel aangekondigd dat er allemaal informatie toegankelijk wordt gemaakt voor betrokkenen, maar zou een leesbare bijsluiter bij de wet dat niet het allermeest bevorderen? En hoe zorgt het kabinet dat de nieuwe regelgeving voor alle betrokkenen, dus ook voor de verschillende doelgroepen, op een begrijpelijke manier ontsloten wordt? Is dat ruim voordat de wet van kracht wordt? Kan de minister dat toezeggen?

Een belangrijke vraag van mijn fractie is of het huidige gekozen stelsel van een aparte Wet verplichte ggz en een aparte wet voor psychogeriatrische en verstandelijk beperkte patiënten verstandig is. De Wet BOPZ is meermaals en zeer omvangrijk geëvalueerd. Dat heeft goede lessen opgeleverd, maar teruglezend wordt ook wel duidelijk dat eerdere evaluaties hebben plaatsgevonden in een andere tijd. Ik denk nu aan de tweede evaluatie van de Wet BOPZ uit 2002. Juist die evaluatie pakt de regering erbij als onderbouwing van de keuze voor twee wetsvoorstellen. Toen gestart werd met het schrijven van de voorliggende wetten was dat zeker voorstelbaar, maar in de loop van de tijd veranderen inzichten. De wetsevaluatie gedwongen zorg van ZonMw uit 2014 luidt echt anders. Ik vind daarbij het meest in het oog springende punt het verschil in rechtsbescherming tussen patiënten in de Wet verplichte ggz en degenen die onder de Wet zorg en dwang vallen. De regering heeft omstandig betoogd dat de verschillen vooral recht doen aan de eigenheid van beide doelgroepen en verwijst dan naar de tweede evaluatie van de Wet BOPZ, maar dat antwoord voldoet mijns inziens nu dus niet meer. De evaluatie van twaalf jaar later laat juist zien dat bijvoorbeeld in het geval van dwangmedicatie niet valt in te zien waarom de patiënten in de Wvvggz een ander niveau van rechtsbescherming hebben dan degenen die onder de Wet zorg en dwang vallen. Waarom is niet alsnog beter gekeken hoe dit op een meer gelijkwaardig niveau gebracht kan worden? Kan de minister dit toelichten?

Het is ook niet eenvoudig om in een procedure van vele jaren een helder en overzichtelijk wetsvoorstel te behouden. Dat zien wij ook. De totstandkoming van de Wet BOPZ, in 23 jaar, had een waarschuwing kunnen zijn; dat is in ieder geval nu wel gebleken, want de wetten die voorliggen onderstrepen dat opnieuw. Het gevaar blijft daardoor dat de wetgever telkens achter de feiten aan loopt. Is dat niet te voorkomen? Heeft de minister daar een reflectie op?

De meest recente evaluatie van de wetten inzake gedwongen zorg is trouwens duidelijk over de beste eindsituatie: één wettelijke regeling en vervolgens differentiatie voor de verschillende sectoren. Daarbij wordt als mogelijkheid

genoemd om de beide wetten enige jaren naast elkaar te laten functioneren en deze vervolgens te integreren. Ik ben in dit licht heel benieuwd wat de minister van die mogelijkheid vindt. Wat doet hij als de eerstvolgende evaluatie, twee jaar na de inwerkingtreding van de wetten, opnieuw uitwijst dat één wet een veel beter uitgangspunt is? Hij heeft natuurlijk de wetenschap dat resultaten uit het verleden doen vermoeden dat het vervolgens toch nog wel een jaar of wat zal duren voordat er iets nieuws ligt.

Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog nu allereerst meer gericht op de Wet zorg en dwang, verder Wzd te noemen. Naast het niveau van de rechtsbescherming richten de zorgen van mijn fractie zich op dit punt met name op de uitvoerbaarheid en de invulling van de nadere regelgeving. Het stappenplan is omvangrijk geworden, maar tegelijk blijven belangrijke zaken onduidelijk. Neem alleen al de vraag wie er nu aangemerkt wordt als de zorgverantwoordelijke. Dat kan een ter zake kundige arts zijn of degene die tot een categorie van deskundigen behoort die door de minister in nadere regelgeving gekwalificeerd wordt geacht en vervolgens door de zorgaanbieder is aangewezen. Betekent dit dat de zorgverantwoordelijke een academicus is? Of kan dat de huidige verzorgende, meestal met een mbo-opleiding, zijn? Of is die per definitie alleen onder artikel 1, lid 1, sub h als "zorgverlener" terug te vinden? Maar zij zijn toch juist vaak de uitvoerenden van het zorgplan? Kijk naar artikel 5. Kan de minister in elk geval garanderen dat de verzorgende ook aan tafel zit bij de totstandkoming en bespreking van het zorgplan? Ik heb daar graag duidelijkheid over.

Voorzitter. In de Tweede Kamer is als sluitstuk op het stappenplan binnen de Wzd de Wzd-arts bij amendement in de wet opgenomen. De overwegingen daarachter zijn begrijpelijk voor de ChristenUnie. Collega's voor mij hebben daar ook al enkele vragen over gesteld. Omwille van de tijd sla ik een stukje van mijn tekst over, maar dat waren precies de vragen die ook bij mijn fractie leven. Kan de minister ook verder schetsen wat de gevolgen zijn voor de vereiste beroepskwalificaties van zorgverantwoordelijken en zorgverleners? Zijn er bijvoorbeeld genoeg artsen en zorgverantwoordelijken? Zo ja, waar baseert de regering die kennis op? Zo nee, krijgt de minister het voor elkaar om binnen de implementatietermijn tot een aanvaardbaar niveau te komen? En wat is dan aanvaardbaar? Ik zie dit graag nader toegelicht en vind dit een belangrijk punt om te volgen.

Ook wat betreft het interne toezicht heb ik nog vragen. Dat wordt zowel bij de zorgaanbieder als bij de Wzd-arts gelegd en moet in het zorgplan worden vastgesteld. Daarmee kan het per patiënt en per zorgaanbieder behoorlijk verschillen. Waarom is daarvoor gekozen? Welke winst levert deze vage afbakening op? Waarom die vaagheid?

De Raad van State heeft ervoor gewaarschuwd dat de omvang en gedetailleerdheid van het zorgplan ertoe kunnen leiden dat het een toetsingskader wordt, en dat het daarmee ongewenst te veel zou kunnen leiden tot een juridisering van het zorgproces. In de schriftelijke beantwoording van onze vragen daarover stelt de minister kortweg dat er zo veel is en wordt geïnvesteerd in de culturomslag dat er geen zorgen nodig zijn. Wij hopen dat natuurlijk met het kabinet, maar vragen toch echt om juist ook hier de vinger aan de pols te houden en dit te betrekken bij de evaluatie. Is de minister dat van plan?

Voorzitter. Dan de Wet verplichte ggz. Ook hier geldt als het uitgangspunt dat verplichte zorg het ultimatum remedium is. Pas indien er geen mogelijkheden tot vrijwillige zorg meer over zijn, en met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid, is verplichte zorg een optie. Daarbij moet de kwaliteit van de verplichte zorg zo goed mogelijk zijn. Maar de nadere invulling van die uitgangspunten is gedurende het wetgevingsproces behoorlijk gewijzigd. Dat geldt natuurlijk allereerst voor de positie van het Openbaar Ministerie en de centrale verzoekersrol die daar belegd is. Voor de fractie van de ChristenUnie zijn er op dit punt nog een aantal vragen. Allereerst is er de aanwezigheid van de officier van justitie bij de zitting van de rechter bij de mondelinge behandeling van het verzoekschrift voor een zorgmactiging. De wet zegt dat de officier van justitie daar moet zijn, tenzij evident is dat dit geen toegevoegde waarde heeft. Maar wanneer is iets evident? Wie kan dat voorspellen? En wat als de officier van justitie zijn aanwezigheid niet evident noodzakelijk vindt, maar de betrokkene wel? Hoe weegt de regering de uitkomst van de eerste pilots dat deze bepaling alleen in uitzonderlijke gevallen van meerwaarde was? Kan nader worden ingegaan op die bevindingen? Het Openbaar Ministerie bepleitte in dit huis zelf een veel striktere formulering. In de literatuur kwam ik nog de suggestie tegen van mandatering aan gekwalificeerde medewerkers. Ik hoor graag een reactie van het kabinet.

De burgemeester kan op grond van artikel 7.1 een crisismaatregel nemen. Maar ook dit artikel roept nog vragen op. De burgemeester moet zo mogelijk de betrokkene in de gelegenheid stellen om gehoord te worden. Door wie moet betrokkene gehoord worden en wat bedoelt de wetgever met "zo mogelijk"? Houdt dat verband met de conditie van betrokkene of zijn er meer uitzonderingen mogelijk? Ook de implicaties van het verkennende onderzoek door het college van burgemeester en wethouders in artikel 5.1 en 5.2 zullen nog nader moeten worden uitgewerkt. Een belangrijke vraag daarbij, die ook bij de VNG leeft, is welke informatie dan gebruikt mag worden. Welke wettelijke grondslag is er en hoe wordt de afweging gemaakt als het bijvoorbeeld van belang wordt geacht om na te gaan of degene over wie de melding gaat, al een vrijwillig zorgtraject doorloopt? In hoeverre wordt de privacy van betrokkene dan gewogen? En welke ondersteuning is er voor kleine gemeenten?

Het wetsartikel dat echter de meeste vragen oproept, is toch wel artikel 2.3 van de Wet forensische zorg in relatie tot de Wet verplichte ggz. Hier raken het civielrechtelijke en het strafrechtelijke vermengd en wordt bovendien artikel 37 Wetboek van Strafrecht geschrapt. Zowel het Openbaar Ministerie als de Raad voor de rechtspraak ziet een leemte ontstaan. Kan de minister toelichten waarom hier gekozen is voor twee circuits en dit niet binnen het strafrecht geregeld kan worden? Hoe kan het dat er niet goed rekening is gehouden met het feit dat er geen cassatie mogelijk is tegen beslissingen van de penitentiaire kamer en wel tegen beslissingen binnen het kader van de Wvvggz? Is dat geen recept voor brokken? Graag een reactie.

Ik vervolg dan ook met de Wet forensische zorg. De fractie van de ChristenUnie is nog niet overtuigd dat de huidige voorgestelde regeling voor weigerende observandi de beste is. Want ja, het is onverteerbaar als verdachten niet meewerken aan onderzoek, tbs ontlopen en na hun straf vrijkomen terwijl een behandeling eigenlijk noodzakelijk moet

worden geacht. Eens. Maar worden de mogelijkheden die de huidige wet biedt dan nu wel op de juiste manier ingevuld? En heeft de voorgestelde regeling niet als groot gevaar dat potentiële verdachten zorg gaan mijden, waardoor een eventuele behandeling die erger had kunnen voorkomen, niet plaatsvindt? De Autoriteit Persoonsgegevens, voor wie de doorbreking van het medisch beroepsgeheim zwaar weegt, heeft de Eerste Kamer doen kennisnemen van een alternatieve oplossing, die onderscheid maakt tussen straf en maatregel en het medisch beroepsgeheim in stand houdt, maar waarbij weigeraars niet weggelaten met het weigeren van onderzoek tijdens het strafproces. Hoe kijkt de minister naar dit alternatief? Is hij bereid het te overwegen in plaats van het huidige voorstel voor weigerende observandi?

Want is die nu voorgestelde regeling eigenlijk wel werkbaar? Ik heb het zo begrepen — ik hoor graag van de minister of dat klopt — dat een commissie zal bezien of in het medische dossier relevante stukken zitten voor de strafzaak en dat de officier van justitie aan de penitentiaire kamer om een machtiging moet vragen voor het gebruik daarvan. En als de penitentiaire kamer daarover moet beslissen, kan die enkel de voorzitter van de commissie spreken en niet de stukken zien. Maar hoe kan zo'n penitentiaire kamer nou oordelen zonder de stukken te zien? Verwacht de minister op dat punt geen problemen bij de uitwerking van de wet? Ik ben benieuwd.

Voorzitter. Ik kom tot een afronding. De fractie van de ChristenUnie heeft zorgen over de complexiteit en de samenhang van deze wetten, de verschillende gradaties van rechtsbescherming van patiënten, de invulling van nadere regelgeving, de uitvoerbaarheid en de implementatie. Bij de Wet forensische zorg moet ik bovendien nog overtuigd raken van de effectiviteit van de voorgestelde regeling voor weigerende observandi. Tegelijkertijd ziet mijn fractie ook dat de Wet BOPZ niet meer voldoet. Ik kijk daarom zeer uit naar de beantwoording door de staatssecretaris en de ministers. Zij staan aan het begin van een nieuwe kabinetsperiode en kunnen zich voor de meest kwetsbaren van onze samenleving inzetten om hun een nog betere zorg te geven en een goede plek in een veilige samenleving. Dan komt het erop aan dat wetten aansluiten bij de bestaande praktijk in de zorg, en dat wetten richting geven aan de idealen die wij hier allen hebben om dwang steeds meer uit de zorg te laten verdwijnen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Bikker. Ik geef het woord aan de heer Don.

De heer Don (SP):

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Eerst een welkom aan onze drie nieuwe bewindspersonen. Ze vallen qua complexiteit en qua uitdaging natuurlijk met hun neus in de boter met deze drie wetsvoorstellen.

Voorzitter, ik heb de eer om ook namens de Partij voor de Dieren mijn betoog te houden.

Vandaag worden drie wetsvoorstellen besproken die betrekking hebben op gedwongen zorg. Collega Anneke Wezel zal zich richten op de Wet forensische zorg. Mijn betoog gaat over de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Allereerst wil ik de huidige ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg bezien in relatie tot de wetsontwerpen. Vervolgens wil ik de twee wetsontwerpen nader inhoudelijk bespreken aan de hand van een paar opmerkingen en vragen. Mijn betoog zal ik afsluiten met opmerkingen over de onderlinge samenhang van de voorliggende wetsvoorstellen.

Voorzitter, hopelijk worden met dit debat deze complexe, al jarenlang lopende wetgevingstrajecten goed afgesloten. Ik bespaar u de opsomming van wat er allemaal gepasseerd en gebeurd is. De wetsvoorstellen zijn vanuit een evolutionair standpunt bekeken een verbetering van de huidige Wet bijzondere opnemering in psychiatrische ziekenhuizen uit 1994 en de daarvoor liggende Krankzinnigenwet uit 1884.

Ik vermoed dat ik wellicht de enige senator ben die onder het wettelijk regime van de Krankzinnigenwet en de Wet bijzondere opnemering in psychiatrische ziekenhuizen in de praktijk dwangzorg heb toegepast op mensen met psychische problemen. Vanaf 1982 tot 1993 heb ik deze activiteiten verricht in verschillende psychiatrische ziekenhuizen en in de Bijlmerbajes. Het toepassen van dwanghandelingen op mensen, hoe ernstig ziek dan ook, vond en vind ik nog steeds zeer ingrijpend. Bij het schrijven van deze tekst kwamen scherpe herinneringen bij mij terug. Als ik, als toemalige psychiatrisch verpleegkundige, nog zo veel pijnlijke beelden van deze dwanghandelingen en -acties meedraag, wat moet het dan wel niet voor de personen betekenen bij wie dwang is toegepast? Ik weet dat dit bij sommigen mensen op wie dwangzorg is toegepast, diepe levenslange indrukken heeft achtergelaten. Dit geeft mij een ambivalent gevoel bij de bespreking van deze wetsvoorstellen. Dwang toepassen om zorg te kunnen verlenen: het blijft dubbel. Hoe fijnmazig en noodzakelijk op grond van het ziektebeeld het soms ook is: het blijft handelen tegen de zin van een ander in.

Ik heb een sleuteltje bij me, voorzitter. Dit sleuteltje beeldt wellicht het meest mijn beklemmende herinneringen aan toen. Het past op het slot van wat een Zweedse band heet. Daarmee kon je verwarde, onrustige patiënten op bed vastbinden. Allemaal goed bedoeld, maar zo in strijd met de vrijheid van de patiënt. Ik geef het straks graag aan de staatssecretaris ter inspiratie bij de verdere afwikkeling van deze complexe wetsvoorstellen, opdat we nooit vergeten hoe ingrijpend de gevolgen van onze besluiten hier kunnen zijn!

De voorliggende wetsontwerpen gaan uit van de zorgbehoefte van de cliënt. Daarbij krijgen de cliënten meer zeggenschap over de eigen behandeling. De familie krijgt een positie in dezen. De rechtsbescherming neemt toe. Verplichte zorg op maat is ook in de thuissituatie mogelijk. En zo zijn er nog veel meer veranderingen te melden. Dwang en drang zijn een ultimatum remedium en mogen niet verdergaan dan strikt noodzakelijk, als er geen mogelijkheden zijn voor vrijwillige zorg en als aan alle criteria voor verplichte of onvrijwillige zorg is voldaan. Gedwongen zorg vraagt om goede rechtsbescherming en zorgvuldige procedures. Voor de fractie van de SP is dat een wezenlijke voorwaarde om te voorkomen dat onnodig dwangzorg wordt toegepast.

Deze uitgangspunten zijn echter geformuleerd vanuit het perspectief van voorliggende wetsontwerpen. Maar er zijn meer kaders die bepalend zijn in het voorkomen van verplichte zorg.

Vandaag bespreken we dus nieuwe wetgeving om gedwongen zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Al jaren groeit echter het aantal dwangmaatregelen binnen de geestelijke gezondheidszorg en ook binnen de jeugdzorg. Dit is een ongewenste ontwikkeling. Waarom komt het in de ggz nog steeds voor dat mensen gesepareerd worden? Is het gebruik van dwang en vooral van de traditionele isoleercellen in de ggz niet een erfenis uit het verleden? Die vragen hebben de ondertekenaars van het Dolhuys-manifest zich in 2016 waarschijnlijk ook gesteld. "De Nederlandse ggz separeervrij!" zo luidt de titel van dit manifest. Hoe staat het nu met de uitvoering hiervan?

Het aantal dwangopnames en dwangmaatregelen neemt toe. Uit het aantal meldingen dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2016 over de jaren 2010-2015 heeft ontvangen, blijkt een toename van 30% dwangopnames, -middelen of -maatregelen. Naar aanleiding van schriftelijke vragen van onze fractie hierover aan de voormalige minister blijkt dat deze stijging niet goed geduid kan worden. Gelukkig heeft de staatssecretaris oog voor dit maatschappelijke probleem. Een toezegging over het openbaar maken van de inspectiegegevens over het toepassen van dwang over 2016 is echter niet voldoende. Wordt het niet tijd om het gebruik van de Argusdata in regelgeving vast te leggen? Ook het openbaar maken van deze data zou volgens MIND, het Landelijk Platform Psychische Gezondheid, een stap vooruit zijn om goed inzicht te geven in het toepassen van dwangzorg in de ggz, waarbij de registratie van dwang in de thuissituatie een onderdeel moet worden. Onderzoek is nodig om te komen tot een goed actieplan tegen dwangzorg. Waarom zijn ggz-aanbieders eigenlijk niet verplicht om hun dwangmaatregelen inzichtelijk te maken voor derden of desnoods in een jaarverslag te publiceren, zo vraag ik de staatssecretaris.

Het stoppen van deze groei van dwangmaatregelen vraagt de betrokkenheid van de sector, van de cliëntenorganisaties, van de professionals, maar ook van de regering. Onze fractie vraagt de staatssecretaris dringend om met onder andere MIND en de ggz-sector het aantal dwangopnames en dwangmaatregelen terug te dringen en zo een zichtbaar pact met elkaar aan te gaan dat aansluit bij de uitgangspunten van het Dolhuys Manifest. Graag vraag ik de staatssecretaris, het initiatief te nemen om deze beweging te trekken, om hierin het voortouw te nemen.

Nog zo'n vraag over de wachtlijsten in de specialistische ggz. Bestaat er, zo vraag ik de bewindspersonen, een verband tussen de lengte van de wachtlijsten voor behandeling in de ggz en het gebruik van dwangmaatregelen? De lange wachtlijsten staan al even op de politieke agenda. Er wordt zelfs aan een oplossing gewerkt: voor de komende zomervakantie dienen de wachtlijsten conform de treeknorm te zijn. Volgens mij hebben wij vandaag een brief in dezen van de minister gekregen naar aanleiding van het NZa-rapport. De wachtlijstproblematiek was vandaag ook even op de radio. Waarom hebben wij deze wachtlijsten? Geld is niet het probleem, maar wat dan wel, vraag ik de staatssecretaris. Welke rol speelt de inkoop van de ggz-zorg door de zorgverzekeraars hierin?

Gedwongen opname in de specialistische zorg kost degene die de opname ondergaat, zijn eigen risico. Dit werkt belemmerend; mensen die hun noodzakelijke specialistische zorg uitstellen in verband met het eigen risico. Als hun psychiatrische conditie vervolgens verslechtert en zij tegen hun zin moeten worden opgenomen, moeten zij alsnog het eigen risico betalen. Kan de staatssecretaris ons iets vertellen over de omvang van deze vorm van zorgmijding? Hoe zit het eigenlijk met het eigen risico als je via het strafrechtelijk circuit wordt opgenomen?

Mijn laatste vraag in dit verband is de volgende. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie constateert een toenemende druk op haar psychiaters om uit de context van maatschappelijke veiligheid, actief in te grijpen bij personen met verward gedrag. Maar mensen met verward gedrag hoeven niet psychiatrisch ziek te zijn. Vermeldenswaardig is dat het aantal mensen met een psychiatrisch probleem in onze samenleving redelijk stabiel is. Daarbij lijkt de discussie over verwarde personen wellicht over een vorm van maatschappelijke verwarring te gaan. Wij kunnen kennelijk andersoortige gedragingen uit het perspectief van een goed georganiseerde geïndividualiseerde burger niet goed plaatsen.

Het wetsvoorstel is duidelijk: verplichte zorg is alleen mogelijk als ultimum remedium binnen een behandelingsomgeving. Hoe voorkomen wij nu een uitholling van het begrip "ultimum remedium" in dit verband, zo vraag ik de bewindspersonen. Zijn psychiaters straks de verdedigers van het zorgvuldig toepassen van verplichte zorg in het kader van ultimum remedium?

Ik stel nog een aantal vragen die op een aantal onderdelen wat dieper ingaan op beide wetsontwerpen. Een cruciaal criterium in beide wetsontwerpen is "ernstig nadeel"; een situatie van ernstig nadeel op grond van een psychisch probleem of verstandelijke beperking waarin een inwoner is terechtgekomen. Maar wat wordt bedoeld met dit "ernstig nadeel"? Op schriftelijke vragen van onze fractie antwoordt de regering dat er geen uitbreiding is beoogd ten opzichte van het huidige gevaarcriterium zoals gehanteerd onder de Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen. Echter, de regering schrijft bij de beantwoording van een andere vraag van onze fractie: "Onder de Wet verplichte ggz kan eerder worden ingegrepen door middel van lichtere vormen van dwang." Hoe verhouden deze beide antwoorden zich tot elkaar? Is door de harmonisatie van beide wetsvoorstellen niet juist een verruiming van het criterium "ernstig nadeel" gecreëerd? Er wordt toch beoogd onder het wetsvoorstel Zorg en dwang een uitbreiding van het gevaarcriterium van de Wet BOPZ te realiseren? Of lees ik in beide wetsvoorstellen een vergelijkbaar criterium "ernstig nadeel" maar met de mogelijkheid tot verschillende interpretatie? Ik verzoek de staatssecretaris glashelder aan te geven hoe het nu zit met de invulling van het criterium "ernstig nadeel" zodat cliënten met hun familie, de professionals, maar ook het openbaar bestuur, het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht in scherpte weten hoe het criterium "ernstig nadeel" moet worden ingevuld.

Toch maar weer zo'n puzzelvraag, ditmaal over het onderwerp wilsbekwame mensen met een psychiatrische ziekte. Hierover hebben wij aan de regering schriftelijke vragen gesteld. In het antwoord op deze vragen wordt verwezen naar artikel 2.1. lid 6 van de Wet verplichte ggz. Ik citeer uit het antwoord: wilsbekwaam verzet moet ook worden

gerespecteerd indien de psychische stoornis van de patiënt een aanmerkelijke kans op schade voor betrokkene zelf veroorzaakt. Er is echter een ondergrens ten aanzien van deze wilsbekwaamheid, te weten: als acuut levensgevaar dreigt; bijvoorbeeld suïcide wordt genoemd. Wat als ik wilsbekwaam en lichamelijk ernstig ziek ben, maar mijn behandeling weiger, waardoor er een acuut levensgevaar dreigt? Zo'n afweging mag ik dan maken. Er is dan geen grond voor dwangzorg. Maar als ik wilsbekwaam en psychisch ziek ben en daarom niet langer wil leven, dan mag ik deze behandeling volgens mij niet weigeren. "Bestaat er dan een verschil in wilsbekwaamheid tussen mensen met en mensen zonder psychiatrische ziekte?", zo vraag ik de bewindspersonen.

De Wet zorg en dwang heeft onder meer als doel de rechtsbescherming van de cliënt te verbeteren. De inspectie gaat op afstand toezicht houden. De rechter heeft een minimale rol en de cliënten moeten vertrouwen op deskundige zorgverleners die het stappenplan nauwkeurig gaan volgen. Daarmee is de cliëntenvertrouwenspersoon een belangrijke waarborg. Het ministerie van VWS heeft subsidie gegeven voor het project Doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon in het kader van de Wet zorg en dwang. Onze fractie is nieuwsgierig hoe de minister de uitkomsten van dit project gaat gebruiken. In het Besluit zorg en dwang, dat nu ter internetconsultatie wordt aangeboden, wordt niet gesproken over het vastleggen van de professionalisering van de functie van de cliëntenvertrouwenspersoon.

We lezen ook dat de aanbieders van cliëntenvertrouwenwerk zorg moeten dragen voor een eigen opleiding. Ik vraag de minister of elk clubje nu zijn eigen opleiding gaat organiseren. Waarom niet een landelijke opleiding gebaseerd op de uitkomsten van het hiervoor genoemde project? De cliëntenvertrouwenspersoon gaat toch, vergeleken met de patiëntenvertrouwenspersoon in de ggz, een gelijke status en kwaliteit krijgen? Voor de duidelijkheid: dit is toch zo met de Tweede Kamer in 2015 afgesproken? Daar hoort dan toch een landelijke financiering bij? We gaan toch niet de functie van cliëntenvertrouwenspersoon in de aanbesteding zetten? Waarom wordt dit niet hetzelfde georganiseerd als bij de patiëntenvertrouwenspersoon?

Het CIZ gaat door de Wet zorg en dwang een belangrijke rol spelen. De taken en de bevoegdheden van het CIZ nemen aanzienlijk toe, onder andere bij de rechterlijke machtiging. De rechter kan op verzoek van het CIZ een rechterlijke machtiging verlenen. Dit is een nieuwe rol voor het CIZ. Is de minister bereid de procedure voor de rechterlijke machtiging, maar ook de procedure bij opname en verblijf van cliënten die geen keuze kenbaar maken, uit te werken in samenspraak met de beroepsgroepen en betrokken cliëntenorganisaties?

De regering heeft ervoor gekozen om af te zien van een nieuw te ontwerpen integraal wetsvoorstel dwangzorg. De praktische impact van deze drie wetten zal voor de uitvoeringspraktijk daardoor groot zijn. Er moet nogal wat geregeld worden. Om te beginnen — het was al eerder genoemd — is dat een goede handleiding voor de uitvoeringspraktijk. Maar ik noem ook het opleiden van professionals en de aanpassingen binnen het Openbaar Ministerie. U kunt het allemaal wel invullen; het is al eerder gezegd. U krijgt het druk, minister.

De minister heeft al aangekondigd dat hij voor de startdatum van de drie wetten met reparatiewetgeving zal komen. Kunnen we niet beter wachten met deze reparatiewetgeving? Na de start zal er echt nog wel wat meer te repareren zijn. Daarbij pleit ik voor een passende invoeringstermijn van twee jaar en voor de mogelijkheid voor de beroepsgroepen en cliëntenorganisaties om direct vanaf de invoering aan het ministerie van VWS een terugkoppeling te geven. Ik vind het eigenlijk een vervelend woord, maar je zou het een "meldpunt" kunnen noemen. Graag hoor ik een reactie van de minister in dezen.

Ik kom tot een afsluiting. Het is wel nog goed om te melden dat wij op de door de minister aangekondigde reparatiewetgeving nu geen reactie zullen geven. De inhoudelijke bespreking van deze twee onderwerpen zijn in eerste instantie een aangelegenheid van de Tweede Kamer. De voorliggende wetsvoorstellen stellen de zorgbehoefte van de cliënt centraal, of deze nu thuis of in een instelling verblijft. Het betreft drie wetsvoorstellen die op elkaar zijn afgestemd maar ieder een eigen regime kennen. Daarmee blijven tussen de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz echter ook verschillen bestaan, bijvoorbeeld bij de rechterlijke toetsing van de verplichte zorg. In de debatten in de Tweede Kamer is hier uitgebreid over gesproken. Als antwoord op deze ongelijkheid is onder andere de Wzd-arts door mijn partij geïntroduceerd. Ook de introductie van de hiervoor benoemde cliëntvertrouwenspersoon, naar analogie van de patiëntvertrouwenspersoon in de ggz, heeft hiermee van doen. Naar het zich laat aanzien, is op dit moment qua onderlinge afstemming wel het maximale bereikt, wetende dat dit verschil in rechtspositie van cliënten blijft bestaan. We kijken als SP nu al uit naar de komende evaluatie van voorliggende wetsvoorstellen.

Voor het ontwerpen van een compleet nieuwe "wet verplichte zorg" is door de regering niet gekozen. Om deze drie wetsvoorstellen, met elk hun eigen ontstaansgeschiedenis, op elkaar afgestemd en goed in werking te laten treden, zal nog het nodige moeten gebeuren. Dit alles in de context van een stevige maatschappelijke discussie met meningen en opvattingen over verwarde personen, met daarbij een ggz-systeem dat onder andere door zorgverzekeraarsbureaucratie, het gebrek aan psychiaters en groeiende wachtlijsten in zijn voegen begint te kraken. Daarbij spelen binnen de ouderenzorg ook de nodige problemen, waaronder personeelsproblemen. Dit is geen goed gesternte om deze drie complexe wetten uit te rollen. Als SP-fractie kunnen wij ons vinden in de uitgangspunten van deze wetsvoorstellen, maar onze grote zorg zit hem in de toekomstige uitvoering. Ik vraag de bewindspersonen of ze deze zorg delen en zo ja, wat ze ermee denken te doen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Don. Ik geef het woord aan mevrouw Wezel.

□

Mevrouw Wezel (SP):

Dank u wel, voorzitter. Eerst heet ik de ministers en de staatssecretaris welkom. Ik wens hun veel kracht, wijsheid en doorzettingsvermogen toe om hun belangrijke werk uit te kunnen voeren. Ik zal hier spreken namens de SP-fractie

en de fractie van de Partij voor de Dieren over de Wet forensische zorg. Met dit voorstel krijgen de officier van justitie en de rechter de mogelijkheden om iemand binnen het strafrecht sneller geestelijke zorg te bieden. De belangrijkste doelen van dit wetsvoorstel zijn: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensischezorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg. Door het bieden van goede zorg als onderdeel van de straf wil het kabinet herhaling van strafbare feiten terugdringen. De SP en de Partij voor de Dieren staan volledig achter de voorgenoemde doelen van de wet en wensen de ministers toe dat zij deze doelen zullen bereiken. De SP en de Partij voor de Dieren vinden het belangrijk dat de veroordeelden gestraft worden voor hun misdaden, maar ook dat zij een zodanige zorg krijgen, dat zij na hun detentie weer goed voorbereid in de samenleving terugkomen.

De SP en de Partij voor de Dieren zien wel aandachtspunten voor het wetslagen van het wetsvoorstel: ten eerste ter zake van de beschikbare middelen voor forensische zorg; ten tweede ter zake van een verbinding tussen het haperende ggz-systeem en de instroom in de forensische psychiatrie; ten derde ter zake van de verdachten die niet mee willen werken aan een tbs-observatie; ten vierde ter zake van het optreden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; en ten vijfde en laatste ter zake van de nazorg.

Ten aanzien van het eerste punt vraag ik of de beschikbare middelen wel voldoende zijn om de nagestreefde doelen te bereiken. Gezien de berichtgeving in het nieuws is er nog wel een lange weg te gaan om de voorgenoemde doelen te bereiken, bijvoorbeeld in de forensische jeugdzorg. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie laat jaarlijks in ongeveer 700 jeugdzaken een rapport over de minderjarige verdachte maken, met onder meer een advies aan de rechter over passende therapie ter voorkoming van herhaling van het misdrijf. Denk aan trainingen die agressie of drugsgebruik tegengaan, of gezinsbegeleiding en behandelingen in de forensische geestelijke gezondheidszorg. De rechter volgt vaak dit advies. Uit onderzoek blijkt dat jongeren die zulke behandelingen krijgen, veel minder vaak opnieuw over de schreef gaan. Jongeren die geen therapie volgen, lopen een groter risico opnieuw een geweldsdelict te plegen. Als de rechter een therapie oplegt, is die blijkbaar nodig en dan moet het ook gebeuren. De gemeenten moeten dat regelen, vindt het OM. Uit onderzoek van de Volkskrant in augustus 2017 blijkt dat de jongeren die een therapie verplicht opgelegd hebben gekregen in het strafrechtelijk kader door de jeugdrechter daarop vaak lang moeten wachten, soms wel een jaar. Dat komt door wachtlijsten en de onwennigheid van gemeenten, die sinds de decentralisatie verantwoordelijk zijn voor de specialistische jeugdzorg. Volgens de VNG is de jeugdrechter niet altijd goed op de hoogte van de zorginstellingen waarmee gemeenten contracten hebben en van eventuele wachtlijsten. De VNG gaat daarom met justitie in gesprek om te horen aan welke jeugdhulp behoefte is en om justitie beter zicht te geven op welke zorg door gemeenten is ingekocht. Het probleem zit hem meer in de ingewikkeldheid van het nieuwe jeugdhulpstelsel dan in de bureaucratie bij gemeenten, zegt een VNG-woordvoerder. Een woordvoerder van het jeugdpsychiatrisch centrum de Bascule in Amsterdam meldde in een krantenbericht dat door de forse bezuinigingen op de specialistische jeugdhulp het aantal beschikbare plekken is afgenomen, met wachtlijsten tot gevolg.

15 januari 2018
EK 14

Eerste Kamer Verplichte geestelijke gezondheidszorg

14-3-13

Bijkomend probleem is dat er gemeenten zijn die steeds minder voor deze zorg willen betalen, zo zegt de woordvoerder, zodat zij straks niet meer de benodigde kwaliteit kunnen leveren. Zouden de ministers op dit bericht kunnen ingaan en indien het klopt, kunnen aangeven hoe zij voornemens zijn iets te doen aan de afname van het aantal beschikbare plekken voor specialistische jeugdhulp en aan de wachtlijsten? Herkennen de ministers dat de gemeenten steeds minder voor deze zorg willen betalen en hoe kijken de ministers daar tegenaan? Zijn de tijdelijke beschikbaarstelling van 45 miljoen en de voorstellen van dit kabinet hiervoor afdoende?

Dan de beveiligde forensische zorg. In het rapport Marktcanc Forensische Zorg 2016 van de Nederlandse Zorgautoriteit lees ik dat beleidsmakers inzetten op meer ambulante en lager beveiligde forensische zorg en op afbouw van de hoger beveiligde forensische zorg. Het ministerie van Veiligheid en Justitie sprak met de brancheorganisaties GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, in 2013 af om de uitgaven aan forensische zorg te verminderen van 688 miljoen in dat jaar naar 602 miljoen in 2017. De bezuiniging diende plaats te vinden door de gemiddelde behandelduur van tbs terug te brengen van tien jaar in 2013 naar acht jaar in 2017, het aantal tbs-plaatsen af te bouwen en de doorstroom te bevorderen naar zorgaanbieders die een lagere zorg en verblijfsintensiteit kunnen leveren, zoals forensische klinieken en afdelingen en aanbieders van beschermd en begeleid wonen in 2017. Is de gemiddelde duur voor tbs in 2017 teruggebracht naar acht jaar en is het aantal ambulante tbs-behandelingen toegenomen? Wat zijn de effecten hiervan op de maatschappelijke positie en de recidive van de behandelde onder-tbs-gestelden? Ik ben er benieuwd naar hoe de ministers voornemens zijn te monitoren of de geleverde forensische zorg nog wel effectief is voor de betrokkenen zelf, maar ook voor de samenleving, en wat de ministers zien als effectief. Verandert er aan het hiervoor genoemde iets met de nieuwe wetgeving? Graag de reactie van de ministers.

Dan het tweede punt. Is er sprake van een verbinding tussen het haperend ggz-systeem en de instroom in de forensische psychiatrie? De politie heeft in de eerste helft van 2017 al 41.082 meldingen over verwarde personen ontvangen. In heel 2016 was dit aantal 74.875. Een politiechef in de Rotterdamse regio zei nog in september: "Er gaan meer mensen dood door verwarde personen dan door terreur". De zorg voor mensen met verward gedrag is een zaak van justitie, politie en gevangeniswezen geworden. Voormalig psychiater Höppener zegt hierover in een interview in Trouw van 13 januari 2018 dat de huidige zorg van de geestelijke gezondheidszorg terug is bij wat vroeger draaideurpsychiatrie heette. Zo snel mogelijk doorschuiven naar buiten. Binnen het gemeentelijk beleid staat eigen kracht centraal. Je moet zelf iets willen en voor preventie moeten de burens zorgen. Het niet meekomen wordt gezien als niet willen. Zijn de ministers het met de SP en de Partij voor de Dieren eens dat er primair steun en zorg moet zijn voor verwarde mensen en geen cel en zo ja, hoe pakt de minister van Volksgezondheid zijn rol als stelselverantwoordelijke? Een goed gesprek met de wethouders die zorg in hun portefeuille hebben lijkt de SP-fractie en de Partij voor de Dieren wat dun. Graag de reactie van de minister. Is er een verbinding tussen het ggz-systeem dat hapert door wachtlijsten en weglappende psychiaters en andere factoren waardoor psychiatrisch zieke mensen uitvallen en een aantal vervolgens via de forensische psychiatrie terugkomen in de ggz? Graag de reactie van de minister.

Het derde punt betreft de verdachte die niet mee wil werken aan een tbs-observatie. De moorden op voormalig minister Borst en Anne Faber zijn voorbeelden van incidenten door verwarde personen. De SP en de Partij voor de Dieren zijn dan ook met de regering van mening dat indien verdachten die lijden aan een geestesstoornis, zware delicten plegen, zij voor zichzelf, maar in het bijzonder ter bescherming van de samenleving, naast een straf ook een behandeling nodig hebben. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk bestaande medische gegevens te vorderen en te gebruiken ten behoeve van het onderzoek naar de aanwezigheid van een psychische stoornis bij verdachten van misdrijven waarvoor tbs opgelegd kan worden, maar die weigeren aan het daarvoor benodigde onderzoek mee te werken. De Wet forensische zorg introduceert daarmee een uitzondering op het verbod op het verwerken van bijzondere persoonsgegevens, alsook een wettelijke verplichting tot de doorbreking van het medisch beroepsgeheim voor hulpverleners waarmee de verdachte een behandelrelatie heeft gehad. Het wetsvoorstel stelt voor dat de rechter het medisch dossier kan opvragen in het geval een verdachte weigert mee te werken aan een tbs-onderzoek. Naar de mening van de SP en de Partij voor de Dieren is de doorbreking van het medisch beroepsgeheim een te zwaar en ongewenst middel. Het heeft tot gevolg dat ieders vertrouwen in de artsen wordt aangetast omdat het medisch beroepsgeheim op de helling gaat.

Er zijn echter alternatieven te bedenken die hetzelfde of wellicht zelfs een beter resultaat kunnen hebben. Een voorbeeld van een alternatief is voorgelegd door de Autoriteit Persoonsgegevens. Dit voorstel houdt in dat in de wet wordt opgenomen dat het OM de mogelijkheid krijgt om binnen twee jaar na het onherroepelijk worden van de veroordeling alsnog aan de rechter te vragen om aanvullend of in plaats van de nu al opgelegde gevangenisstraf de maatregel van tbs op te leggen. De SP en de Partij voor de Dieren leggen u voor het voorstel van de Autoriteit Persoonsgegevens zodanig aan te vullen dat de veroordeelde dit ook zelf aan de rechter kan vragen. Er kunnen namelijk ook overwegingen zijn van de veroordeelde om aan zichzelf te werken, waar in de detentie beperkt ruimte voor is. Is de regering bereid dit gedeelte van het wetsvoorstel te heroverwegen en het voorgenoemde alternatief te onderzoeken?

Het vierde punt is het optreden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. In de zaak van Michael P. zijn de Inspectie Justitie en Veiligheid en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd door de minister verzocht om onderzoek te doen. Dit naar aanleiding van de vraag vanuit de Tweede Kamer en de maatschappij hoe het kon dat Michael P. zo veel bewegingsvrijheid had dat het mogelijk was dat hij Anne Faber van het leven beroofde. Welke belangen en risicoafwegingen zijn hier genomen en is daarbij de maatschappelijke veiligheid meegewogen? De inspecties hebben de onderzoeksvraag opgevat als de vraag of de forensische instelling goede zorg heeft gegeven aan de patiënten. De SP-fractie vindt het onbegrijpelijk dat de beide inspecties niets met de vragen uit de Tweede Kamer en de maatschappij hebben gedaan in het onderzoek dat is uitgevoerd in oktober en november 2017. Ik begrijp dat er een tweede onderzoek op komst is. Waarom niet in één keer goed?

Meerdere partijen in de Tweede Kamer, waaronder de SP, het CDA, de VVD, de PVV, GroenLinks en D66, hebben al jarenlang klachten over de onderzoeksrapporten over het optreden van de Inspectie Gezondheidszorg geuit. Zij heb-

ben meerdere malen voormalig minister Schippers opgeroepen om de Inspectie Gezondheidszorg nu echt aan te pakken. Ik citeer even de woorden van de VVD-woordvoerder in de Tweede Kamer: "Het is de hoogste tijd voor een diepgravend debat over het functioneren van de Inspectie Gezondheidszorg." Wat is daar toch aan de hand, minister? Naar de mening van de SP en de Partij voor de Dieren kan de regering niet zonder een goed functionerende Inspectie Gezondheidszorg. Graag de reactie van de ministers. Verder zou de SP-fractie willen weten of de zaak van Michael P. beleidsveranderingen bij de forensische klinieken ten gevolge heeft gehad. Graag de reactie van de ministers.

Tot slot het laatste punt ter zake van de nazorg. Van belang is dat alle gestraften na de gevangenisstraf en na de tbs-behandeling weer goed voorbereid in de samenleving komen, voor de samenleving maar ook voor zichzelf. Uit een onderzoek van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming van oktober 2017 blijkt dat gemeenten, gevangenis en reclassering gebrekkig samenwerken bij de nazorg voor gedetineerden die vrijkomen. Gemeenten worden vaak te laat en gebrekkig geïnformeerd. De nazorg is bedoeld om te voorkomen dat gedetineerden na hun vrijlating weer in de fout gaan. Die kans is klein als ze een identiteitsbewijs, onderdak, inkomen, zorg en, zo nodig, hulp bij het aanpakken van hun schulden krijgen. Maar dat gaat vaak mis, bijvoorbeeld omdat gemeenten niet of te laat te horen krijgen dat een gedetineerde weer op vrije voeten komt, zo concludeert de RSJ.

Welk percentage van de gedetineerden verlaat in verwarde toestand de bajes en wat is de rol van de reclassering hierin? Graag de reactie van de minister. Verder werd er nog tijdens de deskundigenbijeenkomst als verbetervoorstel geopperd om bij wet te regelen dat de rechter, die beslist over de beëindiging van de tbs, tevens een machtiging op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg kan afgeven zodat er een naadloze overgang is. Hoe staan de ministers hiertegenover? Zouden de ministers kunnen toezeggen te onderzoeken wat er verbeterd kan worden aan de zorg en nazorg van gedetineerden en tbs'ers om ervoor te zorgen dat zij na hun vrijlating goed voorbereid in de samenleving komen, waaronder de overgang van forensische zorg naar de reguliere ggz en de verstandelijk gehandicaptenzorg?

De SP-fractie en de Partij voor de Dieren zien uit naar de reactie van de ministers. Dank u wel voor uw tijd.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Wezel. Ik geef het woord aan de heer Schnabel.



De heer Schnabel (D66):

Ruim honderd jaar heeft Nederland het moeten doen met de Krankzinnigenwet van 1884 en aan de invoering van de Wet BOPZ in 1994 is ook bijna een kwart eeuw van discussie voorafgegaan. En in de bijna kwart eeuw sinds dat moment zijn de wet en de uitvoeringspraktijk alweer verschillende malen gewijzigd. Nu is het de bedoeling de Wet BOPZ te vervangen door uiteindelijk drie met elkaar samenhangende wetten, die elk ook alweer een lange periode van discussie, voorbereiding en wijziging achter zich hebben. Het gaat natuurlijk ook om regelingen met betrekking tot fundamen-

tele vragen over de grenzen van de grondrechten. De Krankzinnigenwet ging nog uit van het bestwilcriterium, dat in de loop van de tijd echter toch steeds meer als tegelijkertijd te ruim en te paternalistisch werd gezien. De BOPZ was, zeker aanvankelijk, gebaseerd op een zeer strikt gedefinieerd gevaarscriterium, dat in de praktijk echter toch te beperkt bleek, ook omdat de wet wel voorzag in gedwongen opneming maar niet in gedwongen behandeling, wat in tegenspraak is met de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg van heden.

Als lid van de nationale raad voor de volksgezondheid was ik in de jaren tachtig nauw betrokken bij de advisering over de toekomstige BOPZ en ik heb toen gepleit, anders dan voor het bestwilcriterium en het gevaarscriterium, voor de ontwikkeling van wat ik toen een gemenebestwilcriterium heb genoemd. Dat is een manier van denken waarin een balans gezocht kon worden tussen enerzijds de bezorgdheid om de situatie van de patiënt en anderzijds het belang van de bescherming van de samenleving en het samenleven. Dat begrip, gemenebestwilcriterium, heeft geen ingang gevonden, maar in de praktijk van de BOPZ en in de nu voorliggende wetsvoorstellen, zeker in de Wvvggz, is naar mijn idee toch duidelijk sprake van een zoeken naar een balans tussen behandelen en beveiligen, tussen bieden van zorg en beperken van gevaar.

Dat in de wordingsgeschiedenis van de Wvvggz in de verschillende nota's van wijziging verschuivingen in de accenten tussen de beide polen kunnen worden herkend, is eigenlijk toch wel inherent aan de aard van de problematiek waar een oplossing voor moet worden gevonden. Het gaat steeds om de mate waarin en het moment waarop de veronderstelling dat volwassenen in staat zijn zich binnen de ruime regels van wat als normaal of aanvaardbaar geldt, in ieder geval als niet leidend tot ernstig nadeel voor de betrokkene en voor anderen, althans door die anderen niet meer volgehouden kan worden. In die situatie is natuurlijk steeds weer de vraag: wie mag dan wat onder welke voorwaarden en met welk doel doen?

Gezien de mogelijke consequenties — verplichte zorg, gedwongen opneming, verlies van bewegingsvrijheid — kan en mag het antwoord op die vraag niet gemakkelijk gegeven worden. De Wvvggz omvat dan ook niet minder dan 50 bladzijden aan "regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis", zoals de volledige titel van de wet luidt, gevolgd door nog eens 50 bladzijden aanpassing andere wetgeving. Juist door deze overmaat verbaast het dan weer niet dat de minister van VWS in zijn brief van 18 december 2017 moest wijzen op het "per abuis" in de tweede nota van wijziging van de Wvvggz verwijderen van artikel 13, lid 4, dat de opsporing regelt van patiënten die zich onttrokken hebben aan verplicht opgelegde zorg. Als het dan misgaat, wordt dat uiteraard vooral gezien als het falen van de hulpverlening en niet als een "abuis" van de wetgever. Die kennelijk lang onopgemerkt gebleven vergissing is misschien toch wel tekenend voor het risico dat ontstaat door juist het grote aantal in de wet opgenomen regels, de strikt te volgen procedures, de vele betrokken instanties, disciplines en personen en de in de tijd weken en soms maanden in beslag nemende besluitvorming. Op die manier kan het formeel en moreel betere de vijand worden van wat praktisch en klinisch door professionals in de ggz als het goede en het noodzakelijke wordt gezien.

Mijn fractie ziet dan ook graag een toezegging van de minister tegemoet dat in de evaluatie in het bijzonder aandacht geschonken wordt aan dit dilemma. Dat impliceert meteen dat de evaluatie niet gebaseerd moet zijn op simpelweg een peiling van meningen en ervaringen na het tweede jaar van toepassing van de wet, maar dat van het begin af aan die toepassing nauwkeurig gevolgd moet worden om in kaart te brengen wat goed en wat niet goed gaat. Het onderzoek moet eigenlijk meelopen met de toepassing van de wet; vroeger zou je dat "actieonderzoek" noemen. De zo gewonnen inzichten kunnen dan ook weer gebruikt worden voor de reeks van AMvB's die nog te verwachten is. Dit is dus niet de eindevaluatie, maar het gedurende de eerste jaren van toepassing steeds weer reageren op wat er in de praktijk aan ervaringen wordt gewonnen.

Voorzitter. De Wvvgz houdt in veel opzichten een verbetering in ten opzichte van de BOPZ; een aantal van de collega's heeft dat ook al duidelijk gemaakt. Die verbetering komt met name ook tot uiting in de veel grotere aandacht en waardering voor de sociale omgeving van de patiënt. De versterking van de rol van de familie in het zorgproces heeft nu zelfs aanleiding gegeven tot de instelling van een familievertrouwenspersoon. Een punt van zorg, nog niet geadresseerd in de wet, is dan wel de verhouding van deze figuur tot de patiëntenvertrouwenspersoon. Ik hoop dat de minister of de staatssecretaris daar nog wat helderheid over kan verschaffen, want het is niet denkbeeldig dat deze twee vertrouwenspersonen in de praktijk tegenover elkaar kunnen komen te staan. Dat neemt niet weg dat we er gelukkig mee kunnen zijn dat de tijd dat juist de familie van de patiënt als zijn meest intieme vijand werd gezien, achter ons ligt.

Het probleem is nu veel eerder dat de patiënten, voor een groot deel jonge mannen, vaak niemand en niets hebben om op terug te vallen of steun aan te ontlenen. Ook de binding met een huisarts ontbreekt vaak totaal. Dat maakt ook begrijpelijk waarom de korpschef van de nationale politie, Erik Akerboom, ervoor pleit ter preventie van de inzet van de politie in een dan uit de hand gelopen situatie in elke wijk een ggz-werker te hebben. In feite is het een oproep tot de terugkeer van de inzet van de acute en sociale psychiatrie, zoals die vroeger in de grote steden bestond. De "rijdende psychiater" van de Amsterdamse GGD was daar al vanaf de jaren dertig van de vorige eeuw het internationaal veel nagevolgde en in ieder geval veel besproken en bewonderde voorbeeld van. Ook vandaag de dag geldt: verplichte zorg in de ggz zou ingebed moeten zijn in een systeem van "bemoezorg", van blijvend contact en contact zoeken met de betrokkenen. In het belang van de effectiviteit van juist de Wvvgz doet mijn fractie een beroep op de minister van VWS om met de gemeenten, de politie, de ggz en ook met de eerste lijn tot zo goed mogelijke afspraken te komen, die uiteindelijk kunnen leiden tot een minder frequent beroep op de Wvvgz en op de inzet van de politie in sommige situaties.

Voorzitter. In de lange jaren waarin is gewerkt aan de totstandkoming van de Wet BOPZ is er steeds discussie geweest over de vraag of er voor psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten één gemeenschappelijke regeling voor de toepassing van dwang zou moeten komen of een aparte regeling voor ieder van de drie groepen, rekening houdend met de specifieke kenmerken en situatie van ieder van hen.

Het is een beetje cynisch achteraf te moeten vaststellen dat de als principieel voorgestelde keuze voor één gemeenschappelijke regeling in de BOPZ destijds om een heel praktische reden al voor de behandeling van de wet in het parlement is verlaten: de rechterlijke macht zou overbelast kunnen raken door het grote aantal rechterlijke machtigingen dat in het kader van de BOPZ in de psychogeriatric zou moeten worden afgegeven. "Wie zwijgt, stemt toe" werd het nieuwe uitgangspunt. Dat sloot ook aan bij de praktijk in de zorg en beperkte de noodzaak van een rechterlijke machtiging tot de patiënten die zich duidelijk verzetten tegen opname in een verpleeghuis.

De discussie is niet verstomd, zoals vandaag ook blijkt in dit huis, maar heeft nu opmerkelijk genoeg een bijna tegengesteld karakter gekregen. Nu de scheiding tussen dwang in de ggz en dwang in de psychogeriatric en bij verstandelijk gehandicapten definitief wettelijk vorm lijkt te krijgen, wordt er juist weer van verschillende kanten sterker gepleit voor één regeling of ten minste één kader voor de twee regelingen. Dat is zeer duidelijk het geval in de Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg van ZonMW; het is hier ook al genoemd. De aanbevelingen in het rapport van de commissie-Legemaate hebben inmiddels hun weg gevonden in het recente amendement-Leijten, dat de minister van VWS nu weer graag "geamendeerd" ziet, zoals hij deze Kamer onlangs liet weten. Ik kom daar dadelijk nog op terug.

Ik wil nu eerst de Wet zorg en dwang bespreken zonder het amendement-Leijten. Mijn fractie ziet in de Wzd de nadere uitwerking van het verplichte juridische regime dat in het kader van de BOPZ voor de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg gold. Dat heeft onze steun. Wij kunnen ons ook vinden in de opdracht aan de zorgverantwoordelijken tot nader overleg met hun meerderen en ook andere deskundigen. Naarmate het karakter van de zorg onvrijwilliger wordt en de noodzaak ervan ook minder gedeeld wordt door de direct bij de cliënt betrokkene, heeft de zorgverantwoordelijke ook de instemming van andere deskundigen, in het uiterste geval ook in meervoud, nodig. Graag zag mijn fractie wel een verduidelijking door de minister van het door hem in de brief van 18 december geuite voornemen om de advisering door een externe deskundige alleen te laten plaatsvinden als dat nodig is "voor een goede zorgverlening". Enkele collega's hebben er al op gewezen dat dat een probleem zou kunnen vormen. Doelt de minister hier op de in artikel 11 genoemde deskundige? Zou het optioneel maken van het inroepen van een externe deskundige de zorgverlener niet al te veel ruimte laten?

Artikel 25 van deze wet regelt het indienen van een verzoek om een rechterlijke machtiging voor verblijf in een instelling. In het geval van een psychogeriatricische plaatsing dringt zich toch de vraag op of in artikel 25, lid 1 onder d ook de huisarts als verzoeker kan optreden. Wie kan als verzoeker optreden in het geval dat een (potentiële) cliënt geen bindingen of betrokkenen heeft? Kunnen dan bijvoorbeeld ook burens als verzoeker optreden of de politie of het Leger des Heils, als het gaat om iemand zonder vaste woon- of verblijfplaats? Graag vernemen wij de visie van de bewindspersonen hierop.

Voorzitter. Ik kom nu te spreken over het amendement-Leijten. De minister van VWS geeft in zijn brief van 18 december aan dat het construct — want dat is het — van

de Wzd-arts niet aansluit bij de praktijk van de gehandicaptenzorg, die immers al heel lang geleden vrijwel geheel gedemedicaliseerd is. De minister hoopt de rol van de Wzd-arts te kunnen uitbreiden tot een orthopedagoog of een gz-psycholoog. Dat lijkt logisch en verstandig, maar de strekking van het amendement heeft toch minder betrekking op professionele deskundigheid dan op verantwoordelijkheid voor "de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg". De zorgaanbieder is verplicht een Wzd-arts aan te wijzen, die onafhankelijk is en die geen aanwijzingen krijgt van de zorgaanbieder. Dat geeft de Wzd-arts in feite de positie van geneesheer-directeur, zoals destijds ook vastgesteld door staatssecretaris Van Rijn in zijn reactie op het voorstel van mevrouw Leijten, dat op zichzelf weer gebaseerd is op een aanbeveling van de commissie-Legemaate. Het karakter van de wet verandert daardoor nogal fundamenteel. Dat wordt uiteraard versterkt wanneer deze rol ook door niet-artsen vervuld kan worden. Mijn fractie is zeer benieuwd naar de visie van de minister op deze verdergaande verandering in de wet — het gaat ook om anderen en niet alleen om de Wzd-arts — zeker ook in het licht van zijn eigen voorstel. De verandering waarin het amendement heeft voorzien strekt zich over vele artikelen in het wetsvoorstel uit en heeft bijvoorbeeld ook betrekking op het verlenen of weigeren van verlof en ontslag. In feite maakt het amendement iemand zonder lijnfunctie in de organisatie, eventueel zelfs zonder dienstverband bij de organisatie, verantwoordelijk voor de inrichting van een belangrijk deel van de zorg zonder daarover verantwoording af te hoeven leggen. Ik hoop daar bijna niet aan toe te voegen dat dit niet een heel erg wenselijke situatie lijkt.

Voorzitter. Ter afsluiting van mijn bespreking van de Wet zorg en dwang maak ik graag nog enkele opmerkingen over het concept Besluit zorg en dwang, dat inmiddels ter consultatie is gegeven. De betreffende AMvB, die met name regels stelt ten aanzien van onvrijwillige ambulante zorg, telt niet minder dan 26 bladzijden, waarvan 20 bladzijden een uiterst gedetailleerde toelichting bevatten op de do's-and-don'ts, al ontbreekt dan bijvoorbeeld wel een antwoord op de vraag of gedwongen toepassing van bijvoorbeeld anticonceptie maatregelen is toegestaan. In een vorig bestaan had deze minister van VWS daar duidelijk een eigen opvatting over.

Maar de echte don'ts hebben vooral betrekking op insluiting en fixatie van psychogeriatrische patiënten. Zo mag wel een balkondeur worden afgesloten, maar niet de voordeur. De rolstoel mag niet op de rem worden gezet en polsbanden om iemand te helpen bij het eten zijn niet toegestaan. Een bedhek mag wel. Een traphekje, geloof ik, niet. Als je het zo gedetailleerd gaat voorschrijven, dreigt dan niet de situatie dat de hulpverlener niet mag wat door een mantelzorgers indien nodig gewoon gedaan wordt, eventueel ook waar de hulpverlener bij is? Dat lijkt mij pijnlijk voor de hulpverlener en zeker niet bevorderlijk voor het vertrouwen van de mantelzorgers in de hulpverlening. Het is de vraag of je zover moet gaan in je detaillering van dit soort situaties.

Onvrijwillige ambulante zorg is nieuw, zo stellen de bewindspersonen het zelf in de nota van toelichting. In de consultatie stellen zij met name vragen over de wenselijkheid om ook ambulante insluiting en fixatie te kunnen toepassen. Zijn er in die consultatie inmiddels al antwoorden op deze vragen? Kunnen de bewindspersonen aangeven of en in hoeverre er al experimenteel gewerkt is volgens

de voorgestelde richtlijnen, en wat eventueel de resultaten daarvan zijn?

Voorzitter. Het derde voorstel, het wetsvoorstel Forensische zorg, wacht inmiddels al ruim vijf jaar op het oordeel van de Eerste Kamer. De praktijk van de forensische zorg heeft daar niet op gewacht, want inmiddels wordt er feitelijk al gewerkt langs de in de wet aangegeven lijnen. In het algemeen, zo heb ik kunnen vaststellen tijdens gesprekken met op dit gebied werkzame psychiaters, is men ook tevreden met de mogelijkheden om justitiabelen de zorg te verlenen die de Wet forensische zorg mogelijk maakt. Het is hier al genoemd: er is wel zorg over de precieze werking van de overgang tussen artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht en artikel 2.3 van de Wet forensische zorg, met name over de mogelijkheid dat dit voor instellingen in de reguliere ggz zou leiden tot een belangrijk en niet van risico gevrijwaard verschil in samenstelling van de patiëntenpopulatie met een rechterlijke machtiging. Ik hoop dat de minister daar wat nadere informatie over kan geven.

Uit zowel de beschrijving van de casus Bart van U. in het rapport van de commissie-Hoekstra als uit wat inmiddels over de casus Michael P. bekend is geworden, wordt duidelijk dat de communicatie tussen de verschillende partijen en ketens, ggz, justitie en politie, niet alleen incidenteel, maar ook structureel te wensen overlaat. Onderling worden de verbindingen vaak moeizaam gelegd en in de eigen keten zijn de lijnen vaak lang, te lang in veel gevallen. Partijen beschikken niet alleen over verschillende informatie, maar hebben vaak ook geen toegang tot elkaars informatie. Een voorbeeld is de informatie die betrekking heeft op de plaatsing van een forensische patiënt bij een zorgaanbieder. Is het juist, zo vraagt mijn fractie zich af, en zo vraag ik dus nu via de voorzitter aan de ministers, dat de bewoording van artikel 6.1, lid 2 in feite uitsluit dat de instelling waarin de patiënt geplaatst wordt ook de beschikking heeft over alle met betrekking tot die patiënt relevante informatie en met name over de indicatiestelling en de daarbij behorende klinische informatie?

Tijdens de deskundigenbijeenkomst van 16 mei 2017 heeft de heer Aalbersberg, hoofdcommissaris van de politie in Amsterdam, er vanuit zijn positie op gewezen, en er eigenlijk zijn beklag over gedaan, dat de zorg wel informatie van de politie verwacht, maar die omgekeerd zelf niet geeft. Ik neem aan dat hij dan met name doelt op ontslag van de forensische patiënt uit zorg en zijn terugkeer in de maatschappij. Ieder van de drie wetten aangaande zorg en dwang verlangt de vastlegging en verwerking van veel gegevens met betrekking tot de patiënt, maar het werken met die gegevens lijkt op gespannen voet te komen staan met andere waarden, zoals het medisch beroepsgeheim en de privacy van de patiënt. De fractie van D66 is zeer geïnteresseerd in een antwoord van de bewindspersonen op de vraag in hoeverre juist een betere informatievoorziening over en weer een bijdrage zou kunnen leveren aan zowel de beveiliging van de samenleving als de bescherming van de forensische patiënt tegen zijn eigen impulsen.

Het medisch beroepsgeheim is uiteindelijk niet absoluut. Dat blijkt expliciet uit de nieuwe tekst van artikel 37a, lid 5 en 6 Wetboek van Strafrecht, en valt ook te lezen in het recente artikel van Aart Hendriks in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Die niet-absolute versie geldt met name voor de niet-behandelend arts. In reactie op wat net werd gezegd, door onder anderen mevrouw Wezel,

denk ik dat we er rekening mee moeten houden dat het beroep vanuit de zorg om niets te kunnen zeggen in verband met het medisch beroepsgeheim in de samenleving juist vaak op onbegrip stuit. Het is dus niet zo dat vertellen wat er aan de hand is of zou kunnen zijn juist onzekerheid met zich meebrengt en het medisch beroepsgeheim zou ondermijnen. Heel vaak is toch het gevoel dat dat een scherm is dat opgetrokken wordt om het eigen falen of het tekortschieten van de hulpverlening niet te laten zien.

Van verschillende kanten is er, onder andere tijdens de deskundigenbijeenkomst, voor gepleit om ten behoeve van het lokale bestuur, de politie, justitie en de zorg meer gezamenlijke scholing en bijscholing te organiseren met betrekking tot de uitvoering van de Wet forensische zorg. Straf en behandeling, publieke veiligheid en persoonlijke vrijheid gaan in het kader van de forensische zorg op wisselende momenten wisselende verbindingen aan. Is al voorzien, of gaat er voorzien worden, in een programma om de verschillende bij de forensische zorg betrokken partijen beter met elkaar te laten samenwerken? Zijn er bij de uitvoering van de wet ook middelen beschikbaar om dat te bevorderen, niet alleen zoals nu al het geval is ten behoeve van de officieren van justitie, maar ook ten behoeve van de andere betrokken disciplines? Dit is temeer van belang omdat alle partijen erop wijzen dat voor een goede invoering van de wet als geheel echt ruim de tijd moet worden genomen, meer dan de maanden die dit jaar nog resten. Juist omdat het om justitiabelen gaat, leveren missers in het aanbod en de levering van zorg eerder een risico dan een leereffect op.

Vorige week hebben de "tbs-advocaten", zoals ze zichzelf noemen, zich gemengd in de discussie over het verschijnsel van de "weigerende observandus". Hun standpunt bevestigt het beeld dat er bij gebrek aan informatie over de psychische gesteldheid van de justitiabele bij rechters aarzeling bestaat ten aanzien van het opleggen van een rechterlijke machtiging of tbs. Dat weten de observandi ook en een weigering zien zij dan ook als voor hen voordelig. Of dat juist is of niet staat buiten de discussie. Kunnen de verantwoordelijke bewindslieden in ieder geval het misverstand dat dit voordelig zou zijn, bij de observandi en de rechters wegnemen met een uitdrukkelijke verwijzing naar de nieuwe versie van artikel 37a Wetboek van Strafrecht? Als dat inderdaad het geval is, zou de laatste volzin van artikel 37a, lid 4 dan niet in die zin wijziging behoeven, dat de rechter ook zonder medewerking van de betrokkene gebruik kan maken van "een ander advies of rapport", dat dan ook niet alleen gebaseerd hoeft te zijn op de actuele situatie of het huidige gedrag van de betrokkene, zoals de letter van de tekst lijkt te suggereren? Graag vernemen we het standpunt van de ministers over een adequate aanpak van het weigeringsvraagstuk, ook in het licht van dit voorstel van de tbs-advocaten. Ik hoop dat minister Dekker bovendien nog een reactie kan geven op de alternatieve procedure in geval van een weigerende observandus die door de voorzitter van de Autoriteit Persoonsgegevens in zijn brief van 11 januari 2018 wordt voorgesteld en die ook al door enkele collega's naar voren is gebracht als een mogelijk interessant alternatief.

Voorzitter. De drie wetsvoorstellen die we hier vandaag bespreken zijn steeds meer met elkaar vervlochten geraakt. Dat is ook de reden waarom we ze nu pas in gezamenlijkheid met elkaar bespreken. Tegelijkertijd hebben ze onmiskenbaar betrekking op naar hun aard, omvang, leef-

situatie en levensfase grotendeels heel verschillende patiëntencategorieën. In de voorgestelde regeling is dat ook herkenbaar in de mate waarin het accent meer op veiligheid of meer op zorg is komen te liggen, en meer op "ernstig nadeel" dat de patiënt zichzelf of juist anderen aandoet en op bescherming van grondrechten dan op zijn positie als justitiabele. Het zijn accentverschillen in zaken die in een rechtsstaat als fundamentele waarden gelden, maar die in de praktijk hard met elkaar in botsing kunnen komen.

Dat leidt vanzelfsprekend weer tot de behoefte aan procedures die vooral gericht zijn op zorgvuldigheid in de besluitvorming, op het afleggen van verantwoording en op mogelijkheden om bezwaar en beroep aan te tekenen. Zeker vanuit de zorg, maar ook bij het openbaar bestuur, bij de politie en bij justitie is dan ook steeds meer de klacht te horen dat de eigenlijke taak overwoekerd dreigt te worden door administratie, registratie en communicatie. In het vorige week verschenen nummer van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde staat dat de gemeten administratieve werkdruk van psychiaters werkzaam in een ggz-instelling is opgelopen tot ongeveer 40% van de werktijd, waaronder ook gerekend de uren dat men bezig is om dit op te schrijven. De regeldruk specifiek ter voorbereiding van een gedwongen opname wordt door psychiaters, desgevraagd door mij, op gemiddeld twee fulltime werkdagen geschat. "De bezem erdoor!", luidt de kop van het hoofdartikel in het NTvG naar aanleiding van het citaat dat ik net aanhaalde. Mijn fractie hoopt van de ministers te horen dat in de komende AMvB's juist uiterste terughoudendheid in de nadere regelgeving zal worden betracht en hoort ook graag dat in de evaluatie van de nieuwe wetten in het bijzonder aandacht zal worden gegeven aan vermindering van de administratieve werkdruk.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Schnabel. Ik geef thans het woord aan mevrouw De Bruijn-Wezeman. Zij houdt haar maidenspeech. Daarom zal ik de stemmingsbel luiden, zodat eenieder weet dat er een maidenspeech gehouden gaat worden. Mevrouw De Bruijn, ga uw gang.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik wil graag de drie nieuwe bewindspersonen van harte succes wensen. Het is zowel voor hen als voor mij het eerste actieve debat in deze Kamer. Ik weet niet hoe het u vergaat, maar deze bijzondere, historische plek maakt op mij nog steeds een heel bijzondere indruk. Je zou er stil van worden, ware het niet dat hetgeen dat ons vandaag samenbrengt om een uitvoering debat vraagt.

Na een zeer lange aanloop behandelen we dan eindelijk de drie samenhangende wetsvoorstellen voor de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, door mij vanaf nu de Wzd genoemd, de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet forensische zorg. Deze drie wetsvoorstellen vormen samen het wettelijk kader voor gedwongen zorg. Uitgangspunt is dat zorgaanbieders noch overheid burgers kunnen verplichten om bepaalde vormen van zorg te ondergaan. De realiteit is echter dat er zeer dringende redenen kunnen zijn waarom

deze zorg uitkomst kan bieden, ook al is dit tegen iemands wil.

Als jonge verpleegkundige in opleiding kwam ik voor het eerst in mijn leven in aanraking met een zwaar dementerende patiënt. Dit heeft zo veel indruk op mij gemaakt dat ik me deze situatie nu, 45 jaar later, nog steeds herinner. Deze mevrouw sprak niet meer. Ze kon haar wil niet meer uiten en ook was onduidelijk of ze nog wel iets begreep van datgene wat tegen haar werd gezegd. Ze was niet meer in staat om zelfs de meest eenvoudige handelingen zelfstandig uit te voeren. Dit betekende dat ze volledig afhankelijk was van zorg en begeleiding. Daarbij verzette ze zich regelmatig tegen het aanbieden van eten of drinken, tegen het uit bed gaan, tegen toilethulp, tegen het kammen van de haren en noem zo maar op. Mevrouw werd aan mijn zorg toevertrouwd. Het was een bijzondere uitdaging om toegang te vinden tot haar wereld en om haar gedragsuitingen als het ware te leren lezen. Mijn patiënte leek zich alleen comfortabel te voelen wanneer ze aan tafel gezeten, geheel in haar eigen wereld verkerend, een soort imaginaire postzegels kon plakken. Ze maakte de hele dag het gedwongen gebaar alsof ze daarmee bezig was. Ik herinner me dat ze alleen in die omstandigheid ook toegankelijk was om te eten en te drinken. Haar naam weet ik niet meer na al die jaren, maar het postzegelvrouwtje, zoals ik haar liefkozend noemde, is slechts een voorbeeld van waar zorgverleners in de praktijk van alledag mee te maken hebben.

Mevrouw de voorzitter. In onze liberale samenleving wringt het om tegen iemands wil in te gaan. Respect voor de individuele rechten en voor de menselijke waardigheid vinden wij essentieel. Er zit echter een wereld tussen het respecteren van verzet en iemand aan iemands lot overlaten. Wanneer in een situatie zoals ik zojuist heb beschreven, vrijwillige zorg geen uitkomst meer biedt, is het de opdracht van de wetgever om een wettelijk kader te bieden waarbinnen de zorgverlener niet in handelingsverlegenheid wordt gebracht en de rechtsbescherming van cliënten is gewaarborgd.

Het is de taak van deze Kamer om een oordeel te vormen over de rechtmatigheid, handhaafbaarheid en uitvoerbaarheid van de voorliggende wetsvoorstellen, waarbij we met betrekking tot de uitvoerbaarheid specifiek zullen kijken of de drie wetten voldoende op elkaar zijn afgestemd en of de noodzakelijke harmonisatie heeft plaatsgevonden.

Ik geef eerst een algemene beschouwing op de drie wetsvoorstellen in het algemeen en zal ze daarna afzonderlijk behandelen. Ik hanteer daarbij de volgende volgorde: Wet zorg en dwang, Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en tot slot de Wet forensische zorg.

De leden van de VVD-fractie onderschrijven de doelstellingen van de wetsvoorstellen. In de wetsvoorstellen wordt een balans gezocht tussen het fundamentele recht op lichamelijke integriteit voor ieder individu en de plicht van de overheid om burgers te beschermen en te voorzien van noodzakelijke zorg. Naar het oordeel van mijn fractie maakt de regering een zorgvuldige afweging tussen de genoemde dilemma's. Duidelijk is dat gedwongen zorg altijd een ultimatum remedium is, zorgvuldig moet worden voorbereid, zo kort als mogelijk mag worden ingezet en regulier geëvalueerd moet worden. Wanneer vrijwillige zorg geen uitkomst meer biedt, mag gedwongen zorg als ultimatum remedium alleen worden toegepast in die situaties waarin een psychi-

sche stoornis leidt tot dusdanig gedrag dat het een ernstig nadeel oplevert voor de cliënt of diens omgeving. Het toepassen van gedwongen en onvrijwillige zorg is voorts omkleed met allerlei rechterlijke waarborgen. In de Wet verplichte ggz is dat de afgifte van een rechterlijke zorgmachtiging vooraf en in de Wet zorg en dwang zit het verplicht opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, met de mogelijkheid van gerechtelijke toetsing achteraf. Ook in de Wzd is voor onvrijwillige opname een gerechtelijke opnamemachtiging vooraf noodzakelijk.

Genoemde beginselen en waarborgen zijn naar het oordeel van mijn fractie verenigbaar met het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en met de eisen die de jurisprudentie van het Europees Hof stelt. Wij kennen echter ook de uitleg die het VN-comité voor de rechten van de mensen met een beperking geeft in artikel 14 en 15 van het VN-verdrag. Die interpretatie is dusdanig dat het VN-comité van oordeel is dat gedwongen zorg in geen enkel geval gerechtvaardigd is. Kunnen de bewindspersonen nog eens aangeven waarom deze interpretatie in de voorliggende wetsvoorstellen niet wordt gevolgd?

Dan kom ik bij de Wet zorg en dwang. Het wetsvoorstel is, zoals vandaag al eerder is gememoreerd, in 2009 ingediend bij de Tweede Kamer, waarna maar liefst zeven nota's van wijziging verschenen. Vooral als gevolg van de tweede nota van wijziging op de Wet verplichte ggz is de Wzd vervolgens nog eens ingrijpend gewijzigd. Daarna volgden nog een derde en een vierde nota van wijziging. Een ambtelijke notitie van 2 juni jongstleden was gelukkig zeer behulpzaam bij het verkrijgen van enig overzicht. Daarvoor alsnog mijn dank aan de ambtelijke organisatie. Dat laat onverlet dat mijn fractie het verzoek van het veld begrijpt om alsnog een geredigeerde memorie van toelichting te mogen ontvangen. Men is niet alleen het overzicht kwijtgeraakt, de vele wijzigingen ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel hebben ook de complexiteit voor de uitvoeringspraktijk flink doen toenemen. En is dit nu niet juist waar men in deze sector geen behoefte aan heeft, vraag ik de minister.

Mede op verzoek van mijn fractie heeft daar waar mogelijk afstemming plaatsgevonden van de kernbegrippen in de Wzd en de Wet verplichte ggz. De klachtenprocedures zijn geharmoniseerd en ook is de aansluiting in het grensverkeer tussen beide wetten verbeterd. De vraag is echter of de harmonisatie niet zover is doorgevoerd dat de Wzd op de Wet verplichte ggz is gaan lijken en of dat wenselijk is met het oog op de verschillende doelgroepen. De kritiek op de huidige Wet BOPZ is dat deze onvoldoende aansluit bij de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking of met een psycho-geriatrische aandoening. In tegenstelling tot de op de behandeling van de psychische stoornis gerichte zorg in de ggz, richt de Wzd zich namelijk op zorg aan cliënten die doorgaans levensbreed en over bijna alle aspecten van hun leven zorg nodig hebben. Deze mensen krijgen vaak al eerst zorg op vrijwillige basis en het is bij deze doelgroep vrijwel onvermijdelijk dat zich momenten voordoen waarbij onvrijwillige zorg moet worden verleend om te voorkomen dat de cliënt zichzelf of anderen ernstig benadeelt. Ik verwijs daarvoor nogmaals naar de zojuist door mij genoemde casus. U kunt zich daar dan enigszins een betere voorstelling van maken.

Deze mensen zijn dus vaak niet in staat om hun wil te uiten. Het is ook niet altijd duidelijk of iemand zich verzet. Dit leidt

tot een andere dynamiek tussen cliënt en hulpverlener. Daarom steunt de VVD-fractie de keuze om uit te gaan van de procedures die het beste passen bij de doelgroep en die leiden tot een doelmatige verlening van de zorg. In de Wzd betekent dit dat onvrijwillige zorg door de zorgverantwoordelijke in het zorgplan moet worden opgenomen, in overleg met andere disciplines. Dit sluit dan weer aan bij de reeds voorgeschreven handelwijze in de Wet langdurige zorg.

Wij vinden dan ook dat voor deze doelgroep een procedure bij de rechter niet de aangewezen weg is, met uitzondering van de mogelijkheid in het uiterste geval om iemand onvrijwillig op te nemen. Voor dementerende ouderen en hun familie is ook de afgifte van zo'n rechterlijke opname-machtiging al een heel emotionele gebeurtenis. Ondanks de zeer zorgvuldige benaderingswijze door de rechters ervaren ouderen dit toch vaak als een soort straf en alsof men iets heeft misdaan.

De vraag is echter of de Wzd na alle wijzigingen nog voldoet aan het uitgangspunt "doelmatige zorg". De kerstboom van wat nu een "opschalend multidisciplinair stappenplan" is gaan heten, is almaar verder opgetuigd. De keuze voor een opschalend multidisciplinair stappenplan naar gelang de situatie complexer wordt en de duur van de onvrijwillige zorg toeneemt, vloeit voort uit de aanbevelingen van de Taskforce complexe zorg uit 2012, maar niet alle zorgsituaties zijn zo complex als die waarop de aanbevelingen van de taskforce toentertijd zijn gebaseerd.

Mevrouw de voorzitter. Van onvrijwillige zorg is in de Wzd sprake wanneer de cliënt of diens vertegenwoordiger niet instemt en ook wanneer de cliënt vanwege wilsonbekwaamheid niet meer kan instemmen maar zich ook niet verzet. Wij lezen de wet nu zo dat in alle gevallen waarin onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, extern advies moet worden gevraagd, naast de interne disciplinaire raadpleging, waarbij in veel vormen van zorg ook nog eens een arts is betrokken. U begrijpt, denk ik, wel dat mijn fractie het door de minister in zijn brief van 19 december jongstleden aangekondigde wijzigingsvoorstel om de praktische werkbaarheid van het stappenplan te vergroten, zal omarmen wanneer dit daadwerkelijk leidt tot minder bureaucratische besluitvormingsprocessen.

Wij kunnen ons vinden in de voorgestelde lijn om het raadplegen van een externe deskundige te beperken, bijvoorbeeld tot situaties waarin bij de evaluatie van het zorgplan blijkt dat het niet lukt om onvrijwillige zorg binnen de wettelijke termijn af te bouwen. Wij verzoeken de minister om bij de voorbereiding van het wijzigingsvoorstel ActiZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland nauw te betrekken en bij hen te toetsen of de voorgestelde werkwijze uitvoerbaar is en past binnen het beleid dat is gericht op vermindering van regels en regeldruk.

Dan kom ik bij een volgend punt. In de memorie van toelichting wordt het feit dat iemand een verhoogd risico heeft om te vallen, uitdrukkelijk uitgesloten van het ernstigadeelcriterium. Maatregelen om vallen te voorkomen, zoals een stoelblad, kunnen dus nooit onvrijwillig worden ingezet, ook niet met instemming van de vertegenwoordiger. Tijdens mijn contacten met het veld blijkt dat dit zowel voor de mensen die in de zorg werkzaam zijn als voor familieleden een moeilijk te begrijpen verhaal is. Dit is natuurlijk niet vreemd, aangezien bekend is dat bijvoorbeeld in 2015 3.267 ouderen boven de 65 jaar aan de gevolgen van een val zijn

overleden. Hoe moet je volgens de minister dan als zorgverlener het criterium ernstig nadeel wegen? Ik maak een vergelijking. Het aantal suicides bedroeg in datzelfde jaar 1.871. Dat is dus iets meer dan de helft daarvan.

Zou bij een verhoogd valrisico niet ook het nee-tenzijprincipe moeten kunnen worden gehanteerd? Nu is het namelijk per definitie "nee" als men toch preventieve maatregelen wil nemen. Daar komt bij dat het overlijden na een val wordt aangemerkt als een niet-natuurlijke dood. Indien iemand in een zorgrelatie na een val overlijdt — het maakt daarbij niet uit of dat in een instelling of thuis gebeurt — volgt een politieonderzoek waarbij betrokkenen worden gehoord. De kans dat dit gebeurt en gaat gebeuren, neemt overigens toe omdat preventiemaatregelen zonder instemming van de cliënt, en dus bij wilsonbekwame patiënten, niet meer genomen kunnen worden. Het lijkt mij niet realistisch om cliënten met bewegingsdrang een-op-een 24 uur per dag te begeleiden. Een dergelijk politieonderzoek heeft overigens een enorme impact op zowel de familie als de zorgverleners. Een zorgmanager van een instelling die zeer actief werkt aan de cultuuromslag om bewust om te gaan met vrijheidbeperkende maatregelen — die cultuuromslag is vandaag al een paar keer gememoreerd — vertelde mij onlangs dat na een dergelijk politieonderzoek de stoelbladen die net in de ban waren gedaan, binnen die instelling weer breed werden ingezet.

De voormalige staatssecretaris had het over een noodzakelijke cultuurverandering waarbij hulpverleners moeten ingaan tegen hun reflex om anderen tegen hun wil tegen risico's te beschermen. Maar is zo'n cultuuromslag dan niet in de hele breedte noodzakelijk? Als wij het risico accepteren dat het in zorgrelaties voorkomt dat ouderen die niet meer kunnen instemmen met maatregelen ten val komen en in het ergste geval daaraan overlijden, moeten we dan ook niet een cultuuromslag vinden in hoe wij daar als samenleving mee omgaan? Een politieonderzoek in verband met een niet-natuurlijke dood helpt daarbij niet. Hieruit spreekt niet het respecteren van het recht op zelfbeschikking en lichamelijke integriteit van de cliënt, maar eerder wantrouwen richting zorgverleners. Dit is althans hoe zorgverleners en familieleden dit ervaren. Graag verneem ik van de minister zijn standpunt in dezen.

Tot slot ga ik in het blokje over de Wzd in op de Wzd-arts. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is deze arts via het amendement van mevrouw Leijten aan de Wzd toegevoegd. Meneer Don had het daar ook al over. Vooralsnog lijkt het grootste bezwaar te liggen bij de gehandicaptenzorg, omdat daar veel vrijheidbeperkende maatregelen worden ingezet op basis van gedragsmatige overwegingen en niet op basis van medische gronden. Als een arts hierbij de eindverantwoordelijkheid moet nemen, sluit dat niet aan bij de huidige praktijk. Ook hier stelt de minister voor om de Wzd aan te passen, en wel in die zin dat de functie van de Wzd-arts ook kan worden uitgeoefend door een gz-psycholoog of een academisch geschoolde orthopedagoog. Dat vinden wij op zich een goed voorstel, maar daarnaast vragen wij de minister om bij de evaluatie van de wet speciale aandacht te besteden aan de toegevoegde waarde van de Wzd-arts. In welke mate draagt deze extra schakel in het besluitvormingsproces bij aan de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg? Woordvoerders voor mij hebben al aangegeven hoe de complexiteit van de Wzd-arts op verschillende artikelen in de Wzd betrekking heeft. Ik zou daar graag in de evaluatie aandacht aan willen besteden.

Dan kom ik nu bij de Wet verplichte ggz. Naast het versterken van de rechtspositie van personen tegen wier wil zorg wordt verleend, heeft het wetsvoorstel voor de verplichte ggz tot doel om dwang te voorkomen en de duur van dwang te beperken. Reductie van dwang wordt mede mogelijk gemaakt doordat ook lichtere vormen van ambulante verplichte zorg kunnen worden toegepast. Hiermee wordt dan weer beoogd in een eerder stadium te kunnen ingrijpen om zo te voorkomen dat de geestelijke gezondheid van een cliënt dermate verslechtert dat verplichte opname of een crisismaatregel noodzakelijk wordt. Deze doelen kunnen rekenen op de steun van de VVD-fractie.

De VVD-fractie betreurt het echter wel dat de waarborgen voor het toepassen van verplichte zorg in thuisituaties niet rechtstreeks zijn opgenomen in de wet en dat we moeten wachten op de AMvB's, waar overigens wel een voorhangprocedure voor geldt. Hierdoor hebben wij nu onvoldoende zicht op de uitvoerbaarheid van de ambulante behandel mogelijkheden. Het betreft hier wel een van de kernelementen van deze wet. De minister heeft bij brief van 26 maart 2008 extra zorgvuldigheidseisen toegezegd bij het toepassen van verplichte zorg in thuisituaties. Zo wordt aangegeven dat een professionele zorgverlener toezicht moet houden wanneer er sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen. Van de staatssecretaris vernemen wij graag welke mogelijkheden voor verplichte zorg in de thuisituatie hij zoal ziet. Is de staatssecretaris niet bezorgd dat vanwege het ontbreken van voldoende professioneel toezicht toch besloten moet worden tot gedwongen zorg?

Reductie van dwang is, zoals gezegd, een belangrijke doelstelling van de Wet verplichte ggz. Ook willen we voorkomen dat iemand ten gevolge van een psychische aandoening onnodig in het domein van het strafrecht of de openbare orde terechtkomt. De kwaliteit en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zijn op zich geen onderdeel van de Wet verplichte ggz, maar kunnen niet geheel los gezien worden van de omvang van dwangmaatregelen. Het is daarom goed om in dit verband stil te staan bij de noodzaak van een voldoende adequaat zorgaanbod, bij voorkeur ambulant, in de eigen, vertrouwde omgeving.

In de loop der jaren is de klinische-ggz-capaciteit gestaag afgebouwd, maar de opbouw van voldoende ambulante zorg blijft uit. Het is goed dat er nu een Schakelteam voor personen met verward gedrag is dat inzet op het realiseren van voldoende lokaal, integraal zorgaanbod. Een belangrijk onderdeel hierbij is de vroegtijdige signalering en toeleiding naar passende zorg en ondersteuning. Hierbij is dan weer een belangrijke rol weggelegd voor de gemeenten. Ons bereiken signalen dat de gemeenten zich hiervoor onvoldoende toegerust voelen. Het betrekken van de omgeving van een cliënt bij verplichte zorg stuit bijvoorbeeld vaak op privacywetgeving. Ook dient de gemeente meldingen betreffende personen die mogelijk verplichte geestelijke gezondheidszorg moeten ontvangen, in behandeling te nemen, te onderzoeken en daarover terug te koppelen. Ik vraag de staatssecretaris of er al zicht is op wat dit betekent voor de inzet van extra middelen voor de gemeenten. Kan de staatssecretaris ten aanzien van dit onderdeel een zorgvuldig implementatietraject met de gemeenten toezeggen?

Dan kom ik bij de actieve regierol van het OM, waarover wij al eerder vragen hebben gesteld. Inmiddels heeft de Eerste Kamer een afschrift ontvangen van de brief van 6 juli jongstleden van de toenmalige staatssecretaris van

Veiligheid en Justitie, die gericht was aan de Tweede Kamer. In de genoemde brief informeerde de staatssecretaris de Kamer naar aanleiding van de gewijzigde motie-Bruins Slot/Dijkstra (32399, nr. 86) over het genoemde onderwerp. De staatssecretaris gaat daarbij in op de bevindingen van het onderzoek naar de voorwaarden waaraan moet worden voldoen, wil het OM de actieve regierol kunnen waarmaken, alsmede op de voortgang van het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid. De VVD-fractie is verheugd te constateren dat er voortgang wordt geboekt met de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra, onder andere op het gebied van keteninformatievoorziening, dossierverrijking en de actieve regierol van het OM.

Naar aanleiding van de brief van de staatssecretaris heeft mijn fractie nog één vraag. Wij hebben er begrip voor dat in het geval van een goed gemotiveerd verzoekschrift, vergezeld van een verrijkt dossier, de noodzaak voor de officier van justitie om ter zitting een mondelinge toelichting te geven, minder nadrukkelijk aanwezig is. De Wet verplichte ggz biedt ruimte om in elke individuele zaak de afweging te maken of de aanwezigheid van de officier van justitie noodzakelijk is of niet. De staatssecretaris stelt dat deze afweging aan de officier van justitie is. De leden van de VVD-fractie vragen echter of juist daar waar een goed functionerende keten zo belangrijk is, de andere ketenpartners niet ook een stem moeten hebben in de aanwezigheid van de officier van justitie ter zitting. Graag krijg ik een reactie hierop, ik denk van de minister voor Rechtsbescherming.

Dan een onderwerp waarop wij onlangs zijn geattendeerd en dat een duidelijke relatie heeft met de wetsvoorstellen die vandaag aan de orde zijn: de wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwame meerderjarigen binnen de gezondheidszorg. Min of meer opgegroeid met de WGBO, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, weet ik niet beter dan dat in zorgrelaties een arts bepaalt of iemand wilsbekwaam is of niet. Daarmee moet dan worden uitgegaan van wilsbekwaamheid tot het tegendeel is bewezen. Wilsbekwaamheid is in de gezondheidswetgeving een taakspecifiek begrip, gebonden aan een bepaald type besluit op een bepaald moment. Zo is het nu ook al opgenomen in de Wzd en in de Wet verplichte ggz. Hiermee wordt recht gedaan aan iemands mogelijkheden om op bepaalde momenten en fronten zelf beslissingen te nemen. De arts weegt af of iemand in staat is om tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake te komen. Wanneer een patiënt voor een beslissing ter zake wilsonbekwaam is, mag die patiënt zelf een vertegenwoordiger aanwijzen, of de kantonrechter benoemt een curator of een mentor. Het mentorschap is een beschermingsmaatregel die uitdrukkelijk voor handelingen binnen de gezondheidszorg in het leven is geroepen en die wordt geregeld in het Burgerlijk Wetboek. Zo wordt bepaald dat betrokkene door instelling van het mentorschap zelf geen beslissingen meer mag nemen op het gebied van behandeling, begeleiding, verzorging en verpleging. Hij mag dit alleen doen met instemming van de curator of mentor. Dus ook wanneer de arts van oordeel is dat betrokkene in deze situatie zelf kan handelen, mag hij niet handelen zonder toestemming van de curator of de mentor. Wel kan de mentor betrokkene toestemming geven zelf rechtshandelingen te verrichten. Maar de beoordeling of betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat wordt geacht, is dus aan de mentor en niet aan de arts. Ik vraag de bewindspersonen: is hier sprake van een inconsistentie tussen de genoemde wetten?

Zijn de bewindspersonen bekend met problemen tussen zorgverlener en curator of mentor die hun basis vinden in deze kennelijke tegenstrijdigheid?

Dat het hier gaat om een langdurig en complex wetgevingsproces blijkt wanneer wij op het laatste moment geïnformeerd worden over het per abuis vervallen van het niet onbelangrijke artikel 13.4, dat het Openbaar Ministerie bijzondere bevoegdheden toekent ten behoeve van een snelle opsporing van personen die zich aan de tenuitvoerlegging van de opgelegde zorgmachtiging of crisismaatregel hebben onttrokken. Het was nog even zoeken, voorzitter, want in het oorspronkelijke wetsvoorstel is het artikel genummerd als artikel 14.4. Een dergelijke omissie had voorkomen kunnen worden door niet alleen wijzigingsvoorstellen aan de Kamer voor te leggen maar ook het eindplaatje in de vorm van geconsolideerde wetteksten. In dat geval was het wellicht eerder opgevallen dat teksten zijn weggevalen. Ik vraag de drie nieuwe bewindspersonen: was het niet een enorm zoekplaatje om de wetsvoorstellen met alle wijzigingen te doorgronden? Dat was het voor mij in ieder geval wel. Ik kan mij voorstellen dat het ook u enige tijd heeft gekost. Dan begrijpt u wellicht des te meer waarom de Tijdelijke Commissie Werkwijze Eerste Kamer heeft aanbevolen om voortaan alleen nog geconsolideerde wetteksten in behandeling te nemen. Ik geef u dit graag in overweging.

Voorzitter. Dan kom ik bij de Wet forensische zorg. Na de behandeling van de Wet forensische zorg in eerste termijn hebben wij op 6 november 2014 een uitgebreide schriftelijke reactie ontvangen van de toenmalige staatssecretaris van V en J. Naar aanleiding van de beantwoording loop ik nog enkele punten langs. Ik heb onder andere nog vragen over de veelbesproken problematiek rondom weigerende observandi. In antwoord op de vraag van de VVD in de eerste termijn over het veiligheidsniveau voor justitiabelen in reguliere instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg antwoordde de staatssecretaris dat op het gebied van de vereiste beveiliging voor de groep patiënten met een door de strafrechter afgegeven zorgmachtiging onwenselijke verschillen bestaan tussen de indicatiestelling in de reguliere ggz en de indicatiestelling in de forensische zorg. Het gewenste beveiligingsniveau moet namelijk integraal onderdeel gaan uitmaken van de rechterlijke zorgmachtiging, ongeacht of deze wordt voorbereid vanuit de ggz of vanuit het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie. In onze inbreng voor het voorlopig verslag hebben wij nogmaals aandacht gevraagd voor dit onderwerp.

Wij constateren nu met tevredenheid dat naar aanleiding van de vragen van de VVD-fractie ter voorkoming van onveilige situaties in hoofdstuk 9 van de Wet verplichte ggz een aantal bevoegdheden is opgenomen ten aanzien van forensische patiënten in de reguliere ggz-instellingen. Deze bevoegdheden hebben betrekking op het beperken van het recht op het ontvangen van bezoek, de bewegingsvrijheid en het gebruik van communicatiemiddelen. Voor de spiegelbeeldsituatie, een ggz-patiënt die in verband met het vereiste beveiligingsniveau in een tbs-instelling is geplaatst, regelt artikel 6.4, vijfde lid, van de Wet verplichte ggz dat in de zorgmachtiging moet worden opgenomen dat de beheersbevoegdheden van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden van toepassing zijn. Verder zijn daar waar mogelijk de verschillen in rechtspositie weggenomen, dit ter voorkoming van een problematische behandel/werksituatie binnen de instelling, een en ander

naar aanleiding van het verzoek tot harmonisatie van deze Kamer.

Ik heb nog wel een vraag over de uitvoeringspraktijk. Kan de minister aangeven of informatie over het beveiligingsniveau nu wel voldoende wordt meegenomen bij de indicatiestelling door de ggz? Ik hoor van instellingen dat er wel allerlei fysieke maatregelen worden genomen om een hoger beveiligingsniveau te kunnen bieden, maar het gaat hier nu toch vooral om de risico-inschatting door de ggz bij de aanvraag van de zorgmachtiging. Weet de minister of dit inmiddels is verbeterd?

In genoemde brief wordt ook ingegaan op onze vraag naar aanleiding van artikel 3.3 van de Wet forensische zorg dat bevoegdheden toekent aan de minister ten aanzien van private zorginstellingen, met een bijzondere aanwijzing als instelling voor de verpleging van tbs-gestelden. De staatssecretaris antwoordde dat het hier gaat om een kleine groep instellingen, waarschijnlijk zo'n zes, en dat genoemde bevoegdheden nodig zijn om de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel met verpleging van overheidswege in private instellingen mogelijk te maken én de publiekrechtelijke verantwoordelijkheden ten aanzien van de veiligheid van de samenleving te kunnen uitvoeren. Naar het oordeel van mijn fractie wordt voldoende onderbouwd dat de bevoegdheden van de minister beperkt blijven tot dat deel van de instelling waar tbs-gestelden zijn geplaatst, dat het gaat om het kunnen nemen van beheersmaatregelen en dat bevoegdheden niet zijn bedoeld om in te kunnen grijpen in het professionele handelen van de zorgverleners.

Dan tot slot, voorzitter, de in het wetsvoorstel forensische zorg opgenomen wijziging van artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht inzake de weigerende observandi. Deze regeling beoogt een oplossing te bieden voor het probleem dat verdachten van ernstige misdrijven weigeren mee te werken aan het onderzoek ten behoeve van de pro Justitia-rapportage over de aanwezigheid van een geestesstoornis. Wanneer verdachten niet meewerken, wordt het voor het NIFP erg moeilijk om tot een advies te komen. De weigerende verdachte tracht door niet mee te werken oplegging van een mogelijke tbs-maatregel te ontlopen. Dit is een zeer ongewenste en gevaarlijke situatie, omdat dit tot gevolg heeft dat ernstige delinquenten niet de behandeling krijgen die ze nodig hebben, met alle recidiverisico van dien.

Artikel 37a behelst een wettelijke doorbreking van het medisch beroepsgeheim, en aan het medisch beroepsgeheim komt een zwaar gewicht toe. Bij het voorstellen van de wettelijke doorbreking daarvan is uiterste terughoudendheid geboden. Het medisch beroepsgeheim is echter niet absoluut. Zo bestaan er in het kader van de opsporing ook nu al mogelijkheden om in zeer uitzonderlijke omstandigheden tot inbeslagname van medische dossiers te komen. Het is nu aan ons om te beoordelen of de beoogde doorbreking van het medisch beroepsgeheim als ultimum remedium voor de situatie waarin om veiligheidsredenen het opleggen van tbs noodzakelijk wordt geacht, proportioneel is en met voldoende waarborgen omkleed.

De regeling weigerende observandi is alleen van toepassing bij verdachten die in verband worden gebracht met zeer ernstige misdrijven waarvoor een ongemaximeerde tbs kan worden opgelegd. Dit betreft geweldsmisdrijven in de zin van artikel 38e van het Wetboek van Strafrecht. Met name levensdelicten en ernstige zedendelicten vallen hieronder.

Ten aanzien van dergelijke delicten heeft ook het Europees Hof voor de Rechten van de Mens uitdrukkelijk overwogen dat op de Staat een zogeheten positieve verplichting rust om preventieve maatregelen te treffen om dit type misdrijven waar mogelijk te voorkomen. Het is van groot belang dat bij verdachten van dit soort misdrijven wordt vastgesteld of er sprake is van een geestesstoornis. Wanneer dat het geval is, kan er sprake zijn van een grote kans op recidive en is het opleggen van een tbs-maatregel mogelijk de meest adequate sanctie. In die zin achten wij de maatregelen om dit te kunnen bewerkstelligen proportioneel.

Met betrekking tot de zorgvuldigheidscriteria inzake het doorbreken van het medisch beroepsgeheim meldt de voormalige staatssecretaris dat vastgelegd is dat de geheimhoudingsplicht rust op de gehele multidisciplinaire commissie die de bruikbaarheid van de persoonsgegevens toetst. Kan de minister aanvullend nog aangeven hoe de handhaving hierop is geregeld? Is hierop bijvoorbeeld het gewone tuchtrecht van toepassing?

Verder hebben wij nog een andere vraag. Momenteel is de hoofdregel dat gedragskundige rapportages op het moment waarop de terechtzitting aanvangt, niet ouder mogen zijn dan één jaar. Hoe verhoudt dit uitgangspunt zich tot de geldigheidsduur van de te vorderen gegevens voor de pj-rapportage?

Mevrouw de voorzitter ...

Mevrouw **Strik** (GroenLinks):
Voorzitter ...

De voorzitter:
Mevrouw Strik, dit is een maidenspeech. Er mag niet geïnterrumpeerd worden.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD):
Misschien mag ze in tweede termijn, voorzitter.

Voorzitter. De VVD-fractie stelt zich op het standpunt dat wij alles wat in ons vermogen ligt moeten doen om recidive te voorkomen van delicten die diep ingrijpen in het leven van het slachtoffer en diens omgeving en die het gevoel van maatschappelijke veiligheid aantasten. Om een goed inzicht te krijgen in het recidivegevaar is een palet aan maatregelen nodig. Het kunnen betrekken van de bestaande medische gegevens is een van die maatregelen, het terugdringen van de gemiddelde behandelduur in de tbs een andere, en de mogelijkheid tot het verlengen van de observatietermijn weer een andere. Wij realiseren ons dat we nooit 100% veilige situaties zullen bereiken, maar we vragen wel of er niet nog andere maatregelen nodig zijn.

Uit de berichten hierover onlangs in de pers blijkt dat sommige rechters zonder bruikbare pj-rapportages wel besluiten tot tbs en andere rechters niet. Heeft de minister zicht op wat naar het oordeel van de rechters nodig is om tot een tbs-maatregel te komen, en wordt daarover door rechters wellicht verschillend gedacht? Verder vragen wij ons af of er niet nog aanvullende maatregelen mogelijk en nodig zijn, bijvoorbeeld voor de situatie waarin geen dossier is opgebouwd of wanneer dit op verzoek van de betrokkene is vernietigd. Is het bijvoorbeeld denkbaar — dit voorstel

is al vaker langsgekomen vandaag — om wanneer na een onherroepelijke veroordeling tijdens de detentie alsnog blijkt dat iemand lijdt aan een psychische stoornis die een relatie heeft tot het gepleegde delict, de rechter alsnog op basis van de bevindingen kan besluiten om aanvullend tbs op te leggen? Is de minister bereid om dit te onderzoeken en eventueel met aanvullende wetgeving te komen?

Mocht aanpassing van de strafmaatregel na een onherroepelijke veroordeling op problemen stuiten — alhoewel wij uit de brief die wij afgelopen week van de heer Wolfsen hebben ontvangen, mogen opmaken dat hiervoor mogelijk wel oplossingen zijn, mits de maatregel gedurende het proces tijdig wordt aangekondigd — dan doen wij graag nog een andere suggestie aan de hand, namelijk die van voorlopige tbs. Wanneer de verdachte blijft weigeren het onderzoek in het Pieter Baan Centrum te ondergaan, legt de rechter, indien het tot een veroordeling komt, naast straf een voorlopige tbs op voor onbepaalde tijd totdat de veroordeelde wel meewerkt. Na ontvangst van de bevinding van het Pieter Baan Centrum heft de rechter dan de voorlopige tbs op en neemt een besluit over het wel of niet opleggen van tbs.

Voorzitter, tot zover mijn eerste termijn. Wij zien uiteraard met belangstelling de beantwoording door de bewindspersonen tegemoet. Dank u wel.

De voorzitter:
Dank u wel, mevrouw De Bruijn. Blijft u even staan?

Mijn hartelijke gelukwensen met uw maidenspeech. De wetsvoorstellen waarbij u deze uitspreekt, hebben raakvlakken met de verpleegkundige ziekenhuiszorg, waarin u ruim 35 jaar werkzaam bent geweest; dat heeft u ook zelf aangegeven in uw speech. Staat u mij toe om iets van uw achtergrond te schetsen.

Als Groningse bent u in de jaren zeventig van de vorige eeuw gaan wonen in Oss, Noord-Brabant, waar u tot op heden woont. U bent opgeleid tot verpleegkundige A in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam en heeft zich aansluitend gespecialiseerd in intensievecareverpleegkunde. Als ic-verpleegkundige bent u in uw woonplaats Oss gaan werken in het Sint-Anna Ziekenhuis. U was tevens medewerker staffbureau verplegingsdienst in hetzelfde ziekenhuis en docent/mentor bij de intensievecareopleiding. Van 1986 tot 1988 werkte u als opnamecoördinator, voor u definitief de overstap maakte naar de beleids- en bestuurskant van de zorg. In verschillende beleidsfuncties bleef u werkzaam in het Sint-Anna Ziekenhuis, ook na de fusie met het Sint-Joseph Ziekenhuis in Veghel. Zo was u tussen 1988 en 2009 achtereenvolgens beleidsmedewerker, fusiesecretaris, secretaris van de raad van bestuur, projectmanager nieuwbouw en beleidsadviseur van het nieuwe ziekenhuis Bernhoven. Momenteel werkt u als zelfstandig adviseur op het gebied van innovatie in de zorg en het sociaal en maatschappelijk domein.

In de jaren negentig begon uw politieke carrière. Zo was u van 1990 tot 1997 voor de VVD lid van de gemeenteraad te Oss en werkte u enkele jaren als medewerker van de VVD-fractie in de Provinciale Staten van Noord-Brabant. In 2010 werd u opnieuw gemeenteraadslid in Oss, waarbij u uw dochter Bianca afloste als fractievoorzitter. Een familiebe-

drijf daar in Oss, en niet alleen wat mevrouw De Bruijn betreft! In 2011 werd u wethouder. Dit bleef u tot 2015. Sinds maart 2017 bent u lid van de Eerste Kamer.

Naast uw werk en politieke carrière bent u ook altijd maatschappelijk actief geweest. Veel van uw activiteiten hebben te maken met uw achtergrond in de zorg en het verkeer. Dat laatste stamt uit uw periode als wethouder. In een interview zei u dat Rosa Parks, de Amerikaanse burgerrechtenactiviste, uw grote voorbeeld is omdat zij door iets kleins te doen iets groots in beweging heeft gezet. Deze insteek, in combinatie met uw achtergrond, voorspelt een interessante verdere bijdrage aan het werk van deze Kamer. Wij wensen u daarmee veel succes.

Ik schors de beraadslaging en de vergadering voor enkele minuten om de collegae de gelegenheid te geven u geluk te wensen met uw maidenspeech, maar niet dan nadat ik dat als eerste heb gedaan.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is de voortzetting van de eerste termijn van de kant van de Kamer van de gezamenlijke behandeling van de wetsvoorstellen 32399 (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg), 31996 (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten), en 32398 (Wet forensische zorg).

Ik geef het woord aan mevrouw Barth. Waar is mevrouw Barth? O, daar is mevrouw Barth. Het leek wel alsof u in de coulissen zat. Ik zag u niet.



Mevrouw **Barth** (PvdA):

Ik was even water halen, voorzitter. Excuus.

Voorzitter. Het is me een eer en een genoegen deze inbreng mede namens de OSF te mogen leveren.

Graag heet ook ik de bewindslieden van VWS en Justitie en Veiligheid van harte welkom in de Eerste Kamer. Dit is hun eerste of tweede optreden hier, en ze gaan meteen het diepe in. Maar volgens mij zijn de zwemdiploma's wel in orde. Ik kijk uit naar een, hopelijk, doorleefd en inhoudelijk debat.

Onze fracties willen vanaf deze plaats ook alle betrokken bewindslieden uit het vorige kabinet danken voor hun inspanningen voor deze drie wetten. Wij waren en zijn het niet altijd met hun voorstellen eens — daarover later meer — maar zij hebben zich zonder uitzondering met passie en betrokkenheid voor deze wetten ingezet, tot en met de eerste memorie van antwoord.

Anderen hebben het al genoemd: in 1994 trad, na ruim twintig jaar discussie, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen in werking. Deze wet verving de nog uit de negentiende eeuw stammende Krankzinnigenwet en Zwakzinnigenwet, en moest een codificatie vormen van de sinds de jaren zestig en zeventig drastisch veranderde inzichten over goede zorg voor en rechten van men-

sen met ernstige psychiatrische stoornissen of een verstandelijke beperking.

Niet dat de discussie na het goedkeuren van de Wet BOPZ verstomde, integendeel. De tweede evaluatie van de Wet BOPZ uit 2002 kwam al tot de conclusie dat de wet in de praktijk niet voldeed, en wel zo fundamenteel dat dit niet met aanpassing gerepareerd kon worden. Ik kom ook hier later nog op terug. Feit is dat over de wetten die vandaag ter finale beoordeling hier in de Eerste Kamer voorliggen ook weer ruim vijftien jaar gediscussieerd is.

Onze fracties hebben de illusie noch de wens dat deze discussie na de stemmingen over de Wet verplichte ggz, de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg zal stoppen. Wij beschouwen deze wetten als mensenrechtenwetten, die gaan over zeer wezenlijke vraagstukken. Wanneer mag je mensen, die door een psychische ziekte of verstandelijke beperking veroorzaakt gedrag vertonen dat hunzelf of anderen ernstig nadeel kan berokkenen, omwille van hun eigen bestwil of uit het belang van anderen, aantasten in hun zelfbeschikking of de integriteit van hun lichaam, en dwingen om zorg of een behandeling te ondergaan? Onder welke voorwaarden mogen grondrechten en burgerlijke vrijheden van mensen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking opzijgezet worden, terwijl zij niets misdaan hebben? En als zij wel iets misdaan hebben, veroorzaakt door hun ziekte of beperking, hoe bieden we hun dan passende zorg, en de samenleving de nodige veiligheid, en voorkomen we dat het nogmaals gebeurt?

Er zit een inherente spanning in deze vragen, en dat is goed. Het verlenen van gedwongen zorg gaat per definitie gepaard met dilemma's. Wij zien bijvoorbeeld geen zwart-wit tegenstelling tussen mensenrechten en gedwongen zorg. Bij duizenden mensen per jaar blijkt dat de menswaardigheid van hun bestaan juist gediend wordt door het toepassen van gedwongen zorg. Terug naar de jaren waarin mensen uit al te absolute opvattingen over zelfbeschikkingsrecht verkommerden en verloederden willen wij niet, net zomin als we terugverlangen naar de tijd waarin psychisch zieke of verstandelijk beperkte mensen standaard werden opgesloten of afgezonderd van de samenleving.

Ook ernstig zieke of beperkte mensen zijn medemensen, met in wezen dezelfde behoeften, rechten en vrijheden als ieder ander. Op de vraag hoe hun zorgbehoefte het best in balans is met burgerrechten bestaat geen finaal antwoord. De opvattingen hierover zijn onderhevig aan maatschappelijke verandering en nieuwe inzichten over de vraag wat goede zorg is. En elke situatie waarin deze wetgeving wordt toegepast is uniek, omdat het altijd gaat over een individu, een mens met een unieke mix van omstandigheden, beperkingen, aanleg en mogelijkheden.

Daarnaast bestaat er in de praktijk ook spanning tussen de rechten en vrijheden van patiënten en cliënten en de veiligheid van zorgverleners. In sommige instellingen moet dagelijks een afweging gemaakt worden tussen goed werkgeverschap en de eisen van de Arbowet, en de rechten en behoeften van patiënten en cliënten. Dat is een zware belasting.

De beste manier om met dit soort complexe dilemma's om te gaan, is volgens onze fracties dat er blijvend over gesproken wordt. Permanent debat houdt de vragen scherp, en de antwoorden die daar in de praktijk per geval op

gegeven moeten worden. Zonder zo'n gesprek doen we de mensen die het lijdend voorwerp zijn van deze wetten per definitie tekort. Het verlenen van gedwongen zorg mag nooit een gestolde procedure of het afwerken van een bureaucratisch afvinklijstje zijn. Daar zijn de vragen die eronder liggen te wezenlijk voor.

Vandaag ligt desalniettemin de vraag bij ons voor of de Wet verplichte ggz, de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg nu een solide en werkbaar juridisch kader zullen vormen voor de complexe afwegingen waar de zorg dagelijks mee geconfronteerd wordt. Laat ik vooropstellen dat wij deze wetten grotendeels als een zichtbare stap vooruit beschouwen ten opzichte van de Wet BOPZ. De rechten van patiënten en hun familie zijn beter vastgelegd. Ambulante gedwongen zorg wordt mogelijk, waardoor de gedwongen opname, die vaak een traumatische ervaring is, vaker voorkomen kan worden. De wetten zetten aan tot weloverwogen afwegingen over de noodzaak van de inzet van gedwongen zorg en het zo snel mogelijk afbouwen daarvan.

Ook de samenhang tussen deze wetten is voor onze fractie belangrijk. De senaat draagt daar al een bijzondere verantwoordelijkheid voor sinds het aannemen in 2004 van de motie-Van de Beeten c.s., die de regering oproep de samenhang tussen forensische en reguliere zorg te versterken om criminaliteit en recidive te voorkomen. De vandaag voorliggende wetten kunnen op onderdelen beschouwd worden als een rechtstreeks gevolg van die motie.

Het werd al vermeld dat de Wfz hier in 2014 al tot een eerste termijn is gekomen. Maar de behandeling is indertijd stilgelegd om eerst de Wzd en de Wvvggz af te wachten, zodat de drie wetten door ons als senaat integraal beoordeeld konden worden. Wij kunnen niet tot een andere conclusie komen dan dat dit besluit van onze Kamer een heilzaam effect heeft gehad op de aansluiting tussen de drie wetten. Vanaf dat moment, rond 2016, is de regering ertoe overgegaan tal van begrippen bij nota van wijziging hetzelfde te definiëren, en dat heeft de wetten zichtbaar verbeterd. Kernbegrippen als "zorg", "zorgaanbieder", "zorgverlener" en "accommodatie", de klachtprocedures en schadevergoedingsregelingen, de interne kwaliteitsbewaking, de nadere uitwerking van ambulante zorg in AMvB's: het is allemaal geharmoniseerd.

Bovendien kennen zowel de Wzd als de Wvvggz nu hetzelfde criterium van "ernstig nadeel" om te beoordelen of er überhaupt sprake mag zijn van het toepassen van gedwongen zorg. Dat is natuurlijk cruciaal voor een goede aansluiting. Het roept bij ons wel een nadere vraag op. De regering heeft herhaaldelijk aangegeven dat het vervangen van het begrip "gevaar" in de Wet BOPZ als grond voor gedwongen zorg door "ernstig nadeel" in de nieuwe wetten geen materiële wijziging beoogt en aansluit bij de jurisprudentie. Wij zijn juist geneigd te denken dat de stap van "gevaar" naar "ernstig nadeel" een goede inhoudelijke stap is, die beter aansluit bij wat mensen aan zorg nodig hebben in de praktijk. Kan de staatssecretaris dit toelichten en aangeven hoe dit zich in de jurisprudentie zo heeft ontwikkeld dat het nu materieel op hetzelfde neerkomt?

Ook de manier waarop de motie-Van de Beeten c.s. concreet is ingevuld met de aansluiting tussen reguliere en forensische zorg, kan rekenen op onze steun. Er is ook in dit huis, met name schriftelijk, de nodige discussie geweest over

artikel 2.3 van de Wfz, dat bepaalt dat de strafrechter een machtiging tot gedwongen zorg kan opleggen volgens de criteria van de Wvvggz en de Wzd. Wij zijn blij met de reactie van de regering in de memorie van antwoord. Ook wij achten deze bepaling een verrijking van het instrumentarium dat de strafrechter ter beschikking staat. Ze biedt de mogelijkheid tot het leveren van maatwerk, ook tijdens of na detentie. Mits goed en zorgvuldig toegepast, kan deze bepaling ellende voorkomen voor de samenleving en voor de betrokkene zelf. Ze straalt uit wat deze wetten naar onze opvatting moeten uitstralen, namelijk dat de samenleving mensen die zorg nodig hebben niet loslaat: we blijven bij je en leveren zorg op maat, om te voorkomen dat je zelf, al dan niet weer, afglijdt en jezelf of medemensen al dan niet ernstige schade toebrengt.

Dat deze bepaling niet meer in het Wetboek van Strafrecht staat maar in de Wfz vinden we met de regering principieel de enige juiste keuze, en is precies waar de motie-Van de Beeten indertijd om vroeg. Het waren wel de vorige bewindslieden die dat nog in de memorie van antwoord hebben opgeschreven. Wij bieden de nieuwe bewindslieden graag de ruimte om dit te bevestigen. Staan ook zij zo vol overtuiging achter deze bepaling? En is in hun ogen nu aan alle voorwaarden voldaan om de bepaling ook in de praktijk te doen slagen? Zullen rechters zich straks voldoende toegerust weten om artikel 2.3 Wfz ook daadwerkelijk toe te passen? Zijn alle problemen in de aansluiting tussen forensische zorg en de Zorgverzekeringswet opgelost? Ik heb de indruk van niet, maar ik geef de regering graag de kans voor een toelichting. Zijn er voldoende behandelplekken voorhanden om mensen op grond van artikel 2.3 Wfz een passende plek te kunnen bieden? Het rapport van AEF stelde dit voorjaar van niet. Is de situatie inmiddels verbeterd? Juridisch is bij nota van wijziging de Wzd beter aangesloten op dit artikel in de Wfz, maar is de gehandicaptenzorg ook als sector voldoende in beeld? Wij missen de VGN aan diverse overlegtafels. Naar schatting meer dan de helft van de gedetineerden heeft een verstandelijke beperking, dus daar is veel winst te behalen. Deelt de regering dat? En is ook de reclassering voldoende aangesloten?

Voorzitter. Tot zover is de beoordeling van onze fracties van de samenhang tussen de drie wetten dus positief. Maar we zijn met één grote vraag blijven zitten, namelijk of het wel een juiste keus is geweest om de Wet BOPZ te splitsen in de Wvvggz en de Wzd. Daarmee is met name de externe rechtsbescherming — wanneer en hoe mag iemand in verplichte zorg worden gebracht? — tussen mensen in de ggz enerzijds en de vg-zorg en ouderenzorg anderzijds uit elkaar gaan lopen. Wij vragen ons af of dat wel wenselijk en houdbaar is. Ook dit thema is al aan de orde geweest in de schriftelijke gedachtewisseling en wij zijn nog niet overtuigd door de beantwoording van de regering.

Kort gezegd — ik laat me graag corrigeren als ik te kort door de bocht ga — komt deze beantwoording erop neer dat volgens de regering de externe rechtsbescherming in Wzd en Wvvggz formeel inderdaad verschilt, maar dat deze materieel op hetzelfde neerkomt. Zo mag in beide wetten gedwongen zorg alleen worden toegepast als ultimum remedium, als deze proportioneel en subsidiair is en als deze zo snel mogelijk weer wordt afgebouwd. Weliswaar moet gedwongen zorg in de Wvvggz altijd en in elke vorm vooraf getoetst worden door de rechter en kent de Wzd, behalve bij gedwongen opname, een stappenplan met alleen rechterlijke toetsing achteraf, maar deze verschillende

vormen van rechtsbescherming doen niet voor elkaar onder, zo stelt nog steeds de regering. Ze zijn ook gerechtvaardigd, want ze vloeien voort uit verschillen in doelgroep. Verplichte zorg in de ggz is gericht op herstel en genezing en meestal kortdurend, waar psychogeriatrische gedwongen zorg en gedwongen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking meestal levensbreed en, vanaf een gegeven moment, levenslang geboden wordt. Een rechterlijke uitspraak voorafgaand aan elke toepassing en/of aanpassing van gedwongen zorg in de gehandicapten- en ouderenzorg zou daarom te belastend zijn, zowel voor cliënten en hun naasten als voor de rechterlijke macht. In de twee laatstgenoemde sectoren zijn mensen volgens de regering bovendien in de regel wilsonbekwaam, waar mensen in de ggz hun verzet tegen zorg meestal wél duidelijk kunnen maken. Ten slotte beroept de regering zich op de tweede evaluatie van de Wet BOPZ, waarin al zou zijn aangegeven dat één wet met één regeling voor iedereen niet past bij de zorg voor mensen met dementie en een ernstige verstandelijke beperking.

Wij erkennen het door de regering aangehaalde verschil in karakter tussen de al dan niet gedwongen zorg in de ggz, de ouderenzorg en de vg-zorg. Maar de in onze ogen meest fundamentele verbetering van Wvvgz en Wzd ten opzichte van de Wet BOPZ is dat gedwongen zorg zich niet meer zal hoeven beperken tot gedwongen opname, waardoor maatwerk per patiënt en cliënt geboden kan worden en stepped care mogelijk wordt. Dat maakt dat onderscheid in karakter van zorg tussen die sectoren toch eerder kleiner dan groter? We willen die verschillen niet wegpoetsen — ze zijn er en ze zijn reëel — maar juist de ambulantisering van de gedwongen zorg die met deze wetten eindelijk zijn beslag zal kunnen krijgen, strekt meer tot integratie van Wzd en Wvvgz, omdat zorg thuis aanzet tot veel meer aandacht voor iemands individuele omstandigheden. Wat vindt de regering van die gedachte?

De splitsing van de Wet BOPZ maakt bovendien dat een arts, en niet de wetgever, bepaalt onder welk regime van externe rechtsbescherming een persoon komt te vallen. Dat is een situatie die wij, als het gaat om mensenrechten, om het zacht te zeggen niet optimaal vinden. De minst wilsbekwame mensen zijn het moeizaamst in staat om verzet te uiten. En zonder verzet is er überhaupt geen sprake van gedwongen zorg. Zij zijn dus het meest kwetsbaar voor een situatie waarin zorgverleners uitingen van verzet van zich af redeneren om vol te kunnen houden dat de in feite gedwongen zorg die zij toepassen, vrijwillig is. Dat diezelfde zorgverleners dan bepalen of hun keuzes voor een cliënt vooraf wel of niet door een onafhankelijke rechter moeten worden getoetst, achten wij ongewenst. Het draagt het risico in zich van willekeur en van "voor mensen gaan denken". Wij willen overigens nooit iets afdoen aan de goede bedoelingen waarmee dat ongetwijfeld gebeurt, maar het kan betekenen dat onterechte of te zware gedwongen zorg wordt toegepast. We vragen de regering of de inspectie bij het toezicht op gedwongen zorg op grond van de Wzd bijzondere aandacht zal besteden aan dit risico.

Het door de regering veronderstelde onderscheid tussen Wzd en Wvvgz in wilsbekwaamheid doet naar onze overtuiging ook te weinig recht aan het vloeiend verloop van de capaciteit om verzet te uiten bij mensen in de vg-zorg en de psychogeriatrische zorg. Iemand met een verstandelijke beperking kan in de ene situatie wel duidelijk maken wat hij niet wil en in de andere niet. Bij iemand met dementie

kan dat zelfs per moment verschillen. Twee onderscheiden wetten bouwen met verschillende externe rechtsbeschermingsregimes op een uitgangspunt dat bij individuele mensen beweeglijk en situationeel bepaald is, is als een huis bouwen op drijfzand. En het is opnieuw de zorgverlener, niet de wetgever, die daar in de praktijk dan maar vaste grond onder de voeten van moet maken.

Ten slotte kunnen twee wetten met verschillende regimes veroorzaken dat de kwetsbaarste mensen — mensen met multiproblematiek en een zeer ingewikkelde zorgvraag — tussen wal en schip belanden of geen passende zorg zullen ontvangen. Wij maken ons daar grote zorgen over. Mensen met een verstandelijke beperking én een psychiatrische ziekte hebben complexe, integrale zorg nodig. Zij zijn niet geholpen met twee wetten die het onderscheid tussen sectoren juist benadrukken. Hoe groot is het risico dat bijvoorbeeld ernstig verslaafde mensen met een verstandelijke beperking en/of een andere psychische stoornis van het kastje naar de muur gestuurd zullen worden? Het is jaren gebeurd in ons land en het komt helaas nog steeds voor. Zou de regering in willen gaan op al deze zorgen over het uit elkaar halen van Wzd en Wvvgz? Ik hoop dat ik helder heb kunnen maken hoe diep deze zitten, maar we zijn onverkort bereid ons te laten overtuigen.

Voorzitter. Dat vergt wel dat de regering met sterkere argumenten komt dan in de memorie van antwoord. Daarin poneerde ze bijvoorbeeld de stellingname dat de keuze voor twee wetten voor onderscheiden sectoren nu eenmaal voortvloeit uit de tweede evaluatie van de Wet BOPZ. Op zoek naar redenen om onze zorgen weg te nemen, hebben we die er zelf eens bij gepakt, want ik was benieuwd naar de argumentatie. En wat blijkt? De tweede evaluatie pleit niet voor verschillende wetten voor onderscheiden sectoren, maar voor specifieke wetgeving, al dan niet binnen één wet, voor mensen die geen bereidheid tot gedwongen zorg tonen maar ook geen bezwaar maken, de zogenaamde gbgg-groep; een lelijke zorgafkorting. Volgens de tweede evaluatie worden deze mensen in de Wet BOPZ over het hoofd gezien, maar de evaluatie stelt even nadrukkelijk dat de gbgg-groep ook in de langdurige ggz te vinden is, waar niet iedereen wilsbekwaam genoeg is om verzet expliciet te uiten. Ergens is deze nuance van de tweede evaluatie sinds 2002 zoekgeraakt. Wij betreuren dat dit is gebeurd. We hadden vandaag betere wetgeving voorliggend gehad als deze vastgehouden was.

Wat ons in dit debat ook niet zal overtuigen, is gebrek aan capaciteit bij het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht om ook ambulante gedwongen zorg in het kader van de Wzd vooraf te kunnen beoordelen en toetsen. We zijn zeker gevoelig voor het argument dat niet elk stappenplan of elke op- en afschaling van gedwongen zorg volgens de Wzd langs de rechter kan of moet. Maar dat de rechter er nooit aan te pas komt zolang er geen sprake is van gedwongen opname, is het andere uiterste. Er zou toch ten minste een keer een principieel, onafhankelijk juridisch oordeel geveld kunnen en moeten worden over de vraag of ambulante gedwongen zorg of gedwongen behandeling bij een persoon aan de orde zou moeten zijn? Als daar niet voldoende capaciteit bij OM en rechterlijke macht voor aanwezig is, dan moet deze maar gemaakt worden. Dat zijn politieke keuzes, dat geef ik meteen toe, maar het gaat hier om bewaking van mensenrechten en die verdient in de ogen van de fracties van de Partij van de Arbeid en OSF prioriteit.

Ter afronding van dit punt: de regering geeft in de memorie van antwoord ook aan dat zij bij het vraagstuk over de wenselijkheid van toetsing vooraf door de rechter geen onderscheid wenst te maken tussen zware en lichte gedwongen zorg in Wzd-verband, omdat de mate van ervaren dwingendheid subjectief en individueel bepaald is. Dat klinkt mooi en het is ook zeker waar. Maar voor de wetgever is het inconsequent en ook net te gemakkelijk. Want de regering vindt kennelijk gedwongen opname, ook in de Wzd, zo ver gaan dat daar toetsing vooraf door de rechter wel verplicht is. Waarom worden dan bijvoorbeeld tenminste gedwongen medicatie, fixeren of afzonderen niet ook onder toetsing vooraf door de rechter gebracht? Dit zijn ingrepen die, net als gedwongen opname, iemands vermogen om verzet te kunnen uiten beïnvloeden, en dat lijkt ons een heel werkbaar criterium om vast te stellen of er sprake is van zware gedwongen zorg of niet. Wat vindt de minister daarvan? En is hij het met ons eens dat de wetgever toch wel degelijk een opvatting zou moeten hebben over wat zware en lichte gedwongen zorg is?

Laat helder zijn: onze fractie is er nog niet uit of het onderscheid in externe rechtspositie tussen de Wet verplichte ggz en Wzd wenselijk en werkbaar is en we betwijfelen of de keuzes in de Wzd de juiste zijn. Tegelijkertijd zijn we, zoals gezegd, van mening dat de Wzd een zichtbare en significante stap vooruit is ten opzichte van de huidige wet. Maar hij is niet wat hij had kunnen zijn. In een ideale wereld bestaat er naar onze overtuiging één wettelijk kader voor gedwongen zorg, waarin ook de gedwongen zorg in de somatiek en de samenhangende discussies over wilsonbewaamheid worden meegenomen, net als de criteria uit de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Deelt de regering dat toekomstbeeld? Is zij bereid daar een studie naar te verrichten? Misschien denken de bewindslieden nu wel: dan staan we hier over vijftien jaar weer met zijn allen. Maar wij vinden dat prima passen bij het door ons gewenste permanente debat over zorg en dwang. Wat de nu voorliggende Wzd betreft zijn we er nog niet over uit hoe ons eindoordeel zal vallen. Maar nogmaals: we laten ons graag overtuigen. Dus zeer graag krijg ik een overwogen reactie van de bewindslieden die ons, de fracties van de Partij van de Arbeid en OSF, nieuwe inzichten verschaft.

Dat brengt me bij de Wet forensische zorg. De inkoop van forensische zorg door het ministerie van JenV — en al zijn voorgangers in namen — die hierin geregeld wordt, loopt nu al bijna tien jaar. In de praktijk, zo geeft de regering aan, loopt met name het organiseren van continuïteit van zorg nog niet zoals gewenst. Een beleidsprogramma met maatschappelijke partners moet verbetering brengen. Dit was een van de plekken waar we betrokkenheid van de VGN misten. Zien we dat goed? Zo ja, waarom zitten zij niet aan tafel?

In 2014 heeft onze collega Jannette Beuving al aangegeven dat wij de Wfz voor het overgrote deel kunnen steunen. Maar een aantal kwesties is blijven liggen; die liggen ons zwaar op de maag. Zij zijn vandaag ook al door collega's genoemd.

Het betreft ten eerste de bevoegdheden die de Wfz de minister van JenV verschaft om eenzijdig in te kunnen grijpen bij privaatrechtelijke instellingen die een publieke taak — de tenuitvoerlegging van tbs — uitvoeren. Die minister kan zelfs rechtstreeks ingrijpen met voorbijgaan aan de raad van bestuur. Dat gaat heel ver. Het gaat om

privaatrechtelijke instellingen die niet hiërarchisch ondergeschikt zijn aan de minister; dan dient de overheid in onze ogen een passende distantie in acht te nemen. Als de overheid de inkooprol vervult, past het niet dat diezelfde overheid eenzijdig kan ingrijpen als de uitkomst van onderhandelingen haar niet bevalt. Om maar een concreet voorbeeld te noemen: het kan gebeuren dat de minister, omdat hij moet bezuinigen, de tarieven voor forensische zorg te laag vaststelt. Instellingen kunnen dat niet omzeilen, want zij hebben te maken met slechts één inkoper. Als door die te lage tarieven de kwaliteit van de zorg door de bodem zakt, kan dezelfde minister die onder de kostprijs heeft ingekocht, de raad van bestuur opzij schuiven. Dat is geen eerlijke situatie met gelijkwaardige onderhandelingspartners.

Wat ons betreft had de minister moeten kiezen: of hij blijft de uitvoering van de forensische zorg bestuurlijk regelen, met alle gevolgen voor de aansluiting op de reguliere zorg van dien, maar met de daarbij passende bevoegdheden om in te grijpen; of hij organiseert de door hem gewenste kwaliteit en ontwikkeling van zorg door goed en gericht in te kopen. Waarom heeft de regering al die nota's van wijziging van de laatste jaren niet aangegrepen om een keus te maken? Dit vragen wij ons des te meer af omdat de regering op onze schriftelijke vragen heeft aangegeven dat zij de afgelopen tien jaar niet één situatie is tegengekomen waarin zij deze bevoegdheden dringend nodig had gehad. De minister kwam er in onderling overleg met instellingen altijd uit. En zo hoort het toch ook, zo vragen wij de minister vandaag.

Het tweede punt waar wij bij de Wfz onverminderd moeite mee hebben, betreft de mogelijkheid om het medisch beroepsgeheim van weigerende observandi opzij te schuiven. Een ingrijpende maatregel, waarvan wij ons afvragen of deze niet overbodig is en contraproductief werken zal.

Is het niet zo dat rechters ook zonder Pro Justitia-rapportage tbs kunnen opleggen? Komt er niet een wetsvoorstel aan dat de observatietermijn in het Pieter Baan Centrum verdubbelt? En is de gemiddelde verblijfsduur in de tbs niet zichtbaar gedaald? Dat is een belangrijk gegeven, omdat de tot enkele jaren geleden alsmar stijgende verblijfsduur in de tbs de legitimiteit onder het hele stelsel dreigde aan te tasten. In de memorie van antwoord spreekt de regering nog van "andere maatregelen" om meewerken van verdachten te bevorderen. Welke bedoelt de regering dan? Wij hebben het even gedegen als creatieve advies van de heer Wolfsen van de Autoriteit Persoonsgegevens ontvangen. Vindt de minister dat niet ook een goed voorstel en een werkbaar alternatief voor het plan dat er nu ligt?

Zal dit alles tezamen niet voldoende soelaas bieden, zodat de draconische maatregel van het openbreken van het medisch beroepsgeheim niet nodig is? Deze balanceert ons inziens op de rand van het rechtsstatelijke beginsel dat niemand hoeft bij te dragen aan zijn eigen veroordeling. Anders dan de regering zien wij risico's van een contraproductieve werking: het risico dat mensen zorg gaan mijden voordat zij een delict hebben begaan vanwege het risico dat de gezochte behandeling zich ooit tegen hen zal keren. De regering ziet dat niet gebeuren, want — ik vat het weer samen — zo calculerend zijn mensen niet. Helaas kunnen wij voorbeelden bedenken waarbij dat wel het geval zou zijn. Ik noem bijvoorbeeld pedoseksuelen, die vaak wel degelijk ziekte-inzicht hebben, of mensen met een sociopa-

thische of narcistische persoonlijkheidsstoornis die door hun omgeving gestimuleerd worden om hulp te zoeken. Is het niet altijd beter, zo vragen wij de regering, om maximaal in te zetten op het voorkomen van delicten in plaats van op het gemakkelijker kunnen verkrijgen van een gewenste veroordeling na het feit? Waarom wordt dan niet afgezien van dit zo controversiële onderdeel van de Wet forensische zorg?

De heer Dercksen (PVV):

Het is vandaag rustig bij de interruptiemicrofoon, maar ik plaats er nog maar een. Ik heb zojuist gesproken over het rapport van de Nationaal Rapporteur Mensenhandel, zo verkort ik het maar even. Die wijst op mogelijkheden om de recidive te beperken door de actuariële methode te gebruiken. Hebt u ernaar gekeken? U noemde net met name de zedendelinquenten. Hoe staat u daarin?

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik heb begrepen dat de rapporteur een oproep heeft gedaan om bij het beëindigen van forensische zorg niet alleen te kijken of de stoornis voldoende is behandeld en verminderd, maar ook een risicotaxatie daarbij te betrekken. Als ik het goed heb, vat ik het zo goed samen. Ik denk dat het heel verstandig is om die risicotaxatie mee te nemen op het moment dat wordt gekeken naar de mogelijkheid van het beëindigen van forensische zorg.

De heer Dercksen (PVV):

Dat is mooi, maar in het rapport staat: kijk nu vooral naar de statistische gegevens — ik simplificeer nu misschien een klein beetje — en naar de feiten en trek daaruit de conclusie over de recidive. Laat het behandelcircuit daar nu even buiten. Dan kom je tot een veel wetenschappelijker onderbouwd oordeel over de recidivekans. Ik zal dat straks natuurlijk ook aan de bewindslieden gaan vragen, maar het zou fijn zijn als u zich daar ook achter schaaft. Dan kunnen wij de recidive naar beneden halen, zonder dat de verdachte daaraan hoeft mee te werken. De hele discussie over die weigerende observandi kunnen wij misschien parkeren. Dit ging wel over zedendelinquenten, die specificatie wil ik nog wel maken. Dan kunnen wij gewoon tot een veel zuiverder recidiverisico komen. Dan is het aan ons wat wij daar verder mee doen, maar ik zou ook van de collega's willen horen of men daar achter staat, en dan vervolgens aan de regering achter mij die vraag willen voorleggen. Het zou mooi zijn als u zich daar achter schaaft.

Mevrouw Barth (PvdA):

Het lijkt mij uitstekend om deze vraag aan de bewindslieden te stellen. Ik ben blij om te horen dat ook de heer Dercksen bereid zou zijn om, als er een werkbaar alternatief is, de ingreep in het medisch beroepsgeheim te parkeren, zoals hij net aangaf. Want het lijkt mij een te vergaande maatregel, die, met de hele opsomming die wij net hebben gegeven en eventueel dit punt nog erbij, naar onze overtuiging niet nodig is.

Voorzitter. Wij hebben ons zorgen gemaakt of de Wet verplichte ggz, met de keuzes gemaakt naar aanleiding van het rapport-Hoekstra, niet te veel in de sfeer van het strafrecht zou worden getrokken. We zijn dan ook blij dat de Tweede Kamer de observatiemaatregel uit de wet geamen-

deerd heeft. Onze overige kanttekeningen daarbij zijn grotendeels weggenomen door de uitstekende schriftelijke antwoorden van de regering. En een juridische toets door de officier van justitie van de vraag of gedwongen zorg op de juiste gronden en manier wordt ingezet, kan in onze ogen zeker meerwaarde hebben.

Wel hebben we er rondom de Wet verplichte ggz grote zorgen over of dit wetsvoorstel in de praktijk goed uitgevoerd kan en zal gaan worden. Ik noem een paar punten. De regering ziet vooral meerwaarde in de opnieuw geïntroduceerde vragersrol van het Openbaar Ministerie voor het verkrijgen van dossiers bij het aanvragen van gedwongen zorg met justitiële informatie. De Wvvgz biedt een wettelijke regeling om informatie over mensen tussen zorgaanbieder, politie en justitie uit te wisselen. Wij zijn daar niet principieel op tegen, omdat het kan helpen een goede inschatting van iemands situatie te maken. En het is juist een stap vooruit als het gebeurt op grond van degelijke wettelijke randvoorwaarden.

Zorgelijk is wel dat juist het OM, aldus het rapport "Gedeelde Informatie" van de pg bij de Hoge Raad, zijn boekje na verschijning van het rapport-Hoekstra op gebied van de informatie-uitwisseling behoorlijk te buiten is gegaan. Ik citeer: "Daardoor heeft de wijze waarop door het OM uitvoering is gegeven aan het verstrekken van strafrechtelijke gegevens in de pilot niet met de vereiste zorgvuldigheid plaatsgevonden." Daarom vragen wij de minister vandaag: is het OM niet te "gung ho" geweest in het delen van informatie naar aanleiding van het rapport-Hoekstra? En vooral: hoe wil hij omgaan met de bepalingen in de Wet verplichte ggz die deze informatiedeling wel een fatsoenlijke wettelijke basis geven? Is hij bijvoorbeeld van plan om de implementatietermijn van de Wvvgz op dit onderdeel te bekorten, of wellicht zelfs om de wet op dit punt direct te doen ingaan? Zo ja, is dat wel mogelijk zonder voorbereiding? Zo nee, hoe lost hij deze wettelijke lacune dan op tot de inwerkingtreding van de Wet verplichte ggz?

Een andere zorg in de praktijk van de ggz is dat de toepassing van dwang de afgelopen jaren getalsmatig is toegenomen. Dat geldt ook separeren en fixeren, terwijl de sector zulke expliciete ambities heeft om dit soort praktijken uit te bannen. Een eerlijke beoordeling van de cijfers vergt wel een percentuele ontwikkeling. Kunnen de bewindslieden ons die leveren? Hoe denken zij te kunnen bijdragen aan het versterken en versnellen van het terugdringen van dwang en drang in de ggz? Beschouwen zij dat met ons als een onmisbare randvoorwaarde voor een succesvolle uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van de Wvvgz? Hoe gaat de inspectie dat monitoren?

Om van de wet een succes te maken, moeten er voldoende passende behandelplekken in de ggz beschikbaar zijn. Maar de regering geeft tot onze schrik in de memorie van antwoord aan dat de afbouw van bedden in de ggz harder gaat dan de opbouw van ambulante zorg. Dat is een zeer zorgwekkende en riskante ontwikkeling, zeker als de onderbesteding in de ggz van maar liefst 288 miljoen euro daarbij in ogenschouw wordt genomen. Dat maakt die traagheid in de opbouw van ambulante zorg onnodig en onzorgvuldig. De vorige minister heeft gepoogd daar iets aan te doen door afspraken te maken over het wegwerken van wachtlijsten, maar dat overtuigt ons niet voldoende. Die onderbesteding is simpelweg onacceptabel, en de opbouw van

ambulante zorg behoort sneller te gaan dan de afbouw van bedden, om te voorkomen dat kwetsbare mensen tussen wal en schip belanden en om de maatschappelijke acceptatie van ambulantisering van zorg te bewaken.

Kan de staatssecretaris ons vertellen hoe, een halfjaar na het tot stand komen van de afspraken met het veld, de situatie nu is? Hoe pakt hij het signaal van de LHV op, dat huisartsen te zwaar belast dreigen te raken met complexe patiënten door gebrek aan ambulante tweedelijnszorg? Is hij bereid om zijn systeemverantwoordelijkheid te nemen, en te waken over een versnelde opbouw van ambulante teams in de ggz? En, zo vraag ik de minister van JenV, is hij daar ook toe bereid bij de opbouw van forensische FACT-teams? Daar is de ambitie uit weggelekt, zo horen wij uit het veld. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Wij mogen er toch van uitgaan dat alle drie deze bewindsmannen de ambitie van het vorige kabinet om de zorg voor mensen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking zo veel mogelijk te ambulantisieren, onverkort zullen voortzetten? Zijn zij bereid daarvoor de randvoorwaarden te creëren?

Draagvlak voor ambulantisering van zorg is een conditio sine qua non voor het welslagen van de Wvvgz en de Wzd, en voor de modernisering van de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de psychogeriatrische zorg. Mensen met een beperking of psychische ziekte zijn gezonder en gelukkiger als zij kunnen meedoen in de samenleving, en betekenis aan hun leven kunnen geven zoals ieder mens dat graag wil.

Onontbeerlijk daarbij is, naast het voorhanden zijn van voldoende goede zorg en begeleiding, dat vooroordelen over mentale en verstandelijke beperkingen verminderen. Het vorige kabinet had daar veel aandacht voor. Graag horen we van de nieuwe bewindslieden of zij dat ook zullen hebben. Bestrijding van vooroordelen is immers ook een kwestie van management by speech. En zal bijvoorbeeld de financiële ondersteuning van de stichting Samen Sterk Zonder Stigma worden voortgezet?

Voorzitter. Wij maken ons ongerust over de acceptatie van ambulantisering van zorg bij de nationale politie. De kritische vragen van de heer Akerboom over achterblijvende opbouw van ambulante zorg delen we; dat mag duidelijk zijn. Maar de regering geeft terecht aan dat de politie hier ook gewoon een taak heeft. Wijkagenten spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol bij vroegsignalering. Dat vergt wel een passende focus op zorgbehoefte en niet alleen op het tegengaan van overlast. Is die focus wel voldoende aanwezig bij de nationale politie? Kan de staatssecretaris aangeven hoe het staat met de ontwikkeling van het vervoer van mensen die in crisis zijn of anderszins zorg nodig hebben, nu de politie dit aan het afbouwen is? Uitspraken als die van de Rotterdamse politiechef Paauw maken ons er niet geruster op dat het draagvlak van ambulantisering bij de politie voldoende is. Ernstig zorgbehoevende mensen werden in één adem met terroristen weggezet. Wat vinden de minister van J en V en de staatssecretaris daarvan?

Een belangrijke stap in het tegengaan van stigmatisering door de politie zou in onze ogen zijn dat de zogenaamde E33-code, waarmee zogenaamde "mensen met verward gedrag" worden geregistreerd, aangepast en genuanceerd wordt. Deze gooit iedereen op één hoop: de mevrouw met

beginnende dementie, die in de supermarkt wanhopig wordt omdat ze vergeten is wat ze er kwam doen; de Britse toerist die zich te enthousiast heeft ondergedompeld in de vrijheden van onze hoofdstad; de patiënt die ontregelt onder invloed van paranoïde wanen. Dat is niet effectief, en het zet te veel mensen weg als gevaarlijk terwijl ze dat niet zijn.

De term "verward gedrag" is bovendien veel te subjectief. Wat de een als exemplarisch voor verward gedrag beschouwt, vindt de ander prima. Kijk bijvoorbeeld naar de tweets van de president van de Verenigde Staten. Waarom niet een meer geobjectiveerde en vooral genuanceerde registratiecode? Dat zou de effectiviteit van beleid toch ook versterken, omdat er dan niet langer met hagel geschoten wordt?

Tenslotte: verward gedrag hangt naar onze overtuiging vaak samen met het gebruik van of verslaving aan drugs en alcohol. Alle reden dus om voluit te blijven inzetten op preventie. Ik zou daar heel veel over kunnen zeggen vandaag, maar ik beperk me tot één punt: het oprukken van opiumverslaving door het voorschrijven door artsen van oxycodon. In de VS is het aantal heroïneverslaafden en -doden hierdoor de afgelopen tien jaar explosief gestegen en dat dreigt ook in ons land. Ziet de staatssecretaris voor zichzelf een taak om dat te voorkomen?

Voorzitter. Kunnen de bewindslieden aangeven welke plannen dit kabinet heeft met de rechtspositie rondom gedwongen zorg van minderjarigen? In de stukken wordt melding gemaakt van een mogelijke aparte wet voor gedwongen zorg aan kinderen en jongeren. Het onderwerp verdient de nodige aandacht, omdat gedwongen zorg in de praktijk nog vaak onder de paraplu van pedagogisch-didactische motieven wordt gegeven en dan niet als zodanig wordt geregistreerd, laat staan dat de wettelijke eisen worden doorlopen. Maar een aparte wet voor jongeren en kinderen lijkt ons niet wenselijk, vanwege het belang van doorlopende en integrale zorg. Zijn de bewindslieden dat met ons eens?

Voorzitter, ik kom langzaam maar zeker tot een afronding. Aan het begin van mijn inbreng heb ik aangegeven dat permanent debat over de wenselijkheid van gedwongen zorg en de condities waaronder deze geboden mag worden, belangrijk is om de kwaliteit van zorg te waarborgen. We hebben kunnen lezen dat de bewindsmannen de wet na twee jaar willen evalueren. Dat lijkt ons erg snel, gelet op wat deze wetten vragen van de zorg en op grond van de ervaringen met de Wet BOPZ. Daarom vragen wij of de bewindslieden bereid zijn om na de eerste evaluatie ook deze wetten elke vijf jaar opnieuw te evalueren, zodat nieuwe inzichten over goede zorg en praktijkervaringen een goede plek kunnen krijgen, en het debat over goede gedwongen zorg gaande blijft. En natuurlijk sluiten wij ons graag ook aan bij de vragen die door collega's reeds gesteld zijn over de implementatie van de wetten. Hoeveel tijd en middelen trekt de regering daarvoor uit?

Voorzitter. Voor de fracties van de Partij van de Arbeid en de OSF is de hamvraag vandaag of de balans tussen de noodzaak van het bieden van gedwongen zorg voor een menswaardig bestaan, en de borging van mensenrechten en burgerlijke vrijheden die daarbij past, bij deze drie wetten voldoende aanwezig is. Bij de Wfz en de Wzd zijn we daar

nog niet helemaal uit. We zien de reactie van de regering daarom met grote belangstelling tegemoet.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Barth. Ik geef het woord aan mevrouw Oomen.

□

Mevrouw Oomen-Ruijten (CDA):

Mevrouw de voorzitter. Ook ik heet vanaf deze plaats de bewindslieden van harte welkom in dit debat. Maar ik wil ook een opmerking maken naar mevrouw Reina de Bruijn. Ik ben een beetje verkouden, zoals u hoort. Reina, je hebt een heel heldere analyse gegeven en een hele uitmuntende, maar ook heel gevoelige bijdrage. En dat doe ik natuurlijk allemaal via de voorzitter, die het daar ook mee eens is, want dat heeft zij ook uitgesproken. Mevrouw de voorzitter, dank u wel dat ik dit mocht zeggen.

Mevrouw Barth (PvdA):

Voorzitter, ik bedenk net met het schaamrood op mijn kaken dat ik vergeten ben mevrouw De Bruijn vanaf het kathedertje te feliciteren met haar maidenspeech. Graag maak ik dat bij dezen alsnog goed. Ik had het nog zo opgeschreven in mijn tekst!

De voorzitter:

Het is genoteerd, denk ik.

Mevrouw Oomen-Ruijten (CDA):

Mevrouw de voorzitter. De aanleiding voor de wetgeving die wij vandaag bespreken, was een in 2004 in dit huis Kamerbreed aanvaardde motie van onze oud-collega Rob van de Beeten (EK 28979, E). Ik heb net gezien dat hij op de publieke tribune zit. Mevrouw de voorzitter, ik kom terug op deze motie. Overwogen werd toen dat detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten in toenemende mate een probleem vormt in het gevangeniswezen en dat bovendien een penitentiair regime voor het merendeel van deze gedetineerden ongeschikt is voor de noodzakelijke behandeling en resocialisatie. Overwogen moest ook worden dat de op deze groepen gedetineerden gerichte samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, justitie, werkvoorziening — toen was die nog niet afgeschaft — en gemeenten ernstige lacunes vertoont.

De heer Don (SP):

Mevrouw de voorzitter, sorry dat ik stoor, maar het systeem van de griffie valt uit en ik weet niet wat dat betekent, maar ik zeg het maar eventjes. Want meneer de stenograaf mag zelf niet reageren.

De voorzitter:

Bedoelt u het systeem van de griffie of bedoelt u het systeem van de tekstverwerking?

De heer Don (SP):

De tekstverwerking.

De voorzitter:

Dat heet niet meer Stenografische Dienst, maar Dienst Verslag en Redactie.

De heer Don (SP):

Hier ter plekke valt het systeem van de Dienst Verslag en Redactie uit. Ik weet niet wat dat betekent.

De voorzitter:

Dan schorsen wij even om het te herstarten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Mag ik de leden verzoeken hun plaatsen weer in te nemen? Wij gaan verder met mevrouw Oomen en ik verzoek haar vriendelijk om haar inbreng opnieuw te doen. Ik denk dat het eerste stukje met het welkom aan de bewindslieden en de complimenten aan mevrouw De Bruijn nog wel genoteerd is, maar u begint opnieuw met uw inbreng.

Minister Dekker:

Wij willen het best nog een keer horen!

De voorzitter:

Oké, nog even voor de heren. Ik ga wel zwaaien, is dat ook oké? Gaat uw gang, mevrouw Oomen.

□

Mevrouw Oomen-Ruijten (CDA):

Voorzitter. Ik was bezig met het uitleggen van de motie op stuk nr. EK 28.979, letter E, van Rob van de Beeten, die hier aanwezig is. Overwogen werd toen dat de detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten in toenemende mate een probleem vormt in het gevangeniswezen en dat bovendien een penitentiair regime voor het merendeel van deze gedetineerden ongeschikt is voor de noodzakelijke behandeling en resocialisatie. Overwogen werd ook dat voor deze groep gedetineerden gerichte samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, justitie, werkvoorziening — die was er toen nog, heb ik net gezegd — en gemeenten ernstige lacunes vertoont. De interdepartementale werkgroep-Houtman en het bijzonder interessante en heel lezenswaardige parlementair onderzoek tbs (vergaarderjaar 2005-2006) poogden een antwoord te geven op die gebreken in de toenmalige systemen.

Mevrouw de voorzitter, het parlementair onderzoek waar ik zonet naar verwees, had in 2005 als aanleiding een incident. Een incident, waarbij een ontsnapte tbs'er een ernstig misdrijf pleegde. Het was de tweede keer dat jaar. Het huidige tbs-systeem, zo werd toen gezegd, is in zijn huidige vorm onvoldoende in staat om de maatschappij te beschermen. Dat was dan tegelijkertijd ook de onderzoeksopdracht voor de parlementaire commissie. Buitengewoon

interessant was ook dat in dit rapport uitgebreid is ingegaan op de politiek en de medialogica. Ook nu nog hebben we daarmee te maken, terwijl toch het leren van fouten, het openstaan voor verbeteringen meer dan ooit aan de orde zijn. De wetgeving die vandaag voorligt, probeert de belangen beter af te wegen en probeert het evenwicht te brengen tussen de bescherming van de samenleving enerzijds en de belangen van de patiënt anderzijds.

Ik grijp toch nog eens terug op het verre verleden, zoals dat net ook al even is gedaan. Honderd jaar geleden stonden de voorlopers van de drie wetsvoorstellen alleen op enkele bepalingen in het Burgerlijk Wetboek en op een voorlopige en summiere regeling volgens het KB van 11 april 1818. In 1841 kwam er een speciale Krankzinnigenwet die in 1992 ten slotte, na een aantal tussentijdse wijzigingen, uitmondde in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). Deze wet werd op zijn beurt uiteindelijk vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WVGZ).

Als wij nu naar de wetsgeschiedenis kijken, dan valt heel duidelijk op dat het belang van de patiënt steeds centraler komt te staan. In 1818 was nog het uitgangspunt dat de maatschappij tegen de lijder moest worden beschermd. Er was nauwelijks oog voor de noden en voor het wel en wee van de patiënt. Door de wet van 1841 werd de dagelijkse verzorging van patiënten in belangrijke mate verbeterd en werd er — en dat was nieuw — gesproken over plaatsen om herstel te bevorderen. De opname moest dan gebaseerd zijn op een rechterlijke uitspraak. De patiënt zelf, familie, de officier van justitie en behandelend geneesheer — men noemde dat toen de zenuwarts — kregen een grote rol bij het verzoek tot opname. De verandering in de maatschappelijke opvatting over het belang van de patiënt en zijn behandeling werden langzamerhand zichtbaar. Maar ook toen kwam die wetgeving tot stand na een lang en heel moeizaam incubatieproces, waarin steeds naar oplossingen werd gezocht voor meerdere zwakke punten van bestaande wetten. Het was 1884 toen provincies de verantwoordelijkheid kregen voor de aanwezigheid van voldoende verpleegplaatsen, toen staatstoezicht in de wet werd opgenomen en burgemeesters de bevoegdheid kregen om iemand onmiddellijk in bewaring te stellen wanneer er een ernstig vermoeden bestaat dat iemand zo'n onmiddellijk dreigingsgevaar oplevert, niet alleen voor zichzelf, maar ook voor de openbare orde. Dat was dus de nieuwe wet.

De voorstellen die thans voorliggen hebben eveneens een heel intensief en langdurig traject doorgemaakt, maar naar de mening van de CDA-fractie heeft dat ertoe geleid dat er nu echt in essentie een beter voorstel ligt. De zorg staat centraal en niet langer de gedwongen opname. Gedwongen zorg als ultimatum remedium: alleen als alle alternatieven in een vrijwillig kader zijn uitgeput en gedwongen zorg het laatste middel is om ernstig nadeel af te wenden, dan is dwang toegestaan, en deze gedwongen zorg kan nu ook ambulante verleend worden. Dat is het uitgangspunt en de relevantie daarvan wordt door de CDA-fractie onderschreven.

Dan kom ik op het belang van de cliënt, de patiënt, de betrokkene, zoals eerder opgemerkt. Zou het overigens — dat vraag ik even — voor de leesbaarheid in de wetgeving niet goed zijn wanneer in de drie wetsvoorstellen ook een gelijke terminologie gebruikt wordt? Het belang van de patiënt is groot. De wetswijzigingen zorgen ervoor dat er

meer nadruk komt op diens welbevinden. Tegelijkertijd is het belang van de veiligheid voor de samenleving als zodanig tenminste net zo groot. Helaas komt het voor dat als gevolg van de stoornis mensen niet alleen zichzelf ernstig nadeel toebrengen, maar ook een bedreiging vormen voor anderen of voor de maatschappelijke veiligheid.

Ik start met de Wet forensische zorg. Het is een kaderwet. De inhoud van de forensische zorg wordt hier niet in beschreven. Patiënten moeten naar de juiste zorg toe geleid worden. Het gaat immers om de juiste plaatsing en ook om zorgen voor eventuele overplaatsing. De doelstellingen van deze wetswijzigingen zijn duidelijk: voldoende beschikbare, tijdige, passende en kwalitatief hoogwaardige forensische zorg — ga daar maar aan staan — zodat echt invulling kan worden gegeven aan een adequate, op de persoon toegesneden persoonlijke aanpak. Juist daardoor wordt recidive verminderd en de veiligheid verbeterd. Kort gezegd: patiënten op een juiste plek met de juiste zorg.

Daarnaast wordt de aansluiting tussen het strafstelsel en de curatieve ggz verbeterd. Door aanpassing van de besturing en ook de financiering van het tbs-stelsel wordt voorkomen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een justitiële inrichting komen terwijl zij daar toch niet thuishoren. Dat het gruwelijk mis kan gaan, is onlangs weer gebleken. Aangrijpende gebeurtenissen blijven de publieke druk voeden en wellicht ook de politieke wil om juist de veiligheid van de samenleving voor ogen te houden en minder het individuele belang van de patiënt.

De CDA-fractie heeft in dit licht begrip voor de regeling weigerende observandi. Het is verdedigbaar dat bij een verdachte van een tbs-waardig delict die hetzij op aanraden van de verdediging, hetzij voortvloeiend uit de pathologie van de verdachte weigert om mee te werken aan het pro justitia-onderzoek toch tbs kan worden opgelegd. De in deze wet voorgestelde wijziging van artikel 37a Strafrecht maakt het mogelijk om bestaande medische gegevens van weigerachtige observandi te gebruiken ter beantwoording van de vraag of ten tijde van het plegen van het delict een psychische stoornis bestaan heeft. Deze regeling kan voorzien in een dringende maatschappelijke behoefte, waarbij met het oog op het medisch beroepsgeheim steeds ook wordt gekeken naar de vereisten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, alsmede naar de conformiteit van de regeling met onze grondrechten.

Vrijdag kregen wij een brief van de heer Wolfsen, voorzitter van de Autoriteit Persoonsgegevens, die nog een variant bedacht heeft voor de weigerende observandi. Ik zou graag een reactie van de regering daarop willen horen. Op het eerste gezicht zie ik dat er wel erg veel aan de wetgeving veranderend zou moeten worden, maar misschien is dat reden om te zeggen: we hebben een eerste oordeel en we nemen het mee als er een keer een evaluatie komt.

Mevrouw de voorzitter. Ook zagen we dat een veilige en verantwoorde overplaatsing tussen de verschillende domeinen van forensische zorg, gevangeniswezen, forensische ggz en tbs, vraagt om de allergrootste zorgvuldigheid, waarbij de kans op maatschappelijke onrust, ontvluchting en recidive, het benodigde niveau van beveiliging en de aanwezigheid van geschikte plaatsen bij alle instellingen meegewogen dienen te worden. De minister heeft nu aangegeven dat de implementatie van de ketenaanpak van de

Wfz minder omvangrijk zal zijn dan die van de andere wetten. Dat is goed, want dat is, juist met het oog op de onrust hierover in de samenleving, van wezenlijk belang.

Mevrouw de voorzitter. Ik sprak al kort over de overgang tussen de verschillende domeinen van de forensische zorg. De CDA-fractie vroeg de minister ook om aandacht voor de continuïteit van de behandeling bij de overgang van strafrechtelijke zorg naar gewone, reguliere zorg en voor de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk en ontwrichtend gedrag die zorg nodig hebben maar geen juridische titel meer hebben.

Ook over de samenplaatsing van civielrechtelijk geplaatste jeugdigen en strafrechtelijk geplaatste jeugdigen hebben wij in de schriftelijke inbreng onze zorgen geuit. Hoewel ons ook berichten uit de praktijk bereiken dat het maar toeval is waar je als kwetsbaar verstandelijk beperkt kind terecht komt, hebben we daar toch aandacht voor gevraagd. We zijn van mening dat de verkenning om bepaalde jeugdigen met een strafrechtelijke titel in een civielrechtelijke jeugdinstelling te laten verblijven zorgvuldig en met de allergrootst mogelijke terughoudendheid dient plaats te vinden.

Voorzitter. Ik kom op de Wet verplichte ggz. Met betrekking tot deze wet kan ik kort zijn. De nieuwe wet is veel meer gericht op het voorkomen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang. Er is oog voor de onbedoelde, schadelijke effecten van verplichte zorg op de lange termijn. Dat past inderdaad in het huidige tijdsbeeld waarbij aan zelfbeschikking, menselijke integriteit en waardigheid grote waarde wordt gehecht. Het doet recht aan een ontwikkeling die al lang gaande is. Het vergroten van de betrokkenheid van familieleden en andere direct betrokkenen en de verankering van hun inspraak en rechten bij de beslissing of verplichte zorg nodig is, zijn van wezenlijk belang. Familieleden kennen de patiënt vaak als geen ander. Het instellen van een familievertrouwenspersoon kan dit vergemakkelijken.

Mevrouw de voorzitter. Dan de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Ook bij dit wetsvoorstel, dat gericht is op personen met dementie, ouderen en personen met een verstandelijke beperking, geldt het uitgangspunt dat dwangmaatregelen niet passen; "nee, tenzij" in plaats van "wie zwijgt, stemt toe". Ook hier moet gedwongen zorg slechts worden toegepast wanneer alle alternatieven voor vrijwillige zorg zijn beproefd en onvrijwillige zorg de enige manier is om ernstig nadeel te voorkomen, en dan alleen onder verantwoord toezicht, niet alleen binnen instellingen maar ook, nu de zorg elders verleend kan worden, bij de oudere, de gehandicapte of de zieke thuis. Een stappenplan dat zorgvuldig wordt doorlopen en waarbij ook een externe deskundige wordt betrokken, zal voor voldoende waarborgen moeten zorgen. De CDA-fractie heeft er kennis van genomen dat de regering een voorstel wenst te gaan doen aan de Tweede Kamer ter aanpassing van de functie van de Wzd-arts. We staan daar positief tegenover, maar we zijn heel benieuwd hoe de overkant daarop zal reageren.

Vanuit het veld maar ook hedenmiddag door de verschillende woordvoerders is steeds gewezen op de bureaucratie en op de praktische bezwaren naar aanleiding van het heel grote aantal betrokkenen bij de te nemen beslissingen in het kader van deze wet. Zorgvuldigheid is absoluut van

wezenlijk belang, maar als die leidt tot dergelijke lange procedures, dan benadeelt dat zowel de patiënt als de samenleving. Wij staan positief tegenover het voorstel om het wetsvoorstel waar mogelijk, zoals is aangekondigd, via een nadere wijziging in de Tweede Kamer aan te passen. Er is hier al een keer gezegd: je zou geconsolideerde wetgeving moeten hebben. Waar ik steeds om heb gevraagd, is een stroomschema. Hoe wil je nou aan iemand duidelijk maken wanneer, op welk moment, door wie welke stappen gezet moeten worden? Ik heb het zelf geprobeerd, maar ik krijg dat niet rond. Maar de regering heeft zo veel goede mensen die dat zeker zouden kunnen doen. Ik denk ook dat dat in het kader van de voorlichting belangrijk is. Overigens viel mij op dat er in het rapport over tbs uit 2005 wel een keurig stroomschema stond. Dus het kan wel. Ik vraag dus nogmaals om deze toezegging aan ons te doen.

Nog een paar opmerkingen. De CDA-fractie is verheugd over de toezegging van de bewindslieden om zorg te zullen dragen voor een zorgvuldig implementatietraject. Daarbij zegt men toe dat er daadwerkelijk een vertaalslag wordt gemaakt van wetteksten en toelichtingen naar handleidingen en stroomschema's voor de praktijk. Ik heb het net al even genoemd, maar ik zie het er nog niet uitkomen. Anderzijds hoort daarbij dat geborgd wordt dat de hele keten van zorg en veiligheid voldoende is toegerust voor haar taak. De regelingen zijn niet eenvoudig. Wanneer is er sprake van die ene instelling? Wanneer is er sprake van geen verzet? Is er voldoende ter zake kundige capaciteit om met betrekking tot deze groep kwetsbare mensen op het juiste moment beslissingen te nemen? Is er sprake van voldoende harmonisatie in de rechtsposities? Weet iedereen wat er van hem op welk moment verwacht wordt? Kan informatie tussen het OM, ggz-domein en de gemeenten worden gedeeld? We hebben er ook tijdens de hoorzitting het een en ander over gehoord dat dat niet lukt.

De minister geeft aan dat voor alle drie de wetsvoorstellen het implementatieproject wordt gestart. Ik zou namens de CDA-fractie graag willen weten wanneer de afronding van dat traject wordt verwacht. Wat is het tijdschema? Kunt u daar iets over zeggen?

Uit de praktijk kwam naar voren dat er niet altijd voldoende opvang en behandelmogelijkheden beschikbaar zijn voor de doelgroepen van deze wet. De minister geeft aan dat de verantwoordelijkheid voor voldoende capaciteit ligt bij de zorgkantoren, gemeenten en de zorgverzekeraars. Maar het is wel goed om te constateren dat hij daarbij voor zichzelf ook een rol als aanjager ziet. Er wordt zagezegd financiële ruimte gecreëerd. En dat die extra financiën nodig zijn, is meermaals namens diverse organisaties naar voren gebracht. Wij zien die inventarisatie van signalen over beddentekort en eventueel benodigde acties met belangstelling tegemoet.

Mevrouw de voorzitter, ik ben bijna klaar. Nu de gedwongen zorg ambulant verleend kan worden, is de blik op de betrokkenen veel minder intensief. Niet alleen de veiligheid van de betrokkenen is onze zorg, maar zeker ook die van de zorgverlener. De AMvB's waarin nadere waarborgen worden geregeld en regels worden gesteld die ertoe strekken de veiligheid van de betrokkenen én van de zorgverlener te waarborgen, zullen — zo heeft de minister aangegeven — op korte termijn voorgehangen worden. De minister geeft aan dat juist door deze bij AMvB vast te leggen flexi-

biliteit kan worden geleverd, omdat zo snel gereageerd kan worden wanneer dat gewenst is.

De Raad van State ziet dat toch een slag anders, want die was hier toch erg kritisch over. Die ambulante zorg betreft immers een kernonderdeel van de wetgeving, en in die zin past alleen een heel zorgvuldige wetgevingsprocedure. Praktisch als we zijn, hebben we begrip voor de praktische afweging die de minister hier wil maken, maar het is wel goed, zo vragen wij aan hem, om een aanzienlijk aantal professionals en ervaringsdeskundigen te consulteren alvorens met die AMvB's te komen.

Voorzitter. Ondanks alle zorg voor de veiligheid van betrokkenen, patiënt en zorgverlener, mag niet vergeten worden dat niet alleen zij bescherming behoeven, maar zeker ook onschuldigen die toevallig op het verkeerde moment op de verkeerde plaats waren.

De CDA-fractie stelde een aantal vragen over de mogelijkheden voor informatie-uitwisseling tussen OM, politie, gemeenten en ggz, over de positie van de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke, over de rechtsbescherming van cliënt, patiënt, betrokkene en over de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon. Ik moet u zeggen dat de wijze waarop de memorie van antwoord is geschreven, heel goed is. Ik dank u daarvoor.

Tot slot wil ik het volgende opmerken. "Zorg" en "dwang" lijken twee tegengestelde begrippen, maar toch is het duidelijk dat ze in elkaars verlengde kunnen liggen. Het vraagt immers om heel grote zorgvuldigheid door alle betrokkenen. Wij zijn als CDA-fractie van mening dat deze voorstellen echt snel ingevoerd moeten worden en dat er met dit wetskader in elk geval een betere regeling tot stand is gebracht dan de huidige wetgeving die er op dit terrein ligt. De evaluatie, die we over twee of drie jaar zullen krijgen, zal ons gaan leren of het goede evenwicht inderdaad gevonden is.

Ik dank u zeer.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Oomen. Ik geef het woord aan de heer Ganzevoort.



De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Voorzitter. Ook van onze kant een felicitatie aan collega De Bruijn-Wezeman en een hartelijk welkom aan de ministers en de staatssecretaris, die vandaag met zulke belangrijke wetsvoorstellen hun debuut maken, in ieder geval in deze kabinetsperiode in deze Kamer. Mijn fractie spreekt graag de wens uit dat het ons over en weer zal lukken om het debat over de zorg op een hoger niveau te tillen en te laten gaan over dat wat er werkelijk toe doet, namelijk het waarborgen van optimale en toegankelijke zorg voor mensen die deze zorg nodig hebben. Het is altijd bijzonder verleidelijk om te vervallen in technocratische en bureaucratische discussies of in gemakzuchtige populistische praat die geen recht doet aan de ingewikkelde werkelijkheid.

Uiteindelijk gaat het immers om de vraag hoe we omgaan met de complexe dilemma's van de zorg, zorg die we willen geven aan mensen die die zorg nodig hebben en die daar

soms wel en soms niet om vragen. Het gaat om mensen als mijn moeder, die langzamerhand aan het dementeren is en veel nog zelf kan beslissen, maar niet alles. Het gaat over de mensen met soms zware verstandelijke en lichamelijke beperkingen waar mijn zus als arts verantwoordelijk voor is en die vaak zelf niet kunnen beslissen wat goed voor hen is. Het gaat over mensen met psychiatrische stoornissen of verslavingen die soms heel goed weten wat ze willen maar dat niet kunnen realiseren, of die iets willen wat voor henzelf of voor anderen problematisch is. Het gaat over mensen die ernstige strafbare feiten plegen of mogelijk opnieuw zouden kunnen plegen onder invloed van hun beperking of stoornis terwijl we voor henzelf, maar vooral ook voor onschuldigen in hun omgeving de veiligheid moeten waarborgen, zonder dat we daarbij onnodig rigide draconische maatregelen treffen.

Oftewel: het gaat in de zorg altijd over dilemma's, en nog veel nadrukkelijker als we spreken over gedwongen zorg. Dat is in zekere zin een intern tegenstrijdige term, en misschien ook wel weer niet. Collega Oomen zei dat zojuist op een andere manier. Zorg is principieel het aangaan van een zorgrelatie waarin je fundamenteel gelijkwaardig bent, je de verantwoordelijkheid neemt voor de zorg voor de ander en je dat doet wat diegene nodig heeft. Op het moment dat daar dwang aan te pas komt, schuurt dat op zijn minst met de gelijkwaardige zorgrelatie. Als de ander zich verzet of niet eens meer kan aangeven dat hij of zij dat wel wil, klemt het des te meer. Maar daar is ook niet aan te ontkomen, want niet ingrijpen kan leiden tot veel groter leed. Dat is het dilemma dat in deze wetsvoorstellen op een belangrijke manier aan de orde wordt gesteld. De kern van onze beoordeling zal dan ook zijn of de dwang zich inderdaad beperkt tot het minimum en of de rechten van degene die gedwongen wordt, zo goed mogelijk zijn beschermd. Daarnaast zullen we de vraag moeten stellen of de manier waarop de dilemma's worden afgewogen niet zo zwaar wordt georganiseerd dat daardoor de goede zorgverlening in de knel komt.

Mijn fractie is blij dat we de drie wetten in gezamenlijkheid behandelen. Dat heeft weliswaar wat vertraging opgeleverd, maar het betekent ook dat we goed kunnen kijken naar de samenhang. De werkelijkheid van gedwongen zorg is namelijk complex. Dat begint bij de vraag welke wet waar en wanneer geldt. Wat doen we met een cliënt met een verstandelijke beperking, die ook psychiatrische problematiek ontwikkelt? Wat doen we met het gegeven dat gedetineerden bovengemiddeld vaak een lichte verstandelijke beperking en/of psychiatrische problemen hebben? Wat doen we als iemand met psychotische stoornissen een misdrijf pleegt?

Juist deze overlap, die in de praktijk strijk en zet is, maakt het moeilijk om een eenduidig wettelijk kader te ontwikkelen. Daarom is de eerste vraag van mijn fractie aan de regering om ons hierin meer duidelijkheid te geven. Enerzijds is in de discussie vaak gezegd dat de voorliggende problematiek bepalend moet zijn voor het te hanteren wettelijk kader. Het zijn persoonsgebonden en niet locatiegebonden wetten. Dat lijkt logisch, maar het is de vraag of dat werkbaar is. In de praktijk zien we dat bij de intramurale zorg niet de voorliggende problematiek, maar de institutionele setting bepalend is. Instellingen voor ouderenzorg of voor verstandelijk gehandicapten rekenen met de Wet zorg en dwang, ook wanneer de cliënten daar een psychische stoornis ontwikkelen waarvoor gedwongen zorg nodig kan

zijn. Ggz-instellingen zullen de Wet Verplichte ggz inzetten, ook wanneer er een duidelijke psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is. In de forensische setting zal men het forensische aspect altijd als het voorliggende zien.

Onze vraag is: betekent de opdeling in drie wetten niet feitelijk dat het institutionele kader waarin de zorg geboden wordt, bepalend is voor de reikwijdte van de wet die gehanteerd wordt? Dat is problematisch, want zowel bij jeugdigen als bij volwassenen lijkt het soms van het toeval afhankelijk in welke sector of welk deelgebied iemand terecht komt voor zorg. Bij de volwassen patiënt is de eerste indicatie van het ziektebeeld enorm van belang. Soms wordt dat alleen al bepaald door de discipline van de intaker. Bij de jeugd-ggz worden strenge criteria gehanteerd, waardoor veel jeugdigen met een psychische stoornis die het beste zouden kunnen worden behandeld in de jeugd-ggz, in plaats daarvan in de jeugdzorgplusinstellingen of justitiële jeugdinrichtingen terechtkomen. In de forensische ggz worden oplegging van een maatregel en plaatsing steeds meer van elkaar losgekoppeld en worden mensen in de forensische psychiatrische centra door het verminderde aantal terbeschikkinggestelden ook op basis van andere rechtsgronden behandeld, en dus met andere rechtsposities en financieringsvormen. Overplaatsing kan vaak niet snel genoeg plaatsvinden, zodat de voorliggende problematiek lang niet altijd spooft met de instelling waar iemand verblijft.

Als dit nu allemaal in de praktijk zo is, moeten we dan niet gewoon helder en eerlijk zijn en niet te hoogdravend spreken over "persoonsgebonden" versus "locatiegebonden" regelingen? Als het niet zo is, hoe zorgen we er dan voor dat de instellingen in staat en toegerust zijn om een meer-voudig wettelijk kader toe te passen? We zien niet voor niets een pleidooi vanuit het veld om de wetten samen te voegen of maximaal te harmoniseren, maar op z'n minst moet dit principe helder zijn. Dus graag een nadere toelichting van de regering: is dat persoonsgebonden aspect van de wet echt haalbaar en uitvoerbaar?

Een tweede punt dat bij ons vragen oproept, is de inbedding van deze wetten in effectief beleid. Gedwongen zorg is soms onvermijdelijk, maar komt ook vaak in beeld waar zorgverleners onmachtig zijn om andere oplossingen te vinden. Dat heeft bijvoorbeeld ook te maken met capaciteitstekorten of met onvermogen van de professionals. Het terugdringen van gedwongen zorg zou dan ook het doel van beleid en van wetgeving moeten zijn. Dat betekent dat er alles aan gedaan moet worden om te zorgen voor voldoende en goed opgeleid personeel, dat in staat is om warme menselijke aandacht te geven aan deze kwetsbare mensen in een omgeving die zo is ingericht dat de dwang kan worden geminimaliseerd, want dan zijn dwangmedicatie, isolatie en vastbinden minder nodig.

Daarom vragen we de regering of zij ons nader inzicht kan geven in de relatie tussen kwaliteit en capaciteit enerzijds en de noodzaak van dwangmaatregelen anderzijds. Op welke manier is die relatie tot nu toe onderzocht en hoe wordt dat betrokken bij de evaluatie? Heeft de regering een streefniveau voor het minimaliseren van dwangmaatregelen en wat doet ze er samen met de veldpartijen aan om dat te bereiken? Welke maatregelen worden genomen om de opnamecapaciteit, overplaatsingsmogelijkheden en behandel mogelijkheden bij deze drie verschillende wette-

lijke regimes op orde te brengen? Hoe worden met name in de psychogeriatrische zorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten, waar het vooral verzorgenden zijn die ook dwangmaatregelen uitvoeren, de kwaliteit, de zorgvuldigheid en de professionaliteit gewaarborgd? Graag een toelichting.

Als er dan toch dwangmaatregelen nodig zijn voor het bieden van goede zorg, dan moeten de afwegingen zo zuiver mogelijk maar ook zo praktisch mogelijk gemaakt worden. Ook dat hebben collega's al gezegd. Daar zit spanning tussen, want er is een enorm spectrum van maatregelen, lopend van bijvoorbeeld het op slot houden van een buiten-deur tot gedwongen medicatie. Waar ligt dan precies de grens tussen gedwongen-zorghandelingen en gewoon gezond verstand in de zorg voor mensen die niet geheel kunnen inschatten wat goed voor hen is?

Mijn fractie deelt het uitgangspunt dat elke inperking van de vrijheid van mensen om zorgvuldigheid vraagt en, als het specifieker wordt, om klacht- en beroepsmogelijkheden. Daarom is het uitgangspunt van een zorgplan met duidelijke kaders vooraf een goede keuze. Maar het kan niet de bedoeling zijn dat daarmee alles wordt dichtgetimmerd. Als een verzorgende in de psychogeriatrische een wild bewegende of schreeuwende bewoner van de huiskamer naar de eigen kamer brengt omdat anders alle bewoners in de stress schieten, zou ze toch niet eerst een stappenplan moeten doorlopen of een arts moeten bellen? Of soms wel? Mijn schoondochter, die in die sector werkt, vertelt erover. En buiten de instelling is het nog ingewikkelder, bijvoorbeeld bij de zorg voor verslaafden of verwarde personen, waar een vorm van bemoeizorg soms essentieel is en men ook naar bevind van zaken moet kunnen handelen. En daarom onze vraag aan de regering: hoe gaat u monitoren en evalueren dat de balans tussen rechtsbescherming en uitvoerbaarheid wordt bewaard? Hoe zorgt u ervoor dat de zorgverleners hun werk optimaal kunnen doen, zonder te veel poespas eromheen, en dat tegelijkertijd de rechten van kwetsbare cliënten optimaal worden beschermd? Zullen we bij de evaluatie over een paar jaar ook inderdaad met elkaar de vraag kunnen bespreken of we het misschien te groot hebben opgetuigd en of het misschien ook zou kunnen met een iets simpelere structuur?

Binnen de Wet zorg en dwang bijvoorbeeld zijn het zorgplan en het stappenplan uitgebreid aangeduid, maar dankzij alle wijzigingen is het nu zo dat wanneer de cliënt of diens vertegenwoordiger het niet eens is met de gedwongen zorg — dat is altijd het geval — extern advies moet worden gevraagd. Maar dat is toch per definitie het geval bij gedwongen zorg? Dat betekent dat dat externe advies altijd nodig is. De minister heeft al aangekondigd dat hij dat wil gaan inperken, omdat het op deze wijze niet proportioneel is. De externe deskundige wordt uitsluitend betrokken indien dat noodzakelijk is voor een goede zorgverlening. Kan de minister dat nog wat preciezer formuleren? We weten dat daarvoor nog een wetswijziging volgt, maar we willen toch wel graag weten welke kant hij op denkt, omdat het direct gevolgen heeft voor de vraag of deze wet het niet allemaal te strak neerzet. Maar los van die reikwijdte: hoe wordt die externe advisering georganiseerd? Hoe voorkomt de regering dat hier een leger van bureautjes en medisch adviseurs induikt om tegen grof geld al die externe adviezen voort te brengen? Zijn daarover afspraken gemaakt met het veld, zodat bijvoorbeeld instellingen over en weer die externe

adviestaak vervullen en het op die manier allemaal een beetje binnen de perken kunnen houden?

Aansluitend hierop heb ik nog een vraag over de verschillende verantwoordelijkheden. In artikel 2.3 is een en ander geregeld om de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur te garanderen. Heeft de minister overwogen om conform de aanbevelingen uit het ZonMw-onderzoek de geneesheer-directeur te laten benoemen en controleren door de raad van toezicht in plaats van direct door het bestuur van de instelling? Wat heeft die overweging opgeleverd?

Wat betreft de Wzd is de minister van plan om de functie-ervulling van de Wzd-arts uit te breiden naar de gz-psychooloog of de academisch geschoolde orthopedagoog. Daarmee wordt het amendement-Leijten door de minister nogal wezenlijk aangepast. Als reden voert hij aan — althans tussen de regels van zijn brief van 18 december door — de beperkte capaciteit en vooral het gebrek aan meerwaarde als er geen medische dimensies een rol spelen. Nu komt dit nog als afzonderlijk wetsvoorstel terug, maar de vraag is al wel of deze dimensies zo simpel te onderscheiden zijn. Bij veel cliënten met een verstandelijke beperking is sprake van veel zichtbare en onzichtbare lichamelijke aandoeningen en risico's, zodat het de vraag is of een gedragskundige hiervoor voldoende kennis in huis heeft. Bij fixatie bijvoorbeeld moet je wel weten dat mensen met een verstandelijke beperking een groter risico op osteoporose hebben. Weet een orthopedagoog dat? Hoe ziet de minister deze verwevenheid van dimensies en wat betekent dat voor de toewijzing van bevoegdheden?

En dan kom ik op een laatste vraag over de verantwoordelijkheden. Bij de Wzd en de Wvvgz krijgt de ambulante context terecht veel aandacht. Maar dat roept ook vragen op. Mantelzorgers vallen buiten de wet en mogen dus een dementerende oudere of een thuiswonend familielid met een psychische stoornis opsluiten, terwijl een ambulante zorgmedewerker dat niet zomaar mag. Dan is het voor die zorgmedewerker dus aantrekkelijk om de vrijheidsbeperking door de mantelzorgers te laten uitvoeren. Hoe, zo wil mijn fractie weten van de regering, kunnen allerlei indirecte en directe vormen van dwang buiten een instellingscontext worden gecontroleerd? Wat zijn in die context, in dat verband adequate vormen van toezicht? En wie is dan de zorgverantwoordelijke? Dat zal in veel situaties wellicht de huisarts zijn. Of zien we dat verkeerd? En als het de huisarts is, is deze dan geëquipeerd om deze wetten toe te passen? Of moeten thuiszorgorganisaties die in het kader van Wzd- of Wvvgz-zorg met dwangmaatregelen moeten werken, daarvoor een arts gaan inhuren?

Voorzitter. Het mag duidelijk zijn dat we wel een positieve grondhouding hebben ten aanzien van deze wetsvoorstellen, maar dat we ook haken en ogen zien, die direct voortvloeien uit de fundamentele dilemma's die nu eenmaal verbonden zijn aan gedwongen zorg. Op onze vragen over afbakening en overlap, persoonsgebonden of locatiegebonden, capaciteit en professionaliteit, rechtsbescherming en uitvoerbaarheid, verantwoordelijkheden en toezicht — ik vat ze maar even samen — zien we graag de antwoorden tegemoet. Op de overige aspecten zal mijn collega Tineke Strik nog ingaan.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Ganzevoort.

Ik geef het woord aan mevrouw Strik.



Mevrouw Strik (GroenLinks):

Dank, voorzitter. Ook ik zou graag van de gelegenheid gebruikmaken om mevrouw De Bruijn-Wezeman te feliciteren, en om de bewindslieden welkom te heten.

Voorzitter. "Nee, tenzij" is het uitgangspunt voor het gebruik van dwang in de zorg. Daaraan voeg ik toe dat het civiele kader voorrang heeft boven het strafrechtelijke. Wat ons betreft zou alles erop gericht moeten zijn om te voorkomen dat psychiatrische patiënten pas de zorg krijgen die ze nodig hebben, zodra ze in het strafrechtelijke circuit zijn beland. Het straf- en civiele kader raken met de drie wetten beter op elkaar afgestemd, en dat is een groot goed. Maar lang niet alle zorgsituaties waarbij een vorm van dwang aan de orde is, zijn verbonden aan aspecten van veiligheid en openbare orde. Dat roept bij mijn fractie wat vragen op naar de ratio en wenselijkheid van de nieuwe rol van de officier van justitie in de machtigingsprocedures. Is die niet te groot geworden? En lopen we daarmee niet het risico dat het belang van veiligheid een grotere rol krijgt dan dat van een juiste behandeling en dat van de zorgbehoefte van de patiënt?

Tijdens de deskundigenbijeenkomst in de Eerste Kamer stelde het OM zich op het standpunt dat het de actieve verzoekersrol alleen goed kan invullen als het zorgmactingstraject zijn oorsprong vindt in en samenhang heeft met dreigend strafbaar gedrag. Ook bleek het OM niet overtuigd van de meerwaarde van de aanwezigheid van de officier van justitie tijdens alle zittingen, en benadrukte het dat het hierdoor onnodig meer het karakter van een strafzaak krijgt. Verder zou de capaciteit tekortschieten voor structureel bijwonen. Zou de regering nader kunnen ingaan op deze punten?

Daarnaast is het de vraag of de officier van justitie niet een te grote machtspositie krijgt, nu hij ook om een zorgmactiging kan verzoeken als naar de mening van een onafhankelijke psychiater of geneesheer-directeur niet aan de criteria voor verplichte zorg wordt voldaan. Zijn daar nadere criteria aan verbonden? En in welke situaties acht de regering het denkbaar dat de rechter tegen de wens van een officier van justitie een zorgmactiging afgeeft?

Mijn fractie onderschrijft het uitgangspunt dat een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling, ongeacht de juridische titel. Vanwege het vereiste beveiligingsniveau zal zorg in de reguliere ggz-instellingen echter niet altijd geschikt zijn. En in de eerste termijn van de behandeling van de Wet op forensische zorg heb ik erop gewezen dat het immense capaciteitsverlies aan forensische psychiatrische zorg gedurende het afgelopen jaar wellicht een bedreiging kan vormen, dus dat er zowel aan de ene als aan de andere kant wellicht te weinig aanbod zou zijn. Het uitgangspunt van de juiste patiënt op de juiste plaats, en van een goede aansluiting tussen forensische en curatieve zorg, vergt natuurlijk financiële kaders die hierop toegesneden zijn. Graag een geruststellend, maar toch ook onderbouwd antwoord hierop.

Voorzitter. De minister benadrukt dat deze forensische behandel mogelijkheden geen afbreuk doen aan de noodzaak van de voorgestelde "weigerende-observandiregeling". Een tbs-maatregel voorziet immers in de meest passende behandeling en beveiliging, en is gericht op een gefaseerde en geleidelijke terugkeer in de samenleving, voor zover dat mogelijk is. Mijn fractie is het ermee eens dat ernaar wordt gestreefd om zo veel mogelijk een tbs-maatregel op te leggen als dat het meest passend is. De vraag is echter of dat doel een inbreuk op het medisch beroepsgeheim altijd rechtvaardigt. De Autoriteit Persoonsgegevens vindt van niet. De minister heeft ook onze fractie nog niet kunnen overtuigen van de noodzaak en proportionaliteit van deze doorbreking. Dat hangt natuurlijk ook nauw samen met het risico dat zorg en hulpverlening wellicht gemeden gaan worden, of in elk geval dat verdachten relevante informatie achterhouden voor hun zorgverlener of wellicht de gegevens uit het dossier willen laten vernietigen. Al deze mogelijke effecten ondermijnen de toegankelijkheid van de zorg en vergroten misschien zelfs het risico voor de samenleving.

Wij willen graag van de minister weten welke alternatieven hij voor deze oplossing heeft onderzocht. Omwille van de bescherming van het medisch beroepsgeheim heeft de Autoriteit Persoonsgegevens — het is al vaker hier gememoreerd — in elk geval een alternatieve oplossing geopperd, en wij zijn erg benieuwd of de minister deze al eerder heeft overwogen en onderzocht. De Autoriteit wijst op het onderscheid tussen een straf en een maatregel, waarbij kort gezegd een straf dient ter preventie en vergelding en een maatregel zoals de tbs-maatregel dient ter beveiliging en behandeling. De Autoriteit pleit in dat kader voor de mogelijkheid om de tbs-maatregel ten aanzien van weigerende observandi, waarbij de rechter onvoldoende grond heeft om alsnog een tbs-maatregel op te leggen, niet direct in de einduitspraak op te nemen maar in een afzonderlijke procedure. Dat zou tot gevolg hebben dat de rechter in deze situaties de verdachte strafbaar acht en in de uitspraak melding maakt van de weigering om mee te werken aan het pro justitia-onderzoek. Vervolgens zou tijdens de tenuitvoerlegging van de straf nader geobserveerd en onderzocht kunnen worden, waarbij het OM binnen twee jaar na de onherroepelijk geworden veroordeling alsnog tbs kan vorderen, aanvullend op of in plaats van de gevangenisstraf. Over die termijn van twee jaar valt natuurlijk te discussiëren, maar omwille van de rechtszekerheid moet er wel een termijn aan gesteld worden. Deze procedure zou voor specifieke situaties soelaas kunnen bieden, zonder opoffering van het medisch beroepsgeheim. Wij horen graag een reactie van de minister op deze optie.

Voorzitter. Ook een betere aansluiting tussen strafrechtelijke en civielrechtelijke procedures kan al een deel van een oplossing vormen voor de weigerende observandi, omdat iemand die zijn straf tijd heeft uitgezeten maar nog steeds een gevaar is voor de samenleving, immers via de Wvvggz kan worden opgenomen. Uiteraard dient er dan wel informatie te zijn over de noodzaak van de verplichte zorg. Daar ben ik me van bewust.

In dat kader vraag ik de aandacht van de minister voor de zorg vanuit de justitiële keten dat artikel 2.3 van de Wet forensische zorg, op grond waarvan de strafrechter zelf een zorgmachtiging verstrekt, niet alle mogelijkheden van het huidige artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht kan vervangen. Zowel het OM als de Raad voor de rechtspraak is

bang voor een wettelijke leemte, met name ten aanzien van de categorie volledige ontoerekeningsvatbare verdachten. Het is ook al eerder gememoreerd. Bovendien is er vrees dat artikel 2.3 weliswaar als verbinding tussen strafrecht en civiel recht de grote kracht kan zijn van het stelsel, maar vanwege de complexiteit en stapeling van procedures ofwel te omslachtig zal blijken, omdat bijvoorbeeld eerst alle civielrechtelijke stappen moeten worden doorlopen, ofwel een dode letter zal blijken.

In de memorie van antwoord legt de staatssecretaris uit dat die samenloop wel degelijk efficiënt en effectief is. Maar zal de rechter niet in eerste instantie toch moeten afwachten of de OvJ ook daadwerkelijk een verzoek doet? En als er sprake is van een samenloop, waarmee wellicht het beginsel van ultimum remedium beter tot zijn recht komt, waarom kan de patiënt dan alleen maar in het strafrechtelijke kader in hoger beroep en niet tegelijkertijd ook tegen de afgifte van de zorgmachtiging? Dan zou je echt een integrale afweging krijgen en de rechtspositie van de patiënt verbeteren. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Als we het hebben over de rechtspositie, wijs ik er ook graag op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens de Nederlandse wetgever dwingt om de rechtspositie van patiënten te versterken. Voorliggende wetsvoorstellen dienen natuurlijk ook de toets van de jurisprudentie van het Hof te doorstaan. Met name in het licht van artikel 5 EVRM kan de vraag worden gesteld of de toegang tot de rechter bij onvrijwillige zorg zonder opname in de Wet zorg en dwang voldoende is gewaarborgd. Er is geen voorafgaande rechterlijke toets en evenmin onmiddellijke toegang tot een rechter daarna, omdat eerst de klachtenprocedure moet worden doorlopen. Dit verschil met opnamesituaties is niet zo goed uit te leggen, zeker omdat de wetten feitelijk niet langer uitgaan van locatiegebondenheid, maar juist van de zorg die nodig is. Waarom is er dus dat onderscheid tussen die twee zaken gemaakt? Kan de minister nader motiveren waarom hiervoor is gekozen en hoe dit zich verhoudt tot jurisprudentie van het EHRM? In dat verband is het natuurlijk ook van groot belang om het onderscheid tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking nader te definiëren. Is de minister bereid om dit in nadere regelgeving alsnog te doen? Gaat de regering ervoor zorgen dat de klachtenprocedures zo snel mogelijk worden afgehandeld, zodat toegang tot de rechter zo snel mogelijk is gewaarborgd?

Voorzitter. De regering is het niet eens met de opvatting van het toezichthoudend comité van het VN-Gehandicaptenverdrag dat gedwongen opname nooit toelaatbaar is. Ook mijn fractie erkent dat er situaties zijn waarbij dwang en drang uiterste middelen zijn die moeten worden toegepast; soms om de persoon tegen zichzelf te beschermen en soms tegen de samenleving. Dat neemt niet weg dat de standaarden van het Gehandicaptenverdrag, dat Nederland heeft geratificeerd, uitgangspunt dienen te zijn. Omdat de voorliggende wetsvoorstellen juist beogen de rechtspositie van cliënten te versterken, meent mijn fractie dat het facultatief protocol bij dit verdrag ook zo snel mogelijk door Nederland zou moeten worden ondertekend en geratificeerd. De minister antwoordt in de stukken dat dit vraagstuk complex is en een zorgvuldige besluitvorming vergt. Ik wijs er echter op dat de Eerste Kamer al enkele jaren geleden de regering heeft opgeroepen tot ratificatie. Ik zou dus graag willen weten in welk stadium het besluitvormingsproces

zich nu bevindt en welke vragen er nu nog onbeantwoord zijn.

Ook de ratificatie van het verdrag zelf heeft jaren geduurd, met hetzelfde argument, namelijk dat nadere studie nodig was. Studies naar de consequenties van het verdrag of van het facultatief protocol verschillen toch niet zo wezenlijk van elkaar? Het hoofdpunt is immers dat Nederland moet voldoen aan de verplichtingen, met of zonder facultatief protocol. De meerwaarde van het protocol is echter dat met dit individueel klachtrecht cliënten zelf het verdrag kunnen inroepen en de overheid kunnen aanspreken op naleving. Mijn fractie meent dat tegenover de ingrijpende bevoegdheden die aan de overheid en behandelaars worden gegeven, juist het klachtrecht van cliënten kan dienen als een noodzakelijke bijdrage aan hun eigen regie en aan de checks-and-balances die we nodig hebben.

Voorzitter. Zowel in de Wet zorg en dwang als de Wvvgz staat in veel gevallen geen hoger beroep open tegen een beslissing van de rechter. Dat is soms juist zo in gevallen waar dat het hardste nodig is, bijvoorbeeld bij crisisplaat-singen. Daarbij worden dossiers in hoog tempo opgebouwd en komt er soms pas later informatie boven water, die men dan in een vervolprocedure zou willen gebruiken. Aanvan-kelijk achtte de regering, vanuit het oogpunt de positie van de patiënt te versterken, het juist onwenselijk om de mogelijkheid van hoger beroep uit te sluiten. Met name vanwege de beperking van de vrijheidsrechten, de aantast-ing van de lichamelijke integriteit en de aard en de duur van de zorgmachtiging, zag de regering geen grond om het rechtsmiddel van hoger beroep te onthouden. Maar na het verzoek van de Raad van State om een en ander nader te onderbouwen en om antwoord te geven op enkele vragen hierover, besloot de regering plots om de mogelijkheid van hoger beroep toch te schrappen. Nu geeft ook de regering aan dat niet is gebleken dat er behoefte is aan hoger beroep, zonder te verklaren of hier onderzoek naar is gedaan en welke consequenties het schrappen zou kunnen hebben. Als gevolg van het schrappen kan de cliënt niet meer in hoger beroep gaan tegen de inhoud van het besluit van de rechter, maar alleen via cassatie een hogere rechter laten beoordelen of er wel een juiste procedure is gevolgd. Het probleem daarmee is dat dit wetsvoorstel de rechter veel discretie laat in het al dan niet horen van getuigen of in het bevelen dat er onderzoek moet worden gedaan door des-kundigen. Er zullen waarschijnlijk heel weinig gevallen zijn waarin de Hoge Raad zal oordelen dat de rechten een fout heeft gemaakt van procedurele aard. Het is naar onze mening veel belangrijker dat de inhoud van de afweging aan een rechterlijke toets wordt onderworpen. Graag een reactie daarop.

Verder nog een punt over de rechtsbijstand. Een randvoor-waarde voor een goede rechtspositie van patiënten is de toegang tot kwalitatief goede rechtshulp. Uit het rapport van de commissie-Van der Meer kwam naar voren dat de werklast van de advocaat mede is toegenomen door een beddenreductie in de psychiatrische zorg en de tendens die hiermee samenhangt om mensen sneller naar huis te stu-ren. Dit zou tot gevolg hebben dat er meer voorwaardelijke machtigingen worden opgelegd. Volgens de commissie-Van der Meer geven advocaten aan dat de vergoeding van vier punten voor de voorwaardelijke machtiging niet toerei-kend is, omdat zij er in elk geval vijf tot zeven uur aan wer-ken. In het regeerakkoord belooft het kabinet de aanbeveling van de commissie-Van der Meer over te nemen. Wat gaat

dit betekenen voor de forfaitaire vergoeding? Mijn fractie meent dat het om een urgent probleem gaat, ook omdat vanwege de werkdruk nu vaak al niet-gespecialiseerde advocaten de belangen behartigen van heel kwetsbare cli-ënten.

Voorzitter. Zoals mijn collega Ganzevoort al heeft benadrukt, zijn met aandacht en goede scholing veel patiënten te overtuigen van het belang van passende zorg, zodat dwang tot een minimum kan worden beperkt. Kan de minister toezeggen dat de verhouding kwaliteit/capaciteit en de noodzaak van dwang onderdeel zullen uitmaken van de evaluatie?

Er is al wat gesproken over de wetswijziging die eraan gaat komen. Misschien kan bij die wetswijziging meteen de grote dynamiek in de benamingen van het ministerie van Justitie en Veiligheid worden meegenomen, zodat die benaming in de pas loopt. Ik weet niet of het trage verloop van de wetswijziging met de dynamiek van de benamingen te maken heeft, omdat hierdoor voortdurend wijzigingen in de wet moeten worden doorgevoerd.

Voorzitter. Vanuit het veld en uit evaluaties komt het advies naar voren om één samenhangende wettelijke regeling te maken, waarin verschillende regimes kunnen worden opgenomen met mildere en zwaardere vormen van dwang. Dat zou de regelgeving overzichtelijker, toegankelijker en consistenter maken. Mijn fractie heeft de indruk dat de regering vooral omwille van de tijd kiest voor twee wetten en dat ze daarom al over twee jaar een evaluatie houdt, als een soort compromis. Mijn fractie begrijpt de haast en urgentie, maar ziet ook nadelen en risico's van een ingrij-pende wijziging van het stelsel, omdat dat wellicht enkele jaren later alweer op de schop gaat als blijkt dat een samenhangende wettelijke regeling eigenlijk de voorkeur verdient. Snel opvolgende fundamentele wijzigingen kun-nen zowel voor het veld als voor patiënten desastreus uit-pakken. Hoe voorkomen we dat we hen opzadelen met enorme opgaven voor de uitvoering en aanpassing, terwijl we daar een aantal jaren later wellicht opnieuw aan gaan sleutelen? Graag antwoord daarop.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Strik. Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Dat is niet het geval.

Ik schors de beraadslaging en de vergadering twee uur en twaalf minuten voor de dinerpauze, tot 20.00 uur. We zijn een uur eerder klaar dan voorzien, maar u krijgt dus twaalf minuten extra tijd voor de dinerpauze. Ik denk dat dit voor de bewindslieden ook wel prettig is.

De vergadering wordt van 17.48 uur tot 20.04 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is de voortzetting van de gezamenlijke behan-deling van de wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (32399), Wet zorg en dwang psychogeria-trische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31996) en Wet forensische zorg (32398). Is de staatssecretaris onder-weg? Hij komt eraan, mag ik hopen.

Voordat ik het woord geef aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil ik toch even aandacht voor het volgende vragen. Ik hoop dat we, als het enigszins kan, voor twaalf uur vanavond klaar zijn met de eerste termijn van de kant van het kabinet. Ik hoop dat iedereen dat goed in zijn gedachten wil hebben.

Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Minister De Jonge:

Voorzitter. Dank u wel. En dank ook, op voorhand al, voor deze aanmoediging qua tempo. U heeft een indrukwekkend aantal vragen gesteld. Ik heb het dan niet alleen over de hoeveelheid, maar met name ook over de complexiteit ervan. Bondigheid is niet mijn allersterkste kant, zeg ik alvast. We kennen elkaar nog niet zo heel lang, maar bondigheid is niet mijn allersterkste kant. Dus als u mij nog eens zou willen aanmoedigen vanavond, voelt u zich daar toe dan van harte uitgenodigd. Ik heb dat namelijk nodig.

De voorzitter:

Mag ik het ook zeggen als u twee of drie keer hetzelfde zegt maar dan met andere woorden? Mag ik dat ook doen?

Minister De Jonge:

Uiteraard, voorzitter. Ik laat mij graag coachen en aanmoedigen.

Voorzitter, dank u wel voor de hartelijke ontvangst hier. Onze eerste ontvangst, niet voor alle drie maar toch voor twee van de drie. Het is in ieder geval wel het eerste daadwerkelijke debat in deze nieuwe kabinetsperiode. De vorige keer dat wij hier zaten, zaten we toch wat meer non-executief achter de tafel. Maar nu moeten we ook daadwerkelijk aan de slag, en meteen met wetten die, zoals door ieder van u is gezegd, toch niet de minste zijn als het gaat om complexiteit en het ingrijpend zijn in het leven van mensen, maar ook als het gaat om de meerwaarde.

Ik denk dat alle fracties in hun eigen woorden hebben gezegd dat de wetten die voorliggen, op zichzelf genomen te zien zijn als grote stappen voorwaarts: minder dwang, nee tenzij, een aanzienlijk betere rechtsbescherming voor de mensen die het betreft, een beter handelingsperspectief, meer handelingsperspectief voor de mensen in de zorg en uiteindelijk ook een betere bescherming van de samenleving. A major leap for mankind, zou je kunnen zeggen. Tegelijkertijd — en het gaat natuurlijk hier ook over wetten die wij niet zelf hebben getypt, wat ook niet kan — hebt u een aantal aarzelingen aangegeven die wij natuurlijk ook hadden toen wij, vers beginnend aan deze taak, deze wetsvoorstellen tot ons namen en de revue lieten passeren. Die aarzelingen die u daarbij heeft gehad, herkennen wij wel. Wij denken niettemin dat onder de streep deze wetten een belangrijke stap voorwaarts zijn, om de redenen die ik net noemde.

Nu kan ik heel uitgebreid ingaan — dat is zeker voorbereid — op de ontstaansgeschiedenis, maar dat heeft u zelf ook al gedaan. Sommigen gingen terug naar 1818, meen ik. Mevrouw Oomen deed het en de heer Van Dijk ging zelfs

terug naar de oude Grieken. Ik denk dat u een buitengewoon adequate beschrijving heeft gegeven van hoe de voorliggende wetsvoorstellen tot stand zijn gebracht en tot stand zijn gekomen. Ik denk eigenlijk dat ik me vooral moet concentreren op de vragen die zijn gesteld. Ik wil ze als volgt indelen. Ik wil beginnen met een eerste blokje, dat gaat over de rechtsbescherming, de vermeende verschillen in rechtsbescherming in de twee wettelijke regimes. Daarover zijn veel vragen en ook vrij fundamentele vragen gesteld. Dan wil ik verdergaan met een blokje twee dat gaat over de verschillende actoren bij het stappenplan, de Wzd-arts, de externe deskundige en de zorgverantwoordelijke. Blokje drie gaat wat mij betreft over de uitvoerbaarheid, de implementatie, de administratieve lasten en de evaluatie. Dan heb ik nog een blokje met overige vragen die zich wat minder makkelijk lieten indelen.

Eerst de verschillen in rechtsbescherming. Het gaat inderdaad over twee verschillende wettelijke regimes. U heeft zelf al aangegeven wat in de historie de achtergrond daarvan is geweest. Ik denk dat er een sterke argumentatie is waarom het hier gaat over twee verschillende wettelijke regimes. Vooropgesteld: de Wzd en de Wet verplichte ggz kennen net als de BOPZ de route via de rechter voor een gedwongen opname. Voor gedwongen zorg kent de Wet verplichte ggz de weg via de rechter en de Wet zorg en dwang het stappenplan met de onafhankelijke toets door de Wzd-arts. Je zou dus kunnen zeggen dat voor gedwongen zorg deze wetten eigenlijk meer regelen dan de BOPZ regelde. Binnen de BOPZ was er ook geen rechtsbescherming voor dwang die buiten de BOPZ-instelling plaatsvond. Daar was natuurlijk af en toe toch wel sprake van een vorm van onvrijwillige zorg. Ik zou dus denken dat beide wetten ten opzichte van de BOPZ een forse versterking van de rechtspositie betekenen.

Waarom kiezen deze voorliggende wetsvoorstellen nu voor twee wettelijke regimes? Door meerdere fracties is aangegeven wat daarvan de achtergrond is. Niemand zal ook ontkennen dat er sprake is van verschillende doelgroepen. De ouderenzorg, de psychogeriatrische zorg, de gehandicaptenzorg en de ggz betreffen echt verschillende doelgroepen. Ook in de manier waarop de zorg is vormgegeven zie je verschillen in doelgroepen tot uiting komen, bijvoorbeeld in de mate waarin familie betrokken is of in de mate waarin patiënten hun wil nog kunnen uiten en je die uiting van wil kunt betrekken bij de vormgeving van de zorg. Je ziet echt dat die verschillen in doelgroepen een daadwerkelijke andere vormgeving van de zorg niet alleen nodig maken, maar ook logischerwijs met zich meebrengen.

Het tweede — en mevrouw Barth had al de winstwaarschuwing gegeven dat ze zich door dat argument niet liet overtuigen, maar toch trek ik de stoute schoenen aan om dat toch met overtuiging te willen neerzetten — is niet onbelangrijk en gaat echt over de uitvoerbaarheid. Door vele fracties zijn aarzelingen geuit over überhaupt de uitvoerbaarheid van het voorliggende wetsvoorstel. Stelt u zich eens voor dat wij voor 300.000 potentiële cliënten in de pg- en de vg-zorg een gang naar de rechter noodzakelijk zouden maken om iets van gedwongen zorg te kunnen toepassen. Ik denk dat iedereen van ons wel aanvoelt dat dit de uitvoerbaarheid niet ten goede komt. Het gaat niet alleen om de belasting van de rechterlijke macht, maar ook om de uitvoerbaarheid voor een instelling, wanneer die de stap moet zetten naar de rechter. Nog los van de belasting die dit ook voor familie met zich meebrengt; mevrouw De Bruijn heeft

daarvoor aandacht gevraagd. Ik denk dat dit goede argumenten zijn om te kiezen voor een ander regime. Tegelijkertijd — en dat is denk ik waar mevrouw Barth, maar ook mevrouw Bikker op wijzen — mag het niet zo zijn dat er in de zwaarte ervan echt een verschil is in rechtsbescherming. Alle drie de doelgroepen moeten wel eenzelfde niveau van rechtsbescherming ervaren. Ik hecht dan wel aan de argumentatie die het vorige kabinet in de Tweede Kamer heeft gegeven, namelijk dat de rechtsbescherming onder de Wzd niet zozeer minder is, maar wel anders vormgegeven.

Tegelijkertijd voel ik ook wel de aarzeling die mevrouw Barth en mevrouw Bikker daarbij hebben. Mevrouw Barth vraagt bijvoorbeeld of je niet een verschil zou kunnen aanbrengen tussen lichte en zware zorg. Het vorige kabinet heeft daarvan in de Tweede Kamer aangegeven — en dit kabinet heeft dat standpunt overgenomen — dat het helemaal niet zo gemakkelijk is om dat verschil tussen lichte en zware zorg op een goede manier vorm te geven, juist omdat mensen zelf het verschil tussen lichte en zware zorg op een heel andere manier kunnen ervaren dan wij dat voor hen zouden invullen. Mijn aarzeling zit in: gaat nu de arts straks bepalen welk type wettelijk regime van toepassing is? Zo ja, wat doet dat dan met de rechtsgelijkheid? Ik denk dat het altijd zo is, ook in de huidige BOPZ overigens, dat degene die de beoordeling doet, de taxatie maakt welk type regime van toepassing is. Wetten brengen niet zichzelf ten uitvoer: dat doen altijd mensen. Je kunt daarin verkeerde afwegingen maken. Het blijft natuurlijk mensenwerk. Tegelijkertijd is de vraag hoe problematisch het is, voor welke groep en hoe groot die groep is.

Mevrouw Barth vraagt of je op dit punt de inspectie zou kunnen vragen om goed naar de uitvoering te kijken. Dat is een zinvolle suggestie, die ik graag overneem. Ik voeg er nog iets aan toe, namelijk om ook bij de evaluatie mee te nemen of dit in de uitvoeringspraktijk daadwerkelijk tot ingewikkeldheid leidt. Dan is er nog één zekerheid die ik zou willen inbouwen, namelijk dat wij ook de cliëntvertrouwenspersoon — iedere cliënt heeft een cliëntvertrouwenspersoon — er goed op laten toezien of het regime dat van toepassing is, het adequate regime is dat ook van toepassing moet worden geacht, gegeven de achtergrond van de cliënt. Als er een ander type problematiek voorligt, moet ook dat andere regime gaan gelden. Dat zijn eigenlijk de drie "veiligheidspallen" die ik omwille van de aarzeling die mevrouw Barth naar voren brengt, zou willen inbouwen.

Mevrouw Bikker vroeg met name naar de evaluatie. Daarvan heb ik gezegd: die voeg ik graag toe.

Dat ten aanzien van blokje 1.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik hoorde de minister zeggen dat er drie veiligheidskleppen zijn, maar ik telde er eigenlijk maar twee: de inspectie en de cliëntvertrouwenspersoon.

Minister De Jonge:

En de evaluatie.

Mevrouw Barth (PvdA):

Oké, die had ik als één met de inspectie genomen, maar prima.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Als dit blokje van de minister is afgerond, is mijn vraag op dit punt nog niet helemaal beantwoord. Die gaat hierover: of het de facto wel een persoonsgebonden regeling is. Wat ik uit het veld hoor, is dat men zich in instellingen erop voorbereidt dat men de voorliggende thematiek van de instelling gaat volgen en dat op grond daarvan het regime gehanteerd gaat worden. Als dat niet zo is, is de vraag: zijn die instellingen erop voorbereid om met een meervoudig regime te gaan werken?

Minister De Jonge:

Terecht dat u uw vraag nog even memoreert, want die had ik best onder dit blokje kunnen beantwoorden. Ik had hem zelf bij de overige ondergebracht. Waarom noemen we deze wet cliëntgebonden? Omdat de vorige wet locatiegebonden was. De cliëntgebondenheid is, als het gaat over maatwerk, een stap voorwaarts ten opzichte van de instellingsgebondenheid van de vorige wetgeving. U zegt daarvan: het is nogal bepalend welke arts of welke zorgprofessional iemand als eerste tegenkomt, want die zal met zijn eigen regime in zijn hoofd naar een cliënt kijken. Het is niet helemaal onterecht dat u dat zegt. Een instelling voor ouderenzorg zal zich met name richten op die Wzd en een instelling voor psychiatrie zal zich met name richten op de Wet verplichte ggz. Wanneer roep je zo iemand erbij? Degene die meldt, kijkt dan toch eventjes onder welk regime dat logisch zou zijn. Voor iemand die overduidelijk een psychiatrisch patiënt is, bel je geen ouderenzorginstelling, maar een instelling uit de psychiatrie of een FACT-team.

Ik denk even aan de zorg zoals mevrouw Barth die onder woorden bracht. Misschien stelde u in andere woorden eigenlijk dezelfde vraag. Soms is het niet helemaal duidelijk. Ik denk dan met name aan mensen die eigenlijk in de VG-groep vallen, met daarbij een stevige psychiatrische stoornis. Welk regime laat je dan prevaleren?

Ik denk dat de uitvoeringspraktijk minder ingewikkeld zal zijn dan het op papier netjes van elkaar onderscheiden. De uitvoeringspraktijk zal toch vaak meer helderheid geven. Is er een mogelijkheid van "tussen wal en schip" en "van het kastje naar de muur"? Ja, hooguit dat je weleens in het ene regime begint, terwijl het andere regime blijkt te moeten prevaleren. Dat zou kunnen. Ik denk dat het dan goed is om volgens die veiligheidskleppen zoals ik ze net heb verwoord, in die uitvoeringspraktijk aan de slag te gaan. Dat is ten eerste het op een goede manier equiperen van die cliëntvertrouwenspersoon, die kan zeggen: hé, maar hier hoort eigenlijk een ander aan de slag te gaan of een ander regime te gelden. Het tweede is het goed inbouwen van de evaluatie. Dit punt moeten we goed bij die evaluatie betrekken. Het derde punt ben ik nu even kwijt.

De voorzitter:

Dat komt wel.

Minister **De Jonge**:
Ik kom er zo op terug.

De voorzitter:
Meneer Ganzevoort wil nog even interrumpen.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Mijn vraag was niet zozeer hoe het bij de intake gebeurt. Dan gaat het erom bij welke instelling je met iemand terecht komt. Ook op het moment dat mensen reeds in een zorginstelling verblijven, kan er een verschuiving optreden. In de VG-zorg kan psychiatrische problematiek een rol gaan spelen. Dan is het dus de vraag op welk moment dat over moet gaan. De signalen die ik krijg, zijn dat instellingen zeggen: in die situatie blijven we gewoon dezelfde wet hanteren, want dat is het regime waarmee we hier het beste werken. We kunnen moeilijk twee dingen tegelijk gaan doen, dus we werken bijvoorbeeld gewoon via de Wzd, ook als er op een gegeven moment een psychiatrische problematiek ontstaat, want dat verandert niet zo heel erg veel aan de situatie. Dan is mijn vraag: hebben we dan wel een echt cliëntgebonden regeling of hebben we dan niet eigenlijk nog steeds een locatiegebonden regeling? Als hij dat niet wil, vraag ik de minister wat hij daaraan gaat doen. Hoe zorgt de regering ervoor dat men bijvoorbeeld in alle VG-instellingen ook voldoende expertise in huis heeft om met de Wvggz te kunnen werken en andersom? Als men dat niet wil, moeten we gewoon eerlijk zijn en zeggen: eigenlijk is het nog steeds een locatiegebonden regeling, waarin we alleen gaan proberen de intake beter te doen.

Minister **De Jonge**:
Met die laatste conclusie ben ik het sowieso niet eens. Ten opzichte van de vorige wetgeving is het nou juist geen instellingsgebonden wet meer. Het is geen Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen, nee, het is een behandelwet. Het gaat echt over maatwerk. Je kan ook ambulante zorg vorm gaan geven. U schetst een iets andere situatie dan mevrouw Barth. Als iemand al in een instelling zit en er zou bijvoorbeeld psychiatrische en ook gedwongen behandeling nodig zijn, dan hoort diegene van het ene in het andere regime over te gaan. Dan hoort het regime te gelden van de Wet verplichte ggz, omdat de behandeling waarschijnlijk niet anders kan plaatsvinden dan op de locatie van die ggz-instelling. Vaak zijn instellingen voor gehandicaptenzorg ook echt anders geoutilleerd. Kan het binnen die ene instelling? Het aantal instellingen dat dat type psychiatrische behandeling in een gedwongen setting kan aanbieden op een locatie van de VG-sector, is niet zo heel erg groot. In dat niet zo heel veel voorkomende geval zal die instelling zich inderdaad moeten equiperen in beide arrangementen.

De voorzitter:
Tot slot, meneer Ganzevoort.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):
Zeker. Ik denk dat de minister dan in het veld een heel ander probleem heeft. De overplaatsing die hij nu suggereert, is in de praktijk vaak heel erg moeilijk te realiseren vanwege

de capaciteit en dat soort zaken. Die oplossing zie ik dus nog niet zo voor me.

Minister **De Jonge**:
Maar deze wet is ook niet voor alle vraagstukken in de zorg een oplossing. Biedt dit adequate rechtsbescherming? Dat zal moeten. Daar gaat dit blokje over en dat maakt ook uw vraag zo prangend. Biedt dit voor gelijke gevallen ook dezelfde rechtsbescherming, van een gelijkwaardig niveau? Het antwoord op die vraag is ja. Als de vraag is wat voorliggend is, als problematiek samenkomt, dan zeg ik dat dan een arts maar een goede keuze zal moeten maken. Welke waarborgen zijn daar dan voor? Daar heb ik zojuist antwoord op gegeven.

Wat als het gaat over die cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg die eigenlijk een gedwongen psychiatrische behandeling nodig hebben? In het geval dat die instelling voor gehandicaptenzorg dat op dezelfde locatie kan aanbieden, heeft er vanaf dat moment echt een ander regime te gelden. Dan wordt dus de machtiging onder de Wzd opgeschort en gaat de geldigheid in van een machtiging onder de Wet verplichte ggz. De machtiging onder de Wzd herleeft dan pas weer op het moment dat de machtiging onder de Wet verplichte ggz wordt beëindigd. Zo'n cliënt zal dus inderdaad soms op dezelfde locatie kunnen worden bediend, maar veel vaker zal het gaan over een ander type locatie waar betrokkene zal moeten worden bediend. Overigens hebben we het dan wel over een vrij beperkte doelgroep waarbij dit aan de orde zou kunnen zijn. Die instellingen hebben zich inderdaad te equiperen in beide wettelijke regimes.

Dan ga ik door met nog een paar vragen die ook onder dit blokje moeten worden beantwoord. Kan de inspectie extra opletten of de goede keuze wordt gemaakt, met name in de ambulante setting? Dat is volgens mij de zorg die mevrouw Barth heeft: welk wettelijk regime prevaleert in de ambulante setting bij de doelgroep waarbij het een beetje op een scheidslijn ligt? Dat was inderdaad die derde veiligheidsklep waar ik naar op zoek was. Dat heb ik toegezegd. Dat kan zeker.

Mevrouw **Barth** (PvdA):
Voorzitter, ik wil dit wel even scherp hebben. Waar ik naar gevraagd heb, is dit. Ik vind het fijn dat de minister deze toezegging doet, maar waar ik naar gevraagd heb, is of de inspectie erop wil letten dat het bestwildenken in de zorg, met name in de ouderenzorg en de verstandelijkgehandicaptenzorg, niet blijft prevaleren, als straks dezelfde zorgverlener die bepaalt in welk regime je komt, ook de zorgverlener is die de zorg verleent. Als de minister mij nog kan volgen.

Minister **De Jonge**:
Jazeker.

Mevrouw **Barth** (PvdA):
Er is geen onafhankelijke blik zoals bij de ggz. De minister geeft net terecht aan dat wetten door mensen worden uitgevoerd, maar in de ggz heb je de officier van justitie, die met een juridische blik naar dat hele traject kijkt. Die juridi-

sche blik ontbreekt in de Wzd. Dat is een puur zorggerichte blik. Onze zorg zit hem er bij de Wzd in dat mensen vaak moeilijk hun verzet kunnen uiten en dat er geen onafhankelijke juridische blik is. Is er dan niet net een te groot risico dat zorgverleners voor cliënten blijven denken en in feite gedwongen zorg toepassen, maar dat van zich af redeneren omdat het veel makkelijker is om te zeggen dat het vrijwillig is? Dat is het element waarvan ik aan de minister heb gevraagd om het in de gaten te houden en te evalueren en door de inspectie te laten bekijken.

Minister De Jonge:

Terecht, zo had ik u ook begrepen. U maakt inderdaad een terecht punt. Overigens, zeg ik daar wel bij, is er altijd ook nog wel de positie van de Wzd-arts. Ik kom daar zo op terug. De heer Schnabel heeft mij ook gevraagd wat ik daarvan vind, want die is er natuurlijk in geamendeerd in de Tweede Kamer. Toch denk ik dat juist op dat punt die Wzd-arts echt een meerwaarde heeft. Dat is een onafhankelijke blik. Het is niet zozeer een juridisch onafhankelijke blik. Ik vraag me ook af of dat echt een meerwaarde zou hebben bij dit type maatregel, maar het is in ieder geval wel een onafhankelijke blik. Daar bovenop is het heel verstandig om de inspectie daar goed naar te laten kijken en overigens hoort dit punt ook echt bij de evaluatie goed te worden meegenomen.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Bikker, namelijk waarom niet het advies is opgevolgd van de meest recente evaluatie uit 2014 van ZonMw om te kiezen voor één wet. Het kabinet kiest inderdaad niet nu al voor één wet. Er is overigens ook een andere optie aangereikt in die evaluatie van ZonMw en daar kiest het kabinet wel voor, namelijk: laat nu eerst eens even die twee wetten naast elkaar bestaan en naast elkaar functioneren en dan overwegen we bij de evaluatie wel of dat problematisch is, of het in de uitvoeringspraktijk tot problemen leidt en of er een nadere integratie noodzakelijk en mogelijk is. Mijn stelling is wel dat je voor die verschillende doelgroepen altijd ook echt een verschillend type wetgeving zult houden. Eén wettelijk regime is — nog los van de praktische uitvoerbaarheid daarvan — juist helemaal niet goed, denk ik. Als je het goede wilt doen voor de cliënten die het betreft, is het zeer de vraag of iedereen gediend zou zijn bij hetzelfde traject. "Ieder hetzelfde" komt eigenlijk minder tegemoet aan wat cliënten nodig hebben dan "ieder het zijne", zou je kunnen zeggen. Wij kiezen daarom voor "ieder het zijne" in de voorliggende wetsvoorstellen, en ik denk dat er bij elke evaluatie toch altijd een dergelijke keuze gemaakt zal worden.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik ben blij dat de minister dit zo zegt, want hij gaat naar mijn beleving net een stapje verder dan ik tot nu toe uit de stukken heb kunnen opmaken. Ik ben blij om dit te horen, ook omdat dit juist een onderwerp is dat bij de komende evaluatie heel duidelijk aan de orde komt. Dat is ook precies wat die evaluatie van ZonMw zo duidelijk zegt: laat die systemen of die wetten nu even naast elkaar bestaan, en kijk dan hoe het verder kan. Maar dan heb ik wel een vervolgvraag. Er staat ook heel duidelijk: je zou ook kunnen denken aan één wettelijk kader, en vervolgens aan differentiërende wetgeving voor de doelgroepen. Als ik hem goed beluister, zegt de minister dat het zo zou kunnen zijn, dus

er zit wel een vleugje van in, maar ik hoop wel dat hij daar dan echt voor openstaat bij de komende evaluatie.

Minister De Jonge:

Zeker. Ik denk dat we dat echt moeten doen. We doen hier iets goeds, denk ik, met het aannemen en het implementeren van deze wetsvoorstellen en zoals ik al zei, gaan we daarmee echt een heel grote stap voorwaarts zetten voor cliënten. Tegelijkertijd is de vraag of we niet nog een stap verder zouden kunnen gaan. Die aarzelingen verwoordt mevrouw Bikker, en die hebben wij ook gehad. Maar als je daartoe nu wilt besluiten, dan gaat een beetje optreden wat mijnheer Schnabel verwoordde: "het betere kan ook de vijand van het goede zijn". Hij zei het overigens veel mooier dan ik nu kan herhalen. Ik denk dus dat het voorliggende echt het goede is voor nu, maar zoals mevrouw Barth al zei, de discussie is natuurlijk niet afgelopen nadat u hebt gestemd over deze wetsvoorstellen. Daar maak ik mij geen enkele illusie over. Integendeel: dan begint gelijk de discussie over datgene wat er daarna moet gebeuren.

Hopelijk gaan we eerst even onze volle energie geven aan de implementatie ervan, maar natuurlijk ga je daarna meteen die discussie krijgen. Niet voor niets heeft het vorige kabinet gezegd dat die evaluatie niet pas na vijf jaar moet plaatsvinden, maar dat dat echt na twee jaar al moet gebeuren. En als je dat doet, na twee jaar, kun je ook dit type fundamentele vragen bij die evaluatie betrekken. Dan kun je overigens ook toetsen of de bezwaren of aarzelingen zoals mevrouw Bikker die nu uit, in de uitvoeringspraktijk zo pregnant naar voren komen als ze nu ogenschijnlijk zijn. Wat voegt het bijvoorbeeld toe, uiteindelijk, om echt één wet te hebben? Als je kijkt hoezeer deze wettelijke regimes al zijn geharmoniseerd, wat voegt dat dan nog toe? Prachtwerk voor juristen, natuurlijk, maar het gaat mij dan toch eventjes om de uitvoeringspraktijk.

Dat is vraag één. Vraag twee is wat het toevoegt voor de rechtsbescherming. Dat zijn de vragen die mevrouw Bikker en mevrouw Barth naar voren hebben gebracht. Wat zou het voor toegevoegde waarde kunnen hebben voor de rechtsbescherming als je qua integratie nog net een stap verder zou gaan? Dat kan, tot het moment — en daar vroeg mevrouw De Bruijn namens de VVD aandacht voor — dat de ene wet te veel op de andere wet gaat lijken. Dan doet hij waarschijnlijk aan geen van beide doelgroepen voldoende recht. Het is de hele tijd een zoektocht naar die balans, en ik denk dat die balans ook zichtbaar moet zijn in de evaluatie. Ons voorstel zou zijn om nu deze wetten aan te nemen en te implementeren, en snel na de invoering te evalueren of het nog net iets beter kan.

Voorzitter, dan heb ik volgens mij de belangrijkste vragen wel gehad, zij het dat er nog een vraag openstaat van mevrouw De Bruijn. Deze vraag gaat over het VN-comité voor de rechten van mensen met een beperking, omdat dit comité aangeeft, in een interpretatie van het EVRM, dat gedwongen zorg in geen enkel geval gerechtvaardigd is. Dat is wel een heel absolute interpretatie, en het is ook een interpretatie die door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens niet wordt gevolgd. Integendeel: het Europees Hof spreekt uit dat er ook een positieve verplichting rust op lidstaten om in uitzonderlijke gevallen juist te voorzien in dwangzorg, bijvoorbeeld bij suïcidegevaar. Het Europees Hof doet natuurlijk wel bindende uitspraken, dus wij voelen

ons meer aangetrokken tot die interpretatie van het EVRM. Wij denken dat wij internationaalrechtelijk ook de plicht hebben om gedwongen zorg mogelijk te maken. Dat hebt u ook allemaal gezegd. Als je mensen echt wilt helpen, dan zul je die gedwongen zorg af en toe mogelijk moeten maken. Als je menswaardigheid vooropstelt, dan zul je wel moeten, natuurlijk alleen als ultimum remedium en als wordt voldaan aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, maar het moet wel mogelijk gemaakt worden.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Dank voor het antwoord. Ik ken het standpunt van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Het Europees Verdrag voor de rechten van de mens biedt inderdaad de ruimte die u aangeeft. Maar wij hebben ook het Verdrag voor de rechten van de mensen met een beperking getekend. In feite heeft die een gelijkwaardige positie als het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Er zit duidelijk spanning tussen die twee verdragen. Ik was daarom vooral in die uitleg geïnteresseerd, dus misschien kunt u daar nog even op ingaan.

Minister De Jonge:

Eigenlijk spreekt het EVRM uit dat dit type bepalingen op het niveau van de wet moet worden geregeld. De SGP-fractie heeft bijvoorbeeld gevraagd of je artikel 2 niet gewoon kan schrappen. Het antwoord is nee. Je zult gedwongen zorg namelijk altijd op het niveau van de wet moeten regelen, opdat het toetsbaar is voor de rechter. Mevrouw Strik vraagt of deze interpretatie wel klopt en of die wel is getoetst aan het EVRM. Het antwoord is ja. Mevrouw Strik zegt dat het altijd getoetst moet kunnen worden door de rechter. Dat kan ook, zij het achteraf en niet vooraf. Dat laat onverlet dat het wel degelijk een toetsing door de rechter is. Wat ons betreft, is dit een juiste interpretatie van het EVRM.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Dank voor het antwoord. Mijn vraag zag met name op die specifieke situatie waarin geen sprake is van opname bij de Wet zorg en dwang. Als er sprake is van vrijheidsbeneming of zelfs vrijheidsbeperking, moet er volgens het EVRM een onmiddellijke toegang tot de rechter zijn. Dat is juist heel belangrijk. Ik heb aangegeven dat hier een aantal drempels in zitten. Ten eerste is het achteraf en dan heb je de klachtenprocedure. Dat kun je dus niet gelijkstellen met een onmiddellijke toegang tot de rechter. Mijn vraag ging erover in hoeverre is gewogen en onderzocht hoe dat zich verhoudt tot artikel 5 van het EVRM.

Minister De Jonge:

Dat moet u mij even ten goede houden. Dat zou ik op die manier niet nader kunnen duiden. Ik weet ook niet of er bij de behandeling in de Tweede Kamer oog voor is geweest. Als u het goedvindt, neem ik dat even terug en zal ik er morgen in mijn tweede termijn op antwoorden. Het gaat u om het verschil tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking. Zijn die twee begrippen voldoende gewogen bij de afweging of deze wet voldoet aan het EVRM?

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Het kan om beide vormen gaan: vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking. Het gaat erom dat er dwang wordt toegepast zonder dat sprake is van opname bij de Wet zorg en dwang. Omdat in al die situaties sprake kan zijn van vrijheidsbeperking en misschien zelfs vrijheidsbeneming, is de vraag in hoeverre dat is geoorloofd omdat er geen rechtstreekse toegang is tot de rechter.

Minister De Jonge:

Als u het goedvindt, zal ik er morgen in de tweede termijn nader op ingaan. Hiermee heb ik blokje 1 gehad.

Voorzitter. Dan ga ik naar blokje 2 over het stappenplan en vooral de verschillende daarbij betrokken actoren. Er zijn veel vragen over gesteld. Ik heb daar natuurlijk zelf ook aanleiding toe gegeven, omdat ik daarover een brief heb gestuurd. Het heeft vooral te maken met de uitvoerbaarheid van wetgeving, zoals de heer Schnabel dat het meest pregnant naar voren heeft gebracht. Je probeert toch telkens weer op zoek te gaan naar een goede balans. De rechtsbescherming voor met name cliënten in een ambulante setting waar toch vormen van dwang worden toegepast, is stevig toegenomen met deze wet, absoluut. Maar is de wet ook voor de uitvoeringspraktijk nog goed uitvoerbaar?

Ik denk dat de keuze voor het stappenplan een goede is geweest. Naast dat stappenplan zijn er verschillende actoren die met dat stappenplan te maken hebben en daarnaast ook nog de cliëntvertrouwenspersoon en ook het CIZ. Ik wil graag op al die verschillende actoren ingaan, te beginnen met de zorgverantwoordelijke. Die is verantwoordelijk voor de zorgplanbespreking, voor het proces om tot een zorgplan te komen en om het zorgplan tijdig te evalueren. Die neemt dus ook de beslissing of een vorm van onvrijwillige zorg noodzakelijk is.

De vraag die onder anderen mevrouw Bikker stelde, is wie die functie van zorgverantwoordelijke kan uitoefenen. De wet noemt in ieder geval een arts. Maar zoals de wet nu voorligt, kunnen er bij ministeriële regeling nog meer categorieën van deskundigen worden aangewezen. Dat staat in artikel 1. De heer Van Dijk en mevrouw Bikker vroegen wie dat zouden kunnen worden. Mevrouw Bikker vroeg ook of er eigenlijk wel genoeg artsen zijn. Laat ik er duidelijk over zijn dat ik op dit punt heel goed wil bekijken hoe de uitvoeringspraktijk nu in elkaar zit. Wie doet dat eigenlijk nu? Soms is dat inderdaad een arts, maar veel vaker is dat een hbo'er en eigenlijk nog vaker een mbo'er, mbo-4 of mbo-3. Dat hangt echt af van de zorgsetting.

Ik zou zo veel mogelijk willen aansluiten bij die uitvoeringspraktijk, omdat je die gedragsverandering juist bij de eerstverantwoordelijke voor de zorg wilt bereiken. Waar zal die gedragsverandering voor cliënten het eerst merkbaar worden? Degene die ook nu de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van het zorgplan zal door het nieuwe regime het meest worden beïnvloed. Dat is een argument daarvoor. Daarnaast moet het praktisch hanteerbaar blijven voor instellingen. Ik wil dus aansluiten bij de uitvoeringspraktijk. Ik voeg daaraan toe dat dit ook op verantwoorde wijze kan omdat in de wet al bij uitstek is bepaald dat bepaalde vormen van onvrijwillige zorg, namelijk medicatie, insluiting of een andere vorm van beperking van de bewe-

gingsvrijheid, alleen na instemming van een arts kunnen, omdat er altijd een medisch oordeel komt kijken bij de vraag of dat eigenlijk wel verantwoord is. Dat is één.

Het tweede punt betreft het toezicht. Is dit wel verantwoord? Is het proces om tot onvrijwillige zorg te komen wel op een goede manier doorlopen? De Wzd-arts zal hierbij altijd aan de orde zijn. Ik kom zo terug op de vraag wie dat zou moeten zijn. De onafhankelijke Wzd-arts houdt daar toezicht op. In die constellatie is het heel goed denkbaar dat het ook door iemand met een opleiding op niveau 3, 4 of 5, hbo of hbo-plus, kan worden uitgevoerd. Ik wil de zorgverantwoordelijke breed interpreteren. Dat kan ook, gegeven de andere veiligheidswaarborgen in de wet.

Dan de externe deskundige. Wanneer is die nou eigenlijk echt nodig? Ik zal schetsen hoe het volgens mij ooit bedoeld is geweest. Later is de kerstboom wat meer opgetuigd. Het kan zo zijn dat er sprake is van gedwongen zorg en dat na de eerste evaluatie of na de maximale termijn van zes maanden blijkt dat die dwang nog steeds nodig is en dat men eigenlijk niet goed weet wat er gedaan moet worden om die dwang af te schalen. Dan is externe deskundigheid zinvol.

Hoe het nu in het wetsvoorstel staat, vandaar ook mijn brief, is dat bij iedere beslissing om te komen tot dwang als onderdeel van het zorgplan een externe deskundige betrokken zou moeten zijn. Dat lijkt mij echt werkverschaffing en dat is zonde van de tijd, want daar hebben we het veel te druk voor in de zorg. Het is ook niet nodig, want multidisciplinaire beslissingen kun je ook binnen een instelling nemen. Daar is niet altijd een externe deskundige voor nodig.

Er werd gevraagd: wordt dat weer een legertje van mensen die daar heel goed van gaan eten? Ook dat hoop ik niet. De suggestie die u doet, is buitengewoon praktisch en terecht, namelijk: laat het gewoon iemand van een andere instelling zijn.

Dus ja, externe deskundigheid en een kritische, onafhankelijke vierogenblik van buiten, maar alsjeblieft niet weer een aparte beroepsgroep. Dat is helemaal niet nodig. Je kunt ook de externe deskundigheid van collega-instellingen inroepen. Sterker nog, dat is eigenlijk beter, want die hebben meer ervaring in eenzelfde setting. Ik zal het aanpassingsvoorstel op die manier inrichten.

Dan een derde punt: de Wzd-arts. Die is via een Kamerbreed aangenomen SP-amendement in de wet gekomen. Ik ben met die figuur heel erg blij, omdat ik denk dat die de wet beter heeft gemaakt. De heer Schnabel vroeg hoe ik dat taxeer. Ik denk dat het de wet beter heeft gemaakt. Er is een grotere gelijkheid verkregen qua rechtsbescherming tussen de ggz-doelgroep en de VG- en PG-doelgroep. Ik denk dat dit een meerwaarde is. Er is daarnaast een onafhankelijke blik georganiseerd. Ook dat is, denk ik, een meerwaarde.

Maar ik zie ook een praktisch bezwaar, waar het veld sterk op heeft gewezen. In bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg is er vaak helemaal geen relatie tussen de cliënt en een arts, omdat er helemaal geen medisch probleem aan de orde is. Ook de dwangmaatregelen zullen helemaal geen medische achtergrond maar vooral een agogische achtergrond hebben. De vraag is of het mogelijk is om dan iemand uit een

andere beroepsgroep aan te wijzen, bijvoorbeeld iemand die toch al belast is met de eindverantwoordelijkheid voor de zorg in die instelling en die gz-psycholoog is. Is die ook aan te wijzen in de positie van Wzd-arts?

Het is toch een beetje de geneesheer-directeur, maar dan gekopieerd naar de andere sectoren. Ik denk dat dat juist een heel goede oplossing zou zijn, omdat het de inhoud verbetert. Maar, en ik hoop dat ik dat nog even mag zeggen voordat er geïnterrumped gaat worden: ik zou wel willen dat het iemand is die aan het tuchtrecht onderworpen is. Ik denk ook dat dat in de Tweede Kamer de achtergrond is geweest van het benoemen van die Wzd-arts. Het gaat er niet alleen om dat de onafhankelijkheid gewaarborgd is maar ook dat iemand daadwerkelijk onderworpen is aan het tuchtrecht. Daarom zou ik denken: een gz-psycholoog is BIG-geregistreerd en daarmee onderworpen aan het tuchtrecht. Een orthopedagoog is dat niet zomaar, want daarvoor geldt het privaatrechtelijke en niet het publiekrechtelijke tuchtrecht. Dus ik zou zeggen: een orthopedagoog kan, maar alleen als die ook per 1 januari 2020 daadwerkelijk is toegevoegd aan het BIG. Dat is wel de bedoeling, maar als dat niet haalbaar is dan moeten we het ook nog eventjes niet doen.

De heer Schnabel (D66):

Mijn zorg is als volgt. Als je de wet er verder op naslaat om te achterhalen in welke artikelen deze figuur voorkomt — of dat nou de arts, de orthopedagoog of de gz-psycholoog is, doet er dan eigenlijk niet zozeer toe — dan is het aspect geneesheer-directeur toch vrij dominant aanwezig. Dat is iemand — dat staat ook in de wet — die niet eens in dienst van de instelling hoeft te zijn, maar daar op contractbasis bij betrokken kan worden, en die in feite een behoorlijke zeggenschap krijgt over waar de middelen van de instelling worden ingezet, zonder dat hij daarop wordt afgerekend door een raad van toezicht. Die raad kan namelijk zeggen: waar ben je eigenlijk mee bezig, we komen gewoon tekort? In feite hoeft hij zich daar niets van aan te trekken. Mijn gevoel is dat met deze figuur, die langs de zijweg is ingestoken, toch een heel moeilijke situatie gecreëerd wordt, waardoor je in zo'n instelling een intern beleidsconflict krijgt over de vraag: wie is hier nou eigenlijk de baas en wie heeft waarover wat te zeggen? Het gaat dan niet meer alleen over de behandelingsplannen, de zorgstappen en ik weet niet wat allemaal, maar het gaat dan juist over het beheer en het beleid van de instelling zelf. Ik vond dat dat gewoon te ver ging, even simpel geformuleerd.

Minister De Jonge:

Ik hoop dat er in de uitvoeringspraktijk niet heel vaak gekozen zal worden voor mensen die extern worden ingevlogen. Daar zou natuurlijk wel een groot risico op bestaan als je alleen maar artsen tot deze functie toelaat. Want artsen zijn niet altijd in dienst van zo'n instelling. De vraag is ook of het doelmatig zou zijn om een arts op de payroll te zetten om het enkele feit dat een instelling nu eenmaal een Wzd-arts nodig heeft. Tegelijkertijd hebben instellingen voor gehandicaptenzorg vaak toch wel iemand in dienst die ook eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van het zorgbeleid. Als je dat zou kunnen laten samenvallen, heb je de praktische uitvoerbaarheid alweer sterk vergroot. Dat is één. Het tweede punt is dat de heer Schabel de positie van geneesheer-directeur wat te dominant naar voren vond

komen uit die artikelen. Het is natuurlijk wel goed als zo iemand daadwerkelijk toezicht houdt op de individuele casuïstiek die voorbijkomt — is de Wet zorg en dwang daar op een adequate wijze toegepast? — alsook überhaupt op het beleid ten aanzien van de onvrijwillige zorg als onderdeel van de kwaliteitszorg binnen een instelling. Dat vind ik wel verantwoord. Is het vervolgens verstandig om dat extern vorm te geven? Ik zou er als instelling niet voor kiezen. Dat lijkt mij niet handig. Is het verboden? Nee, dat ook niet.

De heer Don (SP):

Minister, ik had mij eigenlijk voorgenomen niet inhoudelijk op dit onderwerp in te gaan. Dat ga ik ook niet doen, want er zijn een heleboel voors en tegens. U hebt gezegd dat u benaderd bent door het veld en deze stap gezet hebt om tot een inhoudelijke verandering rondom de Wzd-arts te komen. Maar wilt u zich dan ook goed informeren in de breedte van het veld? Tegen mijn collega's zeg ik het volgende. We voeren nu een discussie die dadelijk ook nog een keer aan de overkant gevoerd gaat worden, en dan weer bij ons terug gaat komen. Ik vind het wel heel lastig, hoor. Procedureel is het onze rol als Eerste Kamer om het hele wetgevende proces wat meer beschouwend te bekijken. Dat we hier vervolgens heel uitgebreid gaan discussiëren over het versmallen van de Wzd-arts en welke functies daarvoor moeten vallen, vind ik toch wel een beetje vreemd. Hier wilde ik het even bij laten.

Minister De Jonge:

Ik snap het. Om daarop te reageren, moet ik misschien even toelichten waarom ik er toch voor gekozen heb. Ik heb diezelfde aarzeling gehad. Ik zag tijdens het lezen van deze wetten een aantal onevenwichtigheden in de balans tussen het versterken van de rechtsbescherming en het oog hebben voor de uitvoerbaarheid. Ik heb inderdaad een aantal gesprekken in het veld gehad. Ik dacht dat dit redelijk breed was, maar ik zal alle breedte opzoeken die denkbaar is. Ik vond dat ze hier een terecht punt hadden. Tegelijkertijd snap ik waarom de Tweede Kamer de figuur van de Wzd-arts heeft toegevoegd. Ik denk echt dat de wet daar op zichzelf genomen beter van geworden is, maar deze moet wel praktisch hanteerbaar blijven. Toen had ik deze route in mijn hoofd. Dan speelt de volgende vraag. Had ik u daar na de behandeling van dit wetsvoorstel mee moeten verrassen omdat het hier los van moet staan óf is in het kader van een transparant wetgevingsproces de Eerste Kamer ook gediend bij aanpassingen van het voorstel dat nu voorligt, die toch al in ons hoofd zitten en die we zeker zullen gaan doen, zij het via de nette route? Uiteraard vraag ik geen enkele vorm van instemming met de voorstellen die ik nog moet doen. Daar heeft de voorzitter mij ook nog op gewezen; dat is overigens terecht. En toch heb ik u het niet willen onthouden omwille van een transparant wetgevingsproces. Dat even als verklaring. Voor de rest zijn het ook weer smaken van wat het beste is in een bepaalde situatie.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Met de aansporing van de heer Don in het hoofd zal ik mij heel erg inhouden, maar ik vraag toch om in deze afweging voor de verschillende doelgroepen nog heel precies te kijken naar het onderscheid tussen de gevallen waarin medische

aspecten een rol spelen en de gevallen waarin die geen rol spelen. Voor de ene doelgroep ligt dat veel verder uit elkaar, terwijl bij andere doelgroepen de comorbiditeit veel groter is. Dat is voor de uitwerking een mooi thema.

Minister De Jonge:

Zeker. Overigens voorziet de wet erin dat medische handelingen altijd pas kunnen na instemming van een arts. De wet voorziet daar dus gewoon in. Sterker nog, als deze wet er niet in had voorzien, dan had de Wet BIG daar ook al in voorzien.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Nu het debat over de komende aanpassingen toch helemaal wordt gevoerd, doe ik nog maar een heel kleine duits in dat zakje. De minister heeft in december een brief gestuurd over de werkbaarheid van het stappenplan. Hij focust daarbij, zoals hij zojuist heeft uitgelegd, onder meer op het beperken van het betrekken van externe deskundigen bij dat stappenplan. Mijn vraag is om dat verder te verbreden. Ik kijk daarbij vooral naar de suggesties van het Centrum voor Consultatie en Expertise, dat zegt dat onderzoek gemaakt moet worden naar de verschillende vormen van onvrijwillige zorg en dergelijke, zodat er meer maatwerk kan worden geboden. Is de minister bereid om die alternatieven voor zo'n stappenplan inzichtelijk te maken voordat hij komt met zijn volgende wetswijziging en, zo ja, om de Kamers daarvan op de hoogte te stellen?

Minister De Jonge:

Volgens mij lopen nu twee verschillende dingen door elkaar. Volgens mij zou dit een alternatief kunnen zijn voor het inhuren van externe deskundigheid. Ik heb gezegd dit zo praktisch mogelijk te willen invullen. Wat mij betreft gebeurt dat juist eerder door een andere instelling. Ik geloof niet zozeer in weer een onafhankelijk bureau dat dit moet gaan doen. Daarnaast heeft u gevraagd of we niet een alternatief zouden moeten hebben voor het stappenplan, bijvoorbeeld in de vorm van professionele richtlijnen, en of we het stappenplan niet in werking kunnen laten treden als er geen professionele richtlijnen zijn. Dat lijkt mij de voorspelbaarheid van de rechtsbescherming niet heel erg ten goede komen. Dat is één. Twee: een professionele richtlijn komt, denk ik, niet bij iets heel anders uit dan het stappenplan dat we hier voorstellen. In zekere zin is dit het bieden van professionele guidance in het doorlopen van een aantal stappen als er sprake is van dwang. Drie: het EVRM vergt echt op het niveau van de wet rechtsbescherming, opdat het ook door de rechter getoetst kan worden, zij het achteraf in dit geval. Daar hebben we het net over gehad.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Helder. Ik aarzelde ook wel even omdat ik mij afvroeg of dit wel het goede moment was, maar het ging nu toch over de toekomst en de stappen die u gaat zetten in het kader van een komende wetswijziging. Ik haak toch even aan bij de heel goede suggesties van het CCE om tot maatwerk te komen. Dat is toch wel iets anders dan het stappenplan dat nu voorgesteld is. Daarom stel ik de eenvoudige vraag of het niet denkbaar is om, voordat u komt met een wetswijziging, toch de alternatieven aan de hand daarvan in kaart te brengen en de Kamers daarvan op de hoogte te stellen.

Minister De Jonge:

Excuus, voorzitter, voor mijn gekuch. Je kunt nog zozeer minister van Volksgezondheid zijn, maar griepjes gaan ook aan ministers niet voorbij. Ik aarzel toch om die vraag met ja te beantwoorden. Natuurlijk wil ik altijd alles en iedereen betrekken bij het verbeteren van voorstellen, maar als het uw bedoeling is om iets af te doen aan de rechtsbescherming die juist met dat stappenplan is gecreëerd, voel ik daar eerlijk gezegd niet heel veel voor, omdat ik dan zeker weet dat ik met een aantal andere fracties in uw Kamer weer een ingewikkeld gesprek ga hebben en overigens ook met mijzelf, omdat ik echt vind dat die rechtsbescherming verbeterd kan worden. Dus nee, ik voel er eerlijk gezegd niet zoveel voor om daaraan af te doen, maar overige suggesties ter verbetering zijn altijd zeer welkom.

Ik kijk nog even of ik hierover nog vragen te beantwoorden heb. Ja, mevrouw Bikker vraagt waarom er bij het interne toezicht door de zorgaanbieder en door de Wzd-arts voor die twee elementen is gekozen. Eigenlijk is dat gekomen nadat de Wzd-arts er in de Tweede Kamer in is geamendeerd. Ik denk overigens ook dat dat niet erg is, omdat die beider verantwoordelijkheden natuurlijk eigenlijk altijd aan de orde zijn. De Wzd-arts of de geneesheer-directeur heeft de positie om te kijken of het in deze individuele casuïstiek goed is gegaan. De zorginstelling heeft de kwaliteit van de zorg te garanderen, waarvan onvrijwillige zorg een onderdeel is. Eigenlijk zou je ook kunnen zeggen dat dit congruent is met hoe dit in de ggz en de gedwongen ggz is geregeld. In dat opzicht zou ik denken dat dit wel uitvoerbaar is.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Zoals de minister het zegt, klinkt het inderdaad congruent met de Wvvgz, maar als ik het wetsartikel goed voor me haal, staat daarin heel duidelijk dat per zorgplan wordt besproken wie in dat interne toezicht wat doet. Daar zat mijn zorg: in het feit dat dit per zorgplan gebeurt. De grote lijn volg ik helemaal en die kan ik me ook goed voorstellen, maar door "per zorgplan" kwam bij mij de zorg op dat de ene instelling daar een totaal andere invulling aan kan geven dan de andere instelling en dat het bij de ene patiënt anders kan lopen dan bij de andere patiënt. Dat geeft onduidelijkheid en daar zou ik de minister graag iets helderder over horen zeggen.

Minister De Jonge:

Ik denk — maar nu ga ik het ook invullen — dat die bepaling zo is gekozen omdat de vormgeving van de zorg natuurlijk ook verschilt. Omdat je voorheen slechts instellingszorg had en nu ook ambulante zorg en dwang kunt vormgeven, kan ook de vormgeving van het toezicht op hoe die dwang en die maatregelen worden uitgevoerd, verschillen. Dat kan inderdaad ook nog per cliënt verschillen. Daarom is het belangrijk om dat in het zorgplan vast te leggen. Ik denk dat dit de achtergrond daarvan is, maar ik zal dat goed toetsen en als het anders is dan ik nu zeg, kom ik er morgen op terug.

De volgende en de laatste actor in dit blokje over wie allemaal toe hebben te zien op het stappenplan, is de cliëntvertrouwenspersoon. Met name de heren Don en Van Dijk hebben daar vragen over gesteld. De heer Don vroeg eigenlijk waarom je niet gewoon zou kiezen voor een landelijke financiering, omdat we dat ook in andere sectoren

doen en omdat dat eigenlijk veel passender en in dit geval vooral onafhankelijker is. Ik ben dat eigenlijk gewoon met hem eens. Ik wil de door het vorige kabinet ingezette lijn, die ook is terug te vinden in de eerdere beantwoording van de vragen, dus eigenlijk heroverwegen, omdat ik denk dat het inderdaad wijs is om te kiezen voor landelijke financiering. Artikel 57 hoeft daarvoor overigens niet te worden aangepast; dat zeg ik in de richting van de heer Van Dijk.

De heer Don (SP):

Fijn, dank u wel, minister. Die vraag heb ik natuurlijk aangevoeld gekregen. Als u dit naar analogie van de patiëntvertrouwenspersoon landelijk wilt financieren, graag. Hoe denkt u dan over de organisatiestructuur? Hoe moet dat er in het veld uit gaan zien?

Minister De Jonge:

Ik zou denken dat je een landelijke financiering hebt en dat je vervolgens de inkoop zelf per zorgkantoor zult doen. Daar zijn natuurlijk meerdere aanbieders voor. Je zou anders toe moeten naar één organisatie en daar neig ik niet per se naar. Ik zou denken: één landelijke financiering, die we niet via het tarief in de richting van de instellingen laten lopen maar die een aparte financieringsstroom is. Maar de inkoop van dat werk moeten we wel laten doen door de zorgkantoren. Veel belangrijker is overigens een suggestie die u heeft aangereikt toen u verwees naar het project inzake de doorontwikkeling van de functie van de cliëntvertrouwenspersoon. Daar zou ik inderdaad mee verder willen. Ik denk dat we volop aan de slag zullen moeten met de functievereisten die we aan die cliëntvertrouwenspersoon gaan stellen en die we bij AMvB vastleggen, maar ook met de kwaliteit, dus met een soort kwaliteitskader voor de cliëntvertrouwenspersoon, zodat we eigenlijk overal in het hele land toch een gelijk niveau hebben van wat we mogen verwachten van cliëntvertrouwenspersonen. Overigens kan het vervolgens worden uitgevoerd door verschillende aanbieders.

De heer Don (SP):

Dan wijkt u af van de structuur die bestaat rondom de patiëntvertrouwenspersonen, die landelijk georganiseerd en landelijk gefinancierd zijn. Dat is een uitstekend werkend systeem, althans volgens de informatie die ik heb. Waarom wijkt u af van die structuur? Waarom neemt u niet naar analogie van de vertrouwenspersoon die structuur over?

Minister De Jonge:

We begonnen aan de andere kant: de financiering loopt via het tarief van de instelling en het wordt aan de instelling gelaten om een cliëntvertrouwenspersoon in te huren. Ik zou denken dat deze vorm het beste past bij wat het veld aankan en bij hoe het veld zich ontwikkelt. Maar laat ik u toezeggen dat ik mij er eens eventjes heel goed in ga verdiepen wat de beste organisatiestructuur zou zijn en dat ik daarop terugkom. Dat kan ik apart doen, maar dat kan ik ook doen bij de volgende gelegenheid waarbij we toch over dit thema komen te spreken. Ik wil me nog eens goed verdiepen in de beste organisatievorm. Ik vind het in ieder geval belangrijk, en dat was ook uw punt, dat de financiering wordt losgetrokken van de instellingen, omdat daarmee op een goede manier de onafhankelijkheid wordt gewaarborgd. De vervolgstap is inderdaad: wat wordt dan de pro-

professionaliseringslag? Wat dat betreft ben ik het zeer met u eens dat je die professionaliseringslag op een hoge, landelijk vastgestelde standaard moet zien te krijgen. Het derde daarbij is dan: wat is daarbij, dienend daaraan de beste organisatievorm? In die volgorde wil ik de vragen beantwoorden.

De voorzitter:

Tot slot op dit punt, meneer Don.

De heer Don (SP):

Dank u wel, minister. De financiering is duidelijk. De professionalisering, het kader is duidelijk. En de organisatievorm moet daaraan ondersteunend zijn. U deed de duidelijke toezegging dat u hierop terugkomt. Dank u wel.

Minister De Jonge:

Ja.

Voorzitter. Ik ben, denk ik, gekomen aan het einde van dit blokje.

Ik ga nu naar het derde blokje, over de uitvoerbaarheid en de implementatie. Terecht hebben de leden daarover een serieus aantal vragen gesteld. Eigenlijk alle fracties hebben dat gedaan. Dit is een vrij ingrijpende wet. Dit zijn vrij ingrijpende wetten, zou je moeten zeggen. Omdat het wetgevingsproces al heel lang loopt, hebben we natuurlijk gekeken of het mogelijk, haalbaar zou zijn om de implementatie te voltooien op bijvoorbeeld 1 januari 2019. Dat zou met name gelden voor de Wet verplichte ggz. Daar wordt al zolang om geroepen, ook in het kader van de aanpak verwarde personen. Die wet zou zo veel meer mogelijkheden bieden aan het veld om passende zorg te verlenen.

Gelet op wat er allemaal in het veld moet gebeuren, zijn we toch van mening — dit zeg ik met name tegen mevrouw Oomen, die nogal nadrukkelijk vroeg naar de timetable — dat de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang zo veel implementatietijd vergen, ook bij de instellingen, dat we het niet binnen een jaar gaan redden. Als we nu de AMvB's gaan schrijven, dan zijn we rond de zomer klaar met de AMvB's. Ik was ook nog van plan om een aanpassingswet te maken. Ik hoop dat die rond de zomer bij de Tweede Kamer kan worden ingediend. Daardoor maak je dus de implementatietijd vanaf het moment dat het echt helder is, korter dan een halfjaar voor de instellingen. Dat is echt onverantwoord. Dat moeten we niet doen. De implementatiedatum voor die twee wetten zal daarom wat ons betreft komen te liggen op 1 januari 2020. Ik zal dan ook proberen om de aanpassingswet op dat moment te laten ingaan. Zodoende is er op het moment van ingaan van die wetten echt volkomen helderheid. Even weer terug naar het punt dat ik net maakte: de gz-psycholoog zou in één keer kunnen. Maar als we ook de orthopedagoog gaan aanwijzen als potentiële Wzd-arts, dan kan dat alleen maar als de aanpassing van de Wet BIG ook per 2020 is gerealiseerd. Ik zou dus voor die twee wetten zeggen: 1 januari 2020. Dat is doenlijk. Maar tegelijkertijd vergt ook dat nog wel heel veel werk; laten we dat niet onderschatten.

De Wet forensische zorg, waarop de heer Dekker zo meteen nog wat nader kan ingaan, kan wel al eerder ingaan, althans

het grootste gedeelte daarvan: per 1 januari 2019. Dat geldt dan niet voor de bepalingen die met name zien op de continuïteit van zorg. Dit wil niet zeggen dat er tot die tijd geen continuïteit van zorg te regelen is, maar een aantal bepalingen kunnen pas wat later ingaan vanwege de samenhang met met name de Wet verplichte ggz.

De heer Schnabel (D66):

Ik denk dat de meesten van ons heel blij zijn dat er ruimte wordt genomen om die moeilijke wetten rustig in te voeren en de praktijk de kans te geven om daarop in te spelen. Dan is wel bekend wat ongeveer de inhoud van de wet zal zijn. Ook de consultaties rond de AMvB's kunnen dan lopen. Ik kom even terug op wat u daarstraks zei over de evaluatie. U sprak heel nadrukkelijk over "na de evaluatie". Een van de punten die ik in mijn betoog aan de orde heb gesteld, is juist: profiteer van de mogelijkheden die er zijn om tijdens het proces van evaluatie de dingen die daaruit naar voren komen, al te gebruiken om te implementeren in bijvoorbeeld een AMvB, zodat ook de praktijk wat dat betreft dicht blijft bij wat de praktijk ook aankan. Dat blijkt natuurlijk pas echt als die wet wordt geïmplementeerd. Dat kan ook op proef gebeuren. De Wet forensische zorg wordt eigenlijk al een hele tijd in de praktijk gehanteerd. Dit betekent dat men er ook ervaring mee heeft en dat die ervaringen misschien wat meer dan tot nu toe kunnen worden gebruikt om ervoor te zorgen dat juist de uitvoeringsbepalingen goed aansluiten bij wat de praktijk aankan. Dat helpt ook om het draagvlak voor deze toch ingewikkelde wetten te vergroten.

Minister De Jonge:

Ik ben dat zeer met u eens. Laat ik nog even precies duidelijk maken hoe ik het voor mij zie. De daadwerkelijke invoeringsdatum van deze twee wetten is 1 januari 2020. De invoeringsdatum van de Wet forensische zorg is 1 januari 2019, voor het grootste gedeelte. De aanpassingswet, met een aantal verbeteringen ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de wet, wil ik rond de zomer bij de Kamer hebben ingediend. Ook die zal moeten ingaan op 1 januari 2020.

De heer Dercksen vroeg: komt er nog een veegwet of zo? Dat verwacht ik eerlijk gezegd niet. In de aanpassingswet komen deze praktische aanpassingen. Voor het overige zal het meeste worden afgevangen in de AMvB's. Per wet wordt er een AMvB gemaakt, maar daarin staan wel heel veel uitvoeringsbesluiten, zou je kunnen zeggen. Die liggen nu voor ter consultatie. Ook die hoop ik rond de zomer concreet te hebben, zodat wij een implementatietijd van anderhalf jaar hebben voor de daadwerkelijke vormgeving van de wet. Dat lijkt mij een mooie termijn voor het veld. Tegelijkertijd — en dat vind ik heel positief van de gesprekken die ik tot op heden heb mogen voeren met het veld — zie ik dat de uitvoeringspraktijk zich eigenlijk al begint te gedragen naar de wetgeving die zal worden aangenomen. Ik denk dat dit heel nuttig is.

Daarmee kom ik ook terug op een vraag die mij is gesteld door met name de SGP: zou je niet de stemming over deze wetsvoorstellen moeten aanhouden totdat ook de aanpassingswet er is? Alsjeblieft niet, zou ik willen voorstellen. Wij gaan die aanpassingswet wel doen, maar je moet het veld wel helderheid geven: wij gaan implementeren, dit is wat het gaat worden, ga je erop voorbereiden! Dan zul je gaan zien wat de heer Schnabel zegt, namelijk dat de uitvoerings-

praktijk, eigenlijk al oefenend en vooruitlopend op daadwerkelijke inwerkingtreding, zich begint te voegen naar het nieuwe wettelijk kader vanaf 1 januari 2020.

Dus wat mij betreft stemmen wij over deze wetten. De aanpassingswet behandelen wij apart, maar ik heb ook vandaag wel zo helder mogelijk proberen te maken wat daarin komt te staan en waarom, zodat de uitvoeringspraktijk daar ook al rekening mee kan houden. Ik denk echt dat het veld zit te wachten op helderheid van ons.

Dat is volgens mij eigenlijk het belangrijkste over de implementatie en het implementatietraject, met één uitzondering, namelijk de evaluatie. Verschillende fracties hebben een aantal vragen gesteld over wat er allemaal in die evaluatie zou moeten komen. Een deel van die vragen ligt op het terrein van collega Blokhuis, maar een aantal zal ik graag beantwoorden. Die evaluatie zal twee jaar na de inwerkingtreding zijn. De heer Schnabel noemde het zo mooi "aktie-onderzoek", geloof ik. Ik denk dat je dat zelfs nog met een "k" schrijft. Maar dat is wel heel goed: je wilt namelijk een uitvoeringspraktijk die daadwerkelijk reflectief is op het wettelijk regime dat je zou willen. Dat is ook wat mevrouw Barth al eerder een beetje aangaf. Zo'n wettelijk regime is natuurlijk altijd enigszins in beweging. Het is nooit een codificatie voor de eeuwigheid; het is hooguit vaak een verbetering van het huidige wetsvoorstel. En het duurt lang totdat je het daadwerkelijk hebt bedacht, en daardoor kan het wat lang duren, maar eigenlijk is het altijd wel in beweging, omdat het gaat om dilemma's in de uitvoeringspraktijk. Daarom zou je die evaluatie in 2022 moeten willen doen, eigenlijk beginnend vanaf de dag van de daadwerkelijke invoering op 1 januari 2020.

Het gaat dan om een aantal onderwerpen, die ik eigenlijk al een beetje heb genoemd. Zijn die twee wettelijke regimes in de praktijk bruikbaar en hanteerbaar, of zou één wettelijk kader meerwaarde hebben, en zou zelfs een wat meer congruent gemaakte procedure meerwaarde hebben? Dat hebben we net besproken en het is een belangrijk vraagstuk in die evaluatie. Het tweede is de administratieve lasten: zijn die hanteerbaar of kunnen die echt nog naar beneden, zonder — zo zeg ik daar wel bij — af te doen aan rechtsbescherming? Dat is de tweede evaluatievraag. De derde evaluatievraag, die ik net ook heb genoemd, betreft de spanning over welke wet prevaleert, welke wet voorliggend is, en of hij in de uitvoeringspraktijk leidt tot ingewikkeldheden of tussen-wal-en-schip- of kastje-naar-de-muurgevallen. Dat is een derde element. Naar een vierde element is door de VVD en door D66 gevraagd: wat is de toegevoegde waarde van die figuur van de Wzd-arts? Ik zou daaraan willen toevoegen: is het met die aanpassingen uitvoerbaar gemaakt? En dan vroeg mevrouw Bikker nog iets over het zorgplan: leidt dat niet al te zeer tot juridisering van het zorgproces? Overigens denk ik juist van niet, maar dit is wel een goede vraag om bij die evaluatie te willen betrekken. Dit ten aanzien van de evaluatie.

Mevrouw Barth (PvdA):

Voorzitter. Nou ben ik toch weer een beetje in verwarring. Ik had namelijk de overtuiging dat de minister mij net had toegezegd dat in de evaluatie ook zou worden gekeken naar de cultuur van gedwongen zorg in de Wzd, het voor mensen denken, hun leven overnemen; met de beste bedoelingen,

maar toch. Dat hoorde ik de minister in zijn vijf punten voor de evaluatie niet meer noemen.

Minister De Jonge:

Excuus, ook ministers kunnen weleens een punt vergeten. Ik heb dat inderdaad al wel gezegd. Ik had hier dus zes punten moeten recapitulieren. Inderdaad hoort ook die cultuur van het uit handen nemen daar zeker bij.

Ik kom nu bij het blokje met de poëtische naam "Overig".

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik had nog een vraag gesteld over de evaluatie, maar misschien komt die straks terug bij staatssecretaris Blokhuis: is het kabinet bereid om, analoog aan het proces dat bij de Wet BOPZ is gehanteerd, na de eerste evaluatie de wet om de vijf jaar te evalueren? Bij de Wet BOPZ heeft dat een enorme meerwaarde gehad. De Wet BOPZ is na twee jaar — of na drie jaar; daar wil ik vanaf wezen — voor het eerst geëvalueerd. Die eerste evaluatie gaf eigenlijk aan dat dat veel te kort was. Het waren zulke grote veranderingen in het veld, en als je dan na twee jaar de temperatuur in het water steekt, zie je wel hoe de uitvoering en implementatie zijn gelopen, maar niet hoe het werkt in de praktijk. Bij de Wet BOPZ werd dat pas helder bij de tweede evaluatie, na zeven à acht jaar. Daarom leek het mij goed om, na de eerste evaluatie, om de vijf jaar te gaan kijken hoe het zich ontwikkelt.

Minister De Jonge:

En dan bedoelt u dus: vijf jaar gerekend vanaf 2022? De evaluatie zal dan in 2027 zijn. Dat lijkt me zinvol. En vanaf dat moment om de vijf jaar. Dat lijkt me een heel bruikbare suggestie, ook om de reden die u vaker heeft aangegeven, namelijk dat deze uitvoeringspraktijk en de inhoud van zorg zich continu blijven ontwikkelen. Het is echt niet zomaar af. Het zou best kunnen zijn dat je na zeven jaar wel bereid bent conclusies te trekken die je op basis van de evaluatie na twee jaar nog niet kunt trekken. Het lijkt me dus een heel zinvolle toevoeging.

Voorzitter. Dan kom ik bij het blokje overig. Het is hier een administratie van jewelste. Het lijkt de zorg wel. De eerste vraag die ik niet ergens anders kon indelen was de vraag van de heer Van Dijk, namelijk of ik kan bevestigen dat het in strijd is met de Wzd als er dwang wordt toegepast bij euthanasie bij mensen met dementie. Euthanasie is geen zorg in de zin van de Wet zorg en dwang, dus de Wet zorg en dwang ziet daar niet op. Dwang toepassen bij euthanasie is niet in overeenstemming met een verantwoorde uitvoeringspraktijk van euthanasie. Of het verantwoord is, wordt altijd getoetst door de RTE's, de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Als die oordelen dat niet is voldaan aan de zorgvuldigheidsvereisten — een van de zorgvuldigheidsvereisten is een zorgvuldige uitvoering — kan de RTE dit voorleggen aan het Openbaar Ministerie of aan de inspectie.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Helder. Ik had het over de casussen die ook worden beschreven in de evaluatie van de Euthanasiewet, waarbij er medicatie wordt toegediend om te voorkomen dat men-

sen zich kunnen verzetten tegen euthanasie. Ik heb het voorbeeld genoemd van sederende medicatie in de appelmoes en in de koffie. Je raakt versuft en jouw tegenstribbelen tegen euthanasie wordt daardoor onmogelijk gemaakt. Ik neem toch aan dat dit zich in ieder geval niet verdraagt met de Wet zorg en dwang?

Minister De Jonge:

Nee, het is niet te zien als zorg in het kader van de Wet zorg en dwang. De Wet zorg en dwang ziet daar dus niet op. Dit gaat over euthanasie. Dan is het vervolgens de vraag of hierbij een verantwoorde toepassing van euthanasie aan de orde is. Dat wordt getoetst door de RTE's. Iedere casus die gemeld wordt, komt daar langs en wordt beoordeeld op "vraag oproepend" of "niet vraag oproepend". Als de casus vraag oproepend is, gaat een multidisciplinaire commissie zich erover buigen. Het kan zijn dat die tot het oordeel komt dat de uitvoering onzorgvuldig is geweest. Ik wil niet nader ingaan op de exacte casus, omdat het heel moeilijk is om die even in drie penne streken te schetsen. Maar als de commissie oordeelt dat er sprake is van een niet verantwoorde uitvoering, kan dit worden voorgelegd aan het Openbaar Ministerie.

Dan de vraag van mevrouw De Bruijn of er sprake zou kunnen zijn van een inconsistentie tussen de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang en het Burgerlijk Wetboek als het gaat over het curatorschap en het mentorschap. Wat ons betreft is dat niet aan de orde. In het Burgerlijk Wetboek is uitdrukkelijk geregeld dat de bevoegdheden van de mentor en de curator gelden voor zover niet anders voortvloeit uit de verschillende wetten en uit de BOPZ. Uit de Wet verplichte ggz en de Wzd vloeit iets anders voort. Deze afwijking van de regeling is uitdrukkelijk in de BOPZ opgenomen, via dezelfde wet waarin het mentorschap in het BW is geïntroduceerd. Er zit dus geen discrepantie tussen beide wetten.

Mevrouw De Bruijn vroeg naar het valrisico en het ernstige nadeel. Zij zegt dat in de toelichting is aangegeven dat valrisico geen ernstig nadeel is. Kan de minister uitleggen hoe de zorgverlener het criterium dan moet uitleggen? Daarmee wordt bedoeld dat valrisico op zich niet altijd als een ernstig nadeel moet worden gezien. Tegelijkertijd kan valrisico wel degelijk als een ernstig nadeel worden gezien. Dus niet alle gevallen van een mogelijk valrisico zijn altijd als ernstig nadeel te kwalificeren. Ouderen hebben per definitie een groter risico om te vallen. Daar komt overigens ook bij dat het risico op vallen niet afneemt maar juist toeneemt als ouderen te weinig bewegen. De beoordeling hiervan zal dus altijd een professioneel oordeel vragen. Is het in dit geval te zien als een ernstig nadeel? Er is in ieder geval geen sprake van dat valrisico categorisch wordt uitgesloten van de kwalificatie "ernstig nadeel".

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Ik ben blij met deze nuancering en dat de minister het zo ziet. Ik heb het op verschillende plaatsen in de toelichting gelezen. Daar was het veel meer absoluut dan hoe u het nu zegt. Ik wil dus bij dezen even vastleggen dat u inderdaad wel ruimte biedt voor die nuancering.

Minister De Jonge:

Dat is bij dezen onderdeel van de wetsgeschiedenis.

Dan een vraag van de heer Schnabel over wie er als verzoeker om een psychogeriatrische plaatsing kan optreden voor een cliënt die geen familie of andere betrokkenen heeft en geen vaste woon- of verblijfplaats heeft. Kijk, het CIZ zal een gedwongen opname uiteindelijk via de rechter moeten regelen, maar iedere arts kan aan het CIZ een melding doen met het verzoek om dat te regelen. Dat kan een huisarts doen en dat kan een straatdokter doen, bijvoorbeeld bij cliënten zonder vaste woon- of verblijfplaats. Elke soort arts kan dat regelen via het CIZ. Daar is dus geen restrictie aan verbonden.

De heer Schnabel vroeg ook — dit is overigens eigenlijk meer een implementatievraag — of we niet al te gedetailleerd zijn in de uitvoeringsbesluiten die nu in de AMvB's terecht komen. Ik vind dat een terecht punt. Laat ik het zo zeggen: ik ga zeer goed de vinger aan de pols houden om te kijken of de administratieve belasting en de mate van detaillering die daaruit voortvloeien niet juist beperkend werken in de uitvoeringspraktijk. Ik ben meer dan bereid om zaken te schrappen, maar dat geldt tot het moment dat we afbreuk doen aan de rechtsbescherming. Dan vind ik dat de AMvB onvoldoende invulling geeft aan de wet zoals die bedoeld is.

De heer Schnabel (D66):

U praat nu over de administratieve belasting. Dat is één punt. Natuurlijk speelt dat een rol. Toen ik de concept-AMvB's las, schrok ik toch wel van al de details die daarin zitten. Ik heb in mijn betoog ook neergelegd dat ik vooral belangrijk vind wat de gevolgen zijn voor de, zou je kunnen zeggen, verhoudingen in de hulpverlening. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een mantelzorger dan eigenlijk iets kan doen — ik zal niet zeggen dat-ie het mag doen — wat de hulpverlener niet mag doen. Dat zet die relatie dan natuurlijk onder druk. Als u opnieuw kijkt naar de AMvB, is het ook heel belangrijk om zich te realiseren hoe dat er dan in de praktijk uitziet. Dus niet hoe lastig het is om dat vast te leggen, maar hoe dat eruit ziet; wat gebeurt er dan in de praktijk? Als de hulpverlener in zo'n situatie zit en moet zeggen "nee, mevrouw of meneer, ik mag dit of dat niet doen, maar uw zoon of uw dochter kan dat wel doen", dan is dat heel akelig. Dat werkt uiteindelijk heel erg perverserend op een goede hulpverleningsrelatie. Dat was mijn punt. Ik hoop dat u die afweging ook wilt maken bij het bepalen van de definitieve tekst. Ik zeg daarbij opnieuw: kijk ook naar de omvang van die teksten. Het gaat om hulpverleners en niet om mensen die de hele dag tientallen bladzijdes tekst willen lezen over wat ze wel en niet moeten doen. Het moet voor hen helder en duidelijk zijn. Dat was mijn tweede punt in het betoog.

Minister De Jonge:

Helder. Dank ook. Ik zeg graag toe dat ik het ook door die bril wil bekijken. Meneer Ganzevoort bracht dat punt over de mantelzorg overigens ook naar voren. Ik denk, eerlijk gezegd, wel dat daar waar ambulante dwang nu niet mogelijk is, vanuit de hulpverlening gezien, het ook bijna niet meer dan logisch is dat het nu af en toe voorkomt. Ik denk eigenlijk dat de voorziene regeling dat juist terugdringt. Een hulpverlener kan soms de verleiding hebben

van "joh, ik mag het niet doen, maar de mantelzorger wel, dus doe dat nou". Tegelijkertijd snap ik uw punt goed. De mate van voorschrijvendheid in de AMvB's moet voor de uitvoeringspraktijk behapbaar zijn, niet alleen in termen van administratieve lasten, maar ook in de mate van detaillering. Ik ga daar zeker met die bril op naar kijken. Niet voor niets voorziet de wet in een voorhangprocedure. Ik zou u dus van harte willen uitnodigen om met mij mee te kijken of we in die AMvB's de goede dingen doen en mij aan mijn jasje te trekken op het moment dat u denkt dat het zo allemachtig gedetailleerd is dat de uitvoeringspraktijk er niet mee is geholpen.

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Op dit punt heb ik nog een vraag over de rol van de huisarts. Of anders gezegd: wie is de zorgverantwoordelijke in thuiszorgsituaties? Is dat inderdaad de huisarts, of moeten de thuiszorgorganisaties daar mensen voor in dienst nemen?

Minister De Jonge:

Dat hangt er maar net van af. Als er een vorm van onvrijwillige zorg nodig is en een thuiszorgorganisatie wijkverpleegkundige zorg biedt, dan kan die dat wellicht zelf doen. De Wzd-arts zal dan overigens wel apart gerealiseerd moeten worden. Dan is weer de vraag of de organisatie dat ook wil en kan doen. Ook niet alle huisartsen zullen het overigens willen en kunnen doen, want het vereist wel dat je daadwerkelijk toezicht kunt houden en je je een inhoudelijk oordeel aanmatigt. Het is dus maar zeer de vraag. Het hangt heel erg af van de uitvoeringspraktijk. Ik kan er moeilijk een generiek antwoord op geven.

Mevrouw Strik heeft een vraag gesteld over de ratificatie van het protocol bij het verdrag. Daarop moet ik later terugkomen. Ik verwijs graag naar de brief die staatssecretaris Van Rijn daarover op 30 januari 2017 heeft gestuurd. In die brief heeft het kabinet uiteengezet eerst het facultatief protocol bij het IVESCR te doen en daarna te bekijken of het toegevoegde waarde biedt om die andere twee facultatieve protocollen te implementeren. Ik kom daar dus graag op een later moment op terug.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Mij staat bij dat de minister ook heeft toegezegd dat hij onderzoek zou doen naar de samenhang tussen de verschillende facultatieve protocollen, en dat dit ook zou worden voorgelegd bij de Raad van State.

Minister De Jonge:

Dus in het kader van de goedkeuring van het eerste protocol?

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Ja.

Minister De Jonge:

In dat kader zal inderdaad aan de Raad van State worden verzocht om aandacht te besteden aan de gevolgen die het facultatief protocol kan hebben voor de nationale rechts-

orde. Om die reden kom ik er op een later moment op terug, namelijk bij die gelegenheid.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Misschien kan de minister dan wel iets zeggen over de stand van zaken van de ratificatie van dat andere facultatieve protocol.

Minister De Jonge:

Ja, dat kan ik morgen.

Voorzitter. Daarmee ben ik, meen ik, aan het einde gekomen van de beantwoording in eerste termijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

□

Staatssecretaris Blokhuis:

Dank u wel, voorzitter. Om te beginnen wil ik de leden van de Eerste Kamer danken voor hun inbreng in eerste termijn. Ik was onder de indruk van uw betrokkenheid, deskundigheid en interesse. Het is een ontzettend ingewikkelde, complexe en best wel aangrijpende materie. Het zijn aangrijpende zaken voor mensen die ermee te maken hebben. Het is aangrijpend en ingrijpend. Dat blijkt ook wel uit de inbreng van verschillende Kamerleden die ook uit eigen ervaring dingen wisten te melden, wat indruk op mij maakt.

Ik wil ook graag aan het begin van mijn termijn een felicitatie uitspreken naar mevrouw De Bruijn met haar maiden-speech. Tevens wijs ik erop, wat volgens mij nog niemand hier heeft gedaan, dat het vandaag Blue Monday is. Zoals u wellicht weet, is Blue Monday de meest depressieve dag van het jaar. Waarom zeg ik dat? Vanavond wordt ook het Depressiegala gehouden in Den Bosch. Misschien hebben sommigen van u daar een uitnodiging voor gehad. Ik in ieder geval wel, maar ik kon daar niet naartoe omdat ik door de senaat geroepen was om de Wet verplichte ggz te verdedigen. Dat heb ik al gemeld, maar met de behandeling van de onderhavige wetsvoorstellen staat de wereld niet stil; in Den Bosch vieren ze feest. Ik vind het heel mooi dat we een Depressiegala hebben.

De voorzitter:

Dank u voor de mededeling.

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter. Ik ben blij dat we hier vandaag de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg behandelen in samenhang met de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg. Ik zal de vragen van de Kamer in drie blokken proberen te beantwoorden. Eerst zal ik een algemene inleiding geven. Vervolgens kom ik op de inhoud van het wetsvoorstel. Dan wil ik stilstaan bij de uitvoering en tot slot zal ik ingaan op een aantal overige vragen.

He doel van de Wet verplichte ggz is om beter passende zorg te kunnen verlenen, passend naar zowel aard van de

zorg als het moment waarop dat gebeurt. De Wet verplichte ggz regelt daarvoor de criteria, de uitgangspunten en de procedure hoe aan mensen met ernstige psychische problemen met als gevolg daarvan ernstig nadeel voor zichzelf of voor anderen, tegen hun wil zorg opgelegd kan worden. Vooropstaat dat verplichte zorg altijd een ultimum remedium is: alleen als het echt niet anders kan. Ik denk dat alle woordvoerders daar terecht op gewezen hebben. Door vroegsignalering moet worden geprobeerd tijdig zorg in te zetten waardoor problemen klein worden gehouden en verplichte zorg kan worden voorkomen.

Zorg op lokaal niveau is van groot belang. Diverse woordvoerders hebben daarop ook gewezen en ik ga er straks nog verder op in. Terecht heeft de heer Schnabel in dit verband de bemoeizorg als belangrijk fenomeen genoemd. Anderen hebben volgens mij die term ook gebruikt. Als verplichte zorg dan toch nodig is, dan toch zo kort mogelijk.

Voor cliënten met een psychische stoornis, met als gevolg daarvan een risico op ernstig nadeel voor zichzelf of hun omgeving, geldt dat de huidige Wet BOPZ beperkt is, te beperkt is in zijn mogelijkheden en niet aansluit bij de ambulantisering van de zorg. De huidige Wet BOPZ stelt de gedwongen opname van de cliënt centraal en niet de behandeling. Met de Wet verplichte ggz verandert dit. Deze wet stelt juist de behandeling van de cliënt centraal en niet langer de plek waar hij de zorg krijgt. De koppeling tussen gedwongen opname en behandeling wordt in de Wet verplichte ggz losgelaten. Dat maakt deze wet persoonsgebonden in plaats van locatiegebonden. De gedwongen opname is niet het vertrekpunt maar slechts een van de vormen van de verplichte zorg, waarbij het uitgangspunt is dat de zorg zo veel mogelijk ambulant moet worden verleend.

De Wet verplichte ggz kent daarbij evenals de Wet zorg en dwang aanzienlijk meer mogelijkheden om maatwerk te bieden. Dat is gewenst omdat de zorgbehoefte, de ernst van het nadeel en het vereiste beveiligingsniveau van de cliënt kunnen variëren in de tijd. Daarom maakt dit wetsvoorstel een veelheid van vormen van zorg en beveiliging mogelijk, waarbij de vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van de beveiliging kunnen worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt op dat moment. Ik kies daarbij heel bewust voor mijn formulering in de volgorde zorg, mate van dwang, beveiligingsniveau. De Wet verplichte ggz is geen beveiligingswet. Beveiliging kan een voorwaarde zijn om goede zorg te kunnen verlenen, maar het gaat om de zorg. Wij kunnen dus concluderen dat de Wet verplichte ggz meer behandelmogelijkheden biedt dan de Wet BOPZ.

Daarnaast versterkt de Wet verplichte ggz ook de rechtspositie van de cliënt. Zo krijgt de cliënt de mogelijkheid om een plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te voorkomen. Het is wettelijk vastgelegd dat bij verplichte zorg met zijn voorkeur rekening moet worden gehouden en alle vormen van gedwongen zorg worden vooraf door de rechter getoetst. Alle vormen. In de huidige wetgeving wordt alleen de gedwongen opname vooraf door de rechter getoetst.

Niet alleen de positie van de cliënt wordt versterkt, ook de positie van de familie krijgt meer aandacht. Alle woordvoerders hebben daar ook terecht op gewezen. Dat is belangrijk omdat familieleden vaak als eerste zien dat het niet goed

gaat met iemand. De familie krijgt nu dus bijvoorbeeld de wettelijke mogelijkheid om een zienswijze te geven op het zorgplan.

De heer Schnabel heeft daar een interessante, belangwekkende vraag over gesteld: hoe weeg je het belang tussen enerzijds de familievertrouwenspersoon en aan de andere kant de patiëntenvertrouwenspersoon? In antwoord daarop zou ik willen zeggen dat de patiëntenvertrouwenspersoon er voor de patiënt is, zoals het woord doet vermoeden. Hij dient deze in het hele proces van verplichte zorg bij te staan. Dat betreft zowel de voorbereiding als de uitvoering als de beëindiging van de verplichte zorg. De familievertrouwenspersoon is er juist voor de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten. Deze helpt de familie door haar bijvoorbeeld te informeren, te adviseren en bij te staan in klachtenprocedures. Beiden hebben op grond van de Wet verplichte ggz vrije toegang tot betrokkene zonder de toestemming van anderen, maar de familievertrouwenspersoon kan betrokkene alleen spreken indien deze daarmee uitdrukkelijk instemt. Volgens mij heeft de heer Schnabel een vraag, voorzitter.

De voorzitter:

Dat is mij opgevallen. Ik geef de heer Schnabel het woord.

De heer Schnabel (D66):

Mijn punt was het volgende. Als we kijken naar de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon, volgens de regelgeving op dat gebied en de praktijk van bijna 30 jaar inmiddels, staat de patiëntenvertrouwenspersoon naast de patiënt en wat de patiënt ook wil, zelfs als het eigenlijk heel onredelijk lijkt, ook in de ogen van de patiëntenvertrouwenspersoon. Dat kan heel erg strijdig zijn met wat de familie wil. Zelfs als de familie het niet uit eigenbelang doet, maar met het idee "dat is helemaal niet goed voor onze zoon of onze dochter, of onze vader of moeder, dat dit of dat gebeurt, dat ie dat wil". Beiden hebben toegang tot dezelfde materie, beiden hebben toegang tot de patiënt, beiden hebben toegang tot de stukken waar het over gaat, maar zij staan wel in een heel verschillende positie. Gaat nu de familievertrouwenspersoon diezelfde rol vervullen; dat hij eigenlijk, wat de familie ook wil, moet meegaan daarin en moet helpen? Dan voel je al gauw dat dit een conflict kan zijn waarbij je best zou kunnen zeggen dat de familie misschien de bestwil van de patiënt voor ogen heeft, maar dat de patiënt geen besef heeft van een ernstig nadeel wat hij zichzelf aandoet. In de verhouding tussen die beide vertrouwenspersonen komt dan dat conflict tot stand.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ja, ik snap de vraag.

De heer Schnabel (D66):

Dus dat is echt een beetje anders dan u net suggereerde.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik snap uw vraag heel goed. Ik wilde daar ook nog iets over zeggen, maar u bent mij voor met uw nadere vraag.

De voorzitter:

Via de voorzitter graag, meneer Blokhuis.

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter. Ik snap de vraag van de heer Schnabel. Als ik hem goed duid, kan dit spanning opleveren op het moment dat het pad wordt gekozen van het aanvragen van een zorgmachtiging. Dan is het natuurlijk aan de rechter om de verschillende belangen daarin te wegen. Het is denkbaar dat de familievertrouwenspersoon daarin een andere positie heeft dan de patiëntvertrouwenspersoon. Dan is het aan de rechter om te wegen welk belang hij daarin laat prevaleren.

De heer Schnabel (D66):

Ja, dat is het eindpunt van zo'n ontwikkeling, maar mijn zorg is meer of dit in de praktijk in een instelling waar men zorg verleent niet tot een heel onaangename en moeilijk te hanteren situatie voor de hulpverlening gaat leiden. Er zijn dan twee spokespersons voor twee heel verschillende posities. Dat zal niet altijd zo zijn, maar het gaat mij even om de situatie waarin dat gebeurt. Wat moet de hulpverlening dan eigenlijk nog doen? Ik vermoed dat we nog even goed moeten nadenken over de vorm die dat moet krijgen. Het was dus niet zozeer een vraag die ik stelde, maar meer een nadere toelichting op de positie van beide figuren.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik denk dat de heer Schnabel een terecht punt aankaart. Ik denk ook dat we het met elkaar eens zijn dat in de praktijk te voorspellen is dat het zich gaat voordoen. Voor de zorgverlener, voor de hulpverlener, kan dat tot ingewikkelde situaties leiden waarin de ene vertrouwenspersoon lijnrecht staat tegenover de andere vertrouwenspersoon. Dan ben je nog niet bij de route naar een zorgmachtiging, maar ook dan kan de hulpverlener in verlegenheid worden gebracht, want die moet wel gaan kiezen. Ik denk dat dit zich in de praktijk zal voordoen, maar laten we hopen dat het zo weinig mogelijk gebeurt. Laten we hopen dat de belangen van de patiëntvertrouwenspersoon parallel lopen aan die van de familievertrouwenspersoon. In de praktijk zal het in voorkomende gevallen helaas anders zijn.

Voorzitter. De Wet verplichte ggz is een wet die veel beter dan de huidige Wet BOPZ aansluit bij de huidige opvattingen over het verlenen van goede zorg en bij de gedachte dat de patiënt en zijn zorgbehoefte centraal staan. Aan het eind van mijn algemene blokje wil ik kort ingaan op de context van het wetsvoorstel. In de media en ook in de politiek is er in toenemende mate aandacht voor personen met verward gedrag. Alle woordvoerders hebben daar woorden aan gebijwd. Die aandacht is terecht, maar zorgvuldigheid is geboden. Het gaat om kwetsbare mensen die vaak hulp nodig hebben om volwaardig aan de maatschappij te kunnen deelnemen. In de media gaat de aandacht vooral naar incidenten. Ik zou zeggen: helaas lezen we alleen over zaken die niet goed lopen. Dat is op zich logisch, maar bij personen met verward gedrag gaat het ook heel vaak om mensen die niet gevaarlijk zijn en die geen overlast veroorzaken. Ik denk aan dementerende ouderen die in verwarde toestand op straat verkeren. Het is zeker bij deze grote categorie van belang om weg te blijven van stigmatisering en recht te doen aan de specifieke verschillende ondersteuningsbehoeften van deze groep mensen.

Ik heb het woord "stigmatisering" in de mond genomen. Verschillende woordvoerders hebben daar aandacht voor gevraagd. Als voor de ggz verantwoordelijk bewindspersoon hecht ik er veel waarde aan dat wij stigma's in de ggz proberen weg te krijgen, bijvoorbeeld door antistigmacampagnes. Mevrouw Barth heeft daar ook nadrukkelijk aandacht voor gevraagd. Wij worden een beetje in de wielen gereden als de politie gaat zeggen dat mensen met verward gedrag een grotere bedreiging vormen dan terroristen, of woorden van die strekking. Dat wordt wel heel ingewikkeld. Wij streven er als kabinet oprecht en van harte naar om dat stigma weg te halen. Dat rust naar mijn idee niet alleen op mensen die cliënt zijn in de ggz, maar onderhand ook op professionals in de trant van "o, je werkt in de ggz". Wat is er nou mooier dan er met elkaar werk van te maken om dat stigma tegen te gaan? Mevrouw Barth heeft heel specifiek gevraagd of ik Samen Sterk Zonder Stigma blijf subsidiëren. De subsidieaanvraag loopt. We gaan erover in gesprek. U kunt mij er zeker op aanspreken dat wij het tegengaan van stigma's, de antistigmatiseringscampagnes, blijven steunen, zonder daar een organisatie aan te koppelen. U mag mij herinneren aan deze uitspraak: ook in het jaar 2018 gaan wij hier aandacht aan besteden.

Voorzitter. Het is de bedoeling dat dit najaar alle gemeenten of regio's in Nederland een goed werkende, een sluitende aanpak hebben voor personen met verward gedrag. Mevrouw Wezel van de SP heeft gevraagd welke lead het kabinet hierin neemt om dit goed van de grond te krijgen. Daar maken wij serieus werk van, al was het alleen maar door het benoemen van het Schakelteam Personen met Verward Gedrag, waar alle relevante disciplines in vertegenwoordigd zijn, onder leiding van de heer Onno Hoes. Daarmee willen we de verbinding tussen de regio's, tussen de partners in de regio's en tussen het landelijke en het lokale niveau goed van de grond te krijgen. Het is heel breed: in het schakelteam zitten politie, zorgaanbieders, gemeenten en het Rijk.

De heer Don (SP):
Mijnheer de staatssecretaris, ik heb begrepen dat het schakelteam in oktober dit jaar ophoudt te bestaan.

De heer Don (SP):

Dan wil ik u gaarne zeggen dat het dan in de regio's nog niet geregeld zal zijn. Kunt u ons een doorkijkje geven naar hoe u daarnaar kijkt en wat u verwacht dat er dan gaat gebeuren?

Staatssecretaris Blokhuis:

Ja.

De heer Don (SP):

Dan wil ik u gaarne zeggen dat het dan in de regio's nog niet geregeld zal zijn. Kunt u ons een doorkijkje geven naar hoe u daarnaar kijkt en wat u verwacht dat er dan gaat gebeuren?

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter. De heer Don had misschien het vermoeden dat ik daar nog iets over zou zeggen. Dat wil ik graag doen. Ik weet niet of ik hem geruststel met mijn woorden, maar ik wilde aan deze opmerking koppelen dat uit de laatste rapportage van het schakelteam, die dateert van 5 oktober jongstleden, het beeld naar voren komt dat er heel veel

goeds gebeurt. Dat is ook benoemd door de heer Hoes cum suis, maar het schakelteam zegt ook dat er aanleiding is om op te roepen tot heel veel actie, want er moet echt nog heel veel gebeuren. Behoud van urgentie en blijvend commitment van alle betrokkenen is een grote noodzaak. Daar ben ik als staatssecretaris ook van doordrongen en ik wil daar werk van maken.

Ook ik ben mij ervan bewust dat het schakelteam ophoudt te bestaan. Ik zit mij nu ook al te buigen over de vraag hoe dat dan een vervolg moet krijgen, want het kan zomaar zijn dat de heer Don gelijk heeft en dat het er in oktober nog niet staat. Ik zei expres najaar 2018. Daarmee kocht ik nog iets tijd. Maar dan moet het eigenlijk wel staan, dus er moet nog heel veel gebeuren. Hier staat een staatssecretaris die van de urgentie daarvan doordrongen is, die ook het lokale veld goed kent — de heer Don volgens mij trouwens ook, voorzitter — en die daar ook over in gesprek is met het lokale veld. Ik heb de hoop en de verwachting dat de inzet van alle partijen ertoe zal leiden dat we inderdaad in het najaar over de volle breedte een goede aanpak hebben. Ik zeg niet dat het overal perfect sluitend zal zijn, maar er zal een goede aanpak zijn voor personen met verward gedrag.

Voorzitter. De heer Derksen heeft een vraag gesteld in relatie tot het thema personen met verward gedrag. Ik hoor trouwens af en toe spreken — ik weet niet of de heer Derksen dat ook deed hoor — over "verwarde personen". Ik probeer zelf consequent te spreken over "personen met verward gedrag", omdat dat toch echt wat sympathieker is. Ik geef dat maar als hint mee. De heer Derksen stelde de vraag waar het onderscheid zit tussen de verschillende wetten qua verwarde personen. Het antwoord daarop is: een "persoon met verward gedrag" is geen juridisch begrip. Het is een algemene omschrijving van iemand waarover je je zorgen maakt omwille van diens geestelijke gezondheid. Dat neemt niet weg dat een persoon met verward gedrag iemand kan zijn met een psychische stoornis in de zin van de Wet verplichte ggz, iemand die ernstig nadeel als gevolg van die stoornis voor zichzelf of voor een ander kan opleveren. Voor een substantieel deel van die groep geldt dat ook. Een persoon met verward gedrag kan ook iemand zijn met een psychogeriatrisch handicap of een verstandelijke aandoening, die als gevolg daarvan een ernstig nadeel voor zichzelf of voor een ander in de zin van de Wet zorg en dwang oplevert. In beide wetsvoorstellen is duidelijk omschreven welke personen daaronder vallen. Dat is mijn antwoord op die vraag.

Voorzitter. Mevrouw Barth heeft ook een paar vragen gesteld over het thema personen met verward gedrag. In de eerste plaats was haar concrete vraag: hoe zit het nou met dat vervoer? Daarop zou ik het volgende willen zeggen. Net als de politie deel ik de zorg over het feit dat er nog niet overal goede alternatieven zijn, goed passend vervoer voor personen met verward gedrag. Ik zeg daar ook bij: dat moet snel goed geregeld zijn, want niets is funester voor mensen met verward gedrag die niet crimineel zijn, dan dat zij worden overmeesterd door mensen in uniform en in een politieauto worden weggevoerd. Dat is de slechtste start die je je kunt voorstellen bij de behandeling van mensen met bijvoorbeeld een geestelijke ziekte. Ik weet dat vanuit verhalen van zeer nabij op lokaal niveau waar ik woon en andere wethouders — ik kijk even rechts naast mij — zullen dezelfde verhalen kennen. Dat is een heel slechte start. Het moet snel goed geregeld zijn.

De politie wil hierin, net als ik, sneller vooruitgang krijgen. Daar wordt ook heel veel actie op gezet. Vanuit het schakelteam worden regionale bijeenkomsten georganiseerd om het ook goed tussen de oren te krijgen van de verantwoordelijke personen. Er zijn middelen beschikbaar gesteld voor pilots met passend vervoer. In mijn brief van 24 november aan de Tweede Kamer heb ik als reactie op die tussenrapportage van het schakelteam van 5 oktober aangegeven wat ik samen met partijen doe om alternatieve vormen van vervangend vervoer te stimuleren. Ik heb de Tweede Kamer beloofd dat ik haar daarover uiterlijk 2 februari zal berichten, en nu daar specifiek vragen uit de Eerste Kamer over komen, lijkt het me niet verkeerd om deze brief ook in cc naar de Eerste Kamer te sturen.

Mevrouw Barth heeft ook een vraag gesteld over de E33-meldingen. Ik kan daar een heleboel woorden aan wijden, maar ik wil korthedshalve zeggen dat ik naar aanleiding van alle rumoer over de E33-meldingen rond het begin van het kerstreces het initiatief heb genomen om in gesprek te gaan met de betreffende politiefunctionarissen, samen met de minister van Justitie. Wij gaan dan ook dit thema van de E33-meldingen agenderen. Hetzelfde geldt voor de betrokkenheid van de politie bij ambulantisering en de visie van de politie daarop. Daar heeft mevrouw Barth ook indringende vragen over gesteld. Dat is wat mij betreft ook een agendapunt bij datzelfde overleg. Ik hoop dat daarmee die vragen afdoende zijn beantwoord.

Mevrouw Barth (PvdA):

Niet helemaal, voorzitter, want ik heb concreet gevraagd of het kabinet ook bereid is om aanpassing, nuancering en het specifiek maken van die code te overwegen, zodat je helderder verschillen naar boven krijgt. Nu is het een vergaarbak, zoals de staatssecretaris zelf ook al aangaf. Dat is onnodig stigmatiserend voor mensen die alleen maar heel erg ziek zijn en daarom verward gedrag vertonen. Het lijkt mij ook niet effectief voor het punt waar de politie ongetwijfeld interesse in heeft, namelijk het veiliger maken van de straten. Zolang die code zo'n vergaarbak blijft, kun je niet effectief reageren op meldingen die op grond van die code binnenkomen omdat die code eigenlijk niet zegt wat voor probleem er op dat moment aan de hand is.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik snap het punt van mevrouw Barth heel goed en ik ben het met haar eens dat het gebruik in algemene zin van de term "meldingen" al een heleboel vervuiling in het debat oplevert. Om die reden wil ik juist met de politie in gesprek met de minister van Justitie erbij, die primair over die E33-meldingen gaat. Dat is de reden om dit thema met hem erbij te bespreken, maar ik zal dit zeker met een welwillende houding doen in relatie tot de vraag die mevrouw Barth formuleert.

Mevrouw Barth (PvdA):

Dat is heel fijn om te horen. Dan zou ik de staatssecretaris ter afronding willen vragen — ik begrijp namelijk dat hij hier met de minister die er vandaag niet is over wil praten — of hij ons een brief zou willen sturen als dat gesprek met zowel de betreffende politiefunctionarissen als met de minister van Justitie en Veiligheid heeft plaatsgevonden, zodat wij als Kamer de vinger aan de pols kunnen houden

en kunnen zien hoe het loopt met de ontwikkeling van de E33-code.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Ik zal de Kamer daar graag via een brief van op de hoogte houden.

De heer **Don** (SP):

Ik herinner de staatssecretaris er graag even aan dat er op dit moment ook wordt gekeken naar alternatieven voor de E33-meldingen door het Schakelteam, het RIVM en nog een andere organisatie, zodat er ook wat genuanceerder gekeken kan worden naar mensen met verward gedrag in onze samenleving.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Geweldig. Dank voor de toevoeging, zeg ik via de voorzitter tegen de heer Don, want dat betekent dat er inderdaad al op wordt voorgesorteerd dat we misschien af moeten van deze systematiek.

Dan kom ik op de vraag hoe je op lokaal niveau de dingen regelt in relatie tot de problematiek rond personen met verward gedrag. De heer Schnabel vroeg: wil het kabinet in het belang van effectiviteit van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg werkzame afspraken maken met gemeenten, politie, ggz en eerstelijnszorg, die leiden tot minder frequent beroep op de wet? In het algemeen is het antwoord daarop "ja", maar ik zal dat iets toespitsen. Het streven is in de eerste plaats erop gericht dat de zorgverlening en ondersteuning rondom kwetsbare personen op samenhangende wijze is geregeld. Het Schakelteam stimuleert goede samenwerking tussen verschillende professionals. Dat gaat heel breed, want dan hebben we het ook over thema's als schuldhulpverlening, maatschappelijke ondersteuning en ggz-zorg. Het kan bijvoorbeeld ook via het landelijk dekkend netwerk van projectleiders gaan. Er is ook een landelijk casuïstiek overleg, en wij investeren in het verspreiden van goede voorbeelden.

Het Rijk stimuleert deze samenwerking bijvoorbeeld ook in het ondersteuningsprogramma Langer Thuis, wat primair de verantwoordelijkheid is van de minister van VWS, het ondersteuningsprogramma Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang, waar ik primair over ga, en de ondersteuning van regionale samenwerkingsplannen ggz en Werk en Inkomen.

Daarnaast heb ik middelen beschikbaar gesteld, 2 miljoen, om te investeren in een betere samenhang tussen enerzijds begeleiding, een Wmo-taak, en anderzijds behandeling, een taak die voortvloeit uit de Zorgverzekeringswet. Doel van die extra middelen is om te experimenteren met verschillende manieren om de samenhang te verbeteren en om het beroep op de verplichte zorg zo beperkt mogelijk te houden. We investeren volop aan de voorkant.

Tot slot in dit kader. Ik hoop ook voor de zomer een hoofdlijnenakkoord rond de ggz te hebben gesloten met alle partijen die ertoe doen. Dat is een heel forse klus, maar wat mij betreft zal dit thema daar ook nadrukkelijk een agendapunt zijn.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik heb een vraag aan de staatssecretaris dan wel aan zijn collega's, want ik weet niet precies bij wie het thuishoort. Ik had in dit kader ook een vraag gesteld over het streefniveau. Als we het aantal dwangmaatregelen willen terugdringen — dat geldt eigenlijk voor de verschillende wetten, maar toch ook voor deze — is er dan ook een beeld van waar we naartoe willen? Zijn daar ideeën over? Als we gaan monitoren en evalueren, hebben we dan op een gegeven moment ook een beeld of het wel of niet heeft geleid tot het terugdringen van het aantal dwangmaatregelen?

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Dit is een terechte vraag, maar ik heb geen percentage in mijn hoofd. Het kabinet heeft ook nog geen percentage gefixeerd. Er zijn verschillende bewegingen om het aantal dwangmaatregelen terug te brengen. Ik zal daar straks nog op ingaan in relatie tot een vraag van de heer Don. Ik vind het een goede suggestie om er een ambitieus doel aan te koppelen. Dat zal overigens niet meevallen. Zoals de heer Ganzevoort waarschijnlijk ook weet, is er tot nu toe sprake van een stijgende lijn. Om die om te buigen en zelfs naar vermindering te gaan, moet je nogal wat aan boord halen. Wij willen daarin investeren. Bijvoorbeeld zo'n hoofdlijnenakkoord ggz zou een vehikel kunnen zijn om daar ambitieuze afspraken over op te nemen. Ik wil dat serieus inbrengen, maar daar heb ik wel die andere partijen voor nodig. Ik wil mij daarvoor inzetten, maar it takes minstens two to tango. De anderen moeten dan ook gaan bewegen, maar dat is wel mijn inzet.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Zeker, voorzitter. It takes two to tango, maar u bent degene die de muziek aangeeft en in die zin ook de kaders stelt. Het helpt wel als de regering niet alleen aangeeft dat ze een ambitie heeft, maar ook dat ze doelen wil bereiken. Dat hoeft niet per se in een percentage, maar we willen wel dat bij de evaluatie zichtbaar wordt welk effect het heeft gehad.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Dat is een terechte vraag en het antwoord is bevestigend.

Voorzitter. Ik ga in op de harmonisatie. Zoals ik zojuist zei, regelt de Wet verplichte ggz de criteria, de uitgangspunten en de procedure voor hoe aan mensen met ernstige psychische problemen, met als gevolg daarvan ernstig nadeel voor zichzelf of voor anderen, tegen hun wil zorg opgelegd kan worden. Mede op verzoek van de Eerste Kamer zijn de wetsvoorstellen nog beter op elkaar afgestemd en zo veel mogelijk geharmoniseerd. Daarbij is gebruikgemaakt van de aanbevelingen van ZonMw, dat een thematische wets-evaluatie naar gedwongen zorg heeft verricht. Ik wil in mijn bijdrage vier voorbeelden van deze harmonisatie noemen.

Ten eerste zijn in de wetsvoorstellen de kernbegrippen zo veel mogelijk met elkaar geharmoniseerd, evenals het criterium voor gedwongen zorg. Zo is in alle drie de wetsvoorstellen het begrip "zorg" nu gedefinieerd vanuit de inhoud en niet vanuit de financiering, zoals oorspronkelijk nog bij twee van de drie wetsvoorstellen, de Wzd en de Wfz, het geval was.

Ten tweede is het criterium voor gedwongen zorg geharmoniseerd. Zowel in de Wzd als in de Wet verplichte ggz is het criterium dat er voor de cliënt of voor anderen een risico op ernstig nadeel moet bestaan. Over dat begrip zijn door veel woordvoerders vragen gesteld, heel indringend door de heer Don en mevrouw Barth. Mevrouw Barth vroeg of de staatssecretaris kan toelichten hoe de jurisprudentie zich heeft ontwikkeld van het criterium "gevaar" naar "ernstig nadeel" dat deze twee termen nu materieel hetzelfde betekenen. Ik vind dat wij die vraag iets breder moeten trekken, omdat meerdere leden van uw Kamer vragen hebben gesteld over de term "ernstig nadeel". Ik benadruk in mijn bijdrage graag dat deze term geen materiële uitbreiding beoogt ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel, noch ten opzichte van het gevaarscriterium onder de BOPZ. De harmonisatie van deze term heeft plaatsgevonden om te benadrukken dat de criteria voor het opleggen van gedwongen zorg op grond van beide wetsvoorstellen dezelfde zijn. De elementen waaruit het criterium ernstig nadeel is opgebouwd, zijn nagenoeg dezelfde als die van het gevaarscriterium onder de Wet BOPZ.

De heer Don (SP):

Misschien dat ik vooruitloop op wat de staatssecretaris nog wil gaan zeggen, maar ik probeer het toch even scherp te krijgen. Ik noem het ernstig nadeel versus het gevaarscriterium. In mijn ogen is het gevaarscriterium echt gekoppeld aan de Wet BOPZ. Die wet is een opnamewet en geen zorgwet. Gevaar betekent dat je moet acteren op grond van een psychiatrische stoornis door een opname. Wil je eventueel nog meerdere maatregelen toepassen, dan moet je strafmaatregelen aangaan. Bij ernstig nadeel heb je het veel meer over de persoonlijke situatie van iemand die op grond van een stoornis een nadeel voor zichzelf betekent, maar er zit geen koppeling met een opname aan vast. Er is een mogelijkheid tot verplichte zorg, weliswaar ook een opname, maar je kunt er in ieder geval een aantal stadia op loslaten. Een ernstig nadeel in de thuissituatie kan iets anders betekenen dan het gevaarscriterium uit de BOPZ. In mijn ogen kun je daarmee de begrippen niet gelijkstellen.

Mevrouw Barth (PvdA):

Mag ik daarop een aanvullende vraag stellen?

De voorzitter:

Ja, maar u moet wel het knopje indrukken, want anders kunnen we u niet verstaan.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik zou graag willen aansluiten bij deze vraag. Ook in de schriftelijke gedachtewisseling over deze wet heeft de regering enkele malen benadrukt dat zij met ernstig nadeel geen uitbreiding van het begrip beoogt ten opzichte van gevaar. Onze indruk van de Wet BOPZ is juist dat het gevaarscriterium soms te smal is om bijvoorbeeld mensen die bemoeizorg te bieden die ze nodig hebben. Wij hoopten eigenlijk dat het ernstig nadeel wel een uitbreiding zou kunnen bieden om de bemoeizorg een goede plek te geven. Omdat wij dat hopen, heb ik mijn vraag geformuleerd zoals ik hem geformuleerd heb. De regering heeft benadrukt dat het aansluit bij de jurisprudentie van de Wet BOPZ. Het

element dat bij de start van de Wet BOPZ erg gespeeld heeft, was dat gevaar een te smal criterium is en bovendien in de praktijk vaak vertaald werd met "levensgevaar", waardoor er bijna helemaal niemand meer onder viel, in elk geval geen mensen die bemoeizorg nodig hebben. In die tijd zagen we in Nederland nog heel veel mensen onder de bruggen verkommeren. Dat zien we niet meer, dus mijn gevoel is dat het gevaarscriterium uit de Wet BOPZ zich in de jurisprudentie haast wel naar een verbreding ontwikkeld moet hebben, want anders kan het niet aansluiten bij ernstig nadeel ...

De voorzitter:

Kunt u tot een vraag komen?

Mevrouw Barth (PvdA):

... en biedt het ook niet de ruimte die je naar onze opvatting zou moeten willen hebben om mensen de zorg te kunnen bieden die nodig is om een menswaardig bestaan te bereiken.

Staatssecretaris Blokhuis:

Mag ik reageren, voorzitter?

De voorzitter:

Gaat uw gang.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik snap het punt van u beiden. Ik hoop dat ik een antwoord geef waarmee u uit de voeten kunt, al staat hier geen jurist voor u. Dat kan soms handig zijn in de communicatie, maar qua wetstechnische kennis wordt het ingewikkelder.

Ik was bezig met een zin, met daaraan gekoppeld een nevengeschikte bijzin, toen de heer Don mij interrumpeerde. Ik wilde zeggen dat de elementen waaruit het criterium ernstig nadeel is opgebouwd nagenoeg dezelfde zijn als het gevaarscriterium onder de vigerende wet, de Wet BOPZ, die weer een codificatie zijn — dat is de bijzin — van onder de BOPZ ontwikkelde jurisprudentie. Volgens mij klopt de taxatie van mevrouw Barth dat de interpretatie van de term "gevaar" daarmee enigszins is opgerekt. Ik heb de wettekst voor me. In het betreffende artikel, artikel 1.1, lid 2, onder de onderdelen a, b, c en d, staat wat onder ernstig gevaar wordt verstaan en aan welke criteria moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor de kwalificatie ernstig nadeel, zowel richting jezelf als anderen. Ja, dat is vrij breed. Dat gaat over jezelf schade toebrengen, maar ook anderen. En in onderdeel c gaat het bijvoorbeeld over de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag — dat is nog best wel multi-interpretabel — agressie van anderen oproept. Met een beetje fantasie zou ik dan, als ik in het verkeer iemand geen voorrang geef of zo, bij wijze van spreken zelf misschien wel eens opnamegerechtigd worden.

Hiermee wil ik zeggen dat er door de term "gevaar" los te laten en te vervangen door "ernstig nadeel", niet een zo smalle interpretatie is dat er maar zeer weinig titels zijn om over te gaan tot ingrijpen. Mevrouw Barth heeft het in dat kader over bemoeizorg of maatregelen anderszins. Tegelijkertijd voeg ik daar wel aan toe dat de Wet verplichte ggz,

anders dan de naam doet vermoeden, toch ook als doel heeft dat we zo weinig mogelijk verplichte zorg toepassen. Maar het artikel dat ik zojuist aanhaalde, met daarin de omschrijvingen die vallen onder "ernstig nadeel", biedt zorgprofessionals en daarmee de rechter wel degelijk gronden om in te grijpen en over te gaan tot verplichte zorg.

De heer **Don** (SP):

Ik voel 'm aan. Ik moet er voor mezelf nog eens eventjes goed over nadenken. Wel heb ik nog een vraag voor de staatssecretaris. Maak het goed duidelijk aan het veld. Want de vraagstelling die bij ons terecht is gekomen, leeft echt bij cliëntenorganisaties, bij de uitvoeringsorganisaties, in de psychiatrie. Dus geef glashelder aan wat daarmee bedoeld wordt. Ongetwijfeld zullen er weer reacties op komen; dat maakt het begrip alleen maar scherper. Maar creëer duidelijkheid in dezen, zo vraag ik de staatssecretaris.

Staatssecretaris **Blokhuys**:

Voorzitter. Ik heb de oproep van de heer Don goed gehoord. Als deze wetten, hopelijk op korte termijn, zijn aanvaard door de Eerste Kamer en we het hele implementatietraject ingaan, dan hoort daar uiteraard ook goede communicatie met de betrokkenen in het veld bij. Ook hoort daar een goede informatievoorziening via websites en op papier bij over de duiding van zulke termen.

Voorzitter. Het gebruik van de term "ernstig nadeel" was het tweede voorbeeld van harmonisatie. Het derde voorbeeld is dat in de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz de klachten- en schadevergoedingsregelingen geharmoniseerd zijn. Beide wetsvoorstellen kennen een functionaris die intern de kwaliteit bewaakt. Voor de Wet verplichte ggz is dat de geneesheer-directeur en voor de Wet zorg en dwang is dat de Wzd-arts.

Ten vierde is de aansluiting tussen de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang met de Wet forensische zorg verbeterd, niet alleen door de harmonisatie van enkele kernbegrippen en de definiëring van het forensisch zorgbegrip vanuit de inhoud, maar ook doordat de procedure voor de toepassing van artikel 2.3 van de Wet forensische zorg is verduidelijkt. De rol van de verschillende actoren daarbij is nu nader uitgewerkt in de beide andere wetten. Doordat de strafrechter ook de bevoegdheid krijgt om machtigingen aansluitend aan een strafrechtelijke titel op te leggen, draagt dit artikel in belangrijke mate bij aan de verbetering van de continuïteit van zorg. Dat is een van de gemeenschappelijke doelstellingen van de drie wetsvoorstellen.

Voorzitter. Mevrouw Oomen had graag de termen "cliënt", "patiënt" en "betrokkene" geharmoniseerd. Ik snap die vraag. Ik gaf zojuist aan dat we zo veel mogelijk hebben proberen te harmoniseren. Deze termen hebben elk nog hun eigen bestaan gehouden in de verschillende wetten. Ik heb vier voorbeelden genoemd waaruit de harmonisatie wel degelijk blijkt. Tegen mevrouw Oomen zeg ik: bij de eerste evaluatie gaan we nadrukkelijk ook naar deze terminologie kijken.

Voorzitter. Ik ga in op de criteria voor het opleggen van verplichte zorg. De Wet verplichte ggz gaat over mensen met ernstige psychische problemen, die als gevolg van die problemen ernstig nadeel voor zichzelf of anderen veroorzaken en zelf niet de noodzaak van zorg inzien. De heer Don

heeft gevraagd hoe eerder ingrijpen onder de Wet verplichte ggz mogelijk is als de criteria dezelfde blijven. In antwoord daarop zeg ik dat het klopt dat de criteria voor het verlenen van gedwongen zorg dezelfde zijn. Er moet sprake zijn van ernstig nadeel dat dreigt te worden veroorzaakt door een psychiatrische aandoening. Waar zorgverleners met de Wet BOPZ bij ernstig nadeel alleen tot opname kunnen overgaan en dwangbehandeling vervolgens ook niet kan aanvangen, tenzij die volstrekt noodzakelijk is ter afwending van ernstig nadeel, kent de Wet verplichte ggz meer instrumenten. Deze wet is een behandelwet en stelt de behandeling centraal, op de plek die voor de patiënt het beste is, ook als dat in een ambulante setting is. Opname is niet meer de enige optie om tot dwangbehandeling over te gaan. Dat maakt dat eerder ingrijpen mogelijk is onder dezelfde criteria. Ingrijpen in een eerder stadium biedt ook meer mogelijkheden om met lichtere vormen van ingrijpen te kunnen volstaan. Bijvoorbeeld verplichte begeleiding door een FACT-team — die term zal de heer Don zeer bekend voorkomen — kan dan een proportionele maatregel zijn, terwijl gedwongen opname dat niet of nog niet is. Dat is mijn antwoord op die vraag. Of er sprake is van een psychische stoornis met als gevolg daarvan ernstig nadeel, moet altijd door een onafhankelijke psychiater worden getoetst. Daarmee zijn bijvoorbeeld verward gedrag of het veroorzaken van overlast niet voldoende om onder de criteria van deze wetgeving te vallen.

Voorzitter. Ik kom bij de procedure en de actoren en bij de inhoud van de wet. Bij het opleggen en uitvoeren van verplichte zorg zijn veel actoren betrokken. Er zijn twee routes op grond waarvan verplichte zorg opgelegd kan worden. De ene is een zorgmachtiging, die is afgegeven door de rechter. De andere is een crisismaatregel, die is opgelegd door de burgemeester.

Allereerst de zorgmachtiging. Voor het afgeven daarvan moet een verzoekschrift voor de rechter worden voorbereid. Bij de voorbereiding daarvan is een belangrijke rol weggelegd voor de officier van justitie. Hij heeft de verzoekersrol. De officier van justitie heeft deze rol in de wet gekregen naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra, die de feiten en omstandigheden bij de tragische dood van Els Borst heeft onderzocht. Uit de aanbevelingen van de commissie kwam dat de officier van justitie bij uitspraak de persoon is om deze verzoekersrol te vervullen, omdat verplichte zorg op de grens ligt van het strafrecht, zeker daar waar sprake is van een gedwongen opname en daarmee van vrijheidsontneming. Ook al is dit ter bescherming van de cliënt en van anderen, de voorbereiding daarvan is een kerntaak voor het Openbaar Ministerie. Veiligheid kan een belangrijke overweging zijn om gedwongen zorg toe te passen. Het rapport van de commissie-Hoekstra onderstreept dit. Een stoornis kan ook een bedreiging betekenen voor anderen of voor de maatschappelijke veiligheid. Omdat het kan gaan om maatschappelijke veiligheid heeft het Openbaar Ministerie een rol.

Verschillende fracties hebben indringende vragen gesteld over veiligheid. In de eerste plaats stelde de heer Van Dijk van de SGP een vraag hierover. Ik weet niet of ik moet doorgaan, voorzitter, of dat mevrouw Barth mij een vraag wil stellen.

De voorzitter:

Mevrouw Barth was nog niet dicht genoeg bij de interruptiemicrofoon gekomen, dus ik wachtte nog eventjes. Maar als zij iets wil zeggen, dan graag kort.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik wachtte juist tot de staatssecretaris een punt zette, voorzitter.

Ik heb in mijn inbreng laten weten dat onze aanvankelijke zorgen dat de aanpassingen van de Wet verplichte ggz naar aanleiding van het rapport-Hoekstra te veel in de sfeer van het strafrecht zouden zijn getrokken, door de schriftelijke beantwoording in de memorie van antwoord grotendeels zijn weggenomen. Door wat ik de staatssecretaris nu hoor zeggen, komen die zorgen weer terug. In de memorie van toelichting van de wet staat inderdaad dat de Wet verplichte ggz zich op de rand van het strafrecht bevindt. Wij hebben daar vragen over gesteld. Toen heeft de regering in de memorie van antwoord gezegd dat het vooral een behandelwet is en dat we moeten kijken naar de zorginvalshoek, maar nu komt opeens de rand van het strafrecht weer terug. Ik vind dat ontzettend jammer. Daarom zou ik de staatssecretaris concreet willen vragen of het juist niet zo is dat omdat ook ambulante gedwongen zorg door de Wet verplichte ggz mogelijk wordt, die connectie met het strafrecht juist een stuk minder wordt dan in de Wet BOPZ, die zich helemaal richt op gedwongen opname. Dit gaat over gedwongen zorg in een heleboel andere settings. Natuurlijk is veiligheid een element dat bij de Wet verplichte ggz een rol speelt, maar laten we nou niet terugvallen in die oude fout. Want dan komen al onze zorgen over de context waarin de Wet verplichte ggz geplaatst wordt, opeens weer terug.

Staatssecretaris Blokhuis:

Wat ik probeerde aan te geven, is met name hoe de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra zijn overgenomen door het kabinet en op grond waarvan het kabinet is gekomen tot de rolverdeling die nu in het wetsvoorstel is omschreven. Misschien leg ik de nadruk iets te veel op dat ene aspect, dat het tegen het strafrecht aanschuurt, want ik denk dat mevrouw Barth een punt heeft: juist als er sprake is van ambulante verplichte zorg, wil je ver weg blijven van strafrecht. Het is wel een feit dat er een paar argumenten zijn op grond waarvan de officier van justitie die rol krijgt. Eén daarvan — die heb ik ook genoemd — is dat dit gelet op zijn expertise een evidente partner is om juist deze rol op zich te nemen. Ik ga straks ook even in op de rol van de geneesheer-directeur in dit proces.

De voorzitter:

Mevrouw Barth, maar wel kort graag.

Mevrouw Barth (PvdA):

Het kan heel kort, voorzitter. Laten we vooral ook blijven benadrukken dat die rol van de officier van justitie zorgt voor een onafhankelijke juridische toetsing van de vraag of gedwongen zorg aan de orde is, ja of nee. Dat is wat ons betreft een heel belangrijke rol die de officier van justitie in de Wet verplichte ggz speelt en die wij in de Wet zorg en dwang juist zo missen.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ja, duidelijk.

Voorzitter. De heer Van Dijk heeft zijn zorg uitgesproken over de veiligheid van zorgmedewerkers. Ik denk dat dat een terechte zorg is. Volgens mij wordt daar wel aandacht aan besteed. Daar wil ik het volgende over zeggen. Voor zorg in de ambulante situatie geldt, net als voor het verlenen van zorg in een instelling, dat die veilig uitgevoerd moet kunnen worden, ook voor medewerkers. Van geval tot geval zal moeten worden bekeken of en hoe een veilige uitvoering in de ambulante situatie mogelijk is. Mocht de inschatting zijn dat een veilige uitvoering van de zorg in de ambulante situatie niet mogelijk is, dan kan zorg verleend worden via een gedwongen opname of in een omgeving die daar wel geschikt voor is, bijvoorbeeld een regionale instelling voor beschermd wonen. Die alternatieven worden in de wet nadrukkelijk opengehouden, als er sprake is van een dreigend risico, met het oog op de veiligheid van de betrokken zorgmedewerkers. Dit is een antwoord op de betreffende vraag van de heer Van Dijk.

De heer Dercksen heeft meer in het algemeen gevraagd hoe de Wet verplichte ggz voor meer veiligheid kan zorgen. Als verplichte zorg nodig is, kunnen ook aspecten die te maken hebben met veiligheid, opgenomen worden in de zorgmachtiging. Zo kunnen beperkingen worden gesteld aan het ontvangen van bezoek. Dat is heel concreet. Ik noem ook het gebruikmaken van nieuwsvoorzieningen en het afsluiten van internet. Daarnaast bieden de wetsvoorstellen soepele overgangen om de cliënten op de juiste plek te plaatsen. Zoals ik zojuist zei, in antwoord op de heer Van Dijk: als er vragen zijn over de zorg in een ambulante setting, is mogelijk ook een andere plek denkbaar als de veiligheid in het geding is. Vanuit dat uitgangspunt kunnen forensische patiënten in de ggz worden geplaatst, maar biedt de Wet verplichte ggz nu ook een wettelijke grondslag om daar waar het vanuit veiligheidsoogpunt niet anders kan, cliënten in een tbs-kliniek te plaatsen. De Wet verplichte ggz regelt in dat geval de rechtspositie van deze cliënten.

De heer Dercksen (PVV):

Dank voor deze antwoorden, maar papier is geduldig. We merken juist nu dat het toezicht nogal tekortschiet. Misschien kom ik daar straks op terug wanneer de minister het woord heeft genomen. We kunnen het opschrijven, maar hoe gaat u nu garanderen dat er daadwerkelijk controle op is dat het zo gebeurt?

Staatssecretaris Blokhuis:

Het uitgangspunt is dat die controle er is. Dat is ook wettelijk geregeld, maar ik heb de heer Dercksen in zijn eerste termijn goed gehoord: papier is geduldig, de praktijk is weerbarstiger en daar zijn voorbeelden van te noemen. Wij willen naar een cultuur waarin het meer vanzelfsprekend wordt dat zorgprofessionals die zich oprecht zorgen maken over veiligheid, zich binnen hun professionele setting zo veilig voelen dat ze dit aan de orde kunnen stellen, kunnen opschalen en kunnen zeggen: in deze setting gaat het niet goed; ambulante hulpverlening is niet de aangewezen route. Ik hoop van harte dat de heer Dercksen tegelijkertijd wel het uitgangspunt onderschrijft dat we ook streven naar een cultuur waarin door de veelheid aan mogelijkheden op het punt van verplichte zorg juist ook een cultuur gaat ontstaan

waarin niet iedereen die iets mankeert, gelijk in een instelling moet worden opgenomen. Dat is een precair evenwicht. Nogmaals, wij willen naar een cultuur waarin zorgprofessionals die te maken hebben met mensen die riskant gedrag zouden kunnen vertonen, zich veilig genoeg voelen om, als zij zich in hun veiligheid aangetast voelen, dat aan te kaarten bij hun superieuren en waarin dat vervolgens ook serieus wordt genomen.

Voorzitter. Mevrouw De Bruijn van de VVD-fractie heeft gevraagd of de minister kan aangeven — maar in dit geval gaat de staatssecretaris antwoord geven — of informatie over het beveiligingsniveau nu wel voldoende wordt meegenomen bij de indicatiestelling door de ggz. Is dit nu verbeterd? De professional weegt dit altijd mee in zijn oordeel indien dit aan de orde is. In de reguliere ggz is niet altijd sprake van een beveiligingsnoodzaak. Eigenlijk haak ik hiermee ook aan bij het punt van mevrouw Barth, die zei dat verplichte ggz soms helemaal geen raakvlak heeft met veiligheid, laat staan met het strafrecht. Dit is zelfs vaker niet dan wel het geval. Er is dus niet standaard sprake van een vaststelling van het beveiligingsniveau. In de forensische psychiatrie is dit vaker aan de orde, omdat het dan vaak gaat om mensen die gevaarlijk gedrag vertonen en in aanraking komen met het strafrecht. Dan is het van belang om het juiste beveiligingsniveau in de instelling te bieden. Het zo betrouwbaar mogelijk inschatten van de recidiverisico's van patiënten is dan cruciaal. Om te kunnen beoordelen of een patiënt veilig op verlof kan of kan terugkeren in de samenleving, wordt gewerkt met risicotaxatie-instrumenten. Beveiligde zorg voor reguliere ggz-patiënten, mensen zonder strafrechtelijke titel, vindt in de reguliere ggz plaats bij opschaling van zorg, bij forensisch psychiatrische afdelingen en bij forensisch-psychiatrische klinieken. In de generieke module Dwang en Drang en in de multidisciplinaire richtlijn is aandacht voor risicotaxatie, waarover ik het net ook al had.

Veldpartijen zijn bezig om op dit punt een veldnorm op te stellen van beveiligde ggz en de levenslooppunt. Dit is ook van belang om te weten hoeveel beveiligde bedden er moeten worden ingekocht. Die nieuwe veldnorm moet per 1 april gereed zijn. Hierin komen onder andere de zorginhoudelijke noodzaak om een patiënt over te plaatsen vanuit het civiele kader naar beveiligde zorg, afspraken over open afschalen en opnamecriteria voor zorgaanbieders voor deze doelgroep. Dit allemaal in antwoord op de vragen van mevrouw De Bruijn op dit punt.

Voorzitter. Er zijn ook vragen gesteld over de leemte die het schrappen van de observatiemaatregel met zich meebrengt. De heer Van Dijk vroeg: zijn er nu voldoende instrumenten om effectief te kunnen ingrijpen als er niet genoeg dreiging is om te komen tot manifestatie van onmiddellijk ernstig nadeel? Het antwoord luidt als volgt. Met het niet opnemen van de eerder voorgestelde observatiemaatregel ontstaat inderdaad een leemte. Dat kunnen we niet ontkennen. Maar die kan worden beperkt door binnen de crisismaatregel in relatie tot het dreigende ernstige nadeel een ruimere uitleg van het begrip "onmiddellijk" te hanteren. In een bijeenkomst met praktijkdeskundigen is namelijk naar voren gekomen dat de term "onmiddellijk" meer open moet en kan worden ingevuld vanwege de zeer uiteenlopende situaties die beoordeeld moeten worden. Er was overeenstemming over dat de term invulling moet krijgen in de context van het concrete geval. De term "onmiddellijk" hoeft dus niet per se te betekenen dat het de

verwachting is dat het ernstige nadeel zich binnen een bepaalde termijn, bijvoorbeeld 24 uur, zal manifesteren. Daarom is in het wetsvoorstel ook geen specifieke termijn gekoppeld aan de term "onmiddellijk" en is als richtlijn gekozen voor een open norm.

Daarnaast biedt de Wet verplichte ggz de mogelijkheid om voorafgaand aan het treffen van een crisismaatregel een persoon gedurende maximaal achttien uur tijdelijk verplichte zorg te verlenen als redelijkerwijs mag worden verondersteld dat een crisismaatregel moet worden genomen. Die periode kan ook worden gebruikt voor nader onderzoek, als men redelijkerwijs het vermoeden heeft dat een crisismaatregel nodig is, maar het nog niet helemaal zeker weet. Iemand kan in dat geval worden overgebracht naar een geschikte ruimte voor onderzoek ten behoeve van het stellen van een betere diagnose. Daarbij geldt dus wel de restrictie dat dan echt heel duidelijk de gang naar een crisismaatregel moet worden ingezet, dan wel dat er sprake is van het vermoeden dat dat noodzakelijk zal zijn. Dit allemaal in antwoord op de vraag van de heer Van Dijk.

Hij heeft op het punt van de observatiemaatregel, of meer in het algemeen, nog een andere vraag gesteld: is het gat dat daarmee is ontstaan, verder opgevuld, zodat een onveilige samenleving wordt voorkomen? Als er geen sprake is van onmiddellijk ernstig nadeel maar wel van ernstig nadeel, kan worden ingegrepen door de procedure voor het verlenen van een zorgmachtiging te starten. Mocht de boel tijdens die procedure escaleren, dan kan alsnog worden gekozen voor een crisismaatregel.

Daarnaast is het, zoals ik net al aangaf, mogelijk om te kiezen voor de achttienuurmaatregel. Die periode kan worden gebruikt voor nader onderzoek. Ik heb het idee dat ik nu twee keer hetzelfde antwoord sta voor te lezen, maar het zijn wel twee verschillende antwoorden, dus ik weet niet hoe dat komt. Maar ik hoor mezelf nu, in deze twee minuten, niks nieuws zeggen; zo serieus neem ik deze vraag van de heer Van Dijk. De periode van achttien uur kan in ieder geval worden gebruikt om iemand te onderzoeken in de aanloop naar een crisismaatregel. Dat voert terug naar de vraag: is er dan een leemte? Naar onze overtuiging zijn er effectieve instrumenten voorhanden die het gat van het schrappen van de observatiemaatregel grotendeels — dus niet geheel, want hij is geschrapt — kunnen vullen.

Voorzitter. Het Openbaar Ministerie bezit meer expertise om de verzoekersrol te vervullen dan bijvoorbeeld de geneesheer-directeur. Ik liep net iets op deze tekst vooruit, maar ik wilde dit tegen mevrouw Barth zeggen. De geneesheer-directeur moet zich richten op de zorginhoudelijke kerntaken. Een andere reden waarom de officier van justitie beter is geëquipeerd, hangt samen met het feit dat voor de uitvoering van de wet een landelijke infrastructuur nodig is. Dat is dus een meer technische reden. Die infrastructuur heeft een hoog beveiligingsniveau nodig. Daarover beschikt het OM, en de ggz beschikt daar nog niet over.

De geneesheer-directeur zorgt voor de zorginhoudelijke voorbereiding. Hij ontvangt daarvoor een zorgplan van de zorgverantwoordelijke en een geneeskundige verklaring van de onafhankelijke psychiater. Daar zijn een paar vragen over gesteld. Daarmee ga ik naar mevrouw Baay-Timmerman van 50PLUS, die heeft gevraagd: moet de officier van

justitie de medische verklaring altijd als uitgangspunt nemen? Het antwoord is ja. De door een onafhankelijke psychiater op te stellen medische verklaring is een verplicht element in de procedure om te komen tot een verzoekschrift voor een zorgmachtiging. Die dient dus inderdaad als uitgangspunt te worden genomen.

De Wet verplichte ggz stelt, naast het vereiste van een beoordeling door een psychiater, verschillende andere eisen aan de inhoud van de verklaring. Daar is door mevrouw Baay nog een andere vraag aan gekoppeld: kan de officier van justitie om een second opinion vragen? Het antwoord is: dat kan, want op grond van de Wet verplichte ggz staat niets dat in de weg. Die ruimte is er dus wel, zolang de medische verklaring maar voldoet aan de eisen die eraan worden gesteld.

Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS):

Het ging mij juist om het volgende. Als de officier van justitie de medische verklaring niet zodanig ziet dat er een ernstig nadeel uit zou kunnen voortvloeien en daaraan zelf twijfelt uit hoofde van de door hem verkregen informatie, kan hij die second opinion inwinnen. Geeft dat de officier van justitie dan niet juist weer de mogelijkheid om sneller een medische verklaring in twijfel te trekken, uit hoofde van het feit dat hij denkt dat er wellicht een delictsdreiging is?

Staatssecretaris Blokhuis:

Waar het gaat om de verklaringen in geneeskundig opzicht, zou ik het OM niet op de gedachte willen brengen om maar zo veel mogelijk aan te sturen op second opinions. Maar de wet verbiedt het niet, dus het kan wel degelijk. Natuurlijk is erg belangrijk wat er vervolgens gebeurt. Als er dan een verzoek wordt ingediend om tot een zorgmachtiging te komen, heeft de rechter daarin uiteindelijk de laatste stem. Die weegt daarbij zowel het standpunt van de geneesheer-directeur als dat van de officier van justitie. Hij heeft daarin dus het laatste woord.

De voorzitter:

Staatssecretaris, hoelang denkt u nog nodig te hebben?

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik ben nog wel even bezig, voorzitter, maar ik probeer ook zo serieus mogelijk op alle vragen in te gaan. Ik wil wel een tandje sneller proberen te praten, maar ik ben nog wel even bezig.

De voorzitter:

Ik zou niet een tandje sneller gaan praten, maar probeert u het een beetje compact.

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter. De heer Ganzevoort heeft gevraagd of is overwogen om de rol van de geneesheer-directeur te laten controleren door de raad van toezicht. Volgens mij is de minister daar al op ingegaan, of toch niet? Nee. Nou, dan geef ik het antwoord. De aanbeveling in het rapport van ZonMw was om de geneesheer-directeur door de raad van toezicht te laten benoemen, om zo de onafhankelijke positie van die

geneesheer-directeur beter te waarborgen. De onafhankelijke positie van de geneesheer-directeur is echter reeds voldoende gewaarborgd in de Wet verplichte ggz. Geregeld is dat de zorgaanbieder de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur moet waarborgen. Zorgaanbieders kunnen in de statuten ervoor kiezen om de geneesheer-directeur door de raad van toezicht te laten benoemen. Dat is een vrijheid die de zorgaanbieder zelf heeft. Op grond van de wet kunnen zorgaanbieders dat dus doen. Wij treden op dit punt niet in de governance van de aanbieders.

Voorzitter. Nadat de officier van justitie het verzoekschrift met de geneesheer-directeur heeft voorbereid, vindt besluitvorming door de rechter plaats. Onder de Wet verplichte ggz worden alle vormen van dwang vooraf door de rechter getoetst, dus niet alleen de dwangopname, zoals nu gebeurt onder de Wet BOPZ. Mevrouw Baay vroeg in relatie hiermee ook of de officier van justitie niet eerder geneigd zal zijn om te veronderstellen dat het ernstig nadeel aanwezig is. Welke visie prevaleert, die van justitie of die van de familie? Dat is nog weer een andere vraag, met eigenlijk hetzelfde antwoord: de rechter beslist, niet de officier van justitie. Het is dus een onafhankelijke toets door de rechter, die de meningen van de verschillende actoren daarin weegt.

Mevrouw Strik heeft daar ook een vraag over gesteld: in welke situaties acht de regering het denkbaar dat de rechter tegen de wil van de officier van justitie een machtiging afgeeft? Ook hierbij geldt: het is aan de rechter. De rechter beslist. Hij kan ook een andere beslissing nemen dan de officier van justitie lief is.

Mevrouw Strik heeft ook gevraagd of de officier van justitie niet een te grote machtspositie heeft. Hij kan een verzoekschrift indienen dat anders luidt dan dat van de geneesheer-directeur. Ik realiseer me dat dit dezelfde vraag is als die van mevrouw Baay. Het is aan de rechter. Hij is de onafhankelijke persoon in dezen. Die weegt en velt dus letterlijk het vonnis.

Voorzitter. Indien sprake is van een acute situatie kan de burgemeester een crisismaatregel opleggen, vergelijkbaar met de inbewaringstelling, de ibs, onder de Wet BOPZ. Over de rol van burgemeesters van gemeenten zijn wat vragen gesteld. De heer Van Dijk vroeg of kan worden toegelicht welke afwegingen burgemeesters maken voordat een crisismaatregel wordt opgelegd. Het antwoord daarop is: de burgemeester toetst of naar zijn oordeel aan de criteria voor het afgeven van een crisismaatregel is voldaan. Dat is een marginale toets. De burgemeester kan daarbij afgaan op de medische verklaring die hij van een onafhankelijke psychiater ontvangt. De psychiater heeft beoordeeld of er sprake is van een stoornis of dat er sprake is van een ernstig vermoeden daarvan; of er onmiddellijk dreigend nadeel voortvloeit uit deze stoornis en of dit nadeel alleen kan worden weggenomen als er een crisismaatregel wordt getroffen. De psychiater kan daarvoor ook informatie hebben ontvangen van de officier van justitie over eerder afgegeven zorgmachtigingen en over relevante politie- en justitiegegevens, bedoeld ter beoordeling van de vraag of sprake is van onmiddellijk dreigend ernstig nadeel. Het is dus een marginale toets. Dit zal wethouders en oud-wethouders die piketdienst hadden bekend voorkomen.

Ik ken ook voorbeelden van burgemeesters die niet over zijn gegaan tot het afgeven van een last. Dan kwam er geen ibs tot stand, hoewel een psychiater of assistent-psychiater wel belde met de vraag of iemand kon worden opgesloten. De burgemeester vroeg dan om de context wat breder te schetsen. Het ging dan om een verward persoon met verward gedrag die op vrijdagmiddag ontkleed op straat rondliep. De burgemeester vroeg vervolgens: het is vrijdagmiddag; hebt u al geprobeerd om deze persoon op vrijwillige basis onder te brengen bij het Leger des Heils of bij andere zorgaanbieders? Dat was nog niet geprobeerd. De burgemeester zei: probeert u dat eens en als het niet lukt, belt u maar weer terug. Vervolgens bleef het stil aan de telefoon. Die marginale toets heeft dus wel degelijk enige zin.

Voorzitter. De heer Van Dijk vroeg ook om een nadere toelichting op de rol van de burgemeester bij een crisismaatregel. Hij vroeg: is de burgemeester verplicht zelf te horen of is mandatering mogelijk? De burgemeester kan het horen van de betrokkene inderdaad mandateren. Hij kan, bijvoorbeeld uit praktische overwegingen, de instelling waar de betrokkene verblijft vragen om de betrokkene in zijn plaats te horen.

Mevrouw Bikker heeft daar ook vragen over gesteld. Zij vroeg door wie een betrokkene gehoord moet worden bij het opleggen van een crisismaatregel. Zij vroeg voorts wat er wordt bedoeld met de term "zo mogelijk". Het antwoord daarop is dat de verplichting sowieso berust bij de burgemeester. Hij kan dat mandateren, zelfs aan iemand buiten de gemeente. De term "zo mogelijk" ziet op de situatie dat de betrokkene niet wil worden gehoord of niet aanspreekbaar is. Daar zijn verschillende varianten van denkbaar. De burgemeester mag er echter niet te licht van uitgaan dat iemand niet gehoord wil worden of niet aanspreekbaar is. Hij zal daarvoor moeite moeten doen. Als ik het goed taxeer, is dat een tandje zwaarder dan wat er nu onder de werking van de Wet BOPZ gebeurt. Als het horen niet plaatsvindt, zal de burgemeester moeten kunnen motiveren waarom niet.

Een belangrijk verschil met de inbewaringstelling onder de Wet BOPZ is dat er nu ook voorafgaand aan de crisismaatregel verplichte zorg kan worden toegepast, als het redelijke vermoeden bestaat dat er een crisismaatregel zal worden genomen. Daardoor hoeft er niet te worden gewacht met het verlenen van passende zorg totdat de maatregel is afgegeven. Als verplichte zorg door de rechter of burgemeester is opgelegd, moet bij de uitvoering ervan in de concrete situatie door de zorgverantwoordelijke worden getoetst of de daadwerkelijke toepassing doelmatig, proportioneel en veilig is.

Ik sla omwille van de tijd een stukje tekst over, maar er zijn op dit gebied wel een paar vragen gesteld. Zo was er onder andere een vraag van mevrouw Barth. Zij vroeg: hoe groot is het risico dat bijvoorbeeld ernstig verslaafde mensen met een verstandelijke beperking en/of andere psychische stoornis van het kastje naar de muur worden gestuurd? Ik ga ervan uit dat het hier gaat om de vrees dat mensen van goede zorg verstoken blijven, dat ze tussen wal en schip vallen en dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd. Garanties dat er nooit iemand van het kastje naar de muur wordt gestuurd, kan en ga ik niet geven, maar de wetsvoorstellen bieden meer mogelijkheden voor het bie-

den van zorg op maat. Door samenwerking tussen alle disciplines is de inschatting dat er minder mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Op dit moment is in enkele zorg- en veiligheidshuizen zowel de ggz- als de vg-sector aangesloten. Ik weet dat ook uit eigen ervaring vanuit mijn vorige werk. Bij ons in het Veiligheidshuis Noord- en Oost-Gelderland zat de ggz standaard aan tafel. Ik neem aan dat met deze nieuwe wet ook de vg-sector gaat aansluiten.

Het Schakelteam voor personen met verward gedrag stimuleert meer regio's om deze aanpak te volgen. De Wet verplichte ggz stelt samenwerking tussen de verschillende actoren zelfs verplicht, onder meer om knelpunten in de zorg op te lossen en dus te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. Ik heb er dan ook goede hoop op dat het minder vaak dan nu zal voorkomen dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ook dit zal een punt moeten zijn in de evaluatie.

De heer Ganzevoort heeft gevraagd of ik meer duidelijkheid kan geven over wanneer welke wet geldt, vooral wanneer er sprake is van combinaties van aspecten bij een individu, bijvoorbeeld een combinatie van detentie en een LVB of van detentie en ggz. Het antwoord is: zorg in forensisch kader kan alleen worden opgelegd wanneer sprake is van een strafbaar feit. Dat regime is dus heel helder. Wanneer forensische zorg niet aan de orde is, bepaalt de vraag welke problematiek op de voorgrond staat wat passende zorg is en daarmee, als afgeleide, welke wet van toepassing is, de Wzd of de Wet verplichte ggz. De betrokken professionals maken de afweging welke problematiek dominant is.

De heer Don heeft in dit kader een vraag gesteld over het verschil tussen de wilsbekwaamheid van mensen met en zonder een psychische stoornis. Beide wetsvoorstellen nemen wilsbekwaamheid als uitgangspunt. Wilsbekwaamheid kan fluctueren in tijd of gerelateerd zijn aan bepaalde beslissingen. Iemand kan bijvoorbeeld niet wilsbekwaam zijn om te beslissen over geldzaken maar wel over het ontvangen van zorg. Binnen een individu kunnen daar dus gradaties in zitten. Mede naar aanleiding van de aanbevelingen uit de thematische wetsevaluatie is bepaald dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd wordt, indien sprake is van ernstig nadeel voor alleen de persoon zelf. Dat betekent dat hij in zo'n geval, als specifiek antwoord op de vraag, kan kiezen om niet behandeld te worden. Dat is niet anders dan bij iemand met een somatische aandoening als kanker. Wanneer bij wilsbekwaam verzet ook sprake is van ernstig nadeel voor een ander, ligt het natuurlijk anders. Dan kan ingegrepen worden, waarbij de wil van de betrokkene overruled kan worden. Hetzelfde geldt als sprake is van acuut levensgevaar voor de betrokkene zelf. Die toetsvraag wordt ook altijd gesteld: is er sprake van suïcidaal gedrag? Op grond van die toets wordt een beslissing genomen.

De heer **Don** (SP):

Als ik de staatssecretaris goed versta, zegt hij: je kunt psychiatrisch ziek zijn, wat nog niet wil zeggen dat je wilsonbekwaam bent, en er wordt alleen geacteerd als je te kennen geeft ... Ik probeer een beetje de goede woorden te vinden. De beide wetten gaan uit van de wilsbekwaamheid van de cliënten en er wordt alleen geacteerd als er rondom wilsbekwaamheid en de keuze van iemand om niet te behandelen een ander gevaar dreigt.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Dat is één, dus als een ander daarmee gevaar loopt.

De heer **Don** (SP):

Tenzij er ook een acuut levensgevaar is voor de persoon zelf.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Ja, dat moet eraan toegevoegd worden. Als er sprake is van suïcidaal gedrag, van een redelijk risico op zelfdoding, mag ook de patiënt zelf overruled worden.

De heer **Don** (SP):

Maar nu ben ik lichamelijk ernstig ziek; u gebruikt het voorbeeld van kanker. Ik weiger een behandeling en er dreigt een acuut gevaar. Dan sterf ik en er wordt niet ingegrepen. Dan blijft er dus een verschil.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Volgens mij zijn er altijd casussen te benoemen in zo'n debat die aangeven voor welke duivelse dilemma's je kan komen te staan. Ik heb geen pasklaar antwoord op deze ingewikkelde casus die de heer Don benoemt. Ik wil er eventueel in tweede termijn op terugkomen, hoor, maar ik vind dit wel een heel ingewikkelde en spannende.

De **voorzitter**:

De heer Don tot slot op dit punt.

De heer **Don** (SP):

Ik probeer de staatssecretaris een klein beetje te helpen. Volgens mij is het onmogelijk om hier in deze ruimte precies de grenzen aan te geven waar het ligt. Volgens mij zouden de cliënt met zijn familie en met name de professional vanuit de dialoog een keus moeten maken. Dan krijg je de vraag hoe je die professional dan steunt in dat gesprek.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Of wilsbekwaamheid wel of niet relevant is in uitzonderlijke situaties is dan de vraag die door de zorgaanbieder, de hulpverlener beantwoord moet worden. Dan hoef ik er in tweede termijn ook niet op terug te komen, want ik zie de heer Don knikken.

Ik kom dan bij het punt gegevensuitwisseling. Om te beoordelen of verplichte zorg noodzakelijk is, ook waar het gaat om de voorbereiding en uitvoering van verplichte zorg, is het essentieel dat ketenpartners informatie met elkaar delen. Daarbij dient de informatie van de ggz naar justitie en van justitie naar de ggz te gaan. Tevens dient relevante informatie van familie en uit het lokale domein te worden betrokken bij de besluitvorming over verplichte zorg. Ik kan daar een heel aantal voorbeelden bij noemen maar ik weet niet of daar op dit moment dringend behoefte aan is bij de Kamer. Dus ik ga er nu niet bij stilstaan. Als die behoefte er wel is, hoor ik dat graag in tweede termijn en zal ik er dan graag uitvoeriger bij stilstaan. Feit is wel dat mevrouw Oomen de expliciete vraag heeft gesteld of informatie tussen bijvoorbeeld het Openbaar Ministerie, het ggz-domein

en de gemeente kan worden gedeeld. Het antwoord op die vraag is dat dit inderdaad kan. Om te beoordelen of verplichte zorg noodzakelijk is en voor de voorbereiding en uitvoering van de verplichte zorg is het essentieel dat ketenpartners informatie met elkaar delen. Ik denk dan aan het Openbaar Ministerie, politie, gemeenten en de ggz. Daarbij dient informatie van de ggz naar justitie of van justitie naar de ggz te gaan. Tevens dient relevante informatie van familie en uit het lokaal domein te worden betrokken bij de besluitvorming over verplichte zorg. Dat de rechter vanuit meerdere invalshoeken wordt geïnformeerd, is de kern van de Wet verplichte ggz. In die wet zijn voor alle voorzienbare noodzakelijke gegevensverstrekkingen grondslagen opgenomen die aangeven welke informatie onder welke voorwaarden mag worden gedeeld. Ik denk dat dit tegelijkertijd een antwoord is op de vraag van mevrouw Bikker of informatie gedeeld mag worden in het kader van het verkennende onderzoek.

De heer **Schnabel** (D66):

In de discussie over wie wat mag weten en waarin men inzicht mag hebben, is met name de positie van de politie een punt dat steeds aan de orde komt. U noemde het heel even toevallig, maar u spreekt meestal over justitie wat toch een heel andere categorie is wat dat betreft. Als we kijken naar het drama rond Bart van U., zoals dat ook is beschreven door de commissie-Hoekstra, dan is een van de tragische elementen daarin geweest dat de berichten van de wijkagent niet doorgekomen zijn maar dat de wijkagent ook nooit iets heeft teruggehoord. Dat was natuurlijk ook wat bij de hoofdcommissaris van de politie een rol speelde in zijn klacht: wij worden als eerste aangesproken en het laatst of helemaal niet geïnformeerd. Er zijn allerlei prachtige redeneringen voor, maar in de praktijk leidt dat toch tot zeer onaangename en zeer gevaarlijke onmiddellijke gevaarsituaties, en dan echt onmiddellijk, in de letterlijke betekenis van het woord. In de interpretatie die ik ook heb gelezen en waar ik erg om moest lachen, ging het erom dat onmiddellijk eigenlijk middellijk betekent, namelijk dat er een tijd tussen kan zitten. Dat is heel bizar. Het gaat mij er even om dat ook de politie een belangrijke rol hierin speelt en dat dat ook te maken heeft met wel of niet geïnformeerd worden.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Volgens mij hoeft voor dat type informatiedeling de wet niet aangescherpt of aangepast te worden. Zoals de heer Schnabel zelf al aangeeft, beschikte de politie over relevante informatie. Sterker nog, de politie was de leverancier van relevante informatie. Maar er werd vervolgens niet naar behoren geacteerd. En dat zegt waarschijnlijk meer over de cultuur van niet samenwerken, van casusoverleg waarin niet naar elkaar geluisterd wordt of informatie niet goed gedeeld wordt, dan over de wettelijke grondslagen die wel of niet deugen.

Voorzitter. Er zijn onder anderen door de heer Van Dijk vragen gesteld over de informatiedeling in het Veiligheidshuis. Veiligheidshuizen zijn samenwerkingsverbanden voor het aanpakken van ketenoverstijgende problematiek. Het Veiligheidshuis heeft geen eigen wettelijke taak. Daarom is er geen rechtsgrondslag om in dat kader gegevens te delen. Deelnemende partijen houden wel hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Elke deelnemende

professional moet steeds de afweging maken welke informatie hij binnen zijn bevoegdheden met andere deelnemers mag delen. Om het maken van die afweging te ondersteunen, heeft de Landelijke Stuurgroep Veiligheidshuizen het handvat "Gegevensdeling in het zorg- en veiligheidsdomein" vastgesteld. Dat is een belangrijk document, want daarin staat wat op grond van de vigerende privacyregelgeving toegestaan is. Voor een zorgprofessional kan de uitkomst van de afweging zijn dat het medisch beroepsgeheim in de weg staat aan het delen van patiëntgegevens, maar in een deel van de gevallen is andere informatie dan de informatie die onder die geheimhoudingsplicht valt, voldoende om betrokkene passend te kunnen bejegenen in het geval de politie met betrokkene in aanraking komt. Het Veiligheidshuis kan ook met inachtneming van privacy en het medisch beroepsgeheim bijdragen aan de informatiepositie van de politie.

Voorzitter. Ik ga verder met het punt ambulante zorg. De Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang sluiten aan bij de veranderende maatschappelijke opvattingen dat zorg zo veel mogelijk in de eigen omgeving van de cliënt moet plaatsvinden en dat patiënten die daartoe in staat zijn, een zo veel mogelijk in de samenleving geïntegreerd leven moeten kunnen leiden. De huidige Wet BOPZ is op dit punt niet toereikend. De Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz zijn op dit punt vernieuwend. Deze wetten maken het onder strikte voorwaarden mogelijk dat gedwongen zorg ook buiten klassieke instellingen verleend kan worden. Mensen die dringend zorg nodig hebben, kunnen bij gedwongen zorg wel thuis blijven wonen, maar ze kunnen, als dat toch tot onveilige situaties leidt, ook in een kleinschalige woonvoorziening worden opgevangen. Ik heb dat zojuist al aangegeven. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren in een vorm van beschermd wonen.

Uiteraard moet zorg altijd verantwoord en veilig zijn. Het is dus ook nadrukkelijk niet zo dat zorg nu ambulante gegeven móet worden. Ambulante dwang biedt de mogelijkheid om meer maatwerk te bieden. De vereisten voor ambulante zorg zijn reeds voor een belangrijk deel vastgelegd in de wetsvoorstellen zelf. Die termen zijn bekend. Er kan gedacht worden aan vereisten van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en veiligheid.

Ook de procedure uit de wetsvoorstellen is onverkort van kracht op ambulante zorg. In de algemene maatregelen van bestuur onder de Wet verplichte ggz en de Wzd worden de vereisten waaronder ambulante zorg kan worden verleend, nader uitgewerkt. Die algemene maatregelen van bestuur liggen op dit moment ter consultatie voor in het veld. Uit gesprekken die in het voorjaar van 2017 met het veld zijn gehouden, is gebleken dat zorg in de ambulante situatie flexibel moet zijn en tegemoet moet komen aan specifieke zorgbehoeften van de cliënt, waarbij rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. In de concept-AMvB's hebben we dat zo vertaald dat opgenomen is dat een aantal zaken geregeld moet zijn, onder andere ten aanzien van de bereikbaarheid van de zorgverlener en het toezicht, maar dat er bij het bepalen van de wijze waarop dat vorm wordt gegeven, ruimte is om rekening te houden met de specifieke situatie.

De consultatietermijn loopt binnenkort af, namelijk op 4 februari. Ik ben zeer benieuwd naar de input van het veld. Daar zijn ook vragen over gesteld. De heer Schnabel heeft

gevraagd of er inmiddels al antwoorden zijn op de vragen rond de consultatie en of de bewindspersonen kunnen aangeven of en in hoeverre al experimenteel wordt gewerkt met de richtlijnen en wat daarvan de resultaten zijn. De inspraak loopt nog, maar bekend is wel dat bijvoorbeeld GGZ Nederland bepleit of laat weten er geen voorstander van te zijn om fixatie bij voorbaat in de ambulante situatie helemaal uit te sluiten. Dat is een belangrijk inputpunt van GGZ Nederland. Nou, daar moeten wij wat mee.

Een ander punt gaat over experimenteren, ook een vraag van de heer Schnabel. Op dit moment kan er simpelweg niet geëxperimenteerd worden omdat er geen wettelijke grondslag is. Je kan allerlei pilots verzinnen, maar je mag niet experimenteren met ambulante dwang omdat het nog niet wettelijk is toegestaan.

Mevrouw Baay vroeg waarom wij zoveel via de AMvB regelen en niet in de wet. Heel veel belangrijke zaken zijn in de wetten geregeld. Ik heb er al heel veel genoemd. De aanvullende waarborgen die in beide AMvB's zullen worden geregeld, vloeien met name voort uit het verschil tussen de setting binnen een accommodatie en de setting buiten een accommodatie. Daar gaan de AMvB's vooral over. En zoals ik al aangaf: op 4 februari is de consultatie-inbreng van de mensen die daar verstand van hebben in het land.

Mevrouw De Bruijn heeft in het kader van ambulante dwang — dit staat even los van de AMvB's — nog gevraagd of de staatssecretaris niet bezorgd is dat vanwege het gebrek aan voldoende professioneel toezicht toch wordt besloten tot gedwongen opname. Ik kom straks even terug op de mate waarin ambulantisering vorm krijgt, maar uiteraard is het uitgangspunt dat zorg altijd verantwoord en veilig moet zijn. Uiteraard is het niet zo dat zorg nu ambulante moet worden gegeven. Het is wel het uitgangspunt. Sterker nog, wij willen zo weinig mogelijk gedwongen zorg geven. Gebrek aan personeel of toezicht zou geen reden mogen zijn om iemand op te nemen in plaats van ambulante te behandelen als dat beter is. Daarom laat de AMvB het oordeel over toezicht zo veel mogelijk aan de zorgaanbieder en is bijvoorbeeld niet geëist dat te allen tijde twee zorgverleners aanwezig zijn. Ook aan de capaciteit wordt gewerkt. Veldpartijen zijn bezig in het kader van de wachtlijsten om de capaciteit op te plussen. Ik kom daar straks nog heel kort op terug.

Mevrouw De Bruijn heeft ook gevraagd welke mogelijkheden voor verplichte zorg in de ambulante situatie de staatssecretaris voor zich ziet. Als mogelijkheid voor verplichte zorg thuis, zie ik onder meer verplichte medicatie. Op dit moment is het nog niet mogelijk om thuis verplichte medicatie toe te dienen. Wel bestaat onder de Wet BOPZ de mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging, waarbij ambulante behandeling als voorwaarde wordt gesteld om gedwongen opname te voorkomen. Indien een patiënt zich niet aan die voorwaarde houdt en ambulante behandeling weigert, moet hij alsnog opgenomen worden om tegen zijn wil behandeld te worden, want dat is dan het enige alternatief. Bij de Wet verplichte ggz is dat niet nodig in het geval betrokkene thuis ambulante behandeling wil, bijvoorbeeld een verplichte medicatie, terwijl dit wel onderdeel is van de zorgmachtiging. Hij kan in zo'n situatie ook worden overgebracht naar een kliniek, bijvoorbeeld een polikliniek, om alsnog behandeld te worden. Daarna kan betrokkene weer naar huis. Door betrokkene eigenlijk

geen keuze te laten wil je opnamevoorkomend werken. Daarmee ligt aan de Wet verplichte ggz een wezenlijk ander principe ten grondslag dan aan de Wet BOPZ. Een voorwaardelijke machtiging onder de Wet BOPZ stelt als interventie de gedwongen opname centraal, terwijl de Wet verplichte ggz waarover wij het nu hebben, de behandeling centraal stelt.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Ik wil even terug naar vorige punt van de staatssecretaris. Ik zie overigens zelf ook inderdaad dat de mogelijkheid om in de ambulante setting verplichte medicatie toe te dienen, waarschijnlijk een van de meest belangrijke versterkingen is binnen de Wet verplichte ggz. Nog even terug naar mijn vorige vraag, als professioneel toezicht nodig is in de ambulante setting. Terecht gaf de staatssecretaris aan dat gebrek aan of onvoldoende personeel natuurlijk nooit de reden mag zijn dat overgeschakeld wordt naar gedwongen opname. Maar u legt de beslissing daarover wel bij de zorgaanbieders. Daarmee loop je dan toch wel weer het risico dat die de afweging gaan maken of zij voldoende mensen hebben om deze zorg op deze manier te bieden, of dat zij overgaan tot opname. Ziet u dat niet als een potentieel risico?

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik snap heel goed het punt van mevrouw De Bruijn. Dat is waarschijnlijk een risico. Niet voor niets zijn wij op dit moment met alle relevante organisaties bezig om de wachttijden bijvoorbeeld terug te dringen, want dat heeft hier alles mee te maken. Er moet voldoende capaciteit zijn, maar het mag bijvoorbeeld ook niet zo zijn — die cultuur willen wij echt doorbreken — dat een zorgaanbieder zegt: sorry, ik heb de capaciteit niet om dat ambulante te regelen, maar bij ons in de instelling kan het prima. Het mag dus geen eenrichtingsverkeer worden, terwijl een collega-zorgaanbieder wel degelijk capaciteit heeft in de ambulante sfeer. Dan moet er ook verwezen kunnen worden naar een collega-aanbieder. Die cultuur willen wij echt meer tussen de oren hebben. Daar spreek ik de sector ook op aan. Ik zie ook een heleboel verbeteringen op dat punt, maar daarmee zijn wij er nog niet.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Zoals de staatssecretaris het voorstelt, zal het inderdaad tot een verbetering leiden. Het is goed dat die afweging wordt gemaakt. Ook in dit geval zal het waarschijnlijk niet weer de 100% perfecte situatie opleveren, maar het is goed dat u daar in ieder geval aandacht voor hebt. Dank u wel.

Mevrouw Barth (PvdA):

Dit punt brengt mij toch op een kernvraag uit mijn inbreng, namelijk de onderbesteding in de ggz, bijna 300 miljoen euro, en de veel te snelle afbouw van de bedden ten opzichte van de te langzame groei van de ambulante capaciteit. Dat is het landelijk beeld op dit moment. Voor de aanbieders is dat een lastige realiteit, want het zijn met name toch de zorgverzekeraars die niet goed inkopen en het geld op de plank laten liggen. Ik zou het erg prettig vinden als de staatssecretaris met gepaste daadkracht daarop nog zou willen reageren.

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter, als u het goedvindt, wil ik daar in het volgende blokje onder de noemer "uitvoering" op ingaan. Ik ga echt proberen om dat met gezwinde spoed te doen. Ik ga dan ook in op de wachttijden en op het uitblijven van adequaat inkopen rond ambulante zorg.

Mevrouw Barth heeft overigens bij het punt zorg onder dwang gevraagd of er in die sfeer onderscheid is tussen lichte en zware vormen van zorg.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik kan de staatssecretaris misschien een beetje helpen: die vraag heb ik gesteld in het kader van de Wzd, niet in het kader van de Wet verplichte ggz.

Staatssecretaris Blokhuis:

Dan is die beantwoord. Ik had nog een heel mooi ander antwoord.

Dat schiet op, voorzitter, ik kom bij het punt uitvoering. Dat is een ander blok. Ik heb de Kamer juist geschetst wat wij regelen in de voorliggende wetsvoorstellen. Het werk is daarmee vanzelfsprekend niet gedaan. Minstens even relevant is hoe de wet uitgevoerd gaat worden en hoe de wet in de praktijk gaat werken. Wij staan, samen met de betrokken veldpartijen, in de startblokken voor de voorbereiding van de inwerkingtreding. Terecht heeft mevrouw Oomen bijvoorbeeld er aandacht voor gevraagd dat dit in de hele keten goed geborgd moet worden.

Mevrouw Strik heeft in dat kader gevraagd hoe de regering ervoor zorgt dat de wetten, ondanks alle wijzigingen die ook in de nabije toekomst te verwachten zijn, uitvoerbaar blijven en de professionals en de cliënten daarvan geen hinder ondervinden. Een goed implementatietraject is daarbij essentieel. Wanneer besluitvorming door uw Kamer over de wetsvoorstellen heeft plaatsgevonden, gaat het werk in het veld pas echt goed beginnen. Voor alle drie de wetsvoorstellen wordt een implementatietraject met veldpartijen gestart, zoals ik ze maar even noem. Daarbij zal er nadrukkelijk aandacht zijn voor de samenhang tussen de wetsvoorstellen en de uitvoerbaarheid. De minister heeft zojuist al aangegeven hoe gefaseerde invoering van de wet eventueel kan plaatsvinden. Maar ook de informatievoorziening, bijvoorbeeld, kan gefaseerd plaatsvinden, los van de invoering van de wetten.

Er wordt voldaan aan het verzoek om geen extra administratieve lastendruk te veroorzaken, die zou ontstaan wanneer de wetten niet per kalenderjaar in werking zouden treden.

Op dit moment vindt overleg plaats tussen GGZ Nederland, de NZa, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS over financiering van kosten die voortvloeien uit de wet. Daarbij wordt onder andere bekeken of prestaties en tarieven voor verplichte zorg moeten worden aangepast. Dat gaat over tarieven.

Een ander zorgpunt is: hebben gemeenten voldoende middelen om hun hele werkveld ook op orde te hebben? Mevrouw De Bruijn heeft daar nadrukkelijk om gevraagd. Wij laten in beeld brengen welke kosten daarmee gepaard

gaan, in hoeverre gemeenten die kosten zelf kunnen dragen en wat daarvoor nodig is.

De keteninformatievoorziening wordt door de ketenpartners nader uitgewerkt. De kosten van realisatie voor het geheel en per ketenpartner zijn daar onderdeel van. Daarnaast gaan wij ervan uit dat deze wet ook besparingen met zich mee zou kunnen brengen. Zo zal eerder kunnen worden ingegrepen en dat kan leiden tot meer ingrepen, maar door vroegtijdig ingrijpen kan zwaarder ingrijpen worden voorkomen. Juist vanwege deze lastig te duiden factoren zullen vanaf het moment van inwerkingtreding van deze wet de kosten en besparingen worden gemonitord.

De heer Dercksen van de PVV heeft gevraagd om meer tijd voor de invoering van de ICT. Is daar ruimte voor? De minister is al ingegaan op de implementatie en wij schatten zo in dat er, nu wij kiezen voor implementatie in 2020, voldoende tijd is en dat ketenpartners op tijd van start kunnen gaan, ook met de ICT.

Voor een goede uitvoering van de wet is het noodzakelijk dat tijdelijk en vlot ...

De heer Dercksen (PVV):

Ik probeerde te rennen om de volgende zin voor te zijn. De volgende vraag was: is daar ook voldoende geld voor? Ik heb namelijk van het OM begrepen dat ze daar ook nog wel de middelen bij zoeken.

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter, dit moet nog wel nader in beeld worden gebracht. Zoals u weet zijn er wel middelen gereserveerd. Of die voldoende zijn, moeten we in de loop van de komende maanden met elkaar gaan uitvinden. Dit zijn van die dingen die de neiging hebben om soms wat duurder te worden dan je inschat. Het moet goed gebeuren. Ik zeg daar wel nadrukkelijk bij dat het niet de bedoeling is dat bijvoorbeeld elke zorgaanbieder een heel nieuw ICT-systeem moet kopen. Het kan zijn dat ze met hun bestaande systeem zorgen voor goede koppelingen.

Voor een goede uitvoering van deze wet is het noodzakelijk dat tijdig en vlot kan worden opgeschaald en afgeschaald in de zorg. Ook op dat afschalen hamer ik steeds bij de sector; ook daar moet aan gedacht worden. Er zijn op dit moment wachtlijsten in de ggz. Dat is een onderwerp dat onze serieuze aandacht heeft. Ik heb ook bij het kennismakingsgesprek met de vaste commissie van VWS van de Eerste Kamer gemeld dat dit mijn prioritaire aandacht heeft. De betrokken partijen werken er ook zeer hard aan om met elkaar binnen de treeknormen te komen. Er is een afspraak gemaakt met de minister in juni om de wachtlijsten in juli met elkaar binnen de treeknormen te hebben. Ik houd de partijen daaraan. Ze zeggen ook dat ze nadrukkelijk geëngageerd zijn om dat te halen.

Het is overigens wel een veelkoppig monster. Er valt niet makkelijk een oorzaak of twee te duiden, van: hier ligt het aan of daar ligt het aan. Het is ontzettend ingewikkeld, zeg ik in reactie op een vraag van de heer Don, maar ook in reactie op de opmerkingen van mevrouw Barth. Het paradoxale is: geld is het probleem niet. Er is geld beschikbaar, maar kennelijk wordt er niet adequaat of niet voldoende

beveiligde acute en ambulante ggz ingekocht. Nu gaan mij daar verschillende Kamerleden vragen over stellen, maar ik wil daarover zeggen: ZN en GGZ Nederland zullen uiterlijk in maart op basis van de contracteringsafspraken 2018 — die hebben ze nu met elkaar vormgegeven — inzicht geven in de uitbreiding van de capaciteit voor beveiligde acute en ambulante ggz. Voor ambulante ggz gebeurt dat in nauwe afstemming met het Trimbos-instituut, want dat brengt heel zorgvuldig in beeld in welke mate er adequate ambulante hulpverlening wordt geboden. De urgentie wordt dus van verschillende kanten gezien en van verschillende kanten wordt het vergrootglas erop gelegd. In het vroege voorjaar kunnen we daar meer over zeggen. Ik heb op dit punt niet heel veel meer te melden op dit moment. Hoewel, ik kan er nog wel meer over zeggen.

De voorzitter:

De heer Don gaat u eerst wat vragen.

De heer Don (SP):

Kort, voorzitter. Wachtlijsten zijn een probleem. Ik denk dat een van de oorzaken van de wachtlijstproblematiek is de problematiek van de psychiaters. Op dit moment zijn er ongeveer 650 vacatures voor psychiaters, heb ik begrepen. Ik heb dat getal niet geïnterpreteerd, maar als het klopt, op een totaal van ongeveer 4.000, dan ligt er toch wel iets heel stevig.

Mevrouw Barth (PvdA):

Aanvullend. Geld is niet het probleem, maar geld is ook wel het probleem, want geld dat niet wordt uitgegeven, is een probleem. Dus ik hoop dat de staatssecretaris klaarstaat om, als er in maart geen bevredigende resultaten komen over de uitbreiding van de capaciteit op precies de punten die hij noemt — ambulant, beveiligd — met name de zorgverzekeraars buitengewoon bestraffend toe te spreken, want zij moeten echt actiever gaan inkopen. Dit is ook indertijd niet afgesproken bij het meerjarenakkoord ggz. Over de afbouw van de bedden was de afspraak dat de opbouw van de ambulante zorg niet achter zou blijven. De zorgverzekeraars hebben zich simpelweg niet aan die afspraak gehouden.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik weet niet of het zo is dat alle schuld daarvoor in één paar schoenen moet worden geschoven. Ik ben in intensief overleg met de relevante partijen: met de zorgverzekeraars maar ook met de aanbieders, die veelkleurig zijn, en bijvoorbeeld ook met MIND. Wij hebben daar heel intensieve gesprekken over en wij proberen echt goed te doorgronden waar precies de schoen wringt. Een troostvolle gedachte daarbij is wel dat de kleine 300 miljoen waar mevrouw Barth het over had, ook in dit jaar inzetbaar is, boven het beschikbare budget voor ggz, om wat te doen aan dit probleem, en hier staat een staatssecretaris die heel erg gemotiveerd is om dat te helpen oplossen. Volgens mij is dat in ons aller belang.

De voorzitter:

Mag ik nog een keer vragen of de staatssecretaris een inschatting kan maken wanneer hij klaar is?

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Ik heb nog twee kantjes eigen tekst en nog een paar losse vragen. Ik ben voor middernacht klaar, maar dan komt er nog een minister.

De voorzitter:

Ik mag hopen dat u wat eerder klaar bent. U bent inderdaad voor middernacht klaar, maar dat kan ook nu zijn. En dan hebben we nog de minister van Justitie en Veiligheid.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Voorzitter, ik wil ook wel gewoon het blokje dat ik hier voor me heb afronden, zodat u daarna de leden kunt vragen of ik vragen laat liggen op mijn domein?

De voorzitter:

Nee.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Nee, dat gaat u niet doen? Dan ga ik gewoon verder.

De voorzitter:

Met in uw achterhoofd dat we ergens een eindtijd hebben.

Staatssecretaris **Blokhuis**:

Ja. De zorgverzekeraars en de ggz-aanbieders hebben samen de afspraak gemaakt om te investeren in ambulante zorg, als onderdeel van de afspraken die met de vorige minister gemaakt zijn. Dit voorjaar wordt dus inzichtelijk gemaakt in hoeverre dat gebeurd is. Ik verwacht in maart of april daar veel meer helderheid over te kunnen bieden. Ik zei al dat partijen hebben aangegeven zich volledig te committeren en daar zal ik ze ook aan houden.

Voorzitter, ik kijk even waar ik misschien tekst kan overslaan. Dan ga ik nu naar het punt van voldoende beveiligde zorg. De omvang van de capaciteit van beveiligde zorg dient net als voor de reguliere zorg tot stand te komen door afspraken tussen enerzijds zorgaanbieders in de ggz en anderzijds de verzekeraars. Er is geen gebrek aan financiële middelen, zoals ik net ook al zei in de richting van mevrouw Barth. In mijn brief van 22 december jongstleden aan de Tweede Kamer over de wachttijden en ambulantisering heb ik ook gemeld dat de NZa heeft geconstateerd dat de gemaakte afspraak over het uitbreiden van de behandelcapaciteit van beveiligde zorg niet voldoende van de grond komt. GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland gaan samen concretiseren op welke wijze die afspraak alsnog kan worden ingevuld. Ik kan u daar binnenkort nader over informeren. Daarmee wilde ik dit blok afronden.

Voorzitter. Ik ga tot slot in op een paar vragen die gesteld zijn en die ik onder de noemer "overige" schaar, maar die misschien wel net zo goed in mijn verhaal hadden gekund. In de eerste plaats de vraag van de heer Don over separatie. Waarom komt het in de ggz nog steeds voor dat mensen gesepareerd worden? Het antwoord is: in de praktijk kan iemand gesepareerd worden als er geen andere passende, minder ingrijpende alternatieven doelmatig ingezet kunnen worden. Dat neemt niet weg — en op dat punt hebben de

heer Don en ik echt een band — dat separeren in de ggz altijd zo veel mogelijk zal moeten worden voorkomen. De ggz neemt initiatieven om dat separeren verder terug te dringen. De heer Don wees zelf ook op het Dolhuys Manifest. De inspectie besteedt in haar toezicht nadrukkelijk aandacht aan preventie van separeren, aan teamcultuur en tijdige consultatie.

De heer Don vroeg zich ook af of het Rijk niet wat actiever kan meedenken over het Dolhuys Manifest. Inderdaad hebben op 23 juni 2016 12 ggz-instellingen het Dolhuys Manifest "Nederlandse ggz separeervrij!" ondertekend. Zij willen ook dat de isoleercel voor 1 januari 2020 wordt afgeschaft. Ik vind het fantastisch dat instellingen zelf dat initiatief nemen. Dwangopnames moeten een ultimatum remedium zijn. Dat heb ik al eerder gezegd, maar ik zeg de heer Don graag toe dat ik in gesprek ga met de sector over hoe ik dwangopnames en dwangmaatregelen verder kan terugdringen. Ik zie dat wel degelijk ook als een verantwoordelijkheid van het Rijk, in overleg met de verantwoordelijke zorgpartners.

Over het terugdringen van dwang en drang heeft mevrouw Barth ook vragen gesteld: hoe denkt u bij te dragen aan het versnellen en versterken van het terugdringen van dwang en drang en hoe gaat de inspectie dat monitoren? Ik gaf net al aan dat ik zo'n initiatief dat door de marktpartijen zelf is genomen van harte omarm. De ggz is al geruime tijd actief bezig om dwang te reduceren, bijvoorbeeld door het bieden van hoogwaardige intensieve begeleiding binnen de high intensive care. Van belang is dat instellingen blijven investeren in het terugdringen. Daarom zouden meer organisaties moeten aansluiten bij het initiatief dat zojuist genoemd is. Er is nu, denken wij, een cultuuromslag gaande.

De heer Don (SP):

Ik wil de staatssecretaris bedanken voor zijn toezegging. Het is een belangrijke toezegging. Om dit voor elkaar te krijgen zijn er gangmakers nodig en u bent een gangmaker. Dank u wel.

Mevrouw Barth (PvdA):

Heel kort. Gaat dit onderwerp ook gerichte aandacht krijgen in de evaluaties die we net met de minister hebben afgesproken?

Staatssecretaris Blokhuis:

Dat lijkt mij heel goed, maar volgens mij had ik in antwoord op een vraag van de fractie van GroenLinks over de ontwikkeling van dwang en drang al gezegd dat we sowieso doelen moeten formuleren en die vervolgens ook evalueren. Los daarvan heeft de inspectie in haar toezicht nadrukkelijk aandacht voor de verdere terugdringing van dwang en drang, dus daar gaat de inspectie wel degelijk zeer zorgvuldig naar kijken.

Ik ben al ingegaan op de vraag van de heer Ganzevoort of wij inzicht hebben in de relatie tussen de capaciteit van zorg en de inzet van dwang en drang. Ik heb al toegezegd dat ik met de marktpartijen wil kijken in hoeverre we daarover met elkaar doelen kunnen formuleren.

Mevrouw Wezel van de SP heeft vragen gesteld over het functioneren van de inspectie: het debat over het functioneren van de IGJ loopt al langer; wat is er aan de hand en wat gaat u doen? Het onderzoek van Sorgdrager en Van der Steenhoven in 2012 heeft aanknopingspunten gegeven voor de inspectie om tot een verbetertraject te komen. Dat wordt ook gemonitord door een visitatiecommissie. Inmiddels heeft de inspectie dit verbetertraject doorlopen, waarbij ingrijpende maatregelen zijn geïmplementeerd in de organisatie. Dat zijn maatregelen die de bouwstenen hebben gelegd op basis waarvan de inspectie zich heeft ontwikkeld tot een goed functionerende organisatie die zich de komende jaren ook verder kan ontwikkelen. Ons beeld is dus dat er wel degelijk verbeterlagen zijn gemaakt. Nu het verbetertraject in 2016 is afgerond, ontwikkelt de inspectie zich verder. In 2017 is bijvoorbeeld een ISO-kwaliteitsmanagementsysteemcertificaat behaald. De inspectie zit inmiddels ook in een fusietraject voor de Inspectie Jeugdzorg. Ik heb er vertrouwen in dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting zich ook de komende tijd verder zal blijven ontwikkelen.

Voorzitter, er zijn nog een paar overige vragen.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik heb een vraag aan de staatssecretaris via de voorzitter. Hoe ziet u het rapport dat er nu ligt? Beantwoordt dat de vragen van de regering over de zaak-Michael P.?

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik heb meer in algemene termen een antwoord gegeven over ISO-certificering en waar de inspectie nu staat. Op deze specifieke vraag kan ik in deze termijn geen antwoord geven. Ik wil daar even over kunnen nadenken en dan kom ik er in tweede termijn op terug. Zullen we dat afspreken?

Mevrouw Wezel (SP):

Dank u wel.

Staatssecretaris Blokhuis:

Voorzitter, ik heb nog een paar vragen en dan ben ik klaar.

De heer Don heeft gevraagd: kan de staatssecretaris iets vertellen over de omvang van zorgmijding, omdat mensen hun eigen risico niet kunnen betalen? Zorgmijding is heel lastig te onderzoeken. Het NIVEL brengt regelmatig rapportage uit. De laatste rapportage, die dateert van 2015 — ik weet dus niet in hoeverre die een trouw beeld geeft van de actuele stand — laat zien dat 3% van de zorgmijders dat doet uit financiële overwegingen. Dat lijkt niet veel, maar elke zorgmijder die dat doet uit financiële overwegingen is er wat mij betreft een te veel. In dit kader is het belangrijk om te wijzen op de belangrijke rol die wel degelijk in de wijken en de buurten van steden, gemeenten en dorpen wordt gespeeld door de FACT-teams en de sociale wijkteams van gemeenten die echt op zoek gaan naar mensen, die vragen formuleren en die boven tafel proberen te krijgen waar het aan schort.

Een belangrijk onderdeel van de aanpak van mensen met verward gedrag is vroegtijdig signaleren. Die signalen moet je ergens kunnen neerleggen, waarna je voor passende

zorg en ondersteuning kunt zorgen. Die vraag moet je soms ophalen. Ook als mensen financiële problemen hebben, moet je ze helpen. Ik gaf net aan dat we ook een relatie willen leggen met schuldhulpverlening. We willen heel breed kijken. Ik heb daar gesprekken over met mijn collega Tamara van Ark van Sociale Zaken, want schuldhulpverlening en ggz hebben alles met elkaar te maken.

Voorzitter. De heer Schnabel heeft gevraagd of ik bereid ben om toe te zeggen dat de evaluatie van de Wet verplichte ggz vanaf het begin in het bijzonder aandacht zal schenken aan het uitgangspunt dat formeel en moreel beter als vijand kan worden gezien van wat praktisch en klinisch door professionals in de ggz als het goede en noodzakelijke wordt gezien. Deze zin zou ik nooit uit mijn hoofd kunnen zeggen en ik weet ook niet of die helemaal klopt zoals ik hem voorlees, maar u weet wat ik bedoel. Het korte antwoord daarop is ja.

Ik heb nog vier vragen te gaan. De heer Don heeft een vraag gesteld over de registratie van dwangmaatregelen. Kunnen we ggz-aanbieders verplichten om dwangmaatregelen inzichtelijk te maken voor derden, bijvoorbeeld in hun jaarverslag? Voor de jaarlijkse publicatie van dwangmaatregelen kan worden gekeken naar de Transparantiekalender van het Zorginstituut Nederland. Op grond van de Zorgverzekeringswet moeten ggz-instellingen nu al jaarlijks door middel van die kalender aangeven hoeveel er wordt gesepareerd en hoelang er gesepareerd is. Daarnaast publiceert de inspectie jaarlijks de geaggregeerde gegevens met betrekking tot de toepassing van dwang op landelijk niveau. In dit kader is relevant dat er niet per se een eenduidig causaal verband is tussen de mate waarin dwangmaatregelen worden toegepast en de kwaliteit van zorg. We moeten dus voorzichtig zijn om daarin heel snel een causaal verband te zien. Maar — nu komt de uitsmijter — in reactie op een door de fractie van GroenLinks in de Tweede Kamer op de laatste dag voor het kerstreces ingediende motie op dit punt heb ik verzocht om wat tijd om deze vraag goed te bestuderen. Zij stelde dezelfde vraag: laat instellingen inzichtelijk maken in welke mate zij dwangmaatregelen toepassen. Ik heb de Tweede Kamer toegezegd dat ik daarover eind januari of begin februari informatie zal kunnen geven. Ik heb ook aangegeven goed te zullen kijken naar de juridische grondslag. Die motie is vervolgens aangehouden door GroenLinks. Ik zou deze Kamer eigenlijk dezelfde vraag willen stellen. Ik kom graag op deze zaak terug. Als wij de Tweede Kamer informeren, dan is het voor ons een kleine moeite om diezelfde informatie ook naar de Eerste Kamer te zenden.

Voorzitter. Mevrouw Barth vroeg of ik een taak zie om het oprukken van opiumverslaving door het voorschrijven door artsen van oxycodon te voorkomen. Dat is een belangwekkend punt. Het heeft volgens mij niet direct een link met de inhoud van de wet, maar wel met de cliëntgroep waar we het over hebben. Ik heb op dit moment onvoldoende zicht op deze problematiek. Ik wil mevrouw Barth graag beloven dat wij hier serieus naar gaan kijken. Ik zal de Eerste Kamer daar vervolgens per brief over informeren.

Ik zie tot mijn blijdschap dat ik er ben, voorzitter. Het waren toch minder dan vier vragen.

De voorzitter:

Dat is fijn, staatssecretaris. Dank u wel, dat is mooi. Maar mevrouw Barth heeft nog een vraag. Ik vraag haar om die kort te houden, dan zijn we een heel eind verder.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik heb vragen gesteld over de eventuele wenselijkheid van een aparte wet over gedwongen zorg voor minderjarigen. Die is door zowel de minister als de staatssecretaris niet beantwoord. Ik heb zo'n gevoel dat de minister voor Rechtsbescherming hem ook niet gaat beantwoorden.

Staatssecretaris Blokhuis:

Laat ik dan mevrouw Barth blij maken. Mag ik de vraag beantwoorden, voorzitter?

De voorzitter:

Met alle plezier.

Staatssecretaris Blokhuis:

Ik heb hem voor me liggen, maar ik dacht: dat heeft mevrouw Barth toch niet door. Nee hoor, ik had zo veel vragen beantwoord dat ik dacht: ik noem hem niet. Mijn excuses daarvoor. Ik heb het antwoord hier voor me, dus ik zal het weergeven.

Welke plannen heeft het kabinet met betrekking tot de rechtspositie van minderjarigen rondom gedwongen zorg? Exact die vraag werd gesteld. In de memorie van antwoord hebben wij al aangegeven dat dit wetsvoorstel nog in het stadium verkeert van voorbereidende werkzaamheden. Dat heeft te maken met de complexiteit van het onderwerp, de vrijheidsbeperking van jeugdigen die om verschillende redenen gesloten verblijven. Het gaat om een zorgvuldige afweging van enerzijds de regeling van rechten en mogelijke beperkingen in het licht van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en anderzijds de kaders voor een pedagogisch klimaat, het beginsel van verantwoorde hulp en de doelen van opvoeding, behandeling en voorbereiding van terugkeer in de samenleving. Die twee moeten met elkaar in evenwicht worden gebracht. Daarnaast is nu eerst prioriteit te geven aan de Wet verplichte ggz, de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg. Voor de zomer zal het kabinet de Eerste Kamer informeren over het tijdspad voor deze specifieke regeling. Dat is het antwoord op deze vraag.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de minister voor Rechtsbescherming.

Minister Dekker:

Voorzitter. Ook ik wil graag mijn dank uitspreken voor de inbreng van alle leden. Je zou kunnen zeggen: al het goede komt in drieën. Drie bewindspersonen achter de tafel, drie wetsvoorstellen op de rol. Ik weet niet of het samenhangt met de deelname van twee confessionele partijen aan het nieuwe kabinet, maar je zou toch zeggen dat het haast geen toeval kan zijn. Ik beloof u in ieder geval één ding: de klok

van 3.00 uur gaan we vandaag niet halen. Ik ga dus snel van start.

Ik wil mij in mijn inbreng concentreren op de Wet forensische zorg, die qua karakter wat anders is dan de twee andere wetsvoorstellen. Het is niet zozeer een rechtspositiewet maar veelmeer een hoofdzaken- en organisatiewet, met daarin wel enkele rechtspostionele elementen. Ik denk dat het ook een genoegen is om die wet hier te mogen behandelen. Mevrouw Oomen refereerde er al aan: de aanleiding voor dat wetsvoorstel is gelegen in deze Kamer, met een motie van een voormalig lid van uw Kamer, de heer Van de Beeten. Die motie dateert overigens van ruim 14 jaar terug. Dat is een hele tijd geleden. Om precieze te zijn: het was juli 2004. Die motie was een reactie op een aantal problemen uit de praktijk als gevolg van het feit dat het regulier zorgstelsel eigenlijk niet aansloot op de zorg die in een strafrechtelijk kader nodig was. Zo werd bijvoorbeeld in het gevangeniswezen geconstateerd dat er sprake was van een toenemend aantal gedetineerden met psychiatrische problematiek aan wie niet de noodzakelijke zorg geboden kon worden. Voor het verminderen van de kans op recidive en resocialisatie was dat wel nodig. Daarnaast was het voor de reclassering vaak lastig om passende behandel mogelijkheden te realiseren voor justitiabelen met zorg als bijzondere voorwaarde, als extra maatregel. Een van de oorzaken daarvan was het gegeven dat de bekostiging via de zorgverzekering liep en dat er in de zorg wachtlijsten bestonden. Justitie had geen mogelijkheid om zelf te sturen op de zorg in een strafrechtelijk kader. Dat had weer tot gevolg dat de minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de juiste tenuitvoerlegging van straffen niet goed kon waarmaken.

Met dit wetsvoorstel krijgt de minister van JenV meer mogelijkheden om te sturen op forensische zorg. Dat is uiteindelijk heel belangrijk als je wat wilt doen aan de terugdringing van recidive en via een meer persoonsgerichte aanpak ervoor wilt zorgen dat gedetineerden die zorg nodig hebben, uiteindelijk op de juiste plek belanden. In de richting van de heer Dercksen zeg ik dan direct: op tbs, een belangrijk onderdeel binnen de forensische zorg, kun je natuurlijk wel kritiek hebben, maar de recidivepercentages bij mensen die vanuit de tbs terug de maatschappij ingaan, zijn toch beduidend lager dan bij gedetineerden die uit het reguliere gevangeniswezen terug de maatschappij ingaan. Bij tbs heb je het over 19%, terwijl dat percentage in het reguliere gevangeniswezen vele malen hoger ligt, op zo'n 47%.

Ik behandel de vragen langs een aantal thema's. Ik wil het hebben over de continuïteit van zorg in relatie tot artikel 2.3 van de Wet forensische zorg. Ik wil het verder hebben over een aantal organisatorische aspecten van de wet. Denk daarbij aan bevoegdheden, indicatiestelling en plaatsing, en inkoop. Ik zou het graag willen hebben over de invulling door het OM van de verzoekersrol — dit kan overigens kort — en de redenen waarom hiervoor gekozen is. De collega's hebben er zojuist al wat over gezegd. Ik kan straks iets meer zeggen over de invulling daarvan. Ik heb ook een blokje varia, maar ik begin met het hoofdthema, waarover de meeste vragen zijn gesteld in deze Kamer, maar dat ook buiten deze Kamer veel aandacht krijgt: het vraagstuk van de weigerende observandi.

Voorzitter. Zoals u weet, stelt het NIFP rapportages op over de aanwezigheid van een geestesstoornis bij verdachten

van ernstige misdrijven. Het Pieter Baan Centrum rapporteert jaarlijks over ongeveer 200 observandi. De afgelopen jaren — het is niet een zeer recente stijging; we zien dat die stijging een aantal jaren eerder is ingetreden — zien we dat dit ertoe leidt dat ongeveer de helft van die 200 observandi weigert om mee te werken aan dat onderzoek. Het gaat om ongeveer 100 verdachten per jaar, ondanks dat we tegelijkertijd zien dat de gemiddelde behandelduur afneemt. Daarbij refereer ik aan de vraag die mevrouw Barth daarover stelde. Het is niet zo dat met een kortere behandelduur nu meer verdachten meewerken aan het onderzoek. Dat is in mijn ogen een probleem, want als verdachten niet meewerken, wordt het voor psychiaters erg moeilijk om toch tot een goed en concludent advies te komen over de aanwezigheid van een stoornis ten tijde van het delict en daarmee de vraag te beantwoorden of er noodzaak en wenselijkheid is tot het opleggen van een tbs-maatregel. Door de weigering mee te werken proberen verdachten een tbs-maatregel te ontlopen.

U weet — de heer Schnabel heeft ernaar verwezen, net als mevrouw Barth — dat een concludent advies van het NIFP niet per se een vereiste is voor het opleggen van een tbs-maatregel. Dat is ook vaste jurisprudentie van de Hoge Raad. Maar in de gevallen dat dit advies er niet is, moet de rechter wel op andere gronden tot een oordeel kunnen komen dat er sprake is van een stoornis. Dat is eigenlijk het toetspunt dat voor de rechter bepalend is om te komen tot oplegging van tbs. Als dat dus ontbreekt, is er sprake van een zeer ongewenste en in potentie gevaarlijke situatie. Daders, plegers van ernstige misdrijven, krijgen dan niet de behandeling die ze nodig hebben. Dat is slecht voor henzelf, maar dat brengt ook een gevaar voor de samenleving met zich mee. Er vallen mogelijk slachtoffers. Dat kan voorkomen worden als iemand wel goed behandeld wordt voor zijn stoornis. Om daar wat aan te doen is in de Wet forensische zorg de zogeheten Regeling weigerende observandi opgenomen. Daar was de afgelopen jaren natuurlijk al veel discussie over. Ik denk toch ook dat de roep om en de urgentie van een dergelijke regeling ook recent weer actueel zijn geworden naar aanleiding van de vreselijke moord op Anne Faber.

Voorzitter. De net genoemde regeling maakt het als een soort laatste redmiddel, als een ultimum remedium, mogelijk om in geval van zware misdrijven ten behoeve van de pro-justitiarapportages bestaande medische gegevens over weigerende observandi zonder hun toestemming te vorderen bij hun behandelaren. Natuurlijk is dat een ingrijpend voorstel. Het doorbreken van iets essentieels als het medisch beroepsgeheim en het voor medici daaraan gekoppelde verschoningsrecht grijpt in op een fundamenteel beginsel in ons stelsel. Dit betekent ook dat we daar uiterst terughoudend mee om moeten gaan. Ik begrijp heel goed dat de Kamer daar kritische vragen over stelt. Ik denk dat wij dat hier ook hebben gedaan achter de tafel. Maar als je kijkt naar het wetsvoorstel, zeker naar de aanpassingen die hebben plaatsgevonden, zie je dat we geprobeerd hebben om die doorbreking zo beperkt mogelijk te houden en te zorgen voor een aantal heel specifieke waarborgen in de wet.

Voordat ik inga op een aantal vragen die u heeft gesteld over de noodzakelijkheid, de proportionaliteit en de subsidiariteit, wil ik toch kort even stilstaan bij een aantal waarborgen in de wet. Daarbij gaat het zowel om procedurele als om juridische waarborgen, waarbij de vertrouwelijkheid

van de te vorderen gegevens zo veel mogelijk is behouden. Zo is bijvoorbeeld de kring van personen aan wie de gegevens worden verstrekt, zo klein mogelijk gehouden. Alleen de leden van de multidisciplinaire commissie en, in het geval dat er een rechtelijke machtiging wordt afgegeven, uiteindelijk de rapporteurs krijgen toegang tot die gegevens. Je zou kunnen zeggen: het zijn gegevens van arts tot arts. Dat betekent bijvoorbeeld dat de gegevens niet naar het Openbaar Ministerie gaan; het OM krijgt daar geen inzage in. Ik denk dat het belangrijk is om dat hier toch nog maar even heel nadrukkelijk mee te geven. Het gaat echt om het door een commissie, waar artsen deel van uitmaken, vormen van een goed advies.

Een andere belangrijke waarborg is gelegen in de onafhankelijke commissie die beoordeelt of medische gegevens beschikbaar zijn en die adviseert over de bruikbaarheid daarvan. Een onafhankelijke psychiater zal die commissie voorzitten en de artsen en gedragsdeskundigen die zitting hebben in die commissie, zijn uit hoofde van hun beroep al gehouden tot geheimhouding van gegevens, maar in aanvulling op de functionele geheimhoudingsplichten van deze leden is voor de gehele commissie vastgelegd dat op haar een geheimhoudingsplicht rust.

Mevrouw De Bruijn vroeg in dat verband hoe je dat precies gaat handhaven. Laat ik vooropstellen dat ik ervan uitga dat het niet nodig is om dat te handhaven, maar in het geval dat dat wel nodig is en dat de geheimhoudingsplicht in die commissie wordt geschonden, geldt artikel 272 Strafrecht, dat het opzettelijk schenden van het geheim dat iemand uit hoofde van zijn ambt, beroep of wettelijk voorschrift verplicht is te bewaren, strafbaar stelt. Bovendien geldt voor de BIG-geregistreerden natuurlijk ook nog een specifieke tuchtprocedure.

Ik stip de hele lijst van waarborgen korthedshalve gewoon heel kort aan. Als er vragen over zijn, moet u maar interrumpen. Het gaat daarbij om de twee waarborgen die ik zojuist noemde, maar bijvoorbeeld ook om het feit dat doorbreking alleen kan bij zeer ernstige misdrijven, dus niet bij alle gevallen maar daar waar echt sprake is van een levensdelict of van zware zedendelicten, dat er sprake is van een ultimum remedium en dat er sprake is van doelbinding. Dat laatste zeg ik in de richting van mevrouw Bikker en ook mevrouw Barth, die daar vragen over stelden. Het is dus niet zo dat die gegevens gebruikt mogen worden in het strafproces. Het gaat echt alleen maar om een goede totstandkoming van een advies: is er sprake van een stoornis en is het wenselijk en nodig dat tbs wordt opgelegd? Ik noem ook de waarborgen op het punt van vernietigen van gegevens, de dubbele rechterlijke toetsing en de schorsende werking tijdens een beroepsprocedure, dus bij cassatie en beroep, het betrekken van de verdachten en de informatiepositie van verdachten. Daar is allemaal aan gedacht. Met andere woorden: er zijn in dit wetsvoorstel heel veel waarborgen die er in mijn ogen toe leiden dat hier weliswaar sprake is van een inbreuk op iets fundamenteels, maar dat dit wel met zeer veel waarborgen is omgeven.

Nu kom ik toch op het punt waarop verschillende leden mij uitdaagden: wat is nu in feite de noodzaak en waarom moet dit nu precies? Ik zag bij mevrouw Bikker maar ook bij mevrouw Barth en mevrouw Strik toch nog dat zij twijfelen of nog niet overtuigd zijn. Ik ga mijn uiterste best doen om hen toch te overtuigen. Met een wettelijke doorbreking van het medisch beroepsgeheim moet, zoals ik zojuist al zei,

terughoudendheid worden betracht, maar tegelijkertijd is het beroepsgeheim niet absoluut. Ook uit de jurisprudentie, bijvoorbeeld van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, volgt dat die doorbreking is toegestaan wanneer er sprake is van een dwingende eis in het algemeen belang. Ik ben ervan overtuigd dat die situatie zich hier voordoet, omdat we het hebben over verdachten van zeer ernstige misdrijven die gericht zijn tegen het leven of van ernstige zedenmisdrijven, waarbij de kans op herhaling heel erg groot is als de daders niet behandeld worden voor hun stoornis. Dat heeft ook echt grote maatschappelijke consequenties. Deze delicten grijpen diep in in het leven van slachtoffers, maar ze tasten ook het maatschappelijke gevoel van veiligheid aan. Bij verdachten van dit soort misdrijven is het nodig dat in het kader van de strafoplegging wordt vastgesteld of er sprake is van een stoornis. Is dat het geval, dan is het belangrijk dat we in staat zijn om de meest adequate sanctie op te leggen, met de juiste plek voor zorg als er sprake is van een stoornis.

Mevrouw Barth (PvdA):

Wat ik in de beantwoording van de minister tot nu toe een beetje mis, is een nuance die de heer Wolfsen in zijn brief aan ons wel heeft aangebracht, namelijk de redenen waarom mensen weigeren. Het lijkt wel alsof aan dit voorstel de veronderstelling ten grondslag ligt dat iedereen die weigert, dat uitsluitend doet omdat hij wil dwarsliggen. Maar de heer Wolfsen heeft in zijn brief aan ons aangegeven dat mensen soms ook weigeren omdat ze onschuldig zijn en daarmee een goede reden hebben om niet aan hun eigen veroordeling te willen meewerken. Soms weigeren mensen omdat de weigering onderdeel van hun stoornis is en zij niet overzien wat de consequenties zijn van wel of niet meewerken. Al die nuances in de motivering van de weigering hoor ik tot nu toe niet in de beantwoording van de minister terugkomen en heb ik eigenlijk in deze discussie van meet af aan gemist in de motivering van het voorstel, terwijl ze bij de beoordeling van het voorstel wel degelijk van groot belang zijn.

Minister Dekker:

Ik begrijp dat punt heel goed, maar tegelijkertijd is het vaststellen van de motivering van een weigering heel moeilijk. De redenen om niet mee te werken lopen ook uiteen. Soms gaat het om een weigering op advies van een advocaat die zegt: je kunt maar beter niet meewerken, want mocht je tbs krijgen, dan weet je niet waar je aan toe bent omdat de tbs-maatregel steeds weer kan worden verlengd. Soms heeft het weigeren strafverhogende consequenties maar kiest de verdachte, al dan niet op advies van een advocaat, er toch voor om dan maar niet mee te werken. Soms is het onwetendheid. Soms is het onderdeel van de stoornis. Maar in essentie komt het steeds op hetzelfde neer, namelijk dat het in die gevallen voor psychiaters moeilijk is vast te stellen of er sprake is geweest van een stoornis ten tijde van het delict, met andere woorden of iemand toerekeningsvatbaar was toen hij het criminele feit pleegde.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik gaf net aan dat een advocaat een verdachte dat ook kan adviseren omdat die verdachte het niet gedaan heeft. De minister had het net over iemand die een delict gepleegd heeft, maar dit speelt zich allemaal af voordat een zaak bij

de rechter ligt. Dit zijn dus mensen die worden verdacht van een delict. Misschien weigert die persoon wel omdat hij het niet gedaan heeft. Ik zou het op prijs stellen als de minister in de formuleringen die hij in zijn beantwoording gebruikt, in elk geval die onschuldpresumptie zou willen meenemen. Het zijn geen mensen van wie vaststaat dat ze een delict hebben gepleegd. Ze worden ervan verdacht.

Minister Dekker:

Ik ben dat met u eens. Niemand is schuldig voordat hij is veroordeeld. Maar het gaat hier wel om verdenkingen van zeer zware strafbare feiten. Als die werkelijk zijn gepleegd door degene in kwestie en als daaraan een stoornis ten grondslag ligt, dan kan het voor de toekomst gevolgen hebben als er niets aan die stoornis wordt gedaan. Ongeacht de motivering van iemand om niet mee te werken aan onderzoek naar zichzelf, denk ik daarom dat, als er sprake is van een gepleegd feit en een daarbij behorende stoornis, het een gemiste kans, een ernstige gemiste kans is als we dat niet goed kunnen vaststellen.

De voorzitter:

Mevrouw Barth tot slot op dit punt.

Mevrouw Barth (PvdA):

Laatste vraag van mijn kant, op dit moment. Dat is nou juist de charme van het voorstel dat de heer Wolfsen aan ons heeft gestuurd. In zijn voorstel wordt zo'n draconische stap pas gezet als de rechter al heeft vastgesteld dat iemand het delict heeft gepleegd. Dan ben je veel minder met grof geschut aan het schieten op een bepaalde situatie die ook volgens ons heel duidelijk onwenselijk is. Als iemand inderdaad schuldig is aan het plegen van zo'n delict en je de kans op recidive sterk kunt verminderen door iemand een passende behandeling te geven, dan kunnen we daar helemaal in meegaan. Maar in de fase waarin het nu gaat plaatsvinden, is nog niet vastgesteld dat het delict gepleegd is. Dan ga je dus een heel zware stap zetten, namelijk het aantasten van het medisch beroepsgeheim, terwijl er alleen nog maar sprake is van de fase van het verdacht zijn van iets. Nou ja, dan zou ik heel graag een reactie van de minister willen op het voorstel van de heer Wolfsen, die dit ondervangt door die zware stappen pas te zetten als de rechter al heeft vastgesteld dat iemand schuldig is.

Minister Dekker:

Als ik kijk naar het voorstel van de heer Wolfsen, dan lijkt dat in de eerste indruk heel interessant. Ik vind het ook interessant en wil het onderzoeken, maar ik moet ook constateren dat het niet getoetst is op Europeesrechtelijke regels, waar we ook mee te maken hebben. Laat ik u er een meegeven uit het EVRM. Wij kunnen het in Nederland wel hebben over een straf en een maatregel, maar onder het EVRM zou een maatregel gezien kunnen worden als straf. Je krijgt dan eigenlijk een veroordeling in twee fasen. Ik kan mij voorstellen dat daar heel veel juridische haken en ogen aan zitten. Ik wil daar dus best naar kijken, maar het is echt een illusie om te zeggen dat dit een heel goede manier is die we snel moeten invoeren. Ik wil daar dus naar kijken, maar dat vraagt echt meer tijd en het zal ook een zeer ingrijpende aanpassing van ons strafprocesrecht vragen.

De voorzitter:

Mevrouw Barth mag nog heel even, daarna mevrouw Wezel en dan mevrouw Strik, en allemaal over hetzelfde punt.

Mevrouw Barth (PvdA):

Heel veel dank, voorzitter, dat u ons de ruimte geeft, want dit is echt een zeer principiële punt. Ik heb in mijn eerste termijn niet gevraagd om het op korte termijn in te voeren; ik heb gevraagd om het serieus te bestuderen als een alternatief. Ik zou de minister er ook graag op willen wijzen dat de heer Wolfsen ons heeft laten weten dat, wat hem betreft, van het voorstel waar het kabinet nu mee komt, vaststaat dat het strijdig is met het EVRM. Als de minister zich dus daarop beroept, krijgen we een heel ingewikkelde discussie over zijn eigen voorstel.

De voorzitter:

Mevrouw Wezel, meteen.

Mevrouw Wezel (SP):

Voorzitter. De minister wil ons, zoals hij aangaf, overtuigen van het feit dat deze wet de juiste weg is, terwijl veel partijen in deze Kamer net hebben gevraagd of hij serieus zou willen reageren op het voorstel van de Autoriteit Persoonsgegevens. Vandaar ook het verzoek aan de minister om daar serieus op in te gaan. Mevrouw Barth geeft terecht aan dat mensen het recht hebben om te zwijgen en om niet te verklaren. Het probleem met die onderzoeken is vaak dat men wordt uitgedaagd om iets te verklaren over de zaak, en zichzelf daarmee soms in de problemen helpt. Dat kan een reden zijn om niet mee te werken aan het onderzoek. Je kunt zeggen dat het voorstel van Aleid Wolfsen juist inhoudt: eerst kijken naar de feiten; dan komt er een veroordeling; en daarna pas kijken of er een straf of maatregel nodig is.

De voorzitter:

Het gaat allemaal over hetzelfde, dus dan kan het beter allemaal in één keer.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Voorzitter, ik kan heel kort zijn, want ik kan mij aansluiten bij wat mevrouw Barth zei. De heer Wolfsen voelde zich juist genoodzaakt om een alternatief te ontwikkelen vanwege zijn mensenrechtelijke bezwaren. Ik hoor daarom heel graag toch wat concretere toezeggingen over de wijze waarop de minister dit gaat bestuderen en wanneer we de uitkomst daarvan tegemoet kunnen zien.

Minister Dekker:

Laat ik benadrukken dat ik er serieus naar wil kijken, net zo goed als ik serieus wil kijken naar een suggestie die aan de overkant, in de Tweede Kamer, in het debat dat we recent hadden over tbs, is gedaan over een soort herbeoordelingsmoment na twee jaar. Er zijn zeer recent suggesties gedaan door tbs-advocaten. Ik geloof dat hier in dit debat de suggestie werd gedaan om te komen tot een voorlopige vorm van tbs. Dat zijn stuk voor stuk interessante ideeën. Maar even snel op de hand gewogen omdat ik de brief van de Autoriteit Persoonsgegevens ook pas een dag of vier gele-

den heb ontvangen, zie ik nog wel een aantal juridische haken en ogen. De suggestie die hier in het debat werd gewekt, was om het plan van de Autoriteit Persoonsgegevens snel door te voeren, want dan hebben we die regeling over weigerende observandi niet nodig. Ik wil de illusie wegnemen dat het ene het andere wel even makkelijk kan vervangen.

De voorzitter:

Ik zie mevrouw Bikker ook aankomen. Mevrouw Wezel eerst en dan mevrouw Bikker.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik hoorde de minister zeggen: het zijn interessante ideeën. Dat komt ook over als: dat zijn interessante ideeën. Kan de minister toezeggen dat hij in ieder geval dit onderdeel uit de wet buiten beschouwing wil laten? Kan hij dus toezeggen dat dit onderdeel niet meegenomen wordt?

De voorzitter:

U bedoelt waarschijnlijk: niet in werking treedt. Bedoelt u dat?

Mevrouw Wezel (SP):

Dat dit onderdeel niet in werking treedt. Dank u, voorzitter.

Minister Dekker:

Nee, daar ga ik echt niet in mee. Je ziet namelijk dat de huidige praktijk tekortschiet in het geven van goede adviezen wanneer verdachten weigeren om mee te werken aan een onderzoek naar de aanwezigheid van een stoornis. Je kunt verdachten niet verplichten om mee te werken, maar ik vind wel dat we moeten bekijken wat er nodig is om meer informatie te vergaren om te zien of er aanleiding is tot het vaststellen van een stoornis. We zien nu dat psychiaters in het Pieter Baan Centrum soms een heel eind komen, maar net onvoldoende in handen hebben. Dan kan de medische voorgeschiedenis van eerdere psychiatrische behandelingen en aandoeningen daar een rol bij spelen. Ik vind dat dit uitzonderlijk moet zijn, maar zeker als het gaat om mensen die zeer zware misdrijven gepleegd hebben, waarbij het zeer vergaande consequenties kan hebben als die mensen niet de goede behandeling krijgen in de tbs, vind ik het maatschappelijk onverantwoord om dit in deze wet buiten beschouwing te laten.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik ben blij te horen dat de minister zegt dat het interessant is en dat hij het gaat onderzoeken. Ik zou het graag wat concreter willen hebben. Hoe dan? Hoe wordt dit gewogen? Hoe ziet hij dit in verhouding tot de rest? Maar mijn tweede punt is — wat ik ook al aanreikte in mijn betoog in eerste termijn — dat ik zo bang ben dat mensen geen hulp gaan zoeken en dat mensen daardoor eigenlijk veel gevaarlijker worden dan ze in eerste instantie waren of dan we nu vermoeden. Heeft de minister daar een beeld bij? Hoe is dat onderzocht? Kan hij daar wat meer over schetsen, voordat we spreken over de vraag of dit het goede plan in de wet is?

Minister Dekker:

Ik denk dat dit een terechte vraag is, maar ik probeer me er dan een voorstelling van te maken, dat je te maken hebt met een psychiatrische stoornis en dat je bij het zoeken van hulp er rekening mee houdt dat je wellicht later een moord begaat of iemand verkracht, en dat het feit dat je in het verleden hulp hebt gezocht hierbij een rol kan spelen. Ik kan me niet voorstellen dat dit een rol speelt in de afweging om in een vroegtijdig stadium hulp te zoeken, wanneer die daad zich nog niet heeft voorgedaan.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik kan me dat in de meeste gevallen ook niet voorstellen. Maar als ik kijk naar de geschiedenis, naar de casussen die er liggen, kan ik me toch voorstellen dat er een groep delinquenten is voor wie dit wel heeft gegolden. Dan denk ik met name aan pedofielen. Daar wordt over nagedacht. Men denkt er echt over na hoe men daarmee moet omgaan. "Calculerend", hoor ik hier zeggen. Ik vermoed dat dit zo is. Ik heb ook geen cijfers. Ik kijk ook alleen maar naar de paar casussen die ik dan tegenkom. Ik vraag de minister echt om juist op dit punt wat specifieker te worden. Dat mag ook in de tweede termijn, maar voor mij weegt dit het allerzwaarst bij het beoordelen van de huidige remedie voor weigerende observandi. Daar zit namelijk het probleem. Dan denken we de samenleving veiliger te maken, maar maken we die onveilig. Dat zou zo jammer zijn.

Minister Dekker:

Natuurlijk moeten wij ook scherp zijn in hoe dit soort dingen uitwerken. Het is niet voor niets dat we vrij snel na ingang van deze wet de vinger aan de pols houden en evalueren. Ik probeer me er een voorstelling van te maken. Zouden mensen met ernstige persoonsstoornissen of bij wie sprake is van pedofilie dit in een vroegtijdig stadium erbij betrekken? Waarbij ze in een vroegtijdig stadium dus wel onder ogen zien dat ze een stoornis hebben en bereid zijn om daarvoor behandeling te zoeken en te ondergaan, maar in het geval ze een misdrijf hebben begaan daar plotseling niet meer aan mee willen werken, terwijl een eventuele vaststelling van een stoornis ook weer strafverlagend kan werken. Ik begrijp dat dit een heel terechte vraag is. We moeten er ook zeer scherp op zijn dat dit niet gebeurt. Maar ...

De voorzitter:

Mevrouw Strik gaat nog wat vragen.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Misschien ...

Minister Dekker:

Ik wil niet zeggen dat het vergezocht is, maar ik kan het me nauwelijks voorstellen.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Ik durf geen oordeel te geven over het inlevingsvermogen van de minister. Misschien is dat ook niet zo relevant, maar gaat het gewoon over de ervaringspraktijk dat bijvoorbeeld pedoseksuelen inderdaad bang zijn om zich te laten

behandelen vanwege de gevolgen die het kan hebben als bekend wordt dat zij die aanleg hebben. Mensen zijn ook niet voor niets bang voor tbs. Dat is gewoon zo, of dat nou terecht is of niet. Mevrouw Bikker haalde een serieus risico aan. Een ander risico, dat de heer Wolfsen ook heeft aangegeven, is dat mensen delen van hun medisch dossier laten vernietigen, waardoor we alleen nog maar verder van huis zijn omdat we minder van ze weten. Er kleven dus verschillende risico's aan. Om die reden zijn er zo veel bezwaren en zorgen in deze Kamer. Ik vraag de minister om hierop in te gaan, maar ook om concreter te worden over binnen welke termijn hij denkt dat hij die studie over de alternatieven zou kunnen afronden.

Minister Dekker:

We kunnen heel lang speculeren over hypothetische situaties. Mocht de wet worden aangenomen, dan moeten we zeker de vinger aan de pols houden en bekijken of dit zich inderdaad niet voordoet. Als dat wel het geval is, hebben we hier weer een ander gesprek. De tweede vraag was wanneer we serieus gaan kijken naar eventuele andere structurele aanpassingen in het stelsel. Daar gaan we dit jaar heel serieus mee aan de gang. Zeker gezien alle discussie rond tbs en de vragen die er zijn, denk ik dat we dit jaar een aantal slagen kunnen maken. Maar nogmaals: we moeten niet de illusie hebben dat er makkelijke oplossingen zijn in dit dossier. Ik denk dat we ook onder ogen moeten zien wat we missen en wat de risico's zijn als we dit niet zouden doen. Op dit moment weigeren jaarlijks mensen om mee te werken aan onderzoek in het Pieter Baan Centrum, waardoor een rechter onvoldoende goed kan vaststellen of er sprake is van een stoornis. Er wordt dan wel een straf uitgesproken, maar deze patiënten krijgen niet altijd de behandeling die nodig is, of dan zijn er in ieder geval niet de mogelijkheden die openstaan als tbs wordt opgelegd. Ik hoop dat uw leden, voorzitter, dat risico onder ogen zien.

De voorzitter:

Nu geef ik de heer Schnabel het woord. U mag dadelijk weer, mevrouw Strik.

De heer Schnabel (D66):

Het komt misschien door de manier waarop de minister net zijn betoog opbouwde. Ik denk dat ik vandaag in mijn bijdrage duidelijk heb laten blijken dat ik heel geneigd ben om, juist gezien de aantallen en de ernst van de zaken waarom het gaat, mee te gaan met het voorstel. Maar ik begrijp niet zo goed wat er tegen het idee is om een studie uit te zetten en te kijken wat in de toekomst een andere mogelijkheid zou kunnen zijn. Nu gaat het van "ik denk van niet en u van wel". Dat brengt ons niet heel veel verder, zeg ik ook tegen mijn collega's. Ik vind dat u een belangrijk voorstel doet. U zei steeds dat iedereen ertegen zou zijn, maar uit mijn bijdrage bleek dat ik dat juist niet ben. Daar bent u helemaal niet op ingegaan. Ik ben juist tegen het te zwaar aanzetten en te absoluut maken van het medisch beroepsgeheim op een manier waarvan duidelijk is dat men er gebruik van maakt omdat men er voordeel van denkt te hebben, terwijl het in die situaties eigenlijk niet gepast is om het mogelijk te maken. Ik probeer me zo voorzichtig mogelijk uit te drukken. Ik kan mij ook heel goed voorstellen dat u interesse zou hebben in een serieuze studie naar de

variant die door de heer Wolfsen is voorgelegd. Dat staat verder buiten de behandeling van dit wetsontwerp. De collega's kunnen er anders over denken, maar dat is in ieder geval mijn keuze. Ik zou het heel graag uit elkaar willen halen.

Minister Dekker:

Ik denk dat dat een heel goede lijn is. Zelfs als uit dat onderzoek blijkt dat het interessant is, dan zou het ene heel goed naast het andere kunnen bestaan. Maar goed, de suggestie werd in ieder geval door een aantal woordvoerders gewekt dat er een goed alternatief ligt, dat kan komen "in de plaats van". Nou, daar hoor ik mevrouw Strik in ieder geval bevestigend op antwoorden en mevrouw Barth neigt daar ook naar. Dat zou ik onverstandig vinden.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Het is inderdaad als een alternatief gepresenteerd en daar willen wij ook graag een studie naar. Ik hoor de minister zeggen dat hij denkt dit jaar een aantal slagen te kunnen maken. Dan is het toch wel prettig voor ons om er iets meer concreets over te horen, bijvoorbeeld of we dit jaar de uitkomst van die studie tegemoet kunnen zien.

Minister Dekker:

Dat is dan wel de bedoeling. Als we een aantal van die alternatieven en varianten tegen het licht laten houden, dan vermoed ik dat wij u na de zomer daarover kunnen informeren.

De voorzitter:

Mevrouw Barth over hetzelfde punt? Heel kort tot slot op dit punt.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik vind het qua contraproductieve werking van deze bepaling interessant dat ik als sociaaldemocraat een liberaal moet overtuigen van de slechtheid van de mens, maar ik ben ervan overtuigd dat het calculerende gedrag er bij bepaalde groepen mensen is, niet alleen bij pedoseksuelen maar ook bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, zoals een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Waar het gaat om de risico's die je met die mensen loopt als je ze bij voorbaat uitsluit van zorg, zou ik de minister willen vragen of hij dit bij de evaluatie wil meenemen en snel wil laten terugkomen. Dit is de minister voor Rechtsbescherming. Ik zou het toch ook wel erg waarderen als de minister nog iets meer woorden zou willen wijden aan het punt dat mevrouw Wezel net maakte, namelijk dat mensen in het stadium waarin ze onderworpen worden aan deze maatregel, nog niet veroordeeld zijn en in beginsel dus nog onschuldig zijn. Niemand hoeft mee te werken aan zijn eigen veroordeling. Zo'n onderzoek in het Pieter Baan Centrum kan mensen er ook toe aanzetten om te gaan verklaren over het delict dat al dan niet heeft plaatsgevonden en over hun rol daarin. Het risico dat je als minister voor Rechtsbescherming met deze bepaling in ogenschouw zou moeten willen nemen, is dat je mensen dus gaat dwingen om mee te werken aan hun eigen veroordeling omdat de uitstraling wordt: als je niet meewerkt en niet verklaart dan gaan we je medisch beroepsgeheim opheffen. Dat zou toch

voor de minister voor Rechtsbescherming een pijnlijk punt moeten zijn bij deze bepaling. Ik hoor dat tot nu toe in de antwoorden van de minister echter niet terug.

De voorzitter:

Mevrouw Wezel wil zich hierbij vast aansluiten.

Mevrouw Wezel (SP):

Dank u, voorzitter. Bij ontnemingszaken heb je eerst de strafzaak en wordt aan het eind ervan beoordeeld of er voldoende bewijs is. Daarna is sprake van een ontnemingszaak. Dan kan het opeens zo zijn dat iemand zegt: ik heb zoveel verdiend met die hennephandel. Dit terwijl hij daarvoor zei: die hennephandel was niet van mij. Dan kan het tactisch zijn om in die ontnemingszaak te gaan verklaren over hoeveel oogsten je hebt gehad. Datzelfde geldt hierbij. In bijvoorbeeld een moordzaak waarbij er heel weinig bewijs is en er alleen maar sprake is van een DNA-spoor, kan het tactisch zijn om te zeggen: er is onvoldoende bewijs, ik ga helemaal niet meewerken want anders moet ik dingen gaan verklaren. De praktijk is dat zo'n forensisch rapport ook als bewijsmateriaal gebruikt wordt, in ieder geval voor de overtuiging. Dan kan de overweging zijn om er helemaal niet aan mee te werken. Als er eerst een strafzaak is geweest en er sprake blijkt te zijn van voldoende bewijs, dan kan het een overweging zijn om op dat moment wel mee te werken en je knopen te tellen. Dan kan het ook in het gesprek met je advocaat een overweging zijn, in de zin van: wat zou voor jou handig zijn en waar heb je baat bij? Het kan dan zijn dat je baat hebt bij verpleging of behandeling. Dus waarom geldt dan niet hetzelfde als bij ontnemingszaken, dus dat pas na de veroordeling een forensisch onderzoek plaatsvindt om te kijken wat iemand qua behandeling en straf nodig heeft?

De voorzitter:

Uw vraag is duidelijk.

Minister Dekker:

Mevrouw Wezel geeft eigenlijk aan wat de Autoriteit persoonsgegevens in zijn brief heeft gezegd. Ik heb net aangegeven dat ik daar serieus naar wil kijken. Maar het is wel een forse wijziging ten opzichte van ons huidige strafprocesrecht waarbij de veroordeling, de toepassing van de strafmaat en de vraag of daar al dan niet een stoornis een rol bij heeft gespeeld, uiteindelijk in hun totaliteit worden gewogen. Daarbij kan die eventuele stoornis ook een strafverlichtend effect hebben. Wanneer er sprake is van gehele of gedeeltelijke ontoerekeningsvatbaarheid, heeft dat gevolgen voor de gevangenisstraf. Bij strafzaken waarbij ook tbs wordt opgelegd is de gevangenisstraf soms wat lager dan bij strafzaken waarbij geen tbs wordt opgelegd.

Mevrouw Wezel (SP):

Je gaat in het strafproces eerst kijken of er voldoende bewijs is. Als er voldoende bewijs is, dan is de volgende stap de vraag, welke straf of maatregel passend is. Als je dus eerst kijkt of er voldoende bewijs is, als je eerst dat stapje doet, dan kun je daarna bij het volgende stapje zeggen: oké, nu vind ik dat er onderzoek moet plaatsvinden. Dan kan een verdachte ook de afweging maken of hij zal meewerken

aan het onderzoek, of hij daar baat bij heeft. Dat is uit elkaar gehaald, daar is een knip aangebracht. Ik hoor de minister het nu aan elkaar koppelen, maar dit houdt wat anders in. Het moet namelijk bewezen zijn. Die koppeling die de minister net maakte, wordt niet gemaakt.

Minister Dekker:

Ik leg uit wat de huidige praktijk is en mevrouw Wezel geeft aan hoe je het eventueel in de toekomst zou kunnen doen. Ik heb daarvan gezegd: dat zou kunnen, daar wil ik serieus naar kijken. Maar dat vraagt wel een aanpassing van de manier waarop we het nu doen.

De voorzitter:

Tot slot, mevrouw Wezel. Ik denk dat we er nu langzamerhand bijna uit zijn.

Mevrouw Wezel (SP):

Waarom is die afweging toen niet gemaakt bij deze wet? En waarom is gekozen voor deze maatregel, die ik nog veel ingrijpender vind? Daarmee tast je het beroepsgeheim van artsen aan. Het is ook proportionaliteit en noodzakelijkheid. Waarom zet je in op zo'n hele zware maatregel waar we allemaal last van hebben? Je bent nu toch al het Wetboek van Strafvordering aan het aanpassen. Waarom dan niet deze maatregel, die op zich minder ingrijpend is en ook in deze wet gezet had kunnen worden?

Minister Dekker:

Ik weet niet of die minder ingrijpend is. Ik gaf net al aan dat, ook als je kijkt naar de voorstellen die de Autoriteit Persoonsgegevens heeft gedaan, er een aantal interessante zaken in zitten, maar dat er ook veel juridische voetangels en klemmen bij komen kijken. Laat mij dat nu in kaart brengen. Ik wil daar serieus naar kijken. Maar het idee dat dit een heel makkelijke maatregel is die we eigenlijk al veel eerder hadden moeten nemen, is haast te mooi om waar te zijn. Ik wil daar dus serieus naar kijken, maar het is niet het voorstel dat nu voorligt.

Ten tweede, ik vind ook dat we met z'n allen ervoor moeten oppassen dat we de maatregel richting weigerende observandus niet groter maken dan die is. Er wordt bij verschillende verdachten op dit moment al onderzoek gedaan in het Pieter Baan Centrum. Dat doen we al heel erg lang. Daar is nooit een groot punt van gemaakt, in die zin dat het EVRM, het Hof of de rechter daarvan heeft gezegd: dat kun je niet doen, je kunt niet kijken of er sprake is geweest van een stoornis alvorens er een uitspraak is geweest over de vraag of een verdachte ook aantoonbaar het delict heeft gepleegd. En sterker nog ... Maar goed, we draaien een beetje in rondjes, voorzitter. Het feit dat je het onderzoek van het Pieter Baan Centrum meeneemt in de totale afweging en beoordeling, biedt de rechter op dit moment ook de kans om daar rekening mee te houden bij het toemeten van de strafmaat. De vraag is of je dat nog overeind kunt houden als je naar een tweefasenstructuur toegaat.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik heb nog geen antwoord op mijn vraag gehad.

De voorzitter:

Ik zou dit nog maar even voor de tweede termijn bewaren. We hebben er nu heel lang over gesproken en ik kijk wel naar de klok. We hebben morgen nog een tweede termijn, waarbij wij overigens ook met een tijds-klem te maken hebben.

Minister Dekker:

Voorzitter, ik kan hier en daar wel wat punten op de i zetten, maar ik denk dat hiermee het punt van de weigerende observandi zeer grondig bediscussieerd is. Misschien mag ik voorstellen dat als leden een heel specifieke vraag hadden die daar betrekking op had, dit terugkomt in tweede termijn dan wel nu via een snelle interruptie. Anders wil ik graag doorgaan.

De voorzitter:

Mijn voorstel was en is: tweede termijn.

Minister Dekker:

Tweede termijn. Dat zou ik prima vinden.

Voorzitter. Dan het andere grote thema waar wij het vandaag met elkaar over hadden. Dat is het verbeteren van de continuïteit van zorg. Het is van belang dat de zorgverlening niet automatisch stopt wanneer de strafrechtelijke titel eindigt. Een belangrijk middel om de aansluiting van de reguliere zorg te bevorderen is de bevoegdheid van de strafrechter om in elke fase van het traject of aansluitend aan de strafrechtelijke titel een zorgmachtiging op grond van de Wet verplichte ggz of een opnamemachtiging op grond van de Wzd af te geven. Dat wordt geregeld met het zogeheten verbingsartikel 2.3. De officier van justitie kan hiertoe een verzoek indienen, maar de rechter kan ook ambtshalve besluiten en hoeft dus niet af te wachten, zeg ik in de richting van mevrouw Strik. Voor die afgifte is vereist dat wordt voldaan aan de criteria van de verplichte zorg van de Wet verplichte ggz en van de Wet zorg en dwang. De strafrechter volgt daarbij ook de in de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang neergelegde procedures en die procedures zijn in het traject van de wetten — de staatssecretaris van VWS noemde dat zojuist al — ook nader uitgewerkt en daarmee is de samenhang tussen de drie wetsvoorstellen verstevigd.

De heer Dercksen, mevrouw Bikker en mevrouw Strik merkten op dat vertegenwoordigers van de Raad voor de rechtspraak en het OM zich tijdens de hoorzitting op onderdelen wat kritisch hebben uitgelaten. Op zich vind ik dat jammer. Ik vind het ook niet terecht, maar soms hangt dat dan ook samen met een aantal principiële overwegingen die wij hebben gemaakt bij deze wetsvoorstellen. Volgens mij daagde mevrouw Barth mij daartoe uit, van: houd je nu vast aan artikel 2.3 en de regimes waar dat op ziet? Mijn antwoord daarop is volmondig ja.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de heer Dercksen en mevrouw Strik merk ik ten aanzien van de kritiek van het OM allereerst op dat het altijd de bedoeling van de wetgever is geweest dat voor de gedwongen opname op grond van de Wet BOPZ en de strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, de strafrechtelijke BOPZ, vergelijkbare criteria zouden gelden. Het OM meent dat

door een strikte toetsing aan de criteria van de Wet verplichte ggz een leemte zou ontstaan omdat het in de huidige situatie zou voorkomen dat ook ontoerekeningsvatbare verdachten die aangeven vrijwillig in de zorg te willen nu via artikel 37 Strafrecht gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis zouden worden geplaatst. Onder de nieuwe wetgeving zou dit niet meer kunnen, omdat gedwongen zorg pas aan de orde kan zijn als alle vrijwillige mogelijkheden zijn uitgeput. Daar zijn een aantal opmerkingen bij te maken. Allereerst wil ik benadrukken dat de opmerkingen van het OM geen betrekking hebben op mensen die een tbs-waardig feit hebben gepleegd. In dat geval kan namelijk tbs worden opgelegd. Tbs is ook mogelijk wanneer iemand volledig ontoerekeningsvatbaar is. Het gaat hier dus om ontoerekeningsvatbare verdachten die feiten hebben gepleegd die niet zodanig ernstig zijn dat tbs kan worden opgelegd en die aangeven bereid te zijn tot vrijwillige behandeling.

Ik vind het woord "leemte" in dit kader niet helemaal gepast, als je kijkt naar de kleine groep verdachten op wie dit straks betrekking zou hebben. Dat gedwongen zorg pas aan de orde kan zijn wanneer alle vrijwillige alternatieven zijn uitgeput, is immers een heel fundamenteel uitgangspunt van de wetsvoorstellen die wij vandaan bespreken. Als wij het over dat uitgangspunt eens zijn, zie ik niet in waarom dat uitgangspunt plotseling niet meer zou moeten gelden op het moment dat het de strafrechter is die de zorgmachtiging oplegt in plaats van de civiele rechter.

Dan kom ik op de kritiek van de Raad voor de rechtspraak, die zich toespitst op de procedure van de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang. Het gaat om een voorschrift dat maakt dat de strafrechter civielrechtelijk procesrecht moet toepassen. Wat betreft de vrees dat dit niet werkbaar is: ik denk dat het in de praktijk heel erg zal meevallen. Wij hechten veel waarde aan de uniformiteit van de procedure. Waar mogelijk is aangesloten bij de reguliere procedures van beide wetten, dit met het oog op de harmonisatie van de procedures, de gelijkwaardige rechtsbescherming en de rechtseenheid. Wij willen voorkomen, zoals bijvoorbeeld bij de strafrechtelijke BOPZ-maatregel onder artikel 37 is gebeurd, dat als gevolg van verschillende procedures ook verschillende criteria worden gehanteerd en er daardoor rechtsongelijkheid zou ontstaan. Dat geldt des te meer nu de 2.3-machtiging reguliere zorg is en straks niet langer een strafrechtelijke maatregel.

Met andere woorden, wij menen — en zo beantwoord ik de vraag van mevrouw Barth hierover — dat de procedure zoals die nu is, goed is vormgegeven en in onze ogen ook goed werkbaar is. De vrees van de Raad voor de rechtspraak, waar de heer Dercksen, mevrouw Bikker en mevrouw Wezel aandacht voor vragen, namelijk dat als gevolg van de mogelijkheid van cassatie onder de Wet verplichte ggz problemen ontstaan omdat die mogelijkheid er bij tbs niet is, deel ik niet. Wij gaan ervan uit dat in het geval een tbs-gestelde nog voldoet aan de voorwaarde van verlenging en tbs voor hem nog steeds het aangewezen kader is, de rechter de tbs-maatregel ook zal verlengen. In gevallen waarin hij dat verantwoord acht, kan hij ervoor kiezen om de dwangverpleging ook voorwaardelijk te beëindigen. Dus hij kan daar verschillende voorwaarden aan stellen. Voldoet iemand niet langer aan de voorwaarden voor de verlenging van de tbs, of wordt tbs een te zwaar kader geacht, dan kan de tbs-verlengingsrechter er voortaan voor kiezen zelf een zorgmachtiging af te geven. Die zorg-

machtiging is ook uitvoerbaar bij voorraad en moet binnen twee weken ten uitvoer worden gelegd. Het instellen van cassatie heeft geen schorsende werking. Al met al denk ik dat strafrechters heel goed in staat moeten zijn om zich ook dit nieuwe rechtsgebied, dat wat meer in het civielrechtelijk kader zit, snel eigen te maken.

De heer Dercksen stelt voor om artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht toch nog maar een tijdje te behouden. Ik denk dat dit niet verstandig is, want dan krijg je echt twee regimes naast elkaar met verschillende rechtsbescherming en verschillende rechtsposities. Dat lijkt mij onverstandig.

Mevrouw Strik vroeg waarom de verdachte ten aanzien van wie de strafrechter een zorgmachtiging afgeeft met toepassing van artikel 2.3 wel in beroep kan tegen de uitspraak in zijn strafprocedure, maar niet tegen de afgewezen zorgmachtiging. Het korte antwoord daarop is: omdat in het kader van de Wet verplichte ggz ook geen hoger beroep openstaat tegen de zorgmachtiging. De rechtspositie van de 2.3-patiënten is dus dezelfde als die van de reguliere ggz-patiënten, zou je kunnen zeggen. Dat is eigenlijk onderdeel van wat deze wetten beogen, namelijk harmonisatie.

De heer Schnabel gaf aan, zich zorgen te maken over het verschil in samenstelling van de patiëntenpopulatie met een zorgmachtiging in de ggz.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Ik heb juist ook vragen gesteld over de uitsluiting van hoger beroep in tal van beslissingen, waaronder ook deze die u nu noemt. Ik had verwacht dat de minister voor Rechtsbescherming die vragen zou beantwoorden. Ik weet niet of ik dat helemaal mis heb, maar misschien komt de minister daar nog op. Wat is daarvan de reden? Met name vooral omdat de regering zelf in de oorspronkelijke voorstellen alle argumenten had gegeven waarom het zo belangrijk is om dat in te voeren.

Minister Dekker:

Ik heb iets gezegd over de harmonisatie en waarom na een strafrechtelijk traject, als er civielrechtelijke maatregelen worden genomen, daarbij eigenlijk hetzelfde regime geldt als voor regulier. Ik weet niet of daarmee uw vraag over beroep helemaal is beantwoord.

Mevrouw Strik (GroenLinks):

Nee, voorzitter, dat was de vraag naar de samenloop en het verschil daarin. Maar ik refereerde daarin aan mijn meer algemene vraag waarom het hoger beroep is uitgesloten tegen tal van beslissingen over die zorgmachtiging en zelfs ook de crisissuitplaatsing. Ik hoop dat ik daar nog antwoorden op krijg.

Minister Dekker:

Als u daar geen antwoord op krijgt, dan wil ik het graag meenemen in de tweede termijn. Dan kan ik er ook even met mijn collega over sparren, omdat het natuurlijk vooral betrekking heeft op het regime onder de Wet verplichte ggz.

Voorzitter. De heer Schnabel gaf nog aan, zich zorgen te maken over het verschil in samenstelling van de patiëntenpopulaties met een zorgmachtiging in de ggz. Dat zou volgens hem een veiligheidsrisico kunnen vormen bij deze instellingen. Het is niet de bedoeling van de Wet forensische zorg dat er mensen in de reguliere ggz worden geplaatst die daar niet thuishoren of die daar gevaar zouden kunnen veroorzaken. De rechter heeft op grond van artikel 2.3 de mogelijkheid om mensen in de reguliere ggz te plaatsen, maar deze mogelijkheid is uitsluitend bedoeld voor situaties waarin betrokkene ook beter op zijn plek is in die reguliere ggz. Ook bij de indicatiestelling daaromtrent is daar rekening mee gehouden. Die wordt bijvoorbeeld gedaan door het NIFP, dat ook een goede inschatting kan maken van wat er belangrijk is omtrent de behandeling en de beveiliging, zodat dat in een advies nadrukkelijk kan worden meegenomen.

Mevrouw Barth stelde nog een aantal vragen die ook heel erg betrekking hebben op hoe dit in de praktijk uitpakt en die raken aan de continuïteit van zorg in de praktijk. Denk bijvoorbeeld aan de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg. Ik wil mevrouw Barth graag meegeven dat wij al een tijdje een programma hebben lopen met verschillende stakeholders, zou je kunnen zeggen, het programma Continuïteit van Zorg. Daarbij wordt heel nadrukkelijk gekeken wat er nodig is om een strafrechtelijk kader en reguliere zorg beter op elkaar te laten aansluiten. Daarmee zijn niet alle problemen onmiddellijk opgelost, maar mevrouw Barth vroeg ook: wat gebeurt er nou als dat programma afloopt? Er zijn nu al afspraken tussen alle betrokken partners dat na afloop van het programma ook nog periodiek bijeengekomen zal worden om te kijken hoe het staat met de voortgang van de vervolgspraken. Dan kan men met elkaar de dingen tegen het licht houden die beter kunnen.

Eén ding dat daarbij een rol speelt, is de bevinding uit een rapport van AEF dat er te weinig passende plekken zouden zijn. Heel specifiek heeft AEF geconstateerd dat er in de reguliere ggz en in de verstandelijkgehandicaptenzorg eigenlijk sprake is van te weinig beveiligde plekken, die je nodig hebt voor heel zware gevallen. Wanneer een zorgmachtiging op grond van artikel 2.3 wordt opgelegd, kan het zijn dat er zo'n plek nodig is. Dat is lang niet in alle gevallen zo. Voor wat betreft de voortgang in het vergroten van het aanbod aan beveiligde plekken lopen er ook heel veel gesprekken tussen de reguliere zorg. Ik ben daarover ook in gesprek met mijn collega, de staatssecretaris van VWS, om te kijken of we kunnen komen tot zogenaamde veldnormen, waarbij er afspraken zijn gemaakt over aantallen plekken, het leveren van beveiligde zorg, de benodigde capaciteit en de omstandigheden waaronder die beschikbaar kunnen worden gesteld. Onze ambitie zal zijn om die per 1 april gereed te hebben.

Ik proefde bij mevrouw Barth ook wat zorgen over de aansluiting van de gehandicaptenzorg bij al dit soort afspraken. Ik wil daar best nog een keer extra in duiken. Ik had zelf de indruk dat VGN goed participeert. VGN is ook bijvoorbeeld in dit programma betrokken bij zowel de stuurgroep als de werkgroep. Er is door mijn voorganger ook een convenant forensische zorg afgesloten met heel veel verbetertrajecten en afspraken over en weer, waarbij zij een van de convenantpartners zijn, en eerlijk gezegd wil ik dat graag zo houden. Zij zijn bijvoorbeeld ook betrokken bij de ontwikkeling van de veldnormen. Maar als u mij concreet vraagt om

daar nog eens extra op te letten, dan doe ik dat graag. Dat geldt ook voor de reclassering, want dat is, zoals mevrouw Barth ook aangeeft, een belangrijke partner in dit geheel.

Voorzitter. Dan wil ik overgaan tot een aantal organisatorische aspecten, want dat is de hoofdzaak van deze organisatie, een wet die regelingen bevat die betrekking hebben op forensische instellingen: inkoop, financiering, indicatiestelling, gegevensverwerking, besturing. Daar zijn een aantal vragen over gesteld, en met betrekking tot de tbs-instellingen vroeg de heer Van Dijk of er wel voldoende maatregelen worden genomen om het grote verloop van personeel te voorkomen. Ook dat is iets wat je natuurlijk niet regelt met een wet, maar er zijn wel verschillende afspraken gemaakt met de forensische zorgsector. Neem bijvoorbeeld het meerjarenconvenant uit 2013, of het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg, waarbij er zowel gekeken wordt naar kwaliteitsborging alsook naar wat nodig is om dat te realiseren, en daarbij is ook personeel ongeloflijk belangrijk. Ik heb de indruk dat er ook in de sector heel hard wordt gewerkt aan het aantrekken en vasthouden van voldoende gekwalificeerd personeel, en ook aan het opleiden van de mensen die daar werkzaam zijn.

Een goed personeelsbeleid vraagt ook om een veilige werkomgeving. Daarvan zou je kunnen zeggen dat we met de wetsvoorstellen die we vandaag behandelen daar ook aan beogen bij te dragen, bijvoorbeeld doordat voor ggz-patiënten die in een tbs-kliniek verblijven, voortaan ook een aantal beheersbevoegdheden van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden van overeenkomstige toepassing zullen zijn. Dus in die zin helpt dit wetsvoorstel ook wel weer mee.

Dan daagde mevrouw Barth mij uit door te stellen dat je eigenlijk moet kiezen, als je kijkt naar deze wet: of je blijft bij de uitvoering van de forensische zorg door die naar je toe te trekken en het bestuurlijk te regelen, of je doet het via een soort inkooprelatie. Waarom kiezen voor het construct zoals dat hier is neergelegd, waarbij je uitgaat van private instellingen maar wel verregaande bevoegdheden creëert om eventueel in te grijpen? Dat hangt nauw samen met het feit dat de tenuitvoerlegging van de tbs betrekking heeft op een heel beperkt aantal instellingen, waarbij het in mijn ogen echt nodig is om een stok achter de deur te hebben voor de individuele gevallen waarbij het echt mis kan gaan. Het gaat immers om een zware doelgroep die ernstige delicten heeft gepleegd waarbij ook de maatschappelijke veiligheid nadrukkelijk in het geding is. Ik wil dus niet in de situatie komen dat ik naar de Kamer moet om te zeggen dat er een onveilige situatie is in een tbs-kliniek, maar dat ik eigenlijk geen bevoegdheden heb om daartegen op te treden. Dat is de achtergrond van de bevoegdheden zoals ze zijn meegenomen in dit wetsvoorstel, waarbij die uiteraard niet kunnen worden toegepast als de onderhandelde prijs je niet bevalt, en er echt wel zaken aan de hand moeten zijn in de veiligheids sfeer of in de operationele sfeer die een gevaar kunnen vormen en die je noodzaken om op te treden.

De heer Derksen had een vraag over de bevoegdheden. Kan je nu voldoende optreden als er sprake is van misstanden? Daar helpen dit soort bevoegdheden bij, als die betrekking hebben op de totale instelling. Vaak willen we natuurlijk niet dat het zover komt. Er kan ondanks alle strenge eisen sprake zijn van incidenten. Ik kan u meegeven

dat die incidenten ook altijd onderdeel zijn van gesprekken tussen de kliniek en de Dienst Justitiële Inrichtingen, en dat het regelmatig voorkomt dat DJI vraagt om een zogeheten intern toedrachtsonderzoek. Hoe heeft iets kunnen plaatsvinden en wat kan een instelling eraan doen om dat in de toekomst te voorkomen? Als dat onvoldoende oplevert, is er ook nog een inspectie die op enig moment daar een onderzoek kan uitvoeren.

De heer Dercksen (PVV):

In Den Dolder hebben wij helaas moeten constateren dat dat toezicht heeft gefaald. U heeft een maatregel genomen nadat er een verschrikkelijk voorval heeft plaatsgevonden, maar ook nadat de buurt al jarenlang de overlast ervaarde van drugshandel, drugsgebruik in de speeltuinen en ga zo maar door. Wij hebben niet alleen te maken met het bestuur van die kliniek die daar geen weet van wilde hebben, maar ook met een burgemeester die daar geen aandacht voor had. Kunt u mij meer specifiek uitleggen hoe u in de toekomst met deze wet in de hand veel strakker gaat handhaven, zodat dit soort zaken niet meer gebeuren?

Minister Dekker:

Honderd procent garantie dat er geen dingen meer gebeuren kan ik niet geven. Maar als er echt sprake is van misstanden of incidenten, kunnen we daartegen optreden. Dat kunnen incidenten zijn die aan het licht komen omdat er klachten zijn van de omgeving. Daarom vind ik het belangrijk om goed contact te houden met burgemeesters van de gemeenten waarin deze instellingen gesitueerd zijn. Het kan echter ook een andere aanleiding hebben. Het is een soort escalatie. Je gaat eerst zitten met de instelling: wat is er aan de hand, heb je er zelf onderzoek naar gedaan? Als dat ontoereikend is, kan je een inspectieonderzoek laten uitvoeren. Dat is overigens in het geval van de kliniek in Den Dolder ook gebeurd. Daar volgen vervolgens een aantal aanbevelingen uit die de instelling ook moet aanpakken. Bij tbs-instellingen, een beperkt aantal instellingen waar we heel erg van afhankelijk zijn en waar de doelgroep natuurlijk het zwaarst is, vinden we dat je nog een aantal extra escalatiemogelijkheden nodig hebt die in deze wet beschreven staan. Wat dat betreft, helpt deze wet in dat soort extreme gevallen ons wel weer.

De heer Dercksen (PVV):

Ik twijfel er nog een beetje aan of dat zo is als ik uw toelichting zo hoor. U zegt dat u toch ook afhankelijk bent van de signalen uit de buurt, van de burgemeester en van de kliniek. Daar is het juist misgegaan. Zoals ik in mijn bijdrage heb verteld, waren er begin vorig jaar autobranden. Er was er elke week wel één. Mensen gingen in Bilthoven parkeren omdat er auto's in de brand vlogen. Ik ken nogal wat mensen in de buurt en hoorde ook wat via wijkagenten. Het was al snel duidelijk waar het vandaan kwam, maar het mocht niet verteld worden. Kunt u preventief een controle-instrument implementeren zodat we die mensen kunnen passeren die het niet willen weten, zodat u zelf dat soort zaken kunt vaststellen? Ik hoor de dames die behandelen zeggen: er worden geen drugs gebruikt, want we controleren het. U heeft het net zo goed gelezen als ik; dat is klinkklare onzin. Hoe voorkomen we dat we afhankelijk zijn van de mensen die klaarblijkelijk — de feiten liggen op tafel — niet willen vertellen dat het mis is?

Minister Dekker:

Het begint met openheid en eerlijkheid over dit soort dingen. We moeten ons gezicht niet wegdraaien van de dingen die niet goed gaan. We moeten onder ogen zien dat als er ergens klachten zijn, je wel kunt ontkennen dat dat te maken heeft met een instelling, maar dat het misschien beter is om te onderzoeken of dat daadwerkelijk het geval is, omdat je er dan wat aan kan doen. Ik zit hier pas sinds kort. Ik heb ook te maken met het gevangeniswezen en ook met de forensische instellingen. We moeten gewoon eerlijk en open zijn als het niet goed gaat, omdat we daarvan kunnen leren. Dat zou ook mijn oproep zijn aan lokale bestuurders. Als je zo'n instelling in je gemeente hebt, houd korte lijnen, kijk niet weg en trek aan de bel als je ons nodig hebt om er wat aan te doen. Als wij geen signalen ontvangen of ze te laat ontvangen, dan wordt het voor ons ook moeilijk om op te treden.

De voorzitter:

Tot slot op dit punt, meneer Dercksen.

De heer Dercksen (PVV):

U begrijpt dat ik dit toch een beetje onbevredigend vind. Aan de andere kant begrijp ik heel goed dat ik een heel ingewikkelde vraag stel. Laten we ons bijvoorbeeld op drugsgebruik concentreren. Als de kliniek zegt "wij controleren op drugs en volgens ons wordt hier niets gebruikt omdat wij bijvoorbeeld urinetesten doen", zou je er natuurlijk wel over kunnen nadenken hoe je dat centraal daadwerkelijk kunt controleren. Ik begrijp dat het een moeilijke vraag is. Misschien moet het ook tussen de oren komen van de bestuurders van die kliniek en de burgemeester. Maar als we echt willen, zijn er misschien toch wel instrumenten te bedenken om iets verder in die kliniek te kunnen kijken dan op het moment dat het leed geschied is.

Minister Dekker:

Het enige wat ik kan meegeven, is dat er natuurlijk regulier toezicht is. Maar dat is minder frequent dan wanneer er specifieke signalen zijn. In die zin is het risicogestuurd. Zodra we aanleiding hebben of signalen krijgen dat er ergens wat aan de hand is, dan vragen we op zo'n moment aan onze inspectie om daar specifiek op toe te zien, maar anders loopt het mee in het regulier toezicht. Het is niet zo dat er dan nooit iemand komt, maar je zou kunnen zeggen dat het minder intensief is.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik hoor meneer Dercksen zeggen wat er allemaal in de buurt gebeurt. Er heeft een onderzoek door de IGZ plaatsgevonden naar aanleiding van de zaak Michael P. Wat doet de IGZ dan? Zij maakt een rapportage waarin ze schrijft dat ze een rondgang heeft gemaakt door de instelling. Het resultaat van het onderzoek in oktober en november is dat de zorg goed was. Dan denk ik: wat heb je als minister aan zo'n conclusie? Het probleem van de maatschappij, de Tweede Kamer en, ik denk ook, de minister is: hoe kan dit gebeuren en hoe houd ik de buurt veilig? De vraag aan de minister is: waarom doet de IGZ zo'n onderzoek? Was de vraag of de zorg goed was ook de opdracht?

Minister Dekker:

Ja, dat was wel de vraag die we hebben gesteld. Die vraag was overigens uitgebreider, want die keek niet alleen naar de zorg, maar ook naar de veiligheidssituatie en naar een aantal andere zaken. De conclusie van de inspectie was niet alleen maar dat het goed was. Ik wil echt verwijzen naar het rapport dat zij vorige maand heeft uitgebracht. Daarin stonden een aantal stevige conclusies, waarna ik een aantal stevige maatregelen heb genomen.

Mevrouw Wezel (SP):

Maar kunt u dan aangeven wat er verbeterd is in die instelling? Wat is er dan fout gegaan? Waarom kon Michael P. buiten rondlopen? Is het onderzoek van de IGZ voldoende geweest? Heeft u daar wat aan? Wordt dit een volgende keer voorkomen?

De voorzitter:

Dit gaat toch een beetje buiten de orde, mevrouw Wezel. Ik denk dat we het strak moeten houden bij de wetgeving die voorligt.

Mevrouw Wezel (SP):

De vraag die ik eerder heb gesteld, ging over het handelen van de IGZ. De IGZ heeft onderzoek gedaan naar de situatie rond Michael P. Wat ging er fout in die forensische instelling? Het is van belang dat we lessen trekken voor de toekomst op het gebied van de forensische zorg, vandaar mijn vraag aan de minister. We hebben het hier over de Wet forensische zorg.

Minister Dekker:

Ik kan er wel kort op ingaan. Ik vond het een goed rapport met een aantal stevige conclusies, maar misschien zegt mevrouw Wezel: dit onderdeel vond ik onbevredigend. Maar dan moet zij iets specifieker zijn.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik heb het ook gelezen, maar dan heb ik kennelijk wat anders gelezen.

De voorzitter:

Ik wil toch nog even interrumperen. Het ging over het onderzoek naar een instelling. Om nu specifiek de inhoud van dit ene rapport aan de orde te stellen, hoe belangwekkend die ook moge zijn, vind ik toch enigszins verdergaan dan de orde van het debat. Het spijt me.

Mevrouw Wezel (SP):

Waar het mij om gaat, is de vraag of de IGZ daarin juist handelt. Ik heb daar vragen over gesteld en daar zou ik graag antwoord op willen. Neemt de IGZ daarin voldoende positie en informeert zij de minister daarover voldoende of dient er een bepaalde opschaling plaats te vinden?

Minister Dekker:

Ik heb vooral een relatie tot de inspectie die zich bezighoudt met de politie en justitie. De IGJ in oprichting is betrokken

bij deze onderzoeken, maar valt natuurlijk onder de verantwoordelijkheid van mijn collega's. Wij hebben gezamenlijk gevraagd om een aantal onderzoeken te doen, twee om precies te zijn. Het eerste onderzoek moest antwoord geven op de vraag of het nog veilig en verantwoord was om forensische patiënten te plaatsen in de instelling. In het eerste onderzoek is niet gekeken naar het detentieverloop van Michael P. Dat heeft geleid tot een rapport met een aantal kritische bevindingen. En ik heb de indruk dat we een aantal ingrijpende maatregelen hebben genomen om de beheersmatige situatie in de kliniek op niveau, op orde te brengen. Het tweede onderzoek loopt. Dat staat overigens in dezelfde brief die ik daarover ook naar de Kamer heb gestuurd. Dat gaat specifieker in op de casus. Maar het is heel moeilijk om daar op voorhand, op dit moment, specifieke uitspraken over te doen.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik heb een vraag, voorzitter.

De voorzitter:

Heel, heel kort op dit punt, mevrouw Wezel.

Mevrouw Wezel (SP):

Ja. Heeft die rapportage, heeft dat onderzoek invloed op deze wet? Of zegt u: de wet is goed zoals hij is? Want die wet ligt er natuurlijk al sinds 2011. Of zou er een update moeten komen op de wet, ook naar aanleiding van de nadere resultaten van dit onderzoek? Wat verwacht u?

Minister Dekker:

Het eerste rapport geeft geen enkele aanleiding om deze wet te herzien. Ik weet natuurlijk niet wat de conclusies zijn van het tweede rapport, dat ingaat op de specifieke casus. Maar ik probeer me iets voor te stellen. Ik kan ook niet een-twee-drie voorzien waarom dat een effect zou hebben op deze wet. Je kunt eventueel constateren dat dingen niet goed zijn gegaan, maar dat is echt wat anders dan het wettelijk kader dat hiermee wordt neergezet.

De voorzitter:

Voor de goede orde, minister, ik wil echt om 1.00 uur klaar zijn.

Minister Dekker:

Dat zou mij ook een lief ding waard zijn, voorzitter.

Mijn collega heeft in de richting van de heer Schnabel al wat gezegd over informatievoorziening. Als hij daarmee tevreden was, kan ik de specifieke vragen daarover overslaan. En anders komt dat wellicht ook terug in de tweede termijn.

Ik denk dat ik heel kort stil kan staan bij de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg. Mevrouw Oomen stelde daar een vraag over en collega De Jonge gaf daarover net al wat aan: voor de andere twee wetten is dat 1-1-2020. Ik neig ernaar om bij de Wet forensische zorg echt vast te houden aan de deze zomer openbaar gemaakte datum van 1 januari 2019. Ik weet dat er verschillende partijen zijn die zeggen:

neem de tijd voor de implementatie. Aan de andere kant zie ik dat er al grotendeels wordt gewerkt conform de organisatiebepalingen van de Wet forensische zorg op basis van het huidige interimbesluit. Ik zie daarom geen aanleiding om te zeggen dat deze wet leidt tot een heel ingrijpende herinrichting van bestaande processen of keteninformatievoorziening die meer tijd zou vergen om in werking te laten treden. Met andere woorden: de Wet forensische zorg kan ingaan op 1 januari 2019. Uitzondering daarop is het koppelingsartikel 2.3. Want als je dat vroeger in laat gaan, vraag je eerst aan OM, rechtspraak en advocatuur om op basis van de oude Wet BOPZ te gaan handelen om vervolgens over te schakelen op de Wet verplichte ggz en de Wzd. Dat lijkt mij dus onverstandig. Dat laten we dus ingaan per 1-1-2020. De vraag is natuurlijk wat dat betekent voor de continuïteit van zorg. Het programma loopt door. Ook artikel 2.5 gaat gewoon per 1 januari in werking, dus ik denk dat op basis van bijvoorbeeld de oude Wet BOPZ wel een aantal procedures kan worden begonnen die bijdragen aan die continuïteit van zorg.

Voorzitter. Heel kort een paar dingen over de rol van het OM bij de verplichte ggz. Anders dan nu het geval is onder de Wet BOPZ, gaat de Wet verplichte ggz uit van een wat actievere invulling van de verzoekersrol. Het OM heeft ook nu een verzoekersrol, maar die wordt actiever. Mevrouw Strik heeft aangegeven zo haar bedenkingen te hebben bij de vraag of het OM wel bereid en in staat is om die rol waar te maken. Wij denken eigenlijk dat dat wel het geval is. Bijvoorbeeld uit het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid zijn een aantal maatregelen doorgevoerd. Er zijn opleidingen, procesbeschrijvingen, werkinstructies. Er worden extra officieren en secretarissen opgeleid. Het verouderde informatiesysteem van het OM wordt herzien met het oog op de informatiesystemen die nodig zijn om te voldoen aan de Wet verplichte ggz. Ik heb toch echt de indruk dat het OM dit serieus oppakt. We hebben het ook met wat financiële middelen daartoe in staat gesteld.

Specifiek ten aanzien van de aanwezigheid van de officier ter zitting vroegen mevrouw De Bruijn en mevrouw Bikker wanneer het evident is dat de officier aanwezig moet zijn en of andere ketenpartners of betrokkenen niet ook een stem zouden moeten hebben bij het bepalen van de noodzaak van die aanwezigheid. Of dat evident is, hangt natuurlijk af van zaak tot zaak. Het is in eerste instantie aan de officier om dat te beoordelen. Bij die afweging zal onder meer betrokken worden hoeveel informatie het dossier voor de rechter al bevat. Daarbij zou je kunnen zeggen dat er sprake is van communicerende vaten: hoe beter en meer gevuld het dossier is, hoe minder noodzaak er doorgaans zal zijn voor een mondelinge toelichting van de officier ter zitting. Andersom kan het zo zijn dat er bijvoorbeeld specifieke dingen in het dossier zitten, bijvoorbeeld op het gebied van het justitiedomein, op basis waarvan het juist wel gewenst is dat de officier er is. In de pilots die zijn gedraaid onder de Wet BOPZ zijn ook een aantal ervaringen opgedaan met wanneer met name de aanwezigheid van de officier ter zitting het meest waardevol is.

De voorzitter:

Een korte interruptie graag, mevrouw Bikker.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Uit die pilots bleek ook dat het op heel veel momenten niet waardevol was. Ik vraag aan de minister of hij juist dit wetsartikel ook kan betrekken bij de evaluatie na drie jaar die in het wetsvoorstel is voorzien, juist ook om te zien of dit een meerwaarde heeft of dat we naar andere middelen moeten kijken.

Minister Dekker:

Dat lijkt mij een heel goed punt.

Ik kom bij een aantal varia. Dat is rijp en groen. Ik probeer er snel doorheen te gaan.

De heer Dercksen vroeg of we tot de conclusie kunnen komen dat het systeem van de jeugd-tbs niet werkt. Kortheidshalve wil ik meegeven dat er een aantal veranderingen zijn doorgevoerd. In het verleden liepen we er nog weleens tegen aan dat de tijd die je had om een PIJ-maatregel echt goed te laten werken, te kort was. Als er sprake is van recidivegevaar is het nu mogelijk om een PIJ-maatregel uiteindelijk om te zetten in tbs. Met het geldende overgangsrecht geldt dat voor feiten die zijn begaan na 2014. Als ik kijk naar de effectiviteit daarvan en hoe er gepresteerd wordt, zie ik dat de recidivepercentages de afgelopen jaren echt zijn verbeterd. Bij mensen die een maatregel hebben ondergaan was dat percentage in 2003 nog bijna 21 en in 2012 iets meer dan 13. Natuurlijk wil je dat ook nog terugdringen, maar je ziet dat dit helpt.

De heer Dercksen vroeg ook wat we doen met mensen die uit het buitenland komen. Zij worden in principe op een gelijke manier vervolgd in het recht als Nederlanders. Dat geldt ook voor de tenuitvoerlegging van sancties, waaronder een tbs-maatregel. Het kan wel zo zijn dat tbs-gestelden met een niet-Nederlandse nationaliteit uiteindelijk ongewenst worden verklaard. Dat zou betekenen dat ze na hun straf het land zouden moeten verlaten. Dat betekent dat gedurende de straf en gedurende de maatregel alles wat gedaan wordt aan re-integratie en resocialisatie niet wordt toegepast. Wij willen namelijk dat die mensen aan het einde van hun sanctie vertrekken.

De voorzitter:

Heel kort, meneer Dercksen.

De heer Dercksen (PVV):

U zegt dat het kan. Mijn vraag is of we dat niet gewoon standaard kunnen doen. Deze meneer heeft op klaarlichte dag een moord gepleegd. Het is toch niet uit te leggen aan de samenleving dat we straks met z'n allen een jaar of tien voor de tbs van diegene moeten betalen? Diegene had zelfs al in Polen in een psychiatrische kliniek gezeten. Kunnen we het niet gewoon standaard maken dat we dat soort mensen na het uitzitten van hun straf bij kop en kont pakken en het land uitknikkeren?

Minister Dekker:

Dat zou ik nou weer onverstandig vinden, want dat zou betekenen dat we mensen die hier een straf of een maatregel moeten uitzitten, die straf niet geven, puur vanwege het feit dat we ze het land uit kunnen zetten. We doen dit

soort dingen voor een deel ook vanuit het oogpunt van vergelding. Dan vind ik dat iemand die hier op Nederlands grondgebied een strafbaar feit heeft begaan, daarvoor ook gestraft moet worden.

De voorzitter:

Echt tot slot, meneer Dercksen.

De heer Dercksen (PVV):

Daarover zijn we het eens. Ik zei ook: als hij zijn straf hier heeft uitgezeten, laten we hem dan afleveren in het land van herkomst. Daar kunnen ze dan aan de slag, met wederom een psychiatrische tbs-achtige maatregel. Waarvoor moeten wij dat doen? Wij kunnen toch niet alle patiënten van de Schengenlanden binnenhalen en die hier maar gaan behandelen? Dat is toch onbetaalbaar en niet uit te leggen aan de Nederlandse bevolking?

Minister Dekker:

Volgens mij halen we ze ook niet binnen.

Mevrouw Strik vroeg naar de rechtsbijstand.

De heer Dercksen (PVV):

Ik krijg geen antwoord op de vraag. Ik zou graag willen dat u daarop ingaat.

De voorzitter:

Meneer Dercksen, u kunt hier in de tweede termijn nog op terugkomen. Gezien het uur van de dag, vind ik dit iets voor de tweede termijn, morgen. O ja, dat is al vandaag, maar de tweede termijn is wel straks.

Minister Dekker:

Mevrouw Strik vroeg naar de rechtsbijstand. Dat is eigenlijk een veel groter dossier. Daar ligt een enorme opgave om te kijken hoe we de middelen die we beschikbaar hebben voor rechtsbijstand, op een goede manier kunnen inzetten. Van der Meer geeft aan dat dat enorm wringt. Ik heb tegen de Tweede Kamer gezegd dat ik er heel veel waarde aan hecht om rust te brengen op dit dossier en om dit jaar met alle partners — de sociale advocatuur en de orde — te kijken of we kunnen komen tot herziening van het stelsel. Daar zal ook dit dan onderdeel van uitmaken.

Mevrouw Barth vroeg naar het rapport van de procureur-generaal bij de Hoge Raad. Hij zegt: in de toekomstige Wet verplichte ggz is het allemaal goed geregeld, maar hoe doen we het in de tussentijd? Ik kan meegeven dat op het punt van de bevoegdheid van de politie om bepaalde politiegegevens aan het OM te verstrekken — volgens mij is dat de lacune waar mevrouw Barth op doelt — een machtigingsbesluit is gemaakt op grond van de Wet politiegegevens. Dat is gepubliceerd op 21 december jongstleden en is inmiddels in werking getreden. Volgens mij voorziet dat precies in het dichten van dat gat.

Tot slot het punt van de nazorg. Eigenlijk is dat weer wat breder. Mevrouw Wezel begon daarover, maar volgens mij vroeg ook mevrouw Barth daarnaar. Wat kun je, los van de

forensische zorg, doen om ervoor te zorgen dat mensen goed teruggaan, de samenleving in, en niet in herhaling vallen en wat doe je als er ook sprake is van psychiatrische stoornissen? In z'n algemeenheid start de nazorg eigenlijk op de dag waarop gedetineerden binnen worden gebracht. Dan ga je kijken wat er nodig is na detentie. Dan heb je ook gesprekken met de gemeente: wat kun je doen om ervoor te zorgen dat iemand wordt opgevangen als hij wordt vrijgelaten? Als er sprake is van psychiatrische stoornissen — als je met DJI'ers praat, geven ze aan dat daar steeds meer sprake van is — zie je soms dat het relatief korte verblijf in detentie het wel moeilijk maakt om die heel goed en ook volledig aan te pakken. Dat vraagt in de zorg en in de behandeling van eventuele stoornissen of psychiatrische aandoeningen dus ook dat je eigenlijk doorgaat nadat iemand vrijkomt. Daar helpen deze wetten zeker bij, maar ik wil ook graag wijzen op een aantal lopende pilots met zogeheten doorzorgfunctionarissen, die juist een soort doorlopende lijn van zorg willen garanderen. In het voorjaar kom ik naar de Tweede Kamer, maar ook u kunt er kennis van nemen, met een bredere visie op het gevangeniswezen: wat is er nodig om de twee doelstellingen van het gevangeniswezen, namelijk aan de ene kant vergelding en toepassing van straffen en aan de andere kant het voorkomen van herhaling, het terugdringen van recidive, beter met elkaar in verband te brengen, om die hand in hand te laten gaan?

De voorzitter:

Mevrouw Barth, één interruptie.

Mevrouw Barth (PvdA):

Ik kreeg geen antwoord op mijn vraag over de informatie-uitwisseling. Het ging mij niet om de politie-informatie. Het ging mij om de uitwisseling tussen het Openbaar Ministerie, de zorg en de politie op grond van de Wet verplichte ggz. De procureur-generaal bij de Hoge Raad heeft aangegeven dat op grond van de Wet verplichte ggz de informatie-uitwisseling die eerder door het OM zonder wettelijke basis is gedaan, dan wel mag. Mijn concrete vraag was: hoe gaat de minister om met de implementatie van die bepalingen uit de Wet verplichte ggz? Gaat hij die versneld invoeren? Of laat hij die wachten, met de algehele implementatie? En als hij die laat wachten, hoe gaat hij die lacune dan opvullen? Dat kan niet met een besluit, want het gaat om wettelijke bepalingen. De minister mag hier van mij ook in tweede termijn op terugkomen, maar dan wil ik wel graag een antwoord op mijn vraag.

Minister Dekker:

Dat gaat u dan zeker krijgen. Ik kom daar later op terug.

De voorzitter:

Mevrouw Wezel, één vraag, één interruptie.

Mevrouw Wezel (SP):

Zou de minister kunnen toezeggen dat hij schriftelijk reageert op de vraag naar aanleiding van het onderzoek van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming van oktober 2017 over de gebrekkige samenwerking tussen gemeenten, gevangenis en reclassering en over hoe dat verbeterd kan worden? Dat is dan op het gebied van

nazorg, identiteit, verwijzen, onderdak, inkomen, zorg, schuldenproblematiek enzovoort.

Minister Dekker:

Het antwoord daarop is: ja, want dat soort adviezen van de RSJ krijgen altijd een reactie van het kabinet.

Mevrouw Wezel (SP):

En daar krijgen wij dan ook een afschrift van?

Minister Dekker:

Normaal gesproken krijgt de Tweede Kamer het, maar als u het wilt, dan krijgt ook u een afschrift.

De voorzitter:

Mevrouw Wezel, ik heb gezegd dat er nog één interruptie mocht komen. U mag nog snel iets zeggen.

Mevrouw Wezel (SP):

Ik heb nog niet op al mijn vragen antwoord gekregen. Ik zou graag nog antwoorden krijgen op mijn vragen over de beveiligde forensische zorg en de specialistische jeugdzorg, als dat kan.

Minister Dekker:

Dan moet u die vragen nog even kort herhalen.

De voorzitter:

Mevrouw Wezel kan haar vraag herhalen en dan antwoordt u morgen misschien in tweede termijn.

Mevrouw Wezel (SP):

Het zou fijn zijn als ook ik antwoorden op mijn vragen kan krijgen, net als de anderen.

De voorzitter:

Dan moet u niet naar mij kijken.

Mevrouw Wezel (SP):

Nou ja, u geeft mij die ruimte ...

De voorzitter:

Mevrouw Wezel, u mag uw vragen herhalen.

Mevrouw Wezel (SP):

Iedereen wil weg, maar het wordt ook zo gepland. Daar kan ik ook niks aan doen. Het zou dus fijn zijn als ik antwoord op mijn vragen zou kunnen krijgen, als u mij dat toestaat.

De voorzitter:

Ik heb u toegestaan om de vragen te herhalen, want de minister weet de vragen niet meer.

Mevrouw Wezel (SP):

Dank u wel. Het ging over het artikel in de Volkskrant. Hoe is de minister voornemens iets te doen aan de afname van het aantal beschikbare plekken van specialistische jeugdzorg en de wachtlijsten? Erkennen de ministers dat de gemeentes steeds minder voor deze zorg willen betalen? Hoe kijken de ministers daartegen aan? Is de tijdelijke beschikbaarstelling van 45 miljoen afdoende? De vragen met betrekking tot de beveiligde forensische zorg hebben betrekking op de gemiddelde duur van tbs in 2017. Is die teruggebracht naar acht jaar? Is het aantal ambulante tbs-behandelingen toegenomen? Wat zijn de effecten hiervan op de maatschappelijke positie en de recidive van de behandelde tbs'er? De laatste vraag: ik ben benieuwd naar hoe de ministers voornemens zijn te monitoren of de geleverde forensische zorg wel effectief is.

Minister Dekker:

Ik pak even de vraag die betrekking heeft op de forensische zorg, want ik denk dat die over de gespecialiseerde jeugdzorg, de eerste vraag, op het terrein van mijn collega ligt. Hij zal daar morgen in tweede termijn op terugkomen. Binnen de forensische zorg, en specifiek de tbs, is de behandelduur de afgelopen jaren inderdaad wat teruggelopen, nadat deze een aantal jaren daarvoor was opgelopen. Wij volgen dat heel nauwgezet, door te kijken naar wat het effect daarvan is op de populatie, en met name of we die populatie bij politie en justitie terugzien. Wat dat betreft zijn de recidivecijfers voor ons heel belangrijk. Als u dus vraagt hoe wij dit monitoren, zeg ik dat dat een van de belangrijkste indicatoren is die daarbij een rol spelen. Ondanks het feit dat de behandelduur wat korter is geworden, zie ik gelukkig geen onmiddellijke stijging in de recidive. Ik denk dat dat alleen maar een positieve ontwikkeling is.

De voorzitter:

Ik begrijp dat u klaar bent?

Minister Dekker:

Tenzij er nog vragen zijn, voorzitter. Ik ben bereid om door te gaan totdat u ons naar huis stuurt.

De voorzitter:

Dank u wel. In dat geval hoef ik alleen nog maar de volgende twee zinnen uit te spreken.

Ik schors de beraadslaging tot hedenochtend 9.30 uur.

De beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter:

En ik schors de vergadering voor de rustpauze tot 9.30 uur.