

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 ernstigadeel-criterium. 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 geschoolede 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 thuissituaties niet rechtstreeks zijn opgenomen in de wet en dat we moeten wachten op de AMvB's, waar overigens wel een voorhang-procedure 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 thuissituaties. 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 thuissituatie 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 weggevallen. 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 uitsprekt, 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 stafbureau 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, voerspelt 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