

Vergaderjaar 2018–2019

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 435

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 12 december 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 juli 2018 over het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 25 424, nr. 421).

De vragen en opmerkingen zijn op 25 september 2018 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 11 december 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en reactie van de Minister

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten) en het ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg). De leden van de VVD-fractie hebben nog een aantal vragen en opmerkingen. De leden van de VVD-fractie steunen de uitgangspunten in zowel de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvggz) als in de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wzd) dat de specifieke zorgbehoefte van de cliënt centraal staat en dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk moet worden voorkomen. Mocht onvrijwillige zorg toch nodig zijn, dan spreken deze leden uit dat het goed is dat nu voorwaarden en waarborgen gecreëerd worden, waaronder deze verplichte of onvrijwillige zorg ook ambulant kan worden gegeven. Voor de Wvggz geldt dat wensen en voorkeuren van betrokkenen zoveel mogelijk moeten worden gehonoreerd. Een plan van aanpak kan de noodzaak voor een zorgmachtiging wegnemen, zo stelt de Minister. Deze leden vragen de Minister of het mogelijk is om in overleg te treden met professionele hulpverlening bij het opstellen van het plan van aanpak. Deelt de Minister de mening dat ondersteuning van de professionele hulpverlening nodig is om de effectiviteit van het plan van aanpak te vergroten? Bij wie ligt binnen de professionele hulpverlening de verantwoordelijkheid om de betrokkene te ondersteunen bij het opstellen van het plan van aanpak? Wat is hierin de rol van andere betrokken partijen zoals de gemeente, wijkteams, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en Justitie?

Ook de leden van de CDA-fractie hebben vragen bij het plan van aanpak, en benadrukken het belang van de rol van familie en naasten. De leden van de Groen Links-fractie vragen in dit kader naar de begeleiding van de cliënt bij het opstellen van een zo nuttig mogelijk plan van aanpak om de verplichte zorg zo veel mogelijk te kunnen beperken.

Antwoorden 1, 36 en 54 – Het plan van aanpak

Een belangrijk uitgangspunt van de Wvggz is inderdaad het zoveel mogelijk honoreren van de wensen en voorkeuren van de betrokkene. Dit uitgangspunt komt onder andere terug in de mogelijkheid voor de betrokkene om, samen met zijn familie of naasten, zelf een plan van aanpak op te stellen. Dit heeft als doel om verplichte zorg te voorkomen. De nadruk bij het opstellen van een plan van aanpak ligt op het benutten van de eigen omgeving en het eigen netwerk, bijvoorbeeld via een «eigen kracht conferentie». Bij het opstellen van een plan van aanpak is geen standaard rol voor de zorgverantwoordelijke, gemeente, wijkteams, GGD of Justitie voorzien. Betrokkene mag uiteraard zijn eigen zorgverlener, of juist een andere zorgverlener (second opinion) of de patiëntenvertrouwenspersoon betrekken als hij dat wil, maar dat is geen verplichting omdat het zijn plan is. Patiëntenorganisatie Mind stelt een handreiking op over het eigen plan van aanpak. Die zal begin komend jaar beschikbaar zijn. De vorm van de begeleiding wordt verder niet wettelijk voorgescreven. Wel is in artikel 5:5 Wvggz bepaald dat een eigen plan van aanpak door betrokkene wordt opgesteld met familie en naasten. De regering vindt het niet noodzakelijk om expliciet te regelen dat de geneesheer-directeur en de zorgaanbieder zorg dragen voor voldoende ondersteuning bij het opstellen van het eigen plan van aanpak. De geneesheer-directeur kan wel een rol spelen, maar zijn rol moet duidelijk zijn. Hij dient vooraf duidelijk aan betrokkene aan te geven dat hij

uiteindelijk diegene is die toetst of het plan voldoende is om verplichte zorg te voorkomen. De geneesheer-directeur is ook degene die na overleg met de officier van justitie kan besluiten om de procedure voor de zorgmachtiging te hervatten, omdat hij vindt dat onvoldoende voortgang met het plan wordt gemaakt of omdat het ernstig nadeel zich niet langer verdraagt met verder uitstel van de voorbereiding voor een zorgmachtiging.

Over de rol van de politie en de samenwerking tussen de politie en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt kort gesproken. De leden van de VVD-fractie steunen het uitgangspunt dat vroegsignalering en tijdige interventie zoveel mogelijk moeten voorkomen dat er politie aan te pas komt. Tegelijkertijd stellen zij dat dit niet zal voorkomen dat de politie moet worden ingezet. Genoemde leden zijn van mening dat de politie op dergelijke momenten moet kunnen weten in welke situatie zij terecht komen. In de algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) is opgenomen dat bij ministeriële regeling gegevensverwerkingen worden aangewezen die moeten voldoen aan de omschreven technische standaarden. Geldt de ministeriële regeling ook voor de gegevensuitwisseling tussen de politie en de ggz? Hoe wordt geborgd dat de politie, wanneer inzet noodzakelijk is, kan beschikken over voor de situatie relevante gegevens?

Antwoord 2

Met dit ontwerpbesluit wordt ambulante verplichte zorg mogelijk en kan een opname zo veel mogelijk voorkomen worden. Dit betekent dat in het geval dat een zorgmachtiging strekt tot het gebruik van medicatie en de betrokkene thuis blijft wonen, het ook mogelijk moet zijn om er op toe te zien dat de zorgmachtiging wordt nagekomen en zonodig wordt afgedwongen zonder opname. De zorgverleners zullen in die gevallen de woning moeten kunnen betreden om de verplichte zorg toe te passen. Indien de patiënt hier geen toestemming voor geeft, kan dat in het uiterste geval met behulp van de politie. De regering onderschrijft het uitgangspunt dat de leden naar voren brengen, namelijk dat vroegsignalering en tijdige interventie de inzet van dwang moet voorkomen. Ook als het tot dwang komt, moet de inzet van de politie beperkt blijven. De uitgangspunten van de wet, met name de proportionaliteitstoets, gelden onverkort en alleen als het niet anders kan zal de zorgverlener de hulp van de politie hierbij inschakelen.

Artikel 3.1, vijfde lid, van het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg dat bepaalt dat in een ministeriële regeling gegevensverwerkingen kunnen worden aangewezen die moeten voldoen aan technische standaarden, heeft betrekking op de informatieverplichtingen in de Wvggz. Die bepaling ziet niet op de hier bedoelde incidentele informatiedeling tussen zorgverlener en politie. Op het moment dat zorgverleners de politie moeten inschakelen is er contact tussen beiden en zal de zorgverlener ervoor zorgen dat het ingeroepen ambulancepersoneel of de politieagenten zoveel mogelijk op de hoogte zijn van de situatie die zij zullen aantreffen. Welke concrete informatie de zorgverlener met de politie moet delen en op welke wijze dat gebeurt, zal per situatie verschillen. Het is niet mogelijk om dat op voorhand vast te leggen in regelgeving.

Ambulante verplichte zorg kan risico's met zich meebrengen, bijvoorbeeld door uitingen van verzet tijdens de behandeling. Hierbij moet de verplichte zorg in een ambulante setting, dus ook fixatie en insluiting, op een veilige manier kunnen worden toegepast.

Deze leden vragen bij wie hier de verantwoordelijkheid van het toezicht ligt. De Wvggz geeft in haar memorie van toelichting aan dat het toezicht houden niet alleen door hulpverleners, maar ook door mantelzorgers

gedaan kan worden. Deze leden vinden het niet wenselijk dat mantelzorgers in de rol van toezichthouder en/of bewaker terecht kunnen komen. Daarom zouden zij graag extra toelichting van de Minister op dit punt willen. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van toezicht binnen de Wvvgg? Hoe geldt dit voor de Wzd? Hoe ziet de Minister de rol van mantelzorgers hierbinnen? Tenslotte vragen deze leden of de Minister deelt dat mantelzorgers niet in een bewakers- of hulpverleningsrol terecht moeten komen. Ook de leden van de PVV-fractie hebben in dit kader vragen over de haalbaarheid van de zorg thuis. Specifiek uiten deze leden hun bezorgdheid over de belastbaarheid van mantelzorgers en de rol van een eventueel personeelsgebrek van de zorgaanbieder hierbij. De leden van de CDA-fractie vragen specifiek naar de rolverdeling tussen de zorgaanbieder en de mantelzorger. De leden van de D66-fractie vragen daarbij of een zorgverlener in staat om de juiste inschatting te maken of een mantelzorger in staat is een toezichthoudende taak te volbrengen en hoe voorkomen wordt dat de mantelzorger hierbij druk voelt deze taak op zicht te nemen. Ook de leden van de Groen Links-fractie hebben vragen over toezicht door de mantelzorger. In hoeverre is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het handelen van de mantelzorger? De leden van de SP-fractie hebben ook specifiek vragen over de toezichthoudende rol, taken en belastbaarheid van de mantelzorger en de randvoorwaarden voor ambulante gedwongen zorg.

Antwoorden 3, 12, 16, 30, 44, 51 en 60 – De rol van de mantelzorger en randvoorwaarden ambulante gedwongen zorg

Zowel op grond van de Wvvgg als op grond van de Wzd ligt de verantwoordelijkheid van het toezicht bij ambulante dwang nooit bij de mantelzorger. Voor de Wvvgg ligt de eindverantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur. Voor de Wzd ligt deze bij de zorgaanbieder en de Wzd-arts. Mantelzorgers spelen echter wel een belangrijke rol bij de afweging of ambulante zorgverlening überhaupt mogelijk is. Of gedwongen zorg ambulant kan worden verleend, is immers afhankelijk van veel factoren. Zo spelen de voorkeuren van betrokkene en de eventuele mantelzorger zelf, de aandoening, de thuissituatie, de sociale omgeving, allemaal een belangrijke rol in de afweging of de zorgaanbieder ambulante zorg op een goede en veilige manier kan verlenen. De mogelijkheid dat mantelzorgers een rol hebben, zorgt ervoor dat er niet continu een zorgprofessional over de vloer hoeft te zijn, waardoor thuis zoveel als mogelijk ook nog steeds écht thuis kan zijn. Enerzijds zullen zij de betrokkene wellicht graag thuis houden om een opname voorkomen, anderzijds is dit een extra belasting binnen een relatie die waarschijnlijk al wordt beïnvloed door de aandoening van betrokkene.

Afhankelijk van de situatie is het denkbaar dat de mantelzorger goed in staat is om bijvoorbeeld mogelijke bijwerkingen van de dwangmedicatie in de gaten te houden – na hierover geïnformeerd te zijn door de zorgverantwoordelijke, en dat hij de zorgverantwoordelijke of de zorgverlener waarschuwt in geval bepaalde bijwerkingen zich voordoen. Of als het nodig is dat een cliënt een anti-scheurpak aankrijgt om te voorkomen dat hij zichzelf verwondt door excessief te krabben, ook dan is het goed denkbaar dat de mantelzorger het feitelijke toezicht op zich neemt zonder dat de zorgverlener hier continue bij aanwezig blijft. Maar gelet op het feit dat de eindverantwoordelijkheid voor gedwongen zorg altijd bij de zorgprofessionals blijft, moeten die beoordelen of op deze manier de zorg verantwoord kan worden verleend.

Deze ontwerpbesluiten bevatten vanzelfsprekend dus geen verplichting voor mantelzorgers om bij ambulante verplichte zorg een rol te vervullen.

Als mantelzorgers fysiek dan wel mentaal niet in staat zijn om het toezicht gedeeltelijk op zich te nemen, of dat simpelweg niet willen, hebben mantelzorgers hoe dan ook geen rol. Indien mantelzorgers wel ondersteuning kunnen of willen bieden bij de zorg aan hun naaste, is het van belang dat goed wordt samengewerkt tussen de zorgprofessionals, mantelzorgers en waar mogelijk ook met betrokkene. Van belang is dat van tevoren afspraken worden gemaakt over wat de rol van mantelzorgers bij het toezicht kan zijn en dat deze afspraken regelmatig worden geëvalueerd. In het contact tussen zorgverleners en mantelzorgers kan tijdig worden gekeken of mantelzorgers zelf ondersteuning nodig hebben vanwege bijvoorbeeld overbelasting. De situatie verandert ten slotte vaak in de loop van de tijd. Als ambulante (gedwongen zorg) met hulp van een mantelzorger niet (meer) verantwoord is, ligt opname in een intramurale setting voor de hand.

Met de conceptbesluiten wil de regering de handelingsverlegenheid die zorgverleners nu hebben oplossen en hen, onder de strikte waarborgen van de wetten en de besluiten, instrumenten geven om in het uiterste geval dwangzorg in te zetten. De regering ziet het risico dat door de mantelzorgers bij het toezicht te betrekken dit tot meer (over)belasting bij de mantelzorger kan leiden. In het concept besluit wordt daarom nadrukkelijk gesteld dat als mantelzorgers fysiek dan wel mentaal niet in staat zijn om het toezicht gedeeltelijk op zich te nemen, of dat simpelweg niet willen, de zorgaanbieder er voor moet zorgdragen dat het toezicht op andere wijze wordt georganiseerd of indien dit niet mogelijk is, dat de cliënt in een accommodatie wordt opgenomen. De zorgaanbieder blijft immers te allen tijde verantwoordelijk voor (de kwaliteit van) de zorg en het toezicht op de uitvoering van de benodigde onvrijwillige zorg. Vanwege die verantwoordelijkheid kunnen taken daarom ook niet om reden van onvoldoende beschikbaarheid van personeel, bij een mantelzorger worden neergelegd. In het zorgplan wordt door de zorgverantwoordelijke concreet op de betrokken omstandigheden van de te verlenen zorg ingegaan. Het is vervolgens de geneesheer-directeur respectievelijk de Wzd-arts die toezicht houdt op de uitvoering van de ambulante zorg. De Inspectie houdt vervolgens toezicht op de naleving van de wet door professionele zorgaanbieders. Zij zal daarbij ook toezien op welke wijze de inzet van mantelzorgers bij het toezicht op ambulante onvrijwillige zorg wordt geregeld en hoe de zorgaanbieder hier in de praktijk mee om gaat. Het is aan de gezamenlijke zorgaanbieders, cliënten- en mantelzorgorganisaties om tot richtlijnen te komen met betrekking tot onvrijwillige zorg thuis, inclusief de rol- en taakverdeling bij het betrekken van niet-professionals bij het toezicht. Bijvoorbeeld als het gaat om de maximale termijn.

Bij het opstellen van het ontwerpbesluit zijn niet specifiek mantelzorgers geraadpleegd, hoewel een groot deel van de inbreng tijdens de verschillende consultatiegesprekken kwam van mensen die ook mantelzorger zijn en dit perspectief heeft zeker meegewogen. Met cliëntenvertegenwoordigers is gesproken over de mogelijkheden en onmogelijkheden van gedwongen zorg in de thuissituatie.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de planning erop gericht was dat de «Generieke module dwang en drang» afgerond zou zijn voordat de amvb werd opgesteld, maar dat dit helaas nog niet het geval is.

Kan de Minister toelichten waarom het niet gelukt is om de «Generieke module dwang en drang» tijdig af te ronden? Wat zijn de risico's van het niet tijdig afronden en het opstellen van de voorliggende amvb? Wanneer zal de generieke module alsnog worden afgerond? Ook de leden van de CDA-fractie en de D66-fractie vragen naar de risico's van het niet het tijdig afronden van deze module doordat de invulling en uitwerking van ambulante dwang nog niet geheel vast staat.

Antwoorden 4 34 en 49 – Generieke module dwang en drang
De belangrijkste waarborgen voor toepassing van verplichte zorg, zijn reeds opgenomen in de wet zelf. Aangaande dit ontwerpbesluit geldt dat het tegelijkertijd met de wet in werking zal moeten treden om ambulante verplichte zorg mogelijk te maken. Indien dit ontwerpbesluit op 1 januari 2020 nog niet zou zijn afgerond, kan de Wvvgz wel in werking treden, maar kan nog geen ambulante dwang worden toegepast. Bij het opstellen van de Wvvgz was de verwachting dat in de door het veld op te stellen «Generieke module dwang en drang» een hoofdstuk zou worden opgenomen over ambulante dwang. Het bleek niet mogelijk om hierover wetenschappelijk goed onderbouwde normen op te nemen, omdat het hier geen zorg betreft die «evidence-based» is. Nu er door het ontwerpbesluit verplichte zorg (Bvvgz) meer duidelijkheid is over het wettelijke kader voor ambulante dwang, heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) het op zich genomen om een handreiking op te stellen en hiermee de zorgverleners nadere handvatten te bieden in de uitvoering. De planning is dat dit document voor de inwerkingtreding van de Wvvgz afgerond.

Voor de Wzd geldt dat ambulante onvrijwillige zorg niet nieuw is. De leden van de VVD-fractie lezen dat de zorgaanbieder er desondanks voor kan kiezen om voorzichtig te beginnen. Genoemde leden vragen zich af wat precies bedoeld wordt met deze zin.

Antwoord 5

Bedoeld wordt, dat ook op dit moment in de praktijk, waaronder bijvoorbeeld in de thuissituatie van cliënten, maatregelen worden ingezet die onder de definitie van «onvrijwillige zorg» zoals bedoeld in de Wzd kunnen worden geschaard. Bijvoorbeeld het afsluiten van de gaskraan. Er kunnen heel goede redenen voor zijn om dit te doen; immers op deze manier kan de cliënt zo lang mogelijk thuis blijven wonen en kan ernstig nadeel voor hemzelf of een ander mogelijk worden voorkomen. Het voorliggende concept besluit biedt een wettelijk kader voor het toepassen van ambulante gedwongen zorg, waarbij de verantwoordelijkheid expliciet bij de zorgaanbieder berust. In de praktijk kan dit betekenen dat de ene zorgaanbieder hierin anders te werk zal gaan dan de andere; ofwel dat in een vergelijkbare situatie de ene zorgaanbieder onvrijwillige zorg in een ambulante setting zal verlenen, terwijl een andere dat niet doet omdat niet aan de benodigde randvoorwaarden kan worden voldaan. De wens om «voorzichtig te beginnen» is vooral afkomstig uit het ggz-veld, en is in het kader van de Wzd wellicht minder geuit. De nota van toelichting zal op dit punt worden aangepast.

In de Wzd zijn verschillende waarborgen opgenomen voor onvrijwillige zorg. Wanneer onvrijwillige zorg overwogen wordt, moet multidisciplinair overleg plaatsvinden over vrijwillige alternatieven.

De leden van de VVD-fractie vragen de Minister wie bij dit multidisciplinaire overleg bij voorkeur zijn betrokken. Zijn deze professionele hulpverleners voldoende geschoold om met de zorgverantwoordelijke dergelijke afwegingen te kunnen maken? Kan de Minister toelichten wat het tijdsbeslag is in die situatie waarin geen vrijwillige alternatieven beschikbaar zijn en een uitgebreider deskundigenoverleg gehouden dient te worden? Wie schuiven bij een dergelijk overleg aan? Wie is de externe deskundige aan wie om advies wordt gevraagd? Wordt de externe deskundige altijd om advies gevraagd of enkel in gevallen zoals neergelegd in artikel 11 Wzd?

Antwoord 6

In de artikelen 10 tot en met 14 van de Wzd wordt voorzien in een stappenplan dat uitgaat van de zorgbehoefte van de cliënt. In de praktijk

betekent dit dat het afhankelijk is van de specifieke situatie van de cliënt en van diens zorgvraag wie bij het multidisciplinaire overleg zijn betrokken, zo zal in het ene geval de specifieke inbreng en deskundigheid van bijvoorbeeld een fysiotherapeut (bij valgevaar) nodig zijn om onvrijwillige zorg te voorkomen, terwijl in een andere situatie de expertise van bijvoorbeeld een logopedist (bijvoorbeeld in geval van slikgevaar) nodig zal zijn. Dit geldt ook ten aanzien van de externe deskundige. Ook voor wat betreft de door de leden van de VVD-fractie gestelde vragen over de vereiste scholing, het tijdsbeslag en wie bij een uitgebreider deskundigenoverleg dienen aan te schuiven geldt dat dit situatie afhankelijk is en er per situatie maatwerk wordt geleverd dat het belang van de cliënt zoveel mogelijk behartigt.

Volgens thans geldende wettekst moet in gevallen zoals neergelegd in artikel 11 Wzd en artikel 10, tiende lid, de externe deskundige om advies worden gevraagd. Tijdens de behandeling van de Wzd in de Eerste Kamer heb ik aangegeven dat ik voornemens ben een wetsvoorstel in te dienen waarin ik de verplichte betrokkenheid van de externe deskundige beperk tot die gevallen waarbij het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de gestelde termijn af te bouwen. Dit wetsvoorstel is bij Koninklijke Boodschap van 22 november 2018 aan Uw Kamer aangeboden (kamerstuk 35 087). Uiteraard staat het de zorgverantwoordelijke vrij om eerder of vaker externe expertise in te schakelen.

In de memorie van toelichting van de Wzd lezen de leden van de VVD-fractie dat «mensen met een beperking het recht hebben in een maatschappelijke context te leven». De insteek van de genoemde organisaties vinden deze leden terecht, maar zij vinden ook dat onvrijwillige ambulante zorg noodzakelijk kan zijn met het oog op de veiligheid van de cliënt zijn omgeving. Bieden de wet en de onderhavige amvb de zorgverlener ondanks deze bepaling in het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, voldoende ruimte om in te grijpen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

De wet en de onderhavige amvb bieden voldoende mogelijkheden om, indien nodig, gedwongen zorg in te zetten. Dus voor zover de leden suggereren dat dit niet het geval is kan de regering dat ontkrachten. De zin waar de leden van de VVD-fractie naar verwijzen betreft een kernachtige weergave van wat door verschillende belangenorganisaties tijdens de consultatie is ingebracht. Het betreft een interpretatie van het VN-verdrag van deze organisaties, niet een bepaling uit het verdrag zelf. Om dit te verduidelijken zal de toelichting van het besluit hierop worden aangepast.

In algemene zin is de regering het vanzelfsprekend eens met de gedachte dat personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap passende zorg krijgen die zoveel mogelijk vrijwillig wordt toegepast. Dwang mag alleen als laatste redmiddel worden ingezet, zowel in een accommodatie als in een ambulante setting.

Zoals de leden van de VVD stellen kan het vanwege de veiligheid van een cliënt of diens omgeving noodzakelijk zijn dat de rechten van de cliënt (tijdelijk) worden ingeperkt door het toepassen van gedwongen zorg. Het VN-verdrag en de onderhavige amvb bieden hier voldoende ruimte voor.

Verder vragen genoemde leden aan welk type innovatie in het kader «innovatie en extra waarborgen» moet worden gedacht. Kan de Minister dit aan de hand van voorbeelden of casuïstiek toelichten?

Antwoord 8

Gedacht kan worden aan draagbare sensoren en andere domotica die cliënten in staat stellen thuis te blijven wonen, zodat onnodig gedwongen

opnames kunnen worden voorkomen. Een voorbeeld is de toepassing van GPS-technologie, waardoor cliënten niet langer permanent op een gesloten afdeling hoeven te verblijven, maar nu ook naar buiten kunnen. Zij kunnen door deze GPS technologie tijdig en eenvoudig worden gelokaliseerd.

Artikelsgewijs

Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

Artikel 2.2

In acute noodsituaties zal geen schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke beschikbaar zijn. Hoe is in dergelijke situaties de positie van de zorgverlener gewaarborgd, zo vragen genoemde leden. Hoe is de zorgverlener in dergelijke gevallen beschermd tegen klachten van de cliënt en/of zijn naasten?

Antwoord 9

In acute noodsituaties zal een zorgverlener moeten ingrijpen. Dat betekent dat uitsluitend gedwongen zorg mag worden toegepast indien dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Doelstelling blijft om gedwongen zorg zoveel mogelijk te voorkomen en, indien nodig, zo kort mogelijk te doen zijn. Daarnaast dient zo snel als mogelijk een schriftelijke beslissing te komen van de zorgverantwoordelijke. Wanneer de zorgverlener zicht houdt aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit en de gedwongen zorg op verantwoorde wijze toepast, heeft hij gehandeld volgens het wettelijk begrip «goed hulpverlenerschap».

Artikel 3.1

De leden van de VVD-fractie vragen of bij de inzet van onvrijwillige maatregelen in een intramurale setting ook de eis van een onafhankelijke, externe deskundige geldt.

Antwoord 10

Dat is inderdaad het geval.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 13 juli 2018 over het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke gezondheidszorg. Genoemde leden vinden het toepassen van onvrijwillige zorg thuis een onacceptabele ontwikkeling. Ook maken zij zich grote zorgen dat wederom taken aan de mantelzorger(s) overgedragen worden. Zij hebben onderstaande vragen en opmerkingen. Heeft de Minister een analyse gemaakt van de impact en de consequenties van het doorvoeren van deze besluiten? Zo ja, wat zijn de resultaten daarvan? Zo nee, hoe garandeert de Minister dat beide besluiten goed en veilig kunnen worden uitgevoerd?

De leden van de CDA-fractie, de Groen Links-fractie en de SP-fractie hebben ook vragen over de uitvoerbaarheid van de ambulante gedwongen zorg.

Antwoorden 11, 22, 32 en 52 -Uitvoerbaarheid ambulante gedwongen zorg

In de Wvvgz en Wzd is opgenomen dat ambulante gedwongen zorg mogelijk wordt in bij amvb aan te wijzen gevallen. Bij het opstellen van de wetten en de voorliggende besluiten is getracht in te schatten hoe vaak er

daadwerkelijk gedwongen zorg buiten een accommodatie toegepast gaat worden. Voor de Wvvgz is een kostenonderzoek gedaan. Eén van de conclusies van het onderzoek was dat het complex is om een goede kostenberekening te maken, omdat er vele factoren zijn die de hoogte van deze kosten zullen beïnvloeden, maar waarvan het moeilijk is een goede schatting te maken. Bedoeling van de wetten en de ontwerpbesluiten is verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen door vroegtijdige en kwalitatief goede zorg op basis van vrijwilligheid. Daarbij staat steeds voor ogen om door eerder ingrijpen, zwaarder (en duurder) ingrijpen te voorkomen. Deze ontwerpbesluiten maken het mogelijk dat eerder ambulant kan worden ingegrepen (bijvoorbeeld door middel van medicatie), waardoor niet langer hoeft te worden gewacht tot de toestand van betrokkene zodanig is verslechterd dat het ernstig nadeel alleen door een gedwongen opname kan worden voorkomen. Ook maken deze besluiten het mogelijk dat ook in kleinschalige woonvoorzieningen gedwongen zorg kan worden toegepast, waardoor patiënten zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen verblijven. Omdat deze ontwerpbesluiten beogen opnamevoorkomend te werken, kunnen naar verwachting de kosten voor het zorggebruik dalen. Tegelijkertijd vraagt ambulante zorg zowel in de voorbereiding als uitvoering om meer tijd van de zorgverleners, omdat dit vraagt om een uitgebreider zorgplan, waarin in wordt gegaan op de wijze waarop het toezicht in de ambulante situatie wordt vorm gegeven, het aantal zorgverleners dat bij de ambulante zorg betrokken is en bijvoorbeeld ook familie en naasten en andere deskundigen betrokken zijn en alternatieven tegen elkaar afgewogen zijn, om te komen tot de voor de cliënt minst belastende vorm van gedwongen zorg, rekening houdend met zijn zorgbehoefte die overigens ook kan variëren in de tijd. Op grond van deze besluiten moet in het zorgplan ook worden ingegaan op onder andere de wijze waarop toezicht wordt gehouden in de ambulante situatie, het aantal zorgverleners en worden opgenomen op welke wijze het toezicht wordt uitgeoefend in de ambulante situatie en de eventuele betrokkenheid van familie en naasten. Centraal doel van de nieuwe wetgeving is dat er maatwerk wordt geleverd. Dat maakt dat de te verlenen zorg, ook in de ambulante situatie, per betrokkene, kan verschillen. Op dit moment is daarom niet in te schatten hoe vaak en welke vormen van ambulante gedwongen zorg toegepast gaan worden. Op dit moment zijn alle ketenpartijen de consequenties van de Wvvgz in kaart aan het brengen met hulp van het ketenprogramma Wvvgz. Er worden handreikingen, protocollen en informatieproducten ontwikkeld en in 2019 wordt er geoefend met deze producten en casuïstiek. Ook voor de Wzd wordt in samenspraak met het veld de implementatie voorbereid. U wordt zoals toegezegd periodiek geïnformeerd over de voortgang. Na de inwerkingtreding van de nieuwe wetten zullen de gevolgen voor de uitvoering worden gemonitord en geëvalueerd.

De uitvoering moet goed en veilig gebeuren. De wettelijke waarborgen (dwang als uiterste middel en alleen proportioneel, etc.) gelden altijd en onverkort. In de besluiten worden voor de ambulante setting nog enkele aanvullende eisen gesteld. Bijvoorbeeld dat een zorgaanbieder vooraf goed moet bedenken en opnemen in het beleidsplan hoe hij verantwoordelijke zorg kan bieden en dat er altijd een hulpverlener beschikbaar is voor verzoeken om hulp. De zorgaanbieder kan overigens voor gedwongen zorg aansluiten bij bestaande crisisdiensten of piketdiensten. Het is de regering bekend dat er in het veld zorgen zijn over krapte op de arbeidsmarkt en de beschikbaarheid van ambulante teams. Deze zorgen spelen breder dan de reikwijdte van de nieuwe wetten. Hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg van 11 juli 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 420). Op 4 oktober jl. heeft u de meest recente monitor «actieprogramma werken in de zorg» (Kamerstuk

29 282, nr. 315) ontvangen. Daarnaast heeft u op 15 oktober jl. de voortgangsrapportage «Thuis in het Verpleeghuis» (Kamerstuk 31 765, nr. 345) ontvangen, waarin nadrukkelijk aandacht is voor de personele uitdagingen voor de verpleeghuiszorg.

De regering hecht zeer aan het verlagen van administratieve lasten voor zorgverleners, zorgaanbieders en patiënten en zet daar ook stevig op in. Gelet op het ingrijpende karakter van gedwongen zorg is een zorgvuldig proces rondom het besluit om dwang toe te passen echter van groot belang. Met het veld zal gekeken worden hoe dit proces en de daaruit voortvloeiende registratieplicht met zo min mogelijk lasten gepaard kan gaan.

De haalbaarheid van verantwoorde zorg thuis is afhankelijk van tal van factoren, waar onder de zorgbehoefte van betrokkene en zijn woonsituatie. De leden van de PVV-fractie willen graag weten wat er hierbij van de mantelzorger, familie c.q. huisgenoten verwacht wordt.

Welke van de zorgvormen mogen zij toepassen:

- toedienen van vocht, voeding en medicatie, evenals het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- beperken van de bewegingsvrijheid;
- insluiten;
- uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- onderzoek aan kleding of lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen.

Antwoord 12

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de PVV-fractie, wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 3.

Ten aanzien van fixatie zijn ook praktische bezwaren aangedragen tegen het uitsluiten ervan. Kan de Minister een aantal voorbeelden geven van deze praktische bezwaren? Hoe kan fixatie (zowel kortdurend als langdurende fixatie) en insluiting veilig gegeven worden in de thuissituatie? Hoe kan het toepassen van enige vorm van fixeren en insluiten maatwerk genoemd worden? Kan de Minister voor de relevante patiëntgroepen praktijkvoorbeelden opstellen, waarbij specifiek wordt ingegaan op de inzet van psychosociale interventies en domotica? De leden van de SP-fractie stellen vergelijkbare vragen.

Antwoord 13 en 67

Uitgangspunt is, zoals de leden van de PVV-fractie aangeven, dat de toepassing van gedwongen zorg in de thuissituatie, maar ook in een andere ambulante setting, veilig moet zijn.

De IGJ merkte in de toezicht- en handhavingstoets op de concept-versie van de besluiten op dat het uitsluiten van fixatie de uitvoering van bijvoorbeeld dwangmedicatie praktisch onmogelijk maakt, omdat ook het kortdurend vasthouden van iemand onder de definitie van «fixatie» valt. Van de zijde van de cliënten kwam tijdens de consultatie van een eerdere versie van de concept-amvb als argument om insluiting wel mogelijk te maken in een ambulante setting, het argument dat daarmee opname in een zorginstelling zo lang mogelijk kan worden uitgesteld. Maatwerk kan

bijvoorbeeld zijn «kortdurende fixatie voor de duur van het toedienen van medicatie of tijdens de lichamelijke verzorging». In antwoord op de vraag van deze leden of voor de relevante patiëntgroepen praktijkvoorbeelden kunnen worden opgesteld, verwijst de regering naar de recent gereed gekomen multidisciplinaire richtlijn «Probleemgedrag bij dementie»¹ en de richtlijn over dit onderwerp voor de VG-sector, die naar verwachting eind 2018 wordt opgeleverd. De regering benadrukt nogmaals dat gedwongen zorg, in welke vorm dan ook, alleen overwogen en toegepast mag worden als daarmee ernstig nadeel wordt voorkomen en er geen vrijwillige alternatieven meer zijn. De zorgaanbieder moet zich er voorafgaand van vergewissen of zijn organisatie de benodigde gedwongen zorg op verantwoorde wijze kan aanbieden.

De leden van de PVV-fractie willen graag weten welke fixatiematerialen geoorloofd en welke niet geoorloofd zijn. Beugels om iemand aan een bank of muur vast te maken? Een Zweedse band? Een tafelblad voor de rolstoel? Een slingerhes?

Antwoord 14

Voor een antwoord op deze vraag van de PVV-fractie, wordt verwezen naar het antwoord op vraag 53.

Insluiting in een enkele kamer kan onder omstandigheden noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld bij ernstig agressief gedrag. Genoemde leden willen graag weten op welke manier het toezicht gehouden wordt.

Antwoord 15

Zorgaanbieders kunnen het toezicht bij insluiting in een enkele kamer op verschillende wijzen organiseren. Zij moeten dit goed afwegen voorafgaand aan de situatie waarbinnen deze vorm van gedwongen zorg nodig is, en dit betrekken bij de uiteindelijke beantwoording van de vraag of de gedwongen zorg in deze (thuis)situatie op verantwoorde wijze kan worden toegepast. Zo is bij het insluiten in een enkele kamer goed denkbaar dat er in sommige omstandigheden tenminste een of twee zorgverleners aanwezig zijn, maar bij insluiting in de zin van het afsluiten van de voordeur 's nachts, is het toezicht mogelijk goed geborgd als er bijvoorbeeld een mantelzorger aanwezig is die fysiek in staat is om in te grijpen bij calamiteiten.

Deelt de Minister de constatering dat indien het toezicht wordt overgelaten aan de mantelzorger dit bijdraagt aan meer (over)belasting specifiek bij dementie? Hoe wordt de inschatting gemaakt of mantelzorgers hiertoe al dan niet fysiek of mentaal toe in staat zijn? Hoe wordt voorkomen dat een mantelzorger zich verplicht voelt het toezicht op zich te nemen? Kunnen zij dit toezicht weigeren? Vindt de Minister het verantwoord om een mantelzorger met het toezicht tot onvrijwillige zorg te belasten, mede gezien het risico op overbelasting? Zo nee, hoe denkt de Minister dit op te lossen? Hoe wordt voorkomen dat mantelzorgers straks nog meer op hun bordje krijgen? Zijn bij het opstellen van het ontwerpbesluit mantelzorgers geraadpleegd voor dit besluit? Hoe wil de Minister voorkomen dat zorgaanbieders toezicht bij de mantelzorgers beleggen op het moment dat er onvoldoende personeel beschikbaar is? Kan de Minister concreet toelichten op welke wijze afspraken gemaakt worden tussen de zorgverantwoordelijke, de mantelzorger en de cliënt? Voor welke termijn kan het toezicht maximaal worden overgedragen aan de mantelzorgers?

¹ <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>.

Antwoord 16

Voor het antwoord op deze vragen van de leden van de PVV-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 3.

Bij een betrokkene met bijkomende dementie kan insluiting vaker voorkomen, bijvoorbeeld wanneer hij aan een drukke weg woont, geen verkeersinzicht heeft en bij de neiging tot nachtelijk dwalen. Het afsluiten van de woning door bijvoorbeeld de voordeur op slot te draaien is dan toegestaan.

De leden van de PVV-fractie vragen in hoeverre het huis van een cliënt nog als veilig wordt ervaren als je er in opgesloten wordt. Wat gebeurt er als deze betrokkene s» nachts tegen de deur aan gaat trappen en boos wordt omdat hij/zij niet naar buiten kan? Wie houdt dit in de gaten? Wie komt er in een dergelijk geval tot actie? Is het nog wel verantwoord om deze betrokkene zelfstandig thuis te laten wonen? Levert dit geen gevaar of overlast op voor omwonenden en/of voor de dementerende zelf?

Antwoord 17

Bij de afweging tussen gedwongen zorg in de thuissituatie en een gedwongen opname is van belang dat iemand zich thuis zoveel mogelijk veilig moet voelen. Daartegenover staat dat het voor mensen erg onregelend kan zijn als zij gedwongen uit hun vertrouwde omgeving worden gehaald. Daarom moet die afweging op de persoon en op de concrete situatie worden toegesneden.

Als er sprake is van verzet, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het boos worden of het trappen tegen de deur, dient conform het stappenplan te worden gekeken naar alternatieven voor de gedwongen zorg. Het initiatief hiervoor ligt bij de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke is en blijft ook verantwoordelijk voor de afweging of het verantwoord is dat iemand thuis kan blijven wonen. Het is ook van belang dat de zorgverantwoordelijke zich er altijd van vergewist of er wellicht sprake is van verzet, al dan niet op aangeven van de mantelzorger. Indien dit het geval is, in deze situatie kan het zijn dat men dan tot de conclusie komt dat het niet meer verantwoord is om de cliënt thuis te laten wonen, vanwege het risico op ernstig nadeel voor zichzelf en/of zijn omgeving.

Is het de wens van de Minister dat het toepassen van onvrijwillige zorg ervoor zorgt dat de indicatie voor intramurale zorg langer uitgesteld wordt?

Antwoord 18

De wens van de regering is dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de individuele cliënt en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Het kan bijvoorbeeld voor een dementerende juist goed zijn om zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving te blijven. Met gedwongen zorg kan dat worden gefaciliteerd, bijvoorbeeld door de voordeur af te sluiten en via domotica toezicht te houden, als deze dementerende anders 's nachts gaat dwalen. Maar er komt een moment waarop iemand met dementie niet meer verantwoord thuis kan blijven. Dit omslagpunt is op voorhand niet in regelgeving te vatten. Uiteindelijk zal de vraag of de noodzakelijke gedwongen zorg in de thuissituatie toepasbaar is of dat hiervoor intramurale zorg noodzakelijk is, een afweging zijn die is toegespitst op onder meer de cliënt, diens aandoening, de mogelijkheden van de zorgaanbieder, de thuissituatie en de sociale context. Overigens zullen deze mensen veelal reeds beschikken over een Wlz-indicatie. Deze indicatie kan zowel intra- als extramuraal geëffectueerd worden.

De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Is hiervoor wel voldoende capaciteit? Bij zorg thuis is het minder gemakkelijk om assistentie van een collega te krijgen. Genoemde leden vragen hoe de veiligheid van de zorgverlener geborgd wordt.

Antwoord 19

De leden van de PVV-fractie snijden hier een belangrijk punt aan. Juist met het oog op de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor het leveren van verantwoorde zorg en voor veiligheid van hun medewerkers worden in het ontwerpbesluit specifieke waarborgen gesteld aan gedwongen zorg buiten de accommodatie. De zorgaanbieder moet in een beleidsplan onder meer aangeven welke factoren worden meegewogen bij de beoordeling of ambulante verplichte zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie en hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd. In de zorgplannen van cliënten moet dit ook vastliggen: hoe wordt de zorg geleverd op een wijze die voor de zorgverleners verantwoord en veilig is.

Uit de Wkkgz volgt onder meer dat zorg van goede kwaliteit, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn. De leden van de PVV-fractie willen graag weten wat de toevoeging van onvrijwillige zorg thuis daaraan per punt toevoegt. Hoe wordt de zorg veiliger door onvrijwillige zorg thuis? Hoe wordt de zorg doeltreffender door onvrijwillige zorg thuis? Hoe wordt de zorg doelmatiger door onvrijwillige zorg thuis, zo willen genoemde leden weten.

Antwoord 20

Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de zorgaanbieder gehouden om goede zorg aan te bieden, dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit en een goed niveau. Goede zorg houdt in ieder geval in zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze dat aan genoemde eisen voor goede zorg kan worden voldaan, ook wanneer die zorg plaatsvindt in een gedwongen kader. Gedwongen zorg thuis kan doelmatiger zijn, omdat hiermee mogelijk een gedwongen opname kan worden voorkomen of opname kan worden bekort. Dat is in het belang van de cliënt. Gedwongen zorg thuis kan effectiever zijn, omdat soms opname in een instelling averechts werkt of niet wenselijk is. Gedwongen zorg thuis kan veiliger zijn, omdat een persoon in een intramurale voorziening onregelmatig gedrag kan gaan vertonen, waarmee hij binnen de instelling zichzelf of anderen (medepatiënten of hulpverleners) ernstig nadeel kan berokkenen. Los hiervan gaat het bij de afweging primair om de vraag of de cliënt in een ambulante setting beter af is dan intramuraal.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke gezondheidszorg. Genoemde leden hebben enkele vragen bij beide besluiten.

Zowel de Wzd als de Wvggz heeft als doel de behandeling van betrokkene centraal te stellen en niet langer zijn gedwongen opname, zo lezen de leden van de CDA-fractie.

Genoemde leden vinden dit een juist vertrekpunt. Wel signaleren deze leden dat er onrust is bij de beroepsgroepen in de uitvoering van de Wzd en de Wvggz. Zorgaanbieders krijgen veel ruimte om zelf af te wegen of verplichte zorg ambulant verantwoord kan worden toegepast. Deze

mogelijkheid is nieuw. Verder gaan voor de ambulante zorg lagere eisen gelden dan voor de intramurale zorg.

Antwoord 21

De regering wil benadrukken dat alle wettelijke waarborgen onverkort gelden bij ambulante dwangzorg op grond van de besluiten, er is geen sprake van lagere eisen bij ambulante toepassing. Dat betekent dat gedwongen zorg alleen mag worden toegepast met inachtneming van de wettelijke procedures en enkel als ultimum remedium en als het proportioneel, doelmatig en veilig is en er geen alternatief is. De besluiten stellen daarnaast aan ambulante zorg aanvullende eisen.

Zo vragen de leden van deze fractie of niet eerst een impactanalyse zou moeten plaatsvinden van wat de inwerkingtreding van de wet intramuraal betekent en met die wetenschap en kennis hoe dit toegepast moet worden op ambulante situaties. Hoe kijkt de Minister tegen de mogelijkheid aan om de Wzd en de Wvggz gefaseerd in te voeren?

Antwoord 22

In antwoord 11 is reeds ingegaan op de vraag naar een impactanalyse. Het is niet mogelijk om de Wzd en de Wvggz gefaseerd in te voeren, omdat beide wetten straks de Wet Bopz gaan vervangen en een stelselwijziging betekenen. Juist vanwege de vragen van het veld bij ambulante dwang, stelt de NVvP een handreiking op dit punt op. Denkbaar is dat zorgaanbieders op grond van de Wvggz in eerste instantie gedwongen zorg in ambulante setting gaan toepassen in de vorm van gedwongen medicatie, en nog niet zozeer uit de andere vormen van gedwongen zorg. Denkbaar is dat zorgaanbieders ervoor kiezen om niet direct gedwongen zorg toe te passen, of slechts enkele vormen daarvan. Op deze manier kan stapsgewijs ervaring worden opgedaan met gedwongen zorg. Nadrukkelijk geldt dat op grond van deze ontwerpbesluiten de mogelijkheden voor zorgverlening worden verruimd, maar dat zorgaanbieders er niet verplicht gebruik van hoeven maken.

Houdt de Minister rekening met de organisatorische aspecten die van belang zijn bij de eisen voor ambulante verplichte zorg?

Antwoord 23

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de CDA-fractie, wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 11.

Voorts vragen deze leden of voldoende geborgd is, en op welke wijze, dat niet tegen de wens van betrokkene in, intramurale dwangzorg plaatsvindt wanneer ambulante dwangzorg zou volstaan.

Antwoord 24

Een van de uitgangspunten van de wet is dat de wensen en voorkeuren van de betrokkene worden vastgelegd en zo veel mogelijk worden gehonoreerd. Een ander uitgangspunt is dat dwangzorg onder andere veilig en verantwoord moet zijn. Dat betekent dat er geen afdwingbaar recht is om ambulant te worden behandeld. Het is aan de zorgverantwoordelijke om te beoordelen of en hoe de veiligheid voldoende geborgd kan worden. Dat is afhankelijk van de concrete omstandigheden, zoals de zorgbehoefte van de betrokkene, diens woonsituatie en omgeving, maar ook de mogelijkheden en capaciteit van de zorgaanbieder. Indien gedwongen opname de aangewezen weg lijkt omdat met ambulante (gedwongen) zorg het ernstig nadeel niet kan worden voorkomen, dan moet er op grond van de Wzd afzonderlijk een rechterlijke machtiging zijn afgegeven die opname mogelijk maakt. Onder de Wvggz moet verplichte

opname ook onderdeel zijn van de rechterlijke machtiging voor verplichte zorg. Anders is gedwongen opname niet mogelijk.

In de ambulante setting zal het voor veel cliëntenvertrouwenspersonen moeilijker zijn om inzicht te hebben in het opnemen in het zorgplan van het toepassen van onvrijwillige zorg. Hoe wordt geregeld dat ook in een ambulante setting de zorgaanbieder de cliëntenvertrouwenspersoon informeert?

Antwoord 25

De antwoorden op vragen over de cliëntenvertrouwenspersoon zijn gebundeld bij vraag 65.

De leden van de CDA-fractie vragen wie volgens de Minister wel en niet als zorgverantwoordelijken voor onvrijwillige/verplichte zorg kunnen optreden.

Antwoord 26

Bij ministeriële regeling wordt vastgelegd welke beroepsbeoefenaren als zorgverantwoordelijke kunnen optreden.

Bij de behandeling in de Eerste Kamer is daarbij aangegeven dat er aansluiting met de bestaande praktijk gezocht wordt. Zo volgt uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg al dat de verantwoordelijkheid op grond van de Wzd voor het opstellen van een zorgleefplan belegd wordt bij een verzorgende van tenminste niveau 3, of bij een andere zorgverlener van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerste verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige. Ook in de verstandelijke gehandicaptenzorg zal eveneens worden aangesloten bij de bestaande praktijk. Het ligt in de rede dat wordt vastgelegd dat dit in de gehandicaptenzorg ook minimaal een zorgverlener op niveau 3 dient te zijn.

Voor de Wvvgz is de zorgverantwoordelijke een persoon die een geregistreerd beroep uitoefent als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die behoort tot een bij regeling van de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen (conform artikel 1:1, lid 1, onderdeel bb, van de Wvvgz). Te denken valt aan de beroepsbeoefenaren die regiebehandelaar kunnen zijn op grond van het Model-Kwaliteitsstatuut ggz². De regiebehandelaar coördineert het zorgproces en is het eerste aanspreekpunt voor de betrokkene en zijn naasten of wettelijke vertegenwoordiger. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn uitgewerkt in het Model-Kwaliteitsstatuut ggz.

Met het veld vindt nog overleg plaats over de exacte invulling van beide regelingen.

Wat is de reactie van de Minister op de suggestie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) dat – als sprake is van onvrijwillige zorg thuis – de eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg niet meer bij de huisarts kan liggen, maar dat dit bij een specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) of een psychiater moet liggen?

Kan de Minister ook ingaan op de capaciteitsproblematiek (tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde, AVG's en psychiaters) in dit verband? Is de Minister bereid hierover in gesprek te gaan met de beroepsverenigingen Verenso, de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) om tot gezamenlijke concrete oplossingen te komen?

² <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>.

Antwoord 27

Bij de Wzd is het op voorhand niet te bepalen dat, als sprake is van gedwongen zorg thuis, in alle gevallen de eindverantwoordelijkheid van de medische zorg bij een specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten (avg-arts) of een psychiater moet liggen. Dit zal per situatie anders liggen en de invulling hiervan bepaalt de zorgaanbieder in overleg met de betrokken partijen, waaronder de huisarts. In sommige gevallen kan het voor de hand liggen dat de huisarts verantwoordelijk blijft voor de medische zorg. Bij de Wvvggz is het de verwachting dat in de meeste gevallen de psychiater de eindverantwoordelijke is, gezien het feit dat het hier om medisch-specialistische zorg gaat. Zoals aangegeven in het vorige antwoord gaat de regering graag hierover met de betrokken beroepsverenigingen in gesprek in het kader van de lagere regelgeving.

De leden van de CDA-fractie lezen in artikel 2.2 lid 1c van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten dat een permanente bereikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener vereist is voor verzoeken van hulp van de cliënt of diens naasten bij onvrijwillige ambulante zorg. Genoemde leden vragen of de Minister onderzoek heeft laten doen of dit in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is. Hoe gaat de Minister deze permanente beschikbaarheid en bereikbaarheid waarborgen?

Antwoord 28

De regering ziet het vereiste van bereikbaarheid als een belangrijke waarborg om ambulante gedwongen zorg te verlenen. Het vereiste van permanente bereikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener voor verzoeken van hulp van de cliënt of diens naasten, en de mate waarin de zorgverlener in staat is om dit bij deze specifieke zorgvraag te waarborgen, is een van de zaken die de zorgaanbieder goed moet meewegen in de afweging of het in de gegeven situatie verantwoord is om de benodigde zorg in ambulante setting te kunnen bieden, of dat deze beter intramuraal kan worden geboden. Het is een van de randvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg in een ambulante setting, ook als er geen sprake is van dwang. De problematiek van personen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking of een psychische stoornis of beperkt zich nu eenmaal niet tot kantoortijden. Het wordt aan de zorgaanbieder overgelaten hoe hij dit realiseert. Dit kan bijvoorbeeld door samenwerkingsafspraken te maken met andere zorgaanbieders in de regio of door aan te sluiten bij een bestaande infrastructuur.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoe de Wzd en de Wvvggz zich verhouden tot de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)? Zijn zij «lex specialis» ten opzichte van de Wgbo?

Antwoord 29

De Wzd en de Wvvggz zijn inderdaad, zoals de leden van de CDA-fractie al veronderstellen, lex specialis ten opzichte van de Wgbo. Voor de Wzd en de Wvvggz geldt dat deze van toepassing zijn bij samenhang tussen de psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap (Wzd) respectievelijk psychische stoornis (Wvvggz), het ernstig nadeel dat daaruit voortvloeit en mogelijk verzet tegen de noodzakelijke zorg om dat ernstig nadeel te voorkomen. Er is dan geen behandelingsovereenkomst zoals bij een behandeling op grond van de Wgbo. Onvrijwillige zorg op grond van de Wzd en verplichte zorg op grond van de Wvvggz is steeds gericht op diagnostiek, herstel of het stabiliseren van geestelijke en/of lichamelijke gevolgen van de psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap

of psychische stoornis van de cliënt of patiënt. De Wzd en Wvggz bevatten veel meer waarborgen voor een behandeling waarmee betrokkene niet instemt dan de Wgbo dat doet.

Zowel de Wzd als de Wvggz bevatten een bepaling om de samenloop met de Wgbo te regelen.

Zo is in artikel 8, tweede lid, Wzd geregeld dat indien een cliënt voor een geneeskundige behandeling in een ziekenhuis wordt opgenomen – bijvoorbeeld omdat hij iets gebroken heeft – men in het ziekenhuis uitvoering geeft aan het zorgplan van de cliënt tenzij er een situatie is waarin het zorgplan niet voorziet of uitvoering van het zorgplan niet mogelijk is bij het verlenen van verantwoorde zorg binnen de instelling waar de geneeskundige behandeling plaatsvindt. In die gevallen handelt de desbetreffende zorgaanbieder overeenkomstig de Wgbo. Daarbij is het uitgangspunt dat voor de behandeling toestemming wordt gevraagd aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Met toestemming van de vertegenwoordiger kan een cliënt die zich verzet op grond van de Wgbo worden behandeld als die ingrijpende zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Verder kan op grond van de Wgbo zonder toestemming van de client worden ingegrepen in geval van acute zorg in noodsituaties waarbij de tijd of gelegenheid voor het vragen van toestemming ontbreekt en de zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.

Omdat uit de internetconsultatie is gebleken dat er onduidelijk bestaat over de samenloop van de Wzd en de Wvggz met de Wgbo zal in het kader van de implementatie aandacht worden besteed aan de afbakening van de Wgbo ten opzichte van de Wzd en de Wvggz.

Voorts hebben de leden van de CDA-fractie vragen over de rolverdeling tussen zorgaanbieder en mantelzorger. Zo kunnen we enerzijds lezen dat het toezicht gedeeltelijk wordt overgelaten aan de mantelzorger, maar anderzijds dat de mantelzorger niet verantwoordelijk kan worden gemaakt voor de invulling aan het toezicht gedurende de periode van het toepassen van onvrijwillige zorg.

Kan de Minister aangeven hoe toezicht door mantelzorgers vorm moet krijgen wanneer zorgaanbieder en mantelzorger noch een hiërarchische, noch een professionele relatie hebben? Hoe ver reikt de verantwoordelijkheid van professionele zorgaanbieders in geval van toezicht door mantelzorgers? Wie is volgens de Minister verantwoordelijk als de toezichthoudende mantelzorger, tegen de instructies en de vastgelegde afspraken in, handelt en zich als gevolg daarvan een risico of ernstig incident voor de patiënt voordoet?

Antwoord 30

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de CDA-fractie, wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 3.

De leden van de CDA-fractie merken dat er een toename is van patiënten die zowel ggz- als psychogeriatrische problematiek hebben of waarbij in een bepaalde fase de ggz-problematiek bovenliggend is en in andere fase juist de psychogeriatrische. Hierdoor is het soms moeilijk te bepalen of de Wzd of de Wvggz geldt. Hoe zorgt de Minister dat voor cliënten duidelijkheid ontstaat welke wet leidend is?

Ook de leden van de D66-fractie vinden duidelijkheid, zeker voor deze kwetsbare groepen, van groot belang, en vragen specifiek naar het onderzoek van de Minister.

Antwoorden 31 en 43 – multiproblematiek en gelijk gestelde aandoeningen

De Wzd geldt voor alle mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. De Wvggz geldt voor alle mensen met een psychiatrische aandoening. Bij multiproblematiek is van belang welke

problematiek/stoornis voorliggend is. Een ter zake deskundige arts stelt dit vast. Duidelijkheid over wat leidend is, is echter niet generiek te geven, omdat de zorgbehoefte voorop staat en deze zorgbehoefte kan variëren in de tijd, afhankelijk van het verloop van de aandoening. Het is de zorgbehoefte die bepaalt welk wettelijk regime van toepassing is. Voor iemand die vanwege zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking in principe onder de Wzd valt, kan het noodzakelijk zijn een ook aanwezige psychische stoornis te behandelen. In dat geval is een zorgmachtiging nodig op grond van de Wvvgz. In artikel 1:1, derde lid van de Wvvgz is geregeld dat in een dergelijk geval een eerder afgegeven machtiging tot opname onder de Wzd wordt geschorst door de machtiging op grond van de Wvvgz en weer herleeft bij het vervallen van de zorgmachtiging op grond van de Wvvgz.

Het onderzoek waar de leden van de D66-fractie op wijzen heeft specifiek betrekking op het vraagstuk of er ook andere aandoeningen zijn die gelijkgesteld zouden moeten worden met de aandoeningen die nu al onder de Wzd vallen. Uit de gesprekken die hierover zijn gevoerd met het veld en verschillende deskundigen is tot dusver nog geen eenduidig conclusie gekomen. De zorgvraag van deze mensen staat voorop en kan variëren in de tijd. De komende tijd zal onderzocht worden hoe hier onder het regime van de Wvvgz en de Wzd het beste mee omgegaan kan worden.

Bij de implementatie zal voldoende aandacht worden besteed aan multiproblematiek, om ervoor te zorgen dat cliënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.

De leden van de CDA-fractie zijn wat verbaasd dat in de ontwerpbesluiten een toets op de kosten van de uitvoering en het effect op de administratieve lasten ontbreken. Kan de Minister om de gevolgen van de besluiten te overzien een onderbouwing leveren met een uitvoeringstoets inclusief financieringsvoorstel? De leden van de CDA-fractie vragen voorts wat de gevolgen voor de regeldruk zijn. Worden de kwantitatieve gevolgen van de amvb voor de regeldruk gemonitord? Welke mogelijkheden ziet de Minister om de regeldruk te beperken wanneer blijkt dat deze te veel zijn gestegen?

Antwoord 32

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de CDA-fractie, wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 11.

Hoe kijkt de Minister er tegenaan om in het kader van de vermindering van regeldruk de maximale termijn van vier weken voor de evaluatie van het zorgplan te schrappen?

Antwoord 33

In de Wvvgz is geen termijn gesteld voor evaluatie. Uit de consultatie van het ontwerpbesluit ggz kwam het voorstel om het zorgplan uiterlijk binnen vier weken, te evalueren. Het Centrum voor consultatie en expertise (CCE) gaf aan dat het van belang is om bij uitvoering van ambulante dwangzorg zo snel mogelijk te evalueren en het zorgplan te actualiseren. Bij deze evaluatie moet onder andere worden gekeken of de dwangzorg al kan worden afgebouwd. Bij zorg binnen een instelling is het makkelijker om met collega's «te sparren» over alternatieven voor of het afbouwen van gedwongen zorg. In de ambulante setting is dat niet altijd vanzelfsprekend, waardoor de regering meent hier een aanvullende eis over te moeten stellen. Deze aanvullende eis sluit ook aan bij de termijn van vier weken voor evaluatie die in de Wzd is vastgelegd.

De leden van de CDA-fractie hebben verder kennisgenomen van het feit dat de «Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang» en de «Generieke

module dwang en drang» nog niet zijn aangepast aan de Wvggz. Het verleden leert dat aanpassing van de richtlijn en de module tijd kost. Ziet de Minister mogelijkheden dat richtlijn en module op tijd zijn aangepast aan de Wvggz? Wat is er voor nodig om de richtlijn en module tijdig aan te passen?

Antwoord 34

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 4.

Na lezing werd het de leden van de CDA-fractie duidelijk dat binnen de Wvggz geen definities zijn opgenomen voor de verschillende vormen van vrijheidsbeperkende interventies. Dit geeft de vrijheid en verantwoordelijkheid aan zorgaanbieders om eigen definities te hanteren en ook te registreren. Naast deze vrijheid en verantwoordelijkheid kan er echter ook onzekerheid ontstaan. In geval van verschil van mening kan dit leiden tot juridische procedures. Hoe wordt nu rechtszekerheid en rechtsgelijkheid bij zowel de cliënt als bij de zorgaanbieder geboden? Wat zijn de overwegingen geweest om bijvoorbeeld geen noodzakelijke wettelijke definities voor te schrijven voor gangbare vormen van vrijheidsbeperkende interventies zoals fixatie en insluiting?

Antwoord 35

Voor een antwoord op deze vragen van de CDA-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 53.

De leden van de CDA-fractie vinden de betrokkenheid van familie en naasten belangrijk. In artikel 5:5, Wvggz wordt dit ook expliciet genoemd in het kader van een «plan van aanpak».

Hoe kijkt de Minister er tegenaan om in de amvb expliciet te vermelden dat van de geneesheer-directeur en de zorgaanbieder worden verwacht dat zij ervoor zorgdragen dat de betrokkene en zijn familie en naasten in voldoende mate worden ondersteund bij het opstellen van een plan van aanpak, zoals genoemd in artikel 5:5, Wvggz? Klopt het dat een dergelijke inzet niet onverkort volgt uit de wettelijke regeling zelf?

Antwoord 36

Deze vragen van de leden van de CDA-fractie zijn beantwoord bij het antwoord op vraag 1.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de kwaliteit van het vertrouwenswerk wel vergelijkbaar is tussen de Wzd en de Wvggz. Klopt het dat in de Wzd de cliënt niet wordt geïnformeerd over de mogelijkheid van ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon, terwijl in de Wvggz verschillende momenten zijn opgenomen waarop de cliënt geïnformeerd wordt over de mogelijkheid tot ondersteuning door de patiëntenvertrouwenspersoon? Zo ja, waarom is dat onderscheid er? Hoe kijkt de Minister aan tegen het opnemen van de verplichting voor de zorgaanbieder om binnen de Wzd de cliënt te informeren over de mogelijkheid om zich te laten ondersteunen door een cliëntenvertrouwenspersoon bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij het uitvoeren van onvrijwillige zorg?

Antwoord 37

Nee dat klopt niet. Ook onder de Wzd geldt voor zorgaanbieders de plicht om cliënten (of diens vertegenwoordig) te wijzen op de mogelijkheid van ondersteuning en bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon, dit is geregeld in artikel 57 van de Wzd.

Voorts is deskundigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon belangrijk. De leden van deze fractie zijn blij dat aanbieders van het vertrouwenswerk verantwoordelijk zijn voor de scholing van de cliëntenvertrouwenspersoon. Is dit nu echter nog niet te kwetsbaar? Hoe kijkt de Minister aan tegen het idee om de eerste jaren de scholing vanuit een centraal punt te organiseren, zodat uniformiteit in het werk kan ontstaan en deskundigheid wordt bewaakt? Hoe kijkt de Minister er tegenaan om kwaliteitseisen voor de functie van toepassing te laten zijn?

Antwoord 38

De antwoorden op vragen over de cliëntenvertrouwenspersoon, zijn opgenomen bij vraag 65.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke gezondheidszorg. Genoemde leden zien dat door de Wzd en de Wvggz en de ontwerpbesluiten die hieruit voortvloeien, de behandeling van betrokkene centraal staat en niet langer zijn gedwongen opname. Deze leden zien dit als een goede ontwikkeling. Wel hebben deze leden nog enkele vragen over de beide ontwerpbesluiten. Wegens de harmonisatie van de Wzd en Wvggz en de onderliggende besluiten evenals de overeenkomst in de ontwerpnota's van toelichting zijn de vragen van deze leden van toepassing op beide besluiten en vernemen zij graag of er tussen de ontwerpbesluiten verschillen zitten. Bij vragen over één van de twee ontwerpbesluiten zal dit expliciet vermeld staan.

Nota's van toelichting (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Paragraaf 1 – Ambulante onvrijwillige/verplichte zorg

De leden van de D66-fractie constateren dat de woorden «drang» en «dwang» vaak gebruikt worden in beide ontwerpbesluiten. Derhalve horen genoemde leden van deze Minister graag een definitie van beide termen.

Antwoord 39

De termen «dwang» en «drang» zijn ontleend aan de zorgpraktijk. Voor een omschrijving kan worden aangesloten bij de «generieke module dwang en drang in de ggz», die hierover zegt: «Dwang en drang zijn vormen van beïnvloeding waarmee beoogd wordt iemand iets te laten ondergaan of tot bepaald handelen of nalaten aan te zetten. Kenmerkend voor dergelijke vormen van beïnvloeding is dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt. Bij drang behoudt de patiënt keuzevrijheid, maar sommige keuzes worden aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk gemaakt, of aan bepaalde voorwaarden verbonden. De drang beoogt een handeling of situatie die in beginsel niet door de patiënt gewenst wordt. Drang kan daarom in principe worden opgevat als een door de patiënt ongewenste vrijheidsbeperkende maatregel, zij het dat de autonomie in mindere mate wordt beperkt dan bij dwang. Beoogd wordt de patiënt te overreden, niet te dwingen. Bij toepassing van dwang worden handelingsalternatieven uitgesloten. Er is geen sprake meer van enige keuzevrijheid.»

Deze leden vinden voorts dat het betrekken van betrokkenen en hun familie en naasten van groot belang is. Is de Minister van mening dat de

rol van betrokkenen, familie en naasten op dit moment voldoende geborgd is bij het opstellen van zorgplannen?

Antwoord 40

De regering is van mening dat de rol van betrokkenen, familie en naasten voldoende geborgd is en aanzienlijk is versterkt ten opzichte van de Wet Bopz. Op verschillende momenten in de procedure spelen familie en naasten een rol: in de signalering dat er gedwongen zorg noodzakelijk is, bij het opstellen van een zelfbindingsverklaring of een eigen plan van aanpak. Bij de Wvvgz moet voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan de zorgverantwoordelijke overleg voeren met de voor continuïteit van zorg relevante familie en naasten. Daarnaast moeten de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten in de gelegenheid worden gesteld om hun zienswijze op het zorgplan kenbaar te maken en zijn zij betrokken bij de evaluatie van het zorgplan. Ook bij het opstellen en evalueren van een zorgplan op grond van de Wzd, is de vertegenwoordiger van de cliënt – in veel gevallen familie – van het begin af aan betrokken.

Paragraaf 2 – Zorgvormen

De leden van de D66-fractie erkennen net als de diverse veldpartijen dat fixatie en insluiten in de ambulante setting verregaande middelen zijn maar zien ook in dat, mits terughoudend omgegaan wordt met deze middelen, zij zorg op maat mogelijk maken, hetgeen in het belang van een cliënt kan zijn. Genoemde leden constateren dat de proportionaliteits- en subsidiariteitseisen van zowel de Wzd als de Wvvgz reeds met zich mee brengen dat onvrijwillige zorg uitsluitend gelegitimeerd is als geen vrijwillige zorg meer mogelijk is, en zelfs dan zo kort mogelijk moet duren. Daarom is ervoor gekozen om «kortdurendheid» als eis niet expliciet op te nemen in artikel 2.1 van het besluit. Deze leden vragen de Minister of een opname van de term «kortdurendheid» toch niet een toegevoegde waarde kan hebben?

Antwoord 41

Er is zeker overwogen om de term «kortdurend» op te nemen in de besluiten. Bij het opnemen van een vereiste van kortdurendheid ontstaat de vraag waar de grens moet worden gelegd tussen «kortdurend» en «langdurend». Wanneer bijvoorbeeld gekozen wordt voor maximaal vijf minuten, zorgt dit ervoor dat maatregelen als fixatie wellicht niet ambulant gebruikt kunnen worden, terwijl dat wel wenselijk kan zijn bijvoorbeeld om iemand rustig te krijgen. Het afbakenen naar «kortdurend» kan daardoor mogelijk onnodig beperkend werken. Om maatwerk mogelijk te maken biedt aansluiten bij de wettelijke waarborg van proportionaliteit, meer waarborgen voor goede zorg dan een beperking in de tijdsduur van maatregelen.

Daarnaast vragen deze leden om het argument van innovatie voor het niet uitsluiten van zorgvormen, verder onderbouwd kan worden.

Antwoord 42

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de D66-fractie wordt verwezen naar het antwoord op vraag 53.

Tot slot vragen deze leden in te gaan op de harmonisatie van de Wzd en de Wvvgz en de duidelijkheid over wanneer welke wet en welk besluit geldt. Immers de KNMG stelt dat er een duidelijke toename is van patiënten die zowel ggz- als psychogeriatrische problematiek hebben of waarbij in een bepaalde fase de ggz-problematiek bovenliggend is en in een andere fase juist de psychogeriatrische problematiek. Ook in de nota

van toelichting wordt gesteld dat er groepen zijn waarvoor moeilijk is te bepalen of de Wzd of de Wvggz geldt. Dit wordt door de Minister nader onderzocht. Deelt de Minister de mening dat deze onduidelijkheid niet in het belang is van de cliënt of patiënt, zijn hulpverleners en naasten? Wanneer is het nadere onderzoek gereed en wanneer kan duidelijkheid hierover gegeven worden? De leden van de D66-fractie vinden duidelijkheid, zeker voor deze kwetsbare groepen, van groot belang.

Antwoord 43.

Voor het antwoord op deze vragen van de D66-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 31.

Paragraaf 3 – Waarborgen specifiek voor onvrijwillige/verplichte zorg buiten een accommodatie

De leden van de D66-fractie lezen dat er besloten kan worden dat de toezichthoudende rol, bijvoorbeeld na indiening van dwangmedicatie, overgelaten kan worden aan een mantelzorger (familie en/of naasten). Is een zorgverlener in staat om de juiste inschatting te maken of een mantelzorger in staat is deze taak te volbrengen? Op basis waarvan zal deze inschatting gemaakt worden? De leden van de D66-fractie vragen hoe voorkomen gaat worden dat een mantelzorger zich onder druk gezet voelt om een toezichthoudende rol op zich te nemen bij ambulante onvrijwillige zorg.

Antwoord 44

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de D66-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 3.

Paragraaf 4 – Bestaande waarborgen voor onvrijwillige/verplichte zorg

De leden van de D66-fractie lezen over de waarborgen die voortvloeien uit beide wetten met name over de wensen en voorkeuren van betrokkenen en de rol van familie en naasten.

Deze leden vragen de Minister hoe deze twee zaken en de rol van vertrouwenspersonen (cliëntenvertrouwenspersoon en patiëntenvertrouwenspersoon) verschillen tussen de beide wetten en ontwerpbesluiten.

Antwoord 45

De antwoorden op vragen over de cliëntenvertrouwenspersoon, zijn opgenomen bij vraag 65.

De leden van de D66-fractie constateren dat in zowel de Wvggz als van de Wzd een evaluatiebepaling is opgenomen waarbij binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag wordt gedaan over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk. Daar de ontwerpbesluiten een belangrijk onderdeel vormen van de wetten, vernemen deze leden graag of de Minister bereid is om in de evaluatie van de wetten expliciet aandacht te hebben voor de voorliggende besluiten?

Antwoord 46

Ja, de evaluatie zal het gehele stelsel van wetten en uitvoerende regelgeving bezien.

Is hij bereid om, indien delen van het besluit hebben geleid tot een staande praktijk, deze ook op te nemen in de wetstekst zelf?

Antwoord 47

Delegatie naar een lager niveau, zoals een amvb, maakt dat gemakkelijker kan worden ingespeeld op ontwikkelingen in het veld. Mocht bijvoorbeeld blijken dat aan bepaalde vormen van verplichte of gedwongen zorg meer of andere voorwaarden gesteld moeten worden om de veilige toepassing voor zowel patiënt als zorgverlener te waarborgen, kan een dergelijke wijziging voortvarender bij amvb worden geregeld dan wanneer daarvoor een wetswijziging noodzakelijk is. Daarbij wil de regering benadrukken dat de keuze om onderdelen van de wetten bij besluiten nader te regelen, zoals (onder meer) de ambulantisering van gedwongen zorg, niets afdoet aan de rechtskracht. Door de voorhangprocedure die is opgenomen in beide wetten, is de parlementaire betrokkenheid gewaarborgd.

Paragraaf 5 – Verhoudingen tot hogere regelgeving

Paragraaf 6 – Gevolgen voor de gelddruk

De leden van de D66-fractie hechten aan het verlagen van administratieve lasten voor zorgverleners, zorgaanbieders en patiënten. Is de Minister van mening dat de voorliggende ontwerpbesluiten niet leiden tot te veel administratieve lasten en gelddruk?

Antwoord 48

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de D66-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 11.

Paragraaf 7 – Toezicht- en Handhavingstoets van de IGJ

Paragraaf 8 – Fraudetoets

Paragraaf 9 – (Internet)consultatie

De leden van de D66-fractie lezen dat de «Generieke module dwang en drang» afgerond zou zijn voordat de amvb zou worden opgesteld maar constateren vervolgens ook dat op dit moment deze module nog niet is afgerond. Wanneer is deze module wel gereed en wordt er op dit moment een risico genomen doordat de invulling en uitwerking van ambulante dwang nog niet geheel vast staat?

Antwoord 49

Het antwoord op deze vraag wordt gegeven bij het antwoord op vraag 4.

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke gezondheidszorg. Zij willen de Minister nog enkele vragen voorleggen.

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat het belangrijk is zorg onder dwang te allen tijde te beschouwen als ultimum remedium, zoals in de nota van toelichting beschreven wordt. Dwangzorg is echter in tien jaar met 80 procent gestegen: een zorgelijke ontwikkeling. Genoemde leden zijn daarom van mening dat het noodzakelijk is zorg onder dwang op een voor de cliënt zo aangenaam mogelijke manier te faciliteren. Kan de Minister uitleggen in hoeverre hij het een goede ontwikkeling vindt dat ambulante dwangzorg zou voldoen aan de voorkeur van de cliënt, maar de zorgaanbieder veelal intramurale dwangzorg oplegt ten gevolge van het aanbod?

Antwoord 50

De regering is het met de leden van de GroenLinks-fractie volledig eens dat dwangzorg alleen in uiterste gevallen kan worden toegepast. Dat is

het centrale uitgangspunt van de wetten. Het mogelijk maken van dwangzorg in de ambulante setting is daarbij een belangrijk instrument. Niet zozeer in het terugdringen van het aantal dwangmaatregelen, maar wel in het voorkomen van erger. Zo werd in de consultatie het voorbeeld genoemd van een betrokkene die, wanneer het mogelijk was geweest thuis gedwongen medicatie te krijgen, een gedwongen opname van maanden bespaard had kunnen worden.

Als het gaat om ambulante zorg is het aan de zorgaanbieder om vooraf te bepalen of en hoe zorg in een ambulante setting goed en veilig geboden kan worden. Hierin spelen meer factoren een rol, namelijk de (intensiteit van de) zorgbehoefte, de woonsituatie, de omgeving en het sociale netwerk. Uiteraard spelen ook de wensen van de betrokkene hierin een rol. Als een bepaalde zorgaanbieder de zorg in een specifieke situatie niet kan leveren, moet gezocht worden naar wat dan wel precies mogelijk is. Dat kan betekenen dat gezocht moet worden naar een andere zorgaanbieder.

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich zorgen over de grote last die er op de schouders van de mantelzorgers komt te liggen bij de intrede van ambulante dwangzorg. Mantelzorgers zijn van belang binnen de ambulante (dwang)zorg en in de nota wordt tevens vermeldt dat toezicht gedeeltelijk kan worden overgelaten aan de mantelzorger. De zorgaanbieder blijft echter verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en kan de mantelzorger niet verantwoordelijk maken voor het toepassen van onvrijwillige zorg.

Zou de Minister kunnen uitleggen in hoeverre de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor zowel het instrueren van de mantelzorger, als voor het risicovol handelen van de mantelzorger jegens de cliënt? In hoeverre vindt de Minister het verantwoord de mantelzorger te belasten met het toezicht op ambulante dwangzorg, aangezien vele mantelzorgers al worden overbelast met de huidige zorgtaken? Zo ja, waarom? Zo nee, wat voor oplossingen heeft de Minister voor deze kwestie?

Antwoord 51

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de GroenLinks-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 3.

De leden van de GroenLinks-fractie zijn optimistisch over de mogelijkheden van de nieuwe zorgvorm waarbij cliënten in hun vertrouwde woonsituatie kunnen verblijven, maar wel verplichte zorg ontvangen. Genoemde leden constateren echter dat een situatie kan ontstaan waarvoor extra scholing, zorgtijd en dus extra financiering nodig zal zijn. Bij de gestelde eisen aan de ambulante verplichte zorg zou volgens deze leden meer rekening moeten worden gehouden met de organisatorische aspecten die de aanvulling met zich mee zal brengen. Gedacht wordt aan krapte op de arbeidsmarkt, beschikbaarheid van ambulante teams en de financieringsmogelijkheden.

Heeft de Minister met de hiervoor genoemde organisatorische aspecten rekening gehouden in het besluit?

Hoe zal de Minister de regeldruk reduceren in het geval deze te veel stijgt? Hoe kan de Minister de permanente beschikbaarheid van een deskundige zorgverlener voor verzoeken van hulp van cliënt of naasten bij ambulante zorg waarborgen zoals genoemd in artikel 2.2, lid 1c, van het besluit, wat betreft de capaciteitsproblemen?

Is de Minister bereid extra geld vrij te maken voor ambulante dwangzorg?

Antwoord 52

Voor het antwoord op deze vragen van de leden van de GroenLinks-fractie wordt verwezen naar de antwoorden bij vraag 11.

Ook zijn binnen de Wvggz de vrijheidsbeperkende interventies niet opgenomen in definities. In het belang van de cliënten willen deze leden aan de Minister vragen of noodzakelijke wettelijke definities alsnog kunnen worden geformuleerd voor alle vrijheidsbeperkende interventies. De leden van de CDA-fractie stellen dezelfde vraag.

De leden van de PVV-fractie willen graag weten welke fixatiematerialen geoorloofd en welke niet geoorloofd zijn. Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie om het argument van innovatie voor het niet uitsluiten van zorgvormen, verder onderbouwd kan worden.

Antwoorden 14, 35, 42 en 53 – Vrijheidsbeperkende interventies

In de ontwerpbesluiten staat niet in detail hoe de verschillende zorgvormen kunnen worden ingevuld, omdat dit per cliënt verschillend kan zijn. Wel worden in de wetten en de voorliggende besluiten randvoorwaarden gesteld. Zo kan gedwongen zorg alleen als ultimum remedium, worden toegepast, en dient de zorg te voldoen aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Daarnaast gelden uiteraard ook de eisen van de Wvkgz dat zorg veilig en verantwoord moet zijn. Het is aan de zorgaanbieder en de zorgprofessionals om, gelet op deze eisen, te bepalen welke materialen bij een bepaalde cliënt verantwoord kunnen worden toegepast. Zowel binnen als buiten de instellingen is de ambitie om bepaalde maatregelen helemaal uit te bannen. Ook wordt al steeds meer gewerkt met alternatieven voor separatie, die als vorm van insluiting wel dienen te worden geregistreerd.

Zodra verplichte zorg tot gevolg heeft dat iemand in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, of ingesloten wordt, betekent dat dat ze onder die begrippen in de zin van de Wvggz vallen. Nader inkaderen voor reeds bekende vormen van interventies zorgt ervoor dat interventies die niet tot de bekende vormen horen, maar wel hetzelfde effect sorteren, niet eronder zouden vallen. Dat is een onwenselijke situatie.

Door in de amvb's geen zorgvormen uit te sluiten wordt voorkomen dat in situaties waarin het op dit moment (nog) niet mogelijk is om de benodigde gedwongen zorg binnen de door de wet gestelde waarborgen ambulante te kunnen verlenen, dit op voorhand ook in de toekomst niet kan. Er kunnen in toekomst mogelijk slimme innovatieve toepassingen denkbaar zijn, waarmee in zo'n zelfde situatie wel aan de wettelijke waarborgen kan worden voldaan. Zo wordt verwacht dat door slimme technologie gedwongen opnames kunnen worden voorkomen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de toepassing van slimme bewegingsmelders.

Tenslotte willen de leden van de GroenLinks-fractie het volgende onder de aandacht brengen: een plan van aanpak, zoals in artikel 5:5, Wvggz. Het voorkomen van verplichte zorg zou volgens genoemde leden met een actieve houding moeten worden aangepakt. Een belangrijk aspect hierin is het plan van aanpak dat de cliënt opstelt in samenwerking met familie of naasten. Is de Minister met de fractie van GroenLinks van mening dat de cliënt moet worden begeleid om een zo nuttig mogelijk plan van aanpak op te stellen om de verplichte zorg zo veel mogelijk te kunnen beperken? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan dit expliciet in de amvb worden vermeld?

Antwoord 54

Voor het antwoord op deze vraag van de GroenLinks-fractie wordt verwezen naar antwoord 1.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met interesse kennis genomen van het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke

gezondheidszorg. Aan de hand van de twee voorstellen hebben genoemde leden onderstaande vragen.

Algemeen

Met het mogelijk maken van verplichte zorg dan wel onvrijwillige zorg in de thuis setting moeten zorgmedewerkers extra geschoold worden. Kan de Minister nader toelichten of deze scholingskosten volledig voor rekening van de zorgaanbieder komen? Zijn de zorgaanbieders in staat om deze kosten financieel te dragen?

Antwoord 55

De wetten hebben tot doel dwang en drang terug te dringen en zijn te zien als een volgende stap in de cultuuromslag die reeds langer gaande is. De cliënt staat centraal en moet op de juiste plek de juiste zorg krijgen. Een zorgaanbieder zal zelf dienen te bezien of zijn zorgmedewerkers extra geschoold moeten worden. Scholing is ten algemene onderdeel van de ontwikkeling van elke zorgprofessional en in die zin ook onderdeel van de tarieven in de zorg. Waar het gaat om nieuwe eisen en rollen die voortvloeien uit de nieuwe regelgeving zal het ministerie zorgdragen voor informatieproducten. Zo is er een artikelsgewijze toelichting gepubliceerd en worden er brochures ontwikkeld die op www.dwangindezorg.nl worden gedeeld. Ook de koepels zijn al druk bezig met het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal over de nieuwe wetgeving. Het ketenprogramma Wvvgz organiseert oefensessies in de regio.

Kan de Minister reageren op de zorgen die worden geuit door verschillende beroepsgroepen over de veiligheid, uitvoerbaarheid en het toezicht waar het gaat over ambulante onvrijwillige/ en/of verplichte zorg?

Antwoord 56

De wijze waarop de veiligheid van betrokkene gewaarborgd moet worden, is afhankelijk van de verleende zorg, de persoon van betrokkene en zijn sociale context. Er moet sprake zijn van maatwerk. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van dwangmedicatie. Als het gaat om een depot van een medicijn dat betrokkene al langer krijgt en waarvan de zorgverlener weet wat de effecten zijn, is daar het toezicht op in te richten. Het besluit geeft handvaten voor de afweging die de zorgaanbieder moet maken. Het is aan de koepels om hier nadere invulling aan te geven met een handreiking, maar de uiteindelijke afweging ligt bij de zorgverantwoordelijke. Meerdere malen is gehoord dat de verwachting is dat waar betrokkene zich misschien in het begin verzet tegen verplichte medicatie thuis (en hij vanwege de veiligheid wellicht over moet worden gebracht naar een polikliniek om die zorg te ontvangen), betrokkene een volgende keer zal prefereren om die zorg toch thuis te ontvangen, om niet opnieuw overgebracht te moeten worden naar een polikliniek.

Is de Minister van mening dat er voldoende draagvlak is bij beide beroepsgroepen?

Antwoord 57

Niet helemaal duidelijk is welke twee beroepsgroepen specifiek worden bedoeld, aangezien vele partijen zijn betrokken. Over de conceptbesluiten is uitgebreid gesproken met de bij beide wetten betrokken partijen. Dat betreft niet alleen alle betrokken beroepsgroepen en koepels zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), GGZ Nederland, ActiZ en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), maar ook de patiënten/cliënten en hun vertegenwoordigers (MIND, de Beroepsvereniging Vertrouwenspersonen Zorg (BeVeZo), het Centrum

voor Consultatie en Expertise (CCE), Stichting PVP, Stichting Familievertrouwenspersonen, Verenso, LSR (Landelijk steunpunt medezeggenschap). De ontwerpbesluiten weerspiegelen de afweging tussen de belangen van verschillende partijen.

Hoe wordt de uitvoering van de besluiten gemonitord?

Antwoord 58

Voor beide wetten geldt dat hier een monitor voor wordt opgezet. Ook de uitvoering van deze besluiten zal daarin worden meegenomen. Bezien wordt in hoeverre aangesloten kan worden bij reeds lopende trajecten, zoals de monitor ambulantisering in de ggz.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie de Minister wat de randvoorwaarden zijn voor veilig en verantwoorde toepassing van onvrijwillige/verplichte zorg thuis? Door wie en hoe wordt gecontroleerd of deze randvoorwaarden aanwezig zijn?

Antwoord 59

Voor het antwoord op deze vraag van de leden van de SP-fractie wordt verwezen naar het antwoord bij vraag 3.

De leden van de SP-fractie constateren dat voor zowel het besluit zorg en dwang, als het besluit verplichte ggz, een rol voor de mantelzorger is weggelegd in het toezicht.

Kan de Minister nader ingaan op de wijze waarop toezicht door een mantelzorger plaats zou moeten vinden? Hoe verhoudt dat toezicht door de mantelzorger zich tot de zorgaanbieder, die uiteindelijk verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg? Aant de Minister het verstandig dat een mantelzorger, die hier niet voor is opgeleid, ingezet wordt voor toezichtstaken? Welke eisen worden aan de mantelzorger gesteld, wanneer hij of zij een toezichtstaak krijgt? Voor hoe lang kan de mantelzorger worden belast met het toezicht? Hoe staat dit in verhouding tot mantelzorgers die vaak al overbelast zijn door de zorg voor een naaste? Wie houdt toezicht op het toezicht door de mantelzorger? Wie is er verantwoordelijk als tijdens het toezicht van de mantelzorger iets mis gaat, de mantelzorger of de zorgaanbieder? Hoe voorkomt de Minister dat toezicht bij mantelzorgers wordt belegd, op het moment dat er onvoldoende personeel beschikbaar is?

Antwoord 60

Op deze vragen van de leden van de SP-fractie over de rol van de mantelzorger wordt ingegaan bij de antwoorden op vraag 3.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie bij wie de eindverantwoordelijkheid voor medische zorg ligt, wanneer er thuis onvrijwillige/verplichte zorg plaats vindt. Is dit bij de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de AVG of bij de psychiater?

Antwoord 61

In antwoorden 26 en 27 is ingegaan op de nadere regelgeving over wie eindverantwoordelijk is voor gedwongen zorg thuis.

Is er in het geval van ambulante onvrijwillige/verplichte zorg sprake van permanent bereikbaarheid van een deskundige zorgverlener voor hulpverzoeken van de patiënt/cliënt of zijn naaste? Hoe wordt dit gegarandeerd? Wie houdt hier toezicht op?

Antwoord 62

Voor de antwoorden over dit onderwerp wordt verwezen naar antwoord 28.

Wanneer kan de Minister duidelijkheid geven over de rechtspositie van de groep patiënten die zowel ggz- als psychogeriatrische problematiek hebben en daardoor onder zowel het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten als onder het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg vallen?

Antwoord 63

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar antwoord 31.

Ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)

Hoofdstuk 6 – Cliëntenvertrouwenspersoon

De leden van de SP-fractie constateren dat er tijdens de behandeling van de Wzd in de Eerste Kamer een aantal toezeggingen is gedaan. In dat kader vragen genoemde leden of de taak-en functieomschrijving met bijbehorende kwaliteitseisen en opleidingseisen voor de cliëntenvertrouwenspersoon al gereed is.

Antwoord 64

BeVeZo is voornemens de taak-en functieomschrijving met bijbehorende kwaliteitseisen en opleidingseisen voor de cliëntenvertrouwenspersoon begin 2019 op te leveren.

In het ontwerpbesluit staat dat de beschikbaarheid van de cliëntenvertrouwenspersoon op regionaal niveau wordt georganiseerd. Kan de Minister verduidelijken of cliëntenvertrouwenspersonen op dezelfde wijze als de patiëntenvertrouwenspersonen worden aangesteld? Zo neen, graag een toelichting

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de Minister nader kan ingaan op de wijze waarop de professionaliseringsslag van de cliëntenvertrouwenspersoon, zoals toegezegd in de Eerste Kamer, zal worden bereikt. Wie houdt toezicht op dit proces? Erkent de Minister dat in de Tweede Kamer is toegezegd dat de cliëntenvertrouwenspersoon van gelijkwaardige kwaliteit zou zijn als de patiëntenvertrouwenspersoon? In dit licht vragen genoemde leden of de Minister kan beargumenteren hoe de organisatiestructuur van de cliëntenvertrouwenspersoon er nu precies uit gaat zien en waarom gekozen is voor deze vorm. Kan de Minister hierbij toelichten of gekozen is voor een vorm van marktwerking of niet? Hoe verhoudt deze keuze zich tot de harmonisatie van de Wzd en de Wvggz? De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt geregeld dat ook in een ambulante setting de zorgaanbieder de cliëntenvertrouwenspersoon informeert en hoe de Minister er tegenaan kijkt tegenaan om kwaliteitseisen voor de functie van toepassing te laten zijn.

De leden van de D66-fractie lezen over de waarborgen die voortvloeien uit beide wetten met name over de wensen en voorkeuren van betrokkenen en de rol van familie en naasten.

Deze leden vragen de Minister hoe deze twee zaken en de rol van vertrouwenspersonen (cliëntenvertrouwenspersoon en patiëntenvertrouwenspersoon) verschillen tussen de beide wetten en ontwerpbesluiten.

Antwoorden 25, 38, 45 en 65 – Vertrouwenspersonen

Artikel 5, derde lid, Wzd regelt dat de zorgaanbieder, voor zover de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarmee instemt, zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg de naam en contactgegevens van de cliënt en die van zijn vertegenwoordiger verstrekt aan de cliëntvertrouwenspersoon (cvp). Op die manier kan de cvp de cliënt advies en bijstand verlenen. Deze verplichting geldt ongeacht of er sprake is van zorg in een accommodatie of van zorg in een ambulante setting.

Zowel voor de cliëntenvertrouwenspersoon als voor de patiëntenvertrouwenspersoon geldt dat deze de wensen en voorkeuren van de cliënt of patiënt als uitgangspunt neemt. In de GGZ-sector geldt dat familie en naasten een beroep kunnen doen op een familievertrouwenspersoon, vanwege de soms tegenstrijdige belangen die ervaren worden tussen de wensen en voorkeuren van de patiënt en die van diens naasten of familie. Vanuit de VG- en PG-sector is de behoefte aan een aparte vertrouwenspersoon voor de familie niet naar voren gekomen. Daar treedt ook veel vaker een vertegenwoordiger op (vaak een familielid of een naaste) namens de cliënt vanwege diens wils(on)bekwaamheid. De cliëntenvertrouwenspersoon is in principe dan ook bedoeld voor het bieden van advies en bijstand aan zowel de cliënt als diens wettelijk vertegenwoordiger. Mochten de wensen en voorkeuren van beiden toch verschillend zijn, dan is het mogelijk dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger elk door een eigen cliëntenvertrouwenspersoon worden ondersteund.

De wijze waarop de professionaliseringsslag van de cliëntenvertrouwenspersoon, zoals toegezegd in de Eerste Kamer, zal worden bereikt, is afhankelijk van het model dat gekozen wordt voor de organisatorische en financiële inbedding van de cliëntenvertrouwenspersoon in de VG- en PG-sector. Dit geldt ook voor wie toezicht houdt op dit proces. Op dit moment bevindt het traject waarin met de betrokken veldpartijen over dit alles wordt gesproken, zich in een afrondende fase. Dit geldt ook voor het traject waarin onder leiding van BeVeZo met de relevante partijen en met financiering vanuit het Ministerie van VWS, de taak- en functieomschrijving met bijbehorende kwaliteitseisen en opleidingseisen voor de cliëntenvertrouwenspersoon wordt ontwikkelt. Deze zijn bedoeld als professionele standaard voor deze functie, en dienen daarmee als uitgangspunt voor onder meer de vormgeving van de scholing. In beide trajecten is nadrukkelijk de inzet van zowel de regering als uw Kamer meegenomen, dat (de kwaliteit van) de functie van cvp vergelijkbaar moet zijn met die van de pvp in de ggz.

De regering is voornemens uw Kamer uiterlijk in het voorjaar van 2019 te informeren over het uiteindelijke model voor de cliëntenvertrouwenspersoon.

Ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg).

Paragraaf 1 – Ambulante verplichte zorg

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of hij nader kan uitleggen waarom een zorgaanbieder zelf de afweging kan maken of zijn organisatie verplichte zorg dan wel onvrijwillige zorg verantwoord aan kan bieden en hier dus niet toe verplicht is. Hoe staat dit in verhouding met de zorgplicht?

Antwoord 66

De zorgaanbieder maakt in het algemeen de afweging of zijn organisatie gedwongen zorg verantwoord kan aanbieden; hij is daartoe niet verplicht. Ook is het vanuit de patiënt niet afdwingbaar dat hij de in zijn specifieke

situatie benodigde gedwongen zorg in een ambulante setting ontvangt. Indien betrokkene een voorkeur heeft voor ambulante zorg, hoeft die voorkeur door de zorgaanbieder niet altijd gevolgd te worden wanneer de zorgaanbieder van mening is dat die zorg niet op een goede en veilige manier in de ambulante situatie geboden kan worden. Eventueel kan onderzocht worden of een andere zorgaanbieder die zorg wel ambulant kan bieden. De zorgverzekeraar kan hierbij gevraagd worden te bemiddelen.

Paragraaf 2 – Zorgvormen

Voorts vragen de leden van de SP-fractie de Minister om nader toe te lichten waarom hij ervoor gekozen heeft om fixatie en insluiting als vorm van verplichte zorg/onvrijwillige zorg in de ambulante setting toe te staan. Wie houdt toezicht op de thuissituatie, wanneer iemand vastgebonden is? Kan het voorkomen dat iemand alleen gefixeerd thuis zit, zonder aanwezige zorgverlener? Hoe garandeert de Minister de veiligheid van een patiënt, wanneer deze thuis is gefixeerd?

Antwoord 67

In antwoord 13 is hier nader op ingegaan.

Kan de Minister nader ingaan op de afweging om domotica in te zetten om op afstand toezicht te houden op de thuissituatie van een patiënt? Hoe zit het met privacy waarborgen? Kan de Minister aangeven in welke situatie toezicht op afstand beter zou zijn dan een fysieke zorgverlener, die bij iemand langs gaat? Wat wordt gedaan wanneer iemand de hele dag op afstand in de gaten gehouden wordt en dan op een zeker moment doordraait zonder adequate zorgverlening in de buurt?

Antwoord 68

Voor elke vorm van gedwongen zorg geldt dat deze noodzakelijk, proportioneel, doelmatig en veilig moet zijn. Deze afweging is afhankelijk van de omstandigheden en het besluit beoogt maatwerk mogelijk te maken. Voorstelbaar is dat een patiënt wel een vorm van toezicht nodig heeft, maar de fysieke aanwezigheid van een zorgverlener intimiderend vindt. Dan zou toezicht op afstand een betere oplossing zijn, mits de zorgaanbieder kan garanderen dat er snel iemand ter plekke kan zijn. De privacy van betrokkene dient hierbij te worden betrokken. Is cameratoezicht nodig of kan minder ingrijpend gebruik gemaakt worden van uitluisterapparatuur? Wat betekent dit voor huisgenoten? De zorgverantwoordelijke neemt deze overwegingen mee in zijn besluit tot toepassing van gedwongen zorg. Een ander voorbeeld van de inzet van domotica is het eerder genoemde GPS-systeem waarmee iemand met dementie niet ingesloten hoeft te worden, maar in geval van dwalen wel snel kan worden opgespoord.

In het ontwerpbesluit wordt benadrukt dat ervoor gekozen is om geen verschil aan te brengen in de toegestane vormen van ambulante gedwongen zorg tussen de verschillende doelgroepen van de Wvvgz en de Wzd.

Kan de Minister uitleggen waarom hij dan toch een reparatiewet aan het voorbereiden is die de arts uit de Wzd haalt? Beseft de Minister dat hij hiermee bijdraagt aan een verstoring van de beoogde harmonisatie? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting.

Antwoord 69

De regering wil de leden van de SP-fractie er graag van verzekeren dat het geenszins haar voornemen is om de arts uit de Wzd te halen. Wel beoogt de regering om mogelijk te maken dat ook andere deskundige zorgver-

leners de rol van de Wzd-arts te laten vervullen. Hiervoor is bij Koninklijke Boodschap van 22 november 2018 een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstuk 35 087).

Paragraaf 4 – Bestaande waarborgen voor verplichte zorg

Kan de Minister aangeven wat de consequenties zijn, wanneer een zorgaanbieder zorg levert die niet voldoet aan de uitgangspunten subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid?

Antwoord 70

Een van de algemene uitgangspunten van de Wvvgz en de Wzd is dat verplichte of gedwongen zorg alleen als ultimum remedium mag worden toegepast met inachtneming van de wettelijke eisen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid, en veiligheid. Onder de Wvvgz zijn de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur gezamenlijk verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de verplichte zorg en het toezicht op de uitvoering van verplichte zorg in ambulante omstandigheden, waaronder ook dat die zorg voldoet aan dit algemene uitgangspunt. Onder de Wzd zijn dat de zorgverantwoordelijke en de Wzd-arts. In eerste instantie zijn zij aan zet om te bewerkstelligen dat de zorgverantwoordelijke uitvoering geeft aan een deugdelijk zorgplan dat in de actuele zorgbehoefte voorziet, en dat de daadwerkelijk geleverde zorg daarmee in overeenstemming is. Daar hoort ook de periodieke evaluatie en de tijdige afbouw van gedwongen zorg bij. Wanneer er zorgen rijzen over de vraag of de zorg nog aan deze uitgangspunten voldoet, kan de patiënt, zijn vertegenwoordiger, familie en naasten, de familievertrouwenspersoon, de patiëntenvertrouwenspersoon, respectievelijk de cliëntvertrouwenspersoon dit met de zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke of geneesheer-directeur, respectievelijk Wzd-arts bespreken.

De betrokkene kan een klacht indienen bij de klachtencommissie met de mogelijkheid van beroep bij de rechter. Hij kan ook een schadevergoeding eisen.

De patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon kunnen er vanuit hun functie ook voor kiezen om bij de inspectie melding te doen van klachten waarop de zorgaanbieder, geneesheer-directeur of zorgverantwoordelijke onvoldoende, niet of niet tijdig reageert. Ook kunnen de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon tekortkomingen in de structuur en de uitvoering van de zorg – voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van de betrokkene – signaleren en aan de inspectie melden. Ook in de Wzd heeft de cliëntenvertrouwenspersoon tot taak om signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van een cliënt, aan de inspectie te melden.

Daarnaast rust op de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de Wzd-arts en de zorgverantwoordelijke een meldingsplicht aan de IGJ indien bij hem het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de verplichte zorg ernstig tekort schiet.

De IGJ kan vervolgens als toezichthouder op deze wetten optreden ten opzichte van zorgaanbieders.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie hoe de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toe gaat zien op de toepassing van dwangmaatregelen, zoals fixatie, in de thuissituatie? Heeft de Minister hier met de IGJ over gesproken?

Antwoord 71

Uiteraard heeft de IGJ in verschillende fasen in de totstandkoming van de regelgeving geadviseerd over de mogelijkheden om in de ambulante

setting gedwongen zorg te verlenen. De opmerkingen van de IGJ hebben tot enkele aanscherpingen geleid die zijn beschreven in de paragraaf «Toezicht- en handhavingstoets». Het is in de eerste plaats aan de zorgverantwoordelijke om een zorgvuldig oordeel te vellen over de omstandigheden waarin gedwongen zorg veilig en verantwoord kan worden toegepast. De IGJ houdt toezicht op de wijze waarop de zorgaanbieder hier in de praktijk vorm aan geeft. De IGJ zet hierbij haar toezichtscapaciteit gericht in. Enerzijds zal dat zijn op grond van meldingen, anderzijds risicogestuurd.

De IGJ wijst er overigens op dat nog onzeker is hoe vaak gedwongen zorg buiten accommodaties toegepast zal worden en kan daarom nog geen uitspraken doen over de capaciteit die nodig is om haar toezicht vorm te geven. Vanzelfsprekend houdt de IGJ dit nauwlettend in de gaten.