

Vergaderjaar 2016–2017

32 399

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

31 996

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

B¹

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIES VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT² EN VOOR VEILIGHEID EN JUSTITIE³

Vastgesteld 27 juni 2017

Het voorbereidend onderzoek van deze wetsvoorstellen geeft de commissies aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen met betrekking tot de wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) – inclusief de wijzigingen die met Wvggz in de Wzd zijn aangebracht – en de Wet forensische zorg (Wfz), zoals gewijzigd met de Wvggz.

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorstellen voor de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Om een gezamenlijk behandeling van de wetsvoorstellen Wzd en Wvggz met het voorstel voor de Wet forensische zorg (Wfz) mogelijk te maken, is het voorstel Wfz tijdens de plenaire

¹ Letter B heeft alleen betrekking op wetsvoorstel 32 399.

² Samenstelling **Volksgesondheid, Welzijn en Sport**:

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

³ Samenstelling **Veiligheid en Justitie**:

Engels (D66), Ruers (SP), Van Bijsterveld (CDA) (*vice-voorzitter*), Duthler (VVD) (*voorzitter*), Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Strik (GL), Knip (VVD), Backer (D66), Barth (PvdA), Beuving (PvdA), Hoekstra (CDA), Schouwenaar (VVD), Schrijver (PvdA), Van Strien (PVV), Kok (PVV), Gerkens (SP), Bredenoord (D66), Dercksen (PVV), D.J.H. van Dijk (SGP), Van Rij (CDA), Rombouts (CDA), Van de Ven (VVD), Wezel (SP), Bikker (CU), Baay-Timmerman (50PLUS)

behandeling in de Eerste Kamer op 1 april 2014, na de eerste termijn, geschorst. Via het voorstel Wvvgz zijn wijzigingen opgenomen in het voorstel Wfz. Voor wat betreft deze inbreng beperken de leden van de VVD-fractie zich met betrekking tot de Wfz tot die onderdelen die via het voorstel Wvvgz zijn gewijzigd.

De 3 wetsvoorstellen zijn aanvankelijk niet in samenhang ontwikkeld en kennen een lange periode van voorbereiding met vele consultaties en onderzoeken. Gedurende het wetgevingstraject vond een groot aantal wijzigingen plaats, wat de transparantie niet ten goede komt; hierdoor wordt een goede beoordeling van de wetgevingskwaliteit gecompliceerd. Bij de gezamenlijke behandeling van de wetsvoorstellen richten de leden van de VVD-fractie zich primair op de beoordeling of alsnog voldoende samenhang is gecreëerd en op de uitvoerbaarheid in de praktijk.

De drie wetsvoorstellen Wzd, Wvvgz en de Wfz vormen samen het wettelijk kader voor gedwongen zorg. De leden van de VVD-fractie onderschrijven de doelstellingen van de wetsvoorstellen, waarbij het bieden van goede zorg centraal staat en gedwongen zorg alleen is toegestaan als alle alternatieven voor vrijwillige zorg zijn uitgeput. Gedwongen zorg als laatste middel (*ultimum remedium*), om een voorzien ernstig nadeel af te wenden. Bovendien dient gedwongen zorg zo kort mogelijk te worden ingezet en regulier geëvalueerd te worden, zodoende de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid in acht nemend.

Naar het oordeel van de leden van de VVD-fractie is in de drie onderhavige wetsvoorstellen afdoende uitgewerkt dat bij de verlening van gedwongen zorg voorop staat dat elk individu, ongeacht het toepasselijk juridisch kader, de zorg moet krijgen die hij nodig heeft.

De leden van de VVD-fractie hebben begrip voor het splitsen in twee wetten (Wzd en Wvvgz). In de Wvvgz gaat het om cliënten met een psychiatrische aandoening. De zorg is doorgaans gericht op behandeling van de stoornis die het nadeel doet veroorzaken. In de Wzd gaat het om zorg aan mensen met dementie of een verstandelijk beperking. Deze mensen hebben doorgaans levensbreed en over bijna alle aspecten van hun leven zorg nodig. Er is geen uitzicht op verbetering of genezing. Deze mensen krijgen vaak al op vrijwillige basis zorg en deze zorg kan zich van tijd tot tijd uitbreiden tot onvrijwillige zorg. In het uiterste geval kunnen deze mensen onvrijwillig worden opgenomen, zodat in een veilige leefomgeving de benodigde ondersteuning kan worden geboden. De verstandelijk gehandicapte en psychogeriatrische cliënt (VG/PG-cliënt) kan vaak zijn wil niet uiten; het is ook niet altijd duidelijk of iemand zich verzet. Dit leidt tot een andere dynamiek tussen cliënt en hulpverlener. Daarom steunen de leden van de VVD-fractie de keuze van de regering om uit te gaan van procedures die het beste passen bij de doelgroep en die leiden tot een doelmatige verlening van zorg. Ook al leidt dit tot verschillen zoals: in de Wvvgz worden alle vormen van verplichte zorg vooraf getoetst door de rechter; in de Wzd wordt over onvrijwillige zorg besloten aan de hand van een multidisciplinair stappenplan (opschalingsmodel), waarbij een zorgvuldige afweging plaatsvindt voor het al dan niet opnemen van onvrijwillige zorg. Voor gedwongen opname is in de Wzd, evenals in de Wvvgz, vooraf een rechterlijke machtiging nodig.

De leden van de VVD-fractie constateren met tevredenheid dat ondanks de keuze voor twee wettelijke regimes, conform de aanbevelingen van ZonMw⁴, de kernbegrippen tussen beide wetsvoorstellen zoveel mogelijk

⁴ Thematische Wetsevaluatie gedwongen zorg, ZonMw, Den Haag september 2014 (Kamerstukken II 2014/15, nr. 25 424, nr. 254 en bijlage).

zijn geharmoniseerd evenals het criterium voor verplichte/onvrijwillige zorg. De taken van de cliëntenvertrouwenspersoon komen overeen, alsmede de verantwoordelijkheidstoedeling voor de interne kwaliteitsbewaking. Ook is de aansluiting voor grensverkeer tussen de Wzd en de Wvvgz geregeld. De klachtenprocedure, het daarop aansluitende beroep bij de rechter en het indienen van een verzoek tot schadevergoeding, zijn nauwkeurig op elkaar afgestemd. De leden van de VVD-fractie constateren met instemming dat qua rechtsbescherming, rechterlijke toetsing op alle facetten van onvrijwillige zorg mogelijk is. Voor de VG/PG-cliënten is rechterlijke toetsing achteraf, van onvrijwillige zorg in het zorgplan, geborgd via de klachtenprocedure.

Een belangrijke uitbreiding van de interventiemogelijkheden (Wvvgz en Wzd) is dat gedwongen zorg ook ambulant kan worden verleend. Het veld is positief over deze extra behandelmogelijkheid. Men verwacht hiermee eerder te kunnen ingrijpen, bijvoorbeeld wanneer door vroeg signalering blijkt dat een cliënt stopt met inname van de noodzakelijke medicatie. Via artikel 5:17 Wvvgz wordt geregeld welke criteria, ook in ambulante omstandigheden, voor onvrijwillige zorg (verplichte zorg in Wvvgz), in de zorgmachtiging worden opgenomen. Daaronder valt ook de verantwoordelijkheid voor het toezicht van zorgaanbieder en de geneesheer-directeur in ambulante omstandigheden (5:17, vierde lid, d). In de Wzd wordt over de toepassing van onvrijwillige zorg besloten via het stappenplan. Dit geldt ongeacht waar de cliënt zich bevindt (bijvoorbeeld in de thuissituatie) en ongeacht of de cliënt vrijwillig of onvrijwillig, op basis van een opnamemachtiging, in een accommodatie verblijft. Voor de ambulante situatie worden in de Wzd vormen van onvrijwillige zorg alsmede de daaraan te verbinden regels, geregeld in een algemene maatregel van bestuur (AMvB). Uit berichten uit het veld blijkt dat vooral hierover vragen zijn en onduidelijkheid heerst. Iedereen wil dat VG/PG-cliënten zo lang mogelijk thuis kunnen worden verzorgd. Om cliënten te beschermen en ernstig nadeel af te wenden en handelingsverlegenheid in de thuissituatie te voorkomen, wordt ook nu al (tijdelijk) onvrijwillige zorg opgenomen in het zorgplan in de thuissituatie. Dit gebeurt meestal onder regie van de huisarts, al dan niet na het raadplegen van bijvoorbeeld een specialist ouderen geneeskunde. Omdat het hier gaat om een belangrijke interventiemogelijkheid vragen de leden van de VVD-fractie waarom onvrijwillige zorg en verplichte zorg, anders dan die in een accommodatie aan een cliënt worden verleend, in de Wzd en in de Wvvgz in een algemene maatregel van bestuur wordt geregeld en niet rechtstreeks in de wet.

Via de Wvvgz wordt in de Wzd, de Wzd-arts ingevoerd. Op zich zijn de leden van de VVD-fractie het niet oneens met de invoering van een onafhankelijke Wzd-arts, maar zij zien nog niet duidelijk voor zich wat diens taken en verantwoordelijkheden zijn in het gedifferentieerde zorgdomein van de VG/PG-sector. De Wzd-arts wordt, even als zijn tegenhanger in de Wvvgz, de geneesheer-directeur, belast met de coördinatie en het toezicht op de onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan. In tegenstelling tot de geneesheer-directeur hoeft de Wzd-arts niet in dienst te zijn van de zorgaanbieder en de zorgaanbieder mag geen aanwijzingen geven met betrekking tot de taakuitvoering van de Wzd-arts. Hoe consistent is volgens de regering de introductie van de Wzd-arts in relatie tot de keuze om onvrijwillige zorg te regelen via het stappenplan? Voor het toepassen van onvrijwillige zorg dienen bij het stappenplan immers deskundigen van verschillende disciplines mee te kijken, tot aan onafhankelijke deskundigen van buiten de organisatie toe. Heeft naar het oordeel van de regering, het niet in dienst zijn bij de zorgaanbieder van de Wzd-arts, consequenties voor de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld ten aanzien van de expliciete verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor het beleid voor toepassing van onvrijwillige

zorg, artikel 19 Wzd? Indien er sprake is van meer dan één zorgaanbieder, een situatie die in een ambulante setting niet ondenkbaar is, kan er ook sprake zijn van meer dan één Wzd-arts. Hoe ziet de regering dit? Ook vernemen de leden van de VVD-fractie graag hoe de regering in de ambulante setting de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de huisarts en de Wzd-arts ziet. In tegenstelling tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is bij de VG/PG-cliënten lang niet altijd sprake van een medische behandeling. Het komt in de praktijk dan ook voor dat andere professionals, zoals gedragsdeskundigen, de verantwoordelijkheid hebben over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het aanvankelijke wetsvoorstel voorzag in die mogelijkheid. Met de introductie van de Wzd-arts is deze bevoegdheid uitsluitend toebedeeld aan een arts. Hoe oordeelt de regering over de nu ontstane situatie?

In lijn met de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra⁵ wordt de centrale verzoekersrol voor de zorgmachtiging Wvvggz, weer bij het openbaar ministerie (OM) belegd⁶. Een goede uitvoering van de Wvvggz vraagt dat de ketenpartners, over en weer, toegang hebben tot relevante informatie om de gevaarstelling en de relatie met een psychische stoornis te kunnen beoordelen. Bij de gegevensuitwisseling dient zorgvuldig te worden omgegaan met privacygevoelige persoonsgegevens. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de wijze waarop de gegevensverwerkingen die voortvloeien uit deze wet worden ingericht en met aanvullende waarborgen worden omkleed. Terecht is hiervoor een voorhangbepaling van kracht. De leden van de VVD-fractie kijken uit naar genoemde regels en zullen deze kritisch beoordelen.

Op de grens tussen strafrecht en verplichte zorg, is goede samenwerking tussen politie, justitie en de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Dat de procesregie voor de voorbereiding van een zorgmachtiging bij het OM wordt gelegd lijkt de leden van de VVD-fractie een logische keuze. Vanuit het OM bereiken ons echter diverse signalen dat er behoefte is aan afbakening, gezien de vergaande consequenties voor het OM van de actievere verzoekersrol. Zo is tijdens de deskundigenbijeenkomst van 16 mei jl.⁷ aangegeven dat het OM de actievere verzoekersrol accepteert, maar slechts in die gevallen waarin het zorgmachtigingstraject zijn oorsprong vindt in samenhang met (dreigend) strafbaar gedrag. De regering geeft aan dat onderzocht wordt of het OM de actievere verzoekersrol in de praktijk kan waarmaken. Kan de regering verduidelijken in hoeveel procent van de rechterlijke zorgmachtigingen sprake is van (dreigend) strafbare feiten? Kan de regering op basis van de bevindingen uit genoemd onderzoek aangeven of het OM de actievere verzoekersrol, ook in zorgmachtigingstrajecten zonder samenhang met (dreigend) strafbaar gedrag, kan waarmaken?

Als het gaat om de opvang van verwarde personen, is een goede ketenaanpak onontbeerlijk. Voldoende preventie en nazorg spelen hierbij een belangrijke rol. De Wvvggz en Wzd bieden instrumenten voor slechts een deel van de verwarde personen, namelijk die waarbij sprake is van een psychische stoornis waar ernstig nadeel uit voortvloeit. Ondanks de goede berichten over de resultaten van een multidisciplinaire aanpak voor bemoezorg en FACT-teams, zijn de leden van de VVD-fractie wel bezorgd over de mogelijk te hoge verwachtingen van de interventiemogelijkheden die de Wvvggz en Wzd in dit kader bieden. Wat indien er wel een ernstig (dreigend) nadeel is, maar geen aantoonbare psychische stoornis? Wat

⁵ Kamerstukken II 2014/15, 29 279, nr. 247 en bijlage.

⁶ Tweede nota van wijziging, Kamerstukken II, 2015/16, 32 399, nr. 25.

⁷ Verslag van deskundigenbijeenkomst; M. Otte, openbaar Ministerie, E.A.K.G. Ruys, Raad voor de rechtspraak (Kamerstukken I, 2016/17, 31 996/32 399, B, pag. 6 t/m 9).

indien er wel een maatschappelijk nadeel is, niet direct ernstig maar wel langdurig, en iemand zorg blijft mijden? Uit gesprekken in het veld merken deze leden dat enerzijds het zorgveld en anderzijds politie en justitie over en weer verschillende opvattingen hebben over wat nodig en mogelijk is. Herkent de regering dit? Indien ja, waar ligt volgens haar dan de oplossing?

Bij de behandeling in de Eerste Kamer van de Wfz hebben de leden van de VVD-fractie ten behoeve van de instroom van cliënten vanuit het justitiële kader, aandacht gevraagd voor de veiligheid in reguliere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In de Wvvgz regelt artikel 6:4, derde en vierde lid, dat bij de afgifte van de zorgmachtiging de veiligheidsaspecten worden meegewogen. Zo nodig kan iemand worden opgenomen of overgeplaatst naar een instelling voor forensische zorg of een tbs-instelling, indien dit uit veiligheidsoverwegingen noodzakelijk wordt geacht. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de vragen van deze fractie over dit onderwerp.

Een ander onderwerp waarvoor de leden van de VVD-fractie aandacht hebben gevraagd, is de problematische behandel- en werksituaties ten gevolge van verschillende rechtsposities binnen één instelling. In de Wvvgz wordt de (interne) rechtspositie bepaald door de afgegeven zorgmachtiging. Kan de regering bevestigen dat het genoemde verschil in rechtsposities binnen één instelling zich met de invoering van de Wvvgz niet meer voordoet? De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie schrijft in de brief van 6 november 2014⁸ dat in het wetgevingstraject Wvvgz ook zal worden ingegaan op de verhoudingen tussen de toepasselijkheid van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) en de afgegeven zorgmachtiging en de daaruit voortvloeiende rechtspositie. Kan de regering aangeven waar dit terug te vinden is in het voorstel Wvvgz?

De leden van de VVD-fractie hebben tot slot nog een vraag over het via de Wvvgz in de Wfz gewijzigde verbindingsartikel 2.3. Dit artikel geeft de strafrechter de bevoegdheid om zelf een machtiging op grond van de Wvvgz of de Wzd af te geven. Met het aangepaste artikel 2.3 komt artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (Sr) te vervallen. Tijdens de bijeenkomst van 16 mei jl. hebben deskundigen hiertegen bezwaren geuit. Wat is de visie van de regering op het standpunt van het OM en de Raad voor de Rechtspraak inzake het vervallen van artikel 37 Sr, namelijk dat er een leemte in de wet valt, die met de zorgmachtiging niet geheel kan worden ingevuld? Hoe schat de regering de mogelijke nadelen en risico's voor de uitvoeringspraktijk in?

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met grote belangstelling kennisgenomen van de voorliggende wetsvoorstellen. Het doel van de wetgeving, waarmee de zorg centraal wordt gesteld en niet langer de gedwongen opname, onderschrijven deze leden. Het toepassen van dwang is een ultimum remedium en heeft ingrijpende consequenties voor mensen die deze dwang moeten ondergaan. Het vooraf goede zorg bieden en waar mogelijk zoeken naar alternatieven voor gedwongen opname, past in de geest van deze tijd, waarin duidelijk meer oog is voor het welzijn van deze kwetsbare groep mensen. Dat neemt niet weg dat recente ervaringen laten zien dat het ook nodig is te kijken naar de veiligheid van de samenleving als zodanig. Zijn, zo vragen de leden van de CDA-fractie zich af, de toon en de wijzigingen ten aanzien van de oorspronkelijke

⁸ Kamerstukken I 2014/15, 32 398, K, pagina 4.

wetsvoorstellen mede door de lange voorbereiding en behandeling van de wetgeving niet verschoven van een adequatere behandeling van de patiënt naar de beveiliging van de maatschappij.

Bijzonder positief bij deze wetgeving is dat niet alleen de omgeving van de patiënt betrokken wordt bij de zorg, maar ook de inspraak en rechten van betrokkenen verankerd worden.

Algemene vragen

De argumenten voor en tegen de wetsvoorstellen, zoals ook naar voren gebracht door diverse deskundigen tijdens de bijeenkomst van 16 mei jl., zijn voor de leden van de CDA-fractie aanleiding voor het stellen van een aantal vragen.

De lange behandeling, maar zeker ook de vele wijzigingen, zowel door de regering als de Tweede Kamer aangebracht, maken het geheel van de voorliggende wetgeving, met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg als uitgangspunt voor de vervanging, verbetering en vernieuwing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz), onleesbaar. Alle betrokkenen hebben behoefte aan heldere teksten en eenduidige procedures. Een nieuwe, geredigeerde memorie van toelichting en begrijpelijke stroomschema's zou het werken met de nieuwe wetten kunnen vereenvoudigen. Is de regering daartoe bereid?

Harmonisatie van de rechtspositie van personen in gedwongen zorg wordt door de leden van de CDA-fractie belangrijker geacht dan een snelle invoering van de wetgeving. Ware het, gezien de terechte keuze die in de drie wetten is gemaakt om de rechten van de patiënt zoveel mogelijk te harmoniseren, niet beter geweest een algemene wet te maken? Is de evaluatietermijn van twee jaar, die nu generiek is voorgesteld, een voorbode dat er op korte termijn toch één wet zal komen, waardoor deze wetsvoorstellen kunnen worden beschouwd als interim-wetgeving?

De leden van de CDA-fractie willen hier nog eens beklemtonen dat ook bij deze omvangrijke wetgeving, met de langdurige behandeling, de wisselende standpunten, de nota's van wijziging en de aangenomen amendementen, de globale toets op rechtmatigheid, uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid voor hen het uitgangspunt is. Op grond waarvan komt de regering tot de conclusie dat voorliggende wetgeving voldoende toekomstbestendig is, zo vragen deze leden.

Zorgen hebben de leden van de CDA-fractie over een zorgvuldige implementatie van de wetgeving. Hoe heeft de regering geborgd dat de hele keten van zorg en veiligheid – OM, politie, rechterlijke macht, ggz en gemeente – voldoende is toegerust voor de opgaven, die volgen uit deze wetsvoorstellen?

Ook over de regierol van het Openbaar Ministerie hebben deze leden vragen. Hoe wordt geborgd dat er voldoende kennis en capaciteit is en dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn om deze regie waar te kunnen maken? Kan nader worden ingegaan op de beschikbare menskracht en voorziene middelen?

Naast kennis, mensen, middelen en een goede organisatie is een voorwaarde voor het adequaat laten functioneren van de voorgestelde wetgeving, helderheid over de beschikbaarheid van voldoende interne en ambulante opvang. Op grond waarvan komt de regering tot de conclusie dat die opvang- en behandel mogelijkheden ook beschikbaar zijn? Als

voorbeeld wijzen de leden van de CDA-fractie op artikel 28c Wzd, waarin is geregeld dat respectievelijk de Wlz-uitvoerder, het college van burgemeesters en wethouders of de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het daadwerkelijk laten opnemen/behandelen van de cliënt. Hoe wordt voorkomen dat dit tot een loze bepaling wordt omdat de verantwoordelijke partij, die op zoek moet naar de best passende accommodatie op straffe van een dwangsom (artikel 61), daarin helemaal niet of moeilijk kan voorzien.

Ambulante zorg kan ook problemen met zich brengen voor de hulpverleners. De mogelijkheid dat deze hulpverleners zich toegang moeten verschaffen tot het woonadres van patiënten en daarmee tot de plaats waar zij zich veilig moeten voelen, kan met elkaar op gespannen voet staan. Hoe wordt de veiligheid voor de hulpverleners in hun contacten met deze patiënten geborgd?

Is het juist dat instellingen met voorliggende wetgeving onder twee klachtenregimes kunnen vallen, zowel die van de gedwongen zorg als van de Wkkgz, en daarmee ook verschillende verplichtingen kunnen hebben met betrekking tot het klachtrecht? Hoe verhouden beide klachtsystemen zich tot elkaar? Mogen de instellingen zelf een keuze maken voor een van beide klachtsystemen? Welk systeem prevaleert bij tegenstrijdige verplichtingen? Hoe wordt verdubbeling van verplichtingen voorkomen, bijvoorbeeld alleen al omdat de gehanteerde termen kunnen verschillen? Denk aan vertrouwenspersoon, cliëntenvertrouwenspersoon etc. Hoe worden instellingen geacht daarmee om te gaan?

Vragen Wfz

De leden van de CDA-fractie krijgen graag nog een uitgebreide toelichting op de weigerende observandi, dit ook met betrekking tot de pro Justitiarapportage (artikel 37a Sr). Met de Wfz wordt het mogelijk om bestaande medische gegevens ter beschikking te stellen ten behoeve van het onderzoek naar de psychische gesteldheid van een verdachte. Daarmee krijgt de doorbreking van het medisch beroepsgeheim een wettelijke basis. De inbreuk op het medisch beroepsgeheim kan alleen worden gerechtvaardigd door een dringende maatschappelijke behoefte. Deze inbreuk moet ten opzichte van het doel voldoen aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. In de jurisprudentie van de Hoge Raad wordt bepaald dat alleen indien sprake is van een uitzonderlijke situatie, waarin acute dreiging of concreet gevaar voor de maatschappij kan worden afgewend door middel van een doorbreking van het beroepsgeheim en dit noodzakelijk wordt geacht, een inbreuk gerechtvaardigd is. Blijft dit uitgangspunt van de Hoge Raad voldoende geborgd en hoe verhoudt zich deze wet hiertoe?

Hoe wordt voorkomen dat patiënten met oog op de mogelijke gevolgen van deze regeling in de toekomst medische, psychiatrische of psychologische zorg zullen mijden? Hoe wordt geborgd dat personen met gedragsproblemen die mogelijk tot een delict kunnen leiden, bereid blijven om zich vroegtijdig te melden bij de geestelijke gezondheidszorg?

Artikel 1.1, lid 2 van de Wfz bepaalt dat bij AMvB ook andere vormen van zorg dan in dit artikel genoemd, kunnen worden aangemerkt als forensische zorg, dan wel daarvan kunnen worden uitgesloten. Dit betekent dat de zorg en de patiëntcategorieën die onder de wet zullen vallen, gemakkelijk, snel en zonder democratische toets kunnen variëren.

Ook wordt in de Wfz veelvuldig gebruikgemaakt van de mogelijkheid om via een AMvB nadere regels te stellen. Dit zelfs ten aanzien van onder-

werpen die niet eens behoorlijk ingekaderd zijn door de Wfz. De Raad van State kwam vanwege dit wetssystematische probleem tot het advies om alle delegatiebepalingen te schrappen. Dit is met name van belang omdat het voorstel voorziet in de toepassing van dwangbehandeling en dus in beperkingen van grondrechten, aldus de Raad. Wat is de overweging geweest om in plaats van een specifieke, wettelijke grondslag, nadere invulling mogelijk te maken middels AMvB's? Zie in dit kader bijvoorbeeld ook artikel 5.3 met betrekking tot indicatiestelling.

Op de procedure voor het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter zijn civielrechtelijke procedureregels van toepassing (artikel 2.3 van de Wfz). Hierdoor kunnen twee parallelle procedures ontstaan, een civiele en een strafrechtelijke, met verschillende procedurele regels en rechtsmiddelen. Voor een voorbeeld wordt verwezen naar het position paper van de Raad voor de rechtspraak van 27 oktober 2016.⁹ Dit geeft vermenging van strafrecht en civiel recht. Beter zou zijn om bij het verlenen van een zorgmachtiging in een strafrechtelijke procedure, de aanvraag en verlening daarvan volledig in die strafrechtelijke procedure te integreren. Is de regering hiertoe alsnog bereid?

Forensische zorg speelt zich af op drie terreinen: het gevangeniswezen, de forensische ggz en de tbs, met elk een geheel eigen karakter en een eigen regime. Er wordt wel gezegd dat «binnen het gevangeniswezen de behandeling aan zwaarte mist, bij de GGZ sprake is van onvoldoende beveiliging, in de tbs juist op die beveiliging de nadruk ligt, maar de gedwongen zorg in die sector voldoende rechtsbescherming mist». Op grond waarvan komt de regering tot de conclusie dat met deze regeling een veilige en verantwoorde overplaatsing kan plaatsvinden, zonder dat grote verschillen in rechtsbescherming optreden? Op grond waarvan komt de regering tot de conclusie dat de continuïteit van de behandeling bij de overgang van strafrechtelijke zorg naar reguliere zorg voldoende is geborgd?

Kan de regering nog eens verduidelijken hoe zij aankijkt tegen de samenplaatsing van strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen in justitiële inrichtingen? De Minister van Justitie meldde in 2008 met betrekking tot deze groep immers nog dat «het samen plaatsen van de civielrechtelijk en strafrechtelijk geplaatsten naar huidige maatschappelijke opvattingen als ongewenst wordt beschouwd», terwijl de problematiek, noch de oplossingen daarvoor, wezenlijk verschilt.

Vragen Wvvggz

Aanvankelijk koos de wetgever in de Wvvggz voor het criterium «schade». Met de tweede nota van wijziging werd dit, in het licht van de harmonisatie met de Wzd, vervangen door het criterium «ernstig nadeel» (artikel 1:1, tweede lid). Onbedoeld is hierdoor een materiële uitbreiding tot stand gekomen van de Wvvggz ten opzichte van het eerdere schadecriterium. Hoe dient de praktijk hiermee om te gaan?

Artikel 3:3 van de Wvvggz bepaalt dat de Wvvggz niet van toepassing is indien het gedrag het gevolg is van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. In die gevallen geldt de Wzd. Echter, psychiatrische stoornissen komen vaak voor in combinatie met psychogeriatrische stoornissen en/of een verstandelijke handicap. Wanneer is dan de Wvvggz of de Wzd van toepassing? Dit is ook van belang omdat de Wvvggz en de Wzd in hun uitvoering en rechtsbescherming verschillend zijn.

⁹ Ter inzage gelegd onder griffienummer 160760.09

Met betrekking tot artikel 5:4 merken de leden van de CDA-fractie op dat een wederzijdse, domein overstijgende informatiedeling tussen zorg, ondersteuning en veiligheid met het oog op goede zorg voor de patiënt en risicotaxatie, cruciaal is. In dit wetsvoorstel ligt de nadruk teveel op informatielevering vanuit de politie aan het OM of aan de geneesheer-directeur bij de start of het einde van gedwongen maatregelen. Het wetsvoorstel voorziet er niet in dat de politie geïnformeerd wordt over een zorgmachtiging wanneer iemand wordt aangehouden, terwijl het juist voor deze personen zo belangrijk is om op een passende wijze bejegend te worden. Ook is niet voorzien in informatieoverdracht vanuit het OM aan de politie. Is de regering bereid deze informatiedeling alsnog op te nemen?

Een ander punt is de informatievoorziening tussen psychiater en geneesheer-directeur (artikel 5:8 e.v.). Dit staat op gespannen voet met de principes van privacy en het medisch beroepsgeheim. De informatieverstrekking moet doelgericht en proportioneel zijn. Waarom voorziet het wetsvoorstel niet in een *mogelijkheid* tot informatie uitwisseling in plaats van een *verplichting* tot informatie uitwisseling en overleg? Is de regering bereid het wetsvoorstel alsnog in deze zin aan te passen?

Vanuit de praktijk zijn een aantal praktische bezwaren genoemd over de aanwijzing door de geneesheer-directeur van een zorgverantwoordelijke. Volgens de Wvvgz wijst de geneesheer-directeur een zorgverantwoordelijke aan, maar deze staan niet in een hiërarchische relatie tot elkaar. Ook is de wet onvoldoende helder over welke professional de rol van zorgverantwoordelijke en die van geneesheer-directeur vervult. Is de regering bereid dit alsnog nader toe te lichten?

In het oorspronkelijke voorstel van de Wvvgz werd het hoger beroep tegen een verleende zorgmachtiging geïntroduceerd. Met de tweede nota van wijziging is deze regeling weer geschrapt. De mogelijkheid van cassatie blijft wel open staan. Waarom is niet de regeling overgenomen uit de Wbopz? Daarin is vastgelegd dat wanneer bij de rechtbank wordt opgekomen tegen een afwijzing door de geneesheer-directeur van een ontslagverzoek, de beslissing op dat beroep moet worden gegeven door een meervoudige kamer. Aldus heeft zo'n ontslagverzoek mede het karakter van een «intern appel» tegen de eerdere opnamebeslissing van de alleensprekende rechter. Waarom is in de Wvvgz niet ook een dergelijke eenvoudige versterking van de rechtspositie van de patiënt opgenomen? Is de regering bereid het wetsvoorstel alsnog in deze zin aan te passen?

Vragen Wzd

Het nieuwe artikel 2a, eerste lid van de Wzd beoogt extra waarborgen te bieden voor het verlenen van onvrijwillige zorg in ambulante situaties, met name de thuissituatie. Om welke vormen van ambulante dwang het gaat, zal worden geregeld bij AMvB. Dit omdat op dit moment nog niet duidelijk is welke vormen van ambulante zorg het hier betreft. Hiermee wijkt de regering af van het advies van de Raad van State om de hoofdelementen van ambulante dwang in de wet zelf op te nemen. De leden van de CDA-fractie betreuren het dat het advies van de Raad van State niet is overgenomen, omdat zij uit de argumentatie van de regering afleiden dat de ambulante zorg een kernelement van de wetgeving betreft, waarbij naar het oordeel van deze leden de meest zorgvuldige procedure gevolgd zou moeten worden. Hoe denkt de regering aan deze kritiek tegemoet te kunnen komen?

Met de aanpassing van artikel 39 Wzd wordt de mogelijkheid van hoger beroep tegen de beschikking op een verzoek tot het verlenen van een rechterlijke machtiging geschrapt. Dat beperkt de rechtsbescherming. Kan de regering aangeven waarom hiervoor gekozen is en hoe dit past in de filosofie van deze wetgeving die cliënten beter moet beschermen?

In artikel 57 van de Wzd is opgenomen dat de cliëntenvertrouwenspersoon de cliënt ook dient bij te staan bij het doorlopen van de klachtenprocedure. Hoe wordt geborgd dat de benodigde kennis voor een kwalitatief goede en zorgvuldige procedure, in voldoende mate aanwezig is?

Overigens moet de cliëntenvertrouwenspersoon ook voldoende onafhankelijk van de zorgaanbieder gefinancierd en toegerust worden. Hoe wordt de onafhankelijkheid gewaarborgd?

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat er enkel bij opname een voorafgaande rechterlijke toetsing plaatsvindt. Kan de regering uitleggen op welke wijze de rechtsbescherming voor de cliënt daarmee voldoende geborgd is?

D66-fractie

De leden van de fractie van D66 zijn zich meer dan bewust van het feit dat de Wvvgz en de Wzd als voorstellen een lange en dramatische geschiedenis achter zich hebben. Het zijn elk op zich inmiddels zeer gedetailleerde en sterk procedureel opgezette wetten, die bovendien ten opzichte van elkaar een ingewikkelde verhouding hebben, nog verder gecompliceerd door de vervlechting met de Wet forensische zorg (Wfz). Op een aantal punten hebben de leden van deze fractie nog behoefte aan nadere informatie.

In de Wvvgz is voor de geneesheer-directeur een belangrijke rol weggelegd. De wet eist niet dat de geneesheer-directeur psychiater moet zijn. Wat is de reden dat dit niet is gebeurd? Zou het toch niet wenselijk zijn dit wel wettelijk vast te leggen, ook al zal het in de praktijk niet gauw voorkomen dat een (nog) niet-psychiater die rol vervult? Veel ggz-instellingen zijn verspreid over verschillende locaties, die vaak op grote afstand van elkaar liggen. Kan de instelling per locatie – en per gemeente of regio – een geneesheer-directeur hebben of kan maar één persoon die functie vervullen? Volgens artikel 5:6 van de Wvvgz wijst de geneesheer-directeur de zorgverantwoordelijke aan. Hoe moet het begrip «aanwijzen» hier gelezen worden, anders gezegd, hoe ver reikt de bevoegdheid van de geneesheer-directeur – zie ook het bepaalde in artikel 8:18 – om in de interne organisatie van een afdeling, locatie of instelling in te grijpen? Kan de leiding van het betrokken organisatiedeel zich daar tegen verzetten? In veel ggz-instellingen is de geneesheer-directeur zelf geen lid van de raad van bestuur, die hem of haar dus ook kan ontslaan, bijvoorbeeld omdat men het niet eens is met zijn beleid. Kan artikel 2:3, tweede lid, de geneesheer-directeur wat dat betreft wel voldoende beschermen? De positie van de geneesheer-directeur die feitelijk toch niet de directeur is, wordt in artikel 5:4, eerste lid, nog eens gecompliceerd, omdat het daar de officier van justitie is, die een geneesheer-directeur aanwijst. Graag krijgen de leden van deze fractie een verduidelijking van de betekenis van het begrip «aanwijzen», ook in relatie tot de verwoording in artikel 5:6.

Op 22 juni 2017 organiseerde Altrecht een landelijke dag voor geneesheer-directeuren onder het motto «De geneesheer-directeur 3.0». Kennelijk gaat men uit van een door de Wvvgz te verwachten verandering in de wijze waarop de geneesheer-directeur zijn werk gaat doen. Gesproken wordt van een «spin in het web» en een «onderhandelaar», een rol die zich wat

moelijk lijkt te verhouden tot die van «aanwijzer». Welke invulling moet de «geneesheer-directeur 3.0» na de invoering van de Wvvgz in de praktijk aan de eigen rol geven, naar de opvatting van de regering?

Het totale tijdpad voor een zorgmachtiging kan drie tot vier maanden in beslag nemen. Dat is erg lang, zeker gezien het feit dat de toestand van een patiënt met ook een ernstige psychische stoornis in de loop van die periode erg kan wisselen. In hoeverre en met welke uitkomst is er met zowel de ggz als justitie overleg geweest over de voorziene en de wenselijke lengte van het tijdpad? Leidt de tekst van de wet er nu toe, dat een zorgmachtiging verleend kan worden op basis van de toestand van de patiënt aan het begin van het proces, zonder toets op de toestand op het moment van verlenen van de zorgmachtiging? Als dit het geval is, betekent dit dan ook dat het besluit wel of geen gebruik te maken van de zorgmachtiging in handen ligt van de geneesheer-directeur?

Moet artikel 3:3 van de Wvvgz inderdaad zo gelezen worden, dat in geval van gedrag dat leidt tot ernstig nadeel, de aanwezigheid van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap prevaleert boven de aanwezigheid van een psychische stoornis en daarmee het relevante wettelijke kader van de Wvvgz automatisch verschuift naar de Wzd? Recent onderzoek¹⁰ laat zien dat veel psychiatrische patiënten (44% in het onderzoek) een min of meer ernstige verstandelijke beperking (IQ 50 – 85) hebben. Dat is volgens de dossiers van de patiënten meestal niet bij de behandelaars bekend. De kans op een gedwongen opname is groter bij patiënten met een verstandelijke handicap. Volgens de voorziene wetgeving zullen patiënten met een verstandelijke beperking onder een ander wettelijk regime komen te staan dan psychiatrische patiënten zonder verstandelijke beperking. In hoeverre is er rekening mee gehouden dat er een mogelijke voorkeur bij behandelaren voor het gebruik van de Wzd ten opzichte van de Wvvgz zal optreden en in verband daarmee, anders dan tot nu toe, meer aandacht zal komen voor het vaststellen van een mogelijke verstandelijke beperking?

Volgens artikel 7:2, vijfde lid krijgt de patiëntenvertrouwenspersoon alleen informatie over de patiënt in een crisissituatie, als de patiënt daarvoor toestemming geeft. Is die clause niet onnodig beperkend voor de kans van de patiënt steun te krijgen in een situatie die hij, evenmin als zichzelf voldoende onder controle heeft? Plaast het de patiëntenvertrouwenspersoon niet in een achterstandspositie op het moment dat de patiënt toch graag van zijn diensten gebruik wil maken, ten opzichte van de andere partijen?

Ten aanzien van het verstrekken van informatie is er tijdens de deskundigenbijeenkomst ook op gewezen dat de politie wel geacht wordt informatie te geven, maar zelf niet op de hoogte wordt gehouden van voor haar relevante informatie, bijvoorbeeld ontslag uit de kliniek van een in een crisissituatie na interventie door de politie gedwongen opgenomen patiënt.

Los van de verstrekking van informatie, bestaat er bij de verschillende partijen, met name ook in de ggz, grote zorg over de voorgeschreven registratie- en informatieverplichtingen. Is er bij invoering van de wetten voorzien in een budget om het zorgaanbieders mogelijk te maken via bijscholing en herinrichting van de administratie tot adequate voorzieningen te komen? Is de regering van plan ook te voorzien in het tot stand komen van een landelijk uniforme registratie en informatie?

¹⁰ Zie het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2017; 161; C3376.

Het Trimbos-instituut heeft in een recent rapport¹¹ over de kosten van de uitvoering van de Wbopz laten zien dat het bij de kosten onder het regime van de Wbopz in 2014 om een minimumbedrag van ongeveer 350 miljoen euro gaat, gemiddeld 18.000 euro per bopz-patiënt, drie keer zoveel als voor een ggz-patiënt gemiddeld op jaarbasis nodig is. Kan de regering al een schatting geven van de kosten die op jaarbasis gemaakt zullen moeten worden voor ieder van de drie doelgroepen na invoering van de huidige wetsvoorstellen?

SP-fractie

De leden van de fractie van de SP willen graag gebruikmaken van de mogelijkheid onderstaande vragen te stellen.

Het voorkomen van dwang in de zorg achten de leden van de SP-fractie van groot belang. Het verlenen van zorg dient in alle omstandigheden in dialoog met de cliënt tot stand te komen. Daarbij dient het niet uit te maken of de cliënt thuis woont, in een instelling verblijft of binnen een strafrechtelijk kader valt. De leden van de SP-fractie hebben een tweetal maatschappelijke observaties. Ten eerste, de maatschappelijke acceptatie van mensen met verward gedrag lijkt te veranderen, waarbij er sprake is van meer aandacht voor deze mensen bij burgers en bestuurders. De heftigheid van de gedragingen lijkt daarbij toe te nemen. Ten tweede zien deze leden door inhoudelijke veranderingen, maar ook door de aanpassingen van de aansturing en bekostiging van de zorg, een hogere drempel ontstaan voor die mensen die zorgafhankelijk zijn, met alle gevolgen van dien. Het langer thuis blijven wonen is niet altijd een zegen voor diegenen en voor hun naasten. Deze maatschappelijke bewegingen kleuren de blik van deze fractieleden bij de beoordeling van onderhavige wetsvoorstellen.

MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) constateert een schrikbarende toename van dwangtoepassingen. MIND refereert aan de brief «Stijging dwangopnames in Nederland en registratie dwang» van 28 juli 2016 die naar de Tweede Kamer is gestuurd.¹² In deze brief wordt om een actieplan gevraagd om de toename van dwangtoepassingen te doen afnemen. Welke maatregelen neemt de regering om het aantal dwangmaatregelen te stoppen? Waarom is het aantal dwangtoepassingen de laatste 15 jaar zo explosief toegenomen? In de hierboven genoemde brief staat een overzicht van de vanaf 2002 toegepaste dwangmaatregelen. De leden van de SP-fractie verzoeken de regering dit overzicht aan te vullen met de gegevens van 2016. Dit overzicht betreft kwantitatieve gegevens. Wordt er systematisch op instellingsniveau, maar ook op landelijk niveau, gebruikgemaakt van cliëntervaringen om de toepassing van dwang in de zorg te analyseren en te beoordelen?

De toegang tot de zorg en de daarbij behorende keuzevrijheid zijn belangrijke uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet. Nu lijkt het dat deze uitgangspunten voor cliënten die van specialistische ggz-zorg afhankelijk zijn, niet goed toepasbaar zijn. Redenen hiervoor zijn de wachtlijsten voor behandeling en de geringe keus van instellingen op regionaal niveau. Kan de regering een overzicht van de wachtlijsten geven die de toegang van de specialistische ggz-zorg betreffen? Hoe verhouden deze wachtlijsten zich tot de Treeknormen?

¹¹ Kostenevaluatie van de Wet Bopz: voorbereidend onderzoek ten behoeve van een kostenvergelijk na invoering van de Wet verplichte GGZ, Trimbos-instituut, 2016.

¹² <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/brief-2e-kamer-over-stijging-dwangopnames-in-nederland-en-registratie-dwang.pdf>

De leden van de SP-fractie hebben voorts een vraag over de keuzevrijheid voor de behandeling van een cliënt die door een psychiatrische ziekte een ernstig nadeel ondervindt, waarop zij graag een reactie krijgen. In onderhavige wetsvoorstel kan er onder voorwaarden dwangzorg op deze cliënt worden toegepast. Je zou mogen verwachten dat de familie of de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt de vrijheid heeft een keuze te maken door wie en waar betrokkene, ook onder dwang, behandeld en verzorgd dient te worden. Bestaat deze keus in de praktijk nu ook echt? Bestaat er een verplichting voor ggz-instellingen om de frequentie en de aard van de door hen toegepaste dwangmaatregelen actief openbaar te maken, bijvoorbeeld in de informatie die aan cliënten wordt verstrekt voor behandeling? Dit vanuit de gedachte de keuzevrijheid van cliënten te doen vergroten.

Zowel binnen de Wvvgz als ook de Wzd wordt er veel geschreven over de waarborgen en dwangzorg. Een belangrijke waarborg om dwangzorg te voorkomen, is goede voorliggende zorg. Wat is volgens de regering goede voorliggende zorg? Zou dit niet gedefinieerd dienen te worden? En zo ja, zou dit dan ook niet wettelijk verankerd dienen te zijn?

De Wvvgz maakt het mogelijk om gedwongen zorg te leveren op basis van een psychische stoornis bij wilsbekwame patiënten, zo stelt MIND in de brief aan de Eerste Kamer van 2 juni jl.¹³ Klopt deze veronderstelling, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hoe is dan het verschil in onderscheid tussen de rechtspositie van wilsbekwame somatische versus psychische patiënten te rechtvaardigen, kijkend vanuit de artikelen 12 en 14 van het VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap en vanuit het door de regering gehanteerde mensbeeld?

De actiegroep *Tekeer tegen de Isoleer!* schrijft in zijn position paper¹⁴ dat op grond van het VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap dwangzorg niet is toegestaan. Graag vernemen de leden van de SP-fractie hoe het toepassen van dwangzorg bij cliënten op grond van de Wvvgz en Wzd zich verhoudt tot artikelen 14 en 15 van het hiervoor beschreven VN-verdrag? Is het toepassen van dwangzorg in strijd met de hiervoor genoemde artikelen?

Het begrip «ernstig nadeel» als criterium om gedwongen zorg te kunnen toepassen is als gevolg van de harmonisatie met de Wzd in de wet Wvvggz opgenomen. Kan de regering dit criterium vanuit het praktische perspectief – hoe in de praktijk «ernstig nadeel» ingevuld dient te worden – van de Wvvggz en Wzd nog een keer duidelijk beschrijven?

Uit de belangenbehartigingshoek (VGN) wordt gevraagd¹⁵ om een integrale memorie van toelichting van de Wzd. Door de verschillende wijzigingen, mede door de harmonisatie, ontbreekt er duidelijkheid bij sommige artikelen van de Wzd. Is de regering bereid om het voorliggende wetsvoorstel Zorg en dwang van een integrale toelichting te voorzien?

Door het amendement-Leijten¹⁶ is de Wzd-arts geïntroduceerd in de Wzd. Vanuit de uitvoeringspraktijk wordt de vraag gesteld hoe de verantwoordelijkheden van de Wzd-arts versus de zorgaanbieder zich tot elkaar verhouden. Zou de regering deze vraag kunnen beantwoorden?

¹³ Ter inzage gelegd onder griffinummer 161226

¹⁴ Ter inzage gelegd onder griffinummer 160760.23

¹⁵ Position paper van 11 mei 2017; ter inzage gelegd onder griffinummer 160760.11.

¹⁶ Kamerstukken II 2016/17, 32 399, nr. 77.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de VGN in het position paper van 11 mei jl. stellen de leden van de SP-fractie de vraag of de persoonlijk begeleider (niveau 4), binnen de Wzd, de rol van eerstverantwoordelijk verzorgende kan vervullen, zoals dit in de huidige praktijk gebeurt. Graag ontvangen zij een onderbouwd antwoord hierop.

Wat is op dit moment de totale gemiddelde wachttijd voor opname van een tbs'er in een forensisch psychiatrisch centrum? Hoeveel tbs-plekken zijn er en hoeveel mensen zitten in de cel (tbs-passanten) te wachten op een tbs-behandeling? Wat is op dit moment de gemiddelde behandelingsduur van een tbs'er voordat deze klaar is met de behandeling? Hoeveel tbs-maatregelen zijn er in 2015 en 2016 opgelegd?

In 1998 bracht het WODC een rapportage uit over de forensische zorg.¹⁷ Daarin staat dat de uitstroom uit de tbs-inrichtingen stagneerde omdat tbs-gestelden, ook na een aanvankelijke behandeling in een tbs-inrichting, moeilijk geplaatst konden worden in reguliere ggz-instellingen of binnen ambulante voorzieningen voor zorg en toezicht. Verder staat er onder meer: *«Volgens de deskundigen hebben voortgaande individualisering, verzakelijking en het wegvallen van integratieve verbanden geleid tot een reële toename van «gestoord geweld» in de samenleving. Een groter aanbod van delinquenten die in principe voor tbs in aanmerking komen, zou dan een vanzelfsprekende en onvermijdelijke consequentie hiervan zijn. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de groeiende instroom en zeker de stagnerende uitstroom mede wordt bepaald door de beperkte geschiktheid van de GGZ om voor «lastige», bedreigende en niet-coöperatieve patiënten preventieve en curatieve functies te vervullen. Enkele deskundigen hebben in dit verband ook gewezen op het ontbreken van adequate signalerings- en interventiesystemen voor gedragsgestoordheid. Wellicht is daardoor in veel gevallen het (tbs-)delict tegelijkertijd de eerste duidelijke indicatie van gestoordheid. De GGZ is primair ingesteld op problemen die als klassieke (psychiatrische) ziekte kunnen worden gedefinieerd, of op zelf-geïndiceerde psycho-neurotische klachten. Zich ontwikkelende gedragsgestoordheid valt buiten deze voor GGZ-interventie meest in aanmerking komende probleemcategorieën. De beperkte betekenis van de GGZ voor preventie en opvang van «gevaarlijk gestoord» gedrag is daarnaast ook een gevolg van de afgenomen asielfunctie van de intramurale psychiatrie. Zeker voor agerende en niet voor behandeling gemotiveerde patiënten is in de GGZ minder plaats gekomen. Dit heeft tot gevolg dat een betrekkelijk grote groep chronische psychisch gestoorden met meervoudige psychosociale problematiek is ontstaan aan wie geen adequate zorg wordt verleend, of kan worden verleend. Uiteindelijk komt een aantal uit deze groep binnen het justitiële systeem terecht. Zowel de toename van het aantal «psychisch gestoorden» in het gevangeniswezen als de toegenomen instroom in de tbs is een reflectie hiervan. De betrekkelijke «onvermijdelijkheid» van dit proces is waarschijnlijk mede een gevolg van het gegeven dat het justitiële systeem, anders dan de GGZ, niet de (betrekkelijke) vrijheid heeft om onhandelbare gestoorden buiten de deur te houden.»*

In 2006 vond er een parlementair onderzoek plaats naar het tbs-stelsel waarin onder meer werd geconcludeerd dat ondanks alle maatregelen en voornemens in de tien jaar daarvoor de uitstroom en doorstroom anno

¹⁷ Instroom en capaciteit in de tbs-sector: geregistreerde gegevens en inzichten van deskundigen WODC, E. Leuw (onderzoek en beleid 168), 1998 (<https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/w00168-instroom-en-capaciteit-in-de-tbs-sector-geregistreerde-gegevens-en-inzichten-van-deskundigen.aspx>). (Samenvatting en conclusies: https://www.wodc.nl/binaries/ob168-samenvatting_tcm28-78754.pdf).

2006 nog altijd problematisch is.¹⁸ Hoe is dit nu gesteld en wat dragen de wetsvoorstellen bij om deze problematiek aan te pakken?

In de marktscan Forensische zorg 2015, zoals deze door de NZa 17 maart 2016 is gepubliceerd¹⁹, kondigde de NZa een nog in 2016 uit te voeren onderzoek naar de continuïteit van zorg aan, waarin de NZa de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de forensische zorg in kaart wilde brengen. Is deze informatie inmiddels beschikbaar? Zo ja, kan dit aan de Eerste Kamer worden verstrekt? In voornoemde marktscan neemt de NZa een verschuiving waar naar meer lichtere vormen van zorg en minder zorg in forensisch psychiatrische centra. Wat is de gemiddelde wachttijd van mensen die in hun cel wachten op lichtere vormen van zorg en minder zorg in forensisch psychiatrische centra? Om hoeveel mensen gaat dit? Graag krijgen de leden van de SP-fractie hierop een reactie van de regering.

In het kader van het Programma Continuïteit van Zorg is in april 2017 een onderzoeksrapportage uitgebracht over de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben. Op 22 mei 2017 reageerden de Staatssecretarissen van Veiligheid en Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op deze rapportage.²⁰ Op 7 juni 2017 reageerde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een verzamelbrief Verdringing reguliere ggz.²¹ Daarin staat onder meer dat zowel voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader als voor gedwongen zorg op grond van de Wbopz (artikel 10 van de Wbopz) er een opnameplicht is. In de praktijk zien de leden van de SP-fractie dat gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag niet altijd leidt tot optreden op grond van de Wbopz. Omdat de betreffende persoon dan te gevaarlijk is, levert dit op dat een oplossing wordt gezocht in de forensische zorg. Voor de bopz en de forensische zorg in strafrechtelijk kader geldt dan wel een opnameplicht. Zoals ook gesteld in de voornoemde WODC-rapportage, lijkt de ggz primair te zijn ingesteld op problemen die als klassieke (psychiatrische) ziekte kunnen worden gedefinieerd, of op zelf-geïndiceerde psycho-neurotische klachten. Een zich ontwikkelende gedragsgestoordheid valt buiten deze voor ggz-interventie meest in aanmerking komende probleemcategorieën, waardoor het strafrecht overblijft. Is dit een gewenste situatie? De leden van deze fractie krijgen hierop graag een reactie.

Tijdens de deskundigenbijeenkomst van 16 mei jl. heeft de vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal aangegeven dat het OM juridisch kan toetsen en informatie kan toevoegen, maar verder afhankelijk is van voldoende klinische capaciteit, dus opnamecapaciteit in de ggz. Kennelijk is dit een zorgpunt. Kan de regering aangeven wat hieraan wordt gedaan?

Met betrekking tot de Wet forensische zorg liet de vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal tijdens de deskundigenbijeenkomst weten dat het OM sinds 2014 heeft aangegeven zich zorgen te maken over het verdwijnen van de artikel 37-maatregel uit het Wetboek van Strafrecht door de introductie van artikel 2.3 van de Wet forensische zorg. Bij een verdachte die volledig ontoerekeningsvatbaar wordt geacht, in die gevallen dat tbs in welke vorm dan ook niet mogelijk is, gezien de vereisten die daarvoor gelden, zal artikel 2 van de Wfz met het vervallen

¹⁸ Kamerstukken II 2005/06, 39 250, nr. 5.

¹⁹ Kamerstukken II 2015/16, 25 424, nr. 315 en bijlagen.

²⁰ Kamerstukken II 2016/17, 33 628 / 25 424, nr. 18 en bijlage.

²¹ Kamerstukken II 2016/17, 25 424, nr. 354.

van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht nog de enige zorgmogelijkheid zijn. Het OM verwacht dat er voor die categorie ontoerekeningsvatbare verdachten een leemte zal ontstaan. Het OM is van mening dat het recht niet goed kan functioneren zonder artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht. Ook de vertegenwoordiger van de Raad voor de rechtspraak sprak namens de Raad tijdens de deskundigenbijeenkomst zijn zorg uit over het verwijderen van artikel 37 uit het Wetboek van Strafrecht, omdat er daardoor twee procedures gevoerd moeten worden die niet op elkaar aansluiten, met alle risico's van dien. Zo kan het zijn dat iemand wel de tbs uit gaat, want die beslissing is onherroepelijk, maar dat die persoon niet naar de Wvggz overgaat, omdat er nog een procedure bij de Hoge Raad mogelijk is. Er is volgens de vertegenwoordiger niet goed rekening gehouden met het hoger beroep. Dit is een ongewenste situatie. Juist door die procedures ineen te brengen, wat op zich voor het strafrechtelijke deel heel goed kan, wordt er één beslissing genomen, dan aan elkaar is geklonken en is die een naadloze overgang gegarandeerd. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een reactie op het bovenstaande. Tijdens de deskundigenbijeenkomst liet de vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal ook weten dat het Openbaar Ministerie overbelast is en niet kan leveren binnen een jaar na plaatsing in het Staatsblad. Het implementatietraject moet minimaal achttien maanden zijn. Ook hier krijgen deze fractieleden graag een reactie op.

PvdA-fractie

Vragen Wvggz

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet verplichte ggz (Wvggz). Zij delen de uitgangspunten van het wetsvoorstel, dat gedwongen zorg uitsluitend als ultimum remedium mag worden toegepast, en dat deze zorg proportioneel, subsidiair en van goede kwaliteit dient te zijn. Ook hebben deze leden de overtuiging dat met name de uitbreiding van de mogelijkheden om lichtere vormen van gedwongen zorg toe te passen, bijvoorbeeld als sprake is van ambulante zorg, een belangrijke verbetering betekent om zorg op maat te bieden aan kwetsbare patiënten. Ook het verwerken in het wetsvoorstel van de uitgangspunten van bemoeizorg en de herstelbeweging in de geestelijke gezondheidszorg achten deze leden een aanzienlijke stap vooruit.

Tegelijkertijd roept het wetsvoorstel bij deze leden nog de nodige zorgen en vragen op, met name naar aanleiding van de wijzigingen zoals die zijn aangebracht met de tweede nota van wijziging. Zij hebben zorgen of de balans in het wetsvoorstel daarbij niet te veel is doorgeslagen van het borgen van mensenrechten en het bieden van goede zorg, naar het bestrijden van overlast en het oplossen van vraagstukken van maatschappelijke veiligheid. Zij vragen zich af of met de tweede nota van wijziging de basisfilosofie achter het wetsvoorstel, de Wet forensische zorg (Wfz) en de Wet zorg en dwang (Wzd), namelijk dat goede zorg de samenleving per definitie veiliger maakt omdat goede zorg (recidive van) criminaliteit voorkomt, nog wel voldoende herkenbaar in het wetsvoorstel is verwerkt. Deelt de regering deze basisfilosofie nog steeds met overtuiging? Ook hebben deze leden zorgen over en vragen bij de afstemming van het wetsvoorstel met de Wzd en de Wf. Zij waarderen de inspanningen die de regering heeft gepleegd om met de tweede, derde en vierde nota van wijziging van het wetsvoorstel de harmonisering van Wvggz, Wzd en Wfz te intensiveren en verbeteren, maar zien tegelijkertijd dat deze op een aantal (fundamentele) punten nog te wensen overlaat. Deze vragen en opmerkingen zullen terugkomen bij de vragen van deze leden bij met name de Wzd en de Wfz. De leden van de PvdA-fractie verzoeken de

regering vragen die de samenhang van de drie onderliggende wetsvoorstellen betreffen, vanuit het perspectief van alle drie de wetten te beantwoorden. De leden van deze fractie stellen deze vragen niet bij elk wetsvoorstel opnieuw, maar hebben de intentie deze vragen voor alle drie de voorstellen te laten gelden.

De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat bij eerste indiening van het wetsvoorstel in 2010 jaarlijks sprake was van bijna 60.000 meldingen van toepassing van middelen en dwangbehandelingen op grond van de Wbopz bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Zij vragen de regering hoe zich dat sindsdien heeft ontwikkeld. Zou de regering de meest recente cijfers van de IGZ over de toepassing van dwang kunnen overleggen? Hoe beoordeelt de regering deze cijfers in internationaal perspectief? Is de regering in staat om het cijfermatige onderscheid aan te geven tussen gedwongen zorg die geboden wordt omdat ernstig nadeel dreigt voor betrokkene zelf, en gedwongen zorg vanwege dreigend ernstig nadeel voor anderen of de samenleving als geheel?

Zelfbinding is een belangrijk middel om toepassing van verplichte zorg te voorkomen. Zou de regering kunnen toelichten hoe de registratie van zelfbindingsverklaringen na de wijzigingen in het wetsvoorstel is geregeld, en hoe deze toegankelijk worden gemaakt als overwogen wordt om voor een persoon een zorgmachtiging aan te vragen? Waarom is de bepaling geschrapt dat de burgemeester bij een crisismaatregel dient na te gaan of sprake is van een zelfbindingsverklaring? Zou de aanwezigheid van een dergelijke verklaring niet ook in een crisissituatie bij de afweging van het opleggen van gedwongen zorg moeten worden betrokken?

Randvoorwaarde voor het slagen van de ambities van dit wetsvoorstel is dat voldoende en voldoende goede geestelijke gezondheidszorg op maat beschikbaar is. De leden van de PvdA-fractie vragen de regering naar de meest recente cijfers over het aantal FACT-teams dat in Nederland actief is. En zijn deze teams in staat om te voldoen aan kwaliteitseisen, zoals het hebben van ervaringsdeskundigen? Kan de regering toelichten of en hoe de FACT-teams voldoende aansluiten bij de wijkteams die in veel gemeenten zijn ontstaan?

Er dient volgens de regering een verplaatsing van middelen te ontstaan van klinische zorg naar ambulante zorg. De leden van de PvdA-fractie kunnen deze lijn in en uit principe delen, maar vragen zich af of niet eerst een investering in ambulante zorg nodig is voordat klinische zorg wordt afgebouwd, om te voorkomen dat kwetsbare, zieke mensen tussen wal en schip belanden. Hoe beoordeelt de regering de wijze waar op zorgverzoekers hierin opereren? Is de regering het met de leden van deze fractie eens dat zij vanuit haar stelselverantwoordelijkheid een zorgvuldige transitie dient te bewaken? Zo ja, hoe doet zij dat? Zo nee, waarom is zij een andere mening toegedaan? Hoe staat het met de capaciteit van de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) en de maatschappelijke opvang, zo vragen deze leden? Hoe beoordeelt de regering de ontwikkeling van die capaciteit sinds de inwerkingtreding van de Wmo 2015? Hoe verloopt de afbouw van het aantal bedden in de ggz, zoals die vanaf 2013, in samenspraak met het veld, in gang is gezet? Zijn alle gemeenten inmiddels aangesloten bij een meldpunt voor openbare geestelijke gezondheidszorg, of bestaan er nog «witte plekken»? Zo ja, waar bevinden deze zich? Deze leden vragen ook hoe het staat met de norm dat bij een crisismaatregel een persoon binnen twee uur na melding beoordeeld moet zijn. Bevindt deze zich nog steeds rond 80 procent? Zo nee, hoe ligt deze dan nu? Zo ja, hoe lang duurt het voor dat de overige 20 procent beoordeeld is?

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de implementatie van de drie onderhavige wetsvoorstellen ter hand zal worden genomen door de regering. Hoeveel tijd wil de regering uittrekken voor implementatie, mochten de wetsvoorstellen door de Eerste Kamer worden aanvaard? De leden van deze fractie hebben begrepen dat implementatie intensieve voorbereiding van betrokken veldpartijen zal vergen.

Zij vragen ook hoe de regering de cultuuromslag rond toepassing en vormgeving van gedwongen zorg in de ggz zich voltrekt. Gaat deze snel en breed genoeg volgens de regering? Zo nee, waar bevinden zich nog knelpunten? Zo ja, wanneer en hoe is naar de overtuiging van de regering deze cultuuromslag voldoende bereikt? Kan de regering bijvoorbeeld inzicht bieden in de meest recente cijfers over het gebruik van separatielocaties? Zou de regering kunnen toelichten hoe het staat met de ontwikkeling van richtlijnen rond gedwongen zorg in de ggz? Beschikt de regering over cijfers over de inzet van Eigen Kracht-conferenties? Maken deze hun verwachtingen waar?

De leden van de PvdA-fractie vragen ook hoe de rol van de politie bij gedwongen zorg er op dit moment uitziet. Zij hebben begrepen dat de politie met ingang van dit jaar geen vervoer van mensen in psychische crisissituaties meer uitvoert. Wat zijn de gevolgen daarvan? Zijn gespecialiseerde ambulances in het hele land voldoende beschikbaar als alternatief? Is de scholing voor de politie over psychische ziekten en de gevolgen die zij kunnen hebben voor gedrag van patiënten naar het oordeel van de regering op voldoende niveau? Acht de regering het wenselijk dat alle wijkagenten kennis daarvan hebben? Zo nee, waarom niet? Zo ja, is de regering van mening dat daarvan nu voldoende sprake is, en waar baseert zij dat op?

De leden van de PvdA-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het feit dat de harmonisatie van rechtsposities tussen het wetsvoorstel en de Wzd door de regering niet is meegenomen voor minderjarigen. De regering heeft het voornemen geuit te komen met een wet voor gesloten jeugdinstituten. Deze leden vragen hoe het staat met deze wet. Waarom acht de regering de verschillende rechtsposities voor minderjarigen, die in complexe situaties van multi-problematiek nu belemmerend werken voor zorgprofessionals en betrokken minderjarigen, niet urgent genoeg om deze met onderliggende wetsvoorstellen te harmoniseren? Zal een aparte wet voor minderjarigen niet leiden tot nog meer versnippering van rechtsbescherming, zo vragen deze leden, en daarmee tot bijvoorbeeld onnodige complicaties, waar continuïteit van zorg onder en boven de leeftijd van 18 jaar gewenst of noodzakelijk is?

Ook vragen deze leden waarom met de tweede nota van wijziging in artikel 2:1, zesde lid, is opgenomen dat wilsbekwaam verzet van patiënten moet worden gerespecteerd indien de psychische stoornis alleen een kans op aanmerkelijke schade bij betrokkene zelf veroorzaakt. De leden van de PvdA-fractie delen op zich de principiële keuze voor zelfbeschikkingsrecht van wilsbekwame patiënten. Tegelijkertijd vragen zij zich af of dit een stap terug is in het toepassen van bemoeizorg, die juist tot doel heeft om kwetsbare mensen tegen zichzelf in bescherming te nemen. Wanneer zal sprake zijn van alleen aanmerkelijke schade bij betrokkene zelf? Wanneer leggen bijvoorbeeld gevoelens van onmacht, frustratie, verdriet of verlies bij familie en naasten van een patiënt zoveel gewicht in de schaal dat naar de overtuiging van de regering niet langer uitsluitend sprake is van een aanmerkelijke kans op schade alleen bij betrokkene zelf?

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering vanaf de tweede nota van wijziging de relatie met het Schakelteam Personen met Verward

Gedrag zo nadrukkelijk legt. Acht de regering dit passend vanuit de doelstelling van het wetsvoorstel, zijnde het borgen van de grondrechten van patiënten, en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg? Deze leden hebben twijfels bij de wenselijkheid van de term «verward gedrag». Zij stellen vast dat het om een containerbegrip gaat, waarachter een waaier van verschillen in oorzaken, complexiteit en zorgvragen schuil gaat. Bovendien achten zij «verward gedrag» een subjectief oordeel, waar ieder mens zijn eigen standaarden voor hanteert. Waarom acht de regering het passend zo'n subjectief geladen containerbegrip te gebruiken voor een problematiek die juist vraagt om nuance en maatwerk? Waarom vindt de regering het passend om een term te gebruiken die afkomstig is uit registraties van de politie, de zogenaamde E33-code? Trekt dat de zorg voor mensen met een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking niet te veel in het domein van strafrecht en openbare orde in plaats van zorg?

Zijn ambulantisering van zorg en participatie van alle burgers in de samenleving geen hoofddoelstellingen van het regeringsbeleid, zo vragen de leden van de fractie van de PvdA. En is het, om die doelen te bereiken, niet juist belangrijk dat de regering de acceptatie van mensen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking in de samenleving actief bevordert? Is de regering niet met de leden van de PvdA-fractie van mening dat zij daarom, en vanwege de ratificatie door Nederland van het VN-Gehandicaptenverdrag, een vooraanstaande rol dient te spelen in het bestrijden van (voor)oordelen over mensen met psychische ziekten en het bevorderen van een open en verdraagzame houding in de samenleving naar mensen met een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking? Zo ja, zou de regering willen aangeven hoe zij deze actieve rol zal vervullen, en hoe het Schakelteam Personen met Verward Gedrag daarin past?

Zou de regering in dat kader ook nader willen ingaan op de indringende analyse van de derde evaluatiecommissie Wbopz²², waarin getoond wordt dat mensen met een migrantenachtergrond veel vaker gedwongen worden opgenomen? Wordt hun gedrag vanwege culturele verschillen of taalproblemen niet te snel als «verward» bestempeld? Deze leden zijn op de hoogte van het feit dat de prevalentie van psychoses en depressie onder mensen met een migrantenachtergrond hoger is. Kan de regering aangeven welke preventieve maatregelen zij in dat kader zou kunnen en willen treffen?

De leden van de PvdA-fractie maken zich zoals gezegd in algemene zin zorgen over de gewijzigde toonzetting van het wetsvoorstel vanaf de indiening van de tweede nota van wijziging. Zo definieert de regering het belang van de maatschappij bij werken met gedwongen zorg vanaf dat moment opeens als «veiligheid» (zie bijvoorbeeld de nota naar aanleiding van het nader verslag²³), en plaatst dit tegenover het belang van de patiënt, zijnde «rechtsbescherming». Deze leden vragen de regering of het belang van de samenleving niet ook is dat in een democratische rechtsstaat grondrechten van burgers gerespecteerd en bewaakt worden, en dat zieke mensen goede zorg krijgen. Dat goede zorg juist voor een veiliger samenleving zorgt, zoals bijvoorbeeld sinds de introductie van bemoeizorg uit alle cijfers is gebleken? Is de regering niet met de leden van de PvdA-fractie van mening dat er geen tegenstelling tussen maatschappij en patiënt bestaat, omdat patiënten onderdeel zijn van de maatschappij, en dat een gevolg van het wetsvoorstel juist zou moeten zijn dat de ervaring van zowel maatschappij als patiënten beter bij die

²² Kamerstukken II 2007/08, 25 763, nr. 9.

²³ Kamerstukken II 2015/16, 32 399, nr. 24, pag. 16.

realiteit aansluit? Zo ja, zou de regering dan kunnen aangeven waarom de nadruk zich vanaf de tweede nota van wijziging in het wetsvoorstel zo indringend verplaatst heeft naar bewaken van veiligheid in de samenleving? Zou zij in dat kader cijfers kunnen overleggen hoe vaak onder de Wbopz sprake is van een persoon die gedwongen zorg ontvangt om hem tegen zichzelf te beschermen, en hoe vaak dat gebeurt omdat schade dreigt voor anderen of de samenleving?

Deze zorgen zijn bij de leden van de PvdA-fractie ook ontstaan door het opnieuw introduceren – met de tweede nota van wijziging – van een regierol voor het Openbaar Ministerie bij het aanvragen van gedwongen zorg. Op zich kunnen zij zich veel voorstellen bij die rol; bovendien bestaat deze rol in de Wbopz ook. Ook hechten deze leden aan de juridische toets die de officier van justitie met zijn of haar expertise inbrengt bij een aanvraag van gedwongen zorg. De leden van de PvdA-fractie stellen echter vast dat deze laatste overweging bij de regering kennelijk weinig gewicht in de schaal heeft gelegd, en dat de regering het herintroduceren van de regierol van het OM motiveert met de conclusie dat «verplichte zorg op de grens van het strafrecht ligt», en dat «ketenpartners toegang moeten hebben tot relevante informatie om gevaarzetting te kunnen beoordelen». Ook zou de officier van justitie beter dan de geneesheer-directeur in staat zijn om het causale verband tussen «stoornis» en «gevaar» voor de rechter te motiveren.

Hoe onderbouwt de regering dit soort stellingnames, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Is het niet zo dat het merendeel van de huidige gedwongen zorg aangevraagd wordt omdat ernstig nadeel voor betrokkene zelf dreigt? Waarom kiest de regering voor de term «gevaar» nu deze met het wetsvoorstel juist wordt vervangen door «ernstig nadeel»? En waarom acht de regering een jurist beter in staat om de causale relatie tussen «ziekte» en «ernstig nadeel» bij de rechter te motiveren dan een arts? Deelt de regering de vrees van deze leden dat met een regierol van de officier van justitie vraagstukken van openbare orde, veiligheid en overlast dominant zullen zijn bij het aanvragen van gedwongen zorg, in plaats van het verlenen van goede zorg en het borgen van grondrechten van burgers, zeker nu de regering het OM toestaat om afwezig te blijven bij zittingen waar het evident is dat van ernstig nadeel voor de samenleving of anderen geen sprake is? Zal dan de juridische expertise van het OM juist niet ontbreken, waar deze een meerwaarde kan hebben als het gaat om het bewaken van grondrechten van patiënten, en de focus van het OM op het afwenden van gevaar niet te groot blijven?

De Commissie-Hoekstra geeft de voorkeur aan een regierol van het OM, onder andere omdat dit de uitwisseling van informatie tussen ggz en OM zal vergemakkelijken. Hoe denkt de regering te voorkomen dat artsen, door de regierol van het OM, onder druk zullen worden gezet om het medisch beroepsgeheim lossier te interpreteren, omdat volgens het OM de veiligheid van de samenleving of anderen mogelijk in het geding is? De Commissie-Hoekstra constateert dat in de zaak-Bart van U. het OM signalen van de familie Van U. onvoldoende op waarde heeft geschat, en dat de ggz juist verstoken is gebleven van informatie van de kant van het OM. De leden van de PvdA-fractie zijn ervan overtuigd dat dat een essentiële oorzaak is van het diep-tragische karakter van deze zaak, zeker voor de familie Van U. Hoe denkt de regering deze elementen te verbeteren, als de regierol voor het aanvragen van gedwongen zorg bij het OM blijft?

De Commissie-Hoekstra geeft aan dat behoud van een regierol van het OM bij het aanvragen van gedwongen zorg «een wezenlijk andere taakopvatting en een grotere betrokkenheid van het OM» vergt. Hoe

verhoudt deze aanbeveling zich tot de uitspraken van de heer Otte van het OM, die tijdens de deskundigenbijeenkomst in de Eerste Kamer op 16 mei jl. de verwachtingen over de rol van het OM wilde temperen, en die er op wees dat de aanwezigheid van een officier van justitie op de zitting waarin gedwongen zorg wordt aangevraagd «slechts in een zeer uitzonderlijk geval meerwaarde heeft» en dat die meerwaarde «afneemt naarmate het BOPZ-dossier van betere kwaliteit is»? Vindt de regering deze uitspraken passen bij de wezenlijk andere taakopvatting van het OM die volgens de Commissie-Hoekstra nodig is, en passend om de regierol van het OM te doen aansluiten bij de doelstellingen van het wetsvoorstel, met name het bewaken van de rechten van patiënten, het verbeteren van de kwaliteit van de gedwongen zorg, en het bieden van maatwerk naar de patiënt? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom is dan gekozen voor de regierol van het OM, en hoe gaat de regering een andere taakopvatting van het OM bevorderen, in het licht van bovenstaande uitspraken?

Deze leden stellen vast dat de kwaliteit van een aanvraag afhankelijk zal zijn van een geoliede samenwerking tussen de officier van justitie en de geneesheer-directeur. Hoe denkt de regering de samenwerking te bevorderen en te bewaken, vanuit de wetenschap dat door ziekte, vakantie en deeltijdwerk, de bij een casus betrokken functionarissen, de officier van justitie en de geneesheer-directeur, in de praktijk lang niet altijd dezelfde persoon zullen zijn? Of komt er een verplichting voor «één dossier, één geneesheer-directeur, één officier van justitie»?

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat met de tweede nota van wijziging is vastgelegd dat gemeenten het mogelijk moeten maken dat iedere burger een melding kan doen over personen bij wie de noodzaak tot verplichte zorg onderzocht zou moeten worden. In dat geval is de gemeente verplicht verkennend onderzoek te doen, dat kan leiden tot een aanvraag voor verplichte zorg bij het OM. Familieleden van personen kunnen zelfs de officier van justitie verplichten een aanvraag voor verplichte zorg bij de rechter te doen, en kunnen daarbij anoniem blijven. Hoe denkt de regering misbruik van beide mogelijkheden te voorkomen? Hoe beoordeelt de regering het risico dat veel valse meldingen bij gemeenten binnen zullen komen, met alle onnodige inspanning en kosten van dien? Beschikken met name kleine gemeenten wel over voldoende expertise om dit soort vragen te kunnen beoordelen, en is daar de afstand tussen gemeenten en melders niet te klein om de privacy van betrokkenen in dit soort gevoelige situaties voldoende te kunnen bewaken? Hoe schat de regering het risico in dat vanwege een gebrek aan expertise bij gemeenten te snel zal worden gekomen tot een aanvraag voor verplichte zorg? Hoe denkt de regering te voorkomen dat familieleden elkaar in een kwaad daglicht plaatsen, en bijvoorbeeld onderlinge familieconflicten voor de rechter belanden met een aanvraag voor verplichte zorg, terwijl daar medisch gesproken geen aanleiding voor is? De leden van de PvdA-fractie vragen hoe deze verplichtingen tot onderzoek door gemeenten en voor de aanvraag door de officier van justitie zich verhouden tot de privacy van burgers en het zelfbeschikkingsrecht van patiënten.

Waarom heeft de regering de criteria in artikel 8:17, lid 7 en 8, over het verstrekken van informatie over het onderbreken of beëindigen van een zorgmachtiging aan de gemeente aangescherpt van «belang» voor deelname aan de samenleving van betrokkene naar «noodzaak»? Maakt dit het risico dat kwetsbare mensen tussen de wal (van de Wvvgz) en het schip (van de Wmo 2015) gaan vallen niet groter? Zou nee, waar baseert de regering die veronderstelling op? Zo ja, waarom is deze stap dan gezet?

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering om opheldering van artikel 5:11. Is het mogelijk dat de officier van justitie een aanvraag van verplichte zorg, of een burgemeester een crisismaatregel, kan doorzetten, terwijl de geneesheer-directeur en de onafhankelijk arts in de medische verklaring hebben aangegeven dat van een psychische stoornis of ernstig nadeel geen sprake is? Acht de regering het wenselijk dat niet-medische professionals zich een oordeel gaan aanmeten over de medische staat van een persoon? Hoe verhoudt dit zich tot de uitgangspunten van het wetsvoorstel, dat het vaststellen van een psychische stoornis een *conditio sine qua non* is voor het aanvragen van gedwongen zorg?

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de onafhankelijk arts alleen een psychiater mag zijn, en geen verslavingsarts, klinisch psycholoog of geriater. Zijn er niet regelmatig patiënten waarbij de kennis van deze specialisten nodig is om een onafhankelijk oordeel over het ziektebeeld van een patiënt te kunnen vellen? Staat het feit dat de onafhankelijk arts alleen een psychiater mag zijn, het bieden van integrale, multidisciplinaire zorg niet in de weg, zo vragen deze leden.

De leden van de PvdA-fractie achten het een goede zaak dat bij AMvB nadere regels zullen worden gesteld omtrent het toepassen van dwang bij een betrokkene thuis, en dat deze AMvB een voorhangbepaling kent. In dat kader vragen zij hoe de regering een RIBW zal beoordelen: als een accommodatie waar zorg wordt geboden, of als een thuis dat betrokkene als privé mag beschouwen?

Waarom heeft de regering in de tweede nota van wijziging geschrapd dat de vertegenwoordiger van betrokkene bij het opleggen van een crisismaatregel door de burgemeester moet worden gehoord? Het alleen horen van de betrokkene kan, indien diegene op dat moment zelf niet (goed) in staat is zijn belangen te verwoorden, tot gevolg hebben dat de belangen of opvattingen van de betrokkene onvoldoende worden meegenomen bij een besluit van de burgemeester, zo menen deze leden. Waarom past deze beperking in de ogen van de regering bij de doelstellingen van het wetsvoorstel?

Vragen Wzd

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapten cliënten (Wzd). Zij delen de doelstellingen van de wet, dat gedwongen zorg alleen als *ultimum remedium* mag worden toegepast. Ook zijn zij ervan overtuigd dat het stappenplan, zoals opgenomen in de wet, een bijdrage zal leveren aan de gewenste cultuuromslag in de langdurige zorg omtrent het toepassen van dwang. Deze leden beschouwen het mogelijk maken van de toepassing van gedwongen zorg buiten een instelling, en de inzet van lichtere vormen van gedwongen zorg, als een fundamentele stap vooruit om cliënten maatwerk te kunnen bieden, en zo ingrijpende vormen van gedwongen zorg te kunnen voorkomen. Wel hebben deze leden nog vragen over de harmonisering met de Wvvgz en de Wfz, over de rechtsbescherming van cliënten en over de wenselijkheid van twee aparte wetten voor mensen met een psychische stoornis, mensen met een psychogeriatrische stoornis en mensen met een verstandelijke beperking.

Zo vragen de leden van de PvdA-fractie of het ClZ de meest aangewezen instantie is om te bepalen dat en hoe gedwongen zorg mag worden verleend. Zij vragen de regering deze keus nader te onderbouwen, met name vanuit het oogpunt van het belang van een onafhankelijke juridische toets, die naar de overtuiging van deze leden wenselijk is

voordat gedwongen zorg toegestaan wordt. Immers, bij het toepassen van gedwongen zorg dient het ten eerste te gaan om het bewaken van de grondrechten van betrokkene, ook als deze niet (meer) in staat is deze op waarde te schatten. De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat onder meer de beperkte capaciteit van de rechterlijke macht, een dergelijke standaardtoets, zoals in de Wbopz en de Wvvgz is vastgelegd, niet praktisch uitvoerbaar maakt. Is dat een reden om mensen een onafhankelijk oordeel over de inperking van hun grondrechten te ontzeggen, zo vragen deze leden. Waarom heeft de regering bijvoorbeeld niet gekozen voor een door de rechter opgelegde zorgmachtiging met een langere geldigheid dan in de ggz, om recht te doen aan het langdurige karakter van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische stoornis? Door het besluit over het opleggen van gedwongen zorg bij het ClZ te beleggen, bestaat de kans dat het zorgperspectief te dominant wordt, en het element van juridische toetsing van grondrechten te veel naar de achtergrond verdwijnt. Zou de regering op dit risico willen ingaan?

De leden van de PvdA-fractie vragen zich bezorgd af of de keus om de Wbopz te splitsen een wijze keus is. Zij hebben vragen bij de argumenten die de regering daarvoor heeft. Zo geeft de regering aan dat dit wetsvoorstel en de Wvvgz ieder een eigen doelgroep kent en daarmee samenhangend een andere handelingspraktijk. De leden van de PvdA-fractie vragen of dat niet een argument is dat paste bij de Wbopz, die locatiegebonden is, terwijl dit wetsvoorstel en de Wvvgz juist beogen om persoonsgebonden te werken. Is de regering het met de leden van deze fractie eens dat de Wzd en de Wvvgz in essentie mensenrechtenwetten zijn? Zo nee, waarom niet? Zo ja, zou de regering kunnen aangeven hoe grondrechten van elkaar verschillen op grond van de zorgvraag van een persoon?

Ook vragen deze leden waarom de regering bij gedwongen opname wel van mening is dat een rechterlijke toets onontbeerlijk is. Waarom niet bij andere vormen van invasieve gedwongen zorg, zoals het toedienen van dwangmedicatie? De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat de regering geen objectieve maatstaf ziet om te bepalen welke andere vormen van gedwongen zorg «licht» of «zwaar» zouden zijn, omdat elke individuele cliënt een eigen ervaring heeft bij wat lichte of zware gedwongen zorg zou zijn. Maar waarom heeft de regering dan wel verplicht gesteld dat er een arts betrokken moet zijn bij bepaalde vormen van verplichte zorg, zoals het toedienen van medicatie, het beperken van de bewegingsvrijheid en insluiting? Waarom heeft de regering er in het verlengde daarvan niet voor gekozen om ook deze vormen van gedwongen zorg in het wetsvoorstel onder toetsing van de rechter te brengen?

Iets vergelijkbaars geldt volgens de leden van de PvdA-fractie voor het toepassen van dwang in de thuissituatie. De regering acht het van belang om dit met meer waarborgen te omkleden, omdat mensen zich thuis veilig moeten kunnen voelen. Daarom zal deze vorm van verplichte zorg, zo hebben deze leden begrepen, alleen op grond van bij AMvB vastgestelde regels mogen worden verleend. De leden van deze fractie delen de overtuiging dat dwang in iemands eigen huis om scherpere waarborgen vraagt, maar zou dat niet ook strekken tot een toets vooraf van de rechter om deze zorg toe te mogen passen, net als in de Wvvgz?

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie wat twee onderscheiden wetten zullen betekenen voor zorgaanbieders die integrale zorg willen bieden voor mensen met multiproblematiek: bijvoorbeeld een verstandelijke beperking en een verslaving, of een psychogeriatrische ziekte en een

psychische stoornis. De regering geeft aan dat de beperking of ziekte die voorliggend is, het wettelijk kader per geval zal aanwijzen, maar zal dat in de praktijk niet leiden tot willekeur? Veronderstelt dat niet ten onrechte een stabiel beeld in de zorgvraag van complexe patiënten of cliënten? En leidt dit er niet toe dat instellingen die persoonsgerichte, integrale zorg willen bieden – iets wat de regering in de ogen van de PvdA-fractie ook zou moeten nastreven – gehinderd zullen worden door verschillende rechtsposities binnen hun populatie? Ziet de regering het risico dat zeer zorgbehoeftige mensen met een multiproblematiek tussen wal en schip kunnen vallen, omdat bijvoorbeeld, een arts voor verstandelijk gehandicapte (VG-arts) een verslaving als voorliggend zal beoordelen, en de verslavingszorg bij dezelfde persoon de verstandelijke beperking als zodanig zal aanmerken? De leden van de PvdA-fractie wijzen erop dat dit soort voorbeelden niet denkbeeldig zijn. Daarom vragen zij hoe twee verschillende wetten een oplossing kunnen zijn voor de meest kwetsbare mensen. Kan de regering hier nader op ingaan?

De regering acht twee verschillende wetten ook een terechte keus omdat de groep cliënten of patiënten voor wie geldt dat zij zich niet verzetten tegen zorg, maar ook niet duidelijk is of zij instemmen, de zogenaamde «geen verzet, geen bezwaar»-groep, in de langdurige zorg vaak voorkomt, en in de op curatie gerichte geestelijke gezondheidszorg niet. De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering de situatie van de verschillende sectoren niet te zwart-wit voorstelt. Is niet eerder sprake van een vloeiende lijn, omdat ook in de ggz mensen die hun wil lastig kunnen uiten (langdurige) zorg krijgen, en ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg mensen die wel in staat zijn om hun wil te uiten, zorg ontvangen? En is het uitgangspunt van het wetsvoorstel niet de wilsbekwaamheid van de cliënt? Strekt een vloeiende lijn tussen sectoren, of zelfs het in elkaar schuiven van sectoren door de ontwikkeling van integrale zorg, niet tot de ontwikkeling van één, integraal wetsvoorstel, waarin gedwongen zorg geregeld en geborgd wordt, zo vragen deze leden.

De leden van deze fractie stellen vast dat er verschillend klachtrecht van toepassing is op het zorgplan onder dit wetsvoorstel en onder de Wvvgg. Zij begrijpen de juridische overwegingen die daar kennelijk aan ten grondslag hebben gelegen, maar, zo vragen zij, zullen juist dit soort verschillen niet tot extra administratieve lasten leiden bij instellingen die integrale zorg bieden aan mensen met een complexe zorgvraag, waarbij sprake is van multiproblematiek.

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het rapport «Gedwongen Zorg» van ZonMw uit 2014 en de reactie van de regering daarop uit 2016²⁴. Wat zij misten in die brief is een helder overzicht van reacties van de kant van de regering per aanbeveling van ZonMw. Is de regering bereid zo'n overzicht te verstrekken?

Waarom heeft de regering een onderscheid aangebracht tussen het wetsvoorstel en de Wvvgg, waar het gaat om de definitie van verplichte zorg, in die zin dat het aanbrengen van beperkingen in het recht om het eigen leven in te richten in het wetsvoorstel niet als verplichte zorg wordt aangemerkt, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Hoe verhoudt dit zich tot het uitgangspunt van het wetsvoorstel dat gedwongen zorg niet wordt toegepast, tenzij het niet anders kan?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het Centrum voor Consultatie en Expertise voor zowel de verstandelijk gehandicaptenzorg en de

²⁴ Kamerstukken II 2015/16, 25 424, nr. 323.

ouderenzorg, als voor de geestelijke gezondheidszorg werkt. Zo nee, waarom niet?

De leden van de PvdA-fractie zien met waardering dat de regering streeft naar een cultuuromslag in het toepassen van de gedwongen zorg in de ouderenzorg en de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Zij vragen of de regering waarneemt dat deze cultuuromslag zich, onder invloed van de maatschappelijke discussie over het wetsvoorstel, al aan het voltrekken is. Zou de regering met cijfers kunnen onderbouwen hoe het staat met (de ontwikkeling van) het toepassen van dwang in genoemde sectoren? Deze leden zijn met name benieuwd naar verbetering in culturele aspecten als bejegening van cliënten, het als uitgangspunt nemen van wilsbekwaamheid van de cliënt en minder «voor cliënten denken», en het verminderen van de cultuur van toepassen van dwang om cliënten een risico-vrije situatie te willen bieden. Kan de regering daar informatie over verstrekken? Zijn veldnormen en protocollen over kwaliteit van zorg die dwang zoveel mogelijk moeten voorkomen, al tot stand gekomen? Bestaat er onderzoek naar de vraag hoe cliënten gedwongen zorg ervaren? Zo ja, wat zijn de resultaten van dat onderzoek?

De leden van de PvdA-fractie zouden het waarderen als de regering de betekenis van het begrip «ernstig nadeel» nog eens nader zouden willen duiden, en dan met name ten opzichte van het begrip «gevaar» uit de Wbopz. Deze leden hebben uit de historie van het wetsvoorstel begrepen dat «gevaar» volgens de regering niet langer voldoet omdat te veel professionals dit invullen als «levensgevaar», wat in de praktijk nogal eens tot een te beperkte inschatting van iemands situatie leidde. Tegelijkertijd stellen deze leden vast dat de regering aangeeft dat met «ernstig nadeel» geen materiële uitbreiding is beoogd ten opzichte van het gevaarscriterium uit de Wbopz. Zou de regering dit nader willen toelichten? Is hier sprake van voortschrijdend inzicht?

Tenslotte vragen de leden van de PvdA-fractie of de regering beschikt over informatie over het toepassen van dwang door mantelzorgers. Zij beseffen dat mantelzorgers soms vanuit de beste bedoelingen of vanwege een te hoge belasting, dwang toepassen bij de naaste voor wie zij zorgen. Heeft de regering cijfers over het toepassen van dwang door mantelzorgers? Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat dwang door professionals in de thussituatie wordt toegepast. Verwacht de regering dat dit zal leiden tot minder toepassing van dwang door mantelzorgers? Voert de regering actief beleid om de toepassing van dwang door mantelzorgers terug te dringen?

Vragen Wfz

De leden van de PvdA-fractie zijn zich bewust van het feit dat in de Eerste Kamer al een mondelinge gedachteswisseling in eerste termijn over de Wet Forensische Zorg (Wfz) heeft plaats gevonden. Zij willen deze schriftelijke vragenronde graag benutten om een actueel beeld te krijgen van de stand van zaken rond de Wfz en om vragen te stellen over de wijzigingen die via de tweede en vierde nota van wijziging van de Wvfgz in de Wfz zijn aangebracht.

De leden van deze fractie vragen hoe lang op dit moment de gemiddelde verblijfsduur in de tbs is? Doelstelling van de werkzaamheden van de Commissie-Eenhoorn²⁵ was om deze terug te brengen van 10 naar 8 jaar. Hebben de leden van de PvdA-fractie het goed begrepen dat deze

²⁵ Kamerstukken II 2014/15, 29 452, nr. 187 en bijlage.

doelstelling gehaald is? Is de verblijfsduur inmiddels nog verder teruggelopen? Zou de regering kunnen aangeven hoe de verblijfsduur in aantallen en percentages is verdeeld onder patiënten die zeer langdurig in long stay verblijven en in reguliere tbs? Hoe hebben deze verhoudingen zich de laatste vijf jaar ontwikkeld? Heeft de afgenomen verblijfsduur naar de overtuiging van de regering geleid tot verbetering van de legitimiteit onder het tbs-stelsel bij verdachten en advocaten, zo vragen de leden van de PvdA-fractie. Waar baseert de regering haar overtuiging in dezen op? Zou de regering kunnen aangeven hoe het aantal weigerende observandi zich sinds 2014 heeft ontwikkeld? In hoeveel gevallen zou het voorgestelde beleid in de Wfz naar de overtuiging van de regering soelaas hebben kunnen bieden, en hoe vaak kon, ondanks de weigering om medewerking te verlenen aan onderzoek, sindsdien toch worden vast gesteld dat sprake was van een stoornis?

Zou de regering kunnen toelichten of de doelstellingen van het Convenant Forensische Zorg, dat een looptijd kent van 2013–2107, zijn behaald?²⁶ Zijn de ggz en de VG-sector binnen de beoogde budgettaire doelstellingen gebleven? Is het streven naar een verbeterde doorstroom in en uitstroom uit de forensische zorg verwezenlijkt? Ook vragen deze leden de regering inzicht te verschaffen in de (ontwikkeling van de) capaciteit van de maatschappelijke opvang en de RIBW's, die een belangrijke rol vervullen bij het streven naar meer doorstroom in de forensische zorg. Wat is de invloed geweest van de overdracht van begeleid wonen naar de WMO 2015 op de omvang van deze capaciteit, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

De leden van deze fractie stellen vast dat het stelsel van inkoop van forensische zorg door het Ministerie van V&J inmiddels bijna tien jaar operationeel is. Zij vragen hoe de regering in evaluatieve zin kijkt naar de uitwerking en gevolgen van deze inkoop. Heeft deze inkoop in de praktijk gebracht waar de regering bij invoering op uit was, in die zin dat een verbeterde aansluiting en doorstroming tussen forensische en reguliere zorg tot stand is gebracht? Worden meer gedetineerden behandeld in penitentiaire psychiatrische centra dan dat zij, al dan niet tijdelijk, moeten worden overgeplaatst naar ggz-instellingen vanwege hun stoornis, zoals ook het wetsvoorstel beoogt?

De leden van de PvdA-fractie zouden het waarderen als de regering hen op de hoogte zou willen brengen van de resultaten van de stappen die door de regering zijn gezet om te komen tot versterking van de continuïteit van de zorg voor patiënten die overstappen van het strafrechtelijk naar het civielrechtelijk regime. Zo vragen deze leden of het inkoopbeleid tussen strafrechtelijk en civiel inmiddels naar tevredenheid van de regering en de instellingen is afgestemd. Wat zijn de ervaringen met de in 2014 ingevoerde beleidsregel van de NZa, die tot ontschotting en grotere flexibiliteit in inzet van middelen moest leiden? Is de tijdige aanmelding van gedetineerden bij zorgverzekeraars inmiddels beter geregeld, conform de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVZ) in het advies «Stoornis en delict»?²⁷ Wat zijn de resultaten van de werkgroep die in november 2014 door de regering werd aangekondigd om indicatiestellingen in de reguliere ggz en de forensische zorg te stroomlijnen?

Met betrekking tot de bevoegdheden van de Minister van V&J ten aanzien van tbs-instellingen vragen de leden van de PvdA-fractie of deze zich nog steeds uitstrekken tot niet meer dan zes instellingen. Zou de regering

²⁶ Kamerstukken II 2012/13, 33 628, nr. 1.

²⁷ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 188 en bijlage.

kunnen aangeven of zich sinds 2014 voorvallen hebben voorgedaan, waarbij de inzet van deze bevoegdheden wat betreft de regering aan de orde zou zijn geweest? Zo ja, wat voor gevallen betrof dit, en heeft het niet voorhanden zijn van deze bevoegdheden in die gevallen tot problemen geleid? Zo ja, op welke manier?

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering om nader te motiveren waarom er met de tweede nota van wijziging van de Wvvgz voor gekozen is om een strafzitting waarbij een verdachte een zorgmachtiging krijgt opgelegd, in het openbaar te doen plaats vinden, tenzij de kwetsbaarheid van de verdachte dit niet toelaat. Is kwetsbaarheid bij mensen die een zorgmachtiging opgelegd krijgen niet per definitie het geval?

Deze leden zijn content met de harmonisering die heeft plaatsgevonden tussen dit wetsvoorstel en de Wzd, omdat veel gedetineerden een verstandelijke beperking hebben. Hoe vaak zal de rechter gebruikmaken van een opnamemachtiging in het kader van de Wzd, naar de verwachting van de regering? Komt er een gericht scholingsprogramma voor rechters en officieren van justitie om hen te wijzen op deze mogelijkheid? Op dit moment is er immers slechts een zeer beperkte betrokkenheid van rechters bij de Wzd, en geen rol voor de officieren van justitie. De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de regering om de geestelijke gezondheidszorg beter te laten aansluiten bij de veiligheidsregio's. Zij juichen dit toe, maar vragen of dit ook niet zou moeten gelden voor de verstandelijk gehandicaptenzorg.

GroenLinks-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks hebben kennisgenomen van de voorliggende wetsvoorstellen en zien in de huidige voorstellen een aantal problemen van zowel meer principiële als juridische aard, alsmede een aantal meer praktische bezwaren. Zij willen daarom graag een reeks vragen aan de regering stellen.

Voor de leden van de fractie van GroenLinks zijn een aantal aspecten binnen de wetsvoorstellen van doorslaggevend belang. Principieel zouden goede zorg en goede behandeling, toepassing van dwang voor de individuele patiënt onnodig maken. Deze leden begrijpen echter dat dwang soms noodzakelijk is, zowel in het belang van de patiënt als van de samenleving. Dwang moet dan wel gezien worden als laatste redmiddel en deugdelijke rechtsbescherming is bij gedwongen zorg daarom van fundamenteel belang. De leden van deze fractie steunen de gedachte achter de wetsvoorstellen: van een verschuiving van primair een opnamewet (de huidige Wbopz) naar een behandelwet (Wvvgz). Zij zijn blij dat de wetten rondom verplichte zorg in samenhang worden beoordeeld, vanwege onder andere de vragen naar de praktische uitvoerbaarheid. Vanwege de omvangrijke veranderingen die de voorstellen teweeg brengen, is het daarom belangrijk dat er voldoende ruimte is voor implementatie.

Een eerste serie vragen betreft de visie van de regering op de toekomst van de wetten inzake gedwongen zorg. Is het haalbaar dat er in de toekomst één wet gedwongen zorg komt en is de regering bereid om, na invoering van de voorliggende wetsvoorstellen, zo snel mogelijk te starten met het onderzoek naar de mogelijkheden voor een gezamenlijke wet? Zo ja, op welke manier gaat de regering dit aanpakken? Zo nee, waarom ziet zij daarvan af? Zou een gezamenlijke wet – bijvoorbeeld met de Wvvgz als kaderwet voor zware vormen van verplichte zorg en aparte regelingen als AMvB's voor lichtere vormen van verplichte zorg – voor meer harmonisatie tussen de verschillende onderdelen zorgen?

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) gaf aan behoefte te hebben aan een integrale toelichting op de Wzd. Er zijn ook zorgen in het maatschappelijk veld dat – hoewel er nu een duidelijk onderscheid is op juridisch gebied tussen de Wzd, Wvvgz, Wjz (Wet op de jeugdzorg) en de Wfz – overplaatsing en samenwerking tussen de verschillende velden moeilijker wordt. Deelt de regering deze mening? Hoe is in deze serie wetsvoorstellen met de overlap tussen de verschillende groepen rekening gehouden?

De verschillende wetten – Wvvgz, Wzd en Wfz – hanteren verschillende terminologie. Zijn deze verschillen in terminologie niet verwarrend, ook omdat er termen uit de oude Wbopz gebruikt worden? Kan de regering toelichten op wat voor manier de recente harmonisatieslag, waarbij bijvoorbeeld het oorspronkelijke bopz-begrip «gevaar» uiteindelijk is gewijzigd in «nadeel» (dat een minder sterke invulling van dit begrip geeft), de verschillende wetsvoorstellen eenduidiger heeft gemaakt?

De regeling van vertegenwoordiging en wilsonbekwaamheid lijken niet te zijn geharmoniseerd in de Wvvgz en Wzd. Bovendien lijken ze af te wijken van de regeling uit de Wgbo en de Wjz. Dat kan problemen opleveren, omdat het in de praktijk niet altijd evident is welke wet zal moeten worden toegepast in een concrete situatie en dus welke regelingen gelden voor vertegenwoordiging. Waarom zijn deze afwijkingen niet weggenomen en wat zijn de gevolgen hiervan voor de rechts(on)gelijkheid tussen cliënten onder de verschillende regimes?

Met de Wzd en de Wvvgz wordt ook de mogelijkheid aangeboden om buiten de instellingen (aangeduid als accommodaties) toepassing van dwang mogelijk te maken. Patiënten/cliënten die geen indicatie hebben voor langdurige zorg vallen alleen binnen de Wzd als ze een vaststelling van de dokter hebben dat ze zorg in de zin van de Wzd nodig hebben (zie artikel 1, lid 1, onderdeel c). Een dergelijke verklaring wordt alleen afgegeven op verzoek van de cliënt. Acht de regering het waarschijnlijk dat een cliënt bewust de mogelijkheid zal creëren dat in de toekomst zorg kan worden verleend tegen zijn wil? Is deze situatie niet beter geregeld in de Wvvgz?

Binnen de wetten zijn bovendien de begrippen ernstige immateriële schade (buiten de kliniek in de definitie van ernstig nadeel) en ernstige materiele schade (binnen de kliniek in de definitie van ernstig nadeel) vrij ruim gedefinieerd. Meent de regering hiermee een sluitende definitie te hebben vastgesteld van beide begrippen? Of zouden de begrippen nauwer gedefinieerd moeten worden om consistente interpretatie van de termen te verzekeren?

De leden van de fractie van GroenLinks hebben enkele vragen over het verschil in rechtspositie van de patiënt dan wel cliënt in de verschillende wetten. Wat is de rechtvaardiging voor de zwakkere rechtsbescherming in een aantal situaties en het verschil hierin tussen de verschillende wetten? Kan de regering een overzicht bieden van het verschil in rechtspositie tussen de verschillende wetten? Er lijkt bijvoorbeeld een verschil te zijn in rechtspositie en procedure tussen de sectoren psychiatrie en psychogeriatricie of verstandelijke gehandicaptenzorg. Kan de regering toelichten hoe de Wzd (artikel 1, lid 6) en de Wvvgz (artikel 1:1, lid 3) zich in dit soort gevallen tot elkaar verhouden met betrekking tot de rechtelijke machtiging en de ambulante verplichte zorg (op basis van het stappenplan) in de Wzd? Waarom is er niet altijd een rechtelijke machtiging nodig? Is er niet in bijna alle gevallen sprake van vrijheidsbeperking en daarmee een inbreuk op een grondrecht, waarmee dus een zware rechtvaardiging voor een dusdanige inbreuk noodzakelijk is? Is het naar de mening van de regering

niet onwenselijk dat er verschillen in rechtspositie lijken te zijn tussen patiënten met verschillende beperkingen?

Een ander punt is het onderdeel tijdelijke verplichte zorg in artikel 8:11 van de Wvvgz. Klopt het dat tot maximaal drie dagen dwang kan worden toegepast zonder dat daarvoor een maatregel of machtiging is verleend? Is het ook hierbij niet van belang dat – om de rechtspositie van de patiënt te beschermen – een duidelijke (formele) rechtvaardiging gegeven wordt voor de beperking van vrijheid? En wat is hierin precies de rol van de geneesheer-directeur, aan wie deze tijdelijke verplichte zorg gemeld moet worden?

Verplichte zorg wordt door veel patiënten ervaren als zeer traumatisch. In artikel 8:20, lid 4, van de Wvvgz wordt uitgelegd dat de geneesheer-directeur slechts besluit tot tijdelijke onderbreking of beëindiging van de verplichte zorg als betrokkene zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden of beperkingen. Hoe moet deze passage worden geïnterpreteerd in het licht van artikel 1, eerste lid, onderdeel d en e van de Wet internationale misdrijven (Wim), waarin potentieel traumatiserende handelingen als deze lijken te vallen onder het begrip foltering, dat wil zeggen marteling van een persoon met het oogmerk om (hem) te dwingen iets te doen of te dulden, dan wel om enigerlei reden gebaseerd op discriminatie uit welke grond dan ook, van overheidswege gepleegd. Kan de regering uitleggen hoe deze begrippen zich tot elkaar verhouden?

De geneesheer-directeur neemt in de plannen van de regering een belangrijke positie in. Kan de regering toelichten hoe in de wetsvoorstellen wordt zeker gesteld dat de geneesheer-directeur een onafhankelijke en actieve rol inneemt, gezien zijn wellicht lastige positie in dienst van een zorgaanbieder? En kan de geneesheer-directeur, wanneer men de meer eigentijdse plek als *primus inter pares* in plaats van hiërarchisch leidinggevende overweegt, genoeg kritisch zijn op de keuzes van andere psychiaters die hij moet toetsen? Volgens de Wvvgz kan de geneesheer-directeur indien nodig een zorgverantwoordelijke aanwijzen bij de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging. Komt hiermee zijn onafhankelijkheid niet in het geding, aangezien er geen hiërarchische relatie met de zorgverantwoordelijke bestaat? Is de geneesheer-directeur hiermee überhaupt geschikt om een zorgverantwoordelijke aan te wijzen?

Hieraan gerelateerd is de vraag welke professional de rol van zorgverantwoordelijke en geneesheer-directeur moet vervullen. Moet een psychiater deze rol altijd vervullen, volgens de regering? Zo nee, zijn andere professionals voldoende toegerust voor deze taak, gezien de complexe zorgbehoefte van een cliënt die wellicht vereist dat iemand met de juiste medische expertise uiteindelijk de regie voert over de verplichte behandeling?

Met de Wzd is het niet meer mogelijk dat naast een arts ook een gedragskundige zoals een gezondheidszorg-psycholoog de rol van Wzd-arts op zich kan nemen. Vanuit de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is hierop kritiek gekomen, omdat veel maatregelen juist niet alleen op medische gronden worden ingezet (denk aan gedragsmatige overwegingen). Wat is de mening van de regering over hun suggestie om ook de gedragskundige de rol van de Wzd-arts op zich te kunnen laten nemen? Zou hiermee de verantwoordelijkheid over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen beter aansluiten bij de praktijk zoals de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland deze schetst?

De Wzd-arts krijgt er in de Wzd een aantal verantwoordelijkheden bij, waaronder het toetsen van zorgplannen (een verantwoordelijkheid die hij niet had onder de Bopz). Ook krijgt de Wzd-arts de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van de onvrijwillige zorg en kan de zorgaanbieder de Wzd-arts geen aanwijzingen geven met betrekking tot de uitvoering van diens taken. Andere bepalingen in de Wzd leggen de verantwoordelijkheid voor het beleid inzake de toepassing van onvrijwillige zorg echter juist expliciet bij de zorgaanbieder. Hoe moet men – het amendement op dit onderdeel in acht nemend – de taken en verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van onvrijwillige zorg van deze twee toezichhouders zien? Kan de zorgaanbieder ingrijpen als deze meent dat de Wzd-arts zijn taak niet vervult, zoals de Wkkgz van hem verlangt?

De geneesheer-directeur en verantwoordelijk psychiater worden verplicht tot informatieverstrekking en overleg in enkele artikelen van de wet. Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de principes van privacy en medisch beroepsgeheim, aangezien het om grote hoeveelheden gegevens gaat die verschillende actoren (niet zijnde familie of naasten) passeren? Zou een wettelijke mogelijkheid voor informatie-uitwisseling, overleg en indien noodzakelijk doorbreking van het beroepsgeheim – in het licht van de gewenste doelgerichtheid en proportionaliteit van de wet – passender zijn, dan de in de wet voorgestelde oplegging van informatie- en overlegverplichtingen?

In de Wfz is het mogelijk gemaakt medische informatie te vorderen uit het verleden, indien de verdachte geen medewerking verleent aan psychiatrisch onderzoek. Deze oplossing lijkt een schending van het medisch beroepsgeheim en beschermingswaardigheid van medische gegevens in het kader van de behandeling te betreffen. Wat zijn volgens de regering de gevolgen van deze handelwijze? Hoe groot is deze groep verdachten ten opzichte van de grootte van de groep patiënten die hiermee mogelijk zorg gaan mijden? Hoe staat de regering tegenover de suggestie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie²⁸ om in de uitvoering van de wet te waarborgen dat alleen in zeer uitzonderlijke gevallen, waarbij de rechtsorde in extreme mate is geschokt en waarbij tbs in de lijn der verwachting ligt, de regeling te laten gelden?

Wat betreft de samenhang tussen de Wvvggz en de Wfz, valt het de leden van de fractie van GroenLinks op dat er met artikel 2.3 van de Wfz een vermenging van straf- en civielrecht lijkt plaats te vinden: de strafrechter heeft immers de mogelijkheid om een civielrechtelijke zorgmachtiging – via de Wvvggz – of een rechtelijke machtiging voor verplichte opname – via de Wzd – op te leggen. Is de regering het met deze fractieleden eens dat een door de strafrechter opgelegde zorgmachtiging een andere zorgmachtiging is dan één afgegeven door een civiele rechter? De Minister van Veiligheid en Justitie mag bovendien alleen toestemming geven voor verlof en ontslag volgens artikel 8:17, lid 3 van de Wvvggz. Wordt de civielrechtelijke zorgmachtiging hiermee een soort strafmaatregel? En zou, als de strafrechter heeft bepaald dat het voor de patiënt beter is om verplichte zorg te krijgen, het niet zo moeten zijn dat de geneesheer-directeur de uiteindelijke verantwoordelijkheid krijgt voor de verplichte zorg?

Een punt dat de Raad voor de Rechtspraak onder andere naar voren bracht, betreft de twee parallelle procedures (strafrechtelijk en civielrechtelijk) die door het voorstel in sommige gevallen kunnen ontstaan. Die complicatie kan leiden tot vertraging, maar ook belemmerend werken in

²⁸ Position paper NVvP, ter inzage gelegd onder griffienummer 160760.14.

een overgang van tbs naar gedwongen zorg. Wat is volgens de regering het gevolg van het voorstel voor een civiele zorgmachtiging in het strafproces? En hoe staat de regering ten opzichte van het advies van de Raad voor de Rechtspraak om de aanvraag en verlening van een zorgmachtiging in een strafrechtelijke procedure – conform het aanvankelijke uitgangspunt van de Wfz – in diezelfde strafrechtelijke procedure te integreren?

Met artikel 6.7 van de Wfz wordt ook een ingang gecreëerd naar de Wvvgz: hierin wordt bepaald dat de Minister van Veiligheid en Justitie kan beoordelen of een forensische patiënt wordt overgebracht naar een private instelling. Kan de regering toelichten hoe – als er geen toestemming is van de patiënt voor overplaatsing – de zorgmachtiging op grond van de Wvvgz, dan wel de rechterlijke machtiging op grond van de Wzd precies tot stand komt? Binnen het wetsvoorstel is dit onderdeel naar de mening van de leden van de fractie van GroenLinks nog onvoldoende uitgewerkt.

In artikel 3:3 van de Wvvgz wordt uitgelegd dat deze wet niet van toepassing is indien het gedrag van de patiënt het gevolg is van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap: dan geldt de Wzd. Vervolgens staat er in de memorie van toelichting van de Wvvgz echter dat ook psychogeriatrische aandoeningen en een verstandelijke handicap kunnen worden gezien als psychische stoornis. Is de regering het met de fractieleden van GroenLinks eens, dat dit voor verwarring zorgt? Welke wet is bijvoorbeeld van toepassing in gevallen waarin psychiatrische stoornissen in combinatie voorkomen met een psychogeriatrische stoornis dan wel verstandelijke handicap? Maakt dit het voor een bepaalde groep patiënten niet erg lastig om te weten welke wet in hun geval nu van toepassing is? Dit aspect is des te belangrijker gezien het feit dat er tussen de Wvvgz en de Wzd veel verschillen zitten in termen van uitvoering en rechtsbescherming.

Er is een leeftijdsgrens van 23 jaar vastgesteld in artikel 28aa van de Wzd voor de voorwaardelijke machtiging. Is de regering het met de fractieleden van GroenLinks eens dat de problematiek zoals die wordt geconstateerd in de jeugdzorg, niet ophoudt voor deze doelgroep na hun 23e levensjaar? Is deze problematiek niet ook bij de volwassenen in deze doelgroep aanwezig? Zou een voorwaardelijke machtiging voor die groep niet kunnen zorgen voor een manier om drang uit te oefenen op de cliënt om zorg te accepteren en in de zorg te blijven, waarmee uiteindelijk opname wordt voorkomen? En is daarmee de leeftijdsgrens in artikel 28aa wel een wenselijke toevoeging aan de Wzd?

In de Wzd vindt voorafgaande aan verplichte zorg – behalve bij opname – geen rechtelijke toets plaats. Kan de regering uitleggen waarom deze toets ontbreekt? Zou een onafhankelijke rechtelijke toetsing in zowel de Wzd als de Wvvgz de rechtspositie van de patiënt niet beter beschermen?

In het besluitvormingsproces over onvrijwillige zorg hadden in het kader van de Wbopz twee personen, de «voor de behandeling verantwoordelijke persoon» en de bopz-arts, een rol. In het nu voorliggende wetsvoorstel Wzd is dat aantal inmiddels gegroeid naar vijf. Draagt deze toename in betrokken professionals volgens bij aan een verbetering van de kwaliteit van het besluitvormingsproces? Hoe denkt de regering over het voorbeeld van het bedhek – naar voren gebracht door Actiz – waarin, ook als de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt ingestemd heeft met plaatsing van het hek en de cliënt zich niet verzet, er nog eens vier of vijf professionals in het proces moeten worden betrokken? Zijn er geen

mogelijkheden om dit aantal betrokken professionals te verkleinen en daarmee het proces duidelijker en eenvoudiger te maken?

De positie van de politie in de voorliggende wetsvoorstellen vraagt om bijzondere aandacht. Zij zijn immers actief aan zet om te interveniëren wanneer de veiligheid van professionals in gevaar komt of er als er sprake is van een samenloop met strafbare feiten. Buiten hun rol als ultimum remedium, dienen zij bij interventies een ondersteunde rol ten opzichte van professionals te hebben. Is de regering het eens met de opvatting dat de politie als ultimum remedium gezien moet worden? Hoe moet deze opvatting dan – die ondersteund wordt door het kader van de Wvvgz – worden beoordeeld in het licht van artikel 33, lid 1 van de Wzd, waarin staat dat een burgemeester de politie opdracht kan geven om een beschikking uit te voeren, daarin ondersteund door professionals? Is hiermee voor de politie een grotere verantwoordelijkheid weggelegd in de Wzd dan in het kader van de Wvvgz? En is de regering bereid om na te denken over extra mensen en middelen voor de politie, gezien de extra kosten voor de vergroting in capaciteit, die onder andere het gevolg zal zijn van de stijging in het aantal informatieverzoeken van onder meer het OM en de geneesheer-directeur?

In de Wvvgz is een geldigheidsduur van drie werkdagen vastgesteld voor de crisismaatregel. Is deze termijn niet te kort, aangezien in deze periode een weloverwogen beslissing moet worden genomen over verlenging van de maatregel dan wel een aanvraag voor een zorgmachtiging, met alle inhoudelijke kwaliteitseisen van dien? Hoe denkt de regering over verschillende suggesties uit het maatschappelijk veld om deze termijn op vijf dagen te zetten? Hoe denkt de regering in het algemeen over kritiek, van onder andere de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, op de termijnen in de Wvvgz? Is het niet zo dat er ten opzichte van de huidige situatie veel meer werk voorafgaand zal moeten worden verricht en dat daarom langere termijnen wellicht wenselijk zijn?

De Wzd bepaalt dat het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg moet worden gevolgd. Is het realistisch om te verwachten dat in de praktijk voor alle vormen van onvrijwillige zorg een stappenplan zal worden uitgevoerd? Zou een – via AMvB vastgestelde – bepaling met een lijst van maatregelen waarbij het stappenplan precies geldt, de uitvoerbaarheid van dit onderdeel niet vereenvoudigen?

Ten slotte hebben de leden van deze fractie nog enkele punten over de evaluatie en de implementatieperiode, waarin vele aanpassingen zullen moeten worden doorgevoerd. Voor de uitwisseling van persoonlijke informatie van individuele patiënten moet er naar alle waarschijnlijkheid een landelijk digitaal informatie-uitwisselingssysteem worden opgezet waarin verschillende partijen informatie kunnen uploaden en andere informatie kunnen downloaden. Dit roept vragen op die vergelijkbaar zijn met die rond het landelijk informatiesysteem en het systeemontwerp van het in de Eerste Kamer verworpen wetsvoorstel Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Hoe moet dit wetsvoorstel gezien worden in het licht van de gewijzigde motie-Tan c.s.²⁹ die een dergelijk centraal informatiesysteem in het destijds voorgestelde elektronisch patiëntendossier en het Landelijk Schakelpunt afwijst? Staat dit voorgestelde informatiesysteem – het voorgaande overwegende – haaks op eerdere uitspraken in deze Kamer?

Juist wanneer individuen het meest kwetsbaar zijn wat betreft hun fragiele rechtsbescherming en hun persoonlijke informatie bijzonder gevoelig is, moet een (landelijk) informatiesysteem waterdicht zijn en zeer

²⁹ Kamerstukken I 2009/10, 31 466, O.

sterke zekerheden bieden voor het waarborgen van privacy. Zal iedere partij in dit informatiesysteem dezelfde autorisaties hebben? Hoe wordt – in zover dat mogelijk is – de toestemming van de cliënt voor het delen van zijn informatie gegarandeerd? Hoe zou een dergelijk systeem beveiligd kunnen worden, meewegende dat recent (doelend op de wereldwijde *cyber attacks* die plaatsvonden 15 mei jongstleden) wederom duidelijk is geworden dat de digitale veiligheid te wensen overlaat? Wil de regering overwegen om het systeem (aanvankelijk) kleinschalig te houden, zodat het risico op schending van privacy wordt beperkt en de werking van het geheel beter te overzien is? Zou het systeem bijvoorbeeld voorlopig beperkt kunnen blijven tot het opnemen van informatie uit een beperkt aantal dossiers van een cliënt?

Wie zou uiteindelijk, inhoudelijk en financieel, verantwoordelijk voor dit systeem moeten zijn? Zijn de bestaande financiële middelen van de verschillende actoren toereikend om dit systeem te realiseren of behoort het dragen van deze kosten tot de taak van de overheid? Is het realistisch om te verwachten dat een dussdanig systeem – met alle waarborgen van dien – tot stand kan worden gebracht? Zal er geld worden vrijgemaakt om de extra kosten die voortkomen uit alle extra voorbereidende activiteiten (niet alleen wat betreft dit landelijk informatiesysteem) op te vangen? Denkt de regering dat er uiteindelijk een langere implementatieperiode nodig zal zijn dan nu voorzien, om te verzekeren dat de aanpassingen op de juiste wijze zullen worden doorgevoerd?

Een evaluatieperiode om de impact van de wetten te beoordelen lijkt nuttig. Is de regering bereid om hierin toezeggingen te doen, onder andere met betrekking tot de uitvoerbaarheid maar vooral ook aangaande de onderlinge verhouding tussen de wetten? Op welke termijn denkt de regering dat het uitvoeren van dergelijke evaluatie opportuun is? Is zij tevens bereid om – onder andere naar aanleiding van kritiek van het Landelijk Platform Psychische Gezondheid – te werken aan een systeem waarin een goede registratie plaatsvindt van de toepassing van dwangmaatregelen en bij de invoering van de Wvggz jaarlijks op specifieke wijze te monitoren hoe de beleving en ervaring van patiënten zich ontwikkelen, conform de motie-Dijkstra³⁰, met daarin bijzondere aandacht voor de vraag of dwang daadwerkelijk als laatste redmiddel is ingezet?

ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de wetsvoorstellen betreffende zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) en verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Zij leggen de regering nog graag enkele vragen voor over de verhouding tussen beide wetsvoorstellen, de uitvoerbaarheid van de Wzd en de zorgmachtiging in het strafproces.

Allereerst vragen de leden van de ChristenUnie-fractie de regering nog eens uiteen te zetten waarom beide wetsvoorstellen nodig zijn en er niet gekozen is voor één geïntegreerd wetsvoorstel met een eenduidige en gelijke benadering van de onvrijwillige opname en de vrijheidsbeperkingen binnen die opname, waarbij – kwetsbare – burgers op een eenduidige rechtsbescherming kunnen rekenen. Deze leden vragen tevens om de visie van de regering op de benodigde «cultuuromslag» in de zorg in relatie tot het risico van de juridificering van het zorgproces, een risico waar de Raad van State op wijst.

³⁰ Kamerstukken II 2016/17, 32 399, nr. 72.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn benieuwd hoe de regering de uitvoerbaarheid van het nu voorliggende wetsvoorstel Wet zorg en dwang beoordeelt. Actiz, leder(in) en de VGN hebben zich namelijk kritisch over de wijzigingen ten gevolge van de harmonisatie uitgelaten. Met name Actiz³¹ en de VGN hebben de Eerste Kamer in kennis gesteld van veel knelpunten die in de uitvoering dreigen, onder andere samenhangend met het feit dat een accurate integrale toelichting op alle huidige wetsartikelen ontbreekt. Komt deze toelichting er alsnog? Sowieso kijken deze leden uit naar een grondige reactie van de regering op de aangedragen knelpunten.

Onder meer de Raad voor de rechtspraak constateert dat er vanwege het voorstel voor een civiele zorgmachtiging in het strafproces in sommige gevallen twee parallelle procedures ontstaan: een strafrechtelijke en een civielrechtelijke. Zij hebben aan de leden van de Eerste Kamer enkele complicaties hiervan geschetst en hebben in vervolg daarop voorgesteld dat indien een zorgmachtiging aan de orde komt in een strafrechtelijke procedure, de aanvraag en verlening daarvan het beste volledig in die strafrechtelijke procedure geïntegreerd kan worden, conform het aanvankelijke uitgangspunt van de Wfz. Dit zou leiden tot een eenvoudigere en snellere procedure, wat goed zou zijn voor zowel de justitie-belen, de professionals als de slachtoffers. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn benieuwd naar de reactie van de regering op dit voorstel.

SGP-fractie

Vragen Wvvgz

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet verplichte ggz. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik hierover vragen te stellen aan de regering.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de drie wetten – Wvvgz (32 399), Wzd (31 996) en Wfz (32 398) – die voorliggen, niet helemaal eenduidig zijn in de afbakening van de verschillende doelgroepen, wat de uitvoerbaarheid voor de praktijk complex maakt. Zij vragen de regering hierop te reageren. Ook vragen zij wie bij grensgevallen bepaalt onder welke wetgeving een cliënt / patiënt valt. Zo is de Wet zorg en dwang er voor personen met een psychogeriatrische achtergrond of een verstandelijke handicap. Maar wie bepaalt welke problematiek (en dus welke wet) voorliggend is bij personen die daarnaast met psychiatrische problemen kampen? Kan de regering hierin duidelijkheid bieden? In de memorie van toelichting op de Wet verplichte GGz staat immers dat psychogeriatrische aandoeningen en een verstandelijk handicap kunnen worden aangemerkt als een geestesstoornis in de zin van de Wvvgz.

In aanvulling op de eerdere vragen over de afbakening van de wetsvoorstellen, vragen de leden van de SGP-fractie wat er moet gebeuren als de aandoening van een patiënt in de loop der tijd verandert. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met een persoon die kortdurende psychotische episodes heeft die binnen twee weken overgaan? Valt deze persoon eerst onder de Wet verplichte ggz en daarna onder de Wet zorg en dwang? Hoe zou een dergelijke overgang van wetten eruit moeten zien en is dat in de praktijk wel werkbaar?

De leden van de SGP-fractie constateren dat er in sommige gevallen behoefte kan zijn aan informatie-uitwisseling door politie en justitie aan de zorg en vice versa. Deelt de regering de mening dat de uitwisseling van

³¹ Ter inzage gelegd onder griffienummer 160760.15.

gegevens in de Wet verplichte ggz op dit moment vooral gericht is op informatie van politie en justitie aan de zorg en niet andersom? Dit kan wel van belang kan zijn om risico-indicaties te stellen en om ervoor te zorgen dat de politie in de casuïstiek niet direct overgaat tot een zware vorm van risicopreventie, maar eerder kan duiden wat er aan de hand is. De leden van deze fractie vragen de regering hierop te reageren. Klopt het dat er geen voorziening in de wet is om informatie met de politie te delen over lopende zorgmachtigingen? Zo ja, waarom is daarvoor gekozen? Ziet de regering mogelijkheden om meer medische- en of veiligheidsinformatie uit te wisselen bij dreigend gevaar?

De leden van de SGP-fractie hebben tevens een vraag naar aanleiding van de geschrapte observatiemaatregel. Zij wijzen op de constatering van de commissie-Hoekstra dat de politie op dit moment feitelijk geen bevoegdheid heeft om zonder strafrechtelijke titel personen met een dringende behoefte aan zorg en die een groot risico voor de veiligheid vormen, van straat te halen. Is dit met het wetsvoorstel zoals dat nu, in de gewijzigde vorm bij de Eerste Kamer voorligt, wél goed geregeld volgens de regering? De leden van de SGP-fractie vragen de regering of zij erop kan reflecteren of politie en justitie ondanks het schrappen van de observatiemaatregel uit dit wetsvoorstel nog voldoende handelingsmogelijkheden hebben.

De leden van de SGP-fractie merken op dat een zorgvuldige invoering van de drie onderhavige wetsvoorstellen voor de beroepsgroepen die hiermee moeten gaan werken, veel tijd en geld zal kosten. Kan de regering aangeven welke invoeringstermijn zij voor ogen heeft, welke procedure zij daarbij wenst te volgen en welke financiële middelen zij hiervoor reserveert? Is de regering het met het Openbaar Ministerie eens dat het OM niet kan leveren binnen een jaar na plaatsing in het Staatsblad en dat de invoeringstermijn minimaal achttien maanden moet zijn?

De leden van de SGP-fractie constateren dat de Wet verplichte ggz vergaande consequenties heeft voor het Openbaar Ministerie. Het OM heeft aangegeven dat zij de nieuwe, actievere verzoekersrol accepteert, maar die rol slechts goed kan vervullen in gevallen waarin het zorgmachtigingstraject zijn oorsprong vindt in en samenhang heeft met dreigend strafbaar gedrag. Heeft de regering hier voldoende rekening mee gehouden, en zo ja, op welke manier?

In het wetsvoorstel is het OM opnieuw de partij die de rechter om de zorgmachtiging verzoekt. De leden van de SGP-fractie vragen waarom hiervoor gekozen is, aangezien uit de drie wetsevaluaties naar voren is gekomen dat het OM zijn rol onder de Wet bopz niet kon waarmaken. Op basis waarvan verwacht de regering dat het OM dit onder de nieuwe wet wel aankan?

De leden van de SGP-fractie vragen of het klopt dat er geen voorziening is getroffen om informatie van de reclassering en eventueel het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) toe te voegen aan het verzoekschrift. Waarom is hier niet voor gekozen, zeker nu het OM hier in het kader van het verbeterprogramma al mee is gestart? Is dit volgens de regering een punt om mee te nemen bij een veegwet?

De leden van de SGP-fractie krijgen graag verduidelijkt wie verantwoordelijk is voor onvrijwillige zorg. Zij lezen dat de Wet verplichte ggz de verantwoordelijkheid voor «de algemene gang van zaken op het terrein van de zorg en de verlening van verplichte zorg» bij de geneesheer-directeur legt (artikel 1:1, lid 1, onderdeel i van de Wvvggz). De zorgaanbieder moet waarborgen dat de geneesheer-directeur zijn taken onafhan-

kelijk kan uitvoeren, hij mag de geneesheer-directeur geen aanwijzingen geven met betrekking tot de wijze waarop hij zijn taken uitvoert (artikel 2:3, lid 2 Wvvggz). Het is echter in de Wvvggz niet aan de geneesheer-directeur, maar aan de zorgaanbieder om een beleidsplan vast te stellen over de toepassing van verplichte zorg en zorg te dragen voor de uitvoering van dit beleidsplan (artikel 2:2, lid 1 en 4 Wvvggz). Tevens is het aan de zorgaanbieder, en niet aan de geneesheer-directeur, om verantwoording af te leggen aan de inspectie door halfjaarlijks een analyse te maken van de verleende verplichte zorg (artikel 8:25 Wvvggz). Ook de regels die bij of krachtens AMvB gesteld kunnen worden over de wijze waarop toezicht wordt gehouden op de verlening van verplichte zorg in accommodaties gelden voor de zorgaanbieder, niet voor de geneesheer-directeur (artikel 8:6, lid 1 Wvvggz). Hoe valt deze taakverdeling met elkaar te rijmen? Wie wordt er verantwoordelijk gehouden als er onterecht onvrijwillige zorg wordt verleend: de geneesheer-directeur of de zorgaanbieder? En wie heeft de uiteindelijke bevoegdheid als er verschil van mening ontstaat tussen de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur? Zijn, kortom, de rolverdeling en de verantwoordelijkheidsverdeling, voldoende scherp geregeld volgens de regering?

De leden van de SGP-fractie wijzen erop dat in de tweede nota van wijziging niet goed rekening is gehouden met het hoger beroep. Zo is geregeld dat de griffier van de rechtbank de stukken zendt naar de betrokken partijen, maar is nog onduidelijk wat er gebeurt als de zaak behandeld wordt bij het gerechtshof. Herkent de regering deze analyse, en zo ja, welke oplossingsmogelijkheden ziet de regering voor verduidelijking middels een veegwet?

De leden van de SGP-fractie leggen de regering nog graag een vraag voor over artikel 6:1. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om de formulering van artikel 6:1, lid 4, om te keren, in de zin van: «Het OM is aanwezig indien dit nodig is»? Kan de regering reageren op de kritiek van het OM dat aanwezigheid lang niet altijd vereist en nodig is, en dat de ruime verschijningsplicht ook onnodige kosten met zich meebrengt? Is de regering bereid dit in een veegwet te wijzigen?

Tot slot vragen de leden van de SGP-fractie waarom de regering het nodig acht om artikel 37 te schrappen uit het Wetboek van strafrecht. Levert dat geen risico's op voor de groep volledig ontoerekeningsvatbare personen die niet in aanmerking komen voor tbs?

Vragen Wzd

De leden van de SGP-fractie hebben met de nodige zorg kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet zorg en dwang. Zij zijn van mening dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk voorkomen moet worden, maar vrezen dat het voorliggende wetsvoorstel voor zorgmedewerkers onuitvoerbaar zal blijken te zijn en enorm hoge administratieve lasten met zich mee zal brengen. Daar komt bij dat de Wzd nog ingewikkelder is geworden als gevolg van de beoogde harmonisatie met de andere wetten die gaan over onvrijwillige zorg. Deze leden hebben daarom veel vragen, die ze in dit schriftelijk onderzoek graag aan de regering voorleggen.

In de memorie van toelichting bij de Wvvggz wordt ingegaan op de vraag wanneer er sprake is van verzet. Gesteld wordt dat bij de invulling van dit begrip aansluiting is gezocht bij wat gebruikelijk is in de praktijk: «Dit komt erop neer dat er enige eisen van consistentie en persistentie aan

verzet kunnen worden gesteld». ³² De leden van de SGP-fractie vragen of deze uitleg van verzet in het kader van de Wvvgz, ook van toepassing is op de Wzd, of dat daar sprake is van een andere toepassing. Als het laatste het geval is, waarom is hier niet gekozen voor harmonisatie?

De leden van de SGP-fractie vragen de regering meer inzicht te geven rond de medische verklaring, bedoeld in artikel 1, lid 1, onderdeel c Wzd. Kan alleen een cliënt zelf deze verklaring aanvragen, of is het ook mogelijk dat de naasten van een cliënt of een hulpverlener dit doen? Kan deze medische verklaring door een behandelend arts worden afgegeven? Kan in de verklaring volstaan worden met de constatering dat de cliënt zorg nodig heeft in de hele brede zin die artikel 1, lid 4 van de Wzd daaraan geeft of moet in de verklaring geconcretiseerd worden welke zorg de cliënt nodig heeft? Kan de verklaring afgelegd worden door een arts die werkzaam is bij de zorgaanbieder van wie een cliënt zorg ontvangt? En welk onderzoek moet de arts verrichten om de verklaring te kunnen afgeven?

De leden van de SGP-fractie constateren dat de Wzd een aantal verplichtingen oplegt aan zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen. Sommige verplichtingen gelden voor alle zorgaanbieders die onder de wet vallen, ook als zij nooit onvrijwillige zorg verlenen. Het betreft bijvoorbeeld de verplichting om voor elke cliënt een zorgverantwoordelijke aan te wijzen (artikel 5, lid 1 Wzd) en de daaruit voortvloeiende verplichting om voor iedere cliënt een zorgplan op te stellen dat, ook als daarin geen onvrijwillige zorg wordt opgenomen, moet voldoen aan de regels uit de Wzd. Waarom is hiervoor gekozen? Vindt de regering het noodzakelijk dat iedere aanbieder van collectief gefinancierde zorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en particulier gefinancierde zorg, die cliënten heeft die vanwege een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking daarvan gebruikmaken, aan de genoemde verplichtingen moet voldoen, ook als hij nooit onvrijwillige zorg verleent?

De leden van de SGP-fractie vragen de regering in te gaan op de gevolgen van de introductie van de Wzd-arts, zoals ingevoerd door het amendement-Leijten. Hoe valt het te combineren dat de Wzd de zorgaanbieder de opdracht geeft om het beleid te bepalen inzake onvrijwillige zorg en daarover verantwoording af te leggen, terwijl tegelijkertijd een onafhankelijke Wzd-arts verantwoordelijk wordt gemaakt voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg? De leden van de SGP-fractie vragen of de regering een uitgebreide toelichting kan geven op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgaanbieder en de Wzd-arts. Kan de zorgaanbieder ingrijpen indien de Wzd-arts zijn taak niet naar behoren uitvoert? Kan aangegeven worden hoe de instructiebevoegdheid van de Wzd-arts zich verhoudt tot de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke? Kan een Wzd-arts ingrijpen als de zorgverantwoordelijke zijn taak niet naar behoren uitvoert, en zo ja hoe? Wie kan de inspectie aanspreken als er ten onrechte onvrijwillige zorg wordt verleend?

De leden van de SGP-fractie constateren dat op basis van de Wkkgz een klacht kan worden ingediend over iedere beslissing van de Wzd-arts en dat de klachtencommissie kan besluiten dat schade vergoed moet worden. Hoe valt het te rijmen, zo vragen deze leden, dat de zorgaanbieder een door de Wzd-arts veroorzaakte schade moet vergoeden, terwijl de zorgaanbieder niets te zeggen heeft over de Wzd-arts omdat die volgens de wet onafhankelijk is?

³² Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3, p. 42.

De leden van de SGP-fractie hebben voorts een aantal vragen over het stappenplan. Zij vragen de regering in te gaan op de kritiek van de Raad van State over de vierde nota van wijziging Wzd: «De Afdeling is van oordeel dat een cultuuromslag in de zorg niet door wetgeving alleen kan worden bewerkstelligd. Daarom is zij van oordeel dat de toegevoegde waarde van de uitbreiding van de besluitvormingsprocedure zoals neergelegd in de vierde nota van wijziging betrekkelijk is, terwijl die uitbreiding wel kan leiden tot verder juridisering van de relatie tussen cliënt en de zorgaanbieder en tot meer administratieve lasten voor de zorgaanbieder, waardoor er minder tijd overblijft voor de primaire zorgtaken. Tegen die achtergrond adviseert de Afdeling de vierde nota van wijziging in zoverre te heroverwegen».³³ Waarom heeft de regering dit advies niet opgevolgd?

De leden van de SGP-fractie merken op dat de thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg kritisch is over het stappenplan. Geconstateerd wordt dat elementen uit het stappenplan evengoed of zelfs beter onderwerp kunnen zijn van zelfregulering, vergelijkbaar met de richtlijnontwikkeling met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg waarop artikel 8:5 van de Wvvgz doelt. Waarom heeft de regering de aanbeveling niet overgenomen om het stappenplan kritisch tegen het licht te houden en te bezien wat daarvan naar lagere regelgeving kan worden overgebracht, respectievelijk aan zelfregulering door het veld kan worden overgelaten?³⁴ De leden van de SGP-fractie vragen de regering in dit kader ook in te gaan op het alternatief dat de leden van de Tweede Kamerfractie van de SGP hebben voorgesteld voor het stappenplan. Dit (verworpen) amendement had de strekking dat het stappenplan niet van toepassing zou zijn op onvrijwillige zorg waarvoor een professionele richtlijn is opgesteld.³⁵ Maatwerk krijgt daardoor voorrang boven een standaardoplossing. Kan de regering nader motiveren waarom zij deze maatwerkoplossing heeft ontraden?

In artikel 11 wordt geregeld dat het advies van een externe deskundige ook dient te worden ingewonnen als de (wilsbekwame) cliënt niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. De leden van de SGP-fractie constateren dat er als gevolg van de vierde en vijfde nota van wijziging, in tegenstelling tot eerst, geen opschalend model meer is in de zin dat er nu *altijd* een externe deskundige moet worden ingeschakeld bij onvrijwillige zorg. Klopt deze constatering van de leden van de SGP-fractie? En zo ja, waarom is hiervoor gekozen? Dat brengt toch opnieuw een enorme administratieve lastenverzwaring met zich mee voor zorgverleners? Vindt de regering dit werkbaar en wenselijk?

De leden van de SGP-fractie vragen de regering waarom er in het wetsvoorstel geen onderscheid is opgenomen tussen verschillende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Waarom heeft de regering het stappenplan niet begrensd tot een limitatieve lijst van (ingrijpende) maatregelen? Of waarom heeft de regering geen onderscheid gemaakt naar ingrijpende en minder ingrijpende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen? Hoe reageert de regering op de kritiek dat het in de praktijk onwerkbaar is om het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg uit te voeren? Waarom volgt de regering het advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) niet op om onderscheid te maken tussen verschillende categorieën vrijheidsbeperkende maatregelen? Is de regering het met de leden van de SGP-fractie eens dat het stappenplan

³³ Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 32, pag. 5.

³⁴ Zie Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg (Kamerstukken II 2014/15, nr. 25 424, nr. 254: bijlage, pag. 342).

³⁵ Kamerstukken II 2016/17, 32 399, nr. 75.

voor ingrijpende maatregelen tekortschiet en voor minder ingrijpende maatregelen zijn doel voorbijschiet?

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was voorzien in een AMvB waarin de optie werd geboden om een limitatieve lijst te maken van de gevallen die worden geregistreerd en bij de IGZ gemeld. Waarom is het oorspronkelijke maatwerk geschrapt? Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) heeft kort geleden aanbevolen om een selectie te maken van wat wanneer wordt geregistreerd. Hoe kijkt de regering hier tegenaan?

Artikel 10, lid 10 van de Wzd bepaalt dat opnieuw overleg moet plaatsvinden indien het niet lukt de onvrijwillige zorg voor afloop van de in het zorgplan genoemde termijn af te bouwen. Wie beoordeelt, zo vragen de leden van de SGP-fractie, of het niet lukt onvrijwillige zorg binnen de genoemde termijn af te bouwen?

Artikel 11, lid 3 van de Wzd bepaalt dat de zorgverantwoordelijke op basis van het advies van een externe deskundige het zorgplan aanpast. De leden van de SGP-fractie vragen of diegene in dit geval alleen beslist? Of betreft het hier (tevens) een evaluatie van het zorgplan en moet de zorgverantwoordelijke hierbij het deskundigenoverleg dan wel het uitgebreid deskundigenoverleg betrekken?

Artikel 11, lid 4 van de Wzd bepaalt dat de toepassing van onvrijwillige zorg voortgezet kan worden in overeenstemming met het advies van de externe deskundige. Impliceert dit dat voortzetting van de onvrijwillige zorg niet mogelijk is als de externe adviseur dit niet geadviseerd heeft?

Artikel 17 van de Wzd bepaalt dat zorgaanbieders veel gegevens van cliënten digitaal beschikbaar moeten stellen ten behoeve van het toezicht door de inspectie. In de loop van de wetsgeschiedenis zijn op dit punt veel aanpassingen doorgevoerd bij nota's van wijziging. De leden van de SGP-fractie hebben daar een aantal vragen over. Wat moeten zorgaanbieders concreet doen om de bedoelde gegevens digitaal ter beschikking te stellen aan de IGZ? Moet de IGZ bijvoorbeeld ieder zorgplan digitaal kunnen inzien? Moet dit alleen tijdens toezichtbezoeken mogelijk zijn of moet de IGZ altijd toegang hebben tot zorgplannen? Is de verplichting om gegevens van cliënten digitaal beschikbaar te stellen, beperkt tot cliënten die onvrijwillige zorg ontvangen of is het ook verplicht om gegevens digitaal ter beschikking te stellen van cliënten die geen onvrijwillige zorg ontvangen? Wat is beoogd met de vervanging van de verplichting om de IGZ halfjaarlijks «een overzicht te verstrekken van de verleende onvrijwillige zorg onder vermelding van de aard en de frequentie» door de verplichting om «een digitaal overzicht van de gegevens bedoeld in het eerste lid» aan de IGZ te verstrekken? Moeten op grond van de nieuwe verplichting bijvoorbeeld alle zorgplannen twee keer per jaar aan de IGZ gestuurd worden? Wat beoogt de regering concreet met de toevoeging van de mogelijkheid om te bepalen dat de gegevens, die halfjaarlijks aan de IGZ gestuurd moeten worden, aan een door de Minister aan te wijzen andere instantie moeten worden verstrekt? En tenslotte: waarom heeft de regering er niet voor gekozen om de registratie van de toepassing van onvrijwillige zorg, ten behoeve van de digitale beschikbaarstelling waartoe artikel 17 van de Wzd verplicht, te beperken tot een aantal ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg, net als in de geestelijke gezondheidszorg op basis van de Wvvgg het geval zal zijn?

De leden van de SGP-fractie lezen dat onvrijwillige zorg in uitzonderlijke situaties ook toegepast mag worden als het zorgplan daarin niet voorziet (artikel 15 Wzd), mits deze redelijkerwijs niet voorzien kon worden bij het opstellen van het zorgplan. Zij vragen wat de consequenties van deze

bepaling zijn. Klopt het dat zorgverleners die cliënten behoeden voor ernstig nadeel in situaties waarin het zorgplan niet voorziet, maar redelijkerwijs wel had moeten voorzien, een misdrijf begaan? Is dit een beoogd effect van de regering? Zo ja, waarom vindt de regering dat wenselijk? Kan de mogelijkheid van strafrechtelijk optreden leiden tot handelingsverlegenheid bij zorgverleners, waardoor mogelijkheden om te voorkomen dat een cliënt zichzelf of iemand anders ernstig benadeeld, niet benut worden? Kan de regering ingaan op deze mogelijke consequentie? Waarom zijn de bepalingen hieromtrent niet gelijk getrokken met de Wbopz en Wvvggz?

De leden van de SGP-fractie vragen de regering toe te lichten of de strafbepalingen ook gelden voor mantelzorgers. Dit vinden zij noodzakelijk omdat de bepaling, die is toegevoegd middels de tweede nota van wijziging van de Wvvggz³⁶ nog niet voorzien is van een inhoudelijke toelichting.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het wetsvoorstel mogelijkheden biedt voor gedwongen zorg thuis. Zijn de bepalingen daaromtrent duidelijk en werkbaar volgens de regering, zeker ook gelet op de forse kritiek vanuit het veld dat deze onduidelijk beschreven zijn in de wet? Kan de regering toelichten hoe in de thuissituatie goed kan worden getoetst of die behandeling thuis geslaagd is of dat de patiënt toch opgenomen moet worden?

De leden van de SGP-fractie vragen de regering tot slot of het klopt dat een rechterlijke machtiging op basis van de Wzd alleen kan dienen voor een opname en niet tot zorgverlening zonder opname. Zo ja, waarom is verplichte zorgverlening zonder opname niet mogelijk onder de Wzd, terwijl dit onder de Wvvggz wel mogelijk is?

De leden van de vaste commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Veiligheid en Justitie zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 8 september 2017.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Martens

De voorzitter van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie,
Duthler

De griffier voor dit verslag,
De Boer

³⁶ Kamerstukken II 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 222.