

**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)**

## **MEMORIE VAN ANTWOORD**

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

De regering dankt de leden van de beide commissies voor de gedegen voorbereiding en hun spoedige inbreng en spreekt de hoop uit dat de wetsvoorstellen met deze beantwoording van de gestelde vragen op korte termijn kunnen worden geagendeerd voor plenaire behandeling. De regering is blij dat de uitgangspunten van de wetsvoorstellen breed worden gedragen. Alle partijen hechten aan een versterking van de rechtspositie van personen met een psychische stoornis en personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijk beperking. De regering constateert met genoegen dat het beleid van de regering dat is gericht op het voorkomen en terugdringen van dwang en drang en het bieden van zorg op maat, brede steun heeft. Wel heeft een aantal betrokken partijen kritiek geuit op onderdelen van de wetsvoorstellen en in het verlengde daarvan zijn vanuit Uw Kamer zijn kritische vragen gesteld over onder andere de rechtsbescherming, de samenhang tussen de verschillende wetten, de verschillende actoren en hun onderlinge verhouding, de rol van het openbaar ministerie (hierna: OM), de informatie-uitwisseling en de implementatie. Bij het beantwoorden van uw vragen hebben wij voor de leesbaarheid zoveel mogelijk de volgorde van de vragen uit het verslag aangehouden.

### **VVD-fractie**

De regering dankt de leden van de **VVD-fractie** voor de uitgesproken steun voor de doelstelling van de wetsvoorstellen en de uitwerking daarvan. De regering constateert dat deze fractieleden begrip hebben voor het splitsen in twee wetsvoorstellen (Wzd en Wvggz) en dat de betrokken leden tevreden zijn met de wijze waarop harmonisatie heeft plaatsgevonden. De genoemde leden zien in de mogelijkheid dat gedwongen zorg ook ambulante kan worden verleend een belangrijke uitbreiding van de interventiemogelijkheden.

#### **1.**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom onvrijwillige zorg en verplichte zorg buiten de accommodatie worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) en niet rechtstreeks in de wet.*

Een belangrijk deel van de waarborgen die zullen gelden voor ambulante gedwongen zorg is reeds in beide wetsvoorstellen geregeld. De in beide wetsvoorstellen opgenomen procedures en waarborgen (waarbij onder meer kan worden gedacht aan de eisen van ultimum remedium, proportionaliteit en subsidiariteit, multidisciplinair overleg, de rechtsbescherming en het klachtrecht) zijn onverkort van toepassing op de gedwongen zorg die buiten een accommodatie wordt verleend. De aanvullende waarborgen die in beide amvb's zullen worden geregeld, vloeien met name voort uit het verschil tussen de setting binnen een accommodatie en de setting buiten een accommodatie.

Aan de betrokken partijen is verzocht na te denken over inhoudelijke normen die als basis voor de amvb zouden kunnen dienen. Ook in het tweede kwartaal van dit jaar heeft hierover nog intensief overleg plaatsgevonden met een aanzienlijk aantal professionals dat vanuit verschillende invalshoeken veel (ervarings)deskundigheid heeft op het terrein van de verplichte zorg en de onvrijwillige zorg. De overleggen hebben de input geleverd voor de beide concept-amvb's die naar verwachting dit najaar via internet zullen worden geconsulteerd. Beide amvb's zullen in het kader van de voorhangprocedure, na het verwerken van de resultaten van de internetconsultatie, naar Uw Kamer en de Tweede Kamer worden gestuurd.

2.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat bij het stappenplan deskundigen van verschillende disciplines meekijken en zij vragen naar de consistentie van de introductie van de Wzd-arts in relatie tot het stappenplan.*

Zoals de VVD-fractieleden terecht opmerken, kijken er bij het doorlopen van het stappenplan verschillende disciplines mee. Het doorlopen van het stappenplan zorgt er mede daardoor voor dat onvrijwillige zorg ook daadwerkelijk als uiterste redmiddel ingezet wordt. De Wzd-arts vormt hierbij het sluitstuk. De Wzd-arts beoordeelt als laatste het zorgplan. Indien hij oordeelt dat het zorgplan niet voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen of dat het zorgplan niet geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen, moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan op aanwijzing van de Wzd-arts aanpassen. De regering acht het belangrijk een extra waarborg in te bouwen van een arts die hier specifiek op let, omdat de overige deskundigen in het stappenplan alleen adviserend optreden. Zonder deze extra waarborg van de Wzd-arts zou enkel de zorgverantwoordelijke een doorslaggevende stem hebben bij de beslissing over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of het toepassen daarvan, hetgeen de regering kwetsbaar acht. De regering is dan ook van oordeel dat de introductie van de Wzd-arts consistent is met het doel van het stappenplan, te weten het via een opschalend besluitvormingsmodel borgen dat onvrijwillige zorg alleen als ultimatum remedium wordt toegepast met inachtneming van de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

3.

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de consequenties van het niet in dienst zijn van de Wzd-arts bij de zorgaanbieder voor de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.*

Het al dan niet in dienst zijn van de Wzd-arts bij de zorgaanbieder heeft geen consequenties voor de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgaanbieder en de Wzd-arts wordt voorts verwezen naar het antwoord op vraag 60 van de leden van de SP-fractie.

*Voorts vragen de VVD-fractieleden of er ook sprake kan zijn van meer dan één Wzd-arts indien een cliënt zorg ontvangt van meerdere zorgaanbieders.*

Met name indien een cliënt onvrijwillige zorg ontvangt in een ambulante setting kan sprake zijn van meerdere zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen. In dat geval dienen de betrokken zorgaanbieders gezamenlijk één zorgverantwoordelijke aan te wijzen (artikel 5 Wzd). Die zorgverantwoordelijke dient onder meer zorg te dragen voor het opstellen en vaststellen van het zorgplan. Indien in het zorgplan onvrijwillige zorg is opgenomen, moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan ter beoordeling overleggen aan de Wzd-arts. Dit is de Wzd-arts die door de zorgaanbieder van de zorgverantwoordelijke is aangewezen als Wzd-arts. Er zal dus ook in de ambulante setting sprake zijn van één Wzd-arts.

4.

*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.*

De Wzd-arts is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg en ziet toe op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan. Of de huisarts in geval van dwang in een ambulante setting betrokken wordt, hangt af van de specifieke omstandigheden. Uiteraard geldt hierbij de

verplichting voor iedere zorgaanbieder om goede zorg te bieden, hetgeen betekent dat daar waar nodig afstemming met andere zorgaanbieders moet plaatsvinden. De Wzd-arts blijft uiteraard verantwoordelijk voor het toetsen van de zorgplannen.

5.

*De leden van de VVD-fractie en de GroenLinks-fractie merken op dat het bij de doelgroep van de Wzd voorkomt dat andere professionals, zoals gedragsdeskundigen, de verantwoordelijkheid hebben over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, en merken op dat door de introductie van de Wzd-arts deze bevoegdheid uitsluitend is toebedeeld aan een arts. Zij vragen de mening van de regering hierover.*

De leden wijzen er terecht op dat het aanvankelijke wetsvoorstel, evenals het huidige, de verplichting bevat voor de zorgaanbieder om een zorgverantwoordelijke aan te wijzen (artikel 5 van de Wzd). Deze zorgverantwoordelijke kan een arts zijn of een persoon behorende tot een bij regeling van de Minister van VWS aan te wijzen categorie van deskundigen. Deze categorie van deskundigen is nog niet aangewezen. Het voornemen bestaat om in elk geval gedragsdeskundigen, zoals orthopedagogen, aan te wijzen als categorie van deskundigen. Die krijgen dan in het kader van de totstandkoming van het zorgplan een belangrijke rol bij de beoordeling of onvrijwillige zorg nodig en passend is. De Wzd-arts is een nieuwe functie binnen de Wzd. De Wzd-arts doet een finale toets op de eisen van ultimatum remedium en de geschiktheid van de onvrijwillige zorg. Hij zal hierbij uitgaan van hetgeen de zorgverantwoordelijke op grond van diens deskundigheid heeft meegewogen. Er is voor gekozen de functie van Wzd-arts te beperken tot artsen. Bij de wetsevaluatie wordt gekeken naar de werking van de wetsvoorstellen in de praktijk.

6.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan verduidelijken in hoeveel procent van de rechterlijke zorgmachtigingen sprake is van (dreigende) strafbare feiten.*

De regering heeft hierover geen informatie beschikbaar. De informatie die door het OM wordt geregistreerd over Bopz-aanvragen is namelijk niet gekoppeld aan lopende strafrechtelijke trajecten.

7.

*De leden van de fracties van de VVD vragen of het OM de actievere verzoekersrol, ook zonder samenhang met (dreigend) strafbaar gedrag, kan waarmaken. Ook de leden van de SGP-fractie en de PvdA-fractie hebben deze vraag gesteld (vragen 87, en 148).*

De regering heeft hier vertrouwen in. In het kader van het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid zijn maatregelen doorgevoerd die vooruitlopen op de inwerkingtreding van de Wvvgz. Om invulling te geven aan de actieve verzoekersrol zal het OM extra officieren van justitie (hierna: OvJ's) en secretarissen werven voor de uitvoering van de Wvvgz. Voorts zullen zowel de nieuwe als de bestaande OvJ's en secretarissen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wvvgz worden opgeleid in het werken met de Wvvgz. Hiervoor worden door het OM procesbeschrijvingen en werkinstructies opgesteld en afgestemd in de keten. Het OM zal ook zorgen voor de realisatie van een informatiesysteem ter ondersteuning van de in het kader van de Wvvgz uit te voeren werkzaamheden binnen het OM.

Daarnaast heeft het OM in de afgelopen periode al een aantal stappen gezet om de verzoekersrol van de OvJ al onder de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wbopz) te versterken. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de Onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen OM naar aanleiding van de zaak-Bart van U. (hierna: commissie Hoekstra) en het daarop volgende Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid zijn alle parketten versterkt met fte's zodat nu in alle regio's politiemutaties en justitiële documentatie worden toegevoegd aan het Bopz-dossier. Daarnaast heeft het OM een pilot uitgevoerd in drie arrondissementen (Midden-Nederland, Rotterdam en Oost-Nederland). Daarin werd geëxperimenteerd met het (extra) verrijken van het Bopz-dossier en de aanwezigheid van de OvJ ter zitting. De resultaten van de pilot zijn beschreven in een rapport van DSP-groep van 13 juni

2017<sup>1</sup>. Uit de pilot blijkt onder andere dat een verband bestaat tussen de beschikbaarheid van een verrijkt dossier voor de rechter en de noodzaak voor de OvJ om op de zitting aanwezig te zijn. Het zijn deels 'communicerende vaten'. De in het onderzoek bevroegde rechters zijn van mening dat de aanwezigheid van de OvJ ter zitting meestal niet nodig is als politiemutaties, justitiële documentatie en een schriftelijke toelichting op de gevaarstelling toegevoegd zijn aan het dossier. Uit het onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van het OM op zitting met name wenselijk is als de persoon in kwestie een rol speelt in een lopende strafzaak en geconstateerd wordt dat het forensische zorgkader onvoldoende aansluit op de (acute) zorgbehoefte van de betrokkene, als de onderbouwing van de zorgmachtiging, gelet op de persoon in kwestie, extra toelichting behoeft en als het om een juridisch complexe zaak gaat, bijvoorbeeld als deze in nauwe samenhang gezien moet worden met nog lopende maatregelen in een forensisch kader. De uitkomsten van de pilot zijn doorgevoerd in de werkinstructie voor de Wbopz.

Bij zorgmachtigingen in samenhang met strafbaar gedrag vraagt het OM informatie op over het strafbare gedrag, dat vervolgens wordt toegevoegd aan het Wvvgz-dossier. In zaken waar ook een strafzaak loopt, is de OvJ aanwezig op de zitting. Dat wil echter niet zeggen dat het OM in de overige zaken waar geen samenhang is met strafbaar gedrag, de verzoekersrol niet actief zal invullen. De versterking van het aantal Wvvgz-OvJ's en -secretarissen en de ontwikkeling van het informatiesysteem stelt het OM in staat om de actieve verzoekersrol zoals die onder de Wvvgz bedoeld is bij alle zorgmachtigingstrajecten waar te maken. De regering stelt tot slot van 2018 tot de wetsevaluatie jaarlijks maximaal 3 miljoen euro beschikbaar aan het OM om invulling te geven aan de actieve verzoekersrol. Gezien het vorenstaande is de verwachting van de regering dat het OM de actieve verzoekersrol in de praktijk waar nodig ook kan waarmaken in zorgmachtigingstrajecten zonder samenhang met (dreigend) strafbaar gedrag.

8.

*De leden van de VVD-fractie stellen dat de Wvvgz en Wzd instrumenten bieden voor slechts een deel van de verwarde personen, namelijk die bij wie sprake is van een psychische stoornis waar ernstig nadeel uit voortvloeit. Zij vragen wat er mogelijk is als er sprake is van een ernstig nadeel, maar geen aantoonbare psychische stoornis. Daarnaast vragen zij wat er mogelijk is indien er wel sprake is van maatschappelijk nadeel, niet direct ernstig maar wel langdurig, en iemand zorg blijft mijden.*

De interventiemogelijkheden van de Wvvgz zijn inderdaad voor een beperkte groep bedoeld en mogen alleen in het uiterste geval worden toegepast. Vrijwilligheid heeft de voorkeur en is in het kader van het herstel van betrokkene altijd de eerste keus. Indien er sprake is van ernstig nadeel, maar iemand heeft geen aantoonbare psychische stoornis, verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, dan valt iemand niet onder de reikwijdte van deze wetsvoorstellen. De onderhavige wetsvoorstellen gaan immers over het verlenen van zorg aan mensen met een psychische stoornis (Wvvgz) of een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening (Wzd). Als die stoornis, beperking of aandoening niet aanwezig is, maar er wel sprake is van ernstig nadeel, dan zal buiten het kader van de onderhavige wetsvoorstellen naar een oplossing moeten worden gezocht voor passende ondersteuning voor de desbetreffende persoon. Ditzelfde geldt voor de door de betrokken fractieleden bedoelde situatie waarin er wel sprake is van maatschappelijk nadeel, dat niet ernstig maar wel langdurig is, terwijl iemand zorg blijft mijden; de onderhavige wetsvoorstellen bieden alleen de mogelijkheid tot gedwongen zorg als het nadeel ernstig is. Wanneer geen sprake is van een stoornis of ernstig nadeel, kan geen sprake zijn van dwang. Wel van overreding. De oplossing voor de door de fractieleden bedoelde situaties kan dan ook niet worden gevonden in de onderhavige wetsvoorstellen; die zijn daar ook niet voor bedoeld.

In dit kader kan wel worden gewezen op de belangrijke rol van de Flexible Assertive Community Treatment-teams (hierna: FACT-teams) en het Schakelteam personen met verward gedrag (hierna: Schakelteam). Voor meer informatie over de inzet van FACT-teams: zie ook het antwoord op vraag 72. Het Schakelteam stimuleert de realisatie van een goed werkende aanpak. Belangrijk

---

<sup>1</sup> <https://www.dsp-groep.nl/projecten/officier-van-justitie-meestal-geen-toegevoegde-waarde-bij-rm-zittingen/>

onderdeel van deze aanpak is het vroegtijdig signaleren, deze signalen ergens kunnen neerleggen (melden) en zorgen voor passende zorg en ondersteuning. De verantwoordelijkheid voor het realiseren van een sluitende aanpak ligt bij alle betrokken ketenpartners, zowel lokaal als regionaal, onder regie van de gemeente. De inzet van het Schakelteam is dat elke gemeente en regio voor 1 oktober 2018 een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag heeft.

9 en 10.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan bevestigen dat het verschil in rechtsposities binnen één instelling zich met de invoering van de Wvggz niet meer voordoet. Ook vragen zij waar in het wetsvoorstel de verhouding tussen de toepasselijkheid van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) en de afgegeven zorgmachtiging en de daaruit voortvloeiende rechtspositie is terug te vinden.*

Evenals de leden van de VVD-fractie heeft de regering de afgelopen periode veel aandacht gehad voor problematische behandel- en werksituaties die kunnen ontstaan wanneer binnen een instelling verschillende rechtsposities gelden. Het was ook naar aanleiding van vragen van deze leden bij de behandeling van de Wfz dat de toenmalige Staatssecretaris van VenJ en de Minister van VWS hierover nadere afspraken hebben gemaakt, die vervolgens in het onderhavige wetsvoorstel nader zijn uitgewerkt.

Daar waar mogelijk zijn verschillen in rechtsposities weggenomen of verkleind. Er zijn echter ook gevallen waarin verschillen tussen doelgroepen het juist noodzakelijk maken om ook verschillen te laten bestaan tussen de betreffende rechtsposities. Zo geldt in beginsel onder de Wvggz dat de rechtspositie van de betrokkene individueel bepaald wordt in de door de rechter afgegeven zorgmachtiging, waarmee zorg op maat kan worden geboden. In ggz-accommodaties verblijven echter ook forensische patiënten voor wie dit uitgangspunt tot complicaties zou leiden. Denk aan forensische patiënten die met hun instemming in een ggz-accommodatie verblijven (bijvoorbeeld ter beschikking gestelden met voorwaarden). Indien voornoemd algemeen uitgangspunt van de Wvggz ook voor hen zou gelden, zou dit betekenen dat op hen slechts de rechtspositionele bepalingen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: Wgbo) van toepassing zouden zijn. Deze groep beschikt immers niet over een zorgmachtiging omdat zij met de opname hebben ingestemd. Tegelijkertijd gaat het wel om een zware doelgroep bij wie vaak beheersproblematiek speelt. Om mogelijk onveilige situaties te voorkomen is thans in hoofdstuk 9 van het onderhavige wetsvoorstel een aantal algemene bevoegdheden opgenomen die ten aanzien van bepaalde groepen forensische patiënten geldt. Deze bevoegdheden gelden dus niet ten aanzien van de reguliere groep ggz-patiënten. Deze bevoegdheden zien onder meer op het beperken van het recht op het ontvangen van bezoek, de bewegingsvrijheid van de forensische patiënt en het gebruik van communicatiemiddelen.

Voor de spiegelbeeldsituatie, de situatie waarin ggz-patiënten in een tbs-instelling worden geplaatst in verband met het vereiste beveiligingsniveau zijn eveneens voorzieningen getroffen. Ook hier gaat het om een groep zware patiënten. Opname in een tbs-instelling zal immers slechts in uitzonderlijke gevallen aan de orde kunnen zijn. Het is van belang dat de tbs-instelling voldoende mogelijkheden heeft om adequaat met de problematiek van deze patiënten om te kunnen gaan. In zijn brief van 6 november 2014<sup>2</sup> gaf de toenmalige Staatssecretaris van VenJ daarom aan dat ook ten aanzien van die patiënten voortaan de beheersbevoegdheden van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden zouden moeten gelden. Die toezegging is nader uitgewerkt in het nieuwe artikel 6:4, vijfde lid, van de Wvggz. Ook voor die patiënten geldt dat hun rechtspositie bepaald wordt door de afgegeven zorgmachtiging. Voornoemd artikellid schrijft voor dat de rechter die plaatsing van een ggz-patiënt in een tbs-instelling aangewezen acht, de beheersbevoegdheden van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden in de zorgmachtiging dient op te nemen. Dit met het oog op zowel de veiligheid in de instelling als een goede zorgverlening aan de patiënt. Behoudens tijdelijke crisisplaatsingen maakt de plaatsing in de

---

<sup>2</sup> Kamerstukken I 2014/15, nr. 32 398, K.

tbs-instelling - en het daarbij behorende toepasselijke regime - dus onderdeel uit van de zorgmachtiging.

11.

*De fracties van de VVD (vraag 11), het CDA (vraag 26), de SP (vraag 67), GroenLinks (vraag 128), de ChristenUnie (vraag 143) en de SGP (vraag 153) hebben allen vragen gesteld over de kritische kanttekeningen die de deskundigen van het OM en de Raad voor de rechtspraak (hierna: Rvdr) geplaatst hebben bij het vervangen van de bevoegdheid van de strafrechter om een verdachte met een psychische stoornis op grond van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (hierna: Sr) in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen door de bevoegdheid om met toepassing van artikel 2.3 Wfz om zelf een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvvgz af te geven. De kritiek van de deskundigen spitst zich toe op het voorschrift dat de strafrechter bij de afgifte van een zorgmachtiging de criteria en de procedure van de Wvvgz moet toepassen. Volgens de deskundigen leidt dit tot problemen in de uitvoeringspraktijk en kan het recht zonder artikel 37 Sr niet goed functioneren. Deze leden willen weten hoe de regering de mogelijke nadelen en risico's voor de uitvoeringspraktijk inschat en of de regering bereid is om, indachtig deze kritiek, de wetsvoorstellen op deze punten te wijzigen.*

Deze vragen raken aan fundamentele beginselen en doelstellingen die aan de Wvvgz en de Wfz ten grondslag liggen. In het bijzonder aan de beginselen dat de cliënt centraal staat, dat elke patiënt die zorg krijgt, die hij nodig heeft en dat hij deze zorg op de voor hem juiste plek ontvangt, dat verplichte zorg een ultimum remedium is en dat gekozen moet worden voor de lichtst mogelijke vorm van verplichte zorg. Dat ook de strafrechter bij de afgifte van een zorgmachtiging de criteria en de procedure van de Wvvgz toepast, is een principiële keuze. Zou worden gekozen voor een eigen strafrechtelijke procedure met andere criteria voor verplichte zorg, dan zou er een aanzienlijk verschil in rechtsposities ontstaan. De regering wijst erop dat de wetsvoorstellen mede op verzoek van Uw Kamer op elkaar zijn afgestemd vanwege de gewenste harmonisatie van de rechtsposities van personen die gedwongen zorg ontvangen. De regering ziet geen noodzaak om de wetsvoorstellen op deze fundamentele punten te wijzigen. De regering zal dit hieronder nader toelichten.

Op grond van het huidige artikel 37 Sr kan de strafrechter gelasten dat een verdachte die volledig ontoerekeningsvatbaar is gedurende een periode van een jaar wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Met de inwerkingtreding van de Wfz en de Wvvgz wordt het vereiste van volledige ontoerekeningsvatbaarheid losgelaten en wordt deze strafrechtelijke maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis vervangen door de bevoegdheid van de strafrechter om zelf een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvvgz af te geven. Dat is geregeld in artikel 2.3 Wfz. Met toepassing van dat artikel kan de strafrechter in elke fase van het strafrechtelijke traject een zorgmachtiging afgeven en kan hij ook zelf voorzien in verplichte zorg aansluitend aan een strafrechtelijke titel. Artikel 2.3 Wfz biedt daarmee meer mogelijkheden dan artikel 37 Sr om maatwerk te bieden aan de verdachte met een psychische stoornis. Wanneer de zorgvraag en het vereiste beveiligingsniveau daartoe aanleiding geven, kan de rechter bijvoorbeeld besluiten om een maatregel van terbeschikkingstelling (hierna: tbs-maatregel) te beëindigen onder de gelijktijdige afgifte van een zorgmachtiging. De strafrechter maakt dus een integrale afweging tussen straf en zorg. Die integrale afweging is mogelijk, doordat voor deze (aansluitende) zorg niet langer een afzonderlijke procedure bij de civiele rechter opgestart hoeft te worden. Onnodige duplicatie van procedures met ongewenste vertragingen in de levering van zorg en hiaten in de zorgverlening worden hiermee voorkomen. De OvJ vervult hierin een spilfunctie, hij heeft zowel in de procedure voor de strafrechter als in de reguliere procedure onder de Wvvgz de verzoekersrol. Artikel 2.3 Wfz levert zo een belangrijke bijdrage aan het terechtkomen van de juiste patiënt op de juiste plek en aan de zo gewenste continuïteit van zorg.

Desondanks hebben de vertegenwoordigers van het OM en de Rvdr zich kritisch uitgelaten over het laten vervallen van artikel 37 Sr. De kritiek van het OM spitst zich toe op de verplichting voor de strafrechter om bij de afgifte van een zorgmachtiging de criteria voor verplichte zorg van de Wvvgz toe te passen. Het OM vreest dat hierdoor een leemte ontstaat, omdat mogelijk niet alle

verdachten die nu met een artikel 37-maatregel in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst, in aanmerking zullen komen voor een zorgmachtiging. De vertegenwoordiger van het OM gaf tijdens de hoorzitting aan dat bij artikel 37 Sr op een geheel andere manier wordt getoetst dan onder de Wvggz het geval zal zijn. Daarbij wees hij erop dat het bij een artikel 37-plaatsing niet relevant is of een verdachte bereid is zich te laten behandelen. Het vervallen van dat artikel en het moeten toetsen aan de criteria voor verplichte zorg van de Wvggz heeft volgens hem het effect dat de strafrechter niet langer verplichte zorg kan opleggen aan een kleine groep volledig ontoerekeningsvatbare verdachten die niet in aanmerking komt voor de tbs-maatregel. Zijn stelling is dat het recht zonder artikel 37 Sr niet goed kan functioneren.

De regering betwist dat. Zij wijst in dit verband allereerst op de wetsgeschiedenis van artikel 37 Sr. De plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis door de strafrechter moet worden gezien als de 'strafrechtelijke bopz'. Het was ook destijds de bedoeling van de wetgever dat voor gedwongen opname op grond van de Wbopz en gedwongen opname op grond van artikel 37 Sr vergelijkbare criteria zouden gelden. In de rechtspraak wordt aan artikel 37 Sr echter een ruimere invulling gegeven dan bij een strikte toepassing van de criteria uit de Wbopz het geval zou zijn. Uit dit gebrek aan uniformiteit vloeit een verschil in rechtsbescherming voort dat de regering niet wenselijk acht. De regering houdt daarom ook in het kader van de huidige wetsvoorstellen vast aan het principiële uitgangspunt dat de criteria voor verplichte zorg overeen moeten komen en dat derhalve ook de strafrechter gehouden is om bij de afgifte van een zorgmachtiging de criteria van de Wvggz toe te passen.

Naar de mening van de regering is van een 'leemte' geen sprake. Een 'leemte' impliceert bovendien dat de regering iets over het hoofd zou hebben gezien en dat is hier niet het geval. Het gaat hier uitsluitend om verdachten die de wetgever niet strafbaar acht omdat het delict hem niet kan worden toegerekend (artikel 39 Sr). Voor een deel van deze verdachten geldt gezien het delict dat zij in aanmerking komen voor een tbs-maatregel. Daarnaast is er nu een veel breder instrumentarium van waaruit maatwerk kan worden geboden. Er wordt ingezet op vroegsignalering en zorg op maat, wat beoogt eraan bij te dragen te voorkomen dat iemand (mede) ten gevolge van zijn stoornis de fout in gaat. Het schakelteam voor personen met verward gedrag richt zich erop ervoor te zorgen dat mensen die zorg nodig hebben eerder in beeld komen en de zorg krijgen die ze nodig hebben. Soms kunnen daarbij ook andere oplossingen in beeld komen die niet altijd gevonden hoeven te worden in de geestelijke gezondheidszorg maar ingezet kunnen worden vanuit de gemeente (bijvoorbeeld het bieden van begeleiding of een beschermde woonomgeving). Als aan de criteria voor verplichte zorg wordt voldaan, is eerder ingrijpen mogelijk, omdat niet zo lang gewacht hoeft te worden dat het ernstig nadeel alleen met een gedwongen opname kan worden weggenomen. Daarnaast kan de OvJ de rechter verzoeken om een zorgmachtiging af te geven ook als naar de mening van de onafhankelijke psychiater die de medische verklaring afgeeft, of van de geneesheer-directeur, niet aan de criteria voor verplichte zorg wordt voldaan. Als naar het oordeel van de OvJ wel aan die criteria wordt voldaan, bijvoorbeeld omdat hij het criterium ernstig nadeel door de over de verdachte aanwezige informatie uit het justitiedomein anders weegt, dan kan hij om een rechterlijk oordeel vragen. Deze bevoegdheid kent de Wbopz niet. Door dit geheel van mogelijkheden, blijft de doelgroep waar het OM op doelt niet verstoken van passende zorg. De inzet van deze instrumenten zou hiermee sluitend moeten kunnen zijn; het vergt uiteraard nog wel extra tijd en inspanningen van partijen om dit ook goed te laten werken. Vooruitgang is dat we vanuit een breder instrumentarium meer maatwerk kunnen en moeten gaan bieden en er geen verschil in rechtposities is.

Ten aanzien van het door het OM aangehaalde voorbeeld merkt de regering nog op dat de enkele stelling van een verdachte dat hij bereid is zich vrijwillig te laten behandelen niet automatisch betekent dat niet aan de voorwaarden voor verplichte zorg wordt voldaan. De rechter moet ook de overtuiging hebben dat de verdachte deze bereidheid daadwerkelijk heeft. Zorgverlening op vrijwillige basis is bovendien niet vrijblijvend. Als later blijkt dat de betrokkene zich niet aan zijn afspraken houdt, dan kan ten behoeve van hem alsnog een zorgmachtiging worden verkregen.

Hieruit volgt dat de regering de mogelijke nadelen en risico's voor de uitvoeringspraktijk als zeer klein inschat.

Diezelfde mening is de regering toegedaan ten aanzien van de kritiek van de vertegenwoordiger van de Rvdr tijdens de hoorzitting op het laten vervallen van artikel 37 Sr. Doordat de strafrechter bij de afgifte van een zorgmachtiging de procedure van de Wvggz - civielrechtelijke procedureregels - moet volgen, ontstaan er volgens de Rvdr samenloopproblemen. Alvorens, zoals verzocht door de leden van de fracties van het CDA, de SP, GroenLinks en de ChristenUnie, inhoudelijk in te gaan op het door de Rvdr geschetste praktijkvoorbeeld, wenst de regering nogmaals te benadrukken dat zij veel waarde hecht aan de uniformiteit van de procedure. De voorgestelde wettelijke constructie, waarbij de strafrechter bij de afgifte van een zorgmachtiging de criteria én de procedure van de Wvggz toepast, heeft de regering dan ook van meet af aan voorgestaan.<sup>3</sup> In de Wvggz is, met name in artikel 5:19, de procedure voor de strafrechter bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz nader uitgewerkt. Uitgangspunt daarbij is dat waar mogelijk is aangesloten bij de reguliere procedure voor een zorgmachtiging. Dit vloeit voort uit de ook door Uw Kamer gewenste harmonisatie van rechtsposities in de gedwongen zorg, en dit biedt de beste waarborgen dat de uitgangspunten van de Wvggz, waaronder het fundamentele principe dat verplichte zorg een ultimum remedium is, ook in de praktijk tot uitdrukking komen. Ook draagt dit bij aan de rechtsbescherming en rechtseenheid. Binnen deze uitgangspunten heeft de regering echter zoveel mogelijk rekening gehouden met de specifieke strafrechtelijke context. Nadat de Rvdr in de consultatieronde bij de tweede nota van wijziging aangaf te vrezen voor samenloopproblemen, hebben de ministeries van VWS en VenJ uitvoerig overleg gevoerd met de Rvdr en meerdere door de Rvdr uitgenodigde rechters – zowel civiele als strafrechters – om te bezien hoe aan de bezwaren van de Rvdr tegemoet kon worden gekomen. Dat heeft geleid tot een versterking van de aansluiting met het strafprocesrecht in de tweede nota van wijziging. Zo is onder meer het strafrechtelijke uitgangspunt dat de zitting in de regel openbaar is ook wettelijk verankerd voor de procedure waarbij artikel 2.3 van de Wfz wordt toegepast en hoeft de strafrechter niet reeds binnen drie weken op het verzoek om een zorgmachtiging te beslissen, maar gelijktijdig met de beslissing in de strafzaak (artikel 6:2, vierde lid, Wvggz, gezien in samenhang met artikel 2.3 Wfz). Ook is in de toelichting verduidelijkt dat er bij de afgifte van een zorgmachtiging geen hiaat hoeft te ontstaan in de zorgverlening aan een volledig ontoerekeningsvatbare verdachte in voorlopige hechtenis op het moment dat de strafrechtelijke titel afloopt maar de afgegeven zorgmachtiging om praktische redenen niet meteen aansluitend ten uitvoer kan worden gelegd. Uitgelegd is dat die zorgmachtiging dan tijdelijk – ter overbrugging - in het penitentiair psychiatrisch centrum ten uitvoer kan worden gelegd. Daarmee is de continuïteit van zorg gewaarborgd. Naar aanleiding van opmerkingen van de vertegenwoordiger van de Rvdr tijdens de hoorzitting in de Tweede Kamer is nog een wijziging aangebracht om de tbs-verlengingsprocedure en de 2.3-procedure goed op elkaar aan te laten sluiten<sup>4</sup>.

De regering meent met deze aanpassingen tegemoet te zijn gekomen aan de bezwaren van de Rvdr en deelt dan ook niet de vrees dat de in het voorbeeld geschetste samenloopproblemen met bijbehorende vertragingen zich in de praktijk zullen voordoen. Het komt de regering voor dat bij de Rvdr op onderdelen een onjuist of onvolledig beeld van de procedure bestaat en de regering maakt van deze gelegenheid dan ook graag gebruik om mogelijke onduidelijkheden weg te nemen.

Het is in eerste instantie aan de OvJ zich een oordeel te vormen of hij verplichte zorg aangewezen acht. In veruit de meeste gevallen waarin de strafrechter een zorgmachtiging afgeeft, zal dat ook op verzoek van de OvJ gebeuren. Het door de Rvdr geschetste voorbeeld, waarin de rechter ambtshalve en tegen de wens van de OvJ in een zorgmachtiging afgeeft betreft naar verwachting een uitzonderingssituatie. De Rvdr stelt dat het in het kader van een tbs-verlengingsprocedure, omslachtig en vreemd is dat vrijwel de gehele Wvggz-procedure gevolgd moet worden, omdat over

<sup>3</sup> Zie in dat verband artikel 7.1, onder E, van de Wfz, zoals dat wetsvoorstel op 4 juni 2010 bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal is ingediend, Kamerstukken II, 2009/10, 32 398, nr. 2.

<sup>4</sup> Artikel 509t, vijfde lid, van het Wetboek van Strafvordering, zoals gewijzigd bij de vierde nota van wijziging van de Wvggz, Kamerstukken II, 2016/17, 32 399, nr. 39.



een tbs-gestelde al ruimschoots (medische) informatie bekend is. Daargelaten dat ook over een reguliere patiënt waarvoor een opvolgende zorgmachtiging wordt aangevraagd ruimschoots medische informatie bekend is, is deze vrees voor een omslachtige procedure naar de mening van de regering niet terecht. In de eerste plaats is de procedure aanzienlijk korter dan waar de Rvdr van uit lijkt te gaan. Dit omdat een tbs-gestelde waarvoor een aansluitende zorgmachtiging wordt overwogen niet de mogelijkheid wordt geboden om een eigen plan van aanpak op te stellen. Een eigen plan van aanpak past niet bij deze doelgroep. Ook kan de (medische) informatie die over de tbs-gestelde beschikbaar is bij de procedure voor een zorgmachtiging worden betrokken. Het forensische zorgplan kan worden overgenomen in het zorgplan en een rapportage die ten behoeve van de verlenging van de tbs-maatregel is opgesteld, kan dienen als medische verklaring in de zin van de Wvggz. Dit uiteraard voor zover voldaan wordt aan de vereisten die aan een medische verklaring worden gesteld. Dat een tbs-gestelde ten behoeve van wie een zorgmachtiging wordt afgegeven feitelijk in dezelfde instelling zal blijven, zal, zo is de verwachting van de regering, eerder uitzondering dan regel zijn. De rechter zal de tbs-maatregel alleen beëindigen wanneer hij dat verantwoord acht. Een zorgmachtiging kan, wanneer het vereiste beveiligingsniveau dat noodzakelijk maakt, weliswaar ten uitvoer worden gelegd in een tbs-instelling, maar dat is de uitzondering op de regel.

De regering deelt evenmin de vrees van de Rvdr dat in geval van een hoger beroep in de tbs-verlengingsprocedure een door de rechter in eerste aanleg afgegeven zorgmachtiging 'in de lucht komt te hangen' en dat de Wvggz-procedure in hoger beroep weer over moet worden gedaan. Tegen de zorgmachtiging staat geen hoger beroep open en de vraag of een zorgmachtiging is aangewezen komt in de tbs-verlengingsprocedure in hoger beroep dan niet meer aan de orde. De zorgmachtiging is uitvoerbaar bij voorraad (artikel 6:4, vierde lid, Wvggz). Dat betekent dat de zorgmachtiging direct nadat deze is opgelegd ten uitvoer kan worden gelegd. Dat geldt ook indien tegen de afwijzing van het verzoek tot verlenging van de tbs-maatregel hoger beroep wordt ingesteld.

De regering is van oordeel dat in de Wvggz een zorgvuldige procedure is ontwikkeld, die met de noodzakelijke processuele waarborgen is omgeven, die recht doet aan de verschillende in het geding zijnde belangen en die de huidige opvattingen over verplichte zorg reflecteert.

Concluderend wil de regering nogmaals benadrukken dat de gekozen wettelijke constructie waarin de strafrechter een zorgmachtiging afgeeft op grond van de criteria en de procedure uit de Wvvgz in belangrijke mate bijdraagt aan de harmonisatie van rechtsposities in de gedwongen zorg. Zou de strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 37 Sr blijven bestaan naast de mogelijkheden voor verplichte zorg waarin de Wvggz voorziet, dan zou er een groot verschil in rechtsposities ontstaan, waarbij de uit het strafrecht afkomstige patiënt beduidend minder rechtsbescherming toekomt. Zo kan deze patiënt alleen gedwongen worden opgenomen, terwijl onder de Wvggz ambulante verplichte zorg mogelijk is en gedwongen opname een ultimum remedium is. Ook wordt de strafrechtelijke patiënt gelijk voor een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen, terwijl de eerste zorgmachtiging voor de Wvggz-patiënt voor een half jaar geldt. Het naast elkaar bestaan van twee verschillende procedures brengt bovendien een groot risico met zich mee op verschillen in interpretatie en wijze van toetsen met als resultaat divergerende jurisprudentie. Deze verschillen, die zich voordoen in de huidige rechtspraktijk, wil de regering voor de toekomst voorkomen, conform de wens van de Eerste Kamer. Om al deze redenen zal de regering de wetsvoorstellen op deze fundamentele punten niet wijzigen.

#### **CDA-fractie**

De regering dankt de leden van de **CDA-fractie** dat zij het doel van de wetgeving, waarmee de zorg centraal wordt gesteld en niet langer de gedwongen opname, zo expliciet onderschrijven. De regering is erkentelijk dat de leden begrip tonen voor het feit dat het ook nodig is te kijken naar de veiligheid van de samenleving als zodanig. Wel hebben deze leden nog enkele vragen.

12.

*De leden van de CDA-fractie spreken hun bezorgdheid uit over een mogelijke verschuiving van de wetsvoorstellen van een adequatere behandeling van de patiënt naar de beveiliging van de maatschappij.*

De regering hoopt de zorgen bij de leden van de CDA-fractie te kunnen wegnemen. Ondanks de lange voorbereiding en wijzigingen ten opzichte van de oorspronkelijke wetsvoorstellen, blijven de doelstellingen die met de oorspronkelijke wetsvoorstellen waren beoogd onverminderd van kracht. De Wvggz en Wzd zijn wetten waarin de cliënt en zijn specifieke zorgbehoefte centraal staan, en niet langer de gedwongen opname. Gedwongen zorg is een ultimum remedium: alleen als alle alternatieven in een vrijwillig kader zijn uitgeput en gedwongen zorg het laatste middel is om het voorziene ernstige nadeel af te wenden, is dwang toegestaan. Ook gelden de wettelijke eisen van proportionaliteit en doelmatigheid. Gedwongen zorg moet bovendien regulier geëvalueerd worden. Een belangrijke uitbreiding ten opzichte van de Wbopz bestaat er uit dat op grond van de Wvggz en de Wzd gedwongen zorg ook ambulante verleend kan worden. Zo hoeft niet gewacht te worden met het verlenen van zorg, totdat de situatie zo ernstig is dat het ernstig nadeel alleen kan worden weggenomen door een gedwongen opname. Daarmee is de zorg die betrokkene onder de Wvggz of de Wzd kan ontvangen persoonsgebonden en niet langer instellingsgebonden, zoals onder de Wbopz. Daarnaast is er ook aandacht voor de rol die gemeenten hebben bij het herstel. Voorts krijgt de cliënt een sterkere rechtspositie dan onder de Wbopz.

Dat neemt niet weg dat veiligheid een belangrijke overweging kan zijn om gedwongen zorg toe te passen. Het rapport van de commissie Hoekstra onderstreept dit. Een deel van de betrokkenen brengt als gevolg van de stoornis immers niet alleen zichzelf ernstig nadeel toe, maar kan ook een bedreiging vormen voor anderen of voor de maatschappelijke veiligheid. In dat geval moeten veiligheidsaspecten ook worden meegewogen bij de inzet van de zorg die de betrokkene nodig heeft. Cruciaal hierbij is de uitwisseling van informatie tussen ketenpartners om een goede inschatting te kunnen maken van de stoornis en het ernstig nadeel, en een mogelijke beveiligingsnoodzaak waarin moet worden voorzien. Het primaire uitgangspunt blijft ook hierbij de zorg die het beste past bij de behoefte en de individuele omstandigheden van de betrokkene.

13.

*De leden van de CDA-fractie stellen dat een nieuwe geredigeerde memorie van toelichting en begrijpelijke stroomschema's het werken met de nieuwe wetsvoorstellen zou vereenvoudigen en vragen of de regering hiertoe bereid is. De fractieleden van SP (vraag 59), GroenLinks (vraag 115) en ChristenUnie (vraag 142) geven aan dat een aantal betrokken partijen heeft gevraagd om een integrale memorie van toelichting bij de Wzd en vragen naar de bereidheid van de regering hiertoe.* De regering heeft veel begrip voor deze behoefte van de betrokken partijen. Het toegankelijk maken van de wetteksten en toelichtingen daarop ziet de regering dan ook als een essentieel onderdeel van het (meeromvattende) implementatietraject. Daarbij ziet de regering voor zich informatiemateriaal dat een vertaalslag maakt van de wetteksten en toelichtingen naar de praktijk, waarbij uiteraard de stukken van de parlementaire behandeling het uitgangspunt zijn. Hierin zal ook de suggestie van de leden betrokken worden om bijvoorbeeld stroomschema's en handleidingen te maken.

Juist gelet op de behoefte van het veld, vindt de regering de waarde van een integrale toelichting beperkt omdat het hier gaat om tamelijk ingewikkelde en juridische teksten die, ook geïntegreerd, niet gemakkelijk leesbaar zullen zijn. Naar de mening van de regering wordt daarmee niet aan de behoefte van het veld tegemoet gekomen, maar kan dat wel door op de betrokken partijen gericht informatiemateriaal te maken.

14.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de harmonisatie niet gebaat zou zijn met één wetsvoorstel.* De regering is van mening dat er met deze wetsvoorstellen optimaal recht gedaan wordt aan de eigenheid van de verschillende doelgroepen, terwijl tegelijk is voorzien in een adequate rechtsbescherming. De Wbopz omvat momenteel de doelgroepen van beide wetsvoorstellen. Uit de

tweede evaluatie van de Wbopz kwam juist een pleidooi naar voren om voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten (hierna: de VG/PG) een apart regiem te maken, omdat de Wbopz voor deze doelgroep minder passend is. Waar in de psychiatrie juist meer nadruk komt te liggen op behandeling, is de praktijk van de VG/PG sector meer gericht op verpleging, verzorging, begeleiding en bescherming. Die andere insteek leidt ertoe dat veelal andere vrijheidsbeperkingen om andere redenen worden toegepast dan in de psychiatrie. De argumenten die bij deze evaluatie werden genoemd, zijn daarom nog steeds van kracht. Door rekening te houden met de eigenheid van de verschillende doelgroepen wordt gegarandeerd dat de personen de best mogelijke zorg krijgen ook als het gaat om het zo veel als mogelijk voorkomen van het gedwongen toepassen van deze zorg. Wanneer er één wet zou worden opgesteld, dan zou naar verwachting binnen die wet ook gedifferentieerd worden naar doelgroep. Ook binnen de Wbopz wordt gedifferentieerd naar doelgroep. Zo is op grond van artikel 60 van de Wbopz voor VG/PG cliënten geen rechterlijke maatregel nodig voor diegenen die geen blijk geven van de nodige bereidheid en zich evenmin verzetten tegen een opname of verblijf. Ook voor andere aspecten wordt er thans in de Wbopz, dus binnen één wet, onderscheid gemaakt tussen de verschillende doelgroepen.

15.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de evaluatietermijn een voorbode is dat er op korte termijn één wet zal komen.*

Met de voorgestelde evaluatie kan worden onderzocht of de wetten het beoogde doel bereiken. Dit is, anders dan de leden van de CDA-fractie veronderstellen, geen voorbode dat er op korte termijn één wet zal komen.

16.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering tot de conclusie komt dat voorliggende wetgeving voldoende toekomstbestendig is.*

De regering is van mening dat de voorliggende wetgeving voldoende toekomstbestendig is, mede gelet op de recentere wijzigingen die er, mede op verzoek van Uw Kamer, op gericht waren om de wetsvoorstellen beter op elkaar aan te laten sluiten. Hierbij is gebruik gemaakt van de "Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg" van ZonMw (hierna: thematische wetsevaluatie) naar gedwongen zorg op grond waarvan bijvoorbeeld de kernbegrippen waar mogelijk zijn geharmoniseerd. Daarnaast is met name de Wvvgz gewijzigd naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Hoekstra, die hebben geleid tot een andere rolverdeling. Deze wijzigingen hebben de doelstellingen van de wetsvoorstellen echter ongemoeid gelaten, waaronder het bieden van betere mogelijkheden om zorg op maat te bieden, ook in de ambulante situatie. Juist deze mogelijkheden voor zorg op maat, ook ambulant, maken deze wetsvoorstellen toekomstbestendig, omdat de huidige wetgeving deze mogelijkheden niet biedt en daarmee niet langer voldoet aan de eisen die een veranderende samenleving aan de wet- en regelgeving op het terrein van gedwongen zorg stelt.

17.

*De leden van de CDA-fractie uiten hun zorgen over een zorgvuldige implementatie van de betrokken wetgeving. Zij vragen hoe de regering geborgd heeft dat de hele keten van zorg en veiligheid voldoende is toegerust.*

De regering is met Uw Kamer van mening dat de wetgeving zorgvuldig geïmplementeerd moet worden. Daarom is een goed implementatietraject essentieel. Voor alle drie de wetsvoorstellen wordt een implementatietraject gestart. Bij die implementatie zal nadrukkelijk aandacht zijn voor de samenhang tussen de wetsvoorstellen. Voor de Wvvgz is ook een programma ingericht, dat zich vooral richt op de informatieuitwisseling. Hierin werken alle bij het wetsvoorstel betrokken partijen nauw samen. Dan gaat het om de partijen uit de hele keten, zowel op het terrein van zorg als op veiligheid. Voor de Wfz wordt een soortgelijke ketenaanpak gehanteerd. Naar verwachting zal de implementatie van de Wfz minder omvangrijk zijn dan die van de andere wetten omdat er nu al voor een belangrijk deel conform de Wfz wordt gewerkt, op basis van het huidige Interimbesluit forensische zorg.

18.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt geborgd dat er voldoende kennis en capaciteit is en dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn om de regierol van het OM waar te maken en of daarbij nader kan worden ingegaan op de beschikbare menskracht en voorziene middelen.*

Zoals in de brief van 6 juli 2017<sup>5</sup> en in antwoord op vragen van leden van de fracties van de VVD en de SGP uiteen wordt gezet, is in het kader van het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid een aantal maatregelen doorgevoerd. Het OM is gestart met de werving en opleiding van extra OvJ's en secretarissen. In 2016 zijn de parketten uitgebreid met in totaal 13 parketsecretarissen, 16 administratief medewerkers en 5 OvJ's. Vanaf juli 2017 gaat het om in totaal 5,8 extra OvJ's en om 7 secretarissen. Hiermee zijn inmiddels op alle parketten speciale secretarissen en (deels hiervoor vrijgestelde) OvJ's voor de Wbopz werkzaam. Opleidingen, procesbeschrijvingen, werkinstructies en een uitgebreide kennissite zijn beschikbaar gesteld.

Zowel de nieuwe als de reeds aanwezige OvJ's en secretarissen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wvvgz worden opgeleid in het werken met de Wvvgz. Het verouderde informatiesysteem van het OM wordt herbouwd met het oog op een informatiesysteem dat ook voldoet aan de verplichtingen van de Wvvgz. Daarbij gaat het onder andere om het kunnen verstrekken van een historisch overzicht van Bopz-machtigingen van een persoon aan daartoe gerechtigde partners.

Een belangrijk onderdeel van de kosten van de Wvvgz voor het OM betreffen de kosten die samenhangen met de aanwezigheid ter zitting van de OvJ. Het OM ontvangt structureel 2,5 miljoen euro aan structurele middelen om de Bopz-dossiers te verrijken. In de toekomst zijn deze middelen ook beschikbaar om de Wvvgz-dossiers te verrijken. Vanaf de inwerkingtreding van de Wvvgz tot de wetsevaluatie komt daar jaarlijks maximaal 3 miljoen euro bij om invulling te geven aan de actieve verzoekersrol. Voor de werving en opleiding is eenmalig 1 miljoen euro in 2017 en 1 miljoen euro in 2018 aan het OM verstrekt. De regering verwacht dat het OM met deze middelen goed uitvoering zal kunnen geven aan de actieve verzoekersrol.

19.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering tot de conclusie komt dat er daadwerkelijk voldoende opvang- en behandel mogelijkheden beschikbaar zijn voor de doelgroep van deze wetten.*

Voor de doelgroepen geldt in algemene zin een zorgplicht voor zowel de zorgkantoren als de gemeenten als de zorgverzekeraars om er zorg voor te dragen dat er voldoende opvang en behandel mogelijkheden geboden worden. De verantwoordelijkheid om de beschikbaarheid van voldoende capaciteit te borgen ligt bij de zorgkantoren, gemeenten en de zorgverzekeraars.

De regering voelt een verantwoordelijkheid als blijkt als er voor bepaalde doelgroepen knelpunten zijn ten aanzien van de toegankelijkheid van zorg. Om die reden heeft de Minister van VWS voor de ggz- sector afspraken gemaakt over de behandelcapaciteit en het terugdringen van wachttijden.<sup>6</sup> Belangrijk in dit kader is dat de ggz structureel onderschrijdt, voor 2016 met 288 miljoen euro. Er is dus voldoende financiële ruimte. Signalen van MEE NL over plaatsingsproblematiek en zorgkantoren dat er lokaal sprake zou zijn van beddentekort in de Wlz neemt de regering serieus. Zoals toegezegd in de brief aan de Tweede Kamer<sup>7</sup> worden signalen over beddentekort geïnventariseerd en wordt bezien of verdere acties nodig zijn. Daarnaast beoogt het programmaplan ondersteuning passend zorgaanbod<sup>8</sup> cliënten en de betrokken partijen te ondersteunen om plaatsingsproblemen te voorkomen.

<sup>5</sup> Kamerstukken 2016/17, 32 399, nr. 87.

<sup>6</sup> Zie hierover de brief 'Afspraken wachttijden ggz' (Kamerstukken II, 2016/17, 25 424, nr. 369).

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2016/17, nr. 229.

<sup>8</sup> Zie [www.opaz.info](http://www.opaz.info).

20.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de veiligheid voor de hulpverleners wordt geborgd bij ambulante zorg.*

In het oordeel of zorg op verantwoorde wijze ambulant kan worden verleend, spelen veel factoren een rol, zoals de aard van de zorg, de aandoening, de relatie tussen betrokkene en zorgverlener, de thuissituatie en de omgeving. In het zorgplan wordt de wijze vermeld waarop de geneesheer-directeur of Wzd-arts en de zorgaanbieder de kwaliteit van verplichte zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering van zorg in ambulante omstandigheden (artikel 5:14, eerste lid, van de Wvvggz en artikel 11a, vierde lid, Wzd). Dat kan bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat er meer zorgverleners beschikbaar of snel oproepbaar zijn als dat nodig is. Daarbij worden ook waar mogelijk de voorkeuren van betrokkene meegewogen. De regering is voornemens ook in de amvb's, waarin nadere waarborgen worden geregeld voor de ambulante gedwongen zorg, regels te stellen die ertoe strekken de veiligheid van de cliënt én de zorgverlener te waarborgen.

21.

*De leden van de CDA-fractie hebben enige vragen gesteld over de relatie van het klachtenregime van de Wkkgz en het klachtenregime van de gedwongen zorg. Hieronder worden deze vragen van de betrokken leden beantwoord.*

De veronderstelling van de betrokken fractieleden dat instellingen onder twee klachtenregimes kunnen vallen, te weten het klachtenregime van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz) en het klachtenregime van de Wvvggz of de Wzd, is inderdaad juist.

De klachtenregeling van de Wkkgz houdt in grote lijnen het volgende in. In de eerste plaats moet een zorgaanbieder een regeling treffen voor de opvang en afhandeling van klachten en moet hij in principe binnen zes weken zijn oordeel over een klacht geven. Voorts moet de zorgaanbieder zijn aangesloten bij een – door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en één of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders ingestelde- geschilleninstantie die onder meer tot taak heeft om binnen uiterlijk zes maanden geschillen te beslechten over de beslissing van de zorgaanbieder naar aanleiding van een behandelde klacht. De geschilleninstantie kan een schadevergoeding toekennen.

De Wvvggz en de Wzd bevatten specifieke- aan de huidige klachtenregeling van de Wbopz ontleende - regels over de behandeling van klachten tegen bepaalde, in die wetten genoemde (artikelen 10:3 Wvvggz en 55 Wzd), beslissingen of gedragingen bij de uitvoering van gedwongen zorg.

Op grond van de Wvvggz en de Wzd moet een zorgaanbieder zijn aangesloten bij een – door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en één of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders ingestelde- klachtencommissie. Deze klachtencommissie – en dus niet de zorgaanbieder – dient in principe binnen veertien dagen op de klacht te beslissen. De klachtencommissie kan een schadevergoeding toekennen. Tegen de beslissing van de klachtencommissie kan direct beroep worden ingesteld bij de rechter.

Zowel in de Wvvggz als in de Wzd is uitdrukkelijk bepaald dat de in die wetsvoorstellen bedoelde klachtencommissie in afwijking van de Wkkgz op de klachten beslist. De klachtenregelingen van de Wvvggz en de Wzd zijn dus bijzondere regelingen voor klachten over de in artikel 10:3 Wvvggz of artikel 55 Wzd genoemde beslissingen of gedragingen ter uitvoering van gedwongen zorg. De klachtenregelingen van deze wetsvoorstellen bieden met name voordelen op het punt van snelheid van beslissen door een onafhankelijke instantie over klachten over gedwongen zorg, terwijl voorts de mogelijkheid wordt geopend van een direct beroep op de rechter.

Naar aanleiding van een vraag van de betrokken leden ter zake, wordt opgemerkt dat het dus niet zo is dat instellingen zelf een keuze mogen maken voor een van beide klachtsystemen. Indien sprake is van een klacht tegen een in artikel 10:3 Wvvggz of artikel 55 Wzd aangewezen beslissing of gedraging bij een in die wetten bedoelde klachtencommissie, moet die klacht worden behandeld

overeenkomstig de bepalingen van de Wvggz, onderscheidenlijk de Wzd. In andere gevallen is het klachtenregime van de Wkkgz van toepassing. Dit laat onverlet dat de klachtencommissie, bedoeld in de Wvggz en de Wzd, kan worden geïntegreerd in een geschilleninstantie als bedoeld in de Wkkgz. De eisen die op grond van de Wkkgz aan de geschilleninstantie worden gesteld en de eisen die op grond van de Wvggz en de Wzd aan een klachtencommissie worden gesteld maken het mogelijk de geschilleninstantie en de klachtencommissie in samenhang te organiseren. Wel zal dan tevens voldaan moeten worden aan de (strengere) eisen van de Wvggz en Wzd.

In antwoord op de vraag van de betrokken leden welk systeem bij tegenstrijdige verplichtingen prevaleert, wordt opgemerkt dat in geval van een klacht tegen een in artikel 10:3 Wvggz of artikel 55 Wzd genoemde beslissing of gedraging, het klachtrecht op grond van de in de Wvggz en de Wzd opgenomen bepalingen over het klachtrecht prevaleert.

Doordat de beide klachtenregimes enerzijds gelden voor duidelijk onderscheiden klachten, terwijl anderzijds de eisen die op grond van de Wkkgz worden gesteld aan een geschilleninstantie en de eisen die op grond van de Wvggz en Wzd worden gesteld aan een klachtencommissie zodanig op elkaar zijn afgestemd dat integratie mogelijk is, kan een door de betrokken leden gevreesde verdubbeling van verplichtingen worden voorkomen. Aan betrokken partijen wordt de ruimte geboden om de werkzaamheden van de geschilleninstantie op grond van de Wkkgz en de klachtencommissie op grond van de Wvggz en de Wzd te integreren in één organisatie zodat van dezelfde voorzieningen en elkaars kennis gebruik kan worden gemaakt. Het is aan de partijen zelf om te bepalen of van deze ruimte gebruik wordt gemaakt.

22.

*De fractieleden van het CDA stellen, evenals de fractieleden van GroenLinks, vragen over de regeling van de weigerende observandi.*

Naast de organisatie van de forensische zorg, is in de Wfz een ingrijpende wijziging van artikel 37a Sr opgenomen. Dit artikel 37a Sr bevat een regeling op grond waarvan - onder bepaalde voorwaarden en als ultimum remedium - met doorbreking van het medisch beroepsgeheim van behandelaren persoonsgegevens kunnen worden gevorderd van verdachten van zeer ernstige misdrijven, die weigeren mee te werken aan een pro Justitia-rapportage. Het gaat dan om persoonsgegevens ten behoeve van het onderzoek naar een mogelijke psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap bij de verdachte. Deze zogeheten regeling weigerende observandi, die in het onderhavige wetsvoorstel inhoudelijk niet wordt gewijzigd, nam - zeer begrijpelijk - bij de behandeling van de Wfz in Uw Kamer een prominente plek in. Het is zowel voor de verdachte zelf als voor de maatschappij in het algemeen immers van groot belang dat verdachten van zeer ernstige misdrijven met een psychische stoornis worden behandeld en dat dat, gelet op hun zorgvraag en het vereiste beveiligingsniveau, gebeurt op de meest passende plek.

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering allereerst om een uitvoerige toelichting op deze regeling. Bij de behandeling van de Wfz in Uw Kamer is op verschillende momenten uitvoerig stilgestaan bij de regeling weigerende observandi, met inbegrip van de dringende maatschappelijke behoefte waarin deze regeling voorziet, de vereisten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid en de conformiteit van de regeling met grondrechten. De regering wijst deze leden graag op de nadere memorie van antwoord bij de Wfz<sup>9</sup> en naar de schriftelijke beantwoording van de vragen die door Uw Kamer zijn gesteld tijdens de plenaire behandeling van dat wetsvoorstel<sup>10</sup>. In de genoemde schriftelijke beantwoording heeft de regering ook benadrukt dat de inzet van de regering erop gericht blijft om de gevallen waarin er geen andere oplossing is dan toepassing te geven aan deze regeling zo beperkt mogelijk te houden. Er wordt dan ook continu nagedacht over alternatieve oplossingen die ertoe zouden kunnen leiden dat alsnog - zonder doorbreking van het medisch beroepsgeheim - een bruikbare, volledige pro Justitia-rapportage kan worden opgesteld.

<sup>9</sup> Kamerstukken I 2013/14, 32 398 F, pp. 9-31.

<sup>10</sup> Brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 6 november 2014; Kamerstukken I 2014/15, 32 398 K, pp. 9-19.

Zo heeft de Minister van VenJ onlangs nog een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend waarin de maximale termijn voor de klinische observatie ten behoeve van het onderzoek naar de geestesvermogens van de verdachte eenmalig kan worden verlengd.<sup>11</sup> Een langere observatietermijn geeft het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie de mogelijkheid om de observatietechnieken aan te passen, waardoor naar verwachting ook in geval van weigeren een meer volledige conclusie kan worden getrokken. Deze en andere maatregelen dragen eraan bij dat verdachten alsnog gaan meewerken of dat ondanks de weigering om mee te werken toch een bruikbare, volledige rapportage kan worden opgesteld. Het aanwenden van dergelijke alternatieve oplossingen doet evenwel niet af aan de noodzaak van de voorgestelde regeling inzake weigerende observandi. Die regeling is juist opgezet voor die gevallen waarin de beschikbare alternatieven geen soelaas bieden.

*De leden van de CDA fractie vragen verder of een inbreuk op het medisch beroepsgeheim gerechtvaardigd is, gezien het uitgangspunt van de Hoge Raad, dat alleen indien er 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.*

De jurisprudentie van de Hoge Raad waar de leden op doelen ziet op een situatie waarin er geen sprake is van een wettelijke plicht tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim; in dat geval kan een arts alleen in de door de Hoge Raad omschreven uitzonderlijke situatie een inbreuk op het medisch beroepsgeheim maken. Artikel 37a Sr biedt juist wel een wettelijke regeling ter zake; het regelt de verplichting om in bepaalde gevallen aan een multidisciplinaire commissie bepaalde medische gegevens te verstrekken ten behoeve van de door de rechter te nemen beslissing tot oplegging van de tbs-maatregel. De regeling inzake de weigerende observandi maakt een wettelijke doorbreking van het medisch beroepsgeheim mogelijk, zodat de betrokken jurisprudentie van de Hoge Raad geen betrekking heeft op deze situatie.

23.

*De leden van de fracties van het CDA en van GroenLinks (vraag 126) informeren hoe kan worden voorkomen dat patiënten met het oog op deze regeling in de toekomst medische, psychiatrische of psychologische zorg zullen mijden en hoe geborgd wordt dat personen met gedragsproblemen, die mogelijk tot een delict kunnen leiden, bereid blijven om zich vroegtijdig te melden bij de ggz.*

Hoewel het lastig is om hiervan een inschatting te maken, gaat de regering ervan uit dat de regeling hooguit enkele tientallen keren per jaar zal worden toegepast. Naar aanleiding van de vraag van de fractieleiden van GroenLinks hoe groot deze groep verdachten is ten opzichte van de groep patiënten die hiermee mogelijk zorg gaan mijden, merkt de regering op dat zij niet verwacht dat deze regeling aanleiding zal zijn tot het mijden van zorg. Die vrees gaat uit van de veronderstelling dat mensen er rekening mee houden dat zij in de toekomst mogelijk een ernstig delict zullen plegen en dat zij hun zorgvraag telkens bewust afwegen tegen die mogelijkheid. De regering meent dat de meeste mensen een dergelijke afweging niet zullen maken. Voor zover zij dat wel zouden doen, meent de regering dat de voorliggende regeling een dusdanig beperkte reikwijdte heeft, dat daarvan niet een dermate afschrikwekkende werking uitgaat dat mensen die zorg behoeven, louter omwille van een mogelijke toekomstige toepassing van die regeling van behandeling af zullen zien. In dit verband merkt de regering nog op dat toeleiding naar passende zorg en ondersteuning aandacht krijgt in het programma personen met verward gedrag en dat dit een van de door het Aanjaagteam verwarde personen geformuleerde bouwstenen is. Toegang tot zorg moet laagdrempelig zijn, zodat mensen bereid zijn passende hulp te zoeken. Voor zover er sprake is van personen die zorg mijden, ligt er een taak van de gemeente om deze mensen in beeld te brengen en toch te verleiden om passende hulp te zoeken. In een aantal regio's is afspraken gemaakt over het inzetten van professionals die zorgen dat personen die geen zorg

---

<sup>11</sup> Zie het bij koninklijk besluit van 7 juni 2017 ingediende voorstel van wet tot wijziging van het Wetboek van Strafvordering, de Penitentiaire beginselenwet, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en enkele andere strafrechtelijke wetten met het oog op het aanbrengen van enkele hoofdzakelijk procedurele verbeteringen ten behoeve van de rechtspraak (Kamerstukken 34 736).

willen, of die niet inzien dat ze die nodig hebben, passende hulp krijgen. Dit wordt gedaan door teams van de GGD, ggz (in de vorm van FACT-teams) of in samenwerking. Tot slot zegt de regering toe dat bij de reeds toegezegde evaluatie van de regeling bezien zal worden of de toepassing van de regeling leidt tot deze, of andere, mogelijke ongewenste neveneffecten.

24.

*De leden van de CDA-fractie maken zich zorgen dat bij amvb ook andere vormen van zorg als forensische zorg kunnen worden aangemerkt, dan wel daarvan kunnen worden uitgesloten, omdat dit betekent dat de zorg en de patiëntcategorieën die onder de wet zullen vallen, gemakkelijk, snel en zonder democratische toets kunnen variëren.*

De regering hoopt deze zorgen weg te nemen door erop te wijzen dat het hier geen ongebreidelde bevoegdheid betreft. Er dient immers altijd sprake te zijn van een forensische titel, en de Wfz sluit zelf in artikel 1.1, tweede lid, al uit dat personen ten aanzien van wie het adolescentenstrafprocesrecht is toegepast, onder de reikwijdte van de definitie vallen. Of een bepaalde vorm van zorg moet worden aangewezen of juist moet worden uitgesloten, is bijvoorbeeld afhankelijk van het zogeheten 'verzekerde pakket' in de reguliere zorg. Dat kan gewijzigd worden en dan is het van belang dat daar snel op kan worden ingespeeld, zodat geborgd is dat de Minister van VenJ die vormen van zorg kan blijven inkopen, op basis van de prestatiebeschrijvingen en tarieven die daartoe voor de forensische zorg worden vastgesteld door de Nederlandse zorgautoriteit (hierna: NZa).

De regering wijst erop dat een vergelijkbare delegatiebepaling al sinds 2010 in het Interimbesluit forensische zorg is opgenomen (artikel 3, vierde lid). Op basis van deze delegatiegrondslag zijn begeleiding, beschermd wonen, de behandeling van aanpassingsstoornissen, de behandeling van toestanden die worden aangeduid met: andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, psychoanalyse en transcraniële magnetische stimulatie in de Interimregeling aanwijzing forensische zorg aangewezen als forensische zorg. Er zijn verder geen uitzonderingen op de reikwijdte van de definitie gemaakt. Dit toont aan dat van deze bevoegdheid slechts spaarzaam gebruik wordt gemaakt.

25.

*De leden van de CDA-fractie stellen de vraag wat de overweging is geweest om in de Wfz, in plaats van een specifieke, wettelijke grondslag, nadere invulling mogelijk te maken in amvb's.*

Met deze vraag stellen de leden van de CDA-fractie het karakter van de Wfz aan de orde. De Wfz kan worden aangemerkt als een kaderwet, waarin de organisatie van de forensische zorg wordt geregeld. Dit wetsvoorstel schept de kaders om ervoor te zorgen dat de forensische patiënten worden toegeleid naar de juiste zorg, de instellingen effectief worden aangestuurd en de forensische zorg betaalbaar blijft. De inhoud van de te leveren forensische zorg wordt hierin niet geregeld en de interne rechtspositie van forensische patiënten wordt - afhankelijk van het regime waaronder zij vallen - geregeerd door de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiaire beginselenwet (hierna: Pbw), de Wvvgz, de Wzd of de Wgbo. De bepalingen inzake de dwangbehandeling, waar deze leden aan refereren bevatten overigens geen grondslag om dwangbehandeling toe te kunnen passen, maar enkele technische verbeteringen van de wet van 13 september 2012 tot wijziging van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten (Stb. 2012, 410). Deze wet is reeds op 1 juli 2013 in werking getreden.

Voor de onderwerpen die wel in de Wfz geregeld worden, waaronder de gegevensverwerking, de aansturing van de instellingen, de inkoop, de procedure van de indicatiestelling en de plaatsing en overplaatsing van forensische patiënten geldt dat een nadere uitwerking op een lager niveau noodzakelijk is, zowel vanuit het oogpunt van overzichtelijkheid en leesbaarheid van de wet als om de nodige flexibiliteit te behouden. Van dergelijke kaderwetten met delegatiebepalingen wordt zowel op het terrein van het Ministerie van VenJ als op dat van het Ministerie van VWS vaker gebruikgemaakt.



26.

Onder verwijzing naar de opmerkingen van de vertegenwoordiger van de Rvdr tijdens de hoorzitting stellen de leden van de fracties van het CDA, de SP (vraag 67), GroenLinks (128) en de ChristenUnie (vraag 143) allemaal de procedure aan de orde die de strafrechter moet toepassen wanneer hij overweegt om met toepassing van artikel 2.3 van de Wfz een zorgmachtiging af te geven. Deze vragen zijn beantwoord in samenhang met de vragen van de fracties van de VVD (vraag 11) en de SGP (vraag 153) over de kritiek van het OM op deze voorgestelde procedure. De regering verwijst hiervoor naar de voorgaand gegeven antwoorden.

27.

*De leden van de CDA-fractie verwijzen naar de drie terreinen van de forensische zorg (het gevangeniswezen, de forensische ggz en de tbs), en vragen hoe een veilige en verantwoorde overplaatsing kan plaatsvinden, zonder dat grote verschillen in rechtsbescherming optreden.* In de afgelopen jaren zijn de forensische zorg en de reguliere zorg steeds beter op elkaar gaan aansluiten. Zo zijn met de komst van de Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's) de mogelijkheden om psychiatrische zorg in het gevangeniswezen te verlenen vergroot. Ook is er meer aandacht voor het belang van veiligheid in de ggz. Denk bijvoorbeeld aan de veldnorm over beveiligde zorg die wordt ontwikkeld (zie het antwoord op vragen 28, 63 en 66) en aan het opnemen van de term 'veiligheid' in artikel 8:15 van de Wvggz dat ziet op het opstellen van huisregels. In de tbs wordt de rechtsbescherming versterkt. De regering verwijst daarbij naar de evaluatie van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden die in 2016 is uitgevoerd. Zie de beleidsreactie op deze evaluatie die naar de Tweede Kamer is verstuurd<sup>12</sup>.

Overplaatsingen tussen de verschillende domeinen vinden op een veilige en verantwoorde manier plaats. Gedetineerden die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben kunnen in een ggz-instelling worden geplaatst. Dit gebeurt alleen als dit verantwoord is. Hiertoe worden onder meer de kans op maatschappelijke onrust of ontvluchting, het in verband daarmee benodigde niveau van beveiliging, en de aanwezigheid van geschikte plaatsen bij ggz-instellingen overwogen. Indien overplaatsing niet verantwoord is, maar wel een klinische plaatsing noodzakelijk is, kan betrokkene in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum worden geplaatst. Een overplaatsing van detentie naar de reguliere zorg dient op grond van de Wfz plaats te vinden op basis van instemming van de patiënt of op basis van een zorgmachtiging.

Wanneer forensische patiënten worden geplaatst in een ggz-instelling en er is geen zorgmachtiging, dan gelden enkele algemene bevoegdheden voor de instelling. Deze bevoegdheden zijn opgenomen om te kunnen waarborgen dat de patiënt op een veilige en verantwoorde manier bij de zorgaanbieder kan worden geplaatst. De instelling kan als gevolg hiervan met het oog op de veiligheid beheersbevoegdheden inzetten, ook indien de betreffende forensische patiënt met zijn instemming in de instelling verblijft. Het gaat om bevoegdheden als het beperken van het recht op ontvangen van bezoek, het recht op het beperken van de bewegingsvrijheid en het recht op het gebruik van communicatiemiddelen. Betrokkenen worden voorafgaand aan hun verblijf over deze rechtspositie geïnformeerd, zodat zij weten waarmee zij instemmen.

Voordat een patiënt op grond van artikel 2.3 Wfz in de reguliere zorg wordt geplaatst zal het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) worden verzocht een advies uit te brengen dat ingaat op de componenten zorgbehoefte en beveiligingsniveau. Op basis van het advies kunnen het openbaar ministerie en de rechter in het individuele geval volledig geïnformeerd beoordelen welk behandeltraject zij voor de betreffende verdachte het meest passend achten. Ook wordt hiermee gewaarborgd dat op het moment dat inderdaad wordt gekozen voor afgifte van een zorgmachtiging, helder is welk zorg- en beveiligingsniveau in de reguliere ggz moet worden geboden om de patiënt adequaat te kunnen behandelen. Ook dit draagt bij aan een veilige en verantwoorde plaatsing.

---

<sup>12</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 29 452, nr. 206

Tot slot merkt de regering nog op dat de harmonisatie van de (interne) rechtspositie in de verschillende gebieden van de forensische zorg in de komende periode nog nader vorm zal krijgen. Doordat de Wvggz en de Wzd nu in sterke mate op elkaar zijn afgestemd en de aansluiting van de Wfz op die wetsvoorstellen is versterkt, is een belangrijke eerste stap in het harmonisatietraject gezet. Conform de beleidsreactie op de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg van ZonMw<sup>13</sup> volgt hierna de nadere harmonisatie van de rechtsposities.

28.

*De CDA-fractieleden vragen op welke grond de regering tot de conclusie komt dat de continuïteit van de behandeling bij de overgang van strafrechtelijke zorg naar reguliere zorg voldoende is geborgd.*

De regering meent met de Wfz veel aandacht te hebben voor de continuïteit van zorg. Het wetsvoorstel regelt op het gebied van de zorgcontinuïteit onder andere dat de zorgaanbieder zes weken voor de afloop van de strafrechtelijke titel voorbereidende handelingen treft om zo nodig aansluitende zorg te regelen (artikel 2.5 Wfz). Dat gebeurt zo mogelijk op basis van vrijwilligheid van de justitiabele, maar indien toch een rechterlijke machtiging aangewezen is, dan biedt die termijn de tijd om die voor te bereiden. Een zorgmachtiging (Wvggz) of opnamemachtiging (Wzd) aansluitend aan de strafrechtelijke titel kan met toepassing van artikel 2.3 Wfz worden afgegeven door de strafrechter. Uiteraard kan dit alleen wanneer aan de criteria van de desbetreffende wet wordt voldaan.

Het borgen van de overgang van zorg die wordt verleend in een strafrechtelijk kader naar zorg die wordt verleend in een regulier kader is echter een gecompliceerd vraagstuk dat niet alleen met wetgeving kan worden opgelost. Om een goede overgang van zorg te borgen is het belangrijk dat in de regio goed wordt samengewerkt tussen partijen uit de strafsector en de reguliere zorgsector en dat zij een gedeelde verantwoordelijkheid voelen voor de betreffende patiënten. Daartoe heeft van 1 januari 2016 tot 1 juli 2017 het programma continuïteit van zorg gelopen waarin juist deze aspecten centraal stonden. Het programma had vijf opdrachtgevers: de Ministeries van VenJ en van VWS, GGZ Nederland, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (hierna: VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN). Het programma heeft onder meer geleid tot een handreiking voor professionals die ondersteuning biedt bij het oprichten en invullen van een regionaal overleg rondom de patiënt. Tijdens het programma hebben twee spotlightregio's, Oost-Nederland en Rotterdam-Rijnmond, geoefend met een regionaal casus- en beleidsoverleg. Deze ervaringen zijn verwerkt in de handreiking. Met de handreiking kunnen professionals uit het zorg- en veiligheidsveld aan de slag om op de patiënt gerichte trajecten in te zetten en afspraken te maken met ketenpartners, de patiënt en naasten over verantwoordelijkheden en zorg- en begeleidingsbehoeften. Daarnaast zijn in het kader van het programma knelpunten gesignaleerd op het gebied van bekostiging en regelgeving bij patiënten die zich verplaatsen tussen de verschillende stelsels. Voor deze knelpunten zijn waardevolle oplossingsrichtingen geformuleerd. Ook is een onderzoek uitgevoerd naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die zorg nodig hebben en geen juridische titel (meer) hebben. Naar aanleiding hiervan hebben de Ministeries van VWS en VenJ aan GGZ Nederland de opdracht gegeven om – in samenwerking met relevante andere partijen – te komen tot een veldnorm voor beveiligde zorg en een levensloopfunctie die het mogelijk moet maken langduriger zicht te houden op de patiënt en tijdig en adequaat zorg te bieden. Verder wordt in het kader van een pilot geoefend met het overnemen van indicatiestellingen voor maximaal 90 dagen. Deze indicatie blijft dan bruikbaar en wordt overgenomen door de financier in het stelsel waar de patiënt zijn zorgtraject vervolgt. Binnen deze termijn van maximaal 90 dagen moet een nieuwe indicatie worden geregeld. Dit bevordert een soepele overgang tussen de verschillende stelsels van zorg.

Om het onderwerp de komende jaren op de agenda van betrokken partijen te houden hebben de opdrachtgevers van het programma samenwerkingsafspraken gemaakt voor de komende drie jaar. De opdrachtgevers committeren zich aan de aanbevelingen van het programma en zetten zich de

---

<sup>13</sup> Kamerstukken II, 2015/16, 25 424, nr. 323

komende jaren in om hier nader invulling aan te geven. Waar nodig worden andere relevante partijen betrokken.

29.

*De leden van de CDA-fractie vragen om een verduidelijking van hoe de regering aankijkt tegen de samenplaatsing van strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen in justitiële inrichtingen.* Per 1 januari 2010 verblijven er geen civielrechtelijk geplaatste jeugdigen meer in een Justitiële Jeugdinrichting (hierna: JJI). De samenplaatsing van strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen was sinds 2000 onderdeel van maatschappelijke en politieke discussie en wetenschappelijk onderzoek. Het plan om de strafrechtelijk geplaatste jeugdigen en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen te scheiden ontstond vanwege onvoldoende aanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen, in combinatie met een toename van het aantal civiele crisisplaatsingen. Geconstateerd werd dat het toenmalige aanbod van JJI's, de provinciale jeugdzorg, de jeugd-ggz en de zorg voor licht verstandelijk beperkten voor de groep jeugdigen met ernstige gedragsproblemen ontoereikend was. Ook bestonden zorgen over het samenplaatsen van daders en slachtoffers.

De beperkte flexibiliteit van het regime binnen de JJI's vormde een belemmering om deze groep civielrechtelijk geplaatste jeugdigen goed te helpen. Het ontbreken van passend vervolgaanbod leidde er in de praktijk bovendien toe dat jeugdigen onnodig lang onder het regime van de JJI verbleven, waardoor sprake was van onnodige vrijheidsbeneming. De beëindiging van de plaatsing van civielrechtelijk geplaatste jeugdigen in een JJI is een impuls geweest voor de ontwikkeling van de gesloten jeugdhulp als passend alternatief voor deze groep jongeren die primair bescherming nodig hebben.

In de periode vóór de scheiding van strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatsten was er onderscheid tussen opvanginrichtingen en behandelinrichtingen. Civielrechtelijk geplaatste jeugdigen werden opgevangen in een opvanginrichting. Dit onderscheid bestaat niet meer. De JJI's hebben de afgelopen jaren een ontwikkeling doorgemaakt, waarin fors geïnvesteerd is in een leef- en leerklimaat. Jeugdigen krijgen een behandeling, toegespitst op hun complexe (gedrags) problematiek. De behandeling is gericht op resocialisatie en voorkoming van recidive.

De afgelopen jaren is sprake van een dalende instroom van jeugdigen aan de strafrechtelijke kant. Meerdere JJI's zijn inmiddels gesloten, waardoor het principe van regionale plaatsing onder druk is komen te staan. Dit, terwijl de jeugdige juist meer gebaat is bij continuering van zorg, school en werk en bij maatwerk qua zorg en beveiliging. Er is behoefte aan een meer gedifferentieerd zorg- en beveiligingspalet bij voorzieningen en bedden waar jeugdigen met een strafrechtelijke titel terecht kunnen komen. Met het traject Verkenning Invulling Vrijheidsbeneming Justitiële Jeugd (hierna: VIV JJ) wordt stapsgewijs verkend wat de mogelijkheden hiervoor zijn. Onderdeel hiervan is de verkenning in hoeverre het haalbaar is om bepaalde jeugdigen met een strafrechtelijke titel in een civielrechtelijke setting te plaatsen. Dit is wezenlijk anders dan de situatie vóór 2010, waarbij jeugdigen met een civielrechtelijke titel in een strafrechtelijk regime werden geplaatst.

Tijdens het verkenningstraject gaven de professionals aan dat er qua (gedrags)problematiek overlap is tussen jongeren met een strafrechtelijke titel in een JJI en jongeren die geplaatst zijn in een jeugdhulpinstelling op basis van een civielrechtelijke titel. Bij de groepen jeugdigen is sprake van gelijke problematiek, zoals een licht verstandelijke beperking, verslaving, hechtings- en aanpassingsproblemen en beperkt reflecterend vermogen - een beeld dat ook vrij recentelijk weer bevestigd is door de RSJ en ZonMw. In het voorjaar van 2018 zal besluitvorming plaatsvinden over de resultaten van de VIV JJ, inclusief een beslissing over samenplaatsing.

30.

*De leden van de CDA-fractie stellen dat door de harmonisatie van de term 'ernstig nadeel' onbedoeld een materiële uitbreiding van het eerdere schadecriterium tot stand is gekomen. Ook de leden van de SP-fractie vragen naar de praktische toepassing van het criterium.*

Zoals de regering in bij de desbetreffende aanpassing in de tweede nota van wijziging heeft toegelicht, is er geen uitbreiding beoogd ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel, noch ten opzichte van het huidige gevaarscriterium onder de Wbopz. Dat geen materiële uitbreiding is beoogd ten opzichte van de Wbopz, blijkt ook uit de opsomming van elementen waaruit ernstig nadeel kan bestaan. Deze elementen zijn ontleend aan de Wbopz en de jurisprudentie in dat kader. In die zin is er geen wijziging voor de praktijk.

Van belang is ook om het criterium te zien in het licht van de uitgangspunten van de wetsvoorstellen. Verplichte of onvrijwillige zorg is altijd een ultimum remedium dat wordt getoetst aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, welke zorg uitsluitend wordt toegepast als alle alternatieven zijn overwogen en geen minder ingrijpende maatregelen voorhanden zijn. Bij ieder ingrijpen is de vraag of de inbreuk die wordt gepleegd, opweegt tegen het ernstige nadeel dat betrokkene of een ander ondervindt door niet in te grijpen.

31.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat psychiatrische stoornissen vaak voorkomen in combinatie met psychogeriatrische stoornissen en/of een verstandelijke handicap. Zij vragen wanneer de Wvggz of de Wzd van toepassing is.*

Het klopt dat een combinatie mogelijk is en dat dit ook voorkomt. Hierbij is van belang vast te stellen wat de dominante aandoening is en wat de best passende zorg is. Het is aan de ter zake kundige arts dit te bepalen. Het is niet altijd eenvoudig om dit vast te stellen, maar wat betreft de werkwijze wijkt de zorg op basis van de Wzd en de Wvggz op dit punt niet af van de zorgbreed geldende praktijk. Bij elke cliënt moet worden onderzocht of sprake is van multiproblematiek, en zo ja, welke stoornis primair is.

32.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de Wvggz er niet in voorziet dat de politie geïnformeerd wordt over een zorgmachtiging wanneer iemand wordt aangehouden. Ook is niet voorzien in informatieoverdracht vanuit het OM aan de politie. De leden vragen of de regering bereid is deze informatiedeling alsnog op te nemen.*

De regering kan zich voorstellen dat het voor de politie, vanuit een oogpunt van goede risicotaxatie en passende benadering, van belang is om te weten dat voor een betrokkene een zorgmachtiging voor (ambulante) verplichte zorg is afgegeven. Tegelijkertijd dient de privacy van betrokkene te worden beschermd en dient voorkomen te worden dat onnodig standaard bijzondere persoonsgegevens worden verstrekt. In een nadere verkenning wordt met het OM en de politie bezien wat noodzakelijk is en welke ruimte de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG) biedt om de politie in uitzonderlijke situaties van noodzakelijke informatie te voorzien. Verder wijst de regering er op dat in het kader van samenwerkingsverbanden informatie kan worden gedeeld tussen organisaties. Het wetsvoorstel richt zich nadrukkelijk op samenwerking en verplicht tot regionaal overleg tussen OvJ's, gemeenten, geneesheren-directeur en onder meer de politie over de toepassing van de wet, knelpunten in de uitvoering en de noodzakelijke gegevensverstrekking. Een mogelijkheid hiervoor is om gebruik te maken van een veiligheidshuis, waar informatie uit verschillende domeinen wordt gedeeld om te komen tot de aanpak en afdoening van complexe problematiek. Ook deze overleggen kunnen bijdragen aan de informatiepositie van de politie.

33.

*De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom het wetsvoorstel niet voorziet in een mogelijkheid tot informatie uitwisseling in plaats van een verplichting tot informatie uitwisseling en overleg? Zij verwijzen in dit kader naar bijvoorbeeld artikel 5:8 Wvggz e.v.*

Voor de beoordeling van de noodzaak, de voorbereiding en de uitvoering van de verplichte zorg is het essentieel dat ketenpartners (OM, politie, gemeenten en de ggz) informatie met elkaar delen ten behoeve van de beantwoording van de vraag of verplichte zorg nodig is. Daarbij dient zowel informatie te worden uitgewisseld van de ggz naar justitie als van justitie naar de ggz.

In het onderhavige wetsvoorstel wordt beoogd voor alle voorzienbare, noodzakelijke gegevensverstrekkingen een grondslag in de wet te bieden. Indien een beroepsbeoefenaar op grond van een wettelijke verplichting gegevens dient uit te wisselen, is de afweging met betrekking tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim niet meer aan de orde. Uit het rapport van de commissie Hoekstra blijkt dat er thans geen consistente lijn is in de wijze waarop instellingen van de ggz en zorgprofessionals inzage krijgen in de gegevens van politie en justitie, en dat het voor betrokken professionals niet altijd duidelijk is wat onder de huidige wet- en regelgeving wel of niet is toegestaan ten aanzien van de doorbreking van het beroepsgeheim. Met een wettelijke verplichting tot informatie-uitwisseling (welke gegevens en de wijze waarop) wordt in de gevraagde consistentie voorzien door deze bij wet vast te leggen. De zorgprofessional hoeft in geval van een verplichting tot informatie-uitwisseling geen afweging te maken welke gegevens mogen worden verstrekt. De regering is van mening dat op deze wijze tegemoet wordt gekomen aan een belangrijke aanbeveling van de commissie Hoekstra.

Ingevolge artikel 5:8 Wvvgz zorgt de geneesheer-directeur voor een medische verklaring van een psychiater over de actuele gezondheidstoestand van betrokkene en/of uit het gedrag van betrokkene als gevolg van zijn psychische stoornis ernstig nadeel voortvloeit. Deze medische verklaring is ten behoeve van de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging aan de rechter. De geneesheer-directeur moet beschikken over de medische verklaring, omdat hij de zorgregie heeft en het belangrijkste aanspreekpunt is voor de OvJ. Tevens is de geneesheer-directeur degene die de OvJ moet adviseren over de vraag of verplichte zorg aangewezen is. Dat zijn de redenen waarom de geneesheer-directeur over deze informatie moet beschikken.

34.

*De leden van de CDA-fractie vragen welke professional de rol van geneesheer-directeur vervult en welke die van zorgverantwoordelijke, alsmede hoe deze professionals zich tot elkaar verhouden.* Het voorstel voor de Wvvgz kent voor het interne toezicht de functie van de geneesheer-directeur. Deze wordt volgens artikel 1:1, eerste lid, onderdeel i, van de Wvvgz, vervuld door een arts als bedoeld in de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG). In de praktijk is dit vrijwel altijd een psychiater. Deze bewaakt onder andere intern de kwaliteit van de verplichte zorg en is daarop aanspreekbaar.

De zorgverantwoordelijke die door de geneesheer-directeur wordt aangewezen op grond van artikel 5:6 van de Wvvgz, dient in elk geval een persoon te zijn die een geregistreerd beroep uitoefent als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die behoort tot een bij regeling van de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen (conform artikel 1:1, lid 1, onderdeel bb, van de Wvvgz). Te denken valt aan de beroepsbeoefenaren die regiebehandelaar kunnen zijn op grond van het Model-Kwaliteitsstatuut ggz<sup>14</sup>. De regiebehandelaar coördineert het zorgproces en is het eerste aanspreekpunt voor de betrokkene en zijn naasten of wettelijke vertegenwoordiger. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn uitgewerkt in het Model-Kwaliteitsstatuut ggz.

Veelal zal een betrokkene al in contact staan met hulpverleners, of reeds ergens onder behandeling zijn of zijn geweest. Indien degene die verantwoordelijk is voor de zorgverlening in die situatie voldoet aan de eisen die aan een zorgverantwoordelijke zijn gesteld, kan hij door de geneesheer-directeur worden gevraagd een zorgplan op te stellen. Als er echter nog geen zorgverantwoordelijke is, wordt met aanwijzen in de zin van artikel 5:6 van de Wvvgz beoogd dat door de geneesheer-directeur zo snel mogelijk in de vervulling van die rol wordt voorzien, zodat met de voorbereiding van het zorgplan kan worden aangevangen. Het gaat hier niet om een aanwijzing in hiërarchische zin of om een aanwijzing in de zin van de Awb; de zorgverantwoordelijke is niet ondergeschikt aan de geneesheer-directeur. De aanwijzingsbevoegdheid reflecteert wel de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur. Hij bepaalt dus wie de rol van zorgverantwoordelijke kan vervullen. Hij kan ook besluiten – ambtshalve of op verzoek – om tijdens de uitvoering van de zorgmachtiging een

---

<sup>14</sup> <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>.

andere zorgverantwoordelijke aan te wijzen (zie artikel 8:16 van de Wvvgz). De geneesheer-directeur heeft daarmee een zekere doorzettingsmacht om zijn verantwoordelijkheid vorm te kunnen geven, bijvoorbeeld wanneer ingrijpen aangewezen is naar aanleiding van aanwijzingen dat de kwaliteit van de verplichte zorg onvoldoende is. Alsdan kan de geneesheer-directeur op grond van artikel 8:16 van de Wvvgz de verantwoordelijkheid voor het verlenen van verplichte zorg aan een andere zorgverantwoordelijke toewijzen. Meestal zal artikel 8:16 Wvvgz echter toegepast worden in een situatie dat een cliënt wordt overgeplaatst naar een andere setting, waarmee het logisch is dat er een andere zorgverantwoordelijke wordt aangewezen.

35.

*De leden van de CDA-fractie constateren dat het in het oorspronkelijke wetsvoorstel Wvvgz opgenomen hoger beroep tegen een verleende zorgmachtiging bij tweede nota van wijziging is geschrapt, en de mogelijkheid tot cassatie is blijven staan. Zij stellen in dit kader dat de behandeling van een ontslagverzoek van een patiënt op grond van de Wbopz door de meervoudige kamer het ontslagverzoek het karakter van een intern appèl tegen de opnamebeslissing geeft. Zij vragen waarom een dergelijk construct niet in de Wvvgz is overgenomen, en of de regering bereid is het wetsvoorstel in die zin aan te passen.*

De regering acht het om meerdere redenen niet wenselijk om wettelijk voor te schrijven dat een beroep tegen de afwijzing van een verzoek om de tussentijdse beëindiging van een zorgmachtiging door een meervoudige kamer moet worden afgedaan. Dit betreft zowel principiële redenen als redenen van proceseconomische aard. Of een zaak noopt tot meervoudige afdoening door de rechter, is een vraag die naar de mening van de regering het beste door de rechter zelf kan worden beoordeeld, aan de hand van de inhoud van de voorliggende zaak. Lang niet alle beroepen tegen de afwijzing van een verzoek om tussentijdse beëindiging zullen tot meervoudige afdoening nopen. Meervoudige afdoening zal met name niet aan de orde zijn bij verzoeken om tussentijdse beëindiging die kort na de afgifte van een zorgmachtiging worden gedaan en waarbij geen sprake is van gewijzigde omstandigheden. Een zorgmachtiging komt tot stand door middel van een procedure die met de nodige rechtswaarborgen is omgeven. De regering vindt het dan ook minder gelukkig om de procedure over een verzoek tot tussentijdse beëindiging van een zorgmachtiging aan te duiden als een vorm van 'intern appèl'. Dat doet naar de mening van de regering geen recht aan de zorgvuldigheid waarmee de zorgmachtiging tot stand is gekomen. De versterking van de rechtsbescherming van de patiënt ten opzichte van de Wbopz heeft de regering op andere terreinen gezocht. Zo worden alle vormen van verplichte zorg vooraf door de rechter getoetst en niet alleen de gedwongen opname zoals onder de Wbopz. Daarbij kan betrokkene ook reeds bij de voorbereiding van de zorgmachtiging een beroep doen op advies en bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon. Daarnaast heeft betrokkene de mogelijkheid om met familie en naasten een eigen plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te voorkomen en is er in de procedure een apart document, de zorgkaart, waarop betrokkene zijn voorkeuren en wensen duidelijk kan maken. Op deze wijze is de rechtspositie van betrokkene aanzienlijk versterkt.

36.

*De leden van de CDA-fractie betreuren het dat het advies van de Raad van State om de hoofdelementen van ambulante dwang in de Wzd zelf op te nemen niet is overgenomen. Zij zijn van mening dat ambulante onvrijwillige zorg een kernelement van de wetgeving betreft waarbij de meest zorgvuldige procedure gevolgd moet worden en vragen hoe de regering aan deze kritiek tegemoet denkt te kunnen komen. De leden van de VVD-fractie stelden eenzelfde vraag (vraag 1). De regering deelt de mening van de leden van de CDA-fractie dat de ambulante onvrijwillige zorg een kernelement van de wetgeving betreft, waarbij de meest zorgvuldige procedure moet worden gevolgd. Dat wordt met deze wetgeving geborgd.*

In de eerste plaats wordt een zeer belangrijk deel van de waarborgen die zullen gelden voor ambulante gedwongen zorg op wetsniveau geregeld. Zo zijn de in beide wetsvoorstellen opgenomen procedures en waarborgen onverkort van toepassing op de gedwongen zorg die buiten een accommodatie wordt verleend. Voor de Wzd kunnen in dit kader bijvoorbeeld worden genoemd: het uitgebreide stappenplan met de eisen van ultimum remedium, proportionaliteit,

subsidiariteit, rekening houden met de voorkeuren van de cliënt, multidisciplinair overleg, overleg met een externe deskundige, evaluatie, de vereiste beoordeling door de Wzd-arts, het klachtrecht en de cliëntenvertrouwenspersoon.

Daarnaast is voor de in de amvb op te nemen bepalingen over ambulante gedwongen zorg een voorhangprocedure voorgeschreven, zodat de parlementaire betrokkenheid is gewaarborgd. Voorts dient bedacht te worden dat dwang buiten een accommodatie op dit moment formeel wettelijk niet is toegestaan en derhalve nieuw is. Het is niet uitgesloten dat na inwerkingtreding van de wet en de amvb blijkt dat er nog meer of andere waarborgen nodig zijn. Doordat deze materie thans op het niveau van amvb wordt geregeld, is dit op relatief korte termijn te realiseren.

37.

*De leden van de CDA-fractie vragen om een toelichting op het schrappen van hoger beroep tegen de rechterlijke machtiging op grond van de Wzd en vragen hoe dit past in de filosofie van deze wetgeving dat cliënten beter moeten worden beschermd.*

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was, anders dan in de Wbopz, de mogelijkheid van hoger beroep niet uitgesloten. Mede op advies van de Raad van State is bij de tweede nota van wijziging behorend bij de Wvggz de mogelijkheid van hoger beroep alsnog uitgesloten, zowel voor de zorgmachtiging op grond van de Wvggz als voor de rechterlijke machtiging op grond van de Wzd. Reden hiervoor was onder meer dat niet is gebleken dat behoefte bestaat aan de mogelijkheid van hoger beroep naast de in ieder geval bestaande mogelijkheid van cassatie. De Raad wees er verder op dat in veel gevallen de termijn van de rechterlijke machtiging reeds zal zijn verstreken voordat uitspraak in hoger beroep wordt gedaan. De regering heeft het advies van de Raad gevolgd en is van oordeel dat de thans in het wetsvoorstel opgenomen regeling ter zake een passende rechtsbescherming inhoudt. Indien een cliënt op basis van een rechterlijke machtiging in een accommodatie wordt opgenomen, kan die cliënt of zijn vertegenwoordiger desgewenst ontslag uit de accommodatie verzoeken. Dit kan direct na opname, maar ook bijvoorbeeld na een periode van twee maanden. Anders dan bij hoger beroep, is een aanvraag van een cliënt of zijn vertegenwoordiger tot ontslag niet aan een termijn gebonden. De zorgaanbieder moet uiterlijk veertien dagen na ontvangst van de aanvraag tot ontslag een schriftelijke en gemotiveerde beslissing nemen. Gedurende deze periode moet de zorgaanbieder met diverse personen overleg voeren over de beslissing op de aanvraag, waaronder met de Wzd-arts. Indien de zorgaanbieder het verzoek afwijst, kan hiertegen een klacht worden ingediend, met ondersteuning van de cliëntvertrouwenspersoon. De onafhankelijke klachtencommissie moet op deze klacht beslissen binnen veertien dagen na ontvangst van de klacht. Tegen de beslissing van de klachtencommissie kan de cliënt of zijn vertegenwoordiger in beroep gaan bij de rechter. Daarnaast kan de cliënt of zijn vertegenwoordiger op grond van artikel 44, derde lid, Wzd bij de rechter een zelfstandig schadeverzoek indienen tot een schadevergoeding ten laste van de Staat, indien de rechter die heeft besloten tot de oorspronkelijke machtiging tot opname de wet daarbij niet in acht heeft genomen. De in de Wzd opgenomen bepalingen borgen naar het oordeel van de regering een goede rechtsbescherming van de betrokken cliënten.

38.

*De leden van de CDA-fractie vragen vervolgens hoe de onafhankelijkheid van de CVP ten opzichte van de zorgaanbieder wordt gewaarborgd. Meer specifiek vragen deze leden in dit kader naar de financiering en de toerusting van de CVP.*

In de Wzd is geregeld dat de cliëntvertrouwenspersoon zijn taken onafhankelijk van de zorgaanbieder uitvoert. Het voornemen is om in de amvb op grond van artikel 57, vierde lid, Wzd, nadere regels te stellen over de onafhankelijkheid van cliëntvertrouwenspersoon. Daarnaast bestaat het voornemen om in de amvb ook te regelen dat de combinatie van deze functie met die van de klachtenfunctionaris in de zin van artikel 15 van de Wkkgz wordt uitgesloten. De financiering van het vertrouwenswerk in de VG/PG-sector wordt zodanig vormgegeven dat er geen rechtstreekse contractuele relatie is tussen de cliëntvertrouwenspersoon en de zorgaanbieder.

39.

*De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd op welke wijze de rechtsbescherming van een cliënt onder de Wzd, anders dan in geval van onvrijwillige opname, geborgd is. Ook de leden van de fractie van GroenLinks (vraag 121) stellen hierover vragen.*

Een belangrijke waarborg betreft de op wetsniveau geregelde uitgebreide procedure die gevolgd moet worden alvorens onvrijwillige zorg kan worden toegepast, alsmede de rechtsbescherming daartegen. Afspraken over onvrijwillige zorg moeten vastgelegd worden in het zorgplan op basis van de in de wet vastgelegde procedure. Deze procedure (het stappenplan) dient er toe dat onvrijwillige zorg alleen als ultimum remedium wordt toegepast, waarbij wordt voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Er is om te beginnen een inspanningsverplichting voor de zorgverantwoordelijke om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan te krijgen, waarbij hij zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen en voorkeuren van de cliënt. In het stappenplan wordt vervolgens uitgegaan van een opschalend model van zorginhoudelijke besluitvorming over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Zo moeten multidisciplinaire overleggen plaatsvinden, eerst met een of meer deskundigen van een andere discipline, daarna aangevuld met een deskundige die niet is betrokken bij de zorg aan de betrokken cliënt, en vervolgens met een externe deskundige. Het aldus tot stand gekomen zorgplan moet ter beoordeling worden voorgelegd aan de onafhankelijke Wzd-arts. Indien de Wzd-arts oordeelt dat het plan niet voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zo veel mogelijk wordt voorkomen of dat het zorgplan niet geschikt is om ernstig nadeel zo veel mogelijk te voorkomen, moet het zorgplan op aanwijzen van de Wzd-arts worden aangepast.

Door het uitgebreide stappenplan, met als sluitstuk de beoordeling door de Wzd-arts, wordt geborgd dat door meerdere deskundigen, inclusief externe deskundigen, zeer kritisch wordt gezien of de onvrijwillige zorg voor de betrokken cliënt, uitgaande van diens specifieke gedrag en de oorzaken daarvan, noodzakelijk en passend is. Met name omdat het bij deze doelgroep vaak gaat om zorg voor de rest van hun leven, is van belang dat wettelijk geregeld is dat de afbouw van de onvrijwillige zorg een belangrijk doel is; hiertoe wordt een termijn in het zorgplan opgenomen, en moet het zorgplan steeds worden geëvalueerd, de eerste keer na uiterlijk vier weken. Ook daarbij dienen de stappen van het stappenplan te worden gevolgd. Het stappenplan moet niet alleen gevolgd worden voor cliënten die zich tegen de zorg verzetten maar ook voor bepaalde vergaande vormen van zorg, indien er sprake is van een wilsonbekwame cliënt van wie de vertegenwoordiger met de zorg heeft ingestemd en de cliënt zich daar niet tegen verzet. Dit, omdat een groot deel van de betrokken doelgroep niet (meer) in staat is zijn wil te uiten, terwijl in de praktijk blijkt dat een vertegenwoordiger in veel gevallen nog meer dan de zorgaanbieder wil dat de cliënt wordt beschermd door middel van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De cliënt of zijn vertegenwoordiger kunnen tegen het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan een klacht indienen en desgewenst vervolgens beroep instellen bij de rechter. Ook bestaat de mogelijkheid van schadevergoeding. De zorgaanbieder verstrekt in verband daarmee zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg de naam en contactgegevens van de cliënt en zijn vertegenwoordiger aan de cliëntvertrouwenspersoon.

De regering kiest voor het geval van onvrijwillige zorg, niet zijnde een gedwongen opname, voor dit getrapte model, en niet voor voorafgaande rechterlijke toetsing, omdat dit het beste aansluit bij de doelgroep. De keuze voor het stappenplan is ook in lijn met het advies van de Denktank complexe zorg, die adviseerde om een getrapte model in te voeren bij de omgang met gedwongen zorg<sup>15</sup>. Voorts is van belang dat deze procedure in lijn is met het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM). Het EVRM en de jurisprudentie daarover vereisen immers niet een voorafgaande toetsing door een rechter bij de keuze om vrijheidsbeperkende maatregelen te treffen. De mogelijkheid van een rechterlijke toets achteraf is in overeenstemming met het EVRM.

---

<sup>15</sup> Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 31



## **D66-fractie**

De leden van de **D66-fractie**, hebben zich verdiept in een lange geschiedenis die de voorstellen achter zich hebben. Deze leden geven aan op een aantal punten, zoals de onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling van de verschillende actoren, nog behoefte te hebben aan nadere informatie.

40.

*De leden van de D66-fractie vragen naar de reden waarom de Wvvgz niet vereist dat de geneesheer-directeur een psychiater is. Zij zien graag dat deze eis alsnog bij wet wordt vastgelegd.* De Wvvgz vereist in ieder geval dat de geneesheer-directeur arts is bedoeld in de Wet BIG. Van belang is dat hij deskundig is op het terrein van verplichte zorg. In de Wbopz geldt overigens ook niet als vereiste dat de geneesheer-directeur een psychiater moet zijn. Aangezien dit in de praktijk niet tot problemen leidt, ziet de regering dan ook geen aanleiding om in de wet vast te leggen dat de geneesheer-directeur een psychiater moet zijn.

*Bovengenoemde leden willen voorts graag weten of een instelling per locatie een geneesheer-directeur kan hebben, of dat per instelling slechts één persoon die functie kan vervullen.*

De Wvvgz staat er niet aan in de weg om binnen een instelling of binnen een regio meerdere geneesheren-directeur te hebben. Het is dus mogelijk per locatie een aparte geneesheer-directeur te benoemen. Ook zullen er per regio vaak meerdere geneesheren-directeur zijn. Grote instellingen werken meestal met één geneesheer-directeur en meerdere waarnemend geneesheren-directeur. Deze kunnen taken verdeeld hebben over verschillende locaties, maar ook op doelgroep of andere thema's.

41.

*De leden van de D66-fractie vragen om verduidelijking van het begrip "aanwijzen" als bedoeld in artikel 5:6 van de Wvvgz, waarin is bepaald dat de geneesheer-directeur de zorgverantwoordelijke aanwijst, meer specifiek hoe ver de bevoegdheid van de geneesheer-directeur reikt om, mede in verband met het bepaalde in artikel 8:16 van de Wvvgz, in te grijpen in de interne organisatie van een afdeling, locatie of instelling, en of de leiding van het desbetreffende organisatiedeel zich tegen een dergelijk ingrijpen kan verzetten. Zij vragen zich bovendien af of de geneesheer-directeur op dit punt voldoende beschermd wordt door artikel 2:3, tweede lid, van voornoemde wet.*

Wanneer betrokkene al in behandeling is of in behandeling is geweest, zal aanwijzing door de geneesheer-directeur van een zorgverantwoordelijke veelal niet nodig zijn, omdat er reeds een regiebehandelaar is. Deze kan dan als zorgverantwoordelijke optreden. Als er echter nog geen regiebehandelaar is, wordt met aanwijzen in de zin van artikel 5:6 van de Wvvgz beoogd dat zo snel mogelijk in de vervulling van die rol wordt voorzien, zodat met de voorbereiding van het zorgplan kan worden aangevangen. Het gaat hier niet om een aanwijzing in hiërarchische zin; de zorgverantwoordelijke is niet ondergeschikt aan de geneesheer-directeur. De aanwijzingsbevoegdheid reflecteert wel de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur. Hij bepaalt immers of de uitvoering van de verplichte zorg aan kwaliteitseisen voldoet en de rechten van patiënten voldoende geborgd zijn. De geneesheer-directeur kan dan ook ingrijpen in de toepassing van verplichte zorg in een individuele casus. Zo kan hij besluiten – ambtshalve of op verzoek – om tijdens de uitvoering van de zorgmachtiging een andere zorgverantwoordelijke aan te wijzen (zie artikel 8:16 van de Wvvgz). De geneesheer-directeur kan niet zozeer ingrijpen in de interne organisatie van een afdeling, locatie of instelling: dat is aan het bestuur. Over het beleid kan de geneesheer-directeur wel gevraagd en ongevraagd advies geven aan de raad van bestuur en raad van toezicht.

De zorgaanbieder is op organisatieniveau verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg en heeft tot taak om, onder meer, in samenwerking met de geneesheer-directeur, in het beleidsplan vast te leggen hoe om te gaan met het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid. De geneesheer-directeur is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken bij de verlening van verplichte zorg en heeft voor wat betreft de verplichte zorg verantwoordelijkheden op het niveau van de individuele patiëntenzorg. Mede gezien

daar op grond van artikelen 8:17 en 8:18 van de Wvvgz tevens beslissingen ten aanzien van de tijdelijke onderbreking of tussentijdse beëindiging van de verlening van verplichte zorg toe behoren, is het van cruciaal belang dat de geneesheer-directeur te allen tijde onafhankelijk functioneert ten opzichte van de raad van bestuur van de zorgaanbieder bij wie hij in dienst is.

Ter bescherming van deze positie wordt in artikel 2:3, tweede lid, van de Wvvgz geregeld dat de zorgaanbieder er zorg voor dient te dragen dat de geneesheer-directeur in staat wordt gesteld zijn taken op grond van de Wvvgz op adequate wijze uit te voeren, en daarbij zijn onafhankelijkheid dient te waarborgen. Deze eis geldt aanvullend op de eis dat de zorgaanbieder de zorg zodanig moet organiseren dat goede zorg als bedoeld in de Wkkgz wordt geboden. Het is de zorgaanbieder op grond van hetzelfde artikellid niet toegestaan om de geneesheer-directeur aanwijzingen te geven met betrekking tot diens taakuitvoering op grond van dit wetsvoorstel. Inmenging van de raad van bestuur ten aanzien van de voorbereiding van de zorgmachtiging of over het ontslag van betrokkenen, bijvoorbeeld door het geven van instructies, is daarmee niet toegestaan. Om het risico te voorkomen dat een geneesheer-directeur wordt ontslagen als de raad van bestuur het oneens is met zijn beleid, raden GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Forensische Psychiatrie (hierna: NVvP) in een brief van 11 december 2015<sup>16</sup> aan om de geneesheer-directeur door de raad van toezicht te laten benoemen. In de praktijk gebeurt dat nu nog beperkt.

42.

*De leden van de D66-fractie vragen naar aanleiding van een landelijke dag voor geneesheren-directeur die op 22 juni 2017 werd georganiseerd door Altrecht naar de rol van de geneesheer-directeur na de invoering van de Wvvgz.*

De taken die de geneesheer-directeur heeft op grond van de Wvvgz, sluiten aan bij de taken die de geneesheer-directeur op grond van de Wbopz heeft. De Wvvgz stelt, onder andere door verbeterde mogelijkheden tot op- en afschaling in de zorg en de explicietere relatie met gemeenten op het gebied van samenwerking, de mogelijkheid om zorg ook ambulante te verlenen veel meer centraal. In deze constellatie zou de geneesheer-directeur als "spin in het web" kunnen worden gezien. Dat komt onder meer tot uitdrukking in het feit dat de geneesheer-directeur bij de voorbereiding van de zorgmachtiging het zorginhoudelijke deel coördineert (de zorgregie), daar waar het OM de procesregie heeft. Tevens maakt de geneesheer-directeur onderdeel uit van het verplichte regio-overleg, dat tot doel heeft om samen met andere geneesheren-directeur, zorgaanbieders, gemeenten en overige ketenpartners (waaronder in elk geval de politie) een regionaal dekkend aanbod van verplichte zorg tot stand te brengen, opdat passende zorg aan elke betrokkene kan worden geboden. Over het beleid en de uitvoering van dwang binnen de organisatie, alsmede de samenwerking met andere organisaties, pleegt de geneesheer-directeur overleg met de raad van bestuur van de zorgaanbieder. De geneesheer-directeur is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de dwangtoepassingen en het interne toezicht daarop. Daarbij heeft hij oog voor de belangen van betrokkene, zijn familie en naasten, en de maatschappij. Dit geheel maakt de geneesheer-directeur een centrale actor in de uitvoering van dit wetsvoorstel, waarbij hij onder meer bovengenoemde taken heeft. Bij die taken horen verschillende bevoegdheden.

43.

*De leden van de D66-fractie vragen naar de duur van de procedure tot het afgeven van een zorgmachtiging in relatie tot de gezondheidstoestand van de betrokkene.*

De duur van de reguliere procedure tot het afgeven van een zorgmachtiging kan variëren, maar bedraagt, indien geen sprake is van een op verzoek van betrokkene op te stellen plan van aanpak, niet langer dan zeven weken. De in de wet ter zake opgenomen termijnen zijn uiterste termijnen. Zodra de OvJ heeft aangegeven een zorgmachtiging voor te bereiden, moet hij zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen vier weken melden of hij inderdaad een verzoekschrift zal voorbereiden; dit verzoekschrift moet hij dan onverwijld indienen. De rechter dient vervolgens zo spoedig mogelijk,

---

<sup>16</sup> <http://www.ggz nederland.nl/actueel/ggz-brieven/gezamenlijke-brief-ggzn-en-nvvp-aan-minister-schippers-en-staatssecretaris-dijkhoff-inzake-notitie-q6>, betreffende: inrichting van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur en de geneesheer-directeur in de context van de bepalingen in de Wet verplichte ggz.

maar uiterlijk drie weken na ontvangst van het verzoekschrift uitspraak te doen. Afhankelijk van de concrete casus duurt de procedure tot het afgeven van de zorgmachtiging ongeveer zeven weken.

De betrokkene (of zijn vertegenwoordiger) kan er ook voor kiezen om ter voorkoming van verplichte zorg een plan van aanpak op te stellen. In dat geval kan de termijn voor de procedure van de zorgmachtiging met maximaal twee weken worden verlengd. In dit verband is van belang dat de geneesheer-directeur afwijzend kan besluiten op een verzoek van betrokkene tot het opstellen van een plan van aanpak, indien de geneesheer-directeur van oordeel is dat het ernstig nadeel zich niet verdraagt met uitstel van de voorbereiding van de zorgmachtiging.

Indien tijdens de periode van de voorbereiding van de zorgmachtiging de toestand van de betrokkene zodanig verslechtert dat een crisismaatregel noodzakelijk is, kan hier uiteraard onverwijld toe worden overgegaan.

Zowel justitie, de rechterlijke macht als de ggz zijn betrokken geweest bij het opstellen van de eisen en daarmee de effecten op het tijdschema. Een zorgvuldige en multidisciplinaire voorbereiding van een zorgplan, waarbij betrokkene ook de mogelijkheid krijgt om een eigen plan van aanpak op te stellen, kost enige tijd.

De duur van de voorbereiding van de zorgmachtiging zal overigens geen negatieve invloed hebben op de zorgmachtiging zoals die uiteindelijk zal worden afgegeven, aangezien een zorgmachtiging niet uitsluitend op basis van de toestand van de patiënt aan het begin van het proces kan worden verleend. Bij de behandeling ter zitting zal te allen tijde de actuele gezondheidstoestand van betrokkene worden getoetst. Wanneer vervolgens de zorgmachtiging wordt afgegeven, betekent dit niet dat de zorgverantwoordelijke automatisch tot het toepassen van verplichte zorg kan overgaan. Voorafgaand aan de toepassing van verplichte zorg is altijd nog een schriftelijk en gemotiveerd besluit van de zorgverantwoordelijke nodig, waar hij zich onder meer op de hoogte stelt van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene. Als de zorgverantwoordelijke geen psychiater is, dient de zorgverantwoordelijke voor het toepassen van verplichte zorg bovendien eerst overeenstemming te bereiken met de geneesheer-directeur (artikel 8:9, eerste lid, Wvvgg). Aldus staat bij de daadwerkelijke toepassing van verplichte zorg altijd de actuele gezondheidstoestand van betrokkene centraal.

44.

*De leden van de D66-fractie vragen of artikel 3:3 van de Wvvgg zo moet worden gelezen dat de aanwezigheid van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap automatisch leidt naar de Wzd.*

Dat is niet het geval. Met de passage in artikel 3:3 van de Wvvgg is enkel beoogd aan te geven dat de Wvvgg zich niet uitstrekt tot de behandeling van personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap omwille van die aandoening of handicap. Een dergelijke persoon die tevens lijdt aan een psychische stoornis als gevolg waarvan ernstig nadeel ontstaat, kan echter wel onder het bereik van de Wvvgg vallen. Welke wet in het individuele geval van toepassing is, is afhankelijk van de bovenliggende stoornis of aandoening die het (risico op) ernstig nadeel veroorzaakt. Juist omdat er sprake kan zijn van multiproblematiek, moet dit van geval tot geval worden onderzocht. Het gaat erom dat de betrokkene die zorg krijgt die op dat moment nodig is. Dat oordeel is aan een ter zake kundige arts, niet aan de wetgever. Overigens is er in de ggz steeds meer aandacht voor de behandeling van mensen die tevens een licht verstandelijke beperking hebben. Op dit moment wordt onder de vlag van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz de "Generieke module Psychische stoornissen en een licht verstandelijke beperking (ZB/LVB)" ontwikkeld. De bedoeling is daarmee om de zorg voor patiënten met een psychische stoornis, gecombineerd met een verstandelijke beperking te verbeteren.

*De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de voorkeur van de behandelaren meespeelt voor het gebruik van de Wzd ten opzichte van de Wvvgg.*

Met verwijzing naar het antwoord op de voorgaande vraag, benadrukt de regering dat voor de vraag of een persoon onder de reikwijdte van de Wzd dan wel onder de reikwijdte van de Wvvgg valt, uitsluitend van belang is of er een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of psychische stoornis aanwezig is, en, in het voorkomende geval van samenloop, welke van deze dominant is. Of er sprake is van een verstandelijke beperking een psychogeriatrische aandoening en/of een psychische stoornis en wat voorliggend is, is aan het oordeel van de arts. De arts baseert

zijn oordeel aan de hand van de stand van de wetenschap en de huidige praktijk. De vraag of iemand onder de Wzd of de Wvvggz komt te vallen maakt geen onderdeel uit van deze afweging. De regering verwacht ook niet dat artsen een zodanig oneigenlijk element onderdeel zullen doen uitmaken van hun oordeel.

45.

*De leden van de D66-fractie merken op dat de PVP alleen informatie krijgt over de patiënt in een crisissituatie, als de patiënt daarvoor toestemming geeft. Zij vragen of deze bepaling niet onnodig beperkend is. Daarnaast vragen de leden zich af of de PVP zich niet in een achterstandspositie bevindt ten opzichte van andere partijen, wanneer de patiënt toch graag van zijn diensten gebruik wil maken.*

Het toestemmingsvereiste sluit aan bij de werkwijze van de patiëntenvertrouwenspersoon, die ondersteuning biedt op verzoek van betrokkene. In het wetsvoorstel is daarom geregeld dat ook bij het nemen van een crisismaatregel uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene nodig is om diens persoonsgegevens door de burgemeester aan de patiëntenvertrouwenspersoon door te geven. Tegelijkertijd vindt de regering het van groot belang dat de patiënt zo veel mogelijk op maat bejegend en behandeld wordt. Juist in de situatie van acute crisis is dat essentieel. In de crisismaatregel zelf zal in elk geval de mogelijkheid van advies en bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon worden vermeld (artikel 7:2, eerste lid onderdeel c, Wvvggz).

De regering is, mede vanwege het belang dat zij hecht aan het op maat bejegenen en behandelen van de patiënt, juist in geval van acute crisis, voorstander van het gebruik van een crisiskaart in het kader van de zelfbindingsverklaring, waarmee patiënten die bekend zijn in de ggz vooraf kunnen aangeven wat zij, indien zij in crisis raken, nodig hebben. Ook kan deze kaart een belangrijke preventieve werking hebben. Onderdeel van deze crisiskaart zou kunnen zijn de inzet van de patiëntenvertrouwenspersoon. Het Schakelteam stimuleert de landelijke uitrol van de crisiskaart. Het uiteindelijke doel is een landelijk netwerk van organisaties waar mensen terecht kunnen voor hulp bij het opstellen van een crisiskaart.

46.

*De leden van de D66-fractie merken op dat ten aanzien van het verstrekken van informatie er tijdens de deskundigenbijeenkomst op is 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.*

Tot beëindiging van het verlenen van verplichte zorg op grond van een crisismaatregel, het beëindigen van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of het beëindigen van een zorgmachtiging wordt overgegaan indien het doel van verplichte zorg is bereikt of niet langer wordt voldaan aan het criterium voor verplichte zorg. Uit artikel 8:18, derde lid, Wvvggz volgen extra verplichtingen als het gaat om de beslissing van de geneesheer-directeur tot beëindiging van een gedwongen opname waarbij verplichte zorg wordt verleend om reden dat betrokkene blijkens de eerder afgegeven medische verklaring ernstig nadeel voor een ander veroorzaakte. In dat geval moet de geneesheer-directeur zich door middel van een nieuwe medische verklaring op de hoogte doen stellen van het oordeel van een psychiater over de actuele gezondheidstoestand van betrokkene en de voorgenomen beëindiging. Hij moet bovendien overleg voeren met de gemeente en in geval van een zorgmachtiging ook met de OvJ. Zoals is opgemerkt in het antwoord op de vraag van de fractieleiden van het CDA over informatiedeling met de politie (vraag 32), is wettelijk voorgeschreven dat er periodiek regionaal overleg plaatsvindt, tussen OvJ's, gemeenten, geneesheren-directeur en onder meer de politie over de toepassing van de wet, knelpunten in de uitvoering en de noodzakelijke gegevensverstrekking. Vanuit dit perspectief van regionale afsprakenkaders kunnen ook regionale casusoverleggen worden ingericht. Zoals reeds is opgemerkt in het antwoord op vraag 32 kunnen casusoverleggen worden ingericht waar informatie uit verschillende domeinen wordt gedeeld om te komen tot passende zorg voor complexe problematiek. Indien dit noodzakelijk is in het belang van betrokkene en voor de uitvoering van de

taken van de politie zal daar, met inachtneming van de privacy, informatie worden gedeeld met de politie (wijkagent).

47.

*De leden van de fractie van D66 vragen of er bij de invoering van de wetten is voorzien in een budget om het zorgaanbieders mogelijk te maken via bijscholing en herinrichting van de administratie tot adequate voorzieningen te komen.*

Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de aanpassing van hun uitvoeringspraktijk aan de nieuwe wet- en regelgeving en de bekostiging daarvan. Er is hiervoor dus niet in incidentele middelen voorzien. Wel wordt met het oog op een goede voorbereiding voor alle drie de wetten voorzien in een implementatietraject. Verwezen wordt in dit kader naar het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie hierover (vraag 17).

48.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering van plan is te voorzien in het tot stand komen van een landelijke uniforme registratie en informatie.*

Zoals de Staatssecretaris van VenJ in de brief van 6 juli 2017<sup>17</sup> heeft gemeld, brengt de regering geen centraal landelijk informatieuitwisselingssysteem tot stand. Reden daarvoor is onder meer dat dit moeilijk realiseerbaar is. In plaats daarvan hebben de ketenpartijen (OM, GGZ Nederland, de NVvP, MIND, de VNG, de politie, de rechtspraak en de Ministeries van VWS en VenJ) gekozen voor een andere invulling om de informatieuitwisseling soepel en veilig te laten verlopen. Hierin is sprake van twee ICT-systemen: een systeem bij het OM dat de regiefunctie van het OM ondersteunt voor het zorgmachtiging-proces en het landelijk overzicht van zorgmachtigingen en crisismaatregelen bevat en een systeem voor de crisismaatregel binnen het gemeentelijk domein. De ketenpartijen zullen deze invulling de komende periode nader onderzoeken. In elk geval zal het OM ervoor zorg dragen dat ten behoeve van de uitvoering van de taak van de OvJ tot het verstrekken van informatie in het kader van de voorbereiding van zorgmachtigingen en crisismaatregelen, de in artikel 8:23 Wvvgg genoemde gegevens (waaronder afgegeven zorgmachtigingen, crisismaatregelen en zelfbindingsverklaringen) beschikbaar zijn.

49.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering een schatting kan geven van de kosten die op jaarbasis gemaakt zullen moeten worden voor ieder van de drie doelgroepen na invoering van de huidige wetsvoorstellen.*

De Wvvgg en de Wzd kennen een andere procedure voor de voorbereiding en uitvoering van verplichte zorg dan de Wbopz. Er zijn echter vele factoren die de kosten binnen de nieuwe werkwijze kunnen beïnvloeden. De regering kan daarom op dit moment nog niet inschatten wat die kosten zullen zijn. De verwachting is dat de totale kosten voor het doorlopen van de procedure licht zullen stijgen, mede door de multidisciplinaire insteek en de noodzaak om maatwerk te bieden. Daar staat tegenover dat de kosten voor het zorggebruik waarschijnlijk zullen dalen, omdat met lichter ingrijpen wellicht zwaarder ingrijpen kan worden voorkomen en er meer alternatieven zijn voor een gedwongen opname.

Vanaf het moment van inwerkingtreding van de Wvvgg en de Wzd zullen de kosten en besparingen worden gemonitord. Zie voor een nadere toelichting over deze monitoring ook de brief van 6 juli 2017 van de Staatssecretaris van VenJ<sup>18</sup>. Voor wat betreft de doelgroep van de Wfz verwacht de regering dat de kosten niet substantieel zullen wijzigen ten opzichte van de huidige kosten, omdat er nu al grotendeels conform de Wfz wordt gewerkt.

### **SP-fractie**

De regering dankt de leden van de **fractie van de SP** voor hun inbreng en constateert dat deze leden, net als de regering, groot belang hechten aan het voorkomen van dwang in de zorg en dat

---

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2016/17, 32 399, nr. 87.

<sup>18</sup> Kamerstukken II 2016/17, 32 399, nr. 87.

zij de dialoog met de cliënt benadrukken. Deze leden hebben nog enkele vragen, waaronder over het terugdringen van dwang in de zorg en de continuïteit van zorg.

50.

*De leden van de SP-fractie vragen in reactie op de brief van MIND over "Stijging dwangopnames in Nederland en registratie dwang" van 28 juli 2016 waarom het aantal dwangtoepassingen is toegenomen en wat de regering hiertegen doet. Deze leden vragen ook een verklaring waarom het aantal dwangtoepassingen in de laatste vijftien jaar zo explosief is toegenomen.*

De cijfers in de door de leden van de SP-fractie aangehaalde brief laten inderdaad een forse stijging zien in de loop van de jaren. Ook de aanvullende cijfers over 2016 (zie antwoord vraag 51) laten dit beeld zien. Daarbij moet worden opgemerkt dat in de aantallen onvrijwillige opnames, ook het aantal voorwaardelijke machtigingen is opgenomen, juist bij voorwaardelijke machtigingen is er echter geen sprake van opname. De cijfers gaan bovendien uit van de aantallen verzoeken waarbij geen onderscheid is gemaakt in de toegewezen en de afgewezen verzoeken. Hierdoor vallen de cijfers in de brief mogelijk hoger uit dan het daadwerkelijk aantal gerealiseerde gedwongen opnames.

De cijfers van de meldingen over de aanvang van dwangtoepassing (meldingen betreffende dwangbehandelingen en toepassing middelen of maatregelen) geven een beeld van de toegepaste dwang gedurende een opname. Uit de bijlage bij deze memorie blijkt hoe die zich hebben ontwikkeld van 2010 tot en met 2015. Deze cijfers laten ook een stijging zien. Een precieze duiding van een stijging kan niet gegeven worden.

Omdat het toezicht op kwetsbare patiënten en het terugdringen van dwang en drang belangrijke aandachtsgebieden van de IGZ zijn, volgt de IGZ sinds 2008 de vorderingen van de ggz-instellingen om separatie verder terug te dringen nauwlettend. Vrijwel jaarlijks is een toezichtronde uitgevoerd op het terugdringen van separeren. Eind 2011 constateerde de IGZ, naar aanleiding van het meerjaren onderzoek, dat het terugdringen van separeren stagneerde en is het toezicht op terugdringen van separaties geïntensiveerd. De IGZ heeft in 2013, 2014 en het eerste kwartaal van 2015 onderzocht of de ggz-instellingen voldeden aan de vier normen van het toetsingskader Terugdringen separeren. De IGZ bezocht in de loop van deze tijd alle gesloten opnameafdelingen; diverse andere afdelingen waar gesepareerd of afgezonderd werd, de meeste psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen en afdelingen van instellingen voor kinderen jeugdpsychiatrie. Zij maakte daarbij gebruik van een toetsingskader, dat een aantal malen in overleg met de belangrijkste partijen, inclusief de cliëntorganisaties, is bijgesteld. Komende tijd gaat de IGZ weer in overleg met de verschillende partijen in het veld voor een verdere aanpassing van het huidige toetsingskader waarbij gestreefd wordt naar het verder terugdringen van separeren en afzonderen en waar ook insluiting in de eigen kamer onderdeel van zal uitmaken.

Met deze wetsvoorstellen wordt beoogd dwangopnames te voorkomen en – als het echt niet anders kan – dan zo kort mogelijk te houden. Deze wetsvoorstellen maken het mogelijk om meer behandel mogelijkheden te bieden, waarbij behandeling ook ambulante kan plaatsvinden. Daarmee hoeft niet langer het zware middel (gedwongen opname) ingezet te worden, bij gebrek aan alternatieven om het ernstig nadeel voor de patiënt of anderen af te wenden. Ook hoeft niet – zoals onder de Wbopz – gewacht te worden met het verlenen van onvrijwillige zorg, tot het moment dat ernstig nadeel alleen kan worden weggenomen door een gedwongen opname.

51.

*De leden van de SP-fractie verzoeken de regering het overzicht dat in voornoemde brief van 28 juli 2016 is opgenomen aan te vullen met de gegevens van 2016.*

**Bopz verzoek 2016**

- Inbewaringstelling: 8605
- Rechterlijke machtiging: 17273 TOTAAL, waarvan:

Voorlopige Machtiging: 6677

Machtiging Voortgezet Verblijf: 4256

Voorwaardelijke Machtiging:	6285
Machtiging Eigen Verzoek:	50
Observatiemachtiging:	0
Zelfbindingsmachtiging:	5
Totaal onvrijwillige opnames:	25.823
% toename t.o.v. 2002:	205 %

Deze cijfers zijn afkomstig uit de registraties van de Rvdr en de IGZ (zelfbindingsmachtiging). Voor deze cijfers gelden dezelfde voorbehouden als de hierboven weergegeven voorbehouden bij vraag 50.

52.

*De leden van de SP-fractie vragen of er systematisch op instellingsniveau, maar ook op landelijk niveau, gebruik wordt gemaakt van cliëntervaringen om de toepassing van dwang in de zorg te analyseren en te beoordelen.*

In de toetsingskaders Terugdringen separeren van 2012 en Terugdringen separeren en afzonderen 2016 die de IGZ hanteert bij haar toezicht, is als norm opgenomen dat elke separatie en afzondering na beëindiging (en bij voortduring: minimaal wekelijks) met de patiënt moet worden geëvalueerd. Dit borgt een systematische analyse en beoordeling van hoe de dwangtoepassingen en vrijheidsbeperkende interventies door patiënten zelf worden ervaren. De IGZ houdt hier toezicht op. Deze evaluatie is ook een standaardonderdeel wanneer de IGZ dwangbehandelingen toetst. De toetsingskaders zijn gebaseerd op kennis uit het veld en bij de totstandkoming daarvan zijn naast zorgprofessionals ook cliëntenorganisaties betrokken. De IGZ gaat in overleg met de verschillende partijen in het veld over een verdere aanpassing van het huidige toetsingskader. De cliënten- en belangenorganisaties worden hier nauw bij betrokken en kunnen de trends en ontwikkelingen die zij waarnemen in de ervaringen van cliënten met de toepassing van dwang hierin meenemen.

53.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering om een overzicht van de wachtlijsten in de gespecialiseerde ggz, en hoe deze wachtlijsten zich verhouden tot de Treeknormen.*

Op 31 mei van dit jaar heeft de regering de marktscan ggz 2016 van de NZa aan de Tweede Kamer aangeboden<sup>19</sup>, waarin de gemiddelde wachttijden in de ggz staan weergegeven. De NZa constateert voor de gespecialiseerde ggz dat de zogenaamde 'aanmeldwachttijd' bij ggz-instellingen gemiddeld zes weken is. Dat is twee weken langer dan de Treeknorm van vier weken. Dit is ook iets hoger dan in 2015, toen deze aanmeldwachttijd gemiddeld 5,7 weken was. Bij vrijgevestigden in de gespecialiseerde ggz is de aanmeldwachttijd gemiddeld 8,6 weken. De NZa constateert dat de aanmeldwachttijd in de gespecialiseerde ggz vooral oploopt voor patiënten die een behandeling nodig hebben voor persoonlijkheidsstoornissen (aanmeldwachttijd gemiddeld vijf weken) of autisme (aanmeldwachttijd gemiddeld 7,5 week). Er zijn ook patiënten die (veel) langer of juist korter dan de gemiddelde aanmeldwachttijd moeten wachten. De wachttijd vanaf de intake tot de behandeling (de zogenaamde behandelingswachttijd) is meestal (veel) korter dan de Treeknorm van tien weken. In de 'Afspraken wachttijden ggz'<sup>20</sup> heeft de regering met de ggz-sector afgesproken om de wachttijden uiterlijk 1 juli 2018 binnen de Treeknormen te krijgen. Er bestaan daarvoor geen financiële belemmeringen, de ggz kent al jaren een onderschrijding. In 2016 was die 288 miljoen euro.

54.

*De leden van de SP-fractie vragen of de betrokkenen (of diens vertegenwoordiger of naasten) ook bij verplichte zorg kunnen kiezen voor een bepaalde zorgverlener.*

De betrokkene kan een eigen plan van aanpak opstellen om verplichte zorg te voorkomen, maar ook als het tot verplichte zorg komt, wordt rekening gehouden met de voorkeuren van de betrokkene. Zo kan deze ook op de zorgkaart zijn voorkeur aangeven. Kanttekening is wel dat de

<sup>19</sup> Kamerstukken II 2016/17, 25 424, nr. 353.

<sup>20</sup> Kamerstukken II 2016/17, 25 424, nr. 369.

zorgaanbieder waar de voorkeur van betrokkene naar uit gaat, in staat moet kunnen zijn om de zorg te bieden die betrokkene nodig heeft. Als het gaat om bepaalde complexe, hoogspecialistische zorg, zal niet iedere ggz-instelling dat kunnen bieden. Ook hoogbeveiligde zorg kan niet door iedere zorgaanbieder worden geboden.

*De leden van de SP-fractie vragen of ggz-instellingen verplicht zijn om de aard en frequentie van de door hen toegepaste dwangmaatregelen actief openbaar te maken aan de cliënten. Hiertoe bestaat geen verplichting.*

55.

*De leden van de SP-fractie vragen wat volgens de regering goede voorliggende zorg is en of dit begrip niet (wettelijk) gedefinieerd moet worden.*

Met goede voorliggende zorg wordt in deze context goede zorg op vrijwillige basis bedoeld. Dit is dus niet een specifiek soort zorg, maar het is te beschouwen als een verzamelnaam voor het bestaande systeem van zorgverlening binnen het gehele zorgstelsel. Het feit dat goede voorliggende zorg voor personen met een psychiatrische aandoening een belangrijke waarborg is om dwangzorg te voorkomen is eigenlijk de logische tegenhanger van de in dit wetsvoorstel vastgelegde regel dat dwangzorg altijd het ultimatum remedium is. Hieruit volgt dat de term 'goede voorliggende zorg' niet een vastomlijnd begrip is en dat ook niet hoeft te zijn. Een (wettelijke) definitie is daarom onmogelijk in dit kader.

56.

*De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat gedwongen zorg geleverd mag worden aan wilsbekwame patiënten met een psychische stoornis. Zij vragen hoe het onderscheid tussen de rechtspositie van wilsbekwame somatische versus psychische patiënten te rechtvaardigen is.*

De constatering van MIND dat de Wvvgz gedwongen zorg mogelijk maakt bij wilsbekwame cliënten klopt in zoverre dat dit alleen is toegestaan als er acuut levensgevaar dreigt voor betrokkene dan wel er een aanzienlijk risico is op ernstig nadeel voor een ander. Dit volgt uit artikel 2:1, zesde lid, van de Wvvgz. Met dit zesde lid wordt uitvoering gegeven aan de aanbeveling uit de thematische wetsevaluatie om de tekst van dit wetsvoorstel zodanig te wijzigen dat daarin wordt vastgelegd dat wilsbekwaam verzet ook moet worden gerespecteerd indien de psychische stoornis van de patiënt een aanmerkelijke kans op schade voor de betrokkene zelf veroorzaakt (aanbeveling 10). Hiermee wordt - conform internationale verplichtingen, waaronder het VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap (hierna: VN-verdrag) - tot uitdrukking gebracht dat er evenveel waarde gehecht wordt aan de eigen mening en instemming van een wilsbekwame persoon met een psychische stoornis als aan die van een wilsbekwame persoon zonder psychische stoornis.

Een grens wordt getrokken bij acuut levensgevaar voor de betrokkene zelf: in overeenstemming met het suïcidepreventiebeleid wordt in dat geval het wilsbekwaam verzet niet zonder meer gerespecteerd. Mensen die suïcidaal zijn, zien vaak geen enkele andere uitweg meer en kunnen het leven met alle problemen die ze op dat moment ervaren niet meer verdragen. In veel gevallen is hier geen sprake van een heldere afgewogen besluitvorming maar van depressieve ontregeling, chaos in het hoofd en dwangmatige gedachten en beelden over zelfdoding. In dergelijke crisissituaties zijn mensen zichzelf niet meer en is het zaak mensen tegen zichzelf in bescherming te nemen. De gevolgen van hun handelen in deze geestestoestand zijn onomkeerbaar. Het bieden van dergelijke bescherming weegt daarom zwaarder dan het recht op zelfbeschikking. Er zijn veel voorbeelden bekend van mensen die suïcidaal waren maar na gedwongen opname en behandeling, weer hun plek hebben gevonden en blij zijn dat hen tijdig hulp is geboden om hen van deze onomkeerbare handeling te weerhouden.

Deze lijn is ook in lijn met de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM). Het EVRM bevat namelijk het recht op leven (artikel 2) en het EHRM interpreteert dat zodanig dat het de taak is van overheden om te voorkomen dat mensen zelfmoord plegen. Daarbij kan volgens het EHRM ook dwang nodig zijn.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> EHRM 78103/14, 28 maart 2017 (*Fernandes de Oliveira v. Portugal*), par. 73.



57.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe het toepassen van dwangzorg bij cliënten op grond van de Wvggz en Wzd zich verhoudt tot artikelen 14 en 15 van het VN-verdrag). Deze leden verwijzen in dit verband naar de position paper van actiegroep 'Tekeer tegen de Isoleer'.*

Artikel 14 van het VN-verdrag bepaalt dat personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen het recht op vrijheid en veiligheid van hun persoon genieten en niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd, dat iedere vorm van vrijheidsontneming geschiedt in overeenstemming met de wet en dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt. Artikel 15 van het VN-verdrag stelt dat niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan wrede, onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen en in het bijzonder dat niemand zonder zijn of haar in vrijheid gegeven toestemming mag worden onderworpen aan medische of wetenschappelijke experimenten. Dwangzorg wordt in het VN-verdrag niet expliciet uitgesloten, maar er worden wel strikte eisen gesteld aan de toepassing ervan. De actiegroep 'Tekeer tegen de Isoleer' verwijst in haar position paper naar een interpretatie van artikelen 14 en 15 van het Committee on the Rights of Persons with Disabilities (hierna: het VN-Comité) in een zogeheten *General Comment* uit 2014. Daarin interpreteert het VN-Comité deze artikelen zodanig dat de toepassing van gedwongen zorg in het algemeen strijdig zou zijn met de genoemde artikelen. Deze niet-bindende interpretatie valt te beoordelen als zeer strikt en niet in lijn met de standaarden van de verschillende instanties van de Raad van Europa. Zij is onder meer niet in lijn met de rechtspraak van het EHRM<sup>22</sup>, de analyse van de Council of Europe's Steering Committee on Bioethics (hierna: CDBI) over de artikelen 14, 15 en 17 van het VN-Verdrag, en Recommendation (2004) 10 van de Raad van Europa. Nederland heeft bovendien een interpretatieve verklaring afgelegd bij het VN-verdrag. Deze verklaring houdt onder meer in dat Nederland het verdrag zo opvat dat gedwongen zorg in zeer beperkte gevallen, als ultimum remedium en met de juiste rechtsbescherming, toegestaan is.

Bij het opstellen van de Wvggz is vanzelfsprekend rekening gehouden met de eisen die het VN-verdrag en het EVRM stellen. De verlening van gedwongen zorg op grond van de Wvggz en de Wzd dient mede daarom aan strikte criteria en waarborgen te voldoen, om misbruik van bevoegdheden tegen te gaan. Als algemeen uitgangspunt geldt dat voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid moeten worden geboden, en verplichte zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen. Op basis van de Wvggz en de Wzd is het hebben van een psychische stoornis, verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening als zodanig, dus het enkel bestaan van een handicap, geen grond voor verplichte zorg. Dus niet het bestaan van de psychische stoornis, de verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, maar het ernstig nadeel dat een gevolg is van het gedrag dat uit die stoornis, beperking of aandoening voortvloeit, is het aangrijpingspunt voor gedwongen zorg.

58.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe het begrip 'ernstig nadeel' in de praktijk moet worden ingevuld.*

Zoals ook aan de leden van de CDA-fractie (vraag 30) is geantwoord dient het begrip "ernstig nadeel" in de praktijk niet anders toegepast te worden dan het gevaarscriterium onder de Wbopz. In de Wvggz en de Wzd is gedefinieerd wat onder "ernstig nadeel" moet worden verstaan. Het gevaarscriterium heeft door de jurisprudentie onder de Wbopz invulling gekregen.

59.

*De leden van de SP-fractie signaleren dat vanuit de belangenbehartigingshoek wordt gevraagd om een integrale memorie van toelichting bij de Wzd en vragen of de regering hiertoe bereid is.*

Zoals reeds is geantwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie ter zake (vraag 13), kan de regering zich voorstellen dat hier een informatiebehoefte is voor de uitvoeringspraktijk. Om de in vorenbedoeld antwoord aangegeven redenen is de regering echter geen voorstander van een

---

<sup>22</sup> Zie bijv. M.S. v. Kroatië (No. 2), 75450/12, 19 februari 2015 of .D. v. Litouwen, 13469/06, 14 februari 2012.

integrale memorie van toelichting, maar zal in het kader van het implementatietraject worden voorzien in de noodzakelijke informatie voor de uitvoeringspraktijk, uitgaande van alle stukken in de parlementaire behandeling. Daarbij zullen ook stroomschema's en handleidingen worden opgenomen en zal worden gelet op toegankelijk taalgebruik.

60.

*De leden van de SP-fractie en de SGP-fractie (vraag 157) hebben daarnaast gevraagd naar de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wzd-arts en de zorgaanbieder en vragen hier een toelichting op.*

Zowel de zorgaanbieder als de Wzd-arts hebben eigenstandige bevoegdheden. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg en heeft onder meer tot taak om, conform artikel 19 Wzd, in het beleidsplan vast te leggen hoe de zorgaanbieder omgaat met het opnemen in het zorgplan van onvrijwillige zorg of het toepassen en afbouwen van deze zorg. De Wzd-arts is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg en betrokken op het niveau van de individuele patiëntenzorg. Hij dient in dat kader onder meer het zorgplan te beoordelen; indien de Wzd-arts van oordeel is dat het zorgplan niet voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen of dat het zorgplan niet geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen, moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan aanpassen. Gezien de in artikel 19, eerste lid, Wzd geformuleerde doelen van het beleidsplan, kan er redelijkerwijs van worden uitgegaan dat deze aanpassing mogelijk moet zijn binnen de grenzen van het beleidsplan. Voorts moet in ieder zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, vermeld worden op welke wijze de zorgaanbieder en de Wzd-arts de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg. Daarnaast is de toestemming van de Wzd-arts vereist voor het ontslag of verlof in geval van onvrijwillige opname. Ook dit is een eigenstandige bevoegdheid van de Wzd-arts.

Ter bescherming van de positie van de Wzd-arts is in artikel 2b, derde lid, Wzd bepaald dat de Wzd-arts door de zorgaanbieder in staat moet worden gesteld zijn taken op grond van de Wzd naar behoren uit te voeren alsmede dat de zorgaanbieder de onafhankelijkheid van de Wzd-arts bij de uitvoering van diens wettelijke taken moet waarborgen (deze waarborgen zouden logischerwijs in ieder geval in een overeenkomst met de zorgaanbieder moeten zijn vastgelegd). In artikel 2b is voorts bepaald dat het de zorgaanbieder niet is toegestaan om de Wzd-arts aanwijzingen te geven met betrekking tot diens taakuitvoering op grond van de wet. Een en ander betekent dat inmenging van (het bestuur van) de zorgaanbieder ten aanzien van de beoordeling van de zorgplannen en de beslissing tot het geven van toestemming van verlof of ontslag van een cliënt niet is toegestaan; de Wzd-arts beslist autonoom over deze zaken.

61.

*De leden van de SP-fractie hebben de vraag gesteld of de persoonlijk begeleider (niveau 4), binnen de Wzd, de rol van eerstverantwoordelijk verzorgende kan vervullen, zoals dit in de huidige praktijk gebeurt.*

In zowel de VG- als de PG-sector wordt al veelvuldig gewerkt met zorgplannen of zorgleefplannen. Het opstellen en bespreken van deze plannen vergt een bepaald opleidingsniveau. In de VG-sector wordt dit veelal gedaan door een zorgverlener met mbo niveau 4. Voor de PG-sector is in het recentelijk vastgestelde Kwaliteitskader verpleeghuiszorg bepaald dat de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd moet worden bij een zorgverlener van ten minste mbo niveau 3. In de praktijk worden deze zorgverleners eerstverantwoordelijk verzorgende genoemd. De Wzd kent de zorgverantwoordelijke. Deze functionaris dient ervoor zorg te dragen dat er een zorgplan wordt opgesteld, vastgesteld en geëvalueerd en neemt in dat kader deel aan multidisciplinaire overleggen. Zowel een arts als een deskundige die behoort tot een bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie van deskundigen, kunnen zorgverantwoordelijke zijn. Over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan deze ministeriële regeling vindt nog overleg plaats met het veld. Uiteraard is hierbij het uitgangspunt dat uitsluitend categorieën van deskundigen zullen worden aangewezen, die voldoende geëquipeerd zijn voor de uitvoering van de betrokken taken.

62.

*De leden van de SP-fractie hebben een aantal cijfermatige vragen gesteld over de tbs-maatregel. Zij vragen wat op dit moment de totale gemiddelde wachttijd is voor opname van een tbs'er in een Forensisch Psychiatrisch Centrum, hoeveel tbs-plekken er zijn en hoeveel mensen in de cel (tbs-passanten) wachten op een tbs-behandeling. Ook vragen de leden van de SP-fractie wat op dit moment de gemiddelde behandelingsduur van een tbs'er is voordat deze klaar is met de behandeling en hoeveel tbs-maatregelen in 2015 en 2016 zijn opgelegd.*

Het aantal tbs-passanten in de eerste helft van 2017 schommelt tussen 17 en 26 per maand. De gemiddelde wachttijd van de tbs-gestelden die in het eerste halfjaar van 2017 zijn ingestroomd, bedraagt 49,4 dagen. Voor 2017 zijn 1396 tbs-plekken begroot. De behandelingsduur (verblijfsduur) van het intra- en transmurale verblijf wordt bepaald aan de hand van instroomcohorten. Het meest recente instroomcohort (uit 2008) heeft een gemiddelde behandelingsduur van 7,2 jaar. In 2015 werd 100 keer de tbs-maatregel opgelegd; in 2016 was dat 98 keer.<sup>23</sup>

63.

*De leden van de SP-fractie verwijzen naar een aantal bevindingen uit een rapport van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (hierna: WODC) over de forensische zorg uit 1998 en uit het parlementaire onderzoek over tbs uit 2006 en vragen naar de huidige situatie op deze punten.*

Het is allereerst van belang om te vermelden dat het huidige stelsel van forensische zorg, waarvoor de voorliggende Wfz is ontworpen, pas na deze onderzoeken tot stand is gekomen. Een belangrijk element daarin is dat met ingang van 2007 het Ministerie van VenJ zelf zorg inkoop voor mensen die als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel ggz, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg opgelegd krijgen.

Ook de ggz heeft sinds die tijd veel ontwikkelingen doorgemaakt. De weerslag daarvan is te vinden in de Wvvgz, die het ook mogelijk maakt om ambulante te behandelen in een gedwongen kader. Onder de Wvvgz kan eerder ingegrepen worden door middel van lichtere vormen van dwang, waardoor niet hoeft te worden gewacht tot de stoornis zodanig tot escalatie komt dat een gedwongen opname noodzakelijk is.

Het bevorderen van continuïteit van zorg na afloop van een strafrechtelijke titel is een belangrijke doelstelling van de voorliggende wetsvoorstellen. De Wfz regelt op het gebied van de zorgcontinuïteit onder andere dat de zorgaanbieder zes weken voor de afloop van de strafrechtelijke titel voorbereidende handelingen treft om aansluitende zorg te regelen als dat nodig is (artikel 2.5 Wfz). Dat gebeurt het liefst op basis van vrijwilligheid van de justitiabele, maar als er toch een rechterlijke zorgmachtiging nodig is, dan biedt die termijn de tijd om de zorgmachtiging voor te bereiden. Daarnaast biedt het wetsvoorstel de mogelijkheid om in elke fase van het strafrechtelijke traject of aansluitend aan de strafrechtelijke titel te kiezen voor een behandeling in de reguliere zorg. Dit wordt geregeld in artikel 2.3 van de Wfz. Met toepassing van dat artikel kan voortaan ook de strafrechter een zorgmachtiging afgeven op grond van de Wvvgz of een opnamemachtiging op grond van de Wzd, uiteraard alleen wanneer aan de criteria van de desbetreffende wet wordt voldaan. Deze mogelijkheid kan ook worden toegepast na afloop van een tbs-maatregel. Als de tbs-gestelde dan nog zorg nodig heeft in een gedwongen kader, kan de strafrechter de machtiging die dit mogelijk maakt zelf afgeven, en ervoor zorgen dat betrokkene direct aansluitend aan de tbs-maatregel gedwongen zorg in een ambulante kader krijgt, gedwongen opgenomen wordt in een ggz-instelling of gedwongen wordt opgenomen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten.

---

<sup>23</sup> De 'omzettingen' (tbs met voorwaarden omgezet in tbs met bevel tot verpleging) tellen (juridisch) mee in het jaar waarin de tbs met voorwaarden is opgelegd. Dit houdt in dat het (totaal) aantal opleggingen tbs met bevel tot verpleging over de afgelopen jaren kan wijzigen. Naarmate de tijdsperiode tussen het jaar waarin de tbs met voorwaarden is opgelegd en het moment van meten langer wordt, neemt de kans op een omzetting naar tbs met bevel tot verpleging toe.

Daarnaast zijn er naar aanleiding van de meerjarenaafspraken forensische zorg die in 2013 zijn gemaakt tussen de toenmalige Staatssecretaris van VenJ en de voorzitters van GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (hierna: VGN) forse stappen gezet om de doorstroom binnen de tbs en de uitstroom uit de tbs te verbeteren. Om de doorstroom in de zorgketen – en daarmee het verkorten van de behandelduur – te bevorderen zijn binnen de forensische zorg scherpe afspraken gemaakt over het verloftraject. Dit betekent dat, mits dit verantwoord kan plaatsvinden, een patiënt in beginsel binnen twee jaar na opname 'begeleid verlof' wordt toegekend, binnen vier jaar na opname 'onbegeleid verlof' wordt toegekend, binnen zes jaar na opname 'transmuraal verlof' wordt toegekend, en binnen acht jaar na opname 'proefverlof' of 'voorwaardelijke beëindiging' wordt toegekend. Daarnaast is een taskforce behandelduur die met een aantal bruikbare adviezen is gekomen welke hebben bijgedragen aan het terugdringen van de behandelduur. Inmiddels is de gemiddelde behandelduur daadwerkelijk teruggebracht tot onder de acht jaar.

Ook is naar aanleiding van de adviezen van de taskforce behandelduur een programma opgezet dat als doel had om de continuïteit van zorg te verbeteren tussen zorg verleend in een strafrechtelijk kader en zorg verleend in een civiel kader. In de antwoorden op de vragen van de CDA-fractie is al ingegaan op de resultaten van dit programma (vraag 28). Specifiek met betrekking tot de in de door de leden van de SP-fractie geciteerde passages van de WODC-rapportage genoemde grote groep chronische psychiatrische patiënten met meervoudige psychiatrische problematiek aan wie geen adequate zorg wordt verleend is in het kader van het programma continuïteit van zorg een onderzoek uitgevoerd, waar de SP-fractieleden ook vragen over hebben gesteld. Het onderzoek zag op de vraag wat de beletselen zijn om passende zorg te bieden aan mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben. In het onderzoek wordt onder meer geconstateerd dat de toegang van deze doelgroep tot beveiligde zorg in civiel kader moet worden verbeterd, en dat er een levensloopfunctie moet worden ontwikkeld die het mogelijk moet maken zicht te houden op de risico's in het gedrag van deze doelgroep en tijdig en adequaat zorg te bieden. Door GGZ Nederland wordt nu in samenwerking met relevante andere partijen een veldnorm ontwikkeld die gaat over deze onderwerpen. Deze zal naar verwachting in april 2018 klaar zijn.<sup>24</sup>

64.

*De leden van de SP-fractie stellen naar aanleiding van de marktscan Forensische zorg 2015 de vraag of het nog uit te voeren onderzoek naar de continuïteit van zorg inmiddels beschikbaar is. Ook merken zij op dat de NZa een verschuiving waarneemt naar lichtere vormen van zorg en minder zorg in forensische psychiatrische centra. Zij vragen naar de gemiddelde wachttijd van mensen die in hun cel wachten op lichtere vormen van zorg en minder zorg in forensisch psychiatrische centra?*

Er is inderdaad een verschuiving zichtbaar naar lichtere vormen van forensische zorg. De regering merkt daarbij op dat het niet zo is dat mensen altijd in een gevangenis wachten op lichtere vormen van zorg. Het is goed mogelijk dat iemand in de periode voorafgaand aan bijvoorbeeld een voorwaardelijke veroordeling niet in hechtenis verblijft.

Indien een patiënt op dit moment niet direct geplaatst kan worden voor bijvoorbeeld ambulante zorg, of deze zorg niet gestart kan worden, gaat de Dienst Justitiële Inrichtingen met de zorgaanbieder in gesprek over de plaatsingsmogelijkheden. Indien nodig wordt een alternatief gezocht. Wanneer wordt geconstateerd dat er structureel meer vraag is dan aanbod naar een bepaald type zorg, biedt de zorginkoop op twee momenten in het jaar de mogelijkheid om productieafspraken bij te stellen om aan de vraag te kunnen voldoen. Door het intensieve contact tussen DJI en de overige forensische zorgaanbieders bestaat een goed beeld van wat er aan aanbod nodig is om alle patiënten passende en tijdige zorg te bieden. Echter, op dit moment zijn er onvoldoende objectieve cijfers over de gemiddelde wachttijd op overige forensische zorg. De informatiesystemen zijn vooralsnog onvoldoende in staat om op dit punt betrouwbare gegevens op

---

<sup>24</sup> Kamerstukken II 2016/17, 33 628 en 25 424, 18.

te leveren. Het verwachte NZa-rapport over continuïteit van zorg zal hier naar verwachting meer inzicht in bieden.

DJI werkt momenteel aan herziening van het beleidskader plaatsing, waarin passende termijnen (streefnormen) zullen worden opgenomen op basis waarvan de wachttijd beter gemonitord kan worden. Daarnaast wordt gewerkt aan het op orde krijgen van de informatiesystemen om betrouwbare gegevens over wachttijden op overige forensische zorg te realiseren.

65.

*De SP-fractie stelt dat gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag niet altijd leidt tot optreden op grond van de Wbopz en dat een ontwikkelde gedragsstoornis buiten de ggz-interventies vallen. Zij vragen om een reactie van de regering.*

Als het gedrag van iemand gevaarlijk, agressief en/of ontwrichtend is, wil dat inderdaad lang niet altijd zeggen dat betrokkene in aanmerking komt voor een maatregel op grond van de Wbopz. Daarvoor is vereist dat er sprake is van (een vermoeden van) een stoornis, die de betrokkene gevaar doet veroorzaken. Vloeit het gevaarzettende of agressieve gedrag niet voort uit de stoornis, dan is ingrijpen op grond van de Wbopz niet mogelijk. Gevaarlijk of ontwrichtend gedrag is namelijk zelf geen stoornis in de zin van de Wbopz. Dat wil overigens niet zeggen dat de ggz altijd geheel buiten beeld blijft.

66.

*De SP-fractieleden vernemen graag van de regering hoe wordt gewerkt aan voldoende klinische capaciteit in de ggz, aangezien het College van procureurs-generaal heeft aangegeven dat het OM hiervan afhankelijk is.*

Mensen willen graag zelf zo veel mogelijk in de eigen omgeving zorg en ondersteuning ontvangen en deelnemen aan de maatschappij. Daarom wordt er ingezet op de opbouw en intensivering van de ambulante zorg en ondersteuning. Voor mensen die dat nodig hebben, moet er uiteraard een klinische plek beschikbaar zijn. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten er voor zorgen dat er voldoende klinische capaciteit bij aanbieders wordt ingekocht. Het Trimbos-instituut monitort jaarlijks deze ontwikkelingen in de 'Monitor Ambulantisering en langdurige ggz'. De volgende monitor wordt dit najaar verwacht.

In het programma continuïteit van zorg is onder meer het onderzoek 'beletselen in de continuïteit van zorg' uitgevoerd<sup>25</sup>. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat er een tekort bestaat aan beveiligde zorg. Deze zorg blijkt moeilijk tot stand te komen. In het rapport is geadviseerd om een veldnorm te ontwikkelen. De regering heeft GGZ Nederland gevraagd een veldnorm te ontwikkelen en deze dient uiterlijk 1 april 2018 beschikbaar te zijn. De veldnorm zal meer comfort moeten geven, enerzijds voor verzekeraars om de zorg in te kopen en anderzijds voor zorgaanbieders om zorgaanbod te realiseren. Daarnaast is in de 'Afspraken wachttijden ggz'<sup>26</sup> met de ggz-sector afgesproken dat de inkoop van beveiligde ggz per direct wordt verhoogd, zodat er voldoende beveiligde plaatsen beschikbaar zijn.

67.

*De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de tijdens de deskundigenbijeenkomst uitgesproken zorgen van de vertegenwoordiger van het College van procureurs-generaal dat het OM sinds 2014 heeft aangegeven zich zorgen te maken over het verdwijnen van de artikel 37-maatregel uit het Wetboek van Strafrecht en de introductie van artikel 2.3 van de Wfz.*

Op de vraag of door het verdwijnen van de artikel 37-maatregel uit het Wetboek van Strafrecht een leemte ontstaat, en op de door het College van procureurs-generaal en de Rvdv geuite zorgen over het feit dat er in het kader van artikel 2:3 Wfz sprake zal zijn van twee procedures (een strafrechtelijke en een civiele) is de regering in deze memorie reeds uitgebreid ingegaan naar aanleiding van de vraag ter zake van de VVD-fractieleden (vraag 11). De regering moge de leden van de SP-fractie daarom korthedshalve naar dit antwoord verwijzen.

<sup>25</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 33 628, nr. 19.

<sup>26</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 25 424, nr. 369.

68.

*De leden van de SP-fractie vragen of de implementatietermijn van de nieuwe wetgeving niet minimaal 18 maanden zou moeten zijn.*

Het maatschappelijk belang om deze wetsvoorstellen snel in te kunnen voeren is groot, mede ook nu de wetsvoorstellen tot belangrijke verbeteringen zullen leiden voor de doelgroepen. De regering acht een implementatietermijn van een jaar vanaf het moment dat de wetsvoorstellen door Uw Kamer zijn aangenomen realistisch. Indien de wetsvoorstellen nog dit jaar worden aangenomen, zou dit betekenen dat inwerkingtreding zou kunnen plaatsvinden op 1 januari 2019.

### **PvdA-fractie**

De regering is verheugd dat de leden van de **PvdA-fractie** de belangrijke uitgangspunten van de wetsvoorstellen steunen en onder meer de uitbreiding van de mogelijkheden om lichtere vormen van gedwongen zorg toe te passen, ook buiten een instelling, alsmede het in de Wzd opgenomen stappenplan belangrijke verbeteringen vinden.

69.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen of de basisfilosofie van de Wvvgz, de Wfz en de Wzd dat goede zorg de samenleving per definitie veiliger maakt omdat dit (recidive van) criminaliteit voorkomt, na de tweede nota van wijziging nog wel voldoende herkenbaar aanwezig is in de Wvvgz, en of de regering deze basisfilosofie nog met overtuiging ondersteunt.*

In antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie en de eerdere vragen van de leden van de CDA-fractie (vraag 12) bevestigt de regering de basisfilosofie achter de wetsvoorstellen nog ten volste te ondersteunen. De kern van de wetsvoorstellen is nog steeds het bieden van maatwerk en het voorkomen van gedwongen zorg. De Wvvgz en de Wzd zijn nog steeds behandelwetten. De doelstellingen die met de oorspronkelijke wetsvoorstellen waren beoogd, zijn onverminderd van kracht.

Wat betreft de samenhang tussen de drie wetsvoorstellen hecht de regering er aan er op te wijzen dat de wetsvoorstellen gemeenschappelijke uitgangspunten hebben die leidend waren in de reactie op de thematische wetsevaluatie. Deze uitgangspunten zijn:

- De cliënt en zijn zorgbehoefte staan centraal, ongeacht de juridische titel van een cliënt;
- Dwang en drang zijn een ultimum remedium en mogen niet verder gaan dan strikt noodzakelijk. Dwang is alleen toegestaan als mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput en aan alle criteria voor verplichte of onvrijwillige zorg is voldaan;
- Goede zorg vraagt om soepele overgangen tussen de verschillende deelgebieden in de zorg (bijv. tussen forensische zorg en ggz-zorg);
- Gedwongen zorg vraagt om zorgvuldige procedures en adequate rechtsbescherming.

Deze uitgangspunten worden nog steeds door de regering onderschreven.

70.

*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 IGZ. Zij vragen de regering hoe zich dat sindsdien heeft ontwikkeld en of de regering de meest recente cijfers van de IGZ over de toepassing van dwang zou kunnen overleggen.*

In 2010 ontving de IGZ 60.000 meldingen op grond van de Wbopz. Dit aantal betreft alle meldingen die de IGZ ontving op basis van de Wbopz. Het ging daarbij dus niet alleen om meldingen van toepassing van dwang (zoals de meldingen van de aanvang van dwangbehandelingen en middelen of maatregelen), maar ook om bijvoorbeeld de beëindiging daarvan, om rechterlijke machtigingen en inbewaringstellingen (IBS-en), om ongeoorloofde afwezigheid, terugkomst na ongeoorloofde afwezigheid en dergelijke.

De cijfers van alleen de meldingen over de aanvang van dwangtoepassing (meldingen betreffende dwangbehandelingen en middelen of maatregelen) geven een beter beeld van de toegepaste

dwang. Uit de bijlage bij deze memorie blijkt hoe die zich hebben ontwikkeld van 2010 tot en met 2015. In 2016 is de IGZ overgegaan naar een ander registratiesysteem. Nog niet alle in 2016 ontvangen meldingen over 2016 zijn verwerkt. Bovendien worden er in 2017 nog meldingen ontvangen over 2016. De cijfers over 2016 zijn op dit moment daarom nog niet beschikbaar.

Uit het overzicht blijkt dat het feitelijk aantal dwangtoepassingen een stuk lager ligt dan de eerder genoemde 60.000 meldingen. Per melding kunnen meerdere in een bepaalde situatie gedwongen toegepaste interventies gemeld worden. Over 2010 heeft de IGZ 10.050 meldingen ontvangen, waarbij in totaal 12.560 dwangtoepassingen werden gemeld. Er kan echter wel een stijging van dwangtoepassingen worden waargenomen. Zo ontving de IGZ 14.400 meldingen waarbij 18.030 dwangtoepassingen werden gemeld.

*De leden van de PvdA-fractie vragen de regering hoe zij deze cijfers in internationaal perspectief beoordeelt.*

Het is lastig om deze cijfers in internationaal perspectief te plaatsen, zoals de leden vragen. In de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang<sup>27</sup> is gekeken naar dwangtoepassingen in het buitenland. In Nederland lijkt relatief vaker tot separatie over te worden gegaan en weer minder vaak tot fixatie en dwangmedicatie. Maar in dezelfde richtlijn wordt geconcludeerd dat internationale vergelijkingen in dwangtoepassing nauwelijks mogelijk zijn vanwege onderlinge verschillen in definities van begrippen, cultuurverschillen, verschillen in bouwkundige vormgeving en onvergelykbare wetgeving.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering in staat is 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.*

Het onderscheid tussen gedwongen zorg die wordt geboden omdat ernstig nadeel dreigt voor betrokkene zelf en gedwongen zorg omdat ernstig nadeel dreigt voor de omgeving kan op dit moment alleen worden opgemaakt uit de rapportage over inbewaringstellingen, niet uit de rechterlijke machtigingen. Uit de rapportage van het Trimbos-instituut 'Lastgevingen tot inbewaringstelling in de ggz in de periode 2011-2014' blijkt suïcidegevaar en/of het zichzelf toebrengen van ernstig letsel (39,1%) en het gevaar voor het aanbrengen van ernstig letsel bij anderen (27,3%) het vaakst geregistreerd als belangrijkste gevaarscriterium. Zichzelf ernstig verwaarlozen (9,1%), agressie van anderen door hinderlijk gedrag (9,8%) en het gevaar voor de algemene veiligheid (8,6%) worden minder vaak genoemd als het belangrijkste gevaarscriterium.

71.

*De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de zelfbindingsverklaring in relatie tot de crisismaatregel. Zo vragen zij hoe de registratie van zelfbindingsverklaringen is geregeld en hoe deze toegankelijk worden gemaakt bij de aanvraag van een zorgmachtiging, waarom de bepaling dat de burgemeester bij het afgeven van een crisismaatregel dient na te gaan of sprake is van een zelfbindingsverklaring is geschrapt, en of een dergelijke verklaring, indien aanwezig, niet ook in een crisissituatie bij de afwegingen tot het opleggen van gedwongen zorg moet worden betrokken.* Het OM beschikt over deze verklaring en zorgt vervolgens voor het beschikbaar stellen van deze verklaring aan de geneesheer-directeur die belast is met de voorbereiding van een zorgmachtiging. Bij de tweede nota van wijziging is de procedure voor het nemen van een crisismaatregel vereenvoudigd, omdat in een acute situatie snel gehandeld moet kunnen worden, waarbij er niet altijd gelegenheid zal zijn om na te gaan of er een zelfbindingsverklaring is. Daarom is dit niet langer als verplichting opgenomen. De burgemeester moet de betrokkene wel zo mogelijk in de gelegenheid stellen om te worden gehoord. Op dat moment kan de betrokkene aangeven dat er een zelfbindingsverklaring is. Ook kan betrokkene via een crisiskaart hebben aangegeven wat zijn wensen zijn, waarin ook zijn wensen in een crisissituatie kunnen zijn meegenomen.

---

<sup>27</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang\\_en\\_drang\\_in\\_de\\_ggz/dwang\\_en\\_drang\\_in\\_de\\_ggz\\_-\\_startpagina.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html).

72.

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar de meest recente cijfers over het aantal FACT-teams dat in Nederland actief is en of deze teams in staat zijn om te voldoen aan kwaliteitseisen, zoals het inzetten van ervaringsdeskundigen. Tevens verzoeken de leden van deze fractie of en hoe deze teams aansluiten bij de wijkteams die in veel gemeenten zijn ontstaan. Zij vragen tevens naar het oordeel van de regering over de wijze waarop zorgverzekeraars opereren met betrekking tot de afbouw van de klinische zorg en de opbouw van de ambulante zorg.*

Het aantal FACT-teams is gestaag gegroeid. Uit de Monitor Ambulantisering en hervorming van langdurige ggz (hierna: Monitor Ambulantisering<sup>28</sup>, verschenen in 2016, blijkt dat het aantal teams op dit moment geschat wordt op circa 400.

Het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) verleent kwaliteitskeurmerken aan (F)ACT-teams die in voldoende mate voldoen aan de modelstandaarden ter zake. Van de 400 teams zijn er op dit moment circa 300 gecertificeerd. Deze teams voldoen daarmee aan de vigerende kwaliteitseisen. Het aantal gecertificeerde teams neemt toe. Het beschikken over ervaringsdeskundigheid maakt (vooral nog) geen deel uit van deze kwaliteitseisen. Het team is multidisciplinair samengesteld met verschillende zorgprofessionals; daar kan een ervaringsdeskundige deel van uitmaken. In de praktijk is dat ook al vaak het geval.

De totale (F)ACT capaciteit in Nederland is circa 4.000 fte, waarmee zorg wordt geboden aan in totaal naar schatting 70.000 cliënten, waarvan circa 55.000 cliënten bij gecertificeerde (F)ACT teams. Afgezet tegen de totale ggz-capaciteit en de totale ernstige psychiatrische aandoeningen-populatie in Nederland betekent dit dat (F)ACT circa 5-7 % van die totale capaciteit voor zijn rekening neemt en zorg biedt aan circa een kwart tot een derde van de populatie met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Uit bovengenoemde Monitor Ambulantisering is gebleken dat signalen voor een sterke intensivering van de ambulante opbouw van zorg en ondersteuning uitblijven. De regie om de opbouw van ambulante zorg en ondersteuning te realiseren ligt bij zorgverzekeraars en gemeenten. Deze opbouw moet nu versneld plaatsvinden. Dit onderwerp maakt deel uit van de "Afspraken aanpak wachttijden ggz"<sup>29</sup> die de Minister van VWS op 13 juli jl. met partijen heeft gemaakt. Deze afspraken houden onder meer in dat zorgaanbieders op basis van de lokale en bovenregionale situatie concrete, integrale, plannen voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod op gaan stellen. Zorgverzekeraars zullen goede plannen financieren uit Zvw-middelen. Gemeenten zullen hierbij aangehaakt worden. Het Trimbos-instituut wordt gevraagd voor het zomerreces van 2018 te rapporteren of deze acties succesvol zijn.

Voor betrokkene is het belangrijk dat hij integrale zorg en ondersteuning ontvangt. De samenwerking en afstemming tussen de FACT-teams en de sociale wijkteams, zijn regionaal en lokaal verschillend. Soms trekt men al nauw met elkaar op; andere regio's verkeren in de opstartfase. Ook het Schakelteam heeft geconstateerd dat deze samenwerking beter kan. Het Schakelteam vraagt hier dan ook met klem aandacht voor (onder andere op congressen) en zet zich in om de verbinding te stimuleren. De Minister van VWS zal partijen blijven aanspreken op het belang van integrale zorg en hun verantwoordelijkheid voor voldoende adequaat aanbod, samenwerking en afstemming.

73.

*De betrokken leden willen weten of de regering het met hen eens is dat de regering vanuit haar stelselverantwoordelijkheid een zorgvuldige transitie moet bewaken, en zo ja, hoe zij daar invulling aan geeft.*

---

<sup>28</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 25 424, nr. 337.

<sup>29</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 25 424, nr. 369.



Met dit standpunt is de regering het eens. Vanuit die optiek is dan ook de opdracht aan het Trimbos-instituut gegeven om jaarlijks een monitor uit te brengen die de afbouw van de klinische ggz en de opbouw van de ambulante zorg weergeeft. Uw Kamer wordt jaarlijks geïnformeerd over de ontwikkelingen. Dit gebeurde laatstelijk bij brief van 17 december 2016. Uit deze laatste monitor blijkt dat de afbouw van klinische plekken gestaag verloopt, maar dat een intensivering van de opbouw van de ambulante zorg uitblijft. Om hier verbetering te realiseren, zijn met alle partijen passende afspraken gemaakt die in de beantwoording van uw eerdere vraag en in voornoemde brief over de 'Afspraken aanpak wachttijden ggz' nader zijn toegelicht.

*De leden van de PvdA-fractie vragen daarnaast naar de capaciteit van de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (hierna: RIBW's) en de maatschappelijke opvang en hoe de regering de ontwikkeling van die capaciteit sinds de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015) beoordeelt.*

Informatie over het aantal cliënten dat gebruikt maakt van maatwerkvoorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning, zoals beschermd wonen, wordt verkregen via de gemeentelijke monitor sociaal domein en het CAK. Gegevens per gemeente worden gepubliceerd op [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl). Landelijke gegevens worden jaarlijks gepubliceerd in de Overall rapportage sociaal domein van het Sociaal Cultureel Planbureau (hierna: SCP) en vanaf het najaar van 2017 ook via [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl). Uit de Overall rapportage sociaal domein blijkt dat in 2015 19.000 cliënten gebruik maakten van beschermd wonen. Het is nog niet mogelijk om inzicht te geven in trends in het aantal cliënten dat gebruikt maakt van beschermd wonen sinds de inwerkingtreding van de Wmo 2015. Dit komt doordat over het jaar 2016 nog geen landelijke gegevens beschikbaar zijn. In het najaar van 2017 zullen deze beschikbaar zijn. Voor de maatschappelijke opvang geldt dat dit ook voor de inwerkingtreding van de Wmo 2015 een gemeentelijke taak was. Uit een rapportage van de Federatie Opvang blijkt dat in 2015 ruim 58.000 mensen een beroep hebben gedaan op de maatschappelijke opvang. In 2013 waren dat er ruim 60.000. Momenteel wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van de maatschappelijke opvang in 2016. De resultaten hiervan worden eind 2017 verwacht.

Voor de vraag van de betrokken fractieleden naar de afbouw van het aantal bedden in de ggz wordt verwezen naar hetgeen hierover is gezegd in het antwoord op vraag 72.

*Voorts willen de leden van de PvdA-fractie graag weten of alle gemeenten inmiddels zijn aangesloten bij een meldpunt voor openbare ggz.*

Naar aanleiding van een advies van het Schakelteam over niet-acute meldingen over personen met verward gedrag<sup>30</sup> is in samenwerking tussen de Ministeries van VWS en VenJ, GGD Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio (GGD GHOR), de VNG en het Schakelteam een eerste inventarisatie uitgevoerd naar de bestaande regionale en lokale meldpunten<sup>31</sup> op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (hierna: OGgz) (zoals meldpunten zorg&overlast, woningvervuiling en bemoeizorg). Uit deze inventarisatie komt een wisselend beeld naar voren wat betreft de invulling van de meldpunten. Het blijkt dat alle regio's op drie na beschikken over een regionaal meld- en adviespunt. Deze is over het algemeen gepositioneerd bij de GGD. Bij sommige regionale meldpunten is slechts een deel van de gemeenten uit de regio aangesloten. Sommige gemeenten hebben naast of in plaats van de regionale meldpunten een eigen meldpunt ingericht. Over de dekking van de gemeentelijke meldpunten is op basis van de inventarisatie geen uitspraak te doen.

Samen met de betrokken partijen zal de regering de beschikbaarheid en toegankelijkheid van meldpunten verder stimuleren. Ook het Model Melding, dat thans in opdracht van Ambulancezorg Nederland en de politie in samenwerking met alle betrokken organisaties wordt ontwikkeld, wordt hierbij betrokken. Het Schakelteam brengt in oktober een monitor uit over de stand van zaken van de sluitende aanpak in de regio's, waarvan de beschikbaarheid van meldpunten voor niet-acute meldingen een onderdeel uitmaakt.

<sup>30</sup> Kamerstukken II 2016/17, 25 424, nr. 344.

<sup>31</sup> Kamerstukken II 2016/17, 25 4245, nr. 368.

*De leden van de PvdA fractie verwijzen naar de norm dat bij een crisismaatregel een persoon binnen twee uur na de melding beoordeeld moet zijn. Zij vragen of deze norm nog steeds rond de 80 procent ligt, en zo ja, hoe lang het duurt voordat de overige 20 procent beoordeeld is.*

Uit het laatste rapport van de NZa over de naleving van de zorgplicht<sup>32</sup> is gebleken dat er nauwelijks wachttijden zijn voor de crisis ggz. De betrokken norm is inmiddels aangescherpt met de vaststelling van de generieke module acute psychiatrie<sup>33</sup>. Met deze aanscherping vindt er een meer gedifferentieerde triage plaats waardoor in de meest urgente situaties een beoordeling binnen 30 minuten zal moeten plaatsvinden. Op dit moment wordt door zeventien crisisdiensten met deze aangescherpte triage gewerkt in de praktijk, de overige crisisdiensten zullen in 2018 volgen.

74.

*De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat de implementatie van de voorliggende wetsvoorstellen intensieve voorbereiding van betrokken partijen zal vergen en vragen in dat kader hoe de implementatie van de drie onderhavige wetsvoorstellen ter hand zal worden genomen door de regering en hoeveel tijd de regering wil uittrekken voor de implementatie, mochten de wetsvoorstellen door de Eerste Kamer worden aanvaard.*

De regering is het met de leden eens dat het implementeren van onderhavige wetsvoorstellen een intensieve voorbereiding vergt. De regering verwijst de leden naar het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie (vraag 17) en SP-fractie (vraag 68) over de voorgenomen aanpak van de implementatie respectievelijk de implementatietermijn die de regering realistisch acht.

75.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de cultuuromslag rond toepassing en vormgeving van gedwongen zorg in de ggz zich voltrekt, en hoe.*

De cultuuromslag in de ggz voor het terugdringen van dwang en drang wordt breed gedragen. De ggz werkt met het project 'Dwang en Drang' aan het terugdringen van dwangtoepassingen. De afgelopen jaren is er al veel bereikt: er is een registratiesysteem (Argus) gerealiseerd, waarmee instellingen verplicht zijn dwang en drang te registreren, met als doel om te leren en dwang verder terug te dringen. Daarnaast organiseert GGZ Nederland regelmatig regiosessies en platformbijeenkomsten op het gebied van dwang en drang. 26 grote ggz-instellingen hebben zich daarnaast aangesloten bij de stichting High & Intensive Care (hierna: HIC). Zij hebben een model voor de HIC ontwikkeld als alternatief voor separeren en dwangtoepassing, alsmede een bijbehorend kwaliteits- en toetsingssysteem. Op basis van wetenschappelijk onderzoek en op basis van eigen cijfers leren de instellingen met en van elkaar om het aantal dwangtoepassingen te reduceren. Recent zijn zij ook gestart met het opzetten van HIC-scholing. Sinds 2016 hebben zestien ggz-instellingen een manifest ondertekend waarmee ze willen bereiken dat het gebruik van de separeer voor 1 januari 2020 wordt afgeschaft.

*Voorname fractieleden willen graag inzicht in de meest recente cijfers over het gebruik van separatuurruimtes.*

De afgelopen jaren zijn in de ggz veel separeerruimtes gesloten. De ggz is zich bewust dat eenzame opsluiting niet de gewenste kwaliteit van zorg biedt. De komende jaren zal het aantal separeerruimtes verder worden gereduceerd.

Hieronder staan de aantallen meldingen van separatie als dwangbehandeling op grond van artikel 38 en 38c Wbopz en als middel of maatregel op grond van artikel 39 Wbopz die de IGZ tot en met 2016 heeft ontvangen over de jaren 2010 tot en met 2015. Dit betreft alleen de gedwongen separaties die gemeld zijn aan de IGZ.

---

<sup>32</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 29 689, 677.

<sup>33</sup> [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/.../nu-online-generieke-module-acute-psychiatrie](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/.../nu-online-generieke-module-acute-psychiatrie)

**Aantallen  
Separaties**

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Aantallen separaties</b>	Aanvang dwangbehandeling	960	800	720	810	770	890
	Aanvang middel of maatregel	4990	5190	4880	5710	5530	5460
	<b>Totaal</b>	<b>5950</b>	<b>5990</b>	<b>5600</b>	<b>6520</b>	<b>6300</b>	<b>6350</b>

*Deze leden vragen voorts wanneer de cultuuromslag naar de overtuiging van de regering voldoende bereikt is, en naar de staat van ontwikkeling van richtlijnen rond gedwongen zorg in de ggz.*

Het is niet in cijfers aan te geven wanneer deze omslag voldoende is bereikt. Dwang zal niet helemaal te voorkomen zijn. De cultuuromslag is geslaagd als bij iedere dwangtoepassing overwogen wordt of er ook alternatieven zijn en als bij iedere dwangtoepassing gesproken wordt met de cliënt over zijn voorkeuren. Dit alles is expliciet onderdeel van de Wvggz en de Wzd. Met betrekking tot de richtlijnontwikkeling kan worden gemeld dat onlangs de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang is afgerond en geautoriseerd. Deze multidisciplinaire richtlijn vormt de basis voor de generieke module dwang en drang die momenteel in ontwikkeling is. Deze module gaat ook in op ambulante dwang.

76.

*De leden van de PvdA-fractie krijgen graag cijfers over de inzet van Eigen Kracht-conferenties.*

Artikel 5:6 Wvggz maakt het mogelijk voor betrokkenen om zelf of met familie of naasten een plan van aanpak op te stellen waarmee verplichte zorg kan worden voorkomen. De Eigen Kracht-conferenties zijn een van de instrumenten die hiervoor kan worden gebruikt.

Eigen krachtconferenties op initiatief van de ggz komen weinig voor. Zo zijn bij de regiocoördinatoren van de Eigen Kracht Centrale in 2017 tot nu toe 11 aanvragen binnengekomen, die direct afkomstig waren vanuit een ggz-instelling. Bij dit cijfer moet wel een slag om de arm worden gehouden, want er wordt niet geregistreerd op doelgroep. Wat veel vaker voorkomt, is dat vanuit een ander domein, bijvoorbeeld de jeugdzorg, een Eigen Kracht-conferentie wordt gehouden, waar tevens psychische problematiek aan de orde blijkt te zijn.

77.

*De leden van de PvdA fractie geven aan te hebben begrepen dat de politie met ingang van dit jaar geen vervoer van mensen in psychische crisissituaties uitvoert. Zij vragen wat de gevolgen daarvan zijn. Voorts vragen deze leden of gespecialiseerde ambulances in het hele land voldoende beschikbaar zijn als alternatief, of de scholing van de politie ter zake op voldoende niveau is, en of de regering het wenselijk acht dat ook wijkagenten hiervan kennis hebben.*

Het staat voor de regering vast dat mensen die geen strafbaar feit hebben gepleegd en niet gevaarlijk zijn, niet thuishoren in een politiecel of door de politie vervoerd moeten worden. Dit neemt niet weg dat de politie verantwoordelijk is en blijft voor de openbare orde en zo nodig moet optreden indien deze ernstig verstoord wordt.

Begin maart 2017 heeft de Minister van VWS het voorlopig Model passend vervoer voor personen met verward gedrag (hierna: voorlopig Model) aangeboden aan de Tweede Kamer. Het voorlopig Model beschrijft vervoersoplossingen voor mensen, van wie het vermoeden bestaat dat zij door bijvoorbeeld een somatische aandoening, psychiatrische aandoening, psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking verward gedrag vertonen. Het voorlopig Model vormt hiermee een leidraad om creatieve en passende vervoersoplossingen in de regio te ontwikkelen voor mensen met verward gedrag, voor wie zorg en/of vervoer noodzakelijk is. Niet in alle gevallen is vervoer met een (gespecialiseerde) ambulance noodzakelijk of wenselijk, alleen in die gevallen waarin de persoon met verward gedrag (aan de hand van de ontwikkelde triage-wijzer) binnen een uur beoordeeld en binnen een half uur bereikt moet worden en somatische problematiek niet is

uitgesloten. Voor alle andere gevallen worden meer passende vervoersoplossingen ontwikkeld en uitgetest.

In principe bouwt de politie het vervoer van personen met verward gedrag (zonder strafbaar feit) in 2017 af, parallel aan de komst van alternatieven. Via het actieprogramma mensen met verward gedrag van ZonMw loopt op dit moment een aantal pilots om alternatief vervoer vorm te geven en het model in de praktijk uit te testen. Daarnaast maken in heel het land partijen in de acute zorg- en veiligheidsketen, met ondersteuning van de brigadier vervoer, in de regio afspraken over het aanbod van passend vervoer voor mensen met verward gedrag. Het gaat hierbij om vervoer dat continu beschikbaar is. In dit najaar zal het voorlopig Model aan de hand van de resultaten met de ZonMw-pilots definitief worden vastgesteld. In dit najaar zal ik de Tweede Kamer nader informeren over de stand van zaken met betrekking tot vervoer van personen met verward gedrag.

Voor wat betreft de deskundigheid van de politie en andere functionarissen die in contact kunnen komen met mensen met psychiatrische klachten, meldt de regering het volgende. Vroegsignalering behoort tot de werkzaamheden van alle wijkagenten (1:5000 inwoners) op het niveau van wijken en buurten. De politie besteedt in haar opleidingsprogramma's aandacht aan de doelgroep personen met verward gedrag en werkt, in samenwerking met de Politieacademie aan een actualisatie van het opleidingsaanbod.

78.

*De leden van de PvdA-fractie stellen een aantal vragen over de harmonisatie tussen de Wvggz en de Wzd enerzijds en (de rechtspositie van) minderjarigen anderzijds. Ten eerste vragen zij hoe het staat met de voorgenomen wet voor gesloten jeugdinstellingen. In de tweede plaats willen zij weten waarom de regering dit niet meeneemt in de onderliggende wetsvoorstellen. En ten derde vragen zij of een aparte wet voor minderjarigen niet zal leiden tot nog meer versnippering van rechtsbescherming, en tot complicaties.*

Het bedoelde wetsvoorstel verkeert nog in het stadium van voorbereidende werkzaamheden. Dat heeft in de eerste plaats te maken met de complexiteit van het onderwerp (vrijheidsbeperking van jeugdigen). Bezien moet worden hoe enerzijds de regeling van rechten en mogelijke beperkingen in het licht van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en anderzijds de kaders voor een pedagogisch klimaat en het beginsel van verantwoorde hulp en de doelen van opvoeding, behandeling en voorbereiding van terugkeer in de samenleving met elkaar in evenwicht kunnen worden gebracht. Dat vereist een zorgvuldige afweging waarvoor tijd nodig is.

In de tweede plaats wordt de rechtspositie van jeugdigen in een gesloten setting behalve door de Jeugdwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen ook bepaald door de Wbopz, waarvan de beoogde opvolgers (Wvggz en Wzd) momenteel bij Uw Kamer voorliggen. Harmoniseren terwijl een deel van de wetgeving nog in beweging is, is een complexe zaak. Niet alleen vanwege de juridische aspecten, maar ook omdat de praktijk nog geen ervaring heeft opgedaan met die nieuwe wetgeving. Met het oog daarop is daarom aangekondigd uiterlijk in de evaluatie van de Wvggz ook expliciet te betrekken jeugdigen die gedwongen worden opgenomen op basis van de Wvggz of de Wzd.<sup>34</sup> Daarbij zal ook de zorg van de leden omtrent het risico van versnippering van rechtsbescherming worden meegenomen. Bij de voorbereidende werkzaamheden wordt ook nadrukkelijk aandacht besteed aan de overgang van minderjarigheid naar meerderjarigheid en aan jongvolwassenen die op basis van het adolescentenstrafrecht in een justitiële jeugdinrichting geplaatst zijn.

In de derde plaats, ten slotte, vergt ook de behandeling van de Wvggz en de Wzd tijd en aandacht.

79.

*De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de regeling van artikel 2:1, zesde lid, van de Wvggz, betreffende het wilsbekwaam verzet. Zij delen op zich de principiële keuze voor zelfbeschikkingsrecht van wilsbekwame patiënten, maar vragen zich af of dit een stap terug is in*

---

<sup>34</sup> Kamerstukken II 2015/16, 25 424, nr. 323.

*het toepassen van bemoeizorg, die juist tot doel heeft om kwetsbare mensen tegen zichzelf in bescherming te nemen. Zij vragen wanneer sprake is van alleen aanmerkelijke schade bij betrokkene zelf.*

In geval van wilsbekwaam verzet als bedoeld in artikel 2:1, zesde lid, Wvzgz worden de wensen en voorkeuren van betrokkene gehonoreerd ondanks dat sprake is van ernstig nadeel voor betrokkene. Een uitzondering hierop is de situatie waarin voor betrokkene acuut levensgevaar dreigt. Bij ernstig nadeel voor alleen betrokkene zelf, anders dan acuut levensgevaar, kan worden gedacht aan patiënten bij wie het risico bestaat dat zij zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengen. Ook kan worden gedacht aan patiënten bij wie het risico bestaat dat zij zichzelf in ernstige mate zullen verwaarlozen of patiënten bij wie het risico bestaat dat zij maatschappelijk te gronde zullen gaan. De regering wil hier ook verwijzen naar het antwoord op vraag 56 van de leden van de SP-fractie.

*In dit kader vragen de betrokken fractieleden ook wanneer bijvoorbeeld gevoelens van onmacht, frustratie, verdriet of verlies bij familie en naasten van een patiënt zoveel gewicht in de schaal leggen dat naar de overtuiging van de regering niet langer uitsluitend sprake is van een aanmerkelijke kans op schade alleen bij betrokkene zelf.*

Deze wet maakt eerder ingrijpen dan onder de Wbopz mogelijk. Patiënten kunnen eerder in behandeling worden genomen; het is niet langer nodig dat eerst de situatie moet escaleren voordat kan worden ingegrepen. Ook is er een veel grotere rol voor de familie. Zo kan de familie haar zienswijze geven op het zorgplan en kan zij de officier van justitie vragen om een verzoek voor een zorgmachtiging bij de rechter in te dienen, ook als de officier van justitie dat niet nodig vindt. In dat laatste geval moet er wel een medische verklaring zijn waaruit blijkt dat aan de criteria van de Wvzgz is voldaan. Daarnaast is er in de wijk zorg opgeschaald. Het wijkteam en de wijkverpleging vervullen een signalerende functie en kunnen hulpvragen identificeren. Zij werken ook beter samen met bijvoorbeeld de wijkagent.

80.

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering de relatie met het Schakelteam zo nadrukkelijk legt en of dit passend is vanuit de doelstelling van het wetsvoorstel, zijnde het borgen van de grondrechten van patiënten, en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast stellen deze fractieleden vragen over de term 'verward gedrag'.*

De problematiek van personen met verward is de laatste jaren, door enkele verontrustende incidenten en signalen vanuit de politie en andere organisaties, sterker naar boven gekomen. Vandaar dat deze relatie nu meer wordt gelegd. Maar er zijn altijd personen met verward gedrag geweest.

Voor personen met verward gedrag is soms verplichte zorg noodzakelijk, maar dit is zeker niet het geval bij de hele doelgroep. Ook hoeft een persoon met een ernstige psychische stoornis geen verward verdrag te vertonen. Bovendien blijft centraal staan dat de verplichte zorg alleen in uiterste geval moet worden toegepast.

Het Schakelteam heeft de opdracht om ervoor te zorgen dat er in alle gemeenten op 1 oktober 2018 een sluitende aanpak is voor deze doelgroep. In die sluitende aanpak kan het voorkomen dat verplichte zorg nodig is. Maar in de aanpak van personen met verward gedrag ligt de nadruk op preventie en vroegsignalering, zodat voorkomen kan worden dat verplichte zorg moet worden ingezet.

*Voornoemde leden hebben ook twijfels over wenselijkheid van de term 'verward gedrag' en vragen of het gebruik van deze term die afkomstig is uit de politieregistraties, de zorg voor mensen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking niet te veel in het domein van strafrecht en openbare orde trekt.*

Het begrip 'verward gedrag' is inderdaad, zoals de leden van de PvdA-fractie stellen, een breed containerbegrip. Hiervoor is ook bewust gekozen. Het gaat om mensen die niet in vaste, permanente hokjes zijn te stoppen, en juist bij deze mensen is vaak sprake van multiproblematiek. Psychoses en verslavingen komen vaak voor. Verstandelijke of andere beperkingen en verwardheid

kunnen samengaan met psychosociale problemen. Soms is er sprake van strafrechtelijke overtredingen of misdrijven. Als het gaat om de aanpak van deze problematiek, bestaat daarom geen eenvoudige aanpak die universeel toepasbaar is. Het gaat om maatwerk. In de regio's zullen alle partijen, zoals politie, justitie, gemeente en de zorg samen moeten werken om een sluitende aanpak te realiseren, zodat iedereen gepaste zorg en ondersteuning krijgt.

Ook het Schakelteam erkent dat over de term 'verward gedrag' discussie bestaat en hanteert een brede definitie: het gaat om mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Het Schakelteam gebruikt de term "personen met verward gedrag". Een van de doelen die het Schakelteam zich heeft gesteld is dat deze mensen passende ondersteuning en zorg krijgen, om escalatie te voorkomen. Met de nagestreefde sluitende aanpak wordt juist voorkomen dat deze mensen mogelijk onnodig in het domein van het strafrecht of de openbare orde terecht komen.

81.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af of ambulantisering van zorg en participatie van alle burgers gerekend kunnen worden tot de hoofddoelstellingen van het regeringsbeleid en of acceptatie van mensen met een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking in de samenleving niet actief bevorderd moet worden.*

De regering acht het van belang dat alle mensen een volwaardige plek hebben in de samenleving, ongeacht of ze fysieke of psychische aandoeningen hebben. Mensen moeten zoveel mogelijk in staat worden gesteld zelf vorm te geven aan hun leven en een actieve bijdrage te leveren aan onze samenleving. Dat draagt bij aan het gevoel van eigenwaarde en zelfredzaamheid en daarmee aan een volwaardig leven. Daarom is het van groot belang het taboe om te spreken over psychische aandoeningen te doorbreken en de kennis over psychische aandoeningen in onze samenleving te verbeteren zodat vooroordelen beslecht kunnen worden.

De regering deelt de opvatting van de leden van de PvdA-fractie dat ook de regering een verantwoordelijkheid heeft in het bestrijden van (voor)oordelen over mensen met een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking. In 2014 is ter bestrijding van vooroordelen over mensen met een psychische aandoening het nationale congres 'Anders denken over psychische aandoeningen' georganiseerd. Dat congres is geopend door de Minister-President om het belang dat de regering hecht aan acceptatie van psychische aandoeningen te benadrukken. Beide VWS bewindspersonen hebben aan het congres bijgedragen. Gedurende de jaren 2016-2018 worden de activiteiten van de organisatie Samen Sterk zonder Stigma (financieel) gefaciliteerd om breed in onze samenleving het stigma over psychische aandoeningen te herkennen en gericht weg te nemen. In 2016 is een publiekscampagne Depressie gestart, ook met als doel om het brede publiek te informeren over de grote aantallen mensen die jaarlijks kampen met een depressie en om het taboe over deze aandoening te doorbreken.

Verder probeert de regering om mensen met psychische aandoeningen aan het werk te krijgen en te houden. Hierin trekken de Ministeries van SZW en VWS nauw met elkaar op. Participatie en acceptatie van mensen met psychische aandoeningen is belangrijk voor het welzijn en een inclusieve maatschappij. In 2013 zijn de Staatssecretarissen van SZW en VWS daarom het project "Mensenwerk" gestart. Het doel van dit project is mensen met psychische aandoeningen extra te ondersteunen bij de participatie, zo mogelijk in een reguliere baan, en als dat nog niet kan in een vorm van maatschappelijke participatie. Eén van de pijlers van het project "Mensenwerk" is het bevorderen van een meer open houding en het wegnemen van vooroordelen ten aanzien van mensen met een psychische aandoening.

Daarnaast heeft het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz in april 2017 de generieke module 'Arbeid als medicijn' ontwikkeld. De module is bedoeld voor patiënten die in behandeling zijn in de basis-ggz of bij de praktijkondersteuner-ggz bij de huisarts. Het doel van deze module is het voorkomen van problemen op het gebied van werk(hervatting) en de inzet van arbeid als middel tot herstel. Tot slot heeft de Staatssecretaris van SZW, in aansluiting op diverse initiatieven van het project Mensenwerk in de regio, eind 2016 besloten om in 2017 en 2018 3,5 miljoen euro beschikbaar te

stellen als impuls aan de regionale samenwerking tussen gemeenten, UWV, ggz, cliënten, werkgevers en zorgverzekeraars, ten behoeve van de participatie van mensen met psychische aandoeningen. Op dit moment worden 31 ingediende regionale projectvoorstellen beoordeeld.

Het Schakelteam is ingesteld door de regering in samenwerking met de VNG en heeft de opdracht bij te dragen aan het realiseren van een lokaal en regionaal goed werkende ondersteuning van mensen met verward gedrag. Het Schakelteam wordt gefinancierd door de regering met een looptijd van twee jaar, tot 1 oktober 2018. Het Schakelteam vervult eveneens een actieve rol in het bevorderen van de acceptatie van zowel mensen met psychische aandoeningen als mensen met een verstandelijke beperking, voor zover sprake is van verward gedrag. Het Schakelteam benadrukt dat het belangrijk is te luisteren naar personen met verward gedrag en hun omgeving. In het Schakelteam zitten twee ervaringsdeskundigen. Het Schakelteam stimuleert dat personen met verward gedrag en hun omgeving inbreng hebben op alle niveaus, zowel in de uitvoering als in beleid, en heeft daar ook aandacht voor in zijn adviezen. Via de website [www.schakelteam.nl](http://www.schakelteam.nl) en nieuwsbrieven worden ervaringen van mensen met verward gedrag gedeeld. Dit alles draagt bij aan de acceptatie in de samenleving.

Het Implementatieplan VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap is mede op basis van gesprekken met vertegenwoordigende organisaties van mensen met een beperking tot stand gekomen. Deze organisaties zijn verenigd in de Alliantie, waar onder meer Ieder(in), het netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte (hierna: Ieder(in)), Vereniging Landelijke Federatie Belangenverenigingen door en voor mensen met een verstandelijke beperking (hierna: Vereniging LFB) en MIND onderdeel van zijn. Ieder(in) heeft namens de Alliantie een aanvraag ingediend voor één van de onderdelen van het programma, namelijk het spoor Participatie. Het doel van de Alliantie is om de stem en de belangen van mensen met een beperking bij de andere sporen van het implementatieplan te laten horen. Ze zetten ervaringsdeskundigheid in bij de ontwikkeling en uitvoering van beleid van overheden, instellingen en organisaties ter uitvoering van het VN-verdrag. Zij zullen ook nieuwe methodes en manieren ontwikkelen om de participatie en betrokkenheid van mensen met een beperking bij beleid voor een inclusieve samenleving, vorm te geven.

82.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering in wil gaan op de analyse van de derde evaluatiecommissie Wbopz waarin wordt getoond dat mensen met een migrantenachtergrond veel vaker gedwongen worden opgenomen.*

De regering heeft kennis genomen van de destijds opgestelde derde evaluatie van de Wbopz met betrekking tot gedwongen opnames bij mensen met een migrantenachtergrond. In de Wvvgz staat de behandeling centraal en niet, zoals in de Wbopz thans het geval is, de gedwongen opname. Het terugdringen van dwang en drang is afgelopen jaren een speerpunt geweest in de ggz. Dit beleid geldt ook voor mensen met een migrantenachtergrond. Het onderhavige wetsvoorstel kent geen specifieke regelgeving voor mensen met een migrantenachtergrond; de regering ziet voorsnog geen reden om hiervoor extra preventieve maatregelen te treffen.

83.

*De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de gewijzigde toonzetting van het wetsvoorstel, van zorg naar veiligheid.*

Zoals ook in antwoord op vragen van de CDA-fractieleiden (vraag 12) en eerdere vragen van de PvdA-fractieleiden (vraag 69) is aangegeven, zijn de doelstellingen van de wetsvoorstellen ongewijzigd. Terecht wijzen de leden erop dat het bij de afweging van belangen om veel meer gaat dan een afweging tussen rechtsbescherming en veiligheid en dat er geen tegenstelling is tussen maatschappij en patiënt, omdat de patiënt onderdeel is van de maatschappij. Goede zorg zorgt

voor een veiligere samenleving, zoals ook bleek uit een onderzoek naar FACT-teams in Nederland<sup>35</sup> en ook hier zal het belang van de betrokkene en die van de samenleving vaak hand in hand gaan. De kern van de Wvvgz is dan ook het bieden van zorg op de juiste plek. Met de introductie van ambulante dwang wordt eerder ingrijpen mogelijk en hoeft niet gewacht te worden tot een opname de enige mogelijkheid is.

84.

*Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie naar de onderbouwing van de stellingen dat verplichte zorg op de grens van het strafrecht ligt, en dat ketenpartners toegang moeten hebben tot relevante informatie om gevaarstelling te kunnen beoordelen. Zij vragen zich in dat kader af of het niet zo is dat het merendeel van de huidige gedwongen zorg aangevraagd wordt omdat ernstig nadeel voor betrokkene zelf dreigt. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie waarom de regering de term 'gevaar' gebruikt nu deze met het wetsvoorstel juist wordt vervangen door 'ernstig nadeel'.*

De keuze om de regierol weer bij het OM te leggen is gemaakt naar aanleiding van het rapport van de commissie Hoekstra. In dit rapport kiest de onderzoekscommissie voor een essentiële rol voor het OM. De onderzoekscommissie stelt in dit kader onder meer:

“Verplichte zorg ligt op de grens van het strafrecht en gedwongen opname is – ook al is het omwille van de patiënt en anderen – een vorm van vrijheidsbeneming. Dat moet in handen worden gelegd van het OM, dat daarvoor wel beter geëquipeerd moet worden.”<sup>36</sup>

De regering heeft de aanbeveling van de onderzoekscommissie op dit punt overgenomen. Via de tweede nota van wijziging is in het wetsvoorstel Wvvgz de centrale verzoekersrol weer bij het OM belegd.

Ook het gebruik van de term 'gevaar' in de toelichting van de tweede nota van wijziging verwijst naar bovengenoemd rapport en naar het rapport van de derde evaluatiecommissie van de Wbopz uit 2007 dat daarin wordt geciteerd. De leden van de PvdA-fractie wijzen er terecht op dat in het voorliggende wetsvoorstel niet langer de term 'gevaar' wordt gebruikt. Deze terminologie is gewijzigd in de tweede nota van wijziging. De commissie Hoekstra, waarnaar in de tweede nota van wijziging is verwezen, ging echter nog wel uit van de term 'gevaar'.

Naar aanleiding van de opmerking van de betrokken fractieleden dat het merendeel van de huidige gedwongen zorg wordt aangevraagd omdat ernstig nadeel voor betrokkene dreigt, wordt onder verwijzing naar cijfers die zijn gegeven in antwoord op een eerdere vraag van deze fractieleden (vraag 70), opgemerkt dat blijkt dat een aanzienlijk deel van de gedwongen zorg ook betrekking heeft op ernstig nadeel voor anderen of de algemene maatschappelijke veiligheid. Dit laat overigens onverlet dat de huidige wetsvoorstellen uitdrukkelijk de betrokkene en zijn specifieke zorgbehoefte centraal stellen, waarbij het uitgangspunt is dat er zoveel mogelijk moet worden gezocht naar alternatieven, en gedwongen zorg alleen kan plaatsvinden als ultimum remedium. Daarbij zijn de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid zeer belangrijke uitgangspunten. Daaraan wordt ook door de rechter getoetst.

*De leden van de PvdA-fractie vragen voorts waarom de regering een jurist beter in staat acht om de causale relatie tussen 'ziekte' en 'ernstig nadeel' bij de rechter te motiveren dan een arts. Mede naar aanleiding van de bevindingen van voornoemde commissie Hoekstra heeft de regering zich op het standpunt gesteld dat de OvJ, gelet op diens professionele achtergrond, de aangewezen partij is om juridische kwalificaties als "stoornis" en "gevaar" (onder de Wvvgz thans "ernstig nadeel") en het causale verband daartussen te beoordelen en dit voor de rechter te motiveren. Daarmee wordt niet gezegd dat een jurist beter in staat is om een ziekte vast te stellen of het causale verband vast*

---

<sup>35</sup> L. Neijmeijer, J. Verwoerd, M. van Vugt, C. Place, H. Kroon . Forensische (flexibele) assertive community treatment ((F)ACT): cliëntkenmerken en behandelresultaten. TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59 (2017) 4, 212 – 220.

<sup>36</sup> Thematische wetsevaluatie, p. 220.



te stellen tussen die ziekte en ernstig nadeel. Die beoordeling dient door een psychiater te worden gedaan, die daartoe een medische verklaring opstelt. De OvJ beoordeelt vervolgens aan de hand van die medische beoordeling, met inachtneming van de relevante jurisprudentie, of daarmee ook voldaan is aan de juridische vereisten die de wet stelt voor het opleggen van verplichte zorg, en motiveert dit standpunt voor de rechter.

De regering deelt niet de vrees die door de leden van de PvdA-fractie wordt geuit dat met een regierol van de OvJ 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. Onder de huidige Wbopz heeft het OM ook al de verzoekersrol. Er zijn geen indicaties dat dit leidt tot een te grote nadruk op vraagstukken van openbare orde, veiligheid en overlast. Het gaat hier om een civiele taak van het OM die los gezien moet worden van de strafrechtelijke taken van het OM. Voorts is van belang dat de regierol van de OvJ primair op het proces ziet. Waar het gaat om de zorginhoudelijke zaken is primair de geneesheer-directeur aan zet. Hij wijst de zorgverantwoordelijke aan, zorgt voor een onafhankelijke medische verklaring en adviseert de OvJ over het door de zorgverantwoordelijke opgestelde zorgplan (waaronder of de alternatieven voor verplichte zorg voldoende zijn overwogen). De geneesheer-directeur kijkt of het eventuele eigen plan van aanpak voldoende is om verplichte zorg te voorkomen. Daarnaast bewaakt hij intern de kwaliteit van de verplichte zorg en beslist hij over de beëindiging daarvan, behoudens uitzonderingen. De zorgregie ligt dus bij de geneesheer-directeur.

85.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering denkt te voorkomen dat artsen, door de regierol van het OM, onder druk zullen worden gezet om het medisch beroepsgeheim losser te interpreteren, omdat volgens het OM de veiligheid van de samenleving of anderen mogelijk in het geding is.*

Aan de aanbeveling van de commissie Hoekstra dat met het medisch beroepsgeheim zorgvuldig maar niet rigide moet worden omgegaan, wordt in het wetsvoorstel invulling gegeven door duidelijk te benoemen in welke situaties het medische beroepsgeheim doorbroken mag of moet worden, en aan te geven welke informatie in die gevallen uitgewisseld mag worden.

Een arts of medisch behandelaar is niet gebonden aan zijn medisch beroepsgeheim als een wettelijke bepaling hem verplicht medische gegevens aan een derde te verstrekken. In de gevallen waarin verstrekking van medische gegevens op grond van de Wvggz aan het OM aan de orde is, is sprake van zo'n wettelijke verplichting die het medisch beroepsgeheim doorbreekt. Dit betekent bijvoorbeeld dat een psychiater die desgevraagd een medische verklaring verstrekt aan de OvJ op grond van het bepaalde in de Wvggz zijn medische beroepsgeheim niet schendt. Daarnaast is het uitgangspunt dat de gegevens die de OvJ verwerkt in het kader van de Wvggz alleen mogen worden gebruikt ten behoeve van de procedures in deze wet. Overigens vervult de OvJ de verzoekersrol ook nu al onder de Wbopz en ontvangt hij nu ook een geneeskundige verklaring van een onafhankelijke psychiater. Van een lossere interpretatie van het medisch beroepsgeheim of een in dat kader door het OM uitgeoefende druk op artsen is de regering voor zover bekend niet gebleken.

86.

*De leden van de PvdA-fractie brengen in herinnering dat de commissie Hoekstra in de zaak-Bart van U. heeft geconstateerd dat het OM signalen van de familie van Van U. onvoldoende op waarde heeft geschat, en dat de ggz verstoken is gebleven van informatie van de kant van het OM. Zij vragen hoe de regering deze elementen denkt te verbeteren, als de regierol voor het aanvragen van gedwongen zorg bij het OM blijft.*

De regierol blijft weliswaar bij het OM, maar deze wordt anders ingevuld. Het verzoek om een zorgmachtiging komt straks in nauwe samenwerking tussen de OvJ en de geneesheer-directeur tot stand, waarbij de OvJ primair gaat over het proces en de geneesheer-directeur over de zorginhoud. Indien de OvJ overgaat tot de voorbereiding van een zorgmachtiging, wijst hij een geneesheer-directeur aan en verstrekt hij aan hem de eventueel aanwezige gegevens uit het justitiedomein die relevant zijn voor de voorbereiding van die zorgmachtiging. De geneesheer-directeur wijst de

zorgverantwoordelijke aan, zorgt voor een medische verklaring van een onafhankelijke psychiater en adviseert de OvJ over het door de zorgverantwoordelijke opgestelde zorgplan (zoals de vraag of de alternatieven voor verplichte zorg voldoende zijn overwogen) en een eventueel door betrokkene ingediend eigen plan van aanpak. Ook adviseert hij de OvJ of aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. De OvJ stelt aan de hand daarvan het uiteindelijke verzoekschrift op.

In de Wvvgz is er veel aandacht voor het bij elkaar brengen van alle relevante informatie over betrokkene, zodat er een volledig en goed onderbouwd verzoekschrift kan worden ingediend. Daarmee wordt het risico verkleind dat zich nogmaals een situatie voordoet zoals die rond Bart van U was ontstaan. Het OM is ook al gestart met het toevoegen van meer informatie aan de dossiers onder de huidige Wbopz. Naar aanleiding van de aanbevelingen die zijn gedaan door de commissie Hoekstra is het OM zoals eerder gemeld gestart met het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid. In dat kader zijn alle parketten versterkt, zodat nu in alle regio's politiemutaties en justitiële documentatie worden toegevoegd aan het Bopz-dossier. Daarnaast heeft het OM een pilot uitgevoerd in drie arrondissementen (Midden-Nederland, Rotterdam en Oost-Nederland). Daarin werd onder meer geëxperimenteerd met het (extra) verrijken van het Bopz-dossier. Er is informatie van de reclassering en de sociale omgeving, informatie uit de veiligheidshuizen en pro Justitia-rapportages (voor zover beschikbaar en relevant) toegevoegd aan de dossiers. Uit het evaluatieonderzoek van deze pilot dat is gedaan door DSP-groep<sup>37</sup> van 13 juni 2017 blijkt dat de toevoeging van de politiemutaties en de justitiële documentatie door de bevroegde rechters positief wordt gewaardeerd, evenals de voortgangsrapportages van de reclassering bij lopend toezicht en de 'kindchecks' bij Veilig Thuis.

Voor wat betreft het meenemen van signalen van de familie, is van belang dat de Wvvgz de positie van de familie versterkt en de familie betere mogelijkheden geeft om signalen over de psychische toestand van een familielid kenbaar te maken bij de gemeente, de OvJ en de rechter. Familie en naasten kunnen op grond van artikel 5:2 Wvvgz een melding doen bij de gemeente. Dat kan leiden tot een aanvraag bij de OvJ voor de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging. Als de gemeente dat niet doet, kan de familie er bij de gemeente op aandringen om die aanvraag alsnog bij de OvJ in te dienen als ze vinden dat de noodzaak aanwezig is. In het verlengde hiervan heeft de familie op grond van artikel 5:18 Wvvgz ook de mogelijkheid bij de OvJ schriftelijk en gemotiveerd een aanvraag in te dienen om alsnog een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de rechter aan te brengen, ook indien de OvJ van oordeel is dat niet aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. In dat geval is wel vereist dat uit de medische verklaring blijkt dat er sprake is van een psychische stoornis en als gevolg daarvan ernstig nadeel ontstaat of dreigt te ontstaan. Indien een verzoekschrift voor een zorgmachtiging in gang is gezet, kan betrokkene of zijn vertegenwoordiger op grond van artikel 5:5 Wvvgz in de gelegenheid worden gesteld om met familie en naasten een eigen plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te voorkomen. Met dit plan van aanpak wordt voor zover mogelijk rekening gehouden bij het opstellen van het zorgplan. Daarnaast bepaalt artikel 5:13 Wvvgz dat de zorgverantwoordelijke overleg voert met de familie en naasten bij het opstellen van het zorgplan; zij worden ook in de gelegenheid gesteld om hun zienswijze op het zorgplan te geven. Informatie van familie en naasten kan op die manier onderdeel uitmaken van het dossier aan de rechter. Bij de evaluatie van het zorgplan worden zij ook betrokken (artikel 5:14, eerste lid, onderdeel i, Wvvgz). Familieleden of naasten van patiënten kunnen bovendien informatie, advies en ondersteuning krijgen van een familievertrouwenspersoon (artikel 12:1 Wvvgz). Met dit wetsvoorstel krijgt de familievertrouwenspersoon een wettelijke grondslag en taken en bevoegdheden. Op deze wijze hebben familie en naasten op grond van het wetsvoorstel een aantal afdwingbare rechten, die zij onder de huidige Wbopz niet hebben.

87.

*De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op de uitspraken namens het OM tijdens de deskundigenbijeenkomst in de Eerste Kamer op 16 mei jl. met betrekking tot de taakopvatting van het OM.*

---

<sup>37</sup> <https://www.dsp-groep.nl/projecten/officier-van-justitie-meestal-geen-toegevoegde-waarde-bij-rm-zittingen/>

In de tweede nota van wijziging van de Wvvgz is de verzoekersrol weer bij de OvJ neergelegd. Daarmee is het advies gevolgd van de commissie Hoekstra. De argumenten om de verzoekersrol weer bij de OvJ te leggen zijn dat:

- verplichte zorg op de grens van het strafrecht ligt, en gedwongen opname – ook al is het omwille van de patiënt en anderen – een vorm van vrijheidsbeneming is;
- een goede uitvoering van dit wetsvoorstel vraagt dat ketenpartners toegang hebben tot relevante informatie om de gevaarstelling te kunnen beoordelen. Dat vraagt om infrastructurele voorzieningen met een goed beveiligingsniveau waardoor deze informatie op landelijk niveau beschikbaar is. De verwachting is dat het OM beter in staat is dit te organiseren dan de ggz;
- door de procesregie en de juridische motivering van een verzoek om verlening van verplichte zorg weer bij het OM te beleggen, de geneesheer-directeur wordt ontlast en hij zich kan concentreren op zijn zorginhoudelijke kerntaak,
- gelet op diens professionele achtergrond, de OvJ de aangewezen partij is om juridische kwalificaties als “stoornis” en “gevaar” (en straks “ernstig nadeel”) en het causale verband daartussen te beoordelen en dit voor de rechter te motiveren.

De regering deelt niet de vrees die door de leden van de PvdA-fractie wordt geuit dat met een regierol van de OvJ 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. Ook verwacht de regering niet dat de doelstellingen van het wetsvoorstel, zoals het bewaken van de rechten van patiënten, het verbeteren van de kwaliteit van de gedwongen zorg, en het bieden van maatwerk naar de patiënt, onder druk komen te staan als gevolg van de wijze waarop het OM de regierol in zal vullen. Onder de huidige Wbopz heeft het OM ook al de verzoekersrol, en dit heeft niet geleid tot een (te) grote nadruk op vraagstukken van openbare orde, veiligheid en overlast. Het gaat hier om een civiele taak van het OM die los gezien moet worden van de strafrechtelijke taken van het OM. Voorts is van belang dat de regierol van de OvJ primair op het proces ziet. Waar het gaat om de zorginhoudelijke zaken is primair de geneesheer-directeur aan zet. Hij wijst de zorgverantwoordelijke aan, zorgt voor een onafhankelijke medische verklaring en adviseert de OvJ over het door de zorgverantwoordelijke opgestelde zorgplan (waaronder of de alternatieven voor verplichte zorg voldoende zijn overwogen). De geneesheer-directeur kijkt of het eventuele eigen plan van aanpak voldoende is om verplichte zorg te voorkomen. Daarnaast bewaakt hij intern de kwaliteit van de verplichte zorg en beslist hij over de beëindiging daarvan, behoudens uitzonderingen. De zorgregie ligt dus bij de geneesheer-directeur.

Voor wat betreft de aanwezigheid van de OvJ tijdens de zitting, wordt verwezen naar het de antwoord op de vraag van de VVD-fractieleden op dit punt (vraag 7).

88.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering de samenwerking tussen de geneesheer-directeur en de officier van justitie wil bevorderen.*

Deze samenwerking zal worden bevorderd en bewaakt via informatieuitwisseling die soepel en veilig verloopt en goede afspraken in de regio. Zo wordt duidelijk wie de belangrijkste contactpersonen zijn. Er komt geen verplichting voor één dossier, één geneesheer-directeur, één OvJ.

Vervanging bij afwezigheid is een verantwoordelijkheid van de professional. Het is niet aan de wetgever om dit te regelen.

89.

*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 de OvJ verplichten een aanvraag voor verplichte zorg*

*bij de rechter te doen, en kunnen daarbij anoniem blijven. De leden van deze fractie stellen hier verschillende vragen over. Zo vragen zij hoe de regering denkt misbruik van beide mogelijkheden te voorkomen en hoe de regering het risico beoordeelt dat valse meldingen worden gedaan.*

Het is aan gemeenten om het verkennend onderzoek in te richten en er zorg voor te dragen dat de juiste expertise aanwezig is om de meldingen te beoordelen. Dat familieleden een melding kunnen doen is van groot belang, omdat de familie vaak als eerste ziet dat het niet goed gaat met iemand. Vervolgens zal de OvJ alleen een verzoekschrift bij de rechter indienen als hij bij de voorbereiding van het verzoekschrift tot het oordeel is gekomen dat aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. De OvJ gaat hierbij niet alleen af op de informatie die hij van familie en naasten ontvangt. Hij baseert zijn oordeel ook op onder meer de medische verklaring en het advies van de geneesheer-directeur. Met deze multidisciplinaire voorbereiding wordt voorkomen dat een verzoekschrift voor verplichte zorg om oneigenlijke redenen wordt ingediend. Wel is het zo dat als de OvJ besluit om geen verzoekschrift in te dienen en uit de medische verklaring blijkt dat aan de criteria van het wetsvoorstel wordt voldaan, de OvJ door de familie alsnog verplicht kan worden om een dergelijk verzoekschrift in te dienen. Ook dan dient het verzoekschrift gestaafd te worden door een medische verklaring, en kan niet alleen worden uitgegaan van signalen van de familie. Bovendien is het uiteindelijk aan de rechter om te oordelen of verplichte zorg gelegitimeerd is.

*De leden van de PvdA-fractie vragen voorts of met name kleine gemeenten wel over voldoende expertise beschikken om dit soort vragen te kunnen beoordelen. Zij vragen hoe de regering het risico inschat dat vanwege een gebrek aan expertise bij gemeenten te snel zal worden gekomen tot een aanvraag voor verplichte zorg. Ook vragen zij of de afstand tussen (kleine) gemeenten en melders niet te klein is om de privacy van betrokkenen in dit soort gevoelige situaties voldoende te bewaken.*

Het is aan gemeenten om onderling samen te werken en het verkennend onderzoek in te richten. Daarbij dienen zij er zorg voor te dragen dat de juiste expertise aanwezig is bij degenen die het verkennend onderzoek uitvoeren en dienen zij rekening te houden met de regels omtrent privacy. In het implementatietraject zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de inrichting van het verkennend onderzoek.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe deze verplichtingen tot onderzoek door gemeenten en voor de aanvraag door de OvJ zich verhouden tot de privacy van burgers en het zelfbeschikkingsrecht van patiënten.*

Bij het verwerken van gegevens in het kader van het verkennend onderzoek moet de Wbp (de op het moment van inwerkingtreding van onderhavige wetsvoorstellen geldende AVG) in acht worden genomen. Zo mogen de verkregen gegevens niet voor een ander doel worden gebruikt dan waarvoor zij zijn verkregen.

89.

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar de bevoegdheid van de geneesheer-directeur om de gemeente informatie te verschaffen als dit 'noodzakelijk' is voor deelname aan het maatschappelijk verkeer, en vragen zich af of dit het risico dat kwetsbare mensen tussen wal (de Wvvgz) en schip (Wmo 2015) gaan vallen niet groter maakt.*

De bedoeling van deze informatiebevoegdheid is om een goede voorbereiding te bewerkstelligen op de participatie van betrokkene in de maatschappij en de daarmee samenhangende taak voor gemeenten op grond van de Wmo 2015 en de Participatiewet. Dat neemt niet weg dat er een afweging moet worden gemaakt tussen het belang van die maatschappelijke deelname en de privacy van de betrokkene die door het uitwisselen van gegevens wordt beperkt. Met de aanscherping dat die uitwisseling 'noodzakelijk' moet zijn, wordt dit benadrukt. De Wvvgz is juist bedoeld om de relatie tussen zorg en maatschappelijke deelname te versterken. De regering deelt daarom niet de mening van deze leden dat kwetsbare mensen door deze aanscherping tussen wal en schip vallen.

90.

*De leden van de PvdA-fractie vragen om opheldering ten aanzien van artikel 5:11 van de Wvvgz of de OvJ een verzoek tot een zorgmachtiging kan voortzetten, respectievelijk de burgemeester een crisismaatregel kan nemen, terwijl uit de medische verklaring van een onafhankelijk arts blijkt dat er geen sprake is van een psychische stoornis of van ernstig nadeel. Zij vragen of de regering het wenselijk acht dat niet-medische professionals zich een oordeel aanmeten over de medische staat van een persoon, en hoe dit zich verhoudt tot de uitgangspunten van het wetsvoorstel, waarbij volgens de leden het vaststellen van een psychische stoornis als conditio sine qua non geldt ten aanzien van de aanvraag van gedwongen zorg.*

In artikel 3:3 is neergelegd dat verplichte zorg als uiterste redmiddel kan worden toegepast indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor hemzelf of voor anderen. Voor het verlenen van verplichte zorg dient derhalve niet alleen te allen tijde sprake te zijn van een medische diagnose van een psychische stoornis, maar ook moet het gedrag, voortvloeiende uit die psychische stoornis, tot een aanzienlijk risico op ernstig nadeel leiden en moet er een relatie zijn tussen de stoornis en het ernstig nadeel (causaliteit). Deze drie elementen vormen de basis van de criteria op grond waarvan moet worden getoetst of verplichte zorg zou kunnen plaatsvinden, en dienen op grond van artikel 5:8 van de Wvvgz te worden besproken in de medische verklaring van een onafhankelijke psychiater.

De OvJ onderbouwt in nauwe samenwerking met de geneesheer-directeur in het verzoekschrift waarom verplichte zorg noodzakelijk is. Uitgangspunt is een zo volledig mogelijk verzoekschrift op grond waarvan de rechter een zo breed mogelijk beeld van betrokkene heeft om in zijn beslissing te betrekken. De beoordeling van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene en of sprake is van een psychische stoornis en de mate waarin gedrag voortvloeiende uit die stoornis een aanzienlijk risico op ernstig nadeel oplevert voor zichzelf of anderen is primair de verantwoordelijkheid en expertise van de deskundigen uit de ggz, in casu de onafhankelijk psychiater en de geneesheer-directeur.

De regering deelt dan ook niet de mening van de leden van de PvdA-fractie dat een niet-medisch deskundige zich een oordeel aanmeet over de medische staat van betrokkene. Kern van het wetsvoorstel is juist dat behandeling van de betrokkene voorop komt te staan. Een goed onderbouwd medisch oordeel is daarbij onontbeerlijk. De medische verklaring is echter ook gebaseerd op de ernst van het nadeel en de relatie tussen stoornis en ernstig nadeel. Daarbij is ook een juridische toets gewenst, zoals ook blijkt uit de derde evaluatie van de Wbopz. Onder de Wbopz is een medische verklaring met als oordeel dat er gevaar is als gevolg van die stoornis noodzakelijk voor het indienen van een verzoekschrift voor een gedwongen opname. Bij gebreke van een dergelijke verklaring, dient de procedure te worden beëindigd. Daarmee is het oordeel van de psychiater niet toetsbaar bij de rechter. Dat wordt onder de huidige wetgeving als een gemis ervaren. Daarom moet de OvJ (of de burgemeester in geval van een crisismaatregel) zelf het besluit kunnen nemen om de procedure verder voort te zetten (of de crisismaatregel te nemen). De OvJ (of burgemeester) moet wel zorgen voor een medische verklaring van een psychiater. Indien de psychiater onder de Wvvgz van mening is dat verplichte zorg niet is geïndiceerd, zal hij gemotiveerd aangeven waarom hij dit niet noodzakelijk vindt. In die gevallen waarin over de betrokkene tevens een advies is opgesteld door een onafhankelijke psychiater van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, kan ook dat advies gelden als een medische verklaring. Dat kan aan de orde zijn in die gevallen waarin het de afgifte van een zorgmachtiging door de strafrechter betreft en alleen voor zover het advies van de NIFP-psychiater ook voor het overige voldoet aan de eisen die de Wvvgz aan de medische verklaring stelt.<sup>38</sup> Op deze wijze wordt rechterlijke toetsing mogelijk ook in die gevallen waarin nu geen geneeskundige verklaring wordt afgegeven.

---

<sup>38</sup> Zie ook Kamerstukken I 2014/15, nr. 32 398, K, pp. 2-3.

91.

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de onafhankelijk arts alleen een psychiater mag zijn en of dit het bieden van multidisciplinaire zorg niet in de weg staat.*

Ook onder de Wbopz is de onafhankelijke arts een psychiater.

De psychiater is breed onderlegd in het herkennen en beoordelen van psychische stoornissen.

De onafhankelijke arts die de medische verklaring moet opstellen, is niet bij de behandeling betrokken en verleent derhalve geen zorg aan betrokkene. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het vaststellen van het zorgplan, waarbij hij met andere deskundigen overlegt als de aard van de psychische stoornis daartoe noodzaakt, bijvoorbeeld met een verslavingsarts, klinisch psycholoog, geriater of gedragsdeskundige. Op deze wijze wordt multidisciplinaire zorg geborgd.

92.

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar de amvb waarin het toepassen van dwang bij de betrokkene thuis wordt geregeld en vragen of de regering in dit kader een RIBW al dan niet als een accommodatie ziet.*

De amvb's onder de Wvggz en de Wzd zijn nog niet vastgesteld en zullen dit najaar worden voorgelegd ter consultatie. Het klopt dat het bij 'ambulante verplichte zorg' gaat om verplichte zorg die buiten een accommodatie wordt verleend. Voor de reikwijdte van dit begrip is derhalve van belang of sprake is van een accommodatie. Naar aanleiding van de vraag van de betrokken leden wordt hier nader uiteengezet wat is bedoeld met het begrip 'accommodatie'. Bij dit begrip moet worden gedacht aan een instelling van een zorgaanbieder, dat wil zeggen een pand (en het daarbij behorende terrein) dat door de zorgaanbieder is bestemd en ingericht voor zorg aan onder meer mensen met een psychiatrische aandoening of verstandelijke beperking en waarin de betrokkene met het oog op die zorg verblijft. Een belangrijk kenmerk dat is verbonden met het karakter van een zodanige zorginstelling is het direct aanwezige toezicht en de directe mogelijkheid van begeleiding/verzorging door zorgverleners die daartoe altijd zonder meer toegang hebben tot de woon- of verblijfsruimte van betrokkene. Of een RIBW in de praktijk een accommodatie is, kan verschillen, juist omdat er verschillende woon- en zorgvormen zijn.

93.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de mening van de betrokkene bij het nemen van een crisismaatregel wel voldoende wordt gehoord als deze op dat moment niet (goed) in staat is zijn mening te verwoorden en de vertegenwoordiger niet gehoord hoeft te worden.*

De regering heeft de eis dat de vertegenwoordiger door de burgemeester moet worden gehoord, geschrapt, omdat het juist van belang is om de betrokkenen zelf te horen. Als de betrokkene dit niet wil, dan hoeft het niet. Wanneer het niet mogelijk is om de betrokkene te horen, zijn er manieren om de voorkeuren van de betrokkene te achterhalen, door bijvoorbeeld naar eerdere zorgtrajecten te kijken of naar de crisiskaart als die er is. Overigens mag de burgemeester er niet licht vanuit gaan dat horen niet mogelijk is.

94.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) de meest aangewezen instantie is om te bepalen dat en hoe gedwongen zorg mag worden verleend en vragen deze keuze nader te onderbouwen.* De regering wijst erop dat de Wzd het CIZ slechts een verzoekende rol toebedeelt indien het gaat om het verkrijgen van een rechterlijke machtiging ter opname of verlengd verblijf in een instelling of het opleggen van een voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen. Slechts indien de cliënt zich niet verzet en geen blijk geeft van de nodige bereidheid ter zake dan heeft het CIZ een bepalende rol bij de vraag of de cliënt opgenomen mag worden. Dit betreft overigens geen gedwongen opname. Deze laatste rol voert het CIZ ook nu al uit onder de Wbopz (artikel 60 Wbopz). Indien het CIZ echter constateert dat er bij een cliënt wel degelijk sprake is van verzet dan zal er alsnog een rechterlijke machtiging tot opname aangevraagd moeten worden.

Indien het echter gaat om het verlenen van onvrijwillige zorg dan hebben noch het CIZ noch de rechter hier vooraf betrokkenheid bij. Onvrijwillige zorg wordt onder de Wzd enkel verleend na het doorlopen van de op wetsniveau vastgelegde procedure (het stappenplan). De regering kiest hiervoor omdat deze procedure het beste aansluit bij de doelgroep en omdat op deze wijze het doel van de wet (namelijk onvrijwillige zorg slechts als uiterste redmiddel), het beste kan worden bereikt. Het stappenplan garandeert immers dat de zorgaanbieder en de betrokken zorgverleners zich continu moeten blijven afvragen of er geen vrijwillige alternatieven mogelijk zijn. Dit is van groot belang bij een doelgroep die niet kan worden behandeld en daardoor voor de rest van zijn leven zorg nodig heeft.

*De betrokken fractieleden geven aan begrepen te hebben dat onder meer de beperkte capaciteit van de rechterlijke macht een toets zoals in de Wbopz en de Wvggz is vastgelegd niet praktisch uitvoerbaar maakt.*

In reactie hierop merkt de regering op dat ook de Wbopz voor onvrijwillige zorg aan een persoon met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking (anders dan in de vorm van een opname waartegen de cliënt zich verzet) geen rechterlijke machtiging vereist. Wel wordt in de Wvggz een voorafgaande rechterlijke machtiging geregeld voor het verlenen van verplichte zorg aan personen met een psychische stoornis, ook als geen sprake is van een opname. De keuze voor een andere procedure in de Wzd is onlosmakelijk verbonden met het verschil tussen de doelgroepen van de Wvggz en de Wzd. Anders dan bij personen met een ggz-problematiek, is bij personen met dementie of een verstandelijke beperking vaak sprake van een beperking in de uitdrukkingsvaardigheid; anders dan ggz-patiënten, kunnen zij vaak hun wil niet goed uiten. Het zal dan ook vaak niet duidelijk zijn of zij instemmen met de zorg. Daar wordt in het onderhavige wetsvoorstel rekening mee gehouden door de waarborgen van het stappenplan niet alleen van toepassing te laten zijn in geval van verzet maar ook indien een wilsonbekwame cliënt zich niet verzet, terwijl de vertegenwoordiger instemt met de onvrijwillige zorg. Als voor al deze zorg een voorafgaande rechterlijke machtiging zou moeten worden aangevraagd, zou dit inderdaad een grote belasting van de rechterlijke macht betekenen. Ook zorgt een gang naar de rechter voor onbegrip en onrust bij een groot deel van de betrokken doelgroep, zodat dit niet de eerste voorkeur heeft. Dit is echter niet de doorslaggevende reden voor de keuze voor de huidige systematiek van het stappenplan, met een rechterlijke toets achteraf. De belangrijkste reden voor de keuze voor het stappenplan met een opschalende besluitvorming is dat dit veel beter past bij en recht doet aan de betrokken doelgroep. Het stappenplan dat gevolgd moet worden voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, beoogt te bewerkstelligen dat er zo min mogelijk dwang wordt toegepast dan wel de dwang zo snel als mogelijk wordt afgebouwd. Het zoeken naar vrijwillige alternatieven en het daartoe inschakelen van verschillende (externe) deskundigheden, gecombineerd met frequente evaluaties (de eerste keer binnen vier weken), zijn belangrijke elementen van het stappenplan. Een zorgmachtiging met een langere geldigheidsduur dan de ggz, zoals gesuggereerd door de betrokken fractieleden, is hiervoor naar het oordeel van de regering geen goed alternatief. Dit zou immers een teruggang betekenen ten opzichte van de thans in de wet geregelde frequente beoordelingen van de situatie door meerdere –ook externe– deskundigen, gericht op vrijwillige alternatieven en de afbouw van de eventuele onvrijwillige zorg. Dit in verband met het feit dat deze doelgroep vaak levensbreed en levenslang op zorg is aangewezen.

In antwoord op een vraag ter zake van de betrokken leden, merkt de regering op dat zij dan ook niet van oordeel is dat door de gekozen systematiek aan cliënten die onder de Wzd vallen, een onafhankelijk oordeel over de inperking van hun grondrechten wordt ontzegd. Tegen onvrijwillige zorg kan immers door de cliënten of hun vertegenwoordigers een klacht worden ingediend over de onvrijwillige zorg en vervolgens een beroep worden gedaan op de rechter. Zoals reeds is opgemerkt naar aanleiding van een vraag ter zake van de leden van de CDA-fractie (vraag 39) is

de rechtsbescherming zoals die in de Wzd is geregeld, ook in overeenstemming met het EVRM en de jurisprudentie ter zake.<sup>39</sup>

In het verlengde van het vorenstaande merkt de regering op dat zij in de keuze voor het stappenplan niet het risico ziet dat het zorgperspectief te dominant wordt ten opzichte van de juridische toetsing op grondrechten. De cliënt en diens vertegenwoordiger blijven immers altijd toegang hebben tot de rechter en daarnaast is de wet zo ingericht dat zowel de Wzd-arts als de zorgverantwoordelijke de beginselen van ultimum remedium, proportionaliteit en subsidiariteit altijd moeten betrekken voordat onvrijwillige zorg opgenomen kan worden in het zorgplan.

95.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de keuze om de Wbopz te splitsen een wijze is geweest. Zo vragen zij zich af of het argument, dat iedere wet een eigen doelgroep kent en een daarmee samenhangend een andere handelingspraktijk, niet beter past bij de Wbopz die locatiegebonden is in plaats van bij de wetsvoorstellen die thans voorliggen die juist persoonsgebonden werken.*

De leden merken terecht op dat zowel de Wvvgz en de Wzd persoonsvolgend zijn en niet langer locatiegebonden zijn. De aanleiding om te kiezen voor twee voorstellen had echter vooral te maken met het verschil in doelgroep en in zorgbehoefte.

Omdat de doelgroepen van deze wetten verschillen en daarmee samenhangend ook de wensen en specifieke zorgbehoefte heeft de regering er voor gekozen om twee wetten te maken die aansluiten bij deze verschillende doelgroepen en hun wensen en behoeften. Ook wanneer was gekozen voor één wetsvoorstel, zou binnen dat wetsvoorstel gedifferentieerd zijn naar doelgroep, zoals de Wbopz verschillende procedures kent voor mensen met een psychische stoornis en mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Bij de evaluatie van de wetsvoorstellen die zal plaatsvinden twee jaar na inwerkingtreding van de wetten, zullen de wetsvoorstellen in samenhang worden geëvalueerd. In dit kader vragen de leden zich ook af of de Wzd en de Wvvgz in essentie mensenrechtenwetten zijn en of de regering kan aangeven hoe grondrechten van elkaar verschillen op grond van de zorgvraag van een persoon. De wetten zijn behandelwetten: geen mensenrechtenwetten zoals bijvoorbeeld de Grondwet dat is. Wel spelen de mensenrechten een belangrijke rol, omdat deze wetsvoorstellen de mogelijkheid bevatten om in de vrijheden van mensen in te grijpen. Om ervoor te zorgen dat dergelijke ingrepen binnen de mensenrechtelijke kaders plaatsvinden, zijn verschillende waarborgen en beginselen vastgelegd, waaronder ultimum remedium, proportionaliteit en subsidiariteit. Daarnaast bieden beide wetsvoorstellen rechtsbescherming die verenigbaar is met de eisen die de jurisprudentie van het EHRM daaraan stelt.

Daarbij merkt de regering op dat de grondrechten van de doelgroepen van de Wvvgz en de Wzd niet van elkaar verschillen. Ook is niet verschillend dat voor het maken van een inbreuk op die grondrechten een zorgvuldige procedure is voorgeschreven die is vastgelegd op wetsniveau, en waarin de nodige checks en balances zijn ingebouwd. Daarbij is de procedure weliswaar op onderdelen anders geregeld, zoals eerder aan de orde kwam, maar is de rechtsbescherming voor beide doelgroepen van een gelijkwaardig niveau.

96.

*De leden van de PvdA-fractie vragen zich af waarom de regering van mening is dat een rechterlijke toets bij gedwongen opname onontbeerlijk is en waarom dit niet bij andere vormen van invasieve gedwongen zorg het geval zou zijn. De betrokken leden vragen waarom er niet voor is gekozen om de vormen van gedwongen zorg waarvoor de betrokkenheid van de arts is voorgeschreven, wel onder de toetsing van de rechter te brengen.*

Onder de Wbopz kan gedwongen opname bij verzet alleen plaatsvinden indien er een voorafgaande rechterlijke machtiging is afgegeven, de rechter doet daarbij geen uitspraak over de vraag of

---

<sup>39</sup> In het kader van vrijheidsontneming heeft het EHRM in de de zaak Stanev t. Bulgarije, EHRM 17 januari 2012, nr. 36760/06, par. 170. gesteld dat het belangrijk is dat er 'independent judicial scrutiny' mogelijk is, maar dat dit niet vooraf hoeft.



onvrijwillige zorg gelegitimeerd is. Het is onder de Wbopz aan de instelling om een beslissing te nemen over het toepassen van onvrijwillige zorg bij de cliënt. Bij de totstandbrenging van dit wetsvoorstel is in overleg met partijen gekeken naar de wijze waarop dit systeem functioneerde voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Daaruit kwam naar voren dat de wet meer moet worden toegespitst op de zorg voor die doelgroepen. Dit heeft ertoe geleid dat in het wetsvoorstel een zeer zorgvuldige en opschalende besluitvormingsprocedure is vastgelegd voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, waarbij een zo snel mogelijke afbouw van gedwongen zorg en het (multidisciplinair) zoeken naar vrijwillige alternatieven belangrijke uitgangspunten zijn. De regering is van oordeel dat dit een belangrijke verbetering is voor de betrokken doelgroepen en dat het wetsvoorstel thans een gebalanceerde regeling biedt die recht doet aan de kenmerken van de betrokken doelgroepen en hun rechtsbescherming. Dit zowel voor de gedwongen opname als voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Door het uitgebreide stappenplan met bovengenoemde waarborgen en de mogelijkheid van rechterlijke toetsing achteraf, wordt de rechtsbescherming van de betrokken cliënten naar het oordeel van de regering op goede wijze geborgd; het is naar het oordeel van de regering dan ook niet aangewezen om voor bepaalde vormen van het toepassen van onvrijwillige zorg een rechterlijke toets vooraf te regelen.

*Daarnaast geven de leden aan 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. Deze leden vragen zich af waarom de regering dan wel verplicht gesteld heeft dat er een arts betrokken moet zijn bij bepaalde vormen van verplichte zorg.*

Het is juist dat de regering van mening is dat er geen onderscheid is tussen 'lichte' en 'zware' vormen van zorg. Dat er evenwel bepaald is dat voor het opnemen van een aantal typen onvrijwillige zorg, te weten; insluiten, beperken van de bewegingsvrijheid en het onder dwang toedienen van vocht, voedsel of medicaties alsmede het verrichten van enkele andere medische handelingen, altijd een arts betrokken moet zijn, komt dan ook niet doordat de regering van mening is dat het hier 'zware' vormen van zorg betreft, maar wel zorg waar een groter medisch risico aan zit waardoor de betrokkenheid van een arts noodzakelijk geacht wordt.

97.

*In het verlengde hiervan delen de leden van de fractie de overtuiging dat dwang in iemands eigen huis om scherpere waarborgen vraagt. Zij vragen of dat ook niet zou strekken tot een toets vooraf van de rechter om deze zorg toe te mogen passen, net als in de Wvvgz.*

De procedure, ook voor onvrijwillige zorg in de thuissituatie, wordt met voldoende waarborgen omkleed. Zo moet ook voor onvrijwillige zorg thuis altijd het stappenplan worden doorlopen, moet in de multidisciplinaire overleggen uitdrukkelijk worden beoordeeld in hoeverre de thuissituatie geschikt is voor de zorg die aan de cliënt zal worden verleend en wordt ook in de thuissituatie de procedure en kwaliteit bewaakt door de Wzd-arts. Daar bovenop acht de regering het echter wel noodzakelijk om bij amvb extra waarborgen te stellen, naast de waarborgen die al voortvloeien uit de wet. Een waarborg in de vorm van een rechterlijke toets vooraf in plaats van de toepassing van het stappenplan, is naar het oordeel van de regering niet alleen niet nodig, maar ook niet passend voor deze doelgroep; verwezen wordt naar hetgeen hierover in antwoord op eerdere vragen van deze leden is opgemerkt (vraag 94).

98.

*De leden van de PvdA-fractie stellen voorts enkele vragen over wat de twee onderscheiden wetten zullen betekenen voor mensen met multiproblematiek en voor de zorgaanbieders die aan deze cliënten integrale zorg willen bieden. Deze leden vragen of het uitgangspunt dat de beperking of ziekte die voorliggend is het wettelijk kader per geval zal aanwijzen, in de praktijk niet zal leiden tot willekeur én of dat uitgangspunt niet ten onrechte een stabiel beeld veronderstelt in de zorgvraag van complexe patiënten of cliënten. In dat kader vragen zij ook of dit er niet toe leidt dat instellingen die persoonsgerichte, integrale zorg willen bieden gehinderd zullen worden door verschillende rechtsposities binnen hun populatie. Zij zijn benieuwd of de regering het risico ziet*

*dat zeer zorgbehoeftige mensen met een multiproblematiek tussen wal en schip kunnen vallen, omdat bijvoorbeeld, een VG-arts een verslaving als voorliggend zal beoordelen, en de verslavingszorg bij dezelfde persoon de verstandelijke beperking als zodanig zal aanmerken.*

De voorbeelden waar de leden van de PvdA-fractie aan refereren, onderstrepen het belang van een op maat gesneden aanpak. Voor alle cliënten, maar voor cliënten met multiproblematiek in het bijzonder, is een op maat gesneden aanpak essentieel. Om die juiste zorg zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen vanuit de wetgeving is daarom ook in het verleden door de regering gekozen voor twee afzonderlijke wetten, zo nauw mogelijk aansluitend bij de zorgbehoeften van de beoogde doelgroepen. Daarbij is zowel bij het opstellen van de wetten als bij de daaropvolgende harmonisatie tussen wetten extra aandacht besteed aan grensproblematiek. De uitdaging was daarbij om een optimaal evenwicht te bereiken tussen op maat gesneden wetgeving per doelgroep en tegelijkertijd optimale zorgmogelijkheden te geven voor cliënten met problematiek op de grenzen van wetten.

Mede daarom is er ook gekozen voor het wettelijk verankeren van periodiek multidisciplinair overleg bij cliënten. Voor alle cliënten, en zeker cliënten met multiproblematiek, is het belangrijk om regelmatig – bijvoorbeeld in het kader van de periodieke zorgplanbespreking – met alle betrokken disciplines de situatie van de cliënt te evalueren en naar aanleiding hiervan te bezien of de zorginzet (nog steeds) aansluit bij de de zorgbehoefte of dat er meer, minder, nieuwe en/of andere interventies nodig zijn. Multidisciplinair overleg is juist bedoeld om een onjuist beeld of een verkeerde inschatting van de situatie, problematiek en/of (het verloop en de dynamiek van de) zorgvraag van de cliënt dan wel (onbedoelde) willekeur van professional(s) te voorkomen. Zeker voor cliënten met multiproblematiek biedt dit multidisciplinaire overleg een extra garantie op passende zorg, over de grens van wetten en zorgsectoren heen.

In de wetsvoorstellen wordt tevens rekening gehouden met het feit dat de zorgbehoeften van cliënten in de tijd kunnen variëren en de zorgvraag niet stabiel hoeft te zijn. Zowel de zorgmachtiging als het zorgplan kunnen op die veranderende zorgbehoefte inspelen. Daar waar het de doelgroep van cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek betreft, zal vanwege het chronische karakter van deze beperking of aandoening, deze veelal als voorliggend worden aangemerkt. Waar naast deze beperking of aandoening ook sprake is van bijvoorbeeld ggz-problematiek zullen factoren als ernst en aard van deze problematiek bepalend zijn of de cliënt in het ggz-domein of in het VG- of PG-domein kan worden behandeld. Daarbij kan een VG/PG-cliënt ook tijdelijk in een ggz instelling worden geplaatst als er zich een tijdelijke verergering van de psychische klachten of bijvoorbeeld een psychose voordoet. In de wetsvoorstellen wordt hier rekening mee gehouden doordat de Wzd-machtiging dan tijdelijk kan worden opgeschort.

Samenvattend, het risico dat mensen tussen wal en schip vallen proberen deze wetsvoorstellen zoveel mogelijk te voorkomen door multidisciplinair overleg en ketensamenwerking verplicht te stellen. De zorgbehoefte staat hierbij centraal, waarbij het essentieel is dat iemand de zorg ontvangt die hij op dat moment nodig heeft. Het wettelijk kader (Wzd of Wvvggz) volgt die zorgbehoefte.

Wat betreft de vraag van de leden van de PvdA-fractie hoe twee wetten een oplossing kunnen bieden voor de meest kwetsbare mensen, wil de regering benadrukken dat juist met deze wetsvoorstellen wordt gepoogd beter aan te kunnen sluiten bij het verschil in zorgbehoefte tussen de doelgroepen.

De regering acht, zoals gezegd, 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 ggz niet.

99.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering de situatie van de verschillende sectoren niet te zwart-wit voorstelt, of er niet eerder sprake is van een vloeiende lijn, en of het wetsvoorstel niet uitgaat van de wilsbekwaamheid van de cliënt. Deze leden vragen of een vloeiende lijn tussen sectoren, of zelfs het in elkaar schuiven van sectoren door de ontwikkeling van integrale zorg, juist niet strekt tot de ontwikkeling van één, integraal wetsvoorstel, waarin gedwongen zorg geregeld en geborgd wordt.*

De regering heeft in beide wetsvoorstellen de wilsbekwaamheid als uitgangspunt genomen. In de praktijk zal de wilsbekwaamheid van een persoon met een psychische stoornis in zijn algemeenheid veelal anders zijn dan een persoon met een verstandelijke beperking of een persoon met een psychogeriatrische stoornis, maar het onderscheid is inderdaad niet (helemaal) zwart-wit. Wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd (bij mensen met een psychogeriatrische aandoening neemt het cognitieve denken bijvoorbeeld in de tijd geleidelijk dan wel stapsgewijs af) of gerelateerd zijn aan bepaalde beslissingen, waarbij een persoon (op sommige momenten) niet wilsbekwaam is om te beslissen over geldzaken, maar bijvoorbeeld wel over de dagelijkse verzorging. De wetsvoorstellen gaan niet voorbij aan het feit dat er hierbij overlap kan zijn tussen de doelgroepen, maar dat laat onverlet dat in heel veel gevallen die overlap er ook niet is; bij het merendeel van de cliënten kan een bepaalde zorgsector in principe prima aan de zorgbehoefte voldoen. Deze wetsvoorstellen willen aansluiten bij de praktijk van de zorg, juist ook omdat de kritiek op de huidige Wbopz is, dat deze onvoldoende aansluit bij de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening.

100.

*De leden stellen vast dat er verschillend klachtenrecht van toepassing is op het zorgplan onder dit wetsvoorstel en onder de Wvvggz en zij vragen zich af of 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.*

Het klachtenrecht onder beide wetten is wat betreft de procedure en termijnen geheel geharmoniseerd. Het enige verschil betreft de beslissingen waartegen een klacht kan worden ingediend; deze verschillen vloeien voort uit de verschillende procedures die in beide wetten zijn geregeld. Zo kan tegen het vaststellen van een in het kader van de Wvvggz opgesteld zorgplan geen klacht worden ingediend op grond van die wet, terwijl tegen het opnemen van onvrijwillige zorg in het kader van de Wzd opgesteld zorgplan wel een klacht kan worden ingediend op grond van de Wzd. Dit laatste vloeit voort uit het feit dat het zorgplan in dat geval de basis vormt voor het verlenen van de onvrijwillige zorg. Naar het oordeel van de regering brengt een en ander echter geen noemenswaardige extra administratieve lasten met zich mee voor instellingen die integrale zorg bieden aan mensen met een complexe zorgvraag waarbij sprake is van multiproblematiek. De enige (geringe) extra last die zich in het kader van het klachtenrecht voor een zodanige zorgaanbieder voor kan doen, is dat die zorgaanbieder zich wellicht moet aansluiten bij twee klachtencommissies.

101.

*De leden van de PvdA-fractie verzoeken om een overzicht van de reacties op alle aanbevelingen van het rapport 'Gedwongen Zorg' van ZonMw.*

Dit overzicht is op 21 december 2016 verzonden als bijlage bij de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag.<sup>40</sup>

102.

*De leden vragen waarom de regering een onderscheid aangebracht heeft tussen het wetsvoorstel en de Wvvggz, 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.*

---

<sup>40</sup> Kamerstukken II, 2016/17, 32 399, nr. 38

Het door deze leden veronderstelde onderscheid bestaat niet. Ook in de Wzd wordt het aanbrengen van beperkingen in het recht om het eigen leven in te richten geschaard onder het begrip onvrijwillige zorg. Zie hiertoe artikel 2, eerste lid, onderdeel h, Wzd.

103.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het Centrum voor Consultatie en Expertise (hierna: CCE) voor zowel de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg, als voor de ggz werkt.*

Het CCE werkt inderdaad voor de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de ggz. Het CCE werkt daarnaast ook voor de jeugdhulp en het (speciaal) onderwijs.

104.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering waarneemt dat de cultuuromslag in het toepassen van de gedwongen zorg in de ouderenzorg en de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zich al aan het voltrekken is. 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.*

De regering constateert dat de gewenste cultuuromslag in het toepassen van de gedwongen zorg in de ouderenzorg en de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, onder invloed van de maatschappelijke discussie over het wetsvoorstel, steeds meer zichtbaar wordt. Net als in andere omslagtrajecten zien we hierbij een categorie duidelijke koplopers. In het kader van het zogenoemde 'Bopz-mandje' binnen het programma 'Waardigheid en Trots', maar ook daarbuiten, werken aanbieders in de ouderenzorg gezamenlijk aan het in de praktijk handen en voeten geven aan de door de leden van de PvdA-fractie genoemde aspecten. In de voortgangsrapportages van het programma 'Waardigheid en Trots' doet de regering hier periodiek verslag van. Ook vanuit de brede groep van instellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten ontvangt de regering signalen dat er in beide sectoren sprake is van een groeiend bewustzijn dat het optimaliseren van de individuele vrijheden van cliënten een belangrijk kenmerk is van kwaliteit van leven. Met verbeterprojecten als 'Samen op weg naar vrijheid' en 'Het kan beter met minder' beoogt de regering dit bewustzijn verder te versterken en te ondersteunen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of er al veldnormen en protocollen tot stand zijn gekomen over kwaliteit van zorg, die dwang zoveel mogelijk moeten voorkomen, tot stand zijn gekomen.*

Op dit moment werken partijen in de ouderenzorg, onder aanvoering van Verenso, aan bijstelling van de richtlijn probleemgedrag voor deze sector. Daarbij is, conform het gedachtegoed van de Wzd, aandacht voor het inzetten van psychosociale interventies. De bijgestelde richtlijn komt in de loop van 2017 gereed.

In de sector voor verstandelijk gehandicapten wordt, onder regie van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (hierna: NVAVG), gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag t.b.v. deze doelgroep. Naar verwachting wordt deze richtlijn in 2018 operationeel.

*De leden van de PvdA-fractie vragen ook of er onderzoek bestaat naar de vraag hoe cliënten gedwongen zorg ervaren, en wat de resultaten zijn van dit onderzoek.*

Het VUmc en de Academische Werkplaats Leven met een Verstandelijke Beperking, Tranzo, Tilburg University hebben in opdracht van VWS onderzoek uitgevoerd naar de beleving van onvrijwillige zorg door mensen met een ernstige vorm van dementie en mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking. Op dit moment wordt op basis hiervan een afwegingskader ontwikkeld dat in de praktijk kan worden gebruikt bij de toepassing van het stappenplan van het wetsvoorstel. Uit het onderzoek komt naar voren dat zeer uiteenlopende gedragingen kunnen duiden op het ervaren van onvrijwillige zorg, dat gedrag situatie- en contextgebonden is, en dat agressief gedrag veel impact heeft maar meer introverte gedragingen ook aandacht verdienen. Ten aanzien van de beleving van cliënten wordt in het onderzoek geconstateerd dat de inschatting van begeleiders en naasten van de beleving van cliënten als reactie op onvrijwillige zorg afwijkt van hun eigen beleving, dat een gebrek aan besef maakt dat cliënten niet in staat zijn alle vormen van

onvrijwillige zorg ook als zodanig te kunnen ervaren, en dat extra aandacht gewenst is voor het goed kennen van de cliënt voor een juiste interpretatie van diens gedrag, voor het bewustzijn en het perceptieniveau van de cliënt, en voor de acceptatie en gewenning, ook aan vormen van onvrijwillige zorg.

105.

*De leden van de PvdA-fractie vragen om een nadere duiding van het begrip "ernstig nadeel". Zij constateren op basis van de historische ontwikkeling van het wetsvoorstel dat volgens de regering de invulling van het gevaarscriterium in de Wbopz, dat thans vervangen wordt door het begrip "ernstig nadeel", wel eens tot een te beperkte inschatting van situaties zou hebben geleid omdat het begrip werd geïnterpreteerd als 'levensgevaar', maar stellen tegelijkertijd vast dat de regering met "ernstig nadeel" geen materiële uitbreiding van het gevaarscriterium beoogt. Zij vragen de regering of er sprake is van voortschrijdend inzicht.*

De wijziging van het begrip "ernstige schade" in "ernstig nadeel" heeft bij tweede nota van wijziging plaatsgevonden in het kader van de harmonisatie van de Wvvgz en de Wzd. Met deze wijziging heeft de regering, zoals in antwoord op vragen van de fractieleden van het CDA en D66 is aangegeven (vraag 30 en 58), geen materiële uitbreiding beoogd ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel of het gevaarscriterium onder de Wbopz. De opsomming van elementen waaruit ernstig nadeel kan bestaan zijn nagenoeg dezelfde als in de Wbopz, alleen zijn deze op onderdelen verduidelijkt zodat ze beter aansluiten bij de huidige praktijk – bijvoorbeeld bedreiging van de veiligheid van betrokkene, al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt – en meer op de verschillende doelgroepen toegespitst. Ten aanzien van de opmerking van de leden over een te beperkte invulling van het begrip "gevaar" merkt de regering op dat ook hier geen sprake is van een beoogde verruiming van het begrip, maar slechts een verduidelijking van hetgeen op grond van de huidige wet al geldt, omdat in weerwil van de bedoeling van de wetgever bij de totstandkoming van de Wbopz het begrip gevaar als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wbopz in de praktijk soms te beperkt wordt uitgelegd, namelijk als levensgevaar.

106.

*Tenslotte gaan de leden van de PvdA-fractie in op het toepassen van dwang door mantelzorgers. De leden vragen of de regering beschikt over cijfers hieromtrent.*

De regering beschikt niet over cijfermatige gegevens over het toepassen van dwang door mantelzorgers. Deze gegevens zouden overigens ook niet betrouwbaar te meten zijn, omdat mantelzorgers veel vormen van dwangtoepassingen niet als dwang zullen beleven.

*Voorts vragen deze leden of de regering verwacht dat, nu het wetsvoorstel het mogelijk maakt dat dwang door professionals in de thuissituatie wordt toegepast, dit zal leiden tot minder toepassing van dwang door mantelzorgers, en of de regering actief beleid voert om de toepassing van dwang door mantelzorgers terug te dringen.*

De regering verwacht dat het wetsvoorstel leidt tot meer bewustwording bij mantelzorgers - niet alleen wat betreft dwang in de thuissituatie, maar bijvoorbeeld ook als het gaat om de druk die op dit moment vaak ook van mantelzorgers uitgaat op zorgverleners om bijvoorbeeld psychofarmaca toe te passen omdat men niet met het onbegrepen gedrag van cliënten weet om te gaan – en daarmee tot minder toepassing van onvrijwillige zorg. Hoewel het wetsvoorstel zich richt op de procedure ten aanzien van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van onvrijwillige zorg door zorgprofessionals, is de regering voornemens om in het implementatietraject ook aandacht te besteden aan de positie van de mantelzorgers.

107.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe lang op dit moment de gemiddelde verblijfsduur in de tbs is, of de doelstelling van de taskforce behandelduur is bereikt, en of de verblijfsduur inmiddels nog verder teruggelopen is. Deze leden vragen voorts of de regering zou kunnen aangeven hoe de verblijfsduur in aantallen en percentages is verdeeld onder patiënten die zeer langdurig in long stay verblijven en in reguliere tbs, en hoe deze verhoudingen zich de laatste vijf jaar hebben*

*ontwikkeld. De leden van de PvdA-fractie vragen tevens of de afgenomen verblijfsduur naar de overtuiging van de regering heeft geleid tot verbetering van de legitimiteit van het tbs-stelsel bij verdachten en advocaten, en waar de regering in dezen haar overtuiging op baseert.*

De gemiddelde behandelduur in de tbs wordt bepaald aan de hand van instroomcohorten. Het meest recente instroomcohort (uit 2008) heeft een gemiddelde behandelduur van 7,2 jaar. Al bij het instroomcohort uit 2006 werd een gemiddelde behandelduur van acht jaar bereikt. Daarna is de behandelduur verder teruggelopen. Daarmee is de doelstelling van de taskforce behandelduur dus ruimschoots bereikt.

Onderstaande tabellen geven de verdeling weer tussen (1) longstay en (2) tbs langer of gelijk aan 15 jaar (exclusief de tbs-gestelden in de longstay) voor de peilmomenten ultimo jaar. Het aantal patiënten in de longstay dat 15 jaar of langer in de tbs verblijft neemt ieder jaar verder af, terwijl het aantal tbs-patiënten dat buiten de longstay verblijft en al vijftien jaar of langer in de tbs verblijft ieder jaar iets toeneemt. De afname van de longstay is een belangrijke verklaring voor de toename van de andere categorie. Een deel van de betreffende personen zat immers al langer dan 15 jaar in de tbs.

<b>Overzicht Longstay en verblijfsduur &gt;= 15 jaar ultimo jaar</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Longstay	165	152	126	110	105
	9,5%	9,2%	8,2%	7,8%	7,7%
>= 15 jaar (exclusief longstay)	129	156	175	177	188
	7,4%	9,4%	11,4%	12,5%	13,8%
ultimo stand bezetting	<b>1744</b>	<b>1659</b>	<b>1536</b>	<b>1416</b>	<b>1359</b>

Het is moeilijk om vast te stellen of de afgenomen verblijfsduur inderdaad heeft geleid tot verbetering van de legitimiteit van het tbs-stelsel bij verdachten en advocaten. De cijfers met betrekking tot het aantal tbs-opleggingen zijn al een aantal jaren vrij stabiel. Het effect van de afgenomen behandelduur in de tbs is recentelijk aan de orde gekomen bij een landelijke expertbijeenkomst waar alle bij de tbs betrokken ketenpartners aanwezig waren. Daar is door de verschillende ketenpartners (OM, advocaten, rechters) en ex-patiënten draagvlak voor de maatregel uitgesproken.

*De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd naar statistische informatie over de weigerende observandi en willen weten in hoeveel gevallen deze regeling soelaas zou kunnen bieden en hoe vaak, ondanks de weigering om medewerking te verlenen aan onderzoek, toch kon worden vastgesteld dat er sprake was van een stoornis.*

In antwoord hierop merkt de regering op dat het aantal weigerende observandi sinds 2014, toen Uw Kamer voor het laatst uitvoerig is geïnformeerd over deze problematiek, licht is gestegen. Daarbij is er ook een fluctuatie mogelijk door de kleine absolute aantallen.

- In 2014 zijn er 225 verdachten klinisch geobserveerd in het Pieter Baan Centrum. Hiervan hebben er 92 (40,9%) geweigerd mee te werken.
- In 2015 waren er 213 observandi in het Pieter Baan Centrum, waarvan er 95 (44,6%) hebben geweigerd mee te werken aan de klinische observatie.
- In 2016 zijn er 203 verdachten voor klinische observatie opgenomen in het Pieter Baan Centrum. Hiervan hebben er 97 (47,8%) geweigerd mee te werken.
- In het eerste kwartaal in 2017 waren er 78 observandi in het Pieter Baan Centrum. Hiervan heeft 46,2% geweigerd mee te werken aan het onderzoek.
- In ongeveer 20% (23,3% in 2014, 20,9% in 2015 en 16,4% in 2016) van de gevallen belemmert de weigering het opstellen van een maatregeladvies niet. Dat betekent dat in het overgrote deel van de gevallen de weigering mee te werken wel een belemmering oplevert.

Het is vooraf niet mogelijk om een inschatting te maken van het aantal verdachten bij wie toepassing van de regeling weigerende observandi ervoor gezorgd zou hebben dat bij de weigerende verdachte alsnog een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap zou zijn vastgesteld. De effecten van deze regeling zal ik evalueren als onderdeel van de evaluatie van de wetten die gepland is twee jaar na inwerkingtreding.

108.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering zou kunnen toelichten of de doelstellingen van het convenant forensische zorg, dat een looptijd kent van 2013-2017, zijn behaald, of de ggz en de VG-sector binnen de beoogde budgettaire doelstellingen zijn gebleven, en of het streven naar een verbeterde doorstroom, in- en uitstroom uit de forensische zorg is verwezenlijkt.*

Het convenant forensische zorg had als belangrijkste doelstellingen het terugbrengen van de gemiddelde behandelduur in de tbs naar gemiddeld acht jaar, het reduceren van de capaciteit aan tbs-plaatsen, het plaatsen van de patiënt op de meest effectieve plaats met het passende beveiligingsniveau, en het verbeteren en zichtbaar maken van de kwaliteit van de forensische zorg. Eerder dit jaar is door Significan een interne evaluatie uitgevoerd van het convenant forensische zorg. Uit deze evaluatie komt naar voren dat de betrokken stakeholders positief zijn over het convenant en behoefte hebben aan een vervolg hierop. Het convenant heeft rust en duidelijkheid gebracht in de sector, en de inhoudelijke doelstellingen zijn deels bereikt, aldus de evaluatie. De evaluatie vermeldt onder meer dat de gemiddelde behandelduur in de tbs in de periode van het convenant is teruggebracht naar onder de acht jaar, dat de voorgestelde capaciteitsreductie op schema ligt en bijna is gerealiseerd, en dat het convenant een impuls heeft gegeven aan de kwaliteit van de forensische zorg. Het thema passende zorg, waaronder de evaluatie ook de door- en uitstroom uit hoog beveiligde forensische voorzieningen schaaft, is geagendeerd, maar dit heeft in de praktijk volgens de evaluatie nog niet tot concrete resultaten geleid. De evaluatie vermeldt daarbij dat respondenten aangeven dat het nog steeds niet makkelijker is om een patiënt op de best passende plek te krijgen, maar dat zij wel mogelijkheden zien ontstaan voor verbetering, onder andere binnen het programma continuïteit van zorg. Dit programma is inmiddels op 1 juli 2017 afgerond en heeft verschillende resultaten opgeleverd die bijdragen aan het op de best passende plek plaatsen van patiënten. Hiermee is een belangrijke stap gezet om deze doelstelling te bewerkstelligen.

Met betrekking tot de efficiencytaakstelling voor de forensische zorg is in het convenant afgesproken dat deze zoveel mogelijk beleidsrijk wordt ingevuld. In 2014 is de efficiencytaakstelling nog volledig vertaald in een generieke korting van 4,5% op de budgetten van de zorgaanbieders. Sinds 2015 is een start gemaakt met de beleidsrijke invulling door in de inkoop van zorg prikkels in te bouwen om de doorstroom naar lagere behandelintensiteiten te bevorderen. Het is daardoor mogelijk gebleken de generieke korting in de loop der jaren af te bouwen tot 1% in 2017.

Voor het antwoord op de vraag of de regering inzicht kan verschaffen in de capaciteit van maatschappelijke opvang en de RIBW's wordt verwezen naar het antwoord op de vragen van deze leden naar de meest recente cijfers over het aantal FACT-teams (vraag 73).

109.

*De leden van de PvdA-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. Ook vragen zij of deze inkoop in de praktijk heeft 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. Invoering van een stelsel van inkoop van forensische zorg door het Ministerie van VenJ heeft ervoor gezorgd dat op het moment dat forensische zorg wordt opgelegd door de rechter, de desbetreffende zorg ook daadwerkelijk beschikbaar is en is toegesneden op de problematiek van de patiënt. Door het zelf inkopen van zorg kan het Ministerie van VenJ sturen op de kwaliteit van zorg.*

Het stelsel van forensische zorg is daarmee op een soortgelijke manier ingericht als het reguliere zorgstelsel. De zorg die door het Ministerie van VenJ wordt ingekocht, wordt grotendeels ingekocht bij aanbieders die tevens zorg leveren aan reguliere patiënten. Dit vergemakkelijkt de doorstroming naar de reguliere zorg. Desondanks is in de afgelopen jaren gebleken dat de continuïteit tussen zorg verleend in een strafrechtelijk kader en zorg verleend in een regulier kader een punt van aandacht blijft. Daarom is door de Ministeries van VenJ en VWS, GGZ Nederland, ZN en de VNG het initiatief genomen tot het programma continuïteit van zorg. In dat kader zijn verschillende trajecten in gang gezet die de aansluiting en doorstroming tussen forensische en reguliere zorg moeten verbeteren. Zie voor verdere informatie hierover de beantwoording van de vraag van de CDA-fractie op dit punt (vraag 28).

*De leden van de PvdA fractie vragen ook of meer gedetineerden worden 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.*

Het is casusafhankelijk waar iemand wordt geplaatst. Alle gedetineerden worden bij binnenkomst in een penitentiaire inrichting gescreend om een inschatting te maken of plaatsing in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum of ggz-instelling geïndiceerd is. Indien het noodzakelijk is een vorm van ggz te bieden, is plaatsing in een ggz-instelling het uitgangspunt. Voorwaarde hiervoor is wel dat betrokkene daarmee instemt. Voorts wordt een inschatting gemaakt of een gedetineerde daadwerkelijk in een ggz-instelling kan worden geplaatst. Daartoe worden onder meer de beheersaspecten, de kans op maatschappelijke onrust of ontvluchting, het in verband daarmee benodigde niveau van beveiliging overwogen, en de aanwezigheid van geschikte plaatsen bij ggz-instellingen. Indien de vrijheidsbeneming is gebaseerd op een bevel tot voorlopige hechtenis of indien bij het vonnis een executie-indicator is afgegeven, geeft het OM een (zwaarwegend) advies.

Als sprake is van een psychische stoornis, maar betrokkene op basis van deze inschatting van met name veiligheidsaspecten niet in een ggz-instelling geplaatst kan worden, wordt hij geplaatst in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum. Plaatsing in een PPC kan ook zonder instemming van betrokkene.

110.

*In reactie op de vragen van de PvdA-fractie met betrekking tot de stappen die door de regering zijn gezet om tot versterking van de continuïteit van zorg te komen voor patiënten die overstappen van het strafrechtelijk naar het civielrechtelijk regime, alsmede de ervaringen met de in 2014 door de Nza ingevoerde beleidsregel, meldt de regering het volgende.*

In 2012 is het advies 'Stoornis en delict' gepubliceerd van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Op de aanbevelingen uit dit rapport is gereageerd in een brief van de Minister van VWS en de Staatssecretaris van VenJ<sup>41</sup>, waarin onder meer is vermeld dat het Ministerie van VenJ en de zorgverzekeraars de inkoop van (forensische) zorg op elkaar zouden afstemmen, en dat de mogelijkheden zouden worden verkend om indicatiestellingen te stroomlijnen. Ook is in deze brief aangekondigd dat de NZa zou worden gevraagd om een beleidsregel te ontwikkelen voor het flexibel inzetten van een deel van de budgettaire ruimte uit het justitiële kader in de Zvw en vice versa. Deze voornemens zijn vervolgens uitgewerkt in concrete maatregelen. De genoemde beleidsregel van de NZa is per 1 januari 2014 in werking getreden. In 2016 werd hier voor het eerst gebruik van gemaakt. Het ging om een bedrag van 1 miljoen euro dat incidenteel is overgeheveld van de V&J-begroting (artikel 34.3 forensische zorg) naar het budgettaire kader Zvw zorg voor de ggz van het Ministerie van VWS. Voorts zijn DJI en verzekeraars met elkaar in gesprek gegaan om te bezien of meerjarige afspraken gemaakt konden worden over de zorginkoop ten behoeve van de doelgroep. Op dat moment bleek deze ambitie te hoog gegrepen. Voorts is door een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende partijen die indicaties stellen, een advies opgeleverd over de mogelijkheden van stroomlijning van de indicatiestelling. Naar aanleiding van dit advies wordt momenteel in twee regio's in Nederland een pilot gedraaid

---

<sup>41</sup> Kamerstukken II, 2012/13, 33628, nr. 2



waarbij in gecompliceerde cases de verschillende indicatiestellers samen bepalen welke zorg betrokkene moet krijgen, en een indicatiestelling voor deze zorg afgeven.

Eind 2014 kwam een rapport uit van de taskforce behandelduur. In dit rapport werd vastgesteld dat verdere inzet op het punt van continuïteit van zorg gewenst was. Naar aanleiding hiervan heeft een programma continuïteit van zorg gelopen. Voor meer informatie over dit programma wordt wederom verwezen naar het antwoord op vraag 28 van de leden van de CDA-fractie.

*De leden van de PvdA-fractie vragen ook of de tijdige aanmelding van gedetineerden bij zorgverzekeraars inmiddels beter is geregeld, conform de aanbevelingen van de RVZ in het advies 'Stoornis en delict'.*

Binnen het bestaande wettelijk kader is de aanmelding bij verzekeraars verbeterd door middel van een aantal pragmatische oplossingen. Die hebben tot doel gedetineerden zo goed mogelijk te helpen bij het op orde krijgen van een zorgverzekering, waarvoor gedetineerden in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn.

Eén van de pragmatische oplossingen betreft een gestarte proeftuin waarin wordt beproefd of het actief oproepen van arrestanten voor een gesprek met een casemanager ertoe leidt dat zij meer actie ondernemen op één of meerdere leefgebieden. Hieronder valt ook het op orde krijgen en houden van hun zorgverzekering. Voorts is de afgelopen periode geïnvesteerd in een geactualiseerd informatiepakket voor gedetineerden waarin aandacht wordt gevraagd voor het aanmelden van de zorgverzekering aan het eind van de detentieperiode. In elke penitentiaire inrichting is ook een reïntegratiecentrum aanwezig, waar gedetineerden (soms met ondersteuning) kunnen werken aan zaken zoals het regelen van een zorgverzekering.

Daarnaast wordt bestudeerd of een verbetering gevonden kan worden in het mogelijk maken van geautomatiseerde gegevensdeling door systemen van betrokken organisaties. Gezien de vergaande praktische, juridische en financiële consequenties – ook voor de bescherming van persoonsgegevens- van zo'n koppeling wordt door de Ministeries van VWS en VenJ onderzocht wat de precieze kosten en baten daarvan (zullen) zijn.

Er is kortom aandacht voor het beter regelen van de tijdige aanmelding bij zorgverzekeraars. Wel moet worden opgemerkt dat voor een andere aanpak is gekozen dan door de RVZ is aanbevolen. Dit is gelegen in het gegeven dat de regering van mening is dat het niet voor de hand ligt om (uitsluitend) een bepaling in de Wfz op te nemen. Dit wetsvoorstel heeft immers betrekking op forensische patiënten; niet alle gedetineerden behoren tot deze categorie. Ingeval de eerdergenoemde structurele oplossing uitvoerbaar blijkt, leidt dat hoogstwaarschijnlijk tot wijziging van andere wetten dan de Wfz, zoals de Zvw.

111.

*Met betrekking tot de bevoegdheden van de Minister van VenJ ten aanzien van tbs-instellingen vragen de leden van de PvdA-fractie of deze zich nog steeds uitstrekken tot niet meer dan zes instellingen. Tevens vragen zij of de regering zou kunnen aangeven of zich sinds 2014 voorvallen hebben voorgedaan waarbij de inzet van deze bevoegdheden wat de regering betreft aan de orde zou zijn geweest, en zo ja, wat voor gevallen dit betrof, en of het niet voorhanden zijn van deze bevoegdheden in die gevallen tot problemen heeft geleid.*

Op dit moment is er (naast twee rijksinstellingen) sprake van vijf particuliere Forensische Psychiatrische Centra, alwaar de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden van toepassing is. Het is van belang dat ook onder de Wfz de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden kan blijven gelden voor deze instellingen. Zij zullen hiertoe naar verwachting aangewezen worden als instellingen die in het bijzonder bestemd zijn voor de verpleging van tbs-gestelden.

Sinds 2014 hebben zich enkele situaties voorgedaan waarbij er sprake was van zorgen over de veiligheid in een instelling waar tbs-gestelden verblijven. In deze gevallen heeft de Inspectie

Veiligheid en Justitie (IVJ) de situatie nader onderzocht, waarbij aanbevelingen zijn gedaan om de situatie te verbeteren. In goed overleg tussen het Ministerie van VenJ en de desbetreffende zorginstelling zijn de problemen voortvarend aangepakt. Meest recentelijk speelde dit in de Forensisch Psychiatrische Kliniek De Woenselse Poort. Hier is in overleg met het Ministerie van VenJ een veranderdirecteur aangesteld. Tevens is er vanuit het ministerie een externe procesbegeleider aangesteld. De regering wijst erop dat de bevoegdheden die de Wfz biedt uitsluitend kunnen worden uitgeoefend jegens private instellingen, die zijn aangewezen als instellingen die in het bijzonder bestemd zijn voor de verpleging van tbs-gestelden. Voorts zullen die bevoegdheden slechts als ultimum remedium worden ingezet. Vanzelfsprekend zal altijd eerst in overleg met een instelling worden getracht om problemen op te lossen. De genoemde casuïstiek uit de afgelopen jaren rechtvaardigt de verwachting dat deze aanpak in de meerderheid van de gevallen zal volstaan.

112.

*De leden van de PvdA-fractie vragen de regering nader te motiveren waarom met de tweede nota van wijziging van de Wvvgz ervoor is gekozen om een strafzitting waarbij een zorgmachtiging aan verdachte wordt afgegeven, in het openbaar te doen plaatsvinden, tenzij de kwetsbaarheid van verdachte dit niet toelaat. Deze leden vragen of mensen die een zorgmachtiging opgelegd krijgen niet per definitie kwetsbaar zijn.*

Dat in het wetsvoorstel wordt voorgesteld om een zitting waarbij, met toepassing van artikel 2.3 van de Wfz, een zorgmachtiging wordt afgegeven, in beginsel in het openbaar te laten plaatsvinden, is het resultaat van overleg dat de regering met de Rvdr heeft gevoerd over het versterken van de aansluiting tussen de 2.3 Wfz-procedure, waarbij het procesrecht van de Wvvgz wordt toegepast, en de connexe strafprocedure. Dat de zitting in het openbaar plaatsvindt, is een belangrijk beginsel van het strafprocesrecht. Dit bevordert de transparantie van de procedure en is daarmee een belangrijke rechtswaarborg tegen willekeur. De leden van de PvdA-fractie merken terecht op dat de kwetsbaarheid van mensen die een zorgmachtiging krijgen opgelegd per definitie het geval is, maar of die kwetsbaarheid dusdanig is dat een uitzondering gemaakt zou moeten worden op het beginsel van openbaarheid van strafzaken, is een vraag die de rechter in de individuele voorliggende zaak dient te beoordelen. De regering merkt hierbij nog op dat deze constructie, waarbij op individuele basis een uitzondering kan worden gemaakt op het beginsel van openbaarheid van de zitting, tevens in lijn is met artikel 6 van het EVRM, zoals uitgelegd in de jurisprudentie van het EHRM.

113.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe vaak de rechter naar verwachting van de regering gebruik zal maken van een opnamemachtiging in het kader van de Wzd, en of er een gericht scholingsprogramma voor rechters en OvJ's komt om hen te wijzen op deze mogelijkheid.*

Het is moeilijk te voorspellen hoe vaak de rechter gebruik zal maken van een opnamemachtiging in het kader van de Wzd. In 2015 is er op grond van artikel 37 Sr bij dertien personen sprake geweest van een plaatsing bij een aanbieder voor verstandelijk gehandicaptenzorg. De nieuwe wetsvoorstellen bieden echter uitgebreidere mogelijkheden voor de strafrechter om zorg op grond van de Wvvgz of de Wzd op te leggen dan nu via de artikel 37-procedure mogelijk is. Dit kan namelijk ook als betrokkene niet volledig ontoerekeningsvatbaar is, en het kan niet alleen in plaats van een straf worden opgelegd, maar ook naast een straf, of na afloop van een straf. De aantallen zouden daardoor in de toekomst hoger kunnen uitpakken.

Het is aan de zittende magistratuur en het OM om ervoor te zorgen dat rechters en OvJ's tijdig worden bijgeschoold over de mogelijkheden die de nieuwe wetten bieden. De rechterlijke macht beschikt daartoe ook over een eigen studiecentrum. Dit Studiecentrum Rechtspleging (SSR) organiseert verschillende (praktijk)cursussen over de wetgeving op het terrein van de verplichte zorg. Vanuit de Ministeries van VWS en VenJ wordt daarnaast een implementatieproject gecoördineerd, waarbij ook de Rvdr en het OM worden betrokken. De regering gaat uit van een implementatietermijn van een jaar om voldoende ruimte te bieden voor deze scholingswerkzaamheden.

114.

*De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de regering om de ggz 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.*

De regering erkent dat het voor de continuïteit van zorg en de sluitende aanpak belangrijk is dat ketenpartners samenwerken op het terrein van zorg en veiligheid. Dit gebeurt al in de zorg- en veiligheidshuizen. Zorg- en veiligheidshuizen zijn netwerksamenwerkingsverbanden, die partners uit de strafrechtketen, de zorgketen, gemeentelijke partners en bestuur verbinden in de aanpak van complexe problematiek. Het doel van de samenwerking is het terugdringen van overlast, huiselijk geweld en criminaliteit. De daadwerkelijke inzet van de verstandelijke gehandicaptensector in de veiligheidshuizen hangt af van de casuïstiek die in dit verband wordt besproken.

### **GroenLinks-fractie**

De leden van de **fractie van GroenLinks** hebben enkele meer principiële en praktische bezwaren. Principieel zouden goede zorg en goede behandeling, toepassing van dwang voor de individuele patiënt onnodig maken. Dwang is helaas soms noodzakelijk, maar moet dan wel gezien worden als laatste redmiddel. De leden van deze fractie steunen de gedachte achter de wetsvoorstellen - een verschuiving van een opnamewet naar behandelwetten - waarvoor de regering de leden dankt.

115.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen wanneer de regering van start gaat met het onderzoek naar de mogelijkheden van een gezamenlijke wet.*

Zoals ook is aangegeven in antwoord op een vraag ter zake van de leden van de CDA-fractie (vraag 14) is gekozen voor twee afzonderlijke wetsvoorstellen om optimaal recht te doen aan de eigenheid van de verschillende doelgroepen. Daarbij is zoveel mogelijk gestreefd naar harmonisatie, met behoud van de verschillen die samenhangen met de kenmerken van de betrokken doelgroepen. De regering is voornemens in het kader van de evaluatie te beoordelen of het zinvol is om de wetten samen te voegen. Deze evaluatie vindt op grond van beide wetten plaats twee jaar na inwerkingtreding van de wetten.

In reactie op de opmerking van de leden van de GroenLinks-fractie dat de VGN behoefte heeft aan een integrale toelichting op de Wzd wordt verwezen naar het antwoord op soortgelijke vragen die zijn gesteld door onder andere de leden van de fracties van het CDA, SP en de SGP (vragen 13, 59 en 142).

116.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de overlap tussen de verschillende groepen en hoe de wetsvoorstellen hier rekening mee houden.*

Bij de beantwoording van de vragen van de leden van de PvdA-fractie wordt hier reeds uitgebreid op ingegaan, korthedshalve wordt daarnaar verwezen (vragen 98 tot en met 100).

117.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de harmonisatie van de wetsvoorstellen en de mogelijke verwarring over de terminologie.*

Het uitgangspunt van de wetsvoorstellen is dat de betrokkene en diens zorgbehoefte centraal staan. Dat betekent dat niet de titel op grond waarvan iemand deze zorg ontvangt bepalend zou moeten zijn voor de rechtspositie, maar de aandoening van betrokkene en diens zorgvraag, met inbegrip van het vereiste beveiligingsniveau. Dit uitgangspunt laat ruimte voor verschillen in de regelingen waar die verklaarbaar en te rechtvaardigen zijn. Waar het mogelijk was zijn de kernbegrippen en procedures geharmoniseerd met de tweede nota van wijziging. Zo wordt in beide wetsvoorstellen nu gesproken over ernstig nadeel, waardoor het criterium voor gedwongen zorg in beide wetsvoorstellen gelijk is en de wetsvoorstellen eenduidiger zijn geworden. Overigens heeft de regering niet beoogd om met het begrip 'ernstig nadeel' materieel iets anders te regelen dan met

het Bopz-begrip 'gevaar', zoals ook is geantwoord op vragen van de CDA- en SP-fractieleden (vragen 30 en 58).

118.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen waarom de afwijkingen tussen de regelingen van vertegenwoordiging en wilsonbekwaamheid in de Wvvgz, de Wzd, de Wgbo en de Jeugdwet niet zijn weggenomen en wat de gevolgen hiervan zijn voor de rechts(on)gelijkheid tussen cliënten onder de verschillende regimes.*

In de tweede nota van wijziging zijn wijzigingen opgenomen die tot doel hebben de in de Wvvgz en de Wzd opgenomen bepalingen ten aanzien van de vertegenwoordiging, in relatie met wilsonbekwaamheid, inhoudelijk te harmoniseren. Bij de bepalingen ter zake is de regeling van de Wgbo als uitgangspunt genomen (met name wat betreft de verschillen tussen een aantal leeftijdscategorieën). Een belangrijk verschil met de Wgbo is echter dat die wet uitgaat van toestemming, terwijl het bij de situaties die onder de Wvvgz en de Wzd vallen, bij uitstek gaat om gevallen waarin geen sprake is van toestemming. Bij wetgeving over gedwongen zorg kan de toestemming van de cliënt dus niet als uitgangspunt worden genomen. Dit sluit ook aan bij de Jeugdwet, waar voor jeugdhulp in principe de toestemming van de jeugdige is vereist, maar een uitzondering wordt gemaakt voor jeugdhulp in het kader van de machtiging gesloten jeugdhulp of de spoedmachtiging gesloten jeugdhulp. Daarom bevatten al deze wetten een specifieke regeling (lex specialis) ten opzichte van de Wgbo.

In de Wvvgz en de Wzd zijn gedetailleerde bepalingen opgenomen over wanneer sprake is van verzet en wanneer sprake is van instemming. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de leeftijdscategorieën die de Wgbo onderscheidt en de keuzes die in die wet zijn gemaakt over beslissingsbevoegdheid. Dit betekent onder meer dat bij kinderen, jonger dan 12 jaar, het verzet of de instemming van de ouder of voogd bepalend is, en dat bij jongeren tussen de 12 jaar en 16 jaar dubbele toestemming het uitgangspunt is. Maar er zijn tussen de onderscheiden wetten ook verschillen, gerelateerd aan de doelgroep. Zo kan bijvoorbeeld op grond van de Wgbo in geval van een wilsonbekwame meerderjarige een vertegenwoordiger in plaats van de patiënt beslissen. Ingevolge de Wvvgz en de Wzd is in geval van een meerderjarige onbekwame cliënt echter niet alleen sprake van verzet als de vertegenwoordiger zich verzet, maar ook als de betrokkene zich verzet, ook al is hij wilsonbekwaam. Hiermee is beoogd de rechtspositie van deze kwetsbare doelgroepen zo stevig mogelijk te maken. Ook is de groep van personen die als vertegenwoordiger kunnen optreden in de Wvvgz en de Wzd breder dan in de Wgbo: op grond van de Wvvgz en de Wzd kunnen ook grootouders en kleinkinderen als vertegenwoordiger optreden. Dit doet meer recht aan de praktijk bij de betrokken doelgroepen.

119.

*De leden van GroenLinks wijzen erop dat cliënten die geen indicatie hebben voor langdurige zorg alleen binnen de Wzd vallen als ze een vaststelling van de dokter hebben dat ze zorg in de zin van de Wzd nodig hebben. Deze leden vragen of de regering het waarschijnlijk acht dat een cliënt bewust de mogelijkheid zal creëren dat in de toekomst zorg kan worden verleend tegen zijn wil. Daarbij vragen de leden zich af of deze situatie niet beter geregeld is in de Wvvgz.*

De Wzd stelt regels ter bescherming van cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Deze cliënten, kunnen deze zorg krijgen vanuit verschillende domeinen. Om deze reden heeft de regering dan ook besloten dat de Wzd domeinoverstijgend moet zijn. Van belang is echter wel dat vaststaat dat de betrokken cliënt een dergelijke aandoening of beperking heeft. Voor cliënten die toegang hebben tot de Wlz volgt dit uit de Wlz-indicatie. Onderdeel van deze indicatie is de diagnose van een ter zake kundige arts die vast heeft gesteld dat die hiervoor genoemde aandoening of beperking aanwezig is. Voor personen die geen toegang hebben tot de Wlz geldt eveneens de eis dat de aandoening of beperking is vastgesteld door een ter zake kundige arts.

Op deze manier worden ook personen die geen aanspraak hebben op de Wlz maar wel gediagnosticeerd zijn met bijvoorbeeld dementie onder de bescherming van de Wzd gebracht.

Anders dan de leden van de GroenLinks-fractie veronderstellen, kan niet alleen de cliënt een verklaring aanvragen. Wie de verklaring aanvraagt hangt af van de situatie. Daarbij zal het veelal het geval zijn dat de aandoening of beperking al ver voordat er onvrijwillige zorg overwogen wordt, vastgesteld is. De regering is dan ook niet van mening dat deze situatie beter geregeld is in de Wvvgz. In de Wvvgz wordt uitgegaan van een ander systeem, waarbij voorafgaand aan een zorgmachtiging moet worden vastgesteld of inderdaad sprake is van een psychische stoornis.

120.

*De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat de begrippen ernstige immateriële schade (buiten de kliniek) en ernstige materiële schade (binnen de kliniek) vrij ruim zijn gedefinieerd en vraagt de regering of zij meent hiermee een sluitende definitie te hebben vastgesteld .*

De regering kan deze vraag niet goed duiden, nu er in de definitie van ernstig nadeel geen onderscheid is gemaakt tussen de situatie binnen de kliniek en de situatie buiten de kliniek. Al eerder is genoemd dat deze wetsvoorstellen geen verruiming beogen ten opzichte van de Wet bopz. De begrippen materiële en immateriële schade die in de definitie van 'ernstig nadeel' zijn opgenomen, zijn ontleend aan de jurisprudentie in het kader van de Wbopz.

121.

*De leden van de GroenLinks-fractie hebben enkele vragen gesteld over het verschil in rechtspositie in de onderscheiden wetsvoorstellen. De betrokken fractieleden vragen onder meer naar de rechtvaardiging voor de zwakkere rechtsbescherming in een aantal situaties. Zij vragen voorts waarom er niet altijd een rechterlijke machtiging nodig is, en of niet in bijna alle gevallen sprake is van vrijheidsbeperking en daarmee van een inbreuk op een grondrecht waarvoor een zware rechtvaardiging noodzakelijk is.*

De regering hecht eraan op te merken dat het niet zo is dat de rechtsbescherming in het ene wetsvoorstel zwakker is dan de rechtspositie in het andere wetsvoorstel. De in beide wetsvoorstellen geregelde rechtsbescherming is aangepast aan de kenmerken van de betrokken doelgroepen. In antwoord op vragen ter zake van de leden van de fracties van het CDA en de PvdA is uiteengezet om welke reden voor de doelgroep van de Wzd niet is gekozen voor een rechterlijke machtiging vooraf, maar in plaats daarvan voor de uitgebreide en opschalende besluitvormingsprocedure zoals die is neergelegd in hoofdstuk 2 van de Wzd, met de mogelijkheid van een rechterlijke toets achteraf. Daarbij is aangegeven op welke wijze de rechtsbescherming voor de cliënt met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening wordt geborgd, alsmede dat de in de Wzd gekozen vorm van rechtsbescherming in de vorm van een rechterlijke toets achteraf, in geval van onvrijwillige zorg, anders dan een onvrijwillige opname, in lijn is met het EVRM en de jurisprudentie ter zake. Korte tijdshalve wordt naar die antwoorden verwezen (vragen 39 en 94).

De regering is het geheel eens met de betrokken fractieleden dat in bijna alle gevallen van gedwongen zorg sprake zal zijn van een vrijheidsbeperking en daarmee van een inbreuk op een grondrecht, waarbij dus een zware rechtvaardiging voor een dergelijke inbreuk noodzakelijk is. Om die reden wordt in beide wetsvoorstellen uitdrukkelijk uitgegaan van het ultimum remedium principe en moet altijd worden getoetst aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Alleen als er geen vrijwillige alternatieven mogelijk zijn, kan worden overgegaan tot gedwongen zorg.

*De fractieleden van GroenLinks vragen ook om een overzicht van het verschil in rechtspositie tussen de Wvvgz en de Wzd en merken op dat er een verschil lijkt te zijn in rechtspositie en procedure tussen de sectoren psychiatrie en psychogeriatric of verstandelijke gehandicaptenzorg. Het klopt dat er verschillen zijn tussen de door de fractieleden genoemde sectoren. In de tweede, derde en vierde nota's van wijziging van de Wvvgz is de (interne) rechtspositie op een aantal belangrijke punten geharmoniseerd (bijvoorbeeld het klachtrecht en de mogelijkheid om schadevergoeding te vragen). Een belangrijk verschil met betrekking tot de procedure blijft echter dat onder de Wvvgz altijd een rechterlijke machtiging afgegeven dient te zijn voordat een patiënt gedwongen opgenomen kan worden of voordat er gedwongen zorg toegepast kan worden. Onder de Wzd dient er eveneens een rechterlijke machtiging afgegeven te zijn voordat een cliënt*

gedwongen opgenomen kan worden in een instelling. Voor de toepassing van onvrijwillige zorg is echter gekozen voor de mogelijkheid van rechterlijke toetsing achteraf. De regering heeft er in de Wzd voor gekozen om gedwongen zorg via het zogeheten stappenplan te laten verlopen. De te volgen procedure is opschalend van aard, gaat uit van een zo snel mogelijke afbouw van onvrijwillige zorg en is vastgelegd in de wet.

*Voorname leden vragen of de regering kan toelichten hoe de Wzd (artikel 1, lid 6) en de Wvvgz (artikel 1:1, lid 3) zich tot elkaar verhouden met betrekking tot de rechtelijke machtiging en de ambulante verplichte zorg (op basis van het stappenplan) in de Wzd.*

Beide bepalingen zijn in de wetsvoorstellen opgenomen om duidelijkheid te verschaffen indien er zowel op grond van de Wvvgz als op grond van de Wzd een machtiging tot opname is afgegeven door de rechter. Daarbij geldt dat in geval een rechterlijke machtiging voor opname op grond van de Wzd wordt afgegeven, een eerdere machtiging op grond van de Wvvgz van rechtswege komt te vervallen. Als echter sprake is van een zorgmachtiging tot opname op grond van de Wvvgz, terwijl er reeds eerder een rechterlijke machtiging tot opname op grond van de Wzd is afgegeven, komt die Wzd-machtiging niet te vervallen maar wordt die alleen geschorst. De reden hiervoor is dat personen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening in het algemeen levenslang zorg nodig hebben, en een tijdelijke opname in verband met een andere psychische stoornis in een ggz-instelling niet betekent dat na beëindiging van dat verblijf geen noodzaak meer aanwezig is voor de opname op grond van de Wzd.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen daarnaast of het niet onwenselijk is dat er verschil in rechtspositie lijkt te zitten.*

Dit is niet het geval. De gekozen procedures sluiten juist aan bij de specifieke behoeften van de verschillende doelgroepen. En zoals reeds hierboven beschreven verschillen de gekozen procedures inderdaad van elkaar, maar dit betekent niet dat daarmee het niveau van rechtsbescherming verschillend is.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de rechtspositie van de betrokkene en de rol van de geneesheer-directeur in geval van toepassing van tijdelijke verplichte zorg als bedoeld in artikel 8:11 van de Wvvgz.*

In geval van een noodsituatie kan de zorgverantwoordelijke beslissen tot het verlenen van verplichte zorg, zonder dat hieraan een zorgmachtiging ten grondslag ligt. Deze leden stellen terecht dat de rechtspositie van de betrokkene beschermd moet worden en deze bevoegdheid is dan ook geclausuleerd, zonder de praktijk onmogelijk te maken. In de artikelen 8:11 tot en met 8:13 is de procedure geregeld voor de toepassing van tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie. De geneesheer-directeur toetst in deze procedure de proportionaliteit, de subsidiariteit, de effectiviteit en de veiligheid van de tijdelijke verplichte zorg. De duur van deze tijdelijke verplichte zorg is gemaximeerd tot drie dagen en kan na die drie dagen alleen worden voortgezet indien binnen die periode de geneesheer-directeur een door de zorgverantwoordelijke gemotiveerde aanvraag tot wijziging van de zorgmachtiging bij de OvJ indient, vergezeld van zijn advies daarover. Op dat moment wordt weer de procedure voor een zorgmachtiging gevolgd.

122.

*De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat in artikel 8:20, vierde lid, van de Wvvgz wordt bepaald 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. De desbetreffende leden vragen de regering hoe deze passage moet worden geïnterpreteerd in het licht van artikel 1, eerste lid, onderdeel d en e van de Wet internationale misdrijven (hierna: Wim), waarin potentieel traumatiserende handelingen als deze volgens deze leden lijken te vallen onder het begrip foltering.*

Dat het tijdelijk onderbreken of beëindigen van verplichte zorg onder voorwaarden of beperkingen zou kunnen worden aangemerkt als marteling of foltering ontkent de regering ten stelligste. Dit reeds omdat van foltering of marteling – kort gezegd – alleen sprake kan zijn indien de handeling erop gericht is om opzettelijk ernstige pijn of ernstig lijden te veroorzaken en met een bepaald

oogmerk, bijvoorbeeld om van betrokkene een bekentenis te verkrijgen of hem te bestraffen (zie artikel 1, eerste lid, onderdeel d en e, van de Wim en artikel 1, eerste lid, Verdrag tegen foltering en andere wrede, onmenselijke en ontorende behandeling of bestraffing). De Wvvgz is een behandelwet, die erop is gericht een ernstig nadeel weg te nemen en de verlening van verplichte zorg is er dan ook nooit op gericht om opzettelijk ernstige pijn of ernstig lijden te veroorzaken. De Wvvgz kent een zeer zorgvuldige procedure voor de verlening van verplichte zorg, waarbij rekening is gehouden met de Grondwet, mensenrechtenverdragen en de jurisprudentie van, onder meer, de Hoge Raad en het EHRM. Daarnaast geldt dat artikel 8:20 Wvvgz in samenhang dient te worden gezien met artikel 8:17, vijfde lid, Wvvgz. Aan een tijdelijke onderbreking of beëindiging van verplichte zorg worden niet standaard voorwaarden of beperkingen verbonden. De geneesheer-directeur heeft wel de bevoegdheid om dat te doen en van die bevoegdheid zal alleen gebruik worden gemaakt wanneer het stellen van voorwaarden of beperkingen in het individuele geval noodzakelijk is om de tijdelijke onderbreking of beëindiging van de verplichte zorg veilig en vanuit het oogpunt van een goede zorgverlening verantwoord te kunnen laten verlopen. De voorwaarden en beperkingen hebben betrekking op de zorg aan en het gedrag van de patiënt, ter voorkoming van het ernstig nadeel (artikel 8:20, eerste lid, Wvvgz) of kunnen inhouden dat de patiënt zich onder toezicht stelt van een zorgaanbieder of zorgverlener, die hem hulp en steun verleent bij het naleven van de voorwaarden en beperkingen (artikel 8:20, tweede lid, Wvvgz).

123.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de onafhankelijke rol van de geneesheer-directeur en de verhouding met de zorgaanbieder en zorgverantwoordelijke.*

Deze vragen zijn eerder in deze memorie, in antwoord op vragen van de leden van zowel de CDA- als D66-fractie, uitgebreid beantwoord. De regering verwijst de leden van de GroenLinks-fractie kortheidshalve naar deze antwoorden (vragen 34 en 41). In aanvulling hierop gaat de regering in op de relatie tussen de geneesheer-directeur en andere psychiaters. Het is niet aan de geneesheer-directeur om het werk van een psychiater te toetsen op een manier als een leidinggevende dat zou doen. De geneesheer-directeur kan (en moet) echter wel de toepassing van (nu nog) de Wbopz door een psychiater in een individueel geval toetsen. Wanneer de geneesheer-directeur bijvoorbeeld constateert dat een psychiater als verantwoordelijke onvoldoende regelt dat voor cliënten die in het kader van de Wbopz dwangmaatregelen opgelegd krijgen, rechten als consultatie, informatie en bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon geborgd zijn, dient hij wel degelijk in te grijpen. Dat zal veelal inhouden overleg met de verantwoordelijk psychiater.

124.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de mening van de regering over hun suggestie om ook de gedragskundige de rol van de Wzd-arts op zich te kunnen laten nemen.*

Zoals ook reeds is uiteengezet in antwoord op eenzelfde vraag van de leden van de VVD-fractie (vraag 5), is ervoor gekozen de rol van de Wzd-arts te laten vervullen door een arts. Uiteraard zullen (externe) gedragsdeskundigen vaak worden betrokken bij de overleggen in het kader van het stappenplan, zodat hun inbreng waar nodig bij de besluitvorming wordt betrokken. Bij de wetsevaluatie zal nadrukkelijk worden gezien of de rol van Wzd-arts ook bij een ander dan de arts neergelegd zou moeten worden.

*Voornoemde fractieleden wijzen erop dat de Wzd-arts er in de Wzd een aantal verantwoordelijkheden bij krijgt en vragen naar de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Wzd-arts en de zorgaanbieder.*

Voor het antwoord op de vraag over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgaanbieder en de Wzd-arts wordt verwezen naar het uitgebreide antwoord op de soortgelijke vraag van de leden van de SP-fractie (vraag 60).

*Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de zorgaanbieder kan ingrijpen als deze meent dat de Wzd-arts zijn taak niet vervult zoals de Wkkgz van hem verlangt.*

Een belangrijk onderdeel van het goed kunnen functioneren van de Wzd-arts is diens onafhankelijkheid. Daarom bepaalt dit wetsvoorstel in artikel 2b, derde lid, Wzd dat de

zorgaanbieder er zorg voor draagt dat de Wzd-arts zijn taken op grond van deze wet naar behoren kan uitvoeren. De zorgaanbieder moet de onafhankelijkheid van de Wzd-arts bij de uitvoering van zijn taken op grond van deze wet waarborgen. Gezien artikel 2b, derde lid, Wzd zullen de zorgaanbieder en de Wzd-arts logischerwijs afspraken maken die waarborgen dat de Wzd-arts zelfstandig zijn taken naar behoren kan uitvoeren. Indien de Wzd-arts zijn taken naar behoren uitvoert, kan de taakuitvoering geen reden zijn voor beëindiging van een overeenkomst met de zorgaanbieder. In het (naar verwachting uitzonderlijke) geval dat de Wzd-arts zijn taken niet naar behoren uitvoert en daarmee het door de zorgaanbieder verlenen van goede zorg in de zin van de Wkkgz in gevaar brengt, zal de zorgaanbieder om die reden de overeenkomst kunnen beëindigen. Het uiteindelijke oordeel over de rechtmatige beëindiging van de overeenkomst is dan aan de rechter. Indien de Wzd-arts en de zorgaanbieder van mening verschillen dan is het uiteraard zo dat de betrokken partijen eerst met elkaar in overleg treden.

125.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe bij de verplichting tot informatieverstrekking voor de geneesheer-directeur en de verantwoordelijk psychiater rekening wordt gehouden met de principes van privacy en medisch beroepsgeheim.*

Het delen van patiëntengegevens is niet zonder meer mogelijk. Uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat alleen gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wet mogen worden uitgewisseld. In die gevallen die in de Wvvgz zijn beschreven waarin verstrekking van medische gegevens aan het OM aan de orde is, is er sprake van een wettelijke verplichting die het medische beroepsgeheim doorbreekt. In dit verband wordt verwezen naar de beantwoording van de vragen van de leden van de PvdA fractie (vraag 85).

*Tevens vragen de leden van de GroenLinks-fractie of een wettelijke mogelijkheid voor informatie-uitwisseling, overleg en indien noodzakelijk doorbreking van het beroepsgeheim passender zou zijn dan de opgelegde informatie- en overlegverplichtingen.*

De regering verwijst voor de beantwoording van deze vraag naar hetgeen is weergegeven onder vraag 33 van de leden van de CDA-fractie.

126.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat volgens de regering de gevolgen zijn van de mogelijkheid om medische informatie uit het verleden te vorderen indien de verdachte geen medewerking verleent aan het psychiatrisch onderzoek, en hoe de regering staat tegenover de suggestie van de NVvP om in de uitvoering van de wet te waarborgen dat deze regeling alleen geldt in zeer uitzonderlijke gevallen, waarbij de rechtsorde in extreme mate is geschokt en waarbij tbs in de lijn der verwachting ligt.*

In aanvulling op de beantwoording van vragen die deze leden over de regeling weigerende observandi hebben gesteld en de antwoorden die de regering daarop heeft gegeven, mede naar aanleiding van vragen van de leden van de CDA-fractie (vraag 24) meldt de regering het volgende.

De regering gaat er vanuit dat de rapporteurs van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie met de regeling weigerende observandi vaker een volledig maatregeladvies op kunnen nemen in pro Justitia-rapportages over verdachten die weigeren mee te werken. Mede op basis van die rapportages beslissen het OM en uiteindelijk de rechter of het opleggen van een tbs-maatregel is aangewezen. Dat deze regeling beperkt en alleen in de meest ernstige gevallen dient te worden ingezet, is reeds in de regeling zelf ingebouwd. De regeling kan - als ultimum remedium - alleen worden toegepast ten aanzien van verdachten die in verband worden gebracht met zeer ernstige misdrijven, waarvoor de ongemaximeerde tbs-maatregel kan worden opgelegd. Het gaat dan om een 'misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen' (artikel 38e Sr). Bij deze zogeheten geweldsmisdrijven gaat het met name om levens- en ernstige zedendelicten, per definitie misdrijven die diep ingrijpen in het leven van het slachtoffer en diens omgeving en die het gevoel van maatschappelijke veiligheid aantasten. De regering acht het van groot belang dat bij verdachten van dit soort misdrijven wordt vastgesteld of sprake is van een psychische stoornis.



Wanneer dat het geval is, kan er sprake zijn van een grotere kans op recidive en is een tbs-behandeling in een hoog beveiligde setting mogelijk de meest adequate maatregel en de juiste zorgplek voor de betrokkene. Voorkomen dient dan ook te worden dat vanwege het weigeren van medewerking aan pro Justitia-onderzoek geen tbs-maatregel kan worden opgelegd, terwijl over de verdachte bestaande gegevens beschikbaar zijn die zouden kunnen bijdragen aan de vaststelling van de aanwezigheid van een mogelijke psychische stoornis.

*Deze leden vragen tevens hoe groot deze groep verdachten is ten opzichte van de grootte van de groep patiënten die hiermee mogelijk zorg gaan mijden.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de regering de leden van de GroenLinks-fractie graag naar het antwoord op vraag 24, alwaar deze vraag en een soortgelijke vraag van de leden van de CDA-fractie zijn samengenomen.

127.

*De leden van de fractie van GroenLinks stellen verschillende aspecten van artikel 2.3 Wfz aan de orde. Zij merken op dat er met artikel 2.3 van de Wfz een vermenging van straf- en civiel recht lijkt plaats te vinden, en vragen of de regering het met hen eens is dat een door de strafrechter opgelegde zorgmachtiging een andere is dan die afgegeven door een civiele rechter. Ook merken zij op dat de Minister van VenJ toestemming voor verlof en ontslag mag geven op grond van artikel 8:17, derde lid, van de Wvvgz. In dat kader vragen deze leden of de civielrechtelijke zorgmachtiging hiermee een strafmaatregel wordt. Ten slotte vragen deze leden of, indien de strafrechter verplichte zorg heeft opgelegd, het niet zo moet zijn dat de geneesheer-directeur de uiteindelijke verantwoordelijkheid krijgt voor de verplichte zorg.*

Met toepassing van artikel 2.3 Wfz kan de strafrechter zelf een zorgmachtiging afgeven (of een opnamemachtiging onder de Wzd). De vragen van deze fractie zien zowel op de bij artikel 2.3 Wfz te volgen procedure als op het karakter van de door de strafrechter afgegeven zorgmachtiging. Voor wat betreft dat laatste merkt de regering op dat zij niet van mening is dat een door de strafrechter afgegeven zorgmachtiging van een andere aard is dan een zorgmachtiging die door de civiele rechter is afgegeven. De regering benadrukt in dit verband dat een zorgmachtiging door de strafrechter wordt afgegeven op basis van de criteria voor verplichte zorg van de Wvvgz, en dat daarbij ook de procedure van de Wvvgz wordt gevolgd. Ingevolge artikel 5:19 van de Wvvgz is dit, op enkele uitzonderingen na, dezelfde procedure als in het geval van een reguliere aanvraag. Die uitzonderingen hebben - logischerwijze - deels betrekking op de aanvraag voor het voorbereiden van een zorgmachtiging bij het OM. De enige inhoudelijke afwijking ten opzichte van de reguliere zorgmachtiging is dat bij de gronden 6 tot en met 11 van artikel 2.3 Wfz, die vervolgzorg aansluitend aan forensische zorg inhouden, niet de mogelijkheid wordt geboden om een eigen plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te voorkomen. Het opstellen van een eigen plan van aanpak past niet bij deze doelgroep, die aaneensluitend aan de verleende forensische zorg nog vervolgzorg nodig heeft. Deze uitzonderingen zijn niet van dien aard dat op grond daarvan zou moeten worden aangenomen dat de zorgmachtiging daardoor een ander (strafrechtelijk) karakter zou krijgen.

Dat strafrechtelijke karakter krijgt de zorgmachtiging evenmin door het vereiste dat de geneesheer-directeur voor een zogeheten tussentijdse beëindiging of tijdelijke onderbreking van een verplichte opname de toestemming van de Minister van VenJ nodig heeft. Wanneer de geneesheer-directeur, uit eigener beweging of op verzoek van de patiënt, voornemens is de verplichte opname tijdelijk te onderbreken of tussentijds te beëindigen, deelt hij zijn redenen daarvoor met de Minister van VenJ. De Minister van VenJ zal zich hierover vervolgens, via het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, laten adviseren door een onafhankelijke psychiater. Deze zal niet alleen ingaan op de zorgvraag van betrokkene, maar ook op veiligheidsaspecten daaromheen. De regering wenst in dit verband te benadrukken dat de Minister van VenJ van zijn bevoegdheid om instemming te weigeren vanzelfsprekend alleen dan gebruik zal maken, wanneer daar gegronde redenen voor zijn. Deze eis moet worden gezien tegen de achtergrond dat deze zorgmachtigingen hun oorsprong hebben in de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde en dat de Minister van VenJ verantwoordelijk is voor een goede

strafrechtspleging. In dit verband hecht de regering eraan te benadrukken dat dit toestemmingsvereiste niet ziet op alle (onderdelen van) zorgmachtigingen die met toepassing van artikel 2.3 Wfz worden afgegeven, maar alleen op de tussentijdse beëindiging of tijdelijke onderbreking van een gedwongen opname. Voor het overige is de interne rechtspositie van 2.3 Wfz-patiënten gelijk aan die van reguliere ggz-patiënten: in beide gevallen wordt de interne rechtspositie bepaald door de zorgmachtiging. Bovendien geldt het toestemmingsvereiste alleen met betrekking tot de eerste, door de strafrechter afgegeven, zorgmachtiging van zes maanden. Op eventuele vervolgmachtigingen is dit vereiste niet van toepassing. De geneesheer-directeur blijft daarmee, zoals de leden vragen, eindverantwoordelijk voor de verplichte zorg.

128.

*De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat de Rvdr onder andere naar voren heeft gebracht dat er door het voorstel van een civiele zorgmachtiging op grond van artikel 2.3 van de Wfz in sommige gevallen twee parallelle procedures kunnen ontstaan die belemmerend werken in een overgang van tbs naar gedwongen zorg, en vragen hier de reactie van de regering op. Zij willen ook weten hoe de regering staat ten opzichte van het advies van de Rvdr om de aanvraag en verlening van een zorgmachtiging in eenzelfde strafrechtelijke procedure te integreren, conform het aanvankelijke uitgangspunt van de Wfz.*

In antwoord op dezelfde vragen van de fractieleden van het CDA heeft de regering eerder in deze memorie geantwoord dat de thans in artikel 2.3 Wfz opgenomen procedure niet afwijkt van het aanvankelijke uitgangspunt van de Wfz. Ook is in dat kader uiteengezet dat de regering de vrees van de Rvdr dat in geval van een hoger beroep in de tbs-verleningsprocedure de zorgmachtiging 'in de lucht komt te hangen', niet deelt. De regering verwijst de fractieleden van GroenLinks korthedshalve naar het uitgebreide antwoord hierover (vraag 11). De conclusie is dat de regering geen aanleiding ziet om het advies van de Rvdr te volgen om de aanvraag en verlening van een zorgmachtiging in eenzelfde strafrechtelijke procedure te integreren. De regering is van oordeel dat het de voorkeur heeft om de in de Wvggz geregelde procedure te volgen, nu in de Wvggz een zorgvuldige procedure is ontwikkeld, die met de noodzakelijke processuele waarborgen is omkleed en in overeenstemming is met de huidige opvattingen over verplichte zorg.

129.

*De leden van de fractie van GroenLinks informeren naar de overplaatsing van forensische patiënten op grond van artikel 6.7 van de Wfz en de wijze waarop de daarvoor benodigde zorgmachtiging (Wvggz), respectievelijk opnamemachtiging (Wzd) tot stand komt. Het komt deze leden voor dat dit in het wetsvoorstel nog onvoldoende is uitgewerkt.*

De regering is deze leden erkentelijk voor deze vraag, omdat zij daarmee in de gelegenheid wordt gesteld om een aspect van artikel 2.3 van de Wfz nader toe te lichten, dat tot nu toe wat onderbelicht is gebleven. Artikel 6.7 Wfz regelt de overplaatsing van forensische patiënten naar een accommodatie als bedoeld in de Wvggz of de Wzd. Die overplaatsing geschiedt bij voorkeur met instemming van de forensische patiënt. Indien instemming ontbreekt, dan kan het OM een verzoek voor een zorgmachtiging, respectievelijk opnamemachtiging, indienen bij de strafrechter.

Grondslag voor de afgifte van een dergelijke machtiging zonder connexe strafrechtelijke procedure is te vinden in artikel 2.3, eerste lid, onderdeel vijf, van de Wfz, op afzonderlijke vordering van het OM. Artikel 2.3 Wfz zelf bepaalt voor alle gronden voor verlening dat de machtiging slechts wordt afgegeven indien voldaan is aan de criteria van de Wvggz, respectievelijk de Wzd, en dat bij de afgifte toepassing moet worden gegeven aan deze twee wetten. Vervolgens verklaart artikel 5:19 van de Wvggz de procedure voor de afgifte van een zorgmachtiging zoals neergeelgd in hoofdstuk 5 van de Wvggz, behoudens enkele uitzonderingen, van overeenkomstige toepassing. Voor de opnamemachtiging onder de Wzd geldt de procedure van artikel 28a Wzd, ongeacht de specifieke grondslag in artikel 2.3 Wfz.

130.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de uitleg van artikel 3:3 Wvggz en de toepassing van deze wet op personen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.*

Dit artikel bepaalt expliciet dat de Wvggz niet van toepassing is op personen bij wie een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking voorliggend is. Hier kan dan ook geen misverstand over bestaan. Om deze afbakening te verduidelijken heeft de regering bij tweede nota van wijziging de aanhef van artikel 3:3 Wvggz aangepast om tot uitdrukking te brengen dat de Wvggz van toepassing is op personen met een psychische stoornis, waarbij de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap voorliggend is. In aanvulling hierop verwijst de regering naar het antwoord op een soortgelijke vraag van de fractieleden van D66 (vraag 44).

131.

*De leden van de fractie van GroenLinks constateren dat in artikel 28aa van de Wzd voor de voorwaardelijke machtiging een leeftijdsgrens van 23 jaar is vastgesteld. Zij vragen of de regering het met deze leden eens is dat de problematiek zoals die wordt geconstateerd in de jeugdzorg voor deze doelgroep niet ophoudt na hun 23<sup>e</sup> levensjaar, en dat de betrokken problematiek ook bij volwassenen in deze doelgroep aanwezig is. In dat kader vragen deze leden of een voorwaardelijke machtiging voor die groep niet zou 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.*

De keuze voor een leeftijdsgrens van 23 jaar sluit aan bij wetenschappelijke inzichten die over de ontwikkeling van jeugdigen en jongvolwassenen bestaan. Deze leeftijdsgrens staat ook in de Jeugdwet en het adolescentenstrafrecht.

De voorwaardelijke machtiging van artikel 28aa is bedoeld voor jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking. Specifiek voor jongvolwassenen met een verstandelijke beperking geldt dat hun ontwikkeling naar volwassenheid trager verloopt. Daarom vraagt hun ontwikkeling naar volwassenheid meer en langer begeleiding. De voorwaardelijke machtiging kan gebruikt worden om die begeleiding inhoud te geven door voorwaarden op te nemen in het zorgplan.

In het bijzonder gaat het om de groep intramuraal verblijvende jongeren met een (licht) verstandelijke beperking die de leeftijd van 18 jaar bereiken en bij wie het risico bestaat dat zij na het verlaten van de veilige intramurale situatie terecht komen in risicovolle situaties, zoals prostitutie en de criminaliteit, die hun ontwikkeling naar volwassenheid bedreigt en het deel uitmaken van de samenleving ernstig bemoeilijkt. Daarom is gekozen voor een extra instrument om die ontwikkeling te kunnen begeleiden door middel van voorwaarden neergelegd in een zorgplan.

Dit instrument voor de doelgroep jongvolwassenen is extra naast de in het wetsvoorstel opgenomen mogelijkheid om buiten een instelling en ter voorkoming van gedwongen opname, onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan. Daarvoor is het niet nodig dat iemand eerst wordt opgenomen. Die mogelijkheid is ook niet beperkt tot de doelgroep jongvolwassenen. In het gesprek tussen de zorgverleners en de cliënt kan aan de orde komen dat, als de afspraken niet worden nageleefd, het ernstig nadeel zo groot kan worden dat er geen andere oplossing voorhanden is dan een onvrijwillige opname. Indien gedwongen opname aan de orde is, gaat het verzoek hiervoor via het CIZ naar de rechter.

*De betrokken leden vragen of de leeftijdsgrens in artikel 28aa wel een wenselijke toevoeging aan de Wzd is.*

Naar het oordeel van de regering is dit inderdaad een wenselijke toevoeging. De voorwaardelijke machtiging is een extra instrument voor jongvolwassenen, vooral om te voorkomen dat zij vanuit een veilige intramurale situatie terecht komen in risicovolle situaties.

132.

*De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat in de Wzd, behalve in geval van opname, geen rechterlijke toets plaatsvindt voorafgaand aan het toepassen van verplichte zorg. Zij vragen de regering uit te leggen waarom deze rechterlijke toets ontbreekt.*

Het andere systeem van rechtsbescherming tussen enerzijds personen met een psychische stoornis en anderzijds personen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening hangt nauw samen met het verschil tussen de onderscheiden doelgroepen. Het oogmerk is om in beide

wetten een vorm van rechtsbescherming te regelen die het meeste recht doet aan de kenmerken van de betrokken doelgroepen en daarmee de meest optimale regeling ter zake borgt. In de antwoorden op soortgelijke vragen van de leden van de fracties van het CDA (vraag 39) en de PvdA (vraag 94) wordt dit uitgebreid toegelicht. De regering moge de fractieleden van GroenLinks naar die antwoorden verwijzen.

133.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de toename van het aantal betrokken professionals in het kader van de Wzd bijdraagt aan een verbetering van de kwaliteit van het besluitvormingsproces.*

Naar de mening van de regering is dit inderdaad het geval. De leden merken terecht op dat onder de Wbopz de besluitvorming over de toepassing van dwangmaatregelen door twee personen plaatsvond. Dit heeft er toe geleid dat dwangmaatregelen toegepast worden zonder dat altijd goed onderzocht is of er nog alternatieven zijn. De belangrijkste doelstelling van dit wetsvoorstel – onvrijwillige zorg alleen als uiterste redmiddel – kan echter alleen bereikt worden als er meerdere professionals van verschillende disciplines betrokken worden bij de zoektocht naar een vrijwillig alternatief.

*In dit licht wijzen de leden ook naar het voorbeeld van het omhoog doen van het bedhek terwijl de vertegenwoordiger daarmee heeft ingestemd en de cliënt zich niet verzet. Zo vragen zij hoe de regering hierbij denkt over de inzet van vier of vijf professionals.*

Deze inzet is in het door de betrokken fractieleden gegeven voorbeeld bij de besluitvorming over het zorgplan alleen vereist als sprake is van een wilsonbekwame cliënt. Dit als extra bescherming voor de wilsonbekwame cliënt die zelf niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. De kern van de Wzd is de keuze voor een opschalend model, waarbij de vraag of er geen minder belastende alternatieven voorhanden zijn een centrale positie inneemt. De keuze om over te gaan tot opname van bijvoorbeeld het beperken van de bewegingsvrijheid bij een wilsonbekwame cliënt in diens zorgplan, is, ook in geval van instemming door een vertegenwoordiger, een beslissing die uiterst zorgvuldig genomen dient te worden. In dit kader is van belang dat in de praktijk blijkt dat een vertegenwoordiger zich vaak niet verzet omdat hij – nog meer dan de zorgaanbieder – wil dat de cliënt door vrijheidsbeperkende maatregelen wordt beschermd. Bepaalde typen vrijwillige zorg, waaronder het beperken van de bewegingsvrijheid, zijn naar de mening van de regering zo vergaand dat daarom – ook in geval van toestemming van de vertegenwoordiger en het ontbreken van verzet van de wilsonbekwame cliënt – een zorgvuldig besluitvormingsproces van het grootste belang is. Het plaatsen van een bedhek brengt immers, ook als dit zonder verzet van de wilsonbekwame cliënt plaatsvindt, een beperking van de bewegingsvrijheid met zich mee. Het blijft hierbij dan ook onontbeerlijk dat verschillende deskundigen betrokken zijn die beoordelen of er echt geen vrijwillig alternatief is.

134.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering het eens is met de opvatting van deze leden dat de inzet van politie als ultimatum remedium moet worden gezien.*

Dit is het geval. Uitgangspunt van zowel de Wvvgz als de Wzd is dat mensen de zorg moeten ontvangen waar zij op aangewezen zijn. Deze zorg moet in eerste instantie op vrijwillige basis verleend worden. Gedwongen zorg is daarbij een ultimatum remedium. Indien er toch gedwongen zorg nodig is, dient er alsnog gezocht te worden naar de minst ingrijpende vorm. In dit kader zal de inzet van politie alleen overwogen worden als er geen minder vergaand alternatief voorhanden is. Deze uitgangspunten gelden voor zowel de Wvvgz als de Wzd.

*De betrokken fractieleden vragen ook aandacht voor extra mensen en middelen voor politie.*

Zoals ook in antwoord op vragen 17 en 18 van de VVD-fractie is aangegeven, hebben beide wetsvoorstellen als doel het zoveel mogelijk voorkomen door vroegtijdige en kwalitatief goede zorg op basis van vrijwilligheid. Door vroegtijdig "licht" ingrijpen kan zwaarder ingrijpen mogelijk worden voorkomen. Juist vanwege deze veranderende dynamiek zullen vanaf het moment van inwerkingtreding van onderliggende wetsvoorstellen de kosten en besparingen worden gemonitord.

Over de uitvoeringskosten heeft de regering bij brief van 6 juli 2017<sup>42</sup> aangegeven dat de inventarisatie van wat de implementatie van de wetgeving precies betekent voor de verschillende ketenpartners (waaronder ggz, OM, politie, gemeenten en de IGZ) nog plaatsvindt.

135.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de geldigheidsduur van drie dagen van de crisismaatregel niet te kort is, ook omdat er meer werk voorafgaand aan de aanvraag voor een zorgmachtiging moet worden verricht.*

Aangezien de crisismaatregel een tijdelijke noodmaatregel is om een ernstige crisissituatie af te wenden, is de geldigheidsduur van de crisismaatregel beperkt tot maximaal drie dagen. Hierin is een afweging gemaakt tussen de tijd die nodig is om de procedure zorgvuldig te kunnen afronden en de belangen van de betrokkene. De crisismaatregel kan overigens ook na die drie dagen voortgezet worden, namelijk indien de OvJ een verzoekschrift voor een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel indient bij de rechter op grond van artikel 7:7 van de Wvrgg. Er hoeft dus niet – zoals in het oorspronkelijke wetsvoorstel was bepaald – meteen een zorgmachtiging te worden aangevraagd. Hiermee is de regering dus reeds tegemoet gekomen aan signalen uit het veld dat de termijnen kort zijn. Ook omdat, zoals de leden terecht stellen, er een aanscherping is in de eisen aan een aansluitende zorgmachtiging. Indien voornoemd verzoek voor een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel door de OvJ wordt gedaan, wordt de geldigheidsduur van de crisismaatregel verlengd totdat de rechter op het verzoekschrift heeft beslist of door het verstrijken van de termijn waarbinnen de rechter dient te beslissen, te weten drie weken na ontvangst van het verzoekschrift .

136.

*Ook vragen deze leden of het realistisch is om te verwachten dat in de praktijk voor alle vormen van onvrijwillige zorg een stappenplan zal worden uitgevoerd. Daarbij vragen zij zich af of een bepaling met een lijst van maatregelen waarbij het stappenplan precies geldt de uitvoerbaarheid niet zal vereenvoudigen.*

In wezen vragen de leden of er een onderscheid gemaakt kan worden tussen 'lichte' en 'zware' vormen van onvrijwillige zorg, waarbij voor de zwaardere vormen het stappenplan zal moeten gelden en voor de lichtere (deels) niet. Voor een dergelijk onderscheid is bewust niet gekozen, omdat het daarvoor noodzakelijk is dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen ingrijpende maatregelen en minder ingrijpende maatregelen. Het antwoord op de vraag of iets ingrijpend of minder ingrijpend is, is uitsluitend subjectief te beantwoorden. Voor iemand met een verstandelijke beperking kan het immers bijzonder frustrerend zijn indien hij nooit 's avonds op straat mag afspreken met zijn vriendinnetje of wanneer hij nooit een glas cola mag drinken, ook al is die maatregel heel specifiek ingesteld om ernstig nadeel te voorkomen (bijvoorbeeld in verband met een reële kans op criminaliteit, respectievelijk vastgestelde diabetes). Die ervaren frustratie hoeft niet minder te zijn dan de frustratie die iemand ervaart bij bijvoorbeeld het afsluiten van de kamerdeur of het onder dwang toedienen van medicatie. In dit verband is voorts van belang dat ook binnen de verschillende zorgvormen vele gradaties bestaan. Zo kan het beperken van de bewegingsvrijheid bestaan uit het omhoog zetten van een bedhek maar ook uit het vastgespen van het lichaam. En het onvrijwillig toedienen van medicatie kan bijvoorbeeld geschieden door het medicijn door de vla te doen of door betrokkene met meerdere personen vast te houden en een injectie te geven. Gelet op het bovenstaande kiest de regering er dan ook niet voor om het stappenplan te begrenzen tot een limitatieve lijst 'ingrijpende' maatregelen.

137.

*De leden van de fractie van GroenLinks willen weten hoe het wetsvoorstel gezien moet worden in het licht van de gewijzigde motie-Tan<sup>43</sup>, die een centraal informatiesysteem in het destijds voorgestelde elektronisch patiëntendossier en het Landelijk Schakelpunt afwijst. Zij vragen of dit voorgestelde informatiesysteem haaks staat op eerdere uitspraken in de Eerste Kamer.*

---

<sup>42</sup> Kamerstukken 2016/2017, 32 399, nr. 87.

<sup>43</sup> Kamerstukken I 2009/10, 31 466, K.

Naar aanleiding van deze vragen merkt de regering op dat in het wetsvoorstel alleen kaders voor de informatie-uitwisseling zijn opgenomen. Hiermee wordt geen elektronisch patiëntendossier in het leven geroepen. In het wetsvoorstel wordt ook niet voorgeschreven dat dit via één informatiesysteem moet worden ingericht. Momenteel wordt de wijze van uitwerking van de keteninformatievoorziening nog door de ketenpartners onderzocht. Uiteraard zullen daarbij de privacyregels en veiligheid de uitgangspunten zijn

138.

*De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat een landelijk informatiesysteem waterdicht moet zijn en zeer sterke zekerheden moet bieden voor het waarborgen van de privacy. Zij vragen of iedere partij in het informatiesysteem dezelfde autorisaties zal hebben. Daarnaast vragen zij hoe de toestemming van de cliënt voor het delen van informatie wordt gegarandeerd, hoe een dergelijk systeem beveiligd kan worden en of de regering overweegt het systeem kleinschalig te houden, zodat het risico op schending van privacy wordt beperkt.*

Zoals hierboven aangegeven wordt de wijze van keteninformatievoorziening nog verder onderzocht. Verwezen wordt naar het voorgaande antwoord en naar vraag 48 van de leden van de D66-fractie.

139.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor het informatiesysteem. Daarnaast stellen zij vragen over de financiële middelen, en willen zij weten of het realistisch is te verwachten dat een dusdanig systeem tot stand kan worden gebracht. Ook vragen de leden of er uiteindelijk een langere implementatieperiode nodig is.*

Zoals in antwoord op vraag 48 van de leden van de D66-fractie is aangegeven, zijn ketenpartijen bezig met het onderzoeken hoe de informatie-uitwisseling soepel en veilig kan verlopen. In dat kader worden ook de kosten en de wijze waarop de informatievoorziening tot stand wordt gebracht verkend. Op dit moment is verlenging van de implementatieperiode niet aan de orde. Een goede informatievoorziening is bij de implementatie van de wet essentieel. Daarom is het Ketenprogramma al ruim voor de voorziene inwerkingtreding van start gegaan.

140.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering bereid is een toezegging te doen met betrekking tot een evaluatie van de uitvoerbaarheid van de wetten en op welke termijn de regering denkt dat het uitvoeren van een evaluatie opportuun is? Daarnaast vragen deze leden of de regering bereid is om te werken aan een systeem waarin goede registratie plaatsvindt van de toepassing van dwangmaatregelen en bij de invoering van de Wvggz jaarlijks te monitoren hoe de beleving en ervaring van patiënten zich ontwikkelen, conform de motie Dijkstra.*

De regering is het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat evaluatie van de wetsvoorstellen nuttig is. De regering volgt dan ook het voorstel van ZonMw om de wetten na twee jaar in samenhang te evalueren. Deze evaluatietermijn is ook vastgelegd in de wetsvoorstellen. Bij deze evaluatie zal ook de onderlinge samenhang van deze wetsvoorstellen betrokken worden.

Het beroep op verplichte zorg zal worden gemonitord. Ook is de regering bereid om, conform de aangepaste motie Dijkstra<sup>44</sup>, te monitoren hoe de kosten, inspanningen en ervaringen van patiënten zich ontwikkelen nadat de Wvggz is ingevoerd.

### **ChristenUnie-fractie**

De regering dankt de leden van de **ChristenUnie-fractie** voor hun vragen over de verhouding tussen beide wetsvoorstellen, de uitvoerbaarheid van de Wzd en de zorgmachtiging in het strafproces.

---

<sup>44</sup> Kamerstukken II 2016/17, 32 399, nr. 72.

141.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen nog eens uiteen te zetten waarom beide wetsvoorstellen nodig zijn en er niet is gekozen voor één geïntegreerd wetsvoorstel.*

Een belangrijke aanleiding voor deze wetsvoorstellen is de constatering dat het huidige wettelijk regime van de Wbopz niet langer geschikt is voor het leveren van de juiste zorg aan de doelgroepen van deze wet. Zo bleek uit de tweede wetsevaluatie van de Wbopz dat de Wbopz niet voldoet voor de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten (de VG/PG-doelgroep). Uit de derde wetevaluatie bleek daarnaast dat het centrale uitgangspunt van de gedwongen opname in de Wbopz niet strookt met de hedendaagse opvattingen over het afwenden van gevaar en het bieden van zorg en behandeling. De conclusie van de evaluatiecommissie is dat de Wbopz als locatiegebonden systeem, waarin de opname centraal staat, niet toekomstbestendig is en dient te worden vervangen door een nieuwe regeling, waarin het uitgangspunt centraal moet staan dat passende (onvrijwillige) zorg aan de patiënt wordt geboden, waar deze zich ook bevindt. Er is echter niet gekozen voor één wetsvoorstel, omdat de tweede evaluatie van de Wbopz juist pleitte voor specifieke regels voor de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten. De argumenten die bij deze evaluatie werden genoemd, acht de regering onverminderd van kracht. De noodzaak voor afzonderlijke regelingen wordt ingegeven door het verschil in doelgroep en het verschil in zorgbehoefte. Ook indien de keuze voor één wet was gemaakt, zouden er voor de verschillende doelgroepen alsnog verschillende regelingen getroffen moeten worden die het beste aansluiten bij de behoefte en zorgvraag van de doelgroepen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen ook naar de visie van de regering op de benodigde cultuuromslag in de zorg in relatie tot het risico van de juridisering van het zorgproces.*

De regering constateert dat een dergelijke cultuuromslag reeds ingezet is, Hierop is reeds uitgebreider ingegaan bij de beantwoording van vragen van de leden van PvdA-fractie hierover (vragen 75 en 104). Onderdeel van deze cultuuromslag is ook dat er meer 'met' en minder 'over' de cliënt wordt gesproken, waarbij de wensen van de cliënt altijd voorop staan. Een ander belangrijk aspect van de reeds ingezette weg is de multidisciplinaire werkwijze en het op een heldere manier vastleggen van de gewenste en te leveren zorg. Deze reeds ingezette cultuuromslag heeft naar de opvatting van de regering niet geleid tot een juridisering van het zorgproces. De regering verwacht dan ook niet dat de invoering van de Wzd - waar bovengenoemde aspecten een centrale rol in innemen - zullen leiden tot een juridisering van het zorgproces.

142.

*De leden van de ChristenUnie vragen de regering naar een reactie op de door Actiz, Ieder(in) en de VGN aangedragen knelpunten die in de uitvoering dreigen. De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen in dit kader ook op het ontbreken van een integrale toelichting en vragen of deze toelichting er alsnog komt.*

De regering erkent dat een goede uitvoering van de wet essentieel is bij het bereiken van de doelstelling om dwang zo veel mogelijk te voorkomen. Een goed begrip van de wet is daarbij onontbeerlijk. In deze memorie van antwoord wordt op verschillende plekken ingegaan op de belangrijkste aangedragen knelpunten over bijvoorbeeld de Wzd-arts, het stappenplan en de verantwoordingsverdeling tussen de verschillende actoren. Ook zal de regering in overleg met het veld er voor zorg dragen dat, voordat de wetten in werking treden, alle zorgaanbieders en zorgverleners de beschikking kunnen hebben over heldere en op de doelgroep afgestemde handleidingen. Daarnaast zal er een uitgebreid implementatietraject gestart worden waar de genoemde partijen uiteraard ook deel van uit zullen maken. Verwezen wordt naar het antwoord op de vraag over de integrale toelichting die gesteld is door de leden van de CDA-fractie (vraag 13).

143.

*De leden van de ChristenUnie-fractie halen een constatering van de Rvdr aan, inhoudende dat het voorstel om een civiele zorgmachtiging in het strafproces te introduceren, in sommige gevallen tot twee parallelle procedures leidt: een strafrechtelijke en een civielrechtelijke. De Rvdr voorziet complicaties en heeft daarom de suggestie aangedragen om ingeval een zorgmachtiging aan de*

*orde komt in een strafrechtelijke procedure, de aanvraag en verlening daarvan volledig in die strafrechtelijke procedure te integreren, zoals aanvankelijk het uitgangspunt was van de Wfz. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering om een reactie hierop.*

Deze vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie over het toepassen van de procedureregels van de Wvggz door de strafrechter heeft de regering bezien in samenhang met de vragen die de fracties van de VVD, het CDA, de SP en van GroenLinks over dit onderwerp hebben gesteld; verwezen wordt naar het antwoord op vraag 11.

### **SGP-fractie**

De leden van de **SGP-fractie** hebben met name vragen over de afbakening van de verschillende doelgroepen en de uitvoerbaarheid voor de praktijk. De regering dankt de leden voor de gelegenheid dit toe te lichten.

144.

*De leden van de SGP-fractie hebben enkele vragen gesteld over de afbakening van de drie voorliggende wetsvoorstellen. De leden geven ook aan dat de afbakening tussen deze wetsvoorstellen niet helemaal eenduidig is, wat de uitvoerbaarheid voor de praktijk complex maakt.*

Een eenduidige afbakening tussen de wetsvoorstellen is, ook naar de mening van de regering, onontbeerlijk. Deze afbakening is ook in de wetsvoorstellen opgenomen. Om de afbakening te verduidelijken heeft de regering dan ook bij tweede nota van wijziging van de Wvggz de aanhef van artikel 3:3 Wvggz aangepast om tot uitdrukking te brengen dat de Wvggz van toepassing is als het gedrag dat leidt tot ernstig nadeel wordt veroorzaakt door een psychische stoornis, niet zijnde een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap, zoals ook op vragen van D66 en GroenLinks is geantwoord (vragen 44 respectievelijk 130).

*Voorts vragen de leden van de SGP-fractie wat er moet gebeuren als de aandoening van een patiënt in de loop der tijd verandert.*

Hierbij is van belang vast te stellen wat de dominante aandoening is en wat de best passende zorg is. Het is aan de ter zake kundige arts dit te bepalen. Het is niet altijd eenvoudig om dit vast te stellen, maar wat betreft werkwijze wijkt de zorg op basis van de Wzd of de Wvggz op dit punt niet af van de zorgbreed geldende praktijk. Bij elke cliënt moet worden vastgesteld of er sprake is van multiproblematiek, en zo ja, welke stoornis primair is.

145.

*De leden van de SGP-fractie vragen of de regering de mening deelt dat de uitwisseling van gegevens in de Wvggz op dit moment vooral gericht is op informatie van politie en justitie aan de zorg en niet andersom. Deze leden merken op dat dat wel van belang kan zijn om risico-indicaties te stellen. Zij vragen of het klopt dat er geen voorziening in de wet is om informatie met de politie te delen over lopende zorgmachtigingen, en of de regering mogelijkheden ziet om meer medische en of veiligheidsinformatie uit te wisselen bij dreigend gevaar?*

Ook de leden van de CDA-fractie vragen naar de informatiedeling met de politie. Kortheidshalve wordt verwezen naar dat antwoord (vraag 32).

146.

*De leden van de SGP-fractie vragen of de politie door het schrappen van de observatiemaatregel voldoende bevoegdheden 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.*

De Wvggz biedt een kader voor personen met een ernstige psychische stoornis, met als gevolg daarvan ernstig nadeel voor zichzelf of voor anderen. Als een persoon onder de criteria van dit wetsvoorstel valt, kan een aanvraag voor verplichte zorg bij de OvJ worden gedaan. Als er sprake is van onmiddellijk ernstig nadeel, kan een crisismaatregel worden getroffen door de burgemeester. Voorafgaand aan die crisismaatregel kan de politie gedurende 18 uur reeds iemand in zijn vrijheid beperken om hem bijvoorbeeld over te laten brengen naar een plaats van onderzoek.



Politie en justitie zullen onder de Wvvgz meer handelingsmogelijkheden hebben dan onder de Wbopz, omdat ze dan 18 uur verplichte zorg kunnen verlenen voorafgaand aan een crisismaatregel. Dat kan echter alleen als redelijkerwijs verondersteld kan worden dat een crisismaatregel zal worden genomen (artikel 7:3 Wvvgz), aangezien voorwaarde voor een crisismaatregel onmiddellijk dreigend ernstig nadeel is. Soms is echter niet bekend wat de ernst van het nadeel is en hoe acuut de situatie is, maar bestaan er wel grote zorgen om iemand die met voldoende mate van aannemelijkheid een psychische stoornis heeft. In die gevallen zal de politie iemand moeten laten gaan vanwege onvoldoende dreiging van onmiddellijk ernstig nadeel, maar kan eventueel wel de voorbereiding voor een zorgmachtiging worden gestart.

147.

*De leden van de SGP-fractie vragen de regering welke invoeringstermijn voor de drie onderhavige wetsvoorstellen zij voor ogen heeft, welke procedure zij daarbij wenst te volgen en welke financiële middelen zij hiervoor reserveert?*

*Ook vragen deze leden of de regering het met het OM eens is dat deze niet kan leveren binnen een jaar na plaatsing in het Staatsblad en dat de invoeringstermijn minimaal 18 maanden moet zijn?*

Zoals ook geantwoord op vraag 68 van de leden van de SP-fractie acht de regering een implementatietermijn van een jaar vanaf het moment dat de wetten door Uw Kamer zijn aangenomen realistisch. Voor de vragen van de leden van de SGP-fractie over de te volgen procedure en de financiële middelen, wordt verwezen naar vraag 17 van de leden van de CDA-fractie, respectievelijk vraag 47 van de leden van de fractie van D66. Met betrekking tot het OM wijst de regering erop dat het niet nodig is om te wachten tot plaatsing in het Staatsblad om met de voorbereiding van de implementatie te beginnen. In de praktijk is het OM zich nu ook al aan het voorbereiden op de implementatie van de Wvvgz omdat de verzoekersrol van de OvJ al onder de huidige Wbopz wordt versterkt, dit naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Hoekstra. Zie hiertoe ook het antwoord dat op de vraag van de VVD over de actieve verzoekersrol van het OM is gegeven (vraag 7).

148.

*De leden van de SGP-fractie hebben vragen gesteld over de consequenties van de Wvvgz voor het OM, de invulling van haar verzoekersrol en de motivatie om die rol bij het OM te beleggen, ondanks, zo stellen deze leden met verwijzing naar de drie wetsevaluaties, dat het OM deze rol onder de Wbopz niet heeft kunnen waarmaken.*

De regering heeft dit bezien in samenhang met de vragen die de fracties van de VVD en de PvdA over deze onderwerpen hebben gesteld, en verwijst naar de antwoorden die zij aldaar heeft gegeven (vragen 7 en 84 tot en met 87).

149.

*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 toe te voegen aan het verzoekschrift, en waarom niet hiervoor is gekozen, met name omdat het OM volgens deze leden hier in het kader van het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid mee is gestart. Deze leden vragen of de regering dit een punt voor een veegwet zou vinden.*

Zoals ook uit de toelichting bij de tweede nota van wijziging bij dit wetsvoorstel blijkt, is de regering met de leden van de SGP-fractie van mening dat informatie van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie relevant kan zijn voor de beoordeling van de noodzaak voor verplichte zorg. Dat geldt ook voor informatie afkomstig van de reclassering. De wettelijke grondslag voor het toevoegen van rapporten van de reclassering en het NIFP aan het verzoekschrift wordt geboden door artikel 8:22 Wvvgz, in samenhang met de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (Wjsg). Dergelijke rapporten vallen in de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens onder de regeling van het zogeheten persoonsdossier (artikelen 1 en 40 tot en met 51 Wjsg). Gegevens die door het OM in een strafdossier worden verwerkt, waaronder persoonsgegevens uit een persoonsdossier, zijn op grond van deze wet strafvorderlijke gegevens

en deze kunnen aan een verzoekschrift voor de rechter worden toegevoegd. De regering acht het van groot belang dat niet alleen de OvJ en de rechter, maar ook de geneesheer-directeur en de onafhankelijke psychiater die de medische verklaring afgeeft deze informatie bij de beoordeling van de noodzaak voor verplichte zorg kan betrekken. De Wvggz omvat dan ook een wijziging van onder meer artikel 39e Wjsg om ook deze deling van gegevens mogelijk te maken (artikel 14:17 Wvggz).

150.

*De leden van de SGP-fractie krijgen graag verduidelijkt hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is voor verplichte zorg tussen de geneesheer-directeur en de zorgaanbieder.*

De regering is in antwoord op vragen van de leden van de fracties van CDA, D66 en GroenLinks reeds uitvoerig ingegaan op deze rolverdeling en verwijst hiervoor naar de betreffende antwoorden (vragen 41 en 123). De zorgaanbieder is op organisatieniveau verantwoordelijk voor het verlenen van goede zorg en heeft tot taak om, onder meer, in samenwerking met de geneesheer-directeur, in het beleidsplan vast te leggen hoe om te gaan met het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid. De geneesheer-directeur is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken bij de verlening van verplichte zorg en heeft voor wat betreft de verplichte zorg de (eind)verantwoordelijkheden op het niveau van de individuele patiëntenzorg.

151.

*De leden van de fractie van de SGP stellen dat in de tweede nota van wijziging niet goed rekening is gehouden met het hoger beroep. Zo stellen deze leden dat geregeld is dat de griffier van de rechtbank de stukken naar de betrokken partijen zendt, maar onduidelijk is wat er gebeurt indien het gerechtshof de zaak behandelt. Deze leden vragen of de regering deze analyse herkent, en zo ja, welke oplossingsmogelijkheden zij ziet ter verduidelijking van dit punt.*

Bij de tweede nota van wijziging is reeds opgemerkt dat in de Wvggz onder 'officier van justitie' ook de advocaat-generaal van het ressortpakket bij een gerechtshof moet worden begrepen. Ook kan onder 'rechtbank' tevens het gerechtshof worden verstaan. Deze lezing is niet ongebruikelijk en zal naar verwachting in de praktijk niet tot problemen leiden.

152.

*De leden van de SGP-fractie hebben enkele vragen gesteld over de aanwezigheid van de OvJ ter zitting en het daarbij gehanteerde wettelijke criterium. Deze leden willen in het bijzonder weten waarom de regering gekozen heeft voor het criterium 'aanwezig, tenzij het evident is dat een nadere toelichting of motivering van het verzoek niet nodig is' en niet, zoals het OM voorstelt, voor 'aanwezig indien dit nodig is'.*

Verplichte zorg, zeker wanneer het gedwongen opname betreft, is voor de betrokkene zeer ingrijpend. Het is in een rechtstaat van groot maatschappelijk belang dat dit slechts als een ultimum remedium en op een zorgvuldige en correcte wijze gebeurt. Dat de Wvggz voorschrijft dat de verzoekende partij, de OvJ die namens de Staat optreedt, als regel bij de zitting aanwezig is, acht de regering een waarborg waarmee het door de verzoeker te behartigen algemeen belang tot uitdrukking wordt gebracht. Gelet op diens professionele achtergrond is de OvJ ook de aangewezen partij om juridische kwalificaties en het causale verband daartussen voor de rechter te motiveren en relevante informatie uit het justitiedomein te duiden. Dit gebeurt reeds in het verzoekschrift, maar het kan ook van toegevoegde waarde zijn wanneer de motivering uit het verzoekschrift ter zitting nader wordt toegelicht.

Het voorgaande laat onverlet dat de regering de visie van het OM deelt dat de aanwezigheid van de OvJ ter zitting niet in alle gevallen nodig is. Om die reden is in de wet een uitzondering opgenomen voor die gevallen waarin een mondelinge toelichting ter zitting evident niet nodig is. Voor de besluitvorming over de aanvraag van een zorgmachtiging is het essentieel dat de rechter naast het medische oordeel van de geneesheer-directeur en de medische verklaring van een onafhankelijke psychiater beschikt over alle relevante omgevingsinformatie met betrekking tot de betrokkene. Dit betreft zowel zorginhoudelijke informatie, afkomstig van de ggz, en informatie van de familie en naasten, als informatie uit het justitiële- en het lokale domein. Het OM voegt die informatie, voor

zover deze aanwezig is bij het OM, bij de aanvraag. De regering meent met het OM dat er een verband is tussen de beschikbaarheid van een dergelijk verrijkt dossier voor de rechter en de noodzaak voor de OvJ om op de zitting aanwezig te zijn. Hoe beter het verzoekschrift is gemotiveerd en is onderbouwd, des te kleiner de noodzaak voor de OvJ om dat verzoekschrift ter zitting mondeling nader toe te lichten.

Het criterium, zoals dat nu geformuleerd is, omvat een belangrijke rechtswaarborg op grond waarvan in elke individuele zaak een uitdrukkelijke afweging moet worden gemaakt of de aanwezigheid van de OvJ op de zitting noodzakelijk is of niet. Dat staat in eerste instantie aan de OvJ zelf ter beoordeling. Het OM zal daartoe criteria opnemen in een werkinstructie, waarbij mede een rol kan spelen of over betrokkene reeds informatie bekend is uit het justitiedomein, en of het ernstig nadeel dat van hem uitgaat gericht is tegen hemzelf of tegen een ander. Tussen het criterium dat het OM voorstelt en het criterium dat in de wet is opgenomen, zit, mits toegepast zoals beoogd, naar de mening van de regering geen licht. Toepassing van deze beide criteria zou in de praktijk tot dezelfde uitkomst moeten leiden: de OvJ is ter zitting aanwezig in die zaken waarin dat nodig is. De regering ziet dan ook geen aanleiding om het wetsvoorstel op dit punt aan te passen.

153.

*De leden van de SGP-fractie vragen waarom de regering het nodig acht om artikel 37 Sr te schrappen uit het Wetboek van Strafrecht.*

Deze vragen van de SGP-fractie over het laten vervallen van artikel 37 Sr heeft de regering gezien in samenhang met de vragen die de fracties van de VVD (vraag 11) en de SP (vraag 67) over dit onderwerp hebben gesteld. De regering verwijst deze leden naar het antwoord op vraag 11.

154.

*De leden van de SGP-fractie vragen of de uitleg van het begrip 'verzet' in het kader van de Wvvgg ook van toepassing is op de Wzd, en of deze begrippen geharmoniseerd zijn.*

Dat is inderdaad het geval.

155.

*De leden van de SGP-fractie hebben enkele vragen gesteld over de medische verklaring, bedoeld in artikel 1, eerste lid, Wzd. Zo vragen zij wie de verklaring kan aanvragen, wie deze kan afgeven, wat er in deze verklaring moet staan en welk onderzoek de arts ter zake moet verrichten.*

Over de door de betrokken leden bedoelde medische verklaring kan het volgende gezegd worden. De Wzd is van toepassing op mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap die mogelijk zijn aangewezen op of in aanraking komen met onvrijwillige zorg. Het bereik van de Wzd is daarmee niet beperkt tot de Wlz. Personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking kunnen immers zorg ontvangen vanuit de Wlz, de Wmo 2015, de Zvw of de Jeugdwet. Voor personen die zorg ontvangen vanuit de Wlz is het voor het bepalen of de Wzd van toepassing is, afdoende om naar de Wlz-indicatie, afgegeven door het CIZ, te kijken. Deze indicatie is immers altijd gebaseerd op een medische verklaring van een ter zake kundige arts, waarin deze persoon gediagnosticeerd is. Voor personen die zorg ontvangen buiten de Wlz om geldt dit niet. In deze gevallen zal de diagnose dus moeten blijken uit een verklaring van een ter zake kundige arts. Deze verklaring kan ook afgegeven worden door de behandelend arts in dienst van een zorgaanbieder. Het is daarmee wel van belang dat deze arts daadwerkelijk ter zake kundig is. De ter zake kundige arts zal de diagnose stellen aan de hand van algemeen aanvaarde normen zoals die op dat moment gelden binnen de sector. Het stellen van de diagnose is daarbij voldoende; er hoeft niet gespecificeerd te worden op welke zorgvormen de cliënt is aangewezen. Wie de verklaring aanvraagt, hangt daarbij af van de situatie. Voor mensen met een verstandelijke beperking zal de verklaring veelal reeds zijn opgesteld toen de cliënt nog een kind was, dus zal de verklaring door de ouders zijn aangevraagd. Voor personen met een psychogeriatrische aandoening zal vaak al door een huisarts of een andere specialist zijn geconstateerd dat iemand een dergelijke aandoening heeft in de context van een consult met betrekking tot bepaalde klachten.

156.

*De leden van de SGP-fractie vragen of de regering het noodzakelijk vindt dat iedere aanbieder van collectief gefinancierde zorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en particulier gefinancierde zorg, die cliënten heeft met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, moet voldoen aan de verplichtingen van onder meer artikel 5 Wzd, ook als die aanbieder nooit onvrijwillige zorg verleent of zal verlenen.*

De regering acht dit niet noodzakelijk. De verplichtingen die voortvloeien uit dit wetsvoorstel gelden, gezien het systeem van dit wetsvoorstel, alleen voor zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen of voornemens zijn dergelijke zorg te verlenen.

De regering verwacht dat de meeste, zo niet alle zorgaanbieders die Wlz-zorg aanbieden, gelet op de zwaarte van de cliëntengroep, op enig moment een vorm van gedwongen zorg zullen moeten toepassen, en dus moeten voldoen aan alle verplichtingen van de Wzd. Het is echter ook denkbaar dat er op grond van andere wetgeving dan de Wlz zorg wordt verleend aan de doelgroep van de Wzd. De Wzd is immers domeinoverstijgend. Indien zorgaanbieders uitsluitend vrijwillige zorg verlenen, hoeven zij niet te voldoen aan de verplichtingen van de Wzd. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld de jeugdhulpaanbieders die gezinscoaching, begeleiding of opvoedondersteuning verlenen aan gezinnen met licht verstandelijk beperkte kinderen, of aan de fysiotherapeut die een dementerende oudere helpt revalideren na een heupoperatie. Ook kan gedacht worden aan een inloopvoorziening van gemeenten voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten om bijvoorbeeld begeleiding te bieden bij het zelfstandig kunnen blijven doen van de administratie. Nu dergelijke zorgaanbieders niet hoeven te voldoen aan de verplichtingen uit de Wzd, hoeven zij dus bijvoorbeeld geen zorgverantwoordelijke aan te wijzen of een zorgplan op te stellen op grond van de Wzd. Indien deze zorgaanbieders echter dwang overwegen of toepassen, zijn de verplichtingen op grond van de Wzd uiteraard wel van toepassing.

157.

*De leden van de SGP-fractie hebben daarnaast gevraagd naar de verantwoordingsverdeling tussen de Wzd-arts en de zorgaanbieder, en vragen hier een toelichting op.*

Op de algemene verantwoordingsverdeling is reeds ingegaan bij de beantwoording van de vraag van de leden van de SP-fractie hierover (vraag 60). In dat antwoord is tevens ingegaan op de vraag van de leden van de SGP-fractie of een zorgaanbieder kan ingrijpen indien de Wzd-arts zijn taak niet naar behoren uitvoert.

*De leden van de SGP-fractie vragen voorts of de Wzd-arts kan ingrijpen als de zorgverantwoordelijke zijn taak niet naar behoren uitvoert.*

De Wzd-arts kan inderdaad ingrijpen als de zorgverantwoordelijke zijn taak niet naar behoren uitvoert. Zo beoordeelt de Wzd-arts het zorgplan. Indien hij oordeelt dat het zorgplan niet voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen of dat het zorgplan niet geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen, moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan aanpassen op aanwijzen van de Wzd-arts (artikel 11a, tweede lid, Wzd). Voorts kan de IGZ ingeschakeld worden (artikel 60a Wzd).

*Daarnaast hebben de leden gevraagd wie de IGZ kan aanspreken als er ten onrechte onvrijwillige zorg wordt verleend.* De IGZ is belast met het toezicht op de naleving van deze wet. Indien er ten onrechte onvrijwillige zorg wordt verleend, kan de IGZ alle partijen aanspreken die ter zake in strijd met de wet hebben gehandeld. Dit kunnen dus in het voorkomende geval zowel de zorgaanbieder als de Wzd-arts zijn, afhankelijk van de specifieke casus.

158.

*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 er schadevergoeding dient plaats te vinden. De leden vragen hoe het valt te rijmen dat de zorgaanbieder schade veroorzaakt door de Wzd-arts moet vergoeden, terwijl de zorgaanbieder niets te zeggen heeft over de Wzd-arts, aangezien deze volgens de wet onafhankelijk is.*

De regering wijst erop dat een eventuele schadevergoeding naar aanleiding van een klacht over een beslissing van de Wzd-arts het gevolg zal zijn van de klachtenprocedure uit de Wzd en niet die op basis van de Wkkgz. De zorgaanbieder zal in voorkomend geval inderdaad aansprakelijk gesteld kunnen worden voor het handelen van de Wzd-arts. In dit kader wordt erop gewezen dat de schadebepaling de belangrijke waarborg bevat dat de schadevergoeding naar billijkheid wordt vastgesteld (artikel 56g, vierde lid, Wzd).

159.

*De leden vragen voorts waarom de regering het advies van de Raad van State bij de vierde nota van wijziging om het stappenplan te heroverwegen niet heeft opgevolgd.*

De regering heeft naar aanleiding van het advies bij de vierde nota van wijziging enkele zaken aangepast en voorts van de gelegenheid gebruik gemaakt om enkele misverstanden en onduidelijkheden over het stappenplan te verduidelijken.

Daarnaast was en is de regering met de Raad van State van mening dat de beoogde cultuuromslag niet bereikt kan worden met uitsluitend wetgeving. Cultuurtrajecten zijn hierin minstens zo belangrijk, maar ook die kunnen niet op zichzelf staan. Ook de Tweede Kamer gaf toentertijd aan dat hij een cultuuromslag van groot belang te vinden, maar zich af te vragen of met het oorspronkelijke wetsvoorstel het «nee, tenzij» principe voldoende geborgd is. Dit standpunt van de Kamer was voor de regering aanleiding om te komen met een nadere precisering en wettelijke verankering van besluitvormingsprocedures. Zoals reeds uiteengezet in het antwoord op een vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie ter zake (vraag 141), verwacht de regering niet dat de invoering van de Wzd, met het daarin opgenomen stappenplan, zal leiden tot een juridisering van de zorg.

*Ook vragen de leden naar de reden waarom de regering de aanbeveling niet overgenomen heeft naar aanleiding van de thematische wetsevaluatie 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. De betrokken leden wijzen in dit kader ook op het (verworpen) amendement van de fractieleden van de SGP in de Tweede Kamer.*

De regering kiest er niet voor om bepaalde regels op lager niveau te regelen. Dat een norm op lager niveau is vastgelegd doet immers niets af aan de verplichting van de normadressant om deze norm na te komen. Ook de suggestie om het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan via zelfregulering over te laten aan het veld, zoals voorgesteld in het amendement van de Tweede Kamerfractie van de SGP, volgt de regering niet op. De winst van het verwijzen naar een richtlijn is gering en weegt niet op tegen de rechtszekerheid die geboden wordt door het stappenplan op wetsniveau te borgen. Het stappenplan sluit de facto aan bij het normale professionele handelen van zorgvuldig handelende zorgverleners. Indien een cliënt zich verzet tegen de zorg, dan is het uit een oogpunt van goede zorgverlening aangewezen een collega om advies te vragen. Als vrijheidsbeperking daarna serieus wordt overwogen dan is het eveneens uit een oogpunt van goede zorgverlening van belang daar de juiste expertise van een arts of een gedragsdeskundige bij te vragen en om een expert van buiten die met een frisse blik kan kijken om advies te vragen. Op deze manier wordt er immers voor gezorgd dat onvrijwillige zorg echt als allerlaatste redmiddel wordt ingezet. Natuurlijk brengt het stappenplan enige mate van administratieve last met zich mee maar deze last zal vanwege het opschalende karakter beperkt zijn. Zodra er een alternatief is gevonden voor onvrijwillige zorg, vervalt de noodzaak om het stappenplan te doorlopen. De verwachting is dan ook dat als het via een professionele richtlijn zou verlopen het veld tot een soortgelijke procedure komt. In dit kader merkt de regering op dat het in het wetsvoorstel opgenomen stappenplan tot stand is gekomen mede op basis van input uit de praktijk en ook in lijn is met het advies van de Denktank complexe zorg<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 31

160.

*De leden van de SGP-fractie hebben ook gevraagd of er altijd een externe deskundige ingeschakeld moet worden bij onvrijwillige zorg en wat de redenen hiervoor zijn.*

Het klopt dat een externe deskundige betrokken moet worden indien overwogen wordt onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan en ook na het uitgebreide deskundigenoverleg geen vrijwillig alternatief is gevonden. Hoewel dit tot een lastenverzwaring voor zorgverleners leidt, acht de regering dit noodzakelijk om te garanderen dat onvrijwillige zorg echt als ultimum remedium wordt overwogen.

161.

*De leden van de SGP-fractie hebben voorts enkele vragen gesteld over het ontbreken van een onderscheid tussen verschillende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo vragen deze leden waarom er geen onderscheid wordt gemaakt tussen 'lichte' en 'zware' vormen van onvrijwillige zorg.*

Voor een antwoord op deze vraag verwijst de regering naar vraag 136.

*In dit kader vragen deze leden ook om een reactie op de kritiek uit de praktijk dat het onwerkbaar is om het stappenplan voor alle vormen van onvrijwillige zorg uit te voeren.*

De regering is het niet eens met deze kritiek. Onvrijwillige zorg moet altijd een laatste redmiddel zijn. Zorgverleners moeten altijd op zoek blijven om dwang te voorkomen, en als het toch toegepast moet worden, om het af te bouwen. Dit wordt bereikt door middel van het doorlopen van het stappenplan. Omdat het, zoals de regering in het antwoord op vraag 136 uiteen heeft gezet, niet mogelijk is om daarbij onderscheid te maken tussen 'lichte' en 'zware' maatregelen, zal voor iedere vorm van dwang het stappenplan doorlopen moeten worden. De regering is het dan ook niet met de leden van de SGP-fractie eens dat het stappenplan voor ingrijpende maatregelen tekortschiet en voor minder ingrijpende maatregelen zijn doel voorbijschiet.

162.

*Daarnaast wijzen de leden erop dat in het oorspronkelijke wetsvoorstel was voorzien in een amvb waarin de optie werd geboden om een limitatieve lijst op te nemen van de gevallen die worden geregistreerd en bij de IGZ worden gemeld. Zij vragen waarom deze mogelijkheid tot maatwerk is geschrapt.*

Deze mogelijkheid tot maatwerk bestaat nog steeds; het nieuwe artikel 18c, zesde lid, Wzd biedt de mogelijkheid om bij of krachtens amvb regels te stellen over de inrichting van de gegevensverwerking door de zorgaanbieders. Het is de bedoeling dat aan de zorgaanbieders op deze wijze voldoende duidelijkheid zal worden geboden over welke gegevens zij ten behoeve van het toezicht door de IGZ moeten verwerken.

163.

*Ook vragen de leden wie moet beoordelen of het niet lukt om onvrijwillige zorg binnen de genoemde termijn af te bouwen.*

Deze beoordeling zal in de praktijk onderdeel uitmaken van de zorgplanbespreking.

164.

*De leden van de SGP-fractie vragen of de zorgverantwoordelijke alleen beslist indien een externe deskundige om advies is gevraagd, of dat het in artikel 11, derde lid, Wzd om de evaluatie van het zorgplan gaat.*

De zorgverantwoordelijke beslist over het advies van de externe deskundige. Uit artikel 11a Wzd volgt dat de zorgverantwoordelijke het zorgplan vervolgens moet voorleggen aan de Wzd-arts. Een en ander kan zich zowel voordoen bij de eerste opstelling van een zorgplan als bij de evaluatie.

165.

*De leden vragen ook of artikel 11, vierde lid, Wzd impliceert dat voortzetting van de onvrijwillige zorg niet mogelijk is als de externe adviseur dit niet heeft geadviseerd.*

Naar de mening van de regering impliceert artikel 11, vierde lid, Wzd dit niet. Indien het advies van de externe adviseur niet opgevolgd wordt, zal de maximumtermijn voor de toepassing van gedwongen zorg van maximaal drie maanden blijven gelden op grond van artikel 10, vierde lid, onderdeel f, Wzd, in plaats van de termijn van zes maanden die anders zou gelden.

166.

*De leden van de SGP-fractie vragen wat de zorgaanbieders concreet moeten doen om de in artikel 17 bedoelde gegevens digitaal beschikbaar te stellen aan de IGZ. Zij vragen in dit kader of de IGZ ieder zorgplan digitaal moet kunnen inzien en of dit alleen mogelijk moet zijn tijdens toezichtbezoeken of dat de IGZ altijd toegang moet hebben tot de zorgplannen. Ook vragen zij waarom de regering er niet voor heeft gekozen om de registratie ten behoeve van de digitale beschikbaarstelling te beperken tot een aantal ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg. Voorts vragen de betrokken leden wat is beoogd met de verplichting 'een digitaal overzicht van de gegevens, bedoeld in het eerste lid,' te verstrekken.*

Adequaat toezicht is één van de vereisten voor het realiseren van de doelstellingen van deze wet. Het digitaal beschikbaar hebben van gegevens over de onvrijwillige zorg maakt het voor de IGZ mogelijk om adequaat toezicht te houden. Daarvoor is het nodig dat de IGZ in geval van (incidenten rond) onvrijwillige zorg zo snel mogelijk kan beschikken over de in artikel 17, eerste lid, Wzd bedoelde basisgegevens over de verleende onvrijwillige zorg. Deze gegevens betreffen alle vormen van onvrijwillige zorg omdat de IGZ toezicht moet houden op de juiste naleving van de Wzd en niet alleen op de naleving ten aanzien van een aantal vormen van onvrijwillige zorg. Belangrijke randvoorwaarde is dat het beschikbaar hebben van de in artikel 17, eerste lid, Wzd bedoelde gegevens er niet toe mag leiden dat instellingen en hulpverleners worden geconfronteerd met een grote administratieve belasting. Om die administratieve belasting zo laag mogelijk te houden, is voorgeschreven dat gegevens digitaal worden vastgelegd door de zorgaanbieders. Het is aan de instellingen zelf om daarvoor de meest optimale oplossing te kiezen, afhankelijk van de overige ICT-systemen die bij de instelling al in gebruik zijn. Gezien de grote diversiteit van de door instellingen gebruikte ICT-systemen is het noch wenselijk, noch haalbaar om uit te gaan van één ICT-systeem voor alle zorgaanbieders.

Wel is het wenselijk dat er voor het verstrekken van de betrokken gegevens via het (ten minste halfjaarlijkse) overzicht gebruik wordt gemaakt van een vaste gegevensstandaard. Over de wijze van digitaal uitwisselen van gegevens zal nader worden gesproken met betrokken partijen. In de afgelopen periode is er, in opdracht van het Ministerie van VWS, door de onderzoekers van VUMC al gewerkt aan een samenhangend begrippenkader ten behoeve van deze registratie en de uitwisseling van gegevens voor de Wzd. Zodra dit is afgerond kan beoordeeld worden welke nadere regels nodig zijn voor de gegevens die op grond van artikel 17, eerste lid, Wzd beschikbaar moeten worden gehouden.

Naar aanleiding van de vraag van de betrokken fractieleden of het digitaal inzien van de zorgplannen alleen tijdens toezichtbezoeken mogelijk moet zijn of dat de IGZ altijd digitaal toegang moet hebben tot zorgplannen wordt opgemerkt dat de IGZ op verschillende manieren toezicht houdt op de zorg, niet alleen door middel van toezichtbezoeken. De IGZ kan beschikken over de digitale basisgegevens bij de zorgaanbieder en kan daarnaast aanvullend onderzoek doen, bijvoorbeeld op basis van het papieren zorgplan, rapportages, signalen van naasten, gesprekken met betrokkenen enz.

*In dit kader vragen de leden van de SGP fractie of alle zorgplannen door de IGZ digitaal ingezien moeten kunnen worden.*

Het is voor het toezicht op de verleende onvrijwillige zorg noodzakelijk om alle zorgplannen te allen tijde beschikbaar te hebben ten behoeve van inzage door de IGZ.

*Daarnaast vragen deze leden of de zorgplannen ook twee keer per jaar aan de IGZ gestuurd moeten worden.*

Op grond van artikel 17, eerste lid, sub e, Wzd moet het zorgplan of een schriftelijke beslissing als bedoeld in artikel 15, eerste of vijfde lid, Wzd beschikbaar zijn voor toezicht door de IGZ. De IGZ moet de zorgplannen kunnen inzien op het moment dat zij dit voor haar toezicht nodig heeft en wel tijdens een (toezicht)bezoek aan de zorgaanbieder. Uit de ten behoeve van het toezicht beschikbaar te houden gegevens, zal in ieder geval duidelijk moeten blijken in hoeverre de verleende onvrijwillige zorg vooraf afgesproken was of dat er sprake is van een incidenteel toegepaste vrijheidsbeperking. Dit betekent niet dat alle zorgplannen integraal twee keer per jaar ook aan de IGZ toegezonden moeten worden. Een en ander zal nader uitgewerkt worden in een ministeriële regeling, zodat hier voldoende duidelijkheid over wordt geboden.

In antwoord op een vraag ter zake van voornoemde leden wordt opgemerkt dat het digitaal beschikbaar moeten hebben van de in artikel 17 Wzd genoemde gegevens, zich alleen richt op gegevens over de verleende onvrijwillige zorg. Het ten behoeve van deze wet registreren van gegevens van mensen die vrijwillige zorg ontvangen is niet aan de orde.

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 is doorgevoerd om artikel 17, tweede lid, Wzd verder te harmoniseren met artikel 8:24 van de Wvzggz. Met deze formulering wordt wettelijk vastgelegd dat het overzicht digitaal moet worden verstrekt. Zoals hierboven is aangegeven, zullen over dit overzicht nog nadere regels worden gesteld.

De betrokken fractieleden vragen wat de regering concreet beoogt met de toevoeging van de mogelijkheid om de gegevens, die halfjaarlijks aan de IGZ gestuurd moeten worden, aan een door de minister aan te wijzen andere instantie te verstrekken. Deze toevoeging maakt het mogelijk dat de gegevens in plaats van aan de IGZ worden verstrekt aan een andere instantie, welke instantie de gegevens analyseert en ten behoeve van het risicogestuurde toezicht door de IGZ op inzichtelijke wijze aan de IGZ verstrekt.

167.

*De leden van SGP-fractie vragen naar de consequenties van het toepassen van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties. Zo vragen zij of het klopt dat zorgverleners die cliënten behoeden voor ernstig nadeel in situaties waarin het zorgplan niet voorziet, maar redelijkerwijs wel had moeten voorzien, een misdrijf begaan.*

Op grond van artikel 62 Wzd is iemand strafbaar die opzettelijk onvrijwillige zorg verleent, waarin het zorgplan niet voorziet en die ook niet op basis van artikel 15 Wzd kan worden verleend. Deze strafbaarstelling beoogt te bewerkstelligen dat zorgverleners buiten het stappenplan om, weloverwogen beslissen of het toepassen van onvrijwillige zorg noodzakelijk is.

Voor de vraag wanneer zorg ook niet op basis van artikel 15 Wzd mag worden verleend, merkt de regering het volgende op. Ingevolge artikel 15 Wzd mag de zorgverlener uitsluitend onvrijwillige zorg verlenen buiten het zorgplan om, indien de zorgverantwoordelijke daartoe een schriftelijke beslissing heeft genomen. De zorgverlener zal dus, alvorens te handelen in een situatie waarin het zorgplan niet voorziet, alleen mogen handelen als sprake is van een schriftelijke beslissing. De zorgverlener hoeft dus niet te toetsen of het zorgplan redelijkerwijs in die situatie had moeten voorzien, maar moet toetsen of er een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke is. Er zijn daarnaast overigens wel situaties denkbaar waarin het zorgplan niet voorziet en waarin de in artikel 15 Wzd bedoelde schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke niet kan worden afgewacht. Gedacht kan worden aan een crisissituatie, waarin er een acute dreiging is van levensgevaar. In die situatie kan niet van de zorgverlener worden verwacht dat hij een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke afwacht. Als hij in zodanige situatie door een vorm van onvrijwillige zorg aan te wenden de acute dreiging van levensgevaar afwendt, kan hij een beroep doen op artikel 40 Sr. In dat artikel is bepaald dat niemand strafbaar is die een feit begaat waartoe hij door overmacht gedwongen is. Indien er sprake is van een acute crisissituatie en de



zorgverlener door adequaat ingrijpen deze situatie voorkomt of weet te beëindigen, zal het handelen van deze persoon naar verwachting gerechtvaardigd zijn en kan dus sprake zijn van een strafuitsluitingsgrond.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de SGP-fractie naar de reden waarom de desbetreffende bepalingen niet zijn gelijkgetrokken met de Wbopz en de Wvvggz, merkt de regering op dat de bepalingen waar mogelijk met elkaar zijn geharmoniseerd. Het klopt dat de bepalingen niet volledig gelijklopend zijn. Dit is ook verklaarbaar, omdat in de Wzd andere keuzes zijn gemaakt in de te volgen procedures.

168.

*Ook vragen de leden van de SGP-fractie de regering toe te lichten of de strafbepalingen van de Wzd ook gelden voor mantelzorgers.*

Dit is deels het geval. Artikel 62, eerste lid, Wzd en artikel 63, eerste lid, aanhef en onder a, Wzd bepalen dat een ieder die (opzettelijk) iemand van zijn vrijheid berooft of doet beroven door iemand tegen zijn wil op te nemen of te laten opnemen in een accommodatie, zonder dat daar de juiste procedure voor doorlopen wordt, strafbaar is. De strafbare handeling van het (doen laten) opnemen kan in het voorkomende geval ook door een derde, waaronder de mantelzorger, worden gepleegd. Een tweede handeling die door de Wzd strafbaar wordt gesteld is het (opzettelijk) verlenen van onvrijwillige zorg in strijd met de daarvoor geldende procedures (artikel 62, tweede lid, Wzd en artikel 63, eerste lid, aanhef en onder b, Wzd). Deze bepalingen gelden echter enkel voor de professionele zorgverlener of zorgaanbieder. Dit omdat de Wzd onder onvrijwillige zorg enkel de door een zorgaanbieder verleende zorg verstaat (zie de definitie van 'zorg' in artikel 1, derde lid, Wzd en 'onvrijwillige zorg' in artikel 2, eerste lid, Wzd).

169.

*Voorts constateren de leden van de SGP-fractie dat de Wzd mogelijkheden biedt voor gedwongen zorg thuis. Zij vragen of de bepalingen daaromtrent werkbaar zijn.*

Onvrijwillige zorg thuis wordt inderdaad mogelijk gemaakt op basis van de Wzd en de Wvvggz. Het is juist een doelstelling van de wet om ambulante zorg mogelijk te maken en niet enkel een opname. Wel zullen er bij amvb nadere eisen worden gesteld aan deze zorgverlening. Deze amvb is reeds in ontwikkeling en zal uitvoerig worden afgestemd met het veld, waarna deze voorgehangen wordt bij de Staten-Generaal. De toets of de behandeling thuis geslaagd is of dat de patiënt toch opgenomen moet worden, zal moeten plaatsvinden door de zorgaanbieder of zorgverantwoordelijke, op basis van zijn professionele vaardigheden en kennis.

170.

*De leden van de SGP-fractie vragen voorts of het klopt dat een rechterlijke machtiging op basis van de Wzd alleen kan dienen voor een opname en niet tot zorgverlening zonder opname. Verder vragen zij waarom verplichte zorgverlening zonder opname niet mogelijk is onder de Wzd.*

Gedwongen opname op grond van de Wzd dient inderdaad op basis van een rechterlijke machtiging te geschieden. Anders dan de betrokken leden veronderstellen, is het echter ook op grond van de Wzd mogelijk om onvrijwillige zorg toe te passen zonder dat de cliënt is opgenomen. In dat geval dient eerst het in de Wzd voorgeschreven stappenplan te worden gevolgd. Voor een verdere toelichting op deze procedure wordt verwezen naar de antwoorden op de vragen van de leden van de fracties van het CDA en de PvdA (vragen 39 en 94).

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
mede namens de Staatssecretarissen van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie,

mw. drs. E.I. Schippers

