

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 34079 11
F 070 34078 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1437363-183196-CZ

Bijlage(n)
-

Uw kenmerk
163474.02u

Datum 11 december 2018
Betreft Commissiebrief Eerste Kamer inzake ontwerpbesluiten gedwongen zorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Met grote belangstelling heeft de regering kennis genomen van de vragen die de leden van vijf fracties van de vaste commissie voor Welzijn en Sport op 28 september 2018 over het ontwerp van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) en het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz) hebben gesteld en de opmerkingen die zij daarbij hebben gemaakt. De leden van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer hebben op 21 september 2018 vragen gesteld over de ontwerpbesluiten. De antwoorden hierop zijn vandaag aan de Tweede Kamer verstuurd.

De regering is verheugd te lezen dat meerdere fracties hebben aangegeven dat zij met belangstelling kennis hebben genomen van de ontwerpbesluiten en dat de vaste commissie hier op hoofdlijnen positief tegenover lijkt te staan. In hun vragen en opmerkingen over en naar aanleiding van de ontwerpbesluiten zoeken de leden de verbinding met de uitvoeringspraktijk. Ook de regering heeft bij het opstellen van deze ontwerpbesluiten veelvuldig gesproken met de betrokken veldpartijen en de verschillende belangen zo zorgvuldig mogelijk gewogen en verwerkt in de voorliggende ontwerpbesluiten.

Eerder heb ik u een brief toegezonden (Kamerstukken 2018-2019, 25 424, I) waarin ik aangaf u deze brief toe te zenden uiterlijk in november. Helaas is dit iets vertraagd waarvoor mijn excuses.

De regering dankt de leden van de **VVD**-fractie die hun tevredenheid uiten over het proces waarin de ontwerpbesluiten in samenspraak met betrokken veldpartijen zijn opgesteld en gekozen is voor praktisch uitvoerbare regelingen, die veel ruimte bieden voor maatwerk bij het verlenen van ambulante gedwongen zorg.

Deze leden vragen, mede namens de **CDA**-fractie, naar het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH). Meer specifiek naar de uitleg die de Nederlandse regering geeft aan de 'Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities', de inhoud en status van de bij de

ratificatie van het verdrag door Nederland afgelegde interpretatieve verklaring bij artikel 14 VRPH en de mogelijke gevolgen van het standpunt van het VN-comité voor de onlangs vastgestelde wetgeving.

De genoemde 'Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities' (hierna: Guidelines) hebben geen gevolgen voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvggz) en de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) of de onderliggende regelgeving bij die wetten. Richtlijnen zoals de Guidelines zijn interpretaties van het Committee on the Rights of Persons with Disabilities (hierna: het Comité). Daarmee zijn het gezaghebbende documenten die zo mogelijk worden nagevolgd. Tegelijkertijd zijn het geen bindende documenten zoals verdragen en uitspraken van bepaalde internationale rechtbanken. Als een land goede redenen heeft om van deze richtlijnen af te wijken, is dat toegestaan.

Zoals Nederland onder meer uiteen heeft gezet in de interpretatieve verklaring bij artikel 14 van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH), is gedwongen zorg in uitzonderlijke gevallen, als laatste redmiddel, met de juiste rechtsbescherming, toegestaan.¹ In lijn daarmee volgt uit de Wvggz en de Wzd (en de bijbehorende lagere regelgeving) dat gedwongen zorg uitsluitend is toegestaan, als er sprake is van ernstig nadeel.

Een dergelijke interpretatieve verklaring dient ter verduidelijking van de wijze waarop het verdrag door Nederland wordt geïnterpreteerd. De gegeven verduidelijking draagt bij aan de toepassing van de verdragsbepalingen en nationale wetgeving in de praktijk.

Daarnaast is van belang dat Nederland gebonden is aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM) en daarmee aan de uitspraken van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM). Op grond van het EVRM is gedwongen zorg voor personen met een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap onder omstandigheden toegestaan. Uit de jurisprudentie van het EHRM volgt dat gedwongen zorg zelfs een plicht kan zijn als daarmee bijvoorbeeld het recht op leven wordt beschermd door een zelfmoord te voorkomen.²

De regering dankt de leden van de **SP**-fractie voor hun vragen in aanvulling op de door de SP-fractie in de Tweede Kamer gestelde vragen.

Bij de behandeling van de Wzd heeft de Tweede Kamer de wens geuit van een functie van cliëntenvertrouwenspersoon voor de Wzd-doelgroep, die vergelijkbaar is met die van de patiëntenvertrouwenspersoon in de ggz. De regering vindt het met de leden van de SP-fractie belangrijk dat een cliënt goed ondersteund wordt door een cliëntenvertrouwenspersoon. In de Wzd is niet uitputtend geregeld op

¹ De volledige Engelse tekst luidt: 'The Kingdom of the Netherlands recognizes that all persons with disabilities enjoy the right to liberty and security of person, and a right to respect for physical and mental integrity on an equal basis with others. Furthermore, the Kingdom of the Netherlands declares its understanding that the Convention allows for compulsory care or treatment of persons, including measures to treat mental illnesses, when circumstances render treatment of this kind necessary as a last resort, and the treatment is subject to legal safeguards.'

² Zie bijvoorbeeld *Fernandes de Oliveira v. Portugal* (Application no. 78103/14) op de website <https://hudoc.echr.coe.int>

welke momenten de cliënt geïnformeerd dient te worden over de mogelijkheid tot ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon. De regering vindt het belangrijk dat de cliënt ook op andere momenten informatie krijgt over de mogelijkheid van advies en bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon. De regering wil ruimte geven aan de beroepsgroep om hier bij de doorontwikkeling van de functie cliëntenvertrouwenspersoon, samen met betrokken partijen, invulling aan te geven. In het project 'doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon' ontwikkelt BeVeZo als beroepsgroep voor vertrouwenspersonen in de VG- en PG-sector, samen met betrokken partijen (met financiering vanuit het Ministerie van VWS), de taakfunctieomschrijving van en de kwaliteitseisen voor de cliëntenvertrouwenspersoon zoals die ingevolge de wet wordt beoogd. Daarmee is dit bedoeld als professionele standaard voor deze functie. De suggestie van de SP-fractie om vooruitlopend op dit project de informatieplicht in de wet aan te passen, neemt de regering niet over.

De leden van de SP-fractie vragen ook aandacht voor de rol van de cliëntenvertrouwenspersoon bij ambulante cliënten, met name in de ouderenzorg. Artikel 5, derde lid, van de Wzd regelt dat de zorgaanbieder, voor zover de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarmee instemt, zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg de naam en contactgegevens van de cliënt en die van zijn vertegenwoordiger verstrekt aan de cliëntenvertrouwenspersoon. Op deze manier kan de cliëntenvertrouwenspersoon de cliënt en zijn vertegenwoordiger informeren over de mogelijkheden van advies en bijstand. Deze verplichting geldt ongeacht of er sprake is van zorg in een accommodatie of van zorg in een ambulante setting.

De leden van de SP-fractie vragen naar de mogelijkheid om bij amvb ziekten en aandoeningen aan te wijzen die voor de toepassing van de Wzd worden gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Op dit moment wordt bezien of het wenselijk is om ziekten of aandoeningen vergelijkbaar met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap onder de reikwijdte van de Wzd te brengen. Op basis van de tot nu toe in het kader hiervan gevoerde gesprekken is nog niet vast komen te staan dat uitbreiding van de doelgroep van de Wzd de aangewezen weg is om de beste rechtspositie voor hen te creëren. De komende maanden zal hier meer onderzoek naar gedaan worden.

Evenals de leden van de SP-fractie en de PvdA-fractie onderschrijft de regering het belang van de doorontwikkeling van de functie van de cliëntenvertrouwenspersoon. Wat dit echter betekent voor de organisatie van de scholing van de cliëntenvertrouwenspersoon wil de regering af laten hangen van de resultaten van enerzijds het traject voor de organisatorische en financiële inbedding van de cliëntenvertrouwenspersoon in de VG- en PG-sector, en anderzijds het hierboven aangehaalde project 'doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon'. Beide dienen als uitgangspunt voor onder meer de vormgeving van de scholing. Beide trajecten worden begin 2019 afgerond.

Juist omdat de kwaliteitseisen die in het project 'doorontwikkeling functie cliëntenvertrouwenspersoon' worden ontwikkeld, beoogd zijn om als veldnorm te gaan dienen, kiest de regering er vooralsnog niet voor om die in het Bzd op te

nemen. Bij de evaluatie per 2022 zal worden bezien of voldoende aan deze kwaliteitseisen wordt voldaan en daarmee het hanteren van een veldnorm afdoende is, of dat nadere regelgeving noodzakelijk is.

De regering dankt de leden van de **PvdA**-fractie voor hun belangstelling en beantwoordt graag enkele vragen over de uitvoering van deze amvb's.

De leden vragen naar de uitwerking van de bepaling waarin is aangegeven dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar moet zijn voor verzoeken om hulp van de betrokkene of diens naasten bij toepassing van ambulante gedwongen zorg (artikel 2.2, lid 1d Bvggz en artikel 2.2, lid 1c van het Bzd). De regering ziet in deze artikelen van de ontwerpbesluiten een belangrijke waarborg voor het verlenen van gedwongen zorg in een ambulante setting. Er wordt inderdaad bedoeld op de 24 uur per dag beschikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener voor verzoeken om hulp van de betrokkene of diens naasten. In welke disciplines de betreffende zorgverlener geacht wordt deskundig te zijn, is afhankelijk van de specifieke behoefte en situatie van de cliënt die ambulante gedwongen zorg ontvangt. De wijze waarop de aanwezigheid dan wel op afroep beschikbaarheid van deze discipline(s) wordt georganiseerd, is aan de zorgaanbieders. Zij kunnen er voor kiezen om dit individueel te regelen, of in gezamenlijkheid te organiseren. In ieder geval geldt dat als een zorgaanbieder de 24uurs-beschikbaarheid van de relevante ter zake kundige(n) niet voldoende kan waarborgen, de benodigde gedwongen zorg niet ambulante kan worden geboden, en de cliënt dus moet worden opgenomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de geregistreerde gegevens gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering binnen en tussen zorginstellingen. De bepalingen over de registratie en het aanleveren van de gegevens zoals neergelegd gegevensuitwisseling in de besluiten betreffen een uitwerking van de verplichting uit de wet om regels te stellen over wijze waarop de gegevensverwerkingen die voortvloeien uit deze wet worden ingericht. Met deze gegevens wordt de inzet van gedwongen zorg gemonitord en geanalyseerd. Ook bevat het besluit een grondslag om nadere regels te stellen over de wijze waarop gegevens aan de IGJ verstrekt worden alsmede over de inhoud en wijze van de aan de IGJ te verstrekken analyse worden nadere regels gesteld. De zorgaanbieder kan deze gegevens uiteraard ook gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hiervoor is het niet nodig om nadere regels te stellen.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten van de voorgestelde maatregelen, zowel inhoudelijk als in administratieve zin, kan de regering op dit moment geen sluitend antwoord geven. Bij de totstandkoming van de wetten en de ontwerpbesluiten is herhaaldelijk getracht inzicht te verkrijgen in de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten van de voorgestelde maatregelen. Het is echter op voorhand niet mogelijk gebleken om te bepalen hoe vaak er daadwerkelijk gedwongen zorg buiten een accommodatie zal worden toegepast, omdat zorgverleners tot eind 2019 werken met het regime van de Wet Bopz, op grond waarvan dwang enkel binnen een accommodatie is toegestaan. Cliënten die buiten een accommodatie verblijven en bij wie enkel vrijwillige zorg niet meer volstaat, worden dan ook opgenomen in instellingen met een Bopz-aanmerking. Of en hoe vaak dergelijke

opnames voorkomen of uitgesteld kunnen worden met de toepassing van de nieuwe regels onder de Wzd en Wvvgz, blijkt niet goed op voorhand te bepalen. Daarnaast zal het per cliënt verschillen of en in hoeverre er gedwongen zorg buiten een accommodatie wordt verleend, waarbij altijd wordt gezocht naar de voor de cliënt minst belastende vorm van gedwongen zorg en de belangen van de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten. De regelgeving beoogt maatwerk mogelijk te maken. Dat maakt dat de te verlenen zorg, ook in de ambulante situatie, per cliënt, behoorlijk kan verschillen. Op dit moment is daarom niet in te schatten welke gevolgen de uitbreiding van gedwongen zorg met ambulante gedwongen zorg zal hebben voor de uitvoeringslasten en uitvoeringskosten. Na de inwerkingtreding van de wet zullen deze dan ook worden gemonitord en geëvalueerd.

De regering dankt de leden van de **SGP**-fractie voor hun vragen over de ambulante onvrijwillige zorg en de cliëntvertrouwenspersoon. De leden van de SGP-fractie vragen naar casuïstiek, met name bij de meest vergaande vormen van gedwongen zorg zoals fixatie en insluiting?

Als voorbeeld van casuïstiek bij fixatie kan worden gedacht aan het kortdurend vasthouden van een cliënt bij het toedienen van medicatie of tijdens de lichamelijke verzorging.

Als voorbeeld van insluiten geldt bijvoorbeeld het op slot doen van de voordeur door de thuishulp bij het weggaan na het verlenen van de nachtzorg ter voorkoming dat de cliënt 's nachts de straat op gaat en verdwaalt. In beide voorbeelden zou, als deze zorgvormen ambulant niet zouden worden toegestaan, de cliënt zijn aangewezen op opname in een accommodatie; ook als hiernaast geen sprake is van andere vormen van gedwongen zorg.

Als er sprake is van calamiteiten bij het toepassen van vormen van gedwongen zorg, bijvoorbeeld als een cliënt tijdens het insluiten zichzelf beschadigt, is de eindverantwoordelijkheid van het toezicht bij ambulante dwang voor de Wvvgz voor de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur. Voor de Wzd ligt deze bij de zorgaanbieder en de Wzd-arts. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de toepassing van gedwongen zorg en moet een inschatting maken of het veilig en verantwoord is om dit in ambulante setting toe te passen.

De leden van de SGP-fractie vragen wanneer het beter is om de onvrijwillige zorg thuis toe te passen, en wanneer in een accommodatie. De doelstelling van de wetten is dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. De wens om maatwerk te kunnen leveren, is de belangrijkste reden dat de besluiten een brede toepassing mogelijk maken – onder strikte voorwaarden. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de individuele cliënt en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Uiteindelijk zal de vraag of het beter is om de benodigde gedwongen zorg thuis toe te passen of binnen een accommodatie, een afweging zijn die is toegespitst op onder meer de cliënt, diens aandoening, de mogelijkheden van de zorgaanbieder, de thuissituatie en de sociale context. Overigens zullen deze mensen veelal beschikken over een Wlz-indicatie. Deze indicatie kan zowel intra- als extramuraal geëffectueerd worden

De leden van de SGP-fractie vragen terecht hoe het beeld over de toepassing van de zorgvormen fixatie (subvorm van het beperken van de bewegingsvrijheid) en separatie (subvorm van insluiten) gewijzigd kan zijn gedurende de totstandkoming van de regelgeving. Het is met name in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) waar geworsteld is met de vraag of in ambulante setting fixatie en separatie mogelijk zouden moeten zijn. In een eerdere fase van het wetgevingstraject is gedacht dat deze zorgvormen buiten een accommodatie niet uitvoerbaar zouden zijn, zoals op dat moment in een conceptversie van de 'generieke module dwang en drang' stond. Deze generieke module is niet vastgesteld, omdat er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing was. In de gesprekken met het veld in de voorbereiding op dit besluit, de formele consultatieronde en de expertmeeting daarna is dit beeld bijgesteld, in die zin dat er uitzonderlijke situaties denkbaar zijn waarin het in het belang van de betrokkene kan zijn als er een specifieke vorm van gedwongen zorg ambulant toepasbaar is. Daarom is het wenselijk dat geen enkele vorm van gedwongen zorg is uitgesloten. De patiëntenvertegenwoordiging onderschrijft dit, omdat er dan meer mogelijkheden zijn om met de wensen en voorkeuren van betrokkene rekening te houden. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zal nu een handreiking maken die het veld nadere handvatten moet geven voor de uitvoering van de amvb op dit punt. Er wordt gewerkt om dit ook VG- en PG-sector te bewerkstelligen.

Het feit dat het in de amvb uitsluiten van specifieke onderdelen van een of meer zorgvormen zou betekenen dat deze in zijn geheel nimmer ambulant zou mogen worden toegepast enerzijds, en dat men anderzijds de toepassing van fixatie en insluiting in uitzonderlijke situaties niet uitgesloten wilde zien, deed de meeste partijen uiteindelijk pleiten voor het zo nodig kunnen toepassen van alle vormen van gedwongen zorg in een ambulante setting. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat zorg op maat mogelijk is en dat daarbij zoveel mogelijk kan worden aangesloten bij de voorkeuren van de cliënt. Uitgangspunt blijft echter steeds dat de keuze voor een vorm van ambulante gedwongen zorg alleen kan worden gemaakt met inachtneming van de specifieke waarborgen, zoals die in het ontwerpbesluit zijn opgenomen in aanvulling op de in de wet reeds geregelde waarborgen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het voor de toepassing van het Besluit zorg en dwang belangrijk is om duidelijk te hebben wanneer er sprake is van een accommodatie en vragen hoe daarin meer helderheid komt. Voor de meeste locaties is het duidelijk of het hier gaat om een accommodatie of om een setting 'thuis'. De vormen die hier tussen liggen, zijn niet altijd precies te omschrijven. Daarnaast wil de regering inspelen op de komst van nieuwe, innovatieve settings waarbinnen sprake kan zijn van gedwongen zorgverlening. De regering kiest er daarom voor om hier niet op voorhand op wetsniveau gedetailleerde regels over te stellen. Juist om maatwerk op dit vlak mogelijk te maken, ziet de regering er de meerwaarde van om hier in het kader van de implementatie, samen met de zorgaanbieders, praktische invulling aan te geven.

In de door de leden van de SGP-fractie geschetste situatie dat een cliënt de verlening van gedwongen zorg onmogelijk maakt, bijvoorbeeld door de deur niet te openen, zal de zorgverlener alternatieven moeten proberen, bijvoorbeeld later terugkomen. Als dit herhaaldelijk gebeurt, zal de cliënt waarschijnlijk aangewezen zijn op opname in een accommodatie. Als ook de opname moet gebeuren op basis van onvrijwilligheid, voorziet de Wzd in de procedure hiertoe. Mocht er sprake zijn van een crisissituatie, dan kan de zorgverlener de hulp van de politie inroepen.

De leden van de SGP-fractie brengen in herinnering dat de minister tijdens de behandeling in de Eerste Kamer heeft toegezegd dat hij de financiering van het cliëntenvertrouwenswerk zal overnemen van de zorgaanbieders.

De toezegging van de minister van VWS aan uw Kamer dat de cliëntenvertrouwenspersoon landelijk gefinancierd zal worden en dat uw Kamer nog geïnformeerd zal worden over de meest wenselijk organisatievorm (toezegging 31.966) wordt nadrukkelijk meegenomen in het traject waarin met de betrokken veldpartijen wordt gesproken over de organisatorische en financiële inbedding van de cliëntenvertrouwenspersoon in de VG- en PG-sector. Dit traject bevindt zich in een afrondende fase. De regering is voornemens uw Kamer uiterlijk in het voorjaar van 2019 te informeren over het uiteindelijke model voor de cliëntenvertrouwenspersoon.

Ik hoop dat hiermee de vragen van genoemde fracties van uw Kamer afdoende beantwoord zijn.

Hoogachtend,

mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
en de minister voor Rechtsbescherming,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge