

6

Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel 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) (31996).**

De algemene beraadslaging wordt hervat.



De heer **Kuzu** (PvdA):

Voorzitter. Azora, Florence, Stichting Eykenburg, Woonzorgcentra Flevoland en 80 andere instellingen in de ouderenzorg zijn gestopt met vastbinden, simpelweg omdat het kan. Daarmee verdienen zij het Waarborgzegel Fixatievrije Zorginstelling van ID waarover de heer Krol het ook had, zodat zij kunnen laten zien hoe ver ze zijn met het terugdringen van vrijheidsbeperking en gedragsbeïnvloedende medicatie. Daarvoor moeten zij natuurlijk wel het een en ander doen, zoals het opstellen van een gezamenlijke visie die door alle lagen van de organisatie wordt onderschreven en het feit dat medewerkers elkaar bevragen en feedback geven over hoe het anders kan. Namelijk dat dwang alleen wordt toegepast als allerlaatste redmiddel.

Dat is toch een iets andere houding dan die van de brancheorganisaties in de verpleging en verzorging. Zij wensen namelijk niet deel te nemen aan het Actieprogramma onvrijwillige zorg dat de staatssecretaris nog voor de zomervakantie heeft gepresenteerd. De PvdA betreurt dat ten diepste. Deze brancheorganisaties nemen dus niet deel aan het actieprogramma, terwijl de leden van deze organisaties er in de praktijk juist wel mee te maken gaan krijgen. Wij kunnen hier met zijn allen allerlei regels bedenken en daar uren over debatteren, maar uiteindelijk gaat het om wat daar gebeurt, in de zorginstelling tussen de dementerende oudere en de verpleegkundige. Wat er gebeurt in de gehandicaptenzorginstelling tussen de verstandelijk beperkte en de begeleider. Dat is van belang. Om die relatie gaat het in de zorg, vooral als het gaat om mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Kwetsbare personen waarop het wetsvoorstel waar wij vandaag over spreken betrekking heeft.

Daarom doe ik een oproep aan de staatssecretaris om een ultieme poging te wagen om deze brancheorganisaties in de ouderenzorg alsnog te betrekken bij het actieprogramma en om als dat echt een gepasseerd station is alle individuele leden van deze brancheorganisaties stuk voor stuk te benaderen en ze erbij te houden. Betrokkenheid van het veld geeft ook een signaal aan de medewerkers op de vloer. Bewustwording van het belang van de omgang met onvrijwillige zorg moet door de hele organisatie verweven zijn.

Al in 2007 zei de PvdA het stellig en ik herhaal het nog eens stellig: de Partij van de Arbeid is van mening dat onvrijwillige zorg niet mag voorkomen in de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Daarom steunen wij de gedachte achter dit wetsvoorstel. Het is goed dat er een wettelijk

kader komt dat specifiek is toegesneden op deze groep mensen. Dat maakt het voor de zorgverlener eenvoudiger om besluiten te nemen. Dat is goed voor de cliënt, die vaak in een afhankelijkheidsrelatie verkeert met zijn zorgverlener.

Voorts vindt de PvdA het goed dat het wetsvoorstel duidelijke normen stelt. Die norm luidt: nee, tenzij het echt, maar dan ook echt niet anders kan. Ten principale zijn wij tegen vrijheidsbeperking en gedragsbeïnvloedende medicatie. Wij vinden het goed dat deze vormen van zorg worden gelijkgesteld met onvrijwillige zorg, ook al worden ze vrijwillig verleend.

Ook vinden wij het een goede ontwikkeling dat met dit wetsvoorstel wordt gekeken naar alle vormen van onvrijwillige zorg. Door het stappenplan in het wetsvoorstel wordt er naar alle verleende zorg gekeken en worden zorgverleners aangespoord anders naar het werk te kijken dat zij met zoveel passie en toewijding doen. Ook bij zorg in de thuis-situatie moet men zich er bewust van zijn wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg. Wanneer er professionele hulpverleners betrokken zijn bij die zorg geldt straks deze wet. Dat is maar goed ook, want de Partij van de Arbeid maakt zich ook grote zorgen over de grote groep mensen die in hun eigen huis te maken hebben met onvrijwillige zorg. We kunnen er dus van uitgaan dat wanneer straks de overheveling naar de gemeente een feit is, deze wet onverkort geldt in de thuis-situatie. Graag krijg ik een bevestiging van de staatssecretaris.

De politieke en maatschappelijke discussie die sinds de beruchte foto van Jolanda Venema, ik meen uit 1988, op gang is gekomen, heeft een duidelijke invloed gehad op de verbetering van de kwaliteit van de gehandicaptenzorg. Maar helaas maken wij nog te vaak mee dat we collectief geschokt raken als we beelden zien van de dagelijkse praktijk van deze onvrijwillige zorgverlening. Ik heb de laatste vier inspectierapporten over vrijheidsbeperking erbij gepakt. In 2007 luidde de titel van het rapport nog: Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet. Daarin staat dat bij de bezochte locaties te veel vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Door programma's als Maatregelen op maat en Zorg voor Beter liep het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen fors terug onder de deelnemende instellingen. Actie helpt dus. Daarom is het goed dat er een actieprogramma gekoppeld is aan het wetsvoorstel.

Op 18 november 2008 werd het congres Zorg voor Vrijheid gehouden. Alle veldpartijen in de langdurige zorg, inclusief ActiZ en BTN, ondertekenden een intentieverklaring om binnen drie jaar het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen fors te verminderen. In 2010 verscheen het inspectierapport Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande. De toon is wat positiever. In 2011 verscheen het rapport Kwaliteit van zorg bij langdurige vrijheidsbeperking van mensen met een verstandelijke beperking: vooral de dialoog ontbreekt. Het ging daarbij om een aandachtspunt. In 2012 verscheen het rapport Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg; meer inzet externe deskundigen en betere focus op afbouw.

Deze opsomming laat wat mij betreft zien dat de waan van de dag soms te veel overheerst, zelfs bij de inspectie, wanneer het gaat over zorg aan deze kwetsbare groep mensen. Informatie is niet vergelijkbaar. Ik kan het de

actualiteitenrubrieken absoluut niet kwalijk nemen dat iedere casus opnieuw wordt gebruikt ter illustratie van het falen van de zorg voor deze groep mensen. Ook ouders en naasten voelen zich vaak niet gehoord en krijgen geen antwoorden wanneer heftige incidenten plaatsvinden.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik vind het nogal wat om het "de waan van de dag" te noemen op het moment dat je vastloopt in de zorg en te maken hebt met gedwongen zorg voor jezelf of voor je naaste. Het zijn niet mijn woorden. De heer Kuzu zegt dat er veel aandacht is van de inspectie, maar hoe reageert hij dan op bijvoorbeeld de inventarisatie die gisteravond werd getoond in Nieuwsuur? Er zijn het afgelopen jaar 38 inspectiebezoeken geweest bij verpleeghuizen. De helft van de bezochte verpleeghuizen past te veel en onnodig vrijheidsbeperkende maatregelen toe. Ook zijn die maatregelen veelal te zwaar. Als dat in de helft van de verpleeghuizen wordt vastgesteld, vindt de heer Kuzu dan dat dit de waan van de dag is?

De heer Kuzu (PvdA):

Mijn opmerkingen moeten niet geplaatst worden in een verkeerde context. Ik had het voornamelijk over de titels van de inspectierapporten. Ik ben het hartstikke eens met mevrouw Leijten dat we op dit moment in de zorg te veel te maken hebben met vrijheidsbeperking, dat er te veel onnodig wordt gesepareerd en dat er onnodig wordt gefixeerd. Ik refereer hierbij aan de bedoeling van het wetsvoorstel en wat mij betreft ook van het actieprogramma. Daarom moeten we ook duidelijke stappen zetten en zeggen: nee, tenzij het echt niet anders kan. Dat is het principe dat vooropstaat in deze wet.

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij is het principe "nee, tenzij" in de wet gekomen door de Kamerbrede opstelling van anderhalf jaar geleden. We misten dit in de wet en vonden dat dit er wel in moest voordat we überhaupt verder konden met de wetsbehandeling. Ik viel echter een beetje over de woorden "de waan van de dag". Ik denk echt dat we daarmee de situatie die kan knellen voor individuen maar ook voor medewerkers tekortdoen. Op het moment dat onze inspectie in de helft van haar bezoeken nog constateert dat verpleeghuizen onnodig en te lang vrijheidsbeperkende maatregelen treffen en dat die maatregelen te zwaar zijn, dan is er sprake van een serieuze kwestie.

De heer Kuzu (PvdA):

Nogmaals, ik ben het met die analyse van mevrouw Leijten eens. Enerzijds heb ik de zinsnede "de waan van de dag" met name gebruikt voor de titels van de inspectierapporten. Anderzijds is de informatie die we nu hebben over onvrijwillige zorg onvoldoende vergelijkbaar. Daar heeft mevrouw Bergkamp ook opmerkingen over gemaakt. We kunnen niet volgen of er minder vrijheidsbeperkingen of minder onvrijwillige zorg worden toegepast. Daar ga ik straks verder op in.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Dan ben ik toch in verwarring over de vraag wat dan het doel was van die enorme lijst rapporten die de heer Kuzu zojuist opsomde. Hij sprak ook tussenzinnen uit als "het

gaat dus beter" en "alleen de toon is al wat positiever"; dat soort frases gebruikte hij. Daarmee heeft hij op zijn minst de indruk gewekt dat hij het idee heeft dat het allemaal beter gaat en dat de verhalen die wij horen, incidenten betreffen. De cijfers van Nieuwsuur laten echter zien dat dit niet het geval is.

De heer Kuzu (PvdA):

Nogmaals, ik heb een opsomming gegeven van de vier inspectierapporten over het onderwerp vrijheidsbeperking en ik constateer, als ik die rapporten lees, dat een en ander heel wisselvallig is. Men zegt bijvoorbeeld dat het in 2007 heel slecht ging. In 2008 is de toon van het inspectierapport iets positiever, maar in 2012 zie je dat die toon weer slechter wordt. Daarom vraag ik: moeten wij niet zorgen voor een landelijk registratiesysteem, waarbij de toepassing van onvrijwillige zorg over de jaren heen onderling vergelijkbaar wordt? Dan kunt u, maar ook de rest van de Kamer, controleren of wij echt stappen zetten op weg naar verbetering als het gaat om het toepassen van onvrijwillige zorg. Gegevens tussen instellingen worden dan ook vergelijkbaar, zodat de instellingen van elkaar kunnen leren. Daar gaat het wat mij betreft om.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Dan constateer ik dat de heer Kuzu met de rij rapporten die hij opnoemde en met zijn opmerking over de incidenten niet de indruk heeft willen wekken dat het allemaal wel meevalt. Dan zitten wij volgens mij allemaal weer op één lijn.

De heer Kuzu (PvdA):

Ik kan mevrouw Voortman op dat punt geruststellen. Ik denk dat het goed is dat de Handelingen op dit onderwerp worden teruggelezen en dat die zinsnede in de context wordt geplaatst.

De casus van NOVO laat zien wat de extreem ernstige gevolgen kunnen zijn wanneer er onverantwoord wordt omgegaan met afzonderen en fixeren. Er valt nog steeds een grote verbeteringslag te maken in de sector op het gebied van gedwongen zorg en op het gebied van de transparantie en de communicatie met naasten die hierbij nodig is. Iedere individuele zorgverlener zal zich daarvan bewust moeten zijn. Vaak zit er onder een heftig incident een laag van dingen die ook niet goed gaan in de zorg aan deze kwetsbare personen. Hierin moeten en kunnen nog veel verbeteringen worden doorgevoerd. Dit wetsvoorstel zal daaraan wat de PvdA betreft gaan bijdragen. Het wetsvoorstel zal nooit alle incidenten kunnen voorkomen, helaas. Daarover ging een interruptiedebat tussen mevrouw Leijten en de heer Van 't Wout. Wel hopen wij, net als de staatssecretaris, dat dit wetsvoorstel, samen met het actieprogramma, weer een verbeteringslag en een stap in de richting van een cultuuromslag betekent en de positie van de cliënt versterkt en verbetert.

Wij hebben nog enkele vragen aan de staatssecretaris over het actieprogramma. Welke concrete acties worden ondernomen om onvrijwillige zorg en alle aspecten die hiermee samenhangen, te laten doordringen in opleidingen? Scholing, herscholing en omscholing van personeel zijn daarbij belangrijk. Zijn hieraan doelstellingen gekoppeld? Welke

concrete acties gaan ondernomen worden om organisaties doordrongen te laten zijn van alle aspecten van onvrijwillige zorg? Hoe leggen zij verantwoording af over omgang met onvrijwillige zorg? Wat ons betreft is de vrijblijvendheid echt voorbij. Organisaties moeten hun verantwoordelijkheid gaan nemen. Welke doelstellingen behelst het actieplan en op welke resultaten kunnen wij gaan afrekenen? Voor de PvdA is het namelijk duidelijk dat er pas een cultuuromslag kan plaatsvinden en dat de relatie tussen cliënt en zorgverlener pas verbetert wanneer verantwoorde omgang met drang en dwang en met onvrijwillige zorg volledig in organisaties en opleidingen is doorgedrongen.

Met het opstellen van dit aparte wetsvoorstel voor de verstandelijke gehandicaptenzorg en de psychogeriatric worden de verschillen tussen de sectoren in de langdurige zorg eer aangedaan. De vg en de pg zijn wezenlijk anders dan de ggz. De positie van de cliënt moet echter voldoende geborgd zijn in alle sectoren. Kan de staatssecretaris de verschillen in rechtspositie van de cliënt in de verschillende wetten verduidelijken? Waar zitten die verschillen?. Graag krijg ik een toelichting van de staatssecretaris, specifiek op het gebied van de wijze van opname.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Vindt de Partij van de Arbeid dat er een verschil in rechtspositie mag zijn tussen cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg en cliënten uit de gehandicapten- en ouderen-zorg?

De heer Kuzu (PvdA):

De rechtspositie is inderdaad een belangrijk onderwerp. Daarom zijn wij ook heel erg blij, net zoals mevrouw Voortman, denk ik, dat het wetsvoorstel nu voorziet in een cliëntvertrouwenspersoon. Ik wacht op dit onderwerp de gedegen analyse van de staatssecretaris af over waar de verschillen nu precies zitten. Daarna ga ik antwoord geven op de vraag van mevrouw Voortman. In beginsel zou ik zeggen dat er geen verschillen in rechtspositie mogen zijn, maar ik kan mij ook voorstellen dat psychiatrische cliënten een net iets andere benadering nodig hebben dan mensen met een verstandelijke beperking.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Kan de Partij van de Arbeid zich dan voorstellen dat de ene groep cliënten een net iets andere rechtspositie en minder rechten zou mogen hebben dan de andere groep cliënten? Begrijp ik dat goed?

De heer Kuzu (PvdA):

Nee, dat begrijpt u niet goed. Dat is niet het geval.

De voorzitter:

De heer Kuzu heeft gezegd dat hij verderop in zijn betoog terug zal komen op dit specifieke onderwerp. Misschien kan mevrouw Voortman daar even op wachten. Dat zei u toch, mijnheer Kuzu?

De heer Kuzu (PvdA):

Dat betrof een ander onderwerp, maar om nogmaals een helder en klip-en-klaar antwoord te geven op de vraag van mevrouw Voortman: nee, verschil in rechtspositie mag er niet zijn, vooral niet waar het gaat om kwetsbare mensen. In het algemeen is het echter wel zo — daar begon ik deze alinea ook mee — dat pg-cliënten een net iets andere benadering nodig kunnen hebben dan mensen met een psychiatrische aandoening, maar dan heb ik het niet over de rechtspositie.

Het actieprogramma kaart ook de problematiek aan rondom plaatsing en goede behandeling van ernstig complex gehandicapte kinderen en jongeren, en neemt de aanbevelingen van de denktank complexe zorg over. Ook bij de zorg voor deze kinderen en jongeren kan en moet een verbeteringslag gemaakt worden. De Kamer vraagt al sinds 2007 aandacht voor de problemen van kinderen die de afgelopen jaren in de actualiteitenrubrieken voorbij zijn gekomen. We vragen aandacht niet alleen voor het onmenselijke en inhumane wat zij moeten ondergaan, maar ook voor hun ouders, die letterlijk hun leven opofferen omdat zij niet accepteren dat hun kind wordt vastgebonden of opgesloten, en omdat zij er geen vertrouwen in hebben dat er voldoende goede zorg is voor deze jongeren. Er worden samen met de betrokken partijen — CCE, zorgverzekeraars en de inspectie — regionale bijeenkomsten georganiseerd specifiek over de plaatsingsproblematiek van cliënten met een ernstige complexe verstandelijke beperking met gedragsproblematiek. Wat zijn concreet de doelen die hierbij gesteld worden door de staatssecretaris, behalve het organiseren van deze bijeenkomsten? Waar wordt door betrokken partijen naar gestreefd? Wordt er proactief gezocht naar vastgelopen situaties, ook thuis? De PvdA wil een klip-en-klare toezegging dat de staatssecretaris alles op alles gaat zetten om ervoor te zorgen dat er voor kinderen voor wie een oplossing al maanden en soms al jaren uitblijft, een plek komt in een instelling die aansluit bij de wensen en behoeften van de ouders en van de kinderen? Ik vraag dat ook voor kinderen in een thuissituatie, zodat ook deze kinderen de juiste zorg kunnen ontvangen.

Het wetsvoorstel verplicht de zorginstellingen om alle vormen van onvrijwillige zorg te registreren op een zodanige wijze dat de inspectie per cliënt, locatie en instelling inzicht krijgt in de aard en omvang van de onvrijwillige zorgverlening. In de beantwoording van de schriftelijke vragen van mevrouw Bergkamp geeft de staatssecretaris aan, na de parlementaire behandeling met de brancheorganisaties in gesprek te gaan over een programma van eisen. Nu weet ik toevallig uit een vorig leven dat daar op het departement weinig animo voor was, terwijl het wel van cruciaal belang is voor de inspectie om voor haar toezichthoudende taak te weten welke instellingen en locaties achterblijven. Daarvoor is het nodig om informatie vergelijkbaar te maken. Verwacht de staatssecretaris dan dat ActiZ en BTN zullen meewerken aan het programma van eisen? Kan de staatssecretaris toezeggen dat hij hier echt werk van gaat maken en dat hij met name in de beginperiode ervoor gaat zorgen dat die vergelijkbare informatie er daadwerkelijk komt? Alleen zo kunnen wij vanuit onze controlerende rol als Kamer volgen of er daadwerkelijk verbetering wordt bereikt in dit thema.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank aan mijn collega dat hij inzage vraagt in het ministerie. Dat brengt mij wel bij een vraag. Hij vraagt aan de staatssecretaris of het mogelijk is om die registratie te krijgen. Is het nu echter niet belangrijker — zeker gezien het feit dat er weinig animo is voor zo'n registratie — om die landelijke registratie met elkaar te regelen?

De heer **Kuzu** (PvdA):

Daarover gaat mijn pleidooi. Ik zei: er wás weinig animo. Daarom was ik heel blij toen ik in de beantwoording van de schriftelijke vragen las dat een programma van eisen zal worden opgesteld.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik kan mij niet voorstellen dat iemand blij is met het feit dat er een programma van eisen is. Ik kijk naar de urgentie. Wij zijn nu tien jaar bezig met deze wet. Ik kijk naar de ggz. Daar is al een werkend systeem. Als ik dat zie, zou mijn ambitie toch verder gaan dat die van mijn collega van de PvdA, die wil dat er een programma van eisen is. Zegt de PvdA: wij gaan er nu werk van maken, wij steunen het amendement van D66 en wij willen de landelijke registratie nu regelen? Ik hoor graag een ja of een nee.

De heer **Kuzu** (PvdA):

Het opzetten van een registratiesysteem begint met een programma van eisen. Het doel van zo'n programma is, te komen tot een landelijk registratiesysteem. Maar wat gaat dit allemaal betekenen? Daarin zou ik ook inzage willen hebben. Ik spreek hier de vurige wens uit om informatie vergelijkbaar te maken en dat er zo'n landelijk registratiesysteem moet komen. In die zin kan ik de vraag van mevrouw Bergkamp met een ja beantwoorden.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik hoor het laatste antwoord dat de heer Kuzu gaf. Dat is "ja". De PvdA wil dus ook dat er snel een landelijk registratiesysteem komt.

De heer **Kuzu** (PvdA):

Snelheid is inderdaad belangrijk, maar zorgvuldigheid is in dit kader ook belangrijk.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog, mijnheer Kuzu.

De heer **Kuzu** (PvdA):

In het kader van de Wet BOPZ zijn zorginstellingen verplicht om informatie over onvrijwillige zorg te rapporteren aan de inspectie. In de nieuwe Wet zorg en dwang wordt een regeling voor registratie van alle onvrijwillige zorg opgenomen. Die registratie gebeurt eenmaal per zes maanden. Hoe gaat de inspectie daarmee vervolgens om? Wanneer leidt deze registratie tot extra bezoeken, al dan niet onaangekondigd? Hoe wordt proactief toezicht gehouden door de inspectie? Leidt de registratie tot eenduidige informatie over dwang? Komen zware dwangmaatregelen en vastgelopen situaties in dit systeem nog bovendien tussen alle

maatregelen rond onvrijwillige zorg? Hoe borgt de inspectie vervolgens de kwaliteit van het personeel op afdelingen als het gaat om bevoegdheid en bekwaamheid bij het uitvoeren van risicovolle handelingen in het kader van onvrijwillige zorg waarop toezicht wordt gehouden? Hoe wordt deze taak van de inspectie meegenomen in de nieuwe organisatie van de inspectie? Ik hoor graag een reactie van de staatssecretaris.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Bij de vorige behandeling was de woordvoerder van de Partij van de Arbeid eigenlijk nog heel duidelijk. Hij zei toen: er moet een verplichte melding komen bij het inzetten van dwangmaatregelen. De inspectie moet zo'n inzet dus actief gemeld krijgen. Als het goed is, kan zij daarna zelf goed een antwoord geven op de vraag in welke situatie men in de auto moet stappen om direct te gaan kijken, en in welke situatie men de zaken meeneemt als de inspectie binnenkort de instelling bezoekt. Nu duurt het zes weken tot drie maanden voordat het mogelijk is dat een instelling in beeld komt, als zo'n instelling al in beeld komt. Dan gaat het namelijk eigenlijk om ernstige situaties van vrijheidsbereping. Vindt de Partij van de Arbeid dat dit op deze manier nu voldoende is geregeld in de wet?

De heer **Kuzu** (PvdA):

Mevrouw Leijten heeft daarover in januari 2012 ook een amendement ingediend. Daarbij heb ik het niet over het amendement van de PVV over het melden van alle incidenten. Wij vinden inderdaad de termijnen van zes weken tot drie maanden lang. Daarom komen wij nu ook met een amendement. Daarbij zal ik straks stilstaan, in de loop van de middag. Er staat nu in de wet dat, als er sprake is van onvrijwillige zorg die niet wordt verleend met instemming van de cliënt of van de wettelijke vertegenwoordiger, er direct extra deskundigheid kan worden ingewonnen. Wij willen dat die mogelijkheid nadrukkelijk aan de cliënt kenbaar wordt gemaakt. Daarop zal ik straks nog ingaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Bij de vorige behandeling van dit wetsvoorstel zijn er allerlei voorstellen ingediend door gebrek aan voorwaarden waarop dwang, onvrijwillige zorg en de vrijheid beperkende maatregelen worden getoetst. De SP heeft daarbij toen ook een voorstel ingediend. Bijvoorbeeld externe deskundigen mee laten kijken, is echter iets anders dan het melden bij de inspectie. De inspectie houdt toezicht namens u en mij. Als zij er niet van weet, kan zij niet inspecteren. Bij de vorige behandeling was een belangrijk onderwerp dat de collega van de heer Kuzu inbracht, dat de verplichte melding er hoe dan ook moet zijn. Vindt de heer Kuzu dat nu voldoende geregeld? Het enige argument dat ik heb kunnen lezen in de beantwoording is dat het amendement dat de PVV heeft ingediend tot te veel administratieve lasten zou leiden. Ik heb daar geen analyse van gezien. Als dat zo zou zijn, zou dat nu ook al het geval moeten zijn. Nu moet je onvrijwillige zorg immers ook melden. Ik zou denken: dat houdt je nu overeind in het kader van een goed functioneren van de inspectie in al die situaties waarin mensen te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

De heer **Kuzu** (PvdA):

Als de SP wil weten of de PvdA voorstander is van het verplicht bij de inspectie melden van alle onvrijwillige zorg, dan is het antwoord: nee, dat gaat inderdaad een stap te ver. In de vierde en vijfde nota van wijziging zijn nieuwe waarborgen ingebouwd op basis waarvan wij kunnen zeggen: dit is wat ons betreft goed geregeld. Daar komt nog een amendement van de PvdA bovenop.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik wil erop wijzen dat dit een verschil in rechtspositie is. Als je in de psychiatrie een dwangmaatregel krijgt opgelegd, geldt wel een verplichte melding bij de inspectie, maar in dit geval niet. Dat strookt niet met wat de heer Kuzu net zei tegen mevrouw Voortman, namelijk dat hij vindt dat een verschil in rechtspositie in principe niet mag voorkomen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb een vraag over het voorstel van de heer Kuzu met betrekking tot de deskundige. Mevrouw Dijkstra heeft hierover eerder een amendement ingediend om te komen tot een onafhankelijke deskundige. Wij hebben dat amendement ingetrokken. Je stapelt de organisatie zo namelijk op met wel heel veel eisen. Is het niet voldoende om gewoon de eis te stellen dat er een deskundige is en het vervolgens aan die zorgprofessional of organisatie zelf te laten hoe die dat vervolgens doet?

De heer **Kuzu** (PvdA):

Het amendement van de PvdA heeft men kunnen lezen en bestuderen. Wij hebben het iets gewijzigd. Ons gaat het met name om het stukje onafhankelijkheid van die deskundige. In het amendement betrekken wij die deskundigheid dan ook op artikel 8b. Het gaat ons er met name om dat bestuurder A van zorginstelling X geen externe deskundigheid kan inwinnen bij een bevriende persoon bij een andere organisatie die die deskundigheid niet heeft. Een situatie waarin het dossier slechts compleet wordt gemaakt om onvrijwillige zorg te kunnen verlenen mag zich dus niet voordoen. Daarover gaat het amendement. De gewijzigde versie krijgt men in de loop van de middag. Ik zal er straks nader op ingaan.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

De heer Kuzu geeft aan dat je verschillende vormen van onvrijwillige zorg hebt, lichte vormen en zwaardere vormen, en dat je een escalatie toepast. Denkt hij dat het voor een zorgprofessional of organisatie echt mogelijk is om in het kader van die escalatiestap zo veel tijd en energie te stoppen in het beantwoorden van de vraag wie die deskundige moet zijn? Kan de PvdA dat niet overlaten aan de zorginstelling zelf in plaats van dat weer helemaal te reguleren?

De heer **Kuzu** (PvdA):

Dat probeerde ik net aan te geven in mijn antwoord. Het is niet de bedoeling dat wij in de Kamer gaan bespreken wie die deskundige moet zijn en welke opleiding hij moet hebben. Het gaat erom dat wij mogelijke mazen in de wet voorkomen door die onafhankelijkheid en deskundigheid te borgen. Ik kom er straks echt op terug, maakt u zich geen zorgen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Kuzu** (PvdA):

Dit wetsvoorstel kent een lange parlementaire behandeling. Het is immers ingediend in 2009. Het ziet ernaar uit dat wij de behandeling in de Tweede Kamer snel zullen afronden. De zes nota's van wijziging, met name de vierde en de vijfde, betekenen een verbetering van het wetsvoorstel. Het amendement dat mijn collega Wolbert samen met de collega's van D66 en ChristenUnie over de evaluatie heeft ingediend, is nu opgenomen in de wet. Het amendement dat collega Leijten samen met de woordvoerder van de PvdA in 2012 heeft ingediend over de cliëntvertrouwenspersoon, is ook opgenomen in het wetsvoorstel. De PvdA wil net als de SP, de ChristenUnie en D66 de onafhankelijkheid van deze positie waarborgen. Het is van groot belang voor de rol van de cliëntvertrouwenspersoon dat deze niet in dienst is van de zorgaanbieder waarvan de cliënt de zorg ontvangt. De belangen van de cliënt moeten de enige zijn die meespelen. 90% van de huidige cliëntvertrouwenspersonen die nu in dienst zijn bij zorgaanbieders in de verstandelijk gehandicaptenzorg geeft aan dat een cliëntvertrouwenspersoon onafhankelijk zou moeten zijn van de zorgaanbieders.

De PvdA is tevreden over de aanpassingen in het wetsvoorstel die betrekking hebben op het stappenplan om constant onvrijwillige zorg te evalueren en alternatieven te overwegen. Ook de inzet van externe deskundigen met een frisse blik, waarvoor wij tijdens de eerdere behandeling van dit wetsvoorstel hebben gepleit, de twee weken, is meegenomen in de wijzigingen van het wetsvoorstel. Wanneer er onenigheid bestaat tussen de cliënt of de vertegenwoordiger van de cliënt en de zorgaanbieder over het toepassen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, pleiten wij ervoor dat direct een externe deskundige kan worden ingeschakeld die bij overleg wordt betrokken. Wij willen in de beginperiode waarin deze wet moet landen zeker weten dat helder wordt gemaakt wat de rechten zijn van cliënten op het gebied van onvrijwillige zorg. Wij willen ook dat er een mogelijkheid bestaat dat wanneer er onenigheid bestaat tussen cliënten over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, een externe deskundige ingeschakeld kan worden. Hierover zullen wij een amendement indienen, die later in de middag in uw mailbox zal vallen. Zorgaanbieders moeten direct bij het intreden van de wet naar de cliënt communiceren wat hun rechten zijn indien zij het niet eens zijn met de inzet van onvrijwillige zorg. Dit brengt mij bij een definitiekwestie over deskundigheid.

De deskundigheid waarover wordt gesproken in artikel 8b bij de evaluatie en de herevaluatie van onvrijwillige zorg, die niet lijkt te kunnen worden afgebouwd in die drietrapsraket, laat wat ons betreft nog een open einde zien. Op welke wijze wordt gezorgd voor voldoende borging van deskundigheid en een echt onafhankelijke en deskundige evaluatie van een vastgelopen situatie?

Hoe verhoudt het hoofdstuk over klachten in dit wetsvoorstel zich tot de hele Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg? Ontstaat er voldoende uniformiteit in het veld op het gebied van klachtenafhandeling? Graag een toelichting hierop van de staatssecretaris.

Ik stond er aan het begin van mijn betoog al bij stil en kan het niet genoeg benadrukken: alles gebeurt uiteindelijk in het veld. De gewenste cultuurverandering kunnen we hier inkaderen, normeren en aanjagen, maar de uitvoering zit toch echt in het veld. Daarom is het goed dat er naast deze wet dat Actieprogramma onvrijwillige zorg komt waarmee die cultuuromslag verder kan worden versneld. Uiteindelijk zal het veld zelf moeten inzien dat er alternatieven zijn voor onvrijwillige zorg en dwangmaatregelen. Het veld zal moeten beoordelen of ze wel of voldoende gebruikt worden. Er moeten meer instellingen zijn die juist die moeilijke gevallen kunnen opvangen en begeleiden, zodat niet uit puur onvermogen naar dwang wordt gegrepen. Ouders en naasten moeten vertrouwen kunnen hebben in zorgaanbieders. Ze moeten vrouwen kunnen hebben dat hun kind, broer of zus goede zorg krijgt en een volwaardig leven leidt waarin voldoende eigen regie bestaat. Er moet meer gebruik worden gemaakt van de kennis die er is over alternatieve zorg, zowel tussen instellingen als binnen instellingen. Daarbij is het niet de bedoeling om de cliënt die meer nodig heeft dan standaardzorg maar weer te verplaatsen. De kennis hoe het beter kan, moet bij de cliënt ook echt landen. Er wordt elke dag door mensen in de zorg keihard gewerkt om goede zorg te verlenen aan deze kwetsbare groep mensen. Dat is vaak zwaar werk. De PvdA heeft daarvoor grote waardering. Vaak is er enorm veel kennis bij mensen in het primaire proces binnen deze sector over het omgaan met deze mensen met vaak een complexe zorgvraag. De focus moet liggen op uitwisseling van die kennis, op transparantie en openheid. Alleen dan verbeteren wij echt de zorg aan deze mensen.



Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter. De amendementen-Dille op stuk nrs. 12 en 14 kunnen worden ingetrokken, want deze zijn overgenomen. Het amendement-Dille op stuk nr. 19 zou ook overgenomen zijn, maar dat is niet naar onze smaak gebeurd. Daarom brengen we het toch in stemming. Het amendement-Dille op stuk nr. 11 blijft ook gewoon staan.

Over de wens van een wet als deze wordt in dit huis al zo'n twaalf jaar gesproken. Sinds vier jaar spreken we over de komst van de Wet zorg en dwang. Je kunt er kritisch over zijn dat het zo lang duurt. Immers, de bedoeling van een wet als deze — duidelijkheid — is al vele jaren gewenst. Echter, de wet herbergt vele dilemma's, dilemma's die weer leiden tot nieuwe dilemma's en gewenste antwoorden die zich moeilijk laten vinden. De wet is goedbedoeld, maar ingewikkeld. Hij is niet technisch ingewikkeld, maar ingewikkeld vanwege zijn weerslag op de praktijk. Mevrouw wil niet douchen, maar vervuult. Mijnheer is onrustig en slaat om zich heen. Mevrouw valt uit bed en bezeert zich. Mijnheer wil weg, maar verdwaalt. Deze dilemma's spelen elke dag een grote rol op de werkvloer. Ik spreek mijn grote waardering uit voor de mensen die dag in dag uit deze dilemma's afwegen om tot een zo goed mogelijk oordeel te komen. Het zal niet makkelijk zijn. Dilemma's kunnen worstelingen worden en tot twijfel leiden. Mag mijnheer geen cola meer als hij suikerziekte heeft? Gaat de deur op slot als er 's nachts tot uitputting aan toe gedwaald wordt?

Dwangmedicatie is een heel akelig begrip. "Nee!" roept dan elke vezel in mijn lijf. Een mens moet dwangmedicatie kunnen weigeren. Daar ga je zelf over. Maar wat als een dementerende mijnheer zo onrustig is dat hij om zich heen

slaat en medebewoners de dupe zijn? Mag het dan wel? Ja, maar wat is ernstig? Kun je iemand dwangmedicatie geven om één tik, een tik die ook regelmatig op het schoolplein voorkomt? Nee. Maar als die tik een beuk is? Ja. Wat als er te weinig personeel is dat onvoldoende geschoold is om met zo'n mijnheer om te gaan? Is dwangmedicatie dan te rechtvaardigen? Nee. Maar moeten anderen dan de dupe zijn zolang er te weinig medewerkers zijn? Nee. Wat doe je als een dementerende mevrouw uit verdriet om haar overleden man haar hand stukslaat tegen de muur? Dwangmedicatie? Nee toch? Beschermende handschoenen aan dan maar? Dat lijkt mij ook niet. Een luisterend oor. Ja, dat zou een oplossing kunnen zijn. Hoe zit het met die man die een psychose heeft, dwangmedicatie krijgt, geen vlieg kwaad doet, behandeld wordt en als hij opknapt, zegt dat hij dat nooit meer wil en dat hij de volgende keer opgesloten wil worden? Moet je daaraan gehoor geven? Ja. Maar dan heb je weer een zwaar epileptische jongen die geen medicijnen meer wil omdat hij daarvan erg ziek wordt. Alleen, als hij ze niet krijgt, is hij morgen dood. Toch geven dan? Ja. Want dat verwachten wij van goede zorg. Zo zie je maar dat er geen eenduidig antwoord bestaat, maar dat het gaat om dilemma's.

Hoe zit het met voeding, met dat glas cola bijvoorbeeld? Iemand die suikerziekte heeft en niet dement of verstandelijk beperkt is, mag zichzelf kapotdrinken met drie liter cola per dag, maar als je in een tehuis woont, mag dat beperkt worden. Mijn eerste gedachte is dan ook dat iemand dat helemaal zelf moet kunnen bepalen. Maar wat als het misgaat en zo'n persoon met een hypo tegen de vloer gaat? Dan spreken we over goede zorg en verwachten we betrokkenheid bij het welzijn van mensen die het zelf allemaal niet meer zo goed kunnen bepalen. Iemand met het angelmansyndroom eet zich letterlijk dood. Moet hij dan beperkt worden in het eten en waar ligt dan de grens? Ook hier het gaat om de professionele afweging tussen vrijheid en goede zorg. Weer meer dilemma's.

Zweedse banden, beddekken, rolstoelbladen, zitbroeken. Allemaal niet doen, is mijn eerste reactie. Maar als een demente vrouw iedere keer weer vergeet dat zij niet meer kan lopen, opstaat, uit de rolstoel valt en er bont en blauw van wordt, dan toch maar een rolstoelblad?

Of een jonge meervoudig gehandicapte die zijn zitbroek in de rolstoel heel erg vervelend vindt. Hij wil er vanaf, maar zonder die broek hangt hij scheef in zijn rolstoel, groeit zijn rug scheef en krijgt hij veel pijn. Moeten wij dat gewoon maar laten gebeuren. Nee. Ook daar speelt weer de afweging van goede zorg.

En die Zweedse band dan? Ik heb in dit huis eens gesproken over een marteldood. Een mijnheer was in zijn Zweedse band overleden door urineretentie. Dat was een horrorverhaal. Maar er zijn ook voorbeelden dat die akelige band wel de benodigde goede zorg biedt, want wie laat nu iedere dag een broze hoogbejaarde uit bed vallen met alle fysieke gevolgen van dien?

Hebt u gisteravond Nieuwsuur gezien? Ik vond dat er wat al te gemakkelijk werd gesproken over een vrouw die eenmaal per week door vier mensen in de houdgreep wordt genomen en wordt platgespoten om onder de douche te kunnen worden gezet. Iedere week! Dat kan toch niet. Kom op, zeg.

Weer een ander dilemma, namelijk dat van wilsbekwaam en wilsonbekwaam. Wanneer kan iemand wel of niet zijn eigen keuzes maken? Als iemand niet kan communiceren, is het vreselijk lastig om erachter te komen wat hij wil, maar wat als iemand klip-en-klaar kan aangeven dat hij pinda-kaas op zijn brood wil terwijl hij een notenallergie heeft? Is diegene dan wilsbekwaam of niet? Deze nieuwe wet spreekt daarom van wilsonbekwaam ter zake. Iets minder vaag, maar nog steeds een heel groot grijs gebied.

Waar begint wilsonbekwaamheid en waar eindigt het? Begint het bij één glas cola of bij twee als iemand suikerziekte heeft? Bij één suikerklontje in de koffie of bij twee?

Er zijn gradaties. Het gaat hier om 264.030 mensen, individuen, met een verschillende en veranderende wilsonbekwaamheid van zeer ferm tot helemaal niets.

Voorzitter. Nog een dilemma, dat van het onderscheid tussen zware en lichte maatregelen. De een zal moeiteloos akkoord gaan met een Zweedse band, de ander gaat door het lint als hij niet naar buiten mag. Wat voor de een onverkompelijk is, daarmee kan de ander leven. Ik denk dat het een goede afweging is dat in deze wet geen onderscheid wordt gemaakt, maar aan de andere kant is het de vraag of alles moet worden geadministreerd. Dat willen wij toch ook niet?

Nog weer een dilemma: dwangzorg niet thuis. Heel logisch. Maar de jongen dan die 's nachts dwaalt? Moet hij worden opgenomen omdat thuis de deur niet meer op slot mag? Aan de andere kant het bizarre beeld van iets wat niemand zou willen. Een demente bejaarde dame, de verzorgingshuizen sluiten, zij moet ineens thuis gaan wonen. Zij zit in een rolstoel, krijgt dan dat tafeltje voor zich en de thuishulp gaat weg. Iedereen begrijpt dat dat natuurlijk niet kan. Ik kijk naar de staatssecretaris. Wil hij nog eens nadenken over de gevolgen van het sluiten van de verzorgingstehuizen en over de vraag hoe gemakkelijk iedereen maar naar huis zou kunnen in zijn ogen?

En dan is er het dilemma van het personeel. Een fnuikend onderliggend probleem in de zorg dat bij ieder probleem en ieder dilemma de kop opsteekt. Te weinig mensen en onvoldoende scholing. Wat nu als een dame gebrekkig is, maar continent in het verpleeghuis komt, tien keer per dag moet plassen en er onvoldoende medewerkers zijn om haar naar het toilet te brengen? Een inco omdoen is dan ook dwangzorg.

En wat als niemand zich afvraagt of die jonggehandicapte na twintig jaar niet meer van zijn rolstoelblad af kan en het wordt toch geprobeerd en het kan wel? Wat nou als er nooit andere dingen worden geprobeerd, waardoor bij iemand met een verstandelijke beperking de deur 's nachts altijd op slot zit? Wat als niemand ooit probeert of dat misschien niet meer nodig is? Als niemand aan de bel had getrokken voor de jongen die vastgebonden zat, zat hij dan nog steeds vastgebonden in de isoleercel in plaats van dat hij met zijn moeder op het strand liep? Gaat het eigenlijk niet gewoon om goed opgeleid en voldoende personeel, personeel dat je niet van de werkvloer achter de computer moet jagen? Zou dat niet doodzonde zijn? Wat als het personeel in Onnen goed opgeleid was geweest? Was die mevrouw dan misschien niet doodgedrukt?

Het begrip "goede zorg" zal altijd de grondslag moeten zijn bij vrijheidsbeperkende maatregelen. Het lijkt een vaag begrip, maar het is veel krachtiger dan de vage begrippen in de wetteksten zoals: voldoende mogelijkheden, ernstig nadeel, uiterste middelen en geschikte onvrijwillige zorg. Het is van belang om af te wegen in welke mate onvoldoende medewerkers en onvoldoende scholing de aanleiding zijn tot vrijheidsbeperkende maatregelen. Dat is waar het eigenlijk om gaat: goede zorg, professionele medewerkers en voldoende medewerkers. Daar schort het nog wel eens aan.

Drie dagen na de Catshuisbreuk schrapten de fracties van VVD, CDA, GroenLinks, D66 en de ChristenUnie met hun Kunduzakkoord de Agemagelden voor extra personeel en scholing in de ggz en gehandicaptenzorg. Een misser van jewelste in de euforie van de macht. Niemand, behalve ten dele de fractie van GroenLinks, draaide die bezuinigingen terug.

Dit land staat aan de morele afgrond als pillen het personeel vervangen en wij dat met dit wetsvoorstel moeten faciliteren. Goed en bekwaam personeel zoekt een oplossing. De oplossing is niet dat een mevrouw wekelijks een spuit krijgt om onder de douche te gaan. Goed en bekwaam personeel zoekt naar iets lichters, iets beters, zoals een waskom. Goed personeel zoekt contact en experimenteert met het slot op de deur, met het bedhek, en start uit zichzelf met de afbouw van medicatie. Goed personeel zoekt en zoekt totdat de lichtste vorm wordt gevonden. Zoekt en zoekt, totdat het zonder kan. Zoekt, totdat de maximale vrijheid wordt geboden. We moeten er niet de ogen voor sluiten dat we hier vandaag mede staan omdat dat niet of onvoldoende gebeurt.

Dan kom ik op nog een dilemma: de administratieve lasten, die eerder al even langskwamen. De afgesproken termijnen in het wetsvoorstel zijn een eenheidsworst waarin de dagelijkse dilemma's van de 264.030 mensen die hiermee te maken krijgen, niet te persen zijn. Het zijn 264.030 verschillende individuen die niet in een eenheid te persen zijn. Je kunt middels papieren zekerheid willen optuigen, maar als het nergens toe leidt of als het er alleen maar slechter van wordt, is het zinloos. "Het mag niet meer, tenzij je er heel goed over hebt nagedacht", is een prachtige leidende gedachte. Nee, tenzij. Maar heb je daar eigenlijk wel een wet en een papierfabriek voor nodig? Wat als de professional hierdoor alleen maar achter de computer verdwijnt? Wat als hele afdelingen straks onbeheerd achterblijven en de ouderen voor het gemak Dipiperon-druppels krijgen toegediend en de professional zijn verantwoordingsverslag zit te typen? Is de leidende gedachte achter de pilot regelmatig werken niet juist dat we aan de professional maximale vrijheid geven? De overheid kan dan weg en de professional kan doen waarvoor hij is opgeleid: zorgen.

Daarmee komen we tot het dilemma van dit wetsvoorstel. Is dit wetsvoorstel van toegevoegde waarde? Ja, want al te vaak sluipen vrijheidsbeperkende maatregelen erin en worden ze langdurig toegepast totdat niemand meer weet waarom eigenlijk. Maar ook nee, want we willen de schaarse professional niet achter de computer zetten.

Ik heb de wijsheid niet in pacht. Hoe weerbarstig staat de werkelijkheid ten opzichte van wat we in wetgeving proberen te vatten? In hoeverre kunnen we de ideale wereld scheppen voor onze medemens die het zelf allemaal niet

meer of niet meer zo goed kan bevatten? Wie zijn wij om de mensen zaken te ontzeggen die zij heel erg graag willen? Ik vraag de staatssecretaris naar zijn afwegingen, zijn dilemma's en zijn worstelingen bij deze wet en naar zijn conclusies. Biedt deze wet volgens hem uitkomst? Wordt het er beter door? Worden excessen teruggedrongen? Zo ja, dan moeten wij dat doen, maar bij twijfel moeten wij niet oversteken. Laat deze wet ons in dit huis niet het goede gevoel geven dat we in ieder geval "iets" hebben gedaan, terwijl dat uiteindelijk "niets" blijkt te zijn.



De heer **Van der Staaij** (SGP):

Mevrouw de voorzitter. Het gebeurt niet vaak dat de Tweede Kamer twee keer een eerste termijn over hetzelfde wetsvoorstel houdt, maar dat is vandaag wel aan de orde. Hoewel, hetzelfde wetsvoorstel? Door de vierde nota van wijziging, die de Kamer kreeg na het geschorste debat met de vorige staatssecretaris, is het wetsvoorstel ingrijpend veranderd. Het is dus wel terecht dat we de mondelinge behandeling opnieuw beginnen met een bijdrage in eerste termijn.

Laat ik vooropstellen dat ook de SGP-fractie het principe van deze wet van harte ondersteunt. Onvrijwillige zorg, dwangzorg, kan en mag slechts als uiterste middel worden ingezet, als alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg uitputtend zijn gezien en benut. De norm is helder: nee, tenzij. Ik ben blij met de cultuurverandering die zich de afgelopen jaren heeft voltrokken, met de versterkte bewustwording en de discussie hierover. Het is duidelijk dat we er bepaald nog niet zijn. Heel veel aanbieders en medewerkers in de zorg zijn met hart en ziel in de weer om zo veel mogelijk alternatieven aan te dragen voor onvrijwillige zorg, maar er zijn ook incidenten waarbij wij ons afvragen hoe die kunnen gebeuren.

Ik vond dat mevrouw Agema de dilemma's die hier aan de orde zijn, helder en aansprekend schetste. Ik herken die sterk in de zienswijze van de SGP-fractie. Aan de ene kant willen wij kaders stellen en regulering bieden, maar aan de andere kant vragen wij ons af of we niet doorschieten in het optuigen van een papieren tijger: leidt dit niet tot overregulering en veel administratieve lastendruk, waardoor wij de mensen juist afhouden van hun eigenlijke werk?

Ik bedacht me dat, als je het eenvoudig wilt samenvatten, je over dwangzorg niet kunt stellen "hoe minder, hoe beter". Op het eerste gezicht denk je dat dit waar is — hoe minder vrijheidsbeperking, hoe beter het is — maar dan maak je je er te makkelijk van af. Er kunnen dan immers situaties zijn waarbij mensen aan hun lot worden overgelaten of absoluut de zorg niet krijgen die zij nodig hebben. Het is dus net ingewikkelder. Je moet zeggen: hoe minder het nodig is om die maatregelen toe te passen, hoe beter het is. Dat vraagt echter precies weer een heel fijngevoelige beoordeling: wat is in een bepaalde situatie nu nodig en wat niet? Je zult daarbij steeds naar de proportionaliteit moeten kijken, opdat de inbreuk niet groter is dan nodig voor het beoogde doel van het bieden van goede zorg.

De hamvraag is natuurlijk of het wetsvoorstel al met al een afgewogen kader biedt. Eerlijk gezegd, zijn wij daar nog niet gerust op. Ik zal proberen om dit toe te lichten aan de hand van een paar belangrijke punten die er in het huidige wetsvoorstel naar onze mening vooral uitspringen. Enerzijds vragen wij ons steeds af of nu bij de zware maatregelen en

de ingrijpende vrijheidsbeperkingen is gegarandeerd dat snel en adequaat wordt opgetreden en of bij een zeer complexe zorgvraag vanaf het begin ook externe deskundigen worden betrokken. Anderzijds vragen wij ons af of het regime ook is toegespitst op een voldoende en overtuigend is voor juist lichte maatregelen. Of komt er dan toch te veel bureaucratie en complexiteit bij kijken? Toegepast op het wetsvoorstel zoals het er nu ligt, zetten wij met name vraagtekens bij de definitie van "onvrijwillige zorg". Is die niet te ruim? Verder is er de opschaling van de besluitvormingsprocedure, in artikel 8 tot en met 8b. Zou die niet meer moeten worden toegesneden op de bestaande niveaoverschillen tussen lichte en zware vormen van vrijheidsbeperking?

Laat ik met het eerste beginnen: de brede definitie van "onvrijwillige zorg". Met de bepaling onder artikel 2, eerste lid, onderdeel d wordt elke vorm van toezicht waartegen de cliënt zich verzet gezien als onvrijwillige zorg. Gaat dat voor sommige situaties niet heel ver? Stel dat een wilsonbekwame cliënt zich tegen toezicht verzet; moet dan altijd alles op alles worden gezet om dat toezicht af te bouwen? Moet je in situaties als van een cliënt met dementie die elke dag zelfstandig gaat wandelen maar keer op keer de weg kwijtraakt, niet zeggen dat toezicht onder goed hulpverlenerschap valt en dat je daarom niet elke keer weer een complete besluitvormingsprocedure moet optuigen om ermee door te kunnen gaan?

De SGP ontvangt ook graag een toelichting op artikel 2, eerste lid, onderdeel e, waarin wordt gesproken over onvrijwillige zorg als de cliënt iets moet doen of nalaten. Ik kan me daar allerlei situaties bij voorstellen, maar deze enorm brede definitie kan wel verstrekkende gevolgen hebben. Ik kan me namelijk vele situaties voorstellen waarin die definitie in botsing komt met de verplichting om als goed hulpverlener te handelen. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin een cliënt geen maat weet te houden bij het eten, terwijl in het zorgplan een bepaald dieet is afgesproken. Of denk aan een verstandelijk beperkte jongen die niet wil meewerken aan een dagbesteding, terwijl een zinvolle dagbesteding juist het doel is van het zorgplan. Het is toch onvoorstelbaar dat het als onvrijwillige zorg wordt gezien als hulpverleners zich ervoor inzetten om zulke cliënten te activeren? Graag een reactie op dit punt.

Onder artikel 2, tweede lid vind ik dit helemaal problematisch en ingewikkeld worden. Daarin wordt het ook tot onvrijwillige zorg gerekend als een cliënt of diens vertegenwoordiger welbewust ermee instemt. Om het in uitersten te formuleren: het langdurig vastbinden van cliënten met Zweedse banden wordt daardoor gelijkgesteld aan een rolstoelblad die de zorgverlener op verzoek van de cliënt op de rolstoel monteert, zodat deze er niet meer uit kan vallen, er een kopje koffie op kan zetten en rustig zijn krantje kan lezen. Dat past in de procedurevoorschriften. Formeel valt dit wel weer onder het regime van deze wet. Levert dat in de praktijk geen situaties op die het verlenen van goede zorg juist in de weg staan? En waarom zou een zorgverlener niet mogen luisteren naar een cliënt die het een veilig idee vindt om een laag bedhek te hebben, zodat hij niet uit zijn bed kan vallen? Waarom mogen zorgverleners voortaan alleen nog maar aan de wensen van cliënten tegemoetkomen als er een situatie van ernstig nadeel dreigt? Ik las ergens in het Nederlands Juristenblad een kernachtige formulering: dit lijkt wel alsof na de constatering dat er regelmatig door rood wordt gereden, de reactie volgt dat

we vervolgens ook maar bij groen licht moeten gaan stoppen. Ook op dat commentaar hoor ik graag een reactie van de staatssecretaris.

Uiteraard zie ik ook middelen en maatregelen die een zware vorm van beperking van de cliënt inhouden en waarmee heel terughoudend moet worden omgesprongen. Maar zou artikel 2, derde lid, niet al voldoende mogelijkheden bieden om daaraan paal en perk te stellen, en om maatregelen aan te wijzen die in ieder geval moeten worden beschouwd als maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken, of die niet of slechts onder bepaalde omstandigheden mogen worden gebruikt om de bewegingsvrijheid in te perken? Je hebt verder nog het klachtrecht en de cliëntvertrouwenspersoon die waarborgen bieden. Vandaar dat ik een amendement heb voorgesteld om artikel 2, tweede lid te schrappen.

Ik kom op de besluitvormingsprocedure van artikel 8 tot en met 8b, zoals deze is voorgesteld met de vierde en vijfde nota van wijziging. De Raad van State heeft zich daarover kritisch uitgelaten. Die zei: is dit geen overregulering, is dit nu eigenlijk wel echt nodig; je hebt toch artikel 7, eerste lid van de wet, vooropgesteld dat het zorgplan in beginsel geen onvrijwillige zorg bevat? Daarna komen artikelen die bepalen onder welke omstandigheden dit eventueel zou mogen. Zou de staatssecretaris voor onze gedachtevorming nog eens heel expliciet op die kritiek en opmerkingen van de Raad van State willen ingaan? Dit zijn meer dan alleen wetstechnische opmerkingen. We hebben ook de echo ervan gehoord, in de reacties uit het veld en van zorgprofessionals. Vandaar dat wij hier echt mee in onze maag zitten. Deze tot in detail dichtgergelde, opschalende besluitvormingsprocedure, die sterk lijkt op de uitwerking van het advies van de Denktank Complexe Zorg, gaat over ernstig probleemgedrag en ingrijpende vrijheidsbeperkingen. Wij vinden vooral dat diegenen een punt hebben die zich afvragen of hiermee wel recht wordt gedaan aan allerlei niveauverschillen en de mate van vrijheidsbeperking die in de praktijk aan de orde kunnen zijn. Moet je daar in je procedures en termijnen niet veel meer rekening mee houden en daarop toespelen?

De vorige staatssecretaris verdedigde het standpunt dat dit niet de goede route zou zijn. Zij zei dat het een subjectief oordeel is of dwang ingrijpend is of niet. Ik begrijp dat. Er zit ongetwijfeld een enorme subjectieve component in. Collega's hebben daar net voorbeelden van gegeven. De een kan een maatregel heel ingrijpend vinden terwijl de ander flierefluitend zijn weg vervolgt en het prima vindt. Dat neemt niet weg dat je objectief wel iets meer kunt zeggen, ook als je kijkt naar de jurisprudentie van het Europees Hof over vrijheidsbeperking. Je kunt kijken naar de aard van de beperking, de duur, de gevolgen van de beperking, de inzet, de intensiteit en de wijze van tenuitvoerlegging. Als je het op die manier wat objectiever in beeld brengt, kun je er in procedures ook meer rekening mee houden. Je moet dus meer ruimte bieden voor differentiatie naar de aard en de ingrijpendheid van de maatregelen.

Je kunt proberen om het nu in de wet te regelen voor alles en iedereen, maar is er niet veel meer te verwachten van meer gedifferentieerde, professionele standaarden op basis van het wetsvoorstel Kwaliteit? Hier hebben we het eerder over gehad. Biedt dit geen aanvullende mogelijkheden om er toch een duidelijke normering in te krijgen? Als je gaat werken met professionele standaarden, lost dat gelijk een ander probleem op, namelijk dat de evaluatietermijnen van

de wet heel vaak niet overeenkomen met professionele richtlijnen die artsen hanteren. Als je het in professionele standaarden vastlegt, kun je de evaluatie van die standaarden telkens benutten om te bekijken of inderdaad nog verbeteringen zijn aan te brengen.

Dat waren mijn hoofdpunten. Ik heb nog een paar kleinere punten. Ik heb een vraag over artikel 40 en de huisregels. In de memorie van toelichting wordt vermeld dat huisregels uitdrukkelijk buiten de definitie van onvrijwillige zorg vallen, maar er wordt wel de beperking aan gekoppeld dat ze niet meer mogen regelen dan voor een ordelijke gang van zaken nodig is. Ik wil graag een reactie op het criterium "wat er voor een ordelijke gang van zaken nodig is". Een instelling kan met huisregels inhoud geven aan een specifieke identiteit en daarom vinden wij dat dit serieuze kansen moet hebben, zeker als er ook nog waarborgen voor getroffen zijn, zoals de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector en de positie van de cliëntenraad. Er moet nadrukkelijk, volgens een goede procedure, ja tegen zijn gezegd.

In artikel 12, derde lid staat dat onvrijwillige zorg die niet van tevoren kan worden voorzien, pas mag worden toegepast na instemming van de betrokken arts. Als de situatie dat toelaat, is dat natuurlijk altijd wenselijk. Zijn er echter ook niet noodsituaties waarbij de zorgverlener direct moet ingrijpen omdat hij anders te laat is en het ernstige nadeel al heeft plaatsgevonden? Hoe kijkt de staatssecretaris hier tegenaan?

Dan heb ik nog een opmerking over de samenhang met andere wetten op het terrein van dwangzorg. We beseffen dat je voor verschillende sectoren niet met dezelfde normstelling, procedure, kan volstaan. We vragen ons echter ook af of er niet meer harmonisatie mogelijk is. Je ziet dat er in de verschillende wetgeving, zoals het wetsvoorstel Verplichte ggz, het wetsvoorstel Forensische zorg en de Wet op de jeugdzorg soms nodeloos verschillende criteria worden gebruikt voor de voorgestelde reikwijdte en de rechtspositie van cliënten. Is daarin niet meer harmonisatie mogelijk?

Over één verschil tussen de wetten wil ik een nadere vraag stellen. Waarom is in dit wetsvoorstel gekozen voor de term "ernstig nadeel" en niet, zoals in de huidige BOPZ, voor het gevaarscriterium of, zoals in het wetsvoorstel Verplichte ggz, voor het criterium "aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander"? Ook op dit punt krijg ik graag een reactie.

Er zijn diverse vragen gesteld over dwang in thuissituaties. Hier herken ik me ook in en ik hoor graag de reactie van de staatssecretaris hierop.

Wij steunen de intentie en de doelstelling van het wetsvoorstel, maar wij hebben heel grote aarzelingen over de vraag of dit wetsvoorstel een afgewogen kader biedt en of het voldoende ruimte biedt voor differentiatie in verschillende situaties van ingrijpendheid.

De voorzitter:

Voordat ik de eerste termijn afsluit, wil ik nog het volgende opmerken. Mevrouw Agema heeft in haar inbreng aangekondigd dat zij haar amendementen op de stukken nrs. 12 en 14 zal intrekken. De reden daarvoor is dat de vierde nota van wijziging zo veel haar kant op komt dat genoemde

amendementen in haar optiek overbodig zijn geworden. Haar amendementen op de stukken nrs. 11 en 19 blijven wel deel uitmaken van de beraadslaging.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter:

Ik ga u het volgende voorstel doen. Er komt nu eerst een ander debat. Dat geeft de staatssecretaris de mogelijkheid om zich voor te bereiden op zijn beantwoording in eerste termijn. Omdat er ook veel technische vragen zijn gesteld waar hij een goed antwoord op wil geven en het ook om een ingewikkeld onderwerp gaat, heeft hij gevraagd om daarvoor wat ruimer tijd te krijgen. Ik heb hem toegezegd dat we met de eerste termijn van de regering beginnen na de dinerpauze vanavond, die waarschijnlijk wat vroeger zal zijn dan eerder gepland. Dan doen we vanavond alleen de eerste termijn van de regering. Ik heb een aantal van u horen zeggen dat ze nog willen onderhandelen met elkaar over amendementen. Ook heb ik een aantal van u horen zeggen dat ze eerst het antwoord van de staatssecretaris willen afwachten om te bepalen of ze al dan niet een amendement willen indienen of intrekken. Omdat ik hecht aan deugdelijke wetgeving stel ik voor dat we het zo doen. Dat betekent wel dat morgenavond de tweede termijn van zowel Kamer als kabinet zal worden gehouden. Zo houden we wel de vaart in de behandeling van dit wetsvoorstel. Dat heeft dit wetsvoorstel na zo'n lange voorgeschiedenis ook wel verdiend.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat is een goed voorstel. Kan er een schriftelijke reactie komen op de nieuwe amendementen en kan er wellicht een update komen van de reacties, zodat we een goed overzicht hebben van de amendementen en hoe we ervoor staan?

De voorzitter:

Ik kijk daarvoor even naar de staatssecretaris. Hij geeft aan dat hij er in de eerste termijn op terugkomt. De moeilijkheid is dat ik ook nog hoor dat er amendementen in de fase zijn dat ze nog ingediend zullen worden. De ervaring leert dat die soms ook nog tijdens de beantwoording binnenkomen.

Mevrouw Agema (PVV):

Daar zitten we natuurlijk allemaal mee. Misschien kan het dan voorafgaand aan het begin van de tweede termijn.

De voorzitter:

Misschien dat u er vanavond dan nog even op terug kunt komen. Dan kunnen we er met elkaar nog even naar kijken. Ik ben het namelijk met u eens dat dit een deugdelijke behandeling van dit wetsvoorstel bevordert.

De heer Van 't Wout (VVD):

We hebben morgen ook nog een ander debat, namelijk over het bericht "Wasje doen 120 euro, ommetje 50 euro". Daarover is een brief verschenen waarin staat dat we later meer stukken krijgen. Ik zie mevrouw Agema nu een beetje zuchten omdat dit debat al een lange historie heeft. Is het niet denkbaar dat we dat debat even opschuiven?

De voorzitter:

Dat kan alleen als u een extra regeling van werkzaamheden aanvraagt. Dan zal ik u echter antwoorden dat het hier een dertigledendebat betreft dat niet door de Kamer van de agenda afgehaald kan worden. Dus we doen gewoon dat debat. Mevrouw Agema, die dat debat heeft aangevraagd, wacht er al tien maanden op. Aansluitend daarop kunnen we dan gewoon doorgaan met de beantwoording. Dan bent u toch met z'n allen al bij elkaar. U hebt dan helaas geen vrije donderdagavond maar u hebt aan het eind van de avond wel een behandeld wetsvoorstel.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Ik kan instemmen met uw voorstel. Ik twijfel wel een beetje over morgenavond. Ik sluit niet uit dat dit wetgevingstraject helemaal niet afgerond kan worden middels een tweede termijn. Wellicht willen we meer tijd. Ik zal dan ook even rondvragen of dit morgenavond per definitie nodig is. Er zijn meerdere Kamerleden die aan de staatssecretaris hebben gevraagd wat de noodzaak ervan is om het nu snel af te maken dan wel of er eventueel gewacht kan worden op andere evaluaties. Dus ik steun uw voorstel om vanavond de eerste termijn af te maken. Laten we dan in de loop van morgen kijken hoe verder.

De voorzitter:

Ik hoor wat u zegt. U ziet misschien verbazing op mijn gezicht. Dit debat is deze week op nadrukkelijk en uitdrukkelijk verzoek van de commissie zelf gepland. Mij bereikte het verzoek om dit zo snel mogelijk op de agenda te plaatsen. Ik neem dan aan dat u daarmee niet alleen voor de tweede keer de eerste termijn wilde doen, maar dat u daarmee bedoelde de gehele wetsbehandeling. Maar het staat u allen natuurlijk vrij om aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de regering vanavond een ander standpunt in te nemen dan datgene wat ik nu in mijn voorstel aan u voorleg. Het is een voorlopig procesvoorstel. Zoals voor alles in deze Kamer geldt, zijn er vele momenten waarop dat proces door de Kamer zelf bijgesteld kan worden.

De vergadering wordt van 14.46 uur tot 15.02 uur geschorst.