

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 juli 2018 inzake het ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten) en het ontwerpbesluit houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg) (Kamerstuk 25 424, nr. 421).

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Krijger

## **Inhoudsopgave**

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
- II. Reactie van de Minister**

**2**  
**13**

### **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

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

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

Ambulante verplichte zorg kan risico's met zich meebrengen, bijvoorbeeld door uitingen van verzet tijdens de behandeling. Hierbij moet de verplichte zorg in een ambulante setting, dus ook fixatie en insluiting, op een veilige manier kunnen worden toegepast. Deze leden vragen bij wie hier de verantwoordelijkheid van het toezicht ligt. De Wvggz geeft in haar memorie van toelichting aan dat het toezicht houden niet alleen door

hulpverleners, maar ook door mantelzorgers gedaan kan worden. Deze leden vinden het niet wenselijk dat mantelzorgers in de rol van toezicht-houder en/of bewaker terecht kunnen komen. Daarom zouden zij graag extra toelichting van de Minister op dit punt willen. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid van toezicht binnen de Wvvggz? Hoe geldt dit voor de Wzd? Hoe ziet de Minister de rol van mantelzorgers hierbinnen? Tenslotte vragen deze leden of de Minister deelt dat mantelzorgers niet in een bewakers- of hulpverleningsrol terecht moeten komen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de planning erop gericht was dat de «Generieke module dwang en drang» afgerond zou zijn voordat de amvb werd opgesteld, maar dat dit helaas nog niet het geval is. Kan de Minister toelichten waarom het niet gelukt is om de «Generieke module dwang en drang» tijdig af te ronden? Wat zijn de risico's van het niet tijdig afronden en het opstellen van de voorliggende amvb? Wanneer zal de generieke module alsnog worden afgerond?

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

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

In de memorie van toelichting van de Wzd lezen de leden van de VVD-fractie dat «mensen met een beperking het recht hebben in een maatschappelijke context te leven». De insteek van de genoemde organisaties vinden deze leden terecht, maar zij vinden ook dat onvrijwillige ambulante zorg noodzakelijk kan zijn met het oog op de veiligheid van de cliënt zijn omgeving. Bieden de wet en de onderhavige amvb de zorgverlener ondanks deze bepaling in het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, voldoende ruimte om in te grijpen? Zo nee, waarom niet? Verder vragen genoemde leden aan welk type innovatie in het kader «innovatie en extra waarborgen» moet worden gedacht. Kan de Minister dit aan de hand van voorbeelden of een casuïstiek toelichten?

## **Artikelsgewijs**

### **Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten**

#### *Artikel 2.2*

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

### Artikel 3.1

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

### Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

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

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

Welke van de zorgvormen mogen zij toepassen:

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

Ten aanzien van fixatie zijn ook praktische bezwaren aangedragen tegen het uitsluiten ervan. Kan de Minister een aantal voorbeelden geven van deze praktische bezwaren?

Hoe kan fixatie (zowel kortdurend als langdurende fixatie) en insluiting veilig gegeven worden in de thuissituatie? Hoe kan het toepassen van enige vorm van fixeren en insluiten maatwerk genoemd worden? Kan de Minister voor de relevante patiëntgroepen praktijkvoorbeelden opstellen, waarbij specifiek wordt ingegaan op de inzet van psychosociale interventies en domotica?

De leden van de PVV-fractie willen graag weten welke fixatiematerialen geoorloofd en welke niet geoorloofd zijn. Beugels om iemand aan een bank of muur vast te maken? Een Zweedse band? Een tafelblad voor de rolstoel? Een slingerhes? Insluiting in een enkele kamer kan onder omstandigheden noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld bij ernstig agressief gedrag. Genoemde leden willen graag weten op welke manier het toezicht gehouden wordt. Deelt de Minister de constatering dat indien het toezicht wordt overgelaten aan de mantelzorger dit bijdraagt aan meer (over)belasting specifiek bij dementie? Hoe wordt de inschatting gemaakt of mantelzorgers hiertoe al dan niet fysiek of mentaal toe in staat zijn? Hoe wordt voorkomen dat een mantelzorger zich verplicht voelt het toezicht op

zich te nemen? Kunnen zij dit toezicht weigeren? Vindt de Minister het verantwoord om een mantelzorger met het toezicht tot onvrijwillige zorg te belasten, mede gezien het risico op overbelasting? Zo nee, hoe denkt de Minister dit op te lossen? Hoe wordt voorkomen dat mantelzorgers straks nog meer op hun bordje krijgen? Zijn bij het opstellen van het ontwerpbesluit mantelzorgers geraadpleegd voor dit besluit? Hoe wil de Minister voorkomen dat zorgaanbieders toezicht bij de mantelzorgers beleggen op het moment dat er onvoldoende personeel beschikbaar is? Kan de Minister concreet toelichten op welke wijze afspraken gemaakt worden tussen de zorgverantwoordelijke, de mantelzorger en de cliënt? Voor welke termijn kan het toezicht maximaal worden overgedragen aan de mantelzorgers?

Bij een betrokkene met bijkomende dementie kan insluiting vaker voorkomen, bijvoorbeeld wanneer hij aan een drukke weg woont, geen verkeersinzicht heeft en de neiging tot nachtelijk dwalen. Het afsluiten van de woning door bijvoorbeeld de voordeur op slot te draaien is dan toegestaan. De leden van de PVV-fractie vragen in hoeverre het huis van een cliënt nog als veilig wordt ervaren als je er in opgesloten wordt. Wat gebeurt er als deze betrokkene s» nachts tegen de deur aan gaat trappen en boos wordt omdat hij/zij niet naar buiten kan? Wie houdt dit in de gaten? Wie komt er in een dergelijk geval tot actie? Is het nog wel verantwoord om deze betrokkene zelfstandig thuis te laten wonen? Levert dit geen gevaar of overlast op voor omwonenden en/of voor de dementerende zelf? Is het de wens van de Minister dat het toepassen van onvrijwillige zorg ervoor zorgt dat de indicatie voor intramurale zorg langer uitgesteld wordt?

De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Is hiervoor wel voldoende capaciteit? Bij zorg thuis is het minder gemakkelijk om assistentie van een collega te krijgen. Genoemde leden vragen hoe de veiligheid van de zorgverlener geborgd wordt. Uit de Wkkgz volgt onder meer dat zorg van goede kwaliteit, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn. De leden van de PVV-fractie willen graag weten wat de toevoeging van onvrijwillige zorg thuis daaraan per punt toevoegt. Hoe wordt de zorg veiliger door onvrijwillige zorg thuis? Hoe wordt de zorg doeltreffender door onvrijwillige zorg thuis? Hoe wordt de zorg doelmatiger door onvrijwillige zorg thuis, zo willen genoemde leden weten.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

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

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

Genoemde leden vinden dit een juist vertrekpunt. Wel signaleren deze leden dat er onrust is bij de beroepsgroepen in de uitvoering van de Wzd en de Wvvgz. Zorgaanbieders krijgen veel ruimte om zelf af te wegen of verplichte zorg ambulante verantwoord kan worden toegepast. Deze mogelijkheid is nieuw. Verder gaan voor de ambulante zorg lagere eisen gelden dan voor de intramurale zorg. Zo vragen de leden van deze fractie of niet eerst een impactanalyse zou moeten plaatsvinden van wat de inwerkingtreding van de wet intramuraal betekent en met die wetenschap en kennis hoe dit toegepast moet worden op ambulante situaties. Hoe kijkt de Minister tegen de mogelijkheid aan om de Wzd en de Wvvgz gefaseerd in te voeren? Houdt de Minister rekening met de organisato-

rische aspecten die van belang zijn bij de eisen voor ambulante verplichte zorg? Voorts vragen deze leden of voldoende geborgd is, en op welke wijze, dat niet tegen de wens van betrokkene in, intramurale dwangzorg plaatsvindt wanneer ambulante dwangzorg zou volstaan. In de ambulante setting zal het voor veel cliëntenvertrouwenspersonen moeilijker zijn om inzicht te hebben in het opnemen in het zorgplan van het toepassen van onvrijwillige zorg. Hoe wordt geregeld dat ook in een ambulante setting de zorgaanbieder de cliëntenvertrouwenspersoon informeert?

De leden van de CDA-fractie vragen wie volgens de Minister wel en niet als zorgverantwoordelijken voor onvrijwillige/verplichte zorg kunnen optreden. Wat is de reactie van de Minister op de suggestie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) dat – als sprake is van onvrijwillige zorg thuis – de eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg niet meer bij de huisarts kan liggen, maar dat dit bij een specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) of een psychiater moet liggen? Kan de Minister ook ingaan op de capaciteitsproblematiek (tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde, AVG's en psychiaters) in dit verband? Is de Minister bereid hierover in gesprek te gaan met de beroepsverenigingen Verenso, de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) om tot gezamenlijke concrete oplossingen te komen?

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

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

Voorts hebben de leden van de CDA-fractie vragen over de rolverdeling tussen zorgaanbieder en mantelzorger. Zo kunnen we enerzijds lezen dat het toezicht gedeeltelijk wordt overgelaten aan de mantelzorger, maar anderzijds dat de mantelzorger niet verantwoordelijk kan worden gemaakt voor de invulling aan het toezicht gedurende de periode van het toepassen van onvrijwillige zorg. Kan de Minister aangeven hoe toezicht door mantelzorgers vorm moet krijgen wanneer zorgaanbieder en mantelzorger een hiërarchische noch een professionele relatie hebben? Hoe ver reikt de verantwoordelijkheid van professionele zorgaanbieders in geval van toezicht door mantelzorgers? Wie is volgens de Minister verantwoordelijk als de toezichthoudende mantelzorger, tegen de instructies en de vastgelegde afspraken in, handelt en zich als gevolg daarvan een risico of ernstig incident voor de patiënt voordoet?

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

De leden van de CDA-fractie zijn wat verbaasd dat in de ontwerpbesluiten een toets op de kosten van de uitvoering en het effect op de administratieve lasten ontbreken. Kan de Minister om de gevolgen van de besluiten te overzien een onderbouwing leveren met een uitvoeringstoets inclusief financieringsvoorstel?

De leden van de CDA-fractie vragen voorts wat de gevolgen voor de regeldruk zijn. Worden de kwantitatieve gevolgen van de amvb voor de regeldruk gemonitord? Welke mogelijkheden ziet de Minister om de regeldruk te beperken wanneer blijkt dat deze te veel zijn gestegen? Hoe kijkt de Minister er tegenaan om in het kader van de vermindering van regeldruk de maximale termijn van vier weken voor de evaluatie van het zorgplan te schrappen?

De leden van de CDA-fractie hebben verder kennisgenomen van het feit dat de «Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang» en de «Generieke module dwang en drang» nog niet zijn aangepast aan de Wvvgz. Het verleden leert dat aanpassing van de richtlijn en de module tijd kost. Ziet de Minister mogelijkheden dat richtlijn en module op tijd zijn aangepast aan de Wvvgz? Wat is er voor nodig om de richtlijn en module tijdig aan te passen?

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

De leden van de CDA-fractie vinden de betrokkenheid van familie en naasten belangrijk. In artikel 5:5, Wvvgz wordt dit ook expliciet genoemd in het kader van een «plan van aanpak». Hoe kijkt de Minister er tegenaan om in de amvb expliciet te vermelden dat van de geneesheer-directeur en de zorgaanbieder worden verwacht dat zij ervoor zorgdragen dat de betrokkene en zijn familie en naasten in voldoende mate worden ondersteund bij het opstellen van een plan van aanpak, zoals genoemd in artikel 5:5, Wvvgz? Klopt het dat een dergelijke inzet niet onverkort volgt uit de wettelijke regeling zelf?

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de kwaliteit van vertrouwensverlies wel vergelijkbaar is tussen de Wzd en de Wvvgz. Klopt het dat in de Wzd de cliënt niet wordt geïnformeerd over de mogelijkheid van ondersteuning door de cliëntenvertrouwenspersoon, terwijl in de Wvvgz verschillende momenten zijn opgenomen waarop de cliënt geïnformeerd wordt over de mogelijkheid tot ondersteuning door de patiëntenvertrouwenspersoon? Zo ja, waarom is dat onderscheid er? Hoe kijkt de Minister aan tegen het opnemen van de verplichting voor de zorgaanbieder om binnen de Wzd de cliënt te informeren over de mogelijkheid om zich te laten ondersteunen door een cliëntenvertrouwenspersoon bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij het uitvoeren van onvrijwillige zorg? Voorts is deskundigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon belangrijk. De leden van deze fractie zijn blij dat aanbieders van het vertrouwenswerk verantwoordelijk zijn voor de scholing van de cliëntenvertrouwenspersoon. Is dit nu echter nog niet te kwetsbaar? Hoe kijkt de Minister aan tegen het idee om de eerste jaren de scholing vanuit

een centraal punt te organiseren, zodat uniformiteit in het werk kan ontstaan en deskundigheid wordt bewaakt? Hoe kijkt de Minister er tegenaan om kwaliteitseisen voor de functie van toepassing te laten zijn?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

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

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

#### **Paragraaf 1 – Ambulante onvrijwillige/verplichte zorg**

De leden van de D66-fractie constateren dat de woorden «drang» en «dwang» vaak gebruikt worden in beide ontwerpbesluiten. Derhalve horen genoemde leden van deze Minister graag een definitie van beide termen. Deze leden vinden voorts dat het betrekken van betrokkenen en hun familie en naasten van groot belang is. Is de Minister van mening dat de rol van betrokkenen, familie en naasten op dit moment voldoende geborgd is bij het opstellen van zorgplannen?

#### **Paragraaf 2 – Zorgvormen**

De leden van de D66-fractie erkennen net als de diverse veldpartijen dat fixatie en insluiten in de ambulante setting verregaande middelen zijn maar zien ook in dat, mits terughoudend omgegaan wordt met deze middelen, zij zorg op maat mogelijk maken, wat in het belang van een cliënt kan zijn. Genoemde leden constateren dat de proportionaliteits- en subsidiariteitseisen van zowel de Wzd als de Wvvggz reeds met zich mee brengen dat onvrijwillige zorg uitsluitend gelegitimeerd is als geen vrijwillige zorg meer mogelijk is, en zelfs dan zo kort mogelijk moet duren. Daarom is ervoor gekozen om «kortdurendheid» als eis expliciet op te nemen in artikel 2.1 van het besluit. Deze leden vragen de Minister of een opname van de term «kortdurendheid» toch niet een toegevoegde waarde kan hebben? Daarnaast vragen deze leden om het argument van innovatie voor het niet uitsluiten van zorgvormen, verder onderbouwd kan worden. Tot slot vragen deze leden in te gaan op de harmonisatie van de Wzd met de Wvvggz en om duidelijkheid over wanneer welke wet en welk besluit geldt. Immers de KNMG stelt dat er een duidelijke toename is van patiënten die zowel ggz- als psychogeriatrische problematiek hebben of waarbij in een bepaalde fase de ggz-problematiek bovenliggend is en in een andere fase juist de psychogeriatrische problematiek. Ook in de nota van toelichting wordt gesteld dat er groepen zijn waarvoor moeilijk is te bepalen of de Wzd of de Wvvggz geldt. Dit wordt door de Minister nader onderzocht. Deelt de Minister de mening dat deze onduidelijkheid niet in het belang is van de cliënt of patiënt, zijn hulpverleners en naasten? Wanneer is het nadere onderzoek gereed en wanneer kan duidelijkheid



hierover gegeven worden? De leden van de D66-fractie vinden duidelijkheid, zeker voor deze kwetsbare groepen, van groot belang.

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

De leden van de D66-fractie lezen dat er besloten kan worden dat de toezichthoudende rol, bijvoorbeeld na indiening van dwangmedicatie, overgelaten kan worden aan een mantelzorger (familie en/of naasten). Is een zorgverlener in staat om de juiste inschatting te maken of een mantelzorger in staat is deze taak te volbrengen? Op basis waarvan zal deze inschatting gemaakt worden? Hoe gaan we voorkomen dat een mantelzorger zich niet onder druk gezet voelt om een dergelijke taak te vervullen, met mogelijke overbelasting als gevolg?

### **Paragraaf 4 – Bestaande waarborgen voor onvrijwillige/verplichte zorg**

De leden van de D66-fractie lezen over de waarborgen die voortvloeien uit beide wetten met name over de wensen en voorkeuren van betrokkenen en de rol van familie en naasten. Deze leden vragen de Minister hoe deze twee zaken en de rol van vertrouwenspersonen (cliëntenvertrouwenspersoon en patiëntenvertrouwenspersoon) verschillen tussen de beide wetten en ontwerpbesluiten.

De leden van de D66-fractie constateren dat in het gewijzigde voorstel van wet van zowel de Wvvggz als van de Wzd een evaluatiebepaling is opgenomen waarbij binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal verslag wordt gedaan van de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk. Daar de ontwerpbesluiten een belangrijk onderdeel vormen van de wetten, vernemen deze leden graag of de Minister bereid is om in de evaluatie van de wetten expliciet aandacht te hebben voor de voorliggende besluiten? Is hij bereid om, indien delen van het besluit hebben geleid tot een staande praktijk, deze ook op te nemen in de wetstekst zelf?

### **Paragraaf 6 – Gevolgen voor de regeldruk**

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

### **Paragraaf 9 – (Internet)consultatie**

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

### **Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie**

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

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

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich zorgen over de grote last die er op de schouders van de mantelzorgers komt te liggen bij de intrede van ambulante dwangzorg. Mantelzorgers zijn van belang binnen de ambulante (dwang)zorg en in de nota wordt tevens vermeld dat toezicht gedeeltelijk kan worden overgelaten aan de mantelzorgers. De zorgaanbieder blijft echter verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en kan de mantelzorgers niet verantwoordelijk maken voor toepassing van onvrijwillige zorg. Zou de Minister kunnen uitleggen in hoeverre de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor zowel het instrueren van de mantelzorgers, als voor het risicovol handelen van de mantelzorgers jegens de cliënt? In hoeverre vindt de Minister het verantwoord de mantelzorgers te belasten met het toezicht op ambulante dwangzorg, aangezien vele mantelzorgers al worden overbelast met de huidige zorgtaken? Zo ja, waarom? Zo nee, wat voor oplossingen heeft de Minister voor deze kwestie?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn optimistisch over de mogelijkheden van de nieuwe zorgvorm waarbij cliënten in hun vertrouwde woonsituatie kunnen verblijven, maar wel verplichte zorg ontvangen. Genoemde leden constateren echter dat een situatie kan ontstaan waarvoor extra scholing, zorgtijd en dus extra financiering nodig zal zijn. Bij de gestelde eisen aan de ambulante verplichte zorg zou volgens deze leden meer rekening moeten worden gehouden met de organisatorische aspecten die de aanvulling met zich mee zal brengen. Gedacht wordt aan krapte op de arbeidsmarkt, beschikbaarheid van ambulante teams en de financieringsmogelijkheden. Heeft de Minister met de hiervoor genoemde organisatorische aspecten rekening gehouden in het besluit? Hoe zal de Minister de regeldruk reduceren in het geval deze te veel stijgt? Hoe kan de Minister de permanente beschikbaarheid van een deskundige zorgverlener voor verzoeken van hulp van cliënt of naasten bij ambulante zorg waarborgen zoals genoemd in artikel 2.2, lid 1c, van het besluit, wat betreft de capaciteitsproblemen? Is de Minister bereid extra geld vrij te maken voor ambulante dwangzorg? Ook zijn binnen de Wvvgz de vrijheidsbeperkende interventies niet opgenomen in de definities. In het belang van de cliënten willen deze leden aan de Minister vragen of noodzakelijke wettelijke definities alsnog kunnen worden geformuleerd voor alle vrijheidsbeperkende interventies.

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

## Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het ontwerpbesluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en het ontwerpbesluit verplichte geestelijke gezondheidszorg. Aan de hand van de twee voorstellen hebben genoemde leden onderstaande vragen.

### Algemeen

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

Kan de Minister reageren op de zorgen die worden geuit door verschillende beroepsgroepen over de veiligheid, uitvoerbaarheid en het toezicht bij ambulante onvrijwillige/verplichte zorg? Is de Minister van mening dat er voldoende draagvlak is bij beide beroepsgroepen? Hoe wordt de uitvoering van de besluiten gemonitord?

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

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

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

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

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

## **Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten**

### **Hoofdstuk 6 – Cliëntenvertrouwenspersoon**

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

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

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de Minister nader kan ingaan op de wijze waarop de professionaliseringsslag van de cliëntenvertrouwenspersoon, zoals toegezegd in de Eerste Kamer, zal worden bereikt. Wie houdt toezicht op dit proces? Erkent de Minister dat in de Tweede Kamer is toegezegd dat de cliëntenvertrouwenspersoon van gelijkwaardige kwaliteit zou zijn als de patiëntenvertrouwenspersoon? In dit licht vragen genoemde leden of de Minister kan beargumenteren hoe de organisatiestructuur van de cliëntenvertrouwenspersoon er nu precies uit gaat zien en waarom gekozen is voor deze vorm. Kan de Minister hierbij toelichten of gekozen is voor een vorm van marktwerking of niet? Hoe verhoudt deze keuze zich tot de harmonisatie van de Wzd en de Wvvgz?

### **Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg.**

#### **Paragraaf 1 – Ambulante verplichte zorg**

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

#### **Paragraaf 2 – Zorgvormen**

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

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

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

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

#### **Paragraaf 4 – Bestaande waarborgen voor verplichte zorg**

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

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

#### **II. Reactie van de Minister**