

Vergaderjaar 2015–2016

32 399

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

Nr. 24

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 8 juli 2016

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	2
Harmonisatie	3
1. Doelstellingen en de praktijk	5
2. Procedure	17
a. Hoofdlijnen procedure aanvragen en verlenen zorgmachtiging	17
b. Procedure crisismaatregel	17
c. Gegevensuitwisseling	19
3. De verschillende actoren en hun taken	20
a. De cliënt en zijn familie	20
b. De geneesheer-directeur	23
c. De zorgverantwoordelijke	25
d. De onafhankelijke arts	26
e. De zorgverlener	27
f. Zorgaanbieder	28
g. Het meldpunt oggz bij de gemeente	28
h. De advocaat	30
i. De officier van justitie	31
j. De rechter	32
4. Toezicht en de Inspectie voor de gezondheidszorg	33
5. Vervallen vd landelijke taken	36
6. Belangrijkste aanpassingen in deze nota van wijziging	37
7. Consultatie	37
8. gevolgen voor de regeldruk	40
9. Invoering en voorlichting	41
10. Financiële gevolgen	41
11. Overig	42

Inleiding

Met grote waardering hebben wij, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, kennis genomen van het nader verslag van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van 25 maart 2014 (Kamerstuk 32 399, nr. 14). Het doet ons deugd dat de leden van de verschillende fracties de doelstellingen van het wetsvoorstel onderschrijven en op hoofdlijnen positief staan tegenover de uitgangspunten van het wetsvoorstel: zoveel mogelijk preventie van dwang door vooraf goede zorg te verlenen, het altijd eerst moeten onderzoeken van alternatieve vrijwillige behandelmogelijkheden en, indien toch tot verplichte zorg moet worden besloten, dwang alleen gebruiken in het uiterste geval (het zogenaamde ultimum remedium beginsel) en dan nog alleen in de minst ingrijpende vorm. Ook de andere uitgangspunten van voorliggend wetsvoorstel, zoals het versterken van de rechtspositie van de patiënt, het verhogen van de keuzevrijheid en de kwaliteit van verplichte zorg, de integrale benadering van zorg op maat en een betere rolverdeling tussen de actoren, worden door de fracties breed ondersteund.

Wel hebben vrijwel alle fracties hun zorg uitgesproken over de samenhang tussen de verschillende aanhangige wetsvoorstellen voor gedwongen zorg, te weten de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) en de Wet forensische zorg (hierna: Wfz). In oktober 2014 bracht ZonMw de thematische wetsevaluatie over gedwongen zorg uit. Dit rapport en uw verzoeken tot harmonisatie waren aanleiding om het wetsvoorstel voor de Wvvgz te wijzigen en hierbij de samenhang met de Wzd en de Wfz verder te verbeteren. De Eerste Kamer heeft vervolgens begin 2015 laten weten de verschillende wetsvoorstellen in samenhang te willen behandelen. Daarop is de prioriteit uitgegaan naar het verwerken van zowel uw opmerkingen als de aanbevelingen van ZonMw alsook de bevindingen van de Commissie Hoekstra, die de feiten en omstandigheden in de zaak Bart van U. heeft onderzocht. Dit heeft geleid tot een tweede nota van wijziging bij de Wvvgz. Deze tweede nota van wijziging ontvangt u nu samen met het Kabinetsstandpunt op de thematische wetsevaluatie van ZonMw, het nader rapport bij de tweede nota van wijziging van de Wvvgz en de nota naar aanleiding van het nader verslag bij de eerste nota van wijziging van de Wvvgz.

De ingrijpende wijziging in de tweede nota van wijziging heeft ertoe geleid dat een aantal vragen in het nader verslag niet langer relevant is. Waar dat het geval is, zal dat worden aangegeven. Dit geldt met name voor de vragen over de artikelsgewijze toelichting, die zoveel mogelijk zijn samengevoegd met het algemene deel. Bovendien is een groot deel van uw aandachtspunten verwerkt in deze tweede nota van wijziging en daarmee is het antwoord op een behoorlijk aantal vragen gegeven in de toelichting bij deze wijziging. Deze antwoorden zullen hier niet worden herhaald, in dat geval wordt verwezen naar de toelichting bij de tweede nota van wijziging. Voorbeeld zijn de vragen die worden gesteld over de wijze waarop dit wetsvoorstel aansluit op de wetsvoorstellen voor de Wfz en Wzd. Hieronder gaan wij in op de gestelde vragen en opmerkingen. Daarbij houden wij zoveel mogelijk de in het nader verslag gehanteerde volgorde aan. Waar mogelijk beantwoorden we vragen van dezelfde aard en inhoud tezamen.

Wij danken de leden van de PvdA-fractie voor de getoonde belangstelling en de gestelde vragen over de naleving van de uitgangspunten, de aanwezigheid van waarborgen en de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel. Deze leden pleiten al jaren voor een nieuwe wet verplichte geestelijke gezondheidszorg waarin de uitgangspunten beter overeen-

komen met hedendaagse opvattingen over verplichte zorg. Wij zijn zeer verheugd dat de leden van mening zijn dat dit wetsvoorstel tegemoet komt aan uitgangspunten die zij zeer belangrijk vinden bij het verlenen van verplichte zorg aan kwetsbare mensen. Op de gestelde vragen gaan wij in het vervolg nader in.

Ook de leden van de SP danken wij voor de gestelde vragen. Wij zijn verheugd dat een deel van de zorgen en bezwaren van deze leden met betrekking tot de Wbopz met het voorliggend voorstel wordt weggenomen en dat we op hun instemming kunnen rekenen met betrekking tot de eerdere zorgvuldige beantwoording van vragen en de bespreking met deskundigen en betrokken organisaties. Op de onderwerpen waarop de leden de onderbouwing onvoldoende vonden (de aansluiting op andere wetten, waarborging van vertrouwelijke gegevens zoals patiëntendossiers en de financiële onderbouwing) gaan wij verderop in.

Harmonisatie

In een democratische rechtstaat verdient de rechtspositie van mensen die met gedwongen zorg te maken krijgen bijzondere aandacht. De wetgeving op het terrein van de gedwongen zorg laat verschillen in rechtspositie zien voor diegene die deze zorg ontvangt. Deze verschillen vloeien voort uit de wettelijke titel op grond waarvan personen gedwongen zorg ontvangen, maar leken niet altijd te rechtvaardigen door de doelstellingen van de achterliggende wetgeving. In de reacties van alle partijen in het nader verslag van 25 maart 2014 werd hiervoor aandacht gevraagd en ook uit het veld kwam de roep om harmonisatie van rechtsposities in de gedwongen zorg. Zo verwezen de leden van de VVD-fractie in hun inbreng, die wij zeer waarderen, naar het signaal van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) dat het ontbreken aan afstemming van uitgangspunten, definities en uitvoeringsbepalingen tussen de verschillende wetten die dwang in de zorg regelen onduidelijkheid schept voor zowel patiënten als professionals die zich op de grensgebieden begeven van de werkingssfeer van deze afzonderlijke wetten. Ook de leden van de CDA-fractie danken wij voor hun inbreng. Zij willen weten in hoeverre de vier wetten, de Wfz, Wzd, Wvvgz en de Jeugdwet nu geharmoniseerd zijn, zodat er straks in de praktijk eenduidige terminologie en definities bestaan. Zij vragen verder of de Wvvgz aan het uitgangspunt van de derde evaluatiecommissie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz) voldoet, dat verschillende regelingen helder moeten worden begrensd en dat dezelfde criteria moeten worden gehanteerd voor het toepassen van gedwongen zorg en – zo ja – of de regering dit kan toelichten. Ook gelet op de argumenten uit de evaluatie van de Wbopz dat het juist verstandig is om met twee regimes te werken. De leden van de D66-fractie, die wij bijzonder danken voor de vragen die zij in dit nader verslag stellen, vragen of de regering bereid is om de verschillende wetten nogmaals naast elkaar te leggen om te bezien of het mogelijk is om de definities en terminologie te harmoniseren.

Met betrekking tot die harmonisatie geldt dat niet de titel op grond waarvan iemand deze zorg ontvangt bepalend zou moeten zijn voor de rechtspositie, maar de aandoening van betrokkene en diens zorgvraag, met inbegrip van het vereiste beveiligingsniveau. Dit uitgangspunt – de cliënt en zijn zorgbehoefte staan centraal – laat ruimte voor verschillen in de regelingen waar die verklaarbaar en te rechtvaardigen zijn. De cliënten die onder de verschillende wetten vallen, hebben niet allemaal dezelfde kenmerken en dezelfde zorgbehoeften. In de tweede nota van wijziging is voor de verschillende wetgeving gekozen voor die procedures en wettelijke maatregelen die het beste bij de doelgroep passen en die leiden tot een doelmatige verlening van de zorg aan die doelgroep. Dat heeft tot

gevolg dat de procedures in de wetgeving zoveel mogelijk zijn geharmoniseerd, maar met reden op punten verschillen. Hierop wordt uitgebreid ingegaan in de Kabinetsreactie op de thematische wetsevaluatie «gedwongen zorg» van ZonMw. Het rapport zelf is op 27 oktober 2014 aan uw Kamer gezonden. De uitgangspunten op het terrein van gedwongen zorg: dwang als ultimum remedium, het versterken van de rechtspositie van de betrokkene en zijn naasten, zorg op maat, zijn hierin meegenomen. De leden van de PvdA en CDA vroegen hier naar. In de tweede nota van wijziging zijn de kernbegrippen en procedures zoveel mogelijk geharmoniseerd, zie hiervoor de tweede nota van wijziging en de toelichting. Dat geldt ook voor de evaluatietermijnen en de klachtmogelijkheden, ook deze zijn zoveel mogelijk geharmoniseerd. Hiermee is de verbinding tussen de wetsvoorstellen beter geregeld. Zoals ook de leden van de SGP-fractie, wiens inbreng zeer wordt gewaardeerd, vroegen, gaat deze harmonisatie verder dan het opnemen van enkele verbindingsartikelen.

Bij de harmonisatie van rechtsposities is de Jeugdwet niet meegenomen. De rechtspositie van jeugdigen in gesloten instellingen is op diverse plaatsen verschillend en onvolledig geregeld. Bij de vrijheidsbenaming van jeugdigen speelt doorgaans mee dat het gedwongen verblijf een pedagogische grondslag moet hebben. Ook dit komt in de rechtspositieregelingen niet altijd volledig tot uitdrukking. De bijzondere verantwoordelijkheid voor jeugdigen en de omstandigheid dat verschillen in de rechtspositie niet altijd verklaarbaar zijn, vormt de achtergrond om, conform de aanbeveling van ZonMw, één wet voor gesloten jeugdinstanties op te stellen. Bij het opstellen van de nieuwe rechtspositiewet worden de aanbevelingen van ZonMw die de interne rechtspositie van jeugdigen betreffen meegenomen. De voorgestelde wet stelt de ondersteuning bij opvoedings- en het opgroei-problematiek centraal. Bij de vaststelling van de doelgroepen waarvoor de nieuwe wet zal gaan gelden speelt naast de behoefte aan opvoedondersteuning ook het behandelperspectief een rol. Uiterlijk bij de evaluatie van de Wvvgz zullen we bezien of het opportuun is dat deze rechtspositiewet ook van toepassing wordt op jeugdigen die gedwongen worden opgenomen op basis van de Wvvgz of de Wzd.

Wij danken de leden van de ChristenUnie voor de getoonde belangstelling en vragen. De leden willen weten op welke wijze de decentralisatie van de jeugdzorg en de AWBZ gevolgen heeft voor dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel regelt niet hoe de voorbereiding, tenuitvoerlegging en uitvoering van zorgmachtigingen en crisismaatregelen worden gefinancierd. Het wetsvoorstel hoeft hiervoor ook niet nader gewijzigd te worden, omdat die financiering volgt uit de bekostigings- of stelselwetten. Daarmee bedoelen wij wetten zoals de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw), de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015) en de Jeugdwet.

De leden van de CDA-fractie horen graag hoe de regering staat tegenover het honoreren van wilsbekwaam verzet als dat alleen gevaar voor de betrokkene oplevert. In de tweede nota van wijziging van de Wvvgz is in artikel 2:1, zesde lid, opgenomen dat wilsbekwaam verzet moet worden gerespecteerd indien de psychische stoornis van de patiënt alleen een aanmerkelijke kans op schade voor de betrokkene zelf veroorzaakt. Hiermee wordt tot uitdrukking gebracht dat er evenveel waarde gehecht wordt aan de eigen mening en instemming van een wilsbekwaam persoon met een psychische stoornis dan aan die van een wilsbekwaam persoon zonder psychische stoornis. De grens wordt gelegd bij acuut levensgevaar voor de betrokkene zelf: in overeenstemming met het suïcidepreventiebeleid wordt in dat geval het wilsbekwaam verzet niet

zonder meer gerespecteerd. Datzelfde geldt indien het risico op ernstig nadeel niet (alleen) betrokkene zelf betreft, maar een (ook) ander.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de bepaling dat de verplichte zorg zoals opgenomen in de zorgmachtiging mag worden uitgevoerd, zelfs als de betrokkene tijdelijk wilsbekwaam is en andere voorkeuren aangeeft, tegemoetkomt aan het zoveel mogelijk beperken van verplichte zorg. De zorgverantwoordelijke dient bij de toepassing van verplichte zorg zoveel mogelijk rekening te houden met de voorkeuren van betrokkene. Indien het als ultimum remedium toch noodzakelijk is om verplichte zorg toe te passen, wordt van deze verplichte zorg door de zorgverantwoordelijke de proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid beoordeeld, opdat de verplichte zorg zoveel mogelijk beperkt kan worden. Anders gezegd: de zorgmachtiging legitimeert weliswaar tot het toepassen van bepaalde vormen van verplichte zorg, of deze in de praktijk ook toegepast mogen worden, hangt af van het feit of aan de uitgangspunten is voldaan.

Van belang is dat betrokkene de zorg en behandeling krijgt die hij nodig heeft, ook als betrokkene zelf niet goed in staat is dit te beoordelen door een gebrekkig ziekte-inzicht.

Ook de leden van de PVV danken wij voor de nadere vragen die zij stellen met betrekking tot het wetsvoorstel. Op de vragen gaan we in het vervolg nader in.

1. Doelstellingen en de praktijk

Doelstellingen

Op verzoek van de leden van de CDA-fractie en de SGP geven wij aan hoe de voorgestelde wijzigingen bijdragen aan de beoogde verbeteringen ten opzichte van de Wbopz. Ook met de tweede nota van wijziging blijven de doelen van het wetsvoorstel onveranderd. Deze doelstellingen zijn: het versterken van de (rechts)positie van de cliënt, het voorkomen en beperken van de duur van dwang, het verhogen van de kwaliteit van verplichte zorg, het leveren van zorg op maat, een betere rolverdeling tussen de actoren betrokken bij verplichte zorg en doelgerichter toezicht door de IGZ. Deze doelstellingen worden ook met de nota van wijziging bereikt en verder versterkt.

De rechtspositie van de cliënt wordt versterkt door:

- Het zorgvuldiger voorbereiden van de beslissing tot verplichte zorg;
- De mogelijkheid van de cliënt om een eigen plan op te stellen om verplichte zorg te voorkomen;
- Het eerder in het proces betrekken van patiëntvertrouwenspersoon en advocaat;
- Het betrekken van familie en naasten;
- Alle vormen van verplichte zorg worden vooraf gelegitimeerd door de rechter.

Dwang wordt voorkomen en duur ervan wordt beperkt door:

- Preventie en stepped-care;
- Eerst te onderzoeken of er mogelijkheden zijn voor vrijwillige zorg, bijvoorbeeld via FACT-teams;
- Als wel gekozen wordt voor verplichte zorg, dan te kiezen voor de minst ingrijpende vorm;
- Het wettelijk regelen van verplichte evaluatiemomenten.

De kwaliteit van verplichte zorg wordt verhoogd door:

- Het beleidsplan dat de zorgaanbieder moet opstellen ter voorkoming van verplichte zorg;
- Het meenemen van beleidsvoorkeuren van de cliënt;
- De eis dat zorg voldoet aan professionele standaarden (waaronder Multi Disciplinaire Richtlijn, MDR);
- De procedurele eisen die in het wetsvoorstel worden gesteld

Zorg op maat en integrale zorg wordt bereikt door:

- het op maat maken van de zorgmachtiging: deze is persoonsvolgend en niet langer gekoppeld aan de gedwongen opname. Zorg kan variëren in de tijd.
- meerdere interventiemogelijkheden op te nemen in het wetsvoorstel, niet langer is de keuze alleen tussen wel of geen gedwongen opname.
- in het zorgplan op te nemen welke zaken voor betrokkene ontbreken om te kunnen participeren in de maatschappij (op terrein wonen, werk, inkomen) en hierover zo nodig contact op te nemen met de gemeente

De rolverdeling tussen de actoren wordt verbeterd doordat:

- de officier van justitie regisseur wordt van het hele proces en bij de geneesheer-directeur de zorgregie rust;
- de gemeente wordt betrokken;
- de advocaat en patiëntenvertrouwenspersoon eerder in het proces worden betrokken.

Het toezicht van de IGZ wordt effectiever door:

- een meldingsplicht door zorgaanbieder, geneesheer-directeur, zorgverantwoordelijke bij de IGZ in geval van ernstige tekortkomingen;
- Het digitaal beschikbaar zijn bij de zorgaanbieder van gegevens over verplichte zorg.

Deze zaken zaten voor een belangrijk deel al in het oorspronkelijke wetsvoorstel en zijn met de nota van wijziging ongewijzigd gebleven. De verschillende onderdelen worden hieronder uitgewerkt. De procedures zijn minder gecompliceerd dan in de Wbopz, omdat er niet langer zes verschillende rechterlijke machtigingen zijn (voorlopige machtiging, machtiging tot voortgezet verblijf, machtiging op eigen verzoek, voorwaardelijke machtiging, zelfbindingsmachtiging, machtiging voortzetting inbewaringstelling) op grond waarvan gedwongen zorg kan worden opgelegd. Deze zes rechterlijke machtigingen op grond van de Wbopz kennen daarbij hun eigen, ingewikkelde, procedures. Dit wetsvoorstel kent slechts twee machtigingen: één zorgmachtiging en één machtiging voor voortzetting van een crisismaatregel. Daartegenover staat dat dit wetsvoorstel twee maatregelen kent: de observatie- en de crisismaatregel, terwijl de Wbopz als maatregel alleen de inbewaringstelling kent.

Praktijk

De leden van de PvdA-fractie vragen welke stappen nodig zijn om de door hen geschetste cultuurverandering te realiseren die gericht is op preventie, vroegsignalering en vroeginterventie en in hoeverre er nu al wordt voorzien in deze stappen. Zij willen ook weten welke rol de FACT-teams hierin toebedeeld krijgen en hoe die rol er concreet uitziet. Het streven van het wetsvoorstel is om mensen met psychische problemen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving goede en passende zorg te verlenen. Van belang is dat er wordt geïnvesteerd in preventie en vroegsignalering.

De cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) die nu gaande is en waarbij zoveel mogelijk wordt gestreefd om vrijheidsbeperking en verplichte zorg te voorkomen, wordt met de Wvvggz verder voortgezet. De Wvvggz stelt de gedwongen klinische opname niet meer centraal en maakt het mogelijk om de behandeling ook buiten de instelling (gedwongen) te verlenen. Ook is er meer aandacht voor de wensen van de cliënt zelf, om zo gedwongen behandeling te voorkomen. Centraal staat dat dwang waar mogelijk wordt voorkomen en alleen als ultimum remedium wordt ingezet. Als er toch sprake is van onvermijdelijke dwang: dan op basis van goede behandelrichtlijnen en zo kort als mogelijk, en veilig en humaan. Verder hebben gemeenten, met de decentralisaties, de mogelijkheid en kans gekregen om hulp en ondersteuning in een vroeg stadium en dichterbij de burger te organiseren. Dit proces is volop in beweging en gemeenten boeken hierop belangrijke vooruitgang.

Een deel van de mensen met psychische problemen vertoont op momenten in meer of mindere mate verward gedrag. In september 2015 hebben de Ministers van VWS, VenJ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) het «aanjaagteam verwarde personen» geïnstalleerd. Dit heeft tot doel om versneld tot de gewenste integrale en preventieve aanpak te komen, juist voor deze kwetsbare groep mensen waar veel te winnen is met een dergelijke aanpak. Eén van de taken van het aanjaagteam is te bevorderen dat álle gemeenten in Nederland een sluitende aanpak hebben van zorg en ondersteuning aan mensen die verward gedrag vertonen. In haar eerste tussenrapportage (d.d. februari 2016) definieert het aanjaagteam de bouwstenen voor deze aanpak, waarin ook veel aandacht is voor preventie en vroegsignalering. De bouwstenen worden breed gesteund door alle betrokken partijen. Daarnaast heeft zij aanbevelingen gedaan, zowel aan het Rijk als aan gemeenten, hoe dit voor elkaar te krijgen. Het kabinet heeft – mede namens de VNG – de aanbevelingen van het aanjaagteam omarmd (Kamerstuk 25 424 nr. 312). Begin juli komt het aanjaagteam met een volgende rapportage. In de tussentijd maakt het aanjaagteam samen met een aantal gemeenten een verdiepingsslag in de regio's om de sluitende aanpak te helpen bevorderen en de werkende elementen te kunnen verspreiden.

Er zijn diverse organisaties en hulpverleners die een rol hebben in de preventie/vroegsignalering en zij maken – net als andere relevante partners – deel uit van bovengenoemde sluitende gemeentelijke aanpak. De ACT- en FACT teams of andere ambulante teams die intensieve outreachende zorg leveren, kunnen betrokkene stimuleren om vrijwillige zorg te aanvaarden. Betrokkene wordt in zijn eigen omgeving opgezocht, zodat hij op de eigen situatie toegesneden steun kan krijgen. Teams zoeken daarbij ook het contact met familie en de buurt op. Hierdoor kunnen (F)ACT-teams een bijdrage leveren in het voorkomen van verplichte zorg. Daarnaast is ook bijvoorbeeld de huisarts beter in staat gesteld de herkenning en toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren, door recente versterking van de positie van de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ).

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre het wetsvoorstel voldoende waarborgen voor de betrokkene, zijn familie/naasten en de zorgverantwoordelijke bevat om dwang direct te stoppen als dit niet meer noodzakelijk wordt geacht, en waaruit dit blijkt. Dit wetsvoorstel is een behandelwet. Uitgangspunt is zorg op maat, waarbij de zorgbehoefte van de patiënt centraal staat. Dit betekent dat bij het verlenen van verplichte zorg altijd bekeken wordt of wordt voldaan

aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid. Dit dient regelmatig te worden geëvalueerd. De frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder geëvalueerd moet worden, moeten worden opgenomen in het zorgplan. Voorts is van belang dat de zorgmachtiging van de rechter legitimeert tot de toepassing van verplichte zorg, maar of de dwang daadwerkelijk geëffectueerd wordt, vergt een aparte beslissing van de zorgverantwoordelijke die moet toetsen aan de hiervoor genoemde uitgangspunten. Daarnaast kan de geneesheer-directeur, om de dwang te stoppen, beslissen tot een tussentijdse beëindiging van de zorgmachtiging indien het doel van de verplichte zorg is bereikt of niet langer wordt voldaan aan het criterium voor verplichte zorg. Hij kan de zorgmachtiging tussentijds beëindigen op een daartoe strekkend verzoek van betrokkene of uit eigen beweging. Indien de tussentijdse beëindiging een gedwongen opname betreft, waarbij sprake is van ernstig nadeel voor een ander, neemt de geneesheer-directeur niet eerder een beslissing dan nadat hij overleg heeft gehad met de burgemeester en de officier van justitie over de voorwaarden voor tussentijdse beëindiging. Indien betrokkene in een ggz-instelling verblijft op grond van een zorgmachtiging die door de strafrechter is afgegeven met gebruikmaking van artikel 2.3 van de Wfz, is voor tussentijdse beëindiging tevens de toestemming van de Minister van Veiligheid en Justitie nodig.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de opleidingen in de psychiatrie en of hier reeds voldoende aandacht wordt besteed aan het terugdringen van dwang en drang.

In de psychiatrie opleiding wordt reeds jarenlang intensief en door de hele opleiding heen aandacht besteed aan onvrijwillige opnames en -behandelingen. Op dit gebied bestaat geen knelpunt: alle psychiaters worden opgeleid om psychiatrische patiënten op basis van in de wet gestelde criteria te beoordelen en daarna krachtens de wetgeving medische verklaringen te maken om patiënten gedwongen op te nemen en zo nodig gedwongen te behandelen.

Bij nieuwe wetgeving zal aanpassing plaatsvinden van de opleiding aan de nieuwe kaders die de wet biedt bij onvrijwillige opname en behandeling.

Van vrijwillige naar verplichte zorg

De leden van de CDA-fractie stellen een aantal vragen over het eigen plan van aanpak om verplichte zorg te voorkomen, onder andere over de afweging van de verschillende belangen en de besluitvorming daarover. Het is de geneesheer-directeur die beslist, na overleg met de officier van justitie, of betrokkene de gelegenheid krijgt een eigen plan van aanpak op te stellen. De geneesheer-directeur kan afwijzend besluiten indien hij van oordeel is dat het ernstig nadeel zich niet verdraagt met uitstel van de voorbereiding van een zorgmachtiging, betrokkene eerder in de gelegenheid is gesteld een eigen plan van op te stellen en dat niet is gelukt of betrokkene eerder een plan van aanpak heeft opgesteld maar verplichte zorg daarmee niet kon worden voorkomen. Indien er een eigen plan van aanpak wordt opgesteld, zal de afweging van de concrete belangen maatwerk vergen.

De betrokkene kan zijn voorkeuren met betrekking tot ambulante zorg vastleggen op een zorgkaart en deze voorkeuren aangeven bij zijn zorgverantwoordelijke, zodat die daarmee rekening kan houden bij het opstellen van het zorgplan. De rechter vermeldt in de zorgmachtiging hoe er rekening moet worden gehouden met deze voorkeuren. Daarnaast

bevat de zorgmachtiging de vormen van verplichte zorg die noodzakelijk zijn om het ernstig nadeel weg te nemen, ook de ambulante zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat de zorg voor patiënten niet onderbroken wordt in de transitie van verplichte naar vrijwillige zorg en vice versa en hoe dit geregeld wordt.

De leden van de PvdA-fractie vragen wie kan bepalen dat verplichte ambulante zorg niet mogelijk is en via welke procedure dat wordt bepaald en aan welke waarborgen minimaal voldaan moet zijn om verplichte zorg in ambulante setting te verlenen.

Bij algemene maatregel van bestuur wordt geregeld welke vormen van verplichte ambulante zorg zijn toegestaan en onder welke voorwaarden. Dit vormt het wettelijk kader. Het is vervolgens aan de zorgverantwoordelijke om binnen dat wettelijke kader een zorgplan op te stellen, dat tegemoet komt aan de zorgbehoefte van betrokkene en zoveel mogelijk rekening houdt met zijn wensen en voorkeuren. Indien ambulante zorg de meest aangewezen zorg is, maakt dat onderdeel uit van het zorgplan. De geneesheer-directeur beoordeelt of het zorgplan voldoet aan de uitgangspunten van het wetsvoorstel en brengt hierover advies uit aan de officier van justitie. Vervolgens beslist de officier van justitie aan de hand van onder meer het zorgplan en het advies van de geneesheer-directeur of aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. In dat laatste geval dient hij onverwijld een verzoekschrift bij de rechter in voor gedwongen zorg. De rechter beoordeelt vervolgens of met de in het zorgplan opgenomen zorg het ernstig nadeel kan worden weggenomen. Indien de rechter van mening is dat met het zorgplan het ernstig nadeel niet kan worden weggenomen, kan hij in de zorgmachtiging, in afwijking van het zorgplan, andere verplichte zorg opnemen, of kan hij in de zorgmachtiging bepalen dat een ander zorgplan moet worden opgesteld. Het kan ook zijn dat het zorgplan een gedwongen opname bevat (en geen ambulante zorg), terwijl de rechter een gedwongen opname een te zwaar middel vindt. In dat geval kan de rechter ook afwijken van het zorgplan of verzoeken een ander zorgplan op te stellen.

De overgang van vrijwillige zorg naar verplichte zorg en vice versa is niet altijd abrupt, maar kan ook onderdeel zijn van dezelfde zorgverlening. Zo beschikt een persoon die eerst vrijwillige zorg ontvangt, maar zich later tegen die zorg verzet, reeds over een zorgplan dat de basis vormt voor de zorgverlening. Wel zal er dan een crisismaatregel of zorgmachtiging aangevraagd moeten worden, om (delen van) diezelfde zorg in een onvrijwillig kader te kunnen verlenen. Indien er sprake is van een crisismaatregel, zal waar mogelijk getracht worden een persoon te overtuigen vrijwillige zorg te accepteren, indien voortzetting van de zorg noodzakelijk blijkt. Soms lukt dat. Dan wordt dezelfde zorg geboden, maar dan in een vrijwillig kader. Kortom: er zijn verschillende situaties mogelijk, waarbij altijd voorop staat dat gestreefd wordt naar zorgverlening met zo min mogelijk dwang, ook indien een persoon een zorgmachtiging heeft.

Praktijk

De leden van de PvdA-fractie vragen of de 150 FACT-teams voldoende zijn om in de vraag naar ambulante (verplichte) zorg te voorzien en of een uitbreiding van het aantal FACT-teams wenselijk is. De leden van de CDA-fractie vragen of er inmiddels is voorzien in een landelijk dekkend systeem.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn ervoor verantwoordelijk om onderling afspraken te maken over opbouw van de ambulante infrastructuur die noodzakelijk is om patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen ambulant te kunnen behandelen. Deze opbouw is

momenteel gaande. Uit de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige zorg (december 2015) blijkt dat het aantal FACT-teams inmiddels is gegroeid tot circa 300 in 2015. In totaal verlenen deze teams zorg en ondersteuning aan circa 50.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. FACT teams vormen weliswaar een belangrijke schakel in de ambulante ggz zorg maar niet de enige. Het is daarnaast ook van belang om bijvoorbeeld voldoende IHT teams en meer laagdrempelig, voldoende time-outvoorzieningen te hebben. Het is aan de regionale partijen (verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders) om voldoende zorg en ondersteuning beschikbaar te hebben en daarover afspraken te maken. Het Trimbos Instituut ontwikkelt in opdracht van de Minister van VWS een handreiking om te bepalen wat nodig is (qua prevalentie, aanbod en gebruik van ggz) en het maken van (regionale) afspraken te ondersteunen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de verruiming van de criteria voor verplichte zorg in het wetsvoorstel (geestesstoornis wordt verruimd naar psychische stoornis en gevaar wordt verruimd naar aanzienlijk risico op schade) leiden tot een verhoogd aantal zorgmachtigingen en een verhoogd aantal verplichte opnames in ambulante setting. Ook vragen zij of de ambulante setting hier voldoende op toegerust is.

De ambulante teams werken al met mensen die kampen met ernstige psychische aandoeningen, en in de praktijk vindt nauwe afstemming plaats met de ggz instellingen die mensen (al dan niet gedwongen) klinisch behandelen.

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om met dit wetsvoorstel de criteria voor verplichte zorg te verruimen. Met de term psychische stoornis is aansluiting gezocht bij de classificatie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Het criterium «ernstige schade» wordt, met het oog op de harmonisatie met de Wzd, in de tweede nota van wijziging vervangen door «ernstig nadeel». Dat met de term «ernstig nadeel» geen verruiming is beoogd ten opzichte van de Wbopz of ten opzichte van het criterium «ernstige schade», blijkt uit de opsomming van elementen waaruit ernstig nadeel kan bestaan. Deze elementen zijn nagenoeg dezelfde als in de Wbopz, alleen op onderdelen soms meer op de verschillende doelgroepen toegespitst. Zie ook de toelichting bij artikel 1:1, tweede lid, van de tweede nota van wijziging. Wel kan met dit wetsvoorstel eerder worden ingegrepen, omdat niet langer als eis wordt gesteld dat het ernstig nadeel alleen kan worden afgewend door een gedwongen opname.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe de toevoeging van het schadebegrip met «verwaarlozing» zich verhoudt tot het bestwilcriterium. Het bestwil criterium lag ooit ten grondslag aan de Krankzinnigenwet (uit 1841). De Wbopz gaat uit van het gevaarscriterium, waarin de autonomie van de patiënt centraal staat. De Wvggz hanteert het ernstig nadeelcriterium, waarmee aangesloten wordt bij de praktijk en internationale verdragen waar over «harm» wordt gesproken. Alleen indien er sprake is van een aanzienlijk risico op ernstige nadeel voor de patiënt zelf of voor anderen, kan verplichte zorg aan de orde zijn. Verschil met de Wbopz is dat niet langer de opname van de cliënt centraal staat, maar zijn behandeling. De Wvggz kent daartoe meer interventiemogelijkheden dan de Wbopz, waardoor de cliënt zorg op maat wordt geboden. Hiermee kan nog nadrukkelijker dan onder de Wbopz ingezet worden op het verbeteren van de geestesstoornis zelf (inclusief herstel van autonomie) en kan de noodzakelijke zorg worden geboden. Voor alle verplichte zorg geldt echter dat deze getoetst moeten worden aan de beginselen subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid. Daarnaast moet de cliënt altijd worden gehoord. Daarmee moet ook in de Wvggz een afweging

worden gemaakt tussen de autonomie van cliënt en de zorg en bescherming die zij nodig hebben.

Bij verwaarlozing is er sprake van een toestand waarbij iemand niet in staat is in zijn primaire levensbehoeften te voorzien en daardoor dreigt ten onder te gaan, of waarbij een lichamelijke ziekte onvoldoende wordt behandeld. Ook nu al is het mogelijk om psychiatrische patiënten die als gevolg van die stoornis zichzelf ernstig verwaarlozen en daardoor een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun omgeving gedwongen op te nemen. De toevoeging bij het ernstig nadeelbegrip is dus iets wat in de praktijk al wordt toegepast. Het gaat hier dan niet om alleen slecht eten of een keer niet wassen. Iemand moet echt dreigen ten onder te gaan.

Een gezonde leefstijl is voor een ieder van belang dus ook voor patiënten die zijn opgenomen in de ggz. De ggz-instellingen dienen hier aandacht aan te besteden. De wijze waarop ggz-instellingen daaraan invulling geven behoort tot het kwaliteitsbeleid van de betreffende ggz-instelling. Dit blijkt wel lastig in de praktijk: het belang enerzijds voor respect voor de autonomie van de patiënt en anderzijds de behandel- en begeleidingsdoelen staan soms op gespannen voet met elkaar. De balans daartussen vinden is een dagelijkse uitdaging binnen de klinieken.

De leden van de CDA-fractie vragen of het voldoende duidelijk is wanneer een persoon onder de Wzd valt of onder de Wvvggz, ook voor het veld. Beide wetsvoorstellen hebben weliswaar betrekking op wanneer en hoe gedwongen zorg ingezet mag worden, maar de doelgroepen van beide wetsvoorstellen verschillen. De Wvvggz heeft betrekking op cliënten met een psychische stoornis, de Wzd heeft betrekking op cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Het kan ook voorkomen dat er cliënten met multi-problematiek zijn. Bijvoorbeeld een ggz-cliënt die aan het dementeren is, of een Wzd-cliënt met een depressie. De vraag onder welk regime een cliënt valt is afhankelijk van de beoordeling van een ter zake deskundige arts over welke aandoening voorliggend is. Als er geen mogelijkheden zijn voor vrijwillige overplaatsing en het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel voor hemzelf of voor een ander, kan de rechter besluiten tot opname op grond van respectievelijk de Wzd of de Wvvggz. In dat geval zal de machtiging op grond van de andere wet vervallen en is er geen onduidelijkheid voor het veld.

Ambulante zorg

De leden van de SP-fractie, de ChristenUnie en de SGP vragen naar de toepassing van het wederkerigheidprincipe in de praktijk. Is er voldoende aanbod van vrijwillige zorg die naast door zorgverleners, uit het oogpunt van wederkerigheid ook door gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en woningcorporaties geboden dient te worden.

Het beginsel van wederkerigheid houdt concreet in dat er bij het opstellen van de zorgmachtiging en het zorgplan oog moet zijn voor essentiële randvoorwaarden voor maatschappelijke participatie en functioneren van de betrokkene in de maatschappij. Het gaat hierbij om randvoorwaarden op leefgebieden anders dan zorg, namelijk wonen, werk/dagbesteding, financiën, sociaal netwerk etc. De zorgverantwoordelijke heeft een belangrijke functie hierin: de zorgverantwoordelijke moet contact opnemen met de gemeente indien hij bij het opstellen van het zorgplan constateert dat belangrijke voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven ontbreken. Het is aan de gemeente om met deze zaken aan de slag te gaan, op grond van de taken en bevoegdheden die de gemeente heeft op grond van de Wmo 2015 en de Participatiewet. De

doelgroep van dit wetsvoorstel is geen nieuwe doelgroep voor deze partijen, het zijn burgers en cliënten die ook nu vaak al bekend zijn bij deze partijen en deels hulp en ondersteuning ontvangen.

Met de tweede nota van wijziging krijgen gemeenten een verdere uitbreiding van taken en bevoegdheden ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel en de eerste nota van wijziging. De taak van de gemeente tot het verrichten van een verkennend onderzoek (artikel 5:1) om de noodzaak van verplichte geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken, is al eerder in het wetsvoorstel opgenomen. Met de tweede nota van wijziging is deze gemeentelijke taak anders geformuleerd (mede in relatie tot de nieuw opgenomen rol voor de officier van justitie) en is er een maximumtermijn van veertien dagen voor het verkennend onderzoek opgenomen. Daarnaast wordt zoals gezegd met de gemeente contact opgenomen indien blijkt dat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven ontbreken.

Er wordt door de regering aangegeven dat als verplichte zorg niet te vermijden is, er gekozen moet worden voor de minst ingrijpende vorm van verplichte zorg. Theoretisch en vanuit het perspectief van de patiënt begrijpen de leden van de CDA-fractie dit uitgangspunt van de regering. Maar betekent dit dat de minst ingrijpende zorg bij verplichte zorg te allen tijde thuis begint? Wat verstaat de regering dan precies onder de voorkeuren van betrokkene – die helemaal geen zorg wil?

Minder ingrijpende vormen van verplichte zorg, zoals woonbegeleiding en verzorging zijn zorgvormen die goed ambulant kunnen plaatsvinden. Dat wil echter niet zeggen dat de minst ingrijpende vormen van zorg te allen tijde thuis beginnen. Of dat mogelijk is, is afhankelijk van de omstandigheden van het individuele geval. Soms kan het noodzakelijk zijn iemand per direct gedwongen op te nemen, bijvoorbeeld als er sprake is van een acute psychose, en dat aan deze gedwongen opname bijvoorbeeld ook minder ingrijpende vormen van verplichte zorg zijn gekoppeld, bijvoorbeeld begeleiding. Die begeleiding kan vervolgens ook in de instelling worden geboden en vindt dan dus niet thuis plaats. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat iedereen de voorkeur zal geven aan ambulante zorg in plaats van aan intramurale zorg. Betrokkenen kunnen hun voorkeuren aangeven op een zorgkaart of in een zelfbindingsverklaring. De rechter vermeldt in de zorgmachtiging hoe er rekening moet worden gehouden met deze voorkeuren. Deze voorkeuren kunnen heel persoonlijk zijn, de betrokkene zelf kan aangeven welke vorm van verplichte zorg hij het minst ingrijpend ervaart.

Onder de voorkeuren van betrokkene kan worden verstaan hoe hij door hulpverleners benaderd wil worden, welke medicatie hij beslist niet wil ontvangen en in welke kliniek hij eventueel opgenomen wil worden. Binnen het kader verplichte zorg kunnen een aantal verschillende mogelijkheden besproken worden met de betrokkene, zodat hij aan kan geven welke vorm(en) van verplichte zorg hij als minst ingrijpend ervaart.

Hoe wordt georganiseerd dat mensen zich ook aan de gedwongen zorg in de thuissituatie houden, vraagt de CDA-fractie. Kunnen mensen zich hier niet – te – gemakkelijk aan onttrekken?

Het zal in de thuissituatie naar verwachting regelmatig gaan voorkomen dat betrokkene instemt met de te verlenen zorg, maar niet van harte. Daarmee is het geen gedwongen zorg, maar is sprake van sterke drang. Dit omdat betrokkene het alternatief – zijn huis moeten verlaten om elders de gedwongen behandeling te ontvangen en daarna weer terug naar huis – nog minder ziet zitten. Op grond van dit wetsvoorstel is het namelijk moeilijker voor een persoon om zich aan gedwongen behandeling te

onttrekken. Op grond van de huidige Wbopz zijn die mogelijkheden tot onttrekking groter: iemand moet eerst gedwongen opgenomen zijn en vervolgens moet nog aan een aantal criteria worden voldaan voordat met behandelen kan worden gestart. Omdat verzet op grond van dit wetsvoorstel voor betrokkene minder effect heeft, is de verwachting dat hij kiest voor het minst bezwarende alternatief en toch kiest voor zorg in de thuissituatie. Deze zorg wordt in dat geval echter niet gekwalificeerd als verplichte zorg, maar als vrijwillige zorg.

De leden van de CDA-fractie willen graag ook de opvatting van de regering horen hoe de veiligheid van zowel de patiënt als de zorgverlener in de thuissituatie geborgd is. GGZ Nederland pleit in dit kader voor een wettelijke basis om in de regio afspraken te maken over de aanwezigheid en bekostiging van de politie of een beveiliging, mocht er een onveilige situatie te verwachten zijn.

In het regio-overleg op grond van het voorgestelde artikel 8:31 in de tweede nota van wijziging, kunnen afspraken worden gemaakt tussen betrokken partijen over hoe onveilige situaties bij ambulante dwang kunnen worden opgelost en zo mogelijk kunnen worden voorkomen. De gespecialiseerde FACT-teams kunnen hierbij ook een aanzienlijke bijdrage leveren.

Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie ook graag weten welke vormen van verplichte zorg in de thuissituatie verboden zijn. Tijdens de behandeling van de Wzd is uitgebreid van gedachten gewisseld over het stellen van een grens aan het soort verplichte zorg.

In de tweede nota van wijziging worden extra waarborgen gesteld aan het verlenen van verplichte zorg in de thuissituatie (artikel 2:4). Verplichte zorg thuis mag alleen verleend worden wanneer deze noodzakelijk en proportioneel is en de verlening onder veilige omstandigheden plaats kan vinden. Verplichte zorg mag op grond van het voorgestelde artikel 2:4 in de thuissituatie alleen worden verleend indien deze zorg bij of krachtens bij algemene maatregel van bestuur is aangewezen en wordt voldaan aan de bij of krachtens algemene maatregel van bestuur verbonden voorwaarden. Het is in eerste instantie aan de zorgverleners in de ggz om de inhoudelijke normen te ontwikkelen waaraan deze zorg dient te voldoen. Op het moment van schrijven van deze toelichting wordt ook aan een richtlijn ter zake gewerkt.

Het antwoord op de vraag hoeveel de verplichte ggz de gemeenten gaat kosten, is lastig te geven. Eén van de doelstellingen van de Wvvgz is het voorkomen van verplichte opname door eerder ingrijpen met ambulante vormen van zorg. Juist bij de doelgroep van de Wvvgz, mensen met ernstige psychische stoornissen, kan door tijdig ingrijpen met verplichte medicatie of begeleiding (structuur), erger voorkomen worden. Het is lastig om te voorspellen of de kosten van verplichte ggz in de thuissituatie uiteindelijk tot een kostenverhoging of juist een besparing voor gemeenten kunnen leiden.

Relatie met de Wmo 2015

De leden van de CDA-fractie constateren terecht dat er combinaties mogelijk zijn van zorg en/of ondersteuning uit de Wmo 2015 en de Wvvgz. Zij vragen naar het compensatiebeginsel: het beroep op familie en netwerk functioneert in de Wmo 2015 als voorliggende voorziening voordat men in aanmerking kan komen voor een maatwerkvoorziening. Ook in de voorganger van de Wmo 2015 was van een compensatiever-

plichting¹ slechts sprake wanneer was vastgesteld dat een overheidsprestatie nodig is om iemand in staat te stellen op gelijke voet aan de samenleving deel te nemen en dat daarbij nadrukkelijk wordt gelet op zijn persoonskenmerken en behoeften en de capaciteit om zelf in maatregelen te voorzien.

Uit de Wmo 2015 volgt dat een beslissing omtrent de te bieden maatschappelijke ondersteuning genomen wordt, nadat zorgvuldig onderzoek heeft plaatsgevonden naar de integrale problematiek van burgers met hulpvragen. Bij dat onderzoek worden allereerst de mogelijkheden van het benutten van eigen kracht en hulp vanuit het sociale netwerk in ogenschouw genomen. Er is daarbij nadrukkelijk oog voor de draagkracht en de draaglast van mantelzorgers en de verlichting die zij wellicht nodig hebben.

In de Wmo 2015 wordt verder uitgegaan van gebruikelijke hulp die de echtgenoot, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten van de cliënt aan de cliënt bieden. Gebruikelijke hulp is hulp die naar algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid verwacht mag worden van genoemde personen. Vanwege het feit dat voor gebruikelijke hulp in de regel geen ondersteuning wordt verleend, kan dit betekenen dat zij gehouden zijn deze hulp te bieden. Uiteraard moet het college bij de beoordeling van de vraag of en zo ja de mate waarin gebruikelijke hulp kan worden verleend, rekening houden met omstandigheden van degenen die eventueel gehouden zijn gebruikelijke hulp te verlenen.

Ook in de Wvvgz spelen familie en naasten een belangrijke rol. Familie en naasten zijn op grond van het wetsvoorstel zowel betrokken bij het opstellen van het zorgplan, als bij de evaluatie daarvan. Dit wetsvoorstel legt vast dat hierover afspraken moeten worden gemaakt. Door betrokkenheid van familie en naasten bij het opstellen en evalueren van het zorgplan, ontstaat een triade tussen zorgverantwoordelijke, betrokkene en een familielid of naaste. Hiermee wordt de familie of naaste na beëindiging van de zorgmachtiging of in de ambulante omstandigheden van de verplichte zorg beter geëquipeerd om bijvoorbeeld betrokkene te ondersteunen waar nodig, de gestelde behandeldoelen in de thuissituatie na te streven, terugval te signaleren of in geval van crisis samen met de zorgverantwoordelijke de oorzaak te achterhalen en oplossingen voor de crisis te zoeken. Op die manier kan betrokkenheid van dit familielid of deze naaste ook leiden tot het terugdringen van drang en dwang.

Verschillende fracties vragen naar de rol van de gemeente. Gemeenten hebben op basis van de Wmo 2015 een wettelijke verplichting (artikel 2.3.5, derde en vierde lid) om iemand van wie wegens beperkingen of psychische problemen wordt vastgesteld dat hij niet op eigen kracht of met hulp van naasten en algemene voorzieningen in staat is tot zelfredzaamheid en participatie, een passende maatwerkvoorziening toe te wijzen. De beslissing omtrent de te bieden maatwerkvoorziening wordt genomen nadat zorgvuldig onderzoek heeft plaatsgevonden naar de integrale problematiek van burgers met hulpvragen. Bij dat onderzoek worden de mogelijkheden van het benutten van eigen kracht en hulp vanuit het sociale netwerk in ogenschouw genomen. De uitkomst van dit onderzoek, wat een passend aanbod is en wat dus mag worden verwacht van de gemeente, zal per individu verschillen.

¹ Voor een uitgebreide toelichting op hoe de formuleringen in Wmo 2015 zich verhouden tot het compensatiebeginsel uit de voorganger van de Wmo 2015 verwijst de Minister van VWS naar de nota naar aanleiding van het verslag Wmo 2015. (Kamerstukken 2013–2014, 33 841, nr 34, blz 38 en 39).

Op grond van de Wvvgz heeft de zorgverantwoordelijke de taak om de essentiële randvoorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk leven te inventariseren en vast te leggen in het dossier, mocht het vermoeden bestaan dat deze randvoorwaarden ontbreken. Het realiseren van deze randvoorwaarden valt echter niet onder de verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke. Deze heeft hierin geen bevoegdheid. Uit de Wmo 2015 volgt de verplichting voor gemeenten om een passend ondersteuningsaanbod te doen aan de cliënt voor realiseren van een situatie waarin de cliënt zo veel mogelijk in staat wordt gesteld tot zelfredzaamheid of participatie en zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kan blijven.

Beide wetsvoorstellen beogen dus mensen te kunnen laten blijven deelnemen aan de maatschappij, daarbij per individu rekening houdend met wat van diegene zelf verwacht kan worden qua zelfregie. En in beide wetsvoorstellen zijn verplichtingen voor centrale actoren opgenomen om die participatie mogelijk te maken waar die ontbreekt. De Wmo 2015 en de Wvvgz vullen elkaar aan.

Is dit niet zo'n specifieke doelgroep dat een indicatiestelling door een deskundige passend is, zeker omdat er soms sprake kan zijn van een combinatie tussen ondersteuning op basis van de Wmo en verplichte ggz, vragen de leden van de CDA-fractie.

Indien er sprake is van verplichte ggz is er altijd een verklaring van een onafhankelijke arts nodig. Zonder deze verklaring en de andere vereisten die de Wvvgz stelt, kan geen verplichte zorg worden opgelegd. Deze leden vragen in het verlegde hiervan wie voor de verplichte zorg betaalt als het een patiënt is die bijvoorbeeld al een pakket b of een pakket c heeft. Maakt de status van de patiënt (chronisch of nog vatbaar voor behandeling) uit voor wie de verplichte ggz gaat betalen (zorgverzekeraar of gemeente)?

Het is niet zozeer de status van de cliënt als de aard van de (verplichte) zorg die bepalend is voor de betaaltitel. Als een patiënt reeds is opgenomen in een psychiatrische instelling (pakket b) komt de financiering de eerste drie jaar ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als een cliënt in een voorziening voor beschermd wonen (het huidige zorgzwaartepakket C) verblijft, zal bijvoorbeeld verplichte behandeling door een psychiater ook onder de Zvw vallen.

FACT-teams

In relatie tot de Wmo 2015 is de regering zeer positief gestemd over de zogenaamde wijkaanpak. Is de regering dan ook van mening dat de zogenaamde wijkteams waar de wijkverpleegkundige het centrale aanspreekpunt is ook een rol moeten spelen bij het begeleiden van verplichte ggz in de thuissituatie? Of is dit een gescheiden team in de vorm van een FACT-team?

Verskillende ambulante voorzieningen kunnen een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het meest op de voorgrond staan de gespecialiseerde ambulante ondersteuning gefinancierd vanuit gemeenten, gespecialiseerde ambulante ggz gefinancierd vanuit de Zvw (bijvoorbeeld FACT teams), de sociale wijkteams en de POH GGZ. Het is van de situatie afhankelijk wie het centrale aanspreekpunt is bij het begeleiden van mensen met psychische kwetsbaarheid. Dat is ook afhankelijk van de ernst van de problematiek. Ook zijn er vaak in de regio afspraken gemaakt over wie de regie voert in welke situaties. Bij de medische behandeling is altijd een psychiater betrokken.

Genoemde leden willen ook graag van de regering weten hoe de FACT-teams in het nieuwe stelsel gefinancierd gaan worden. De stelselwijziging betekent niet dat de FACT-teams op een andere manier bekostigd hoeven te worden. In een groot aantal regio's worden op dit moment de FACT-teams volledig gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet. Er zijn ook regio's waar gemeenten een deel van de financiering van de FACT-teams op zich nemen. Kortom: er zijn hier regionale verschillen. Het is mede afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar en de gemeente.

Het college van de gemeente waarvan een persoon ingezetene is, is verantwoordelijk is voor het verstrekken van ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie, voor zover deze persoon in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is in of in staat is tot participatie.

Verdwijnen van de multidisciplinaire commissie

De leden van de ChristenUnie- en de SGP-fractie merken op dat door middel van de nota van wijziging de multidisciplinaire commissie is opgeheven. In plaats daarvan krijgt de geneesheer-directeur een centrale rol bij de besluitvorming van de zorgmachtiging en de taken van de aanvankelijke multidisciplinaire commissie worden verdeeld over een veelheid van actoren. Hoe verhoudt zich dat tot het uitgangspunt van de derde evaluatiecommissie Wbopz dat er een reductie van actoren moet plaatsvinden in de nieuwe regeling? De leden van D66 vinden het in dat kader wel belangrijk dat de multidisciplinaire invalshoek behouden blijft en dat de herverdeling van de taken van de commissie over de bestaande actoren evenwichtig is.

Met de multidisciplinaire commissie verdwijnt niet de multidisciplinaire insteek van de behandeling. De Wvvgz kent ook de verplichting om met ten minste één andere deskundige te overleggen, voor zover de aard de psychische stoornis daartoe noodzaakt. Gedacht kan hierbij worden aan een verslavingsdeskundige, een orthopedagoog, een verstandelijk gehandicaptenarts of een arts die op somatisch terrein deskundig is.

Daarnaast is er ook de verplichting de zienswijze van onder meer de bij continuïteit van zorg betrokken familie en naasten in het zorgplan op te nemen, alsmede het maatschappelijk perspectief indien dat noodzakelijk is omdat betrokkene bijvoorbeeld geen inkomen of huisvesting heeft. Zo is multidisciplinariteit gewaarborgd. Overigens wordt er in de praktijk reeds volop multidisciplinair gewerkt, bijvoorbeeld door de FACT-teams.

Bij de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van verplichte zorg, zijn veel actoren betrokken. De reden daarvoor is dat het bij verplichte zorg altijd gaat om een inbreuk op grondrechten. Dat vraagt om een zorgvuldige afweging van verschillende belangen: de belangen van betrokkene (rechtsbescherming), van de maatschappij (veiligheid) en van de hulpverlener. Deze belangen worden behartigd door meerdere actoren.

Ten slotte vraagt het belang van maatschappelijke participatie ook om een duidelijke rol van de gemeenten. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) adviseerde in zijn advies «stoornis en delict» ook om in het wetsvoorstel een relatie te leggen met de gemeenten. Door gemeenten in het voortraject een verkennend onderzoek te laten doen, is hieraan gevolg gegeven. Hierdoor zijn er meerdere actoren betrokken bij (de voorbereiding van) verplichte zorg. Ondanks de hoeveelheid van actoren beoogt dit wetsvoorstel een duidelijkere rolverdeling tussen de verschillende actoren, conform het oorspronkelijke wetsvoorstel.

Een reductie van actoren is niet bereikt, dit was echter ook met het oorspronkelijke wetsvoorstel niet het geval. De reden daarvoor is zoals aangegeven dat het bij verplichte zorg om meerdere belangen gaat. In het wetsvoorstel wordt continue een balans gezocht tussen deze belangen.

De bestaande instituten moeten voldoen aan de eisen die het wetsvoorstel aan verplichte zorg stelt. Dit wetsvoorstel bevat verschillende waarborgen om de onafhankelijkheid, deskundigheid en patiëntgerichtheid te waarborgen. De eisen die dit wetsvoorstel stelt, zijn voor de bestaande instituties niet nieuw, alleen hebben met dit wetsvoorstel een aantal zaken een wettelijke verankering gekregen. Zo vindt ook nu reeds een aantal activiteiten plaats om de vroegsignalering te verbeteren, worden onder de Wbopz ook de nodige verbeteringen doorgevoerd om de rechter een zo compleet mogelijk dossier voor te leggen en wordt gewerkt aan een versterking van de samenwerking in de regio's.

2. Procedure

a. Hoofdpijnen procedure aanvragen en verlenen zorgmachtiging

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan ingaan op de verschillende termijnen die gelden voor de verschillende trajecten en of dit inzichtelijk kan worden gemaakt door middel van een stroomschema, waarbij wordt aangegeven wat de totale duur van (eventueel op te tellen) termijnen per traject zijn. Zij vragen voorts of kan worden aangegeven bij welke artikelen wel sprake is van tijdsdruk, maar geen specifieke termijnen worden genoemd en of hierbij kan worden toegelicht waarom daar geen specifieke termijnen worden genoemd.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat er in het wetsvoorstel circa 15 verschillende termijnen gehanteerd worden in de procedures, zoals «zo spoedig mogelijk», «onverwijld», «gedurende korte tijd» en «binnen een redelijke termijn». De verschillen en overeenkomsten tussen deze verschillende termijnaanduidingen is voor genoemde leden niet helder en zij verwachten dat het ontbreken van eensgezindheid in termijnen tot problemen in het veld zal leiden. Waarom is er gekozen voor zoveel verschillende termijnen en in hoeverre wordt hiermee de afstemming met andere relevante wetten zoals de Wzd en Wfz bewerkstelligd?

Dit wetsvoorstel kent drie hoofdtrajecten, te weten de voorbereiding, uitvoering en beëindiging van respectievelijk de zorgmachtiging, de crisismaatregel en de observatiemaatregel. Naar aanleiding van het verzoek van de VVD-fractie om een stroomschema, de vragen van verschillende fracties over de termijnen en de verdere harmonisatie van procedures in de tweede nota van wijziging, is een stroomschema bijgevoegd². Wij verwijzen u hiervoor naar de tweede nota van wijziging.

Voor de goede orde zij vermeld dat het niet ongebruikelijk is om in wetgeving te spreken over termen als «zo spoedig mogelijk» en «onverwijld». Ook de Wbopz kent deze termen, zonder dat er een specifieke termijn aan wordt gekoppeld. Voor alle betrokkenen is op dat moment duidelijk dat haast is geboden.

b. Procedure crisismaatregel

De leden van de PvdA-fractie maken zich naar aanleiding van opmerkingen van de NVvP zorgen over het patiëntperspectief indien de crisismaatregel wordt toegepast. Hoe worden de belangen van de betrokkene en zijn naasten gewaarborgd als in de maximaal drie dagen

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

die de crisismaatregel mag duren geen zorgplan hoeft te worden opgesteld, maar wel al een verzoek tot zorgmachtiging moet worden ingediend bij de rechter? En wie toetst?

De procedure voor de crisismaatregel is met de tweede nota van wijziging aanzienlijk gewijzigd. De procedure in de tweede nota van wijziging vertoont grote gelijkenis met de procedure van de inbewaringstelling in de Wbopz, waar na drie dagen een machtiging opgelegd kan worden voor voortzetting van de crisismaatregel. Er hoeft dan nog geen aanvraag voor een zorgmachtiging gedaan te worden, met alle stukken die daarbij horen. Wel vindt er een zitting plaats voor verlenging van de crisismaatregel, waar de rechter betrokkene hoort, tenzij betrokkene niet in staat is of bereid is zich te doen horen.

Bij een crisismaatregel wordt ook getoetst of aan de uitgangspunten van dit wetsvoorstel is voldaan. De procedure is dat de onafhankelijk arts in de medische verklaring aangeeft welke zorg volgens hem noodzakelijk is om het aanzienlijke risico op ernstig nadeel weg te nemen. Dat hoeft niet per definitie een verplichte opname te zijn. Vervolgens is het de burgemeester die over de crisismaatregel beslist. Deze crisismaatregel vermeldt in ieder geval de zorg die noodzakelijk is om de crisissituatie af te wenden.

Worden de betrokkene en zijn naasten in geval van een crisismaatregel direct in contact gebracht met een advocaat? Tijdig contact met de advocaat is van groot belang voor een zorgvuldige juridische voorbereiding. Indien bij het afgeven van een crisismaatregel betrokkene geen advocaat heeft, draagt de burgemeester er zorg voor dat binnen 24 uur na het afgifte van de crisismaatregel, betrokkene wordt bijgestaan door een raadsman (zoals ook is geregeld in artikel 22 van de Wbopz).

Naar aanleiding van de reactie van GGZ Nederland vragen de leden van de PvdA-fractie wat een adequate overlegfrequentie tussen geneesheer-directeuren binnen de GGD-regio wordt geacht en hoe er binnen de regio concreet wordt geregeld welke meldingen terechtkomen bij welke geneesheer-directeur.

Zo vaak als dat in de betreffende regio nodig wordt geacht, zal er een regionaal overleg plaatsvinden. In de tweede nota van wijziging is opgenomen dat er in ieder geval eenmaal per drie maanden een regionaal overleg plaatsvindt. Het is aan de geneesheer-directeuren in een regio om vast te stellen welke meldingen terecht komen bij welke geneesheer-directeur. Dat zal per regio maatwerk zijn.

De leden van de PvdA-fractie hebben bezwaren tegen de verwijzing naar de Algemene termijnenwet in artikel 1:10, waarmee is geregeld dat de zorgmachtiging indien deze eindigt op een zaterdag, zondag of erkende feestdag, indien noodzakelijk verlengd wordt tot en met de eerstvolgende dag die niet een zaterdag, zondag of erkende feestdag is. Artikel 1:10 zegt dat alleen indien het noodzakelijk is, deze termijn wordt verlengd. Deze verlenging van de termijn hoeft dus niet in alle gevallen aan de orde te zijn. De termijn van drie werkdagen heeft ermee te maken dat het in die periode noodzakelijk kan zijn een verzoekschrift voor een machtiging voor te kunnen bereiden. Een zorgvuldige voorbereiding van een zorgmachtiging of een wijziging daarvan, vergt tijd. Diegenen die betrokken zijn bij het voorbereiden daarvan, geven aan dat die drie dagen zeer krap is. Wanneer die termijn dan ook nog eens eindigt op een weekend- of erkende feestdag, is er de facto – onder meer in verband met de beperkte beschikbaarheid van gekwalificeerde personen – nog minder voorbereidingstijd. Dan kan het met het oog op een zorgvuldige voorbereiding nodig zijn de termijn te verlengen. Als besloten zou worden dat het

onaanvaardbaar is dat langer dan noodzakelijk inbreuk wordt gepleegd op iemands persoonlijke levenssfeer, zou dat kunnen betekenen dat iemand gedurende een aantal dagen geen (verplichte) zorg ontvangt, omdat de voorbereiding voor een zorgmachtiging nog niet is afgerond. Dat is vanuit het oogpunt van de continuïteit van zorg en het feit dat iemand mogelijk ernstig nadeel voor zichzelf of voor anderen kan veroorzaken, ongewenst.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de termijn voor tenuitvoerlegging van de crisis- of observatiemaatregel. Deze is 24 uur. Dit betekent niet dat er geen nachtelijke beoordelingen meer zijn, omdat er bij een crisismaatregel sprake is van onmiddellijk dreigend aanzienlijk risico op ernstig nadeel, kan niet worden gewacht.

c. Gegevensuitwisseling

De leden van de VVD-fractie vragen de regering in algemene zin in te gaan op de toegankelijkheid van persoonsgegevens en medische gegevens van cliënten voor allerlei verschillende betrokken personen en beroepsgroepen. Zij vragen of daarbij uitgebreid kan worden toegelicht welke partijen op welke momenten toegang hebben tot welke gegevens. Hoe verhoudt zich dit met de privacy van de patiënt? Wat zijn de mogelijkheden om mensen die uit deze informatie lekken aan te spreken? De leden van de CDA-fractie maken zich enigszins zorgen of de betrokkene voldoende beschermd wordt tegen misbruik van gegevens. De leden van de PvdA-fractie constateren dat zowel de geneesheer-directeur als de onafhankelijke arts bij politie en justitie kunnen nagaan of zij over gegevens beschikken die de beslissing tot het afgeven van een zorgmachtiging mogelijk beïnvloeden. Deze leden vragen welke waarborgen deze mogelijkheid kent om de privacy van de betrokkene zoveel als mogelijk te waarborgen.

Tot welke termijn worden politie- en/of justitiële gegevens als bruikbaar gezien?

Verder vragen genoemde leden in hoeverre het feit dat de zorgverlener niet werkzaam hoeft te zijn bij de instelling van de zorgverantwoordelijke leidt tot een onnodige stroom van gegevens en bureaucratie, en daarmee gemoeide langer durende procedures en risico's voor privacyschending die in het nadeel zijn van de betrokkene.

Dit wetsvoorstel regelt slechts de gegevensuitwisseling die strikt noodzakelijk is om het wetsvoorstel uit te voeren. Als extra waarborg is daaraan toegevoegd dat betrokkene daarmee uitdrukkelijk moet instemmen. Verder is de gegevensuitwisseling die niet is voorgeschreven door het wetsvoorstel slechts mogelijk binnen de grenzen van de privacyregelgeving. Bij overtreding van die eis kan handhavend worden opgetreden door de IGZ.

Voor een uitgebreide toelichting op de toegang tot gegevens van de partijen verwijzen wij u naar paragraaf 5 van de toelichting bij de tweede nota van wijziging bij de Wvvgg, onder de paragraaf Gegevensverstrekking. In de tweede nota van wijziging is tevens een tabel opgenomen waaraan staat welke informatie door welke partijen mag worden uitgewisseld en wat de noodzaak daartoe is.

De leden van de CDA-fractie vragen of het onder de huidige Wbopz ook mogelijk is dat het medisch dossier kan worden verstrekt aan derden ten behoeve van wetenschappelijke doeleinden zonder dat er toestemming van betrokkene is.

Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek kunnen gegevens zonder toestemming van betrokkene door de commissie worden verstrekt. Voorwaarde daarbij is wel dat het onderzoek moet voorzien in voldoende waarborgen voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van

betrokkene en een zwaarwegend algemeen belang dient. De bescherming van de privacy van betrokkene kan bijvoorbeeld worden bereikt door het anonimiseren van de gegevens. Betrokkene kan de verstrekking van zijn gegevens voor wetenschappelijk onderzoek voorkomen door uitdrukkelijk bezwaar te maken tegen verstrekking voor dit doel.

De leden van de VVD-fractie vragen waarop de bewaartermijn van 15 jaar voor gegevens is gebaseerd? Bij de termijnen in de Wvvgz wordt aangesloten bij de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

3. De verschillende actoren en hun taken

De leden van de PvdA-fractie vragen verder hoe samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten concreet geborgd is in het wetsvoorstel, ook ten aanzien van het opstellen van het zorgplan met de familie.

De samenwerking is in het wetsvoorstel geborgd omdat zorgaanbieders, gemeenten, het openbaar ministerie en overige ketenpartners in de zorg met elkaar periodiek regionaal overleg voeren. In dit overleg komen onder andere aan de orde het aanbod van verplichte zorg in de regio, de knelpunten bij de voorbereiding, de tenuitvoerlegging en de uitvoering van verplichte zorg, alsmede de gegevensverstrekking (artikel 8:31). Op dit moment wordt onder initiatief van GGZ Nederland met betrokken partijen een samenwerkingsprotocol opgesteld, waarmee een kader wordt gecreëerd voor de uitvoering van het desbetreffende artikel.

a. De cliënt en zijn familie

Met dit wetsvoorstel is ook familie en naasten een duidelijkere rol gegeven met ambulante zorg omdat hun rol als steunsysteem sterk toeneemt. Bovendien komen van hen vaak de eerste signalen dat het niet goed met iemand gaat. De grotere rol voor familie en naasten heeft ook geleid tot de wettelijke verankering in dit wetsvoorstel van de familievertouwenspersoon. Deze nieuwe functionaris komt voort uit de wens om ook voor de familie en naasten een toegankelijke persoon te hebben, zoals in 2009 ondersteund is in de motie Joldersma.

Op diverse momenten in de procedure wordt de inbreng vanuit het familieperspectief of naasten gewaarborgd. Bijvoorbeeld bij het opstellen van een eigen plan van aanpak teneinde verplichte zorg te voorkomen, kan gebruik worden gemaakt van een Eigen Kracht Conferentie (EKC). Aan een EKC kunnen verschillende partijen deelnemen (betrokkene, familie, naasten, burens, hulpverleners etc.) met als doel de betrokkenheid van familie en naasten te mobiliseren en te gebruiken om gezamenlijk tot oplossingen te komen. Het betrekken van de familie en naasten zal in de praktijk verder vorm moeten krijgen, doordat hulpverleners en zorgverantwoordelijken zich van het belang daarvan bewust zijn er in het dagelijks werk naar handelen. In de wet is vastgelegd dat de familievertouwenspersoon de familie en naasten adviseert, ondersteunt en bijstand verleent bij een klachtenprocedure en tot taak heeft te bemiddelen tussen familie en naasten, zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke en betrokkenen.

De leden van de CDA-fractie willen graag meer uitleg over het begrip «naasten» en van «een voor de continuïteit van zorg relevante familie of naaste». De leden van de CDA-fractie nemen aan dat verplichte zorg thuis altijd onder verantwoordelijkheid van een professional plaatsvindt en niet die van de familie of de naasten. De leden van de D66-fractie lezen in de

nota van wijziging tot hun vreugde dat betrokkene en familie zelf een plan van aanpak kunnen gaan opstellen dat erop gericht is om verplichte zorg te voorkomen. De leden van de D66-fractie stellen vast dat de regering voornemens is de familie of naasten na beëindiging van de zorgmachtiging of in de ambulante omstandigheden van de verplichte zorg beter te equiperen om de betrokkene te ondersteunen, de gestelde behandel-doelen na te streven, terugval te signaleren of om in geval van crisis samen met de zorgverantwoordelijke de oorzaak te achterhalen en oplossingen voor de crisis te zoeken. Deze leden vragen hoe de regering hierin wil gaan voorzien. De leden van de SGP-fractie stellen vragen over de voorwaarden waaraan een plan van aanpak van betrokkene en familie, gericht op voorkoming van verplichte zorg, moet voldoen.

Doel van het wetsvoorstel is het zoveel mogelijk voorkomen van verplichte zorg, verplichte zorg is ultimum remedium, alleen als het echt niet anders kan. Met het eigen plan van aanpak kan de voorbereiding voor een zorgmachtiging worden geschorst. De voorwaarde waaraan het plan van aanpak moet voldoen is dat de inhoud zodanig is dat met het plan verplichte zorg kan worden voorkomen. Hoe dat concreet wordt ingevuld, zal per situatie verschillen en maatwerk zijn. De geneesheer-directeur beoordeelt of het plan van aanpak afdoende bescherming biedt en zodat verplichte zorg kan worden voorkomen.

De betrokkene kan zelf met een plan van aanpak komen als hij binnen drie dagen na ontvangst van de mededeling van de geneesheer-directeur dit aangeeft. De leden van de CDA-fractie gaven aan de oorspronkelijk gekozen termijn van twee dagen erg kort te vinden. In de tweede nota van wijziging wordt voorgesteld deze termijn te verlengen naar drie dagen.

Bij betrokkene bestaat er een aanzienlijk risico op nadeel voor hemzelf of voor iemand anders. Dat vraagt om snel handelen. Overigens hoeft na die drie dagen het plan van aanpak niet gereed te zijn, het gaat om een kennisgeving dat betrokkene voornemens is een dergelijk plan op te stellen. Daarnaast is het van belang dat ook de rechter betrokkene de gelegenheid kan geven een eigen plan van aanpak op te stellen (artikel 6:2, derde lid). Zo kan op meerdere momenten in het proces een dergelijk plan worden opgesteld.

Het is wenselijk dat familie en naasten de betrokkene zoveel mogelijk helpen bij zijn herstel en zijn maatschappelijke participatie. Met naasten kan ook bedoeld worden een buurman, vriend of goede kennis. Het gaat om een persoon die in het sociale netwerk een belangrijke rol speelt. Familie en naasten zijn echter geen professionele hulpverleners. Ondersteuning van familie en naasten kan niet worden afgedwongen. Daarom horen zij geen wettelijke verplichting te hebben om erop toe te zien dat de betrokkene zich houdt aan de voorwaarden van verplichte zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre zowel de geneesheer-directeur als de zorgverantwoordelijke en de onafhankelijke arts bij wet verplicht zijn om op continue basis samen met de familie te evalueren of verplichte zorg nog noodzakelijk is en hoe dit vorm krijgt in de dagelijkse praktijk.

De familie stelt het zorgplan niet op. Dat is de verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke draagt er zorg voor dat de zienswijze van de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten in het zorgplan wordt opgenomen en dat met de familie en naasten overleg plaatsvindt, opdat de rechter vanuit meerdere invalshoeken over de betrokkene wordt geïnformeerd. Dit volgt uit artikel 5:14, eerste lid, onderdeel e, van het wetsvoorstel.

Op verzoek van betrokkene, kan hij advies en bijstand krijgen van een patiëntenvertrouwenspersoon. Deze ondersteuning kan betrokkene krijgen zowel bij de voorbereiding van verplichte zorg, bijvoorbeeld bij het opstellen van een zorgplan, als bij de uitvoering van verplichte zorg. Op grond van dit wetsvoorstel heeft betrokkene recht op deze ondersteuning. Indien betrokkene gebruik wil maken van de ondersteuning van een patiëntvertrouwenspersoon, kan hij de patiëntvertrouwenspersoon e-mailen of telefonisch contact zoeken. Ook kan betrokkene bellen met de helpdesk van de stichting patiëntvertrouwenspersoon.

De leden van de VVD-fractie constateren dat de wensen en voorkeuren van betrokkene worden gehonoreerd, tenzij. Met wensen en voorkeuren kan de betrokkene aangeven wat hij zelf wil. Bijvoorbeeld of hij al dan niet bepaalde medicatie wil ontvangen. Het kan zijn dat betrokkene uiteindelijk toch deze medicatie ontvangt, indien er een aanzienlijk risico bestaat op ernstig nadeel voor betrokkene zelf of voor anderen en dit nadeel niet op een andere manier kan worden afgewend. Dit kan echter alleen maar als aan de uitgangspunten en eisen wordt voldaan, die het wetsvoorstel aan het toepassen van verplichte zorg stelt. Zo zal de uiteindelijk toegepaste zorg moeten voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Het veld ontwikkelt via de generieke module dwang en drang normen hoe aan deze uitgangspunten in de praktijk invulling moet worden gegeven.

Eigen Kracht Conferenties

De leden van het CDA, de D66 en de PvdA fracties vragen naar de ervaringen met en de toepasbaarheid van eigen kracht conferenties (EKC) in het voorkomen van verplichte geestelijke gezondheidszorg en de mogelijkheid tot het organiseren van een EKC door zowel zorgverleners als de betrokkene en zijn familie.

In de periode 1 maart 2013 tot en met 31 augustus 2015 heeft het VU Medisch Centrum Emgo Instituut het project «Eigen Kracht bij het voorkomen van dwang in de GGZ 2013–2015» uitgevoerd. Het rapport is op 1 september 2015 opgeleverd. Kennis van professionals en die van het sociale netwerk over de mogelijkheden van een EKC is belangrijk. Het organiseren van draagvlak voor EKC's maakte onderdeel uit van het onderzoek. De onderzoeksresultaten naar de inzet van EKC's zijn meegenomen in de lopende wetstrajecten.

Uit het onderzoek kan worden opgemaakt dat de onderzochte 60 EKC's door alle betrokkenen als zinvol werd ervaren. De winst van de EKC's bestaat uit verstevigde contacten tussen de hoofdpersoon, de hulpverlening en het sociale netwerk. Deze actoren zijn zichtbaar geworden voor elkaar en hebben daardoor meer begrip voor elkaar gekregen en ervaren samen meer grip op de situatie. Het tot stand komen van een EKC is afhankelijk van de inbreng van verschillende actoren; de hoofdpersoon, het sociale netwerk, de hulpverlening en de Eigen Kracht coördinator. Samenwerking tussen de verschillende actoren van een EKC is een belangrijke factor voor het al dan niet slagen van een EKC.

Mantelzorg

De positie van mantelzorg is in de Wmo 2015 verstevigd. Gemeenten dienen mantelzorgers nadrukkelijk te betrekken bij het onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Daarbij dienen zij oog te hebben voor de draagkracht en -last van mantelzorgers om zo overbelasting te voorkomen en mantelzorgers te verlichten als dat nodig is. Gemeenten zetten daarvoor verschillende vormen van mantelzorgondersteuning in,

bijvoorbeeld door het bieden van dagbesteding, logeeropvang of door de inzet van vrijwilligers die thuis een handje helpen.

Dit borgt in de visie van de regering dat de gemeente te allen tijde de situatie van de mantelzorger daarbij betreft en vervolgens ook de daarop afgestemde ondersteuning op maat zal bieden.

In de Wvvgz wordt uitgegaan van de zogenoemde «stepped care» benadering: mocht verplichte zorg echt noodzakelijk zijn, dan wordt eerst naar de minst ingrijpende vormen gekeken, waarbij de patiënt zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving verblijft. Mantelzorgers kunnen hierbij inderdaad een rol spelen en de patiënt hierbij ondersteunen. Mocht de mantelzorger dat niet meer aankunnen en overbelast raken, moet er in overleg tussen zorgaanbieder en gemeente gekeken worden welke vormen van professionele hulp en ondersteuning mogelijk zijn.

b. De geneesheer-directeur

De leden van de SP-fractie spraken hun bezorgdheid uit of de geneesheer-directeur geëquipeerd is voor zijn nieuwe rol in het wetsvoorstel, die van verzoeker bij de rechtbank voor een zorgmachtiging. Door middel van de tweede nota van wijziging wordt voorgesteld deze verzoekerrol bij het openbaar ministerie neer te leggen. Doordat de verzoekerrol bij het openbaar ministerie wordt belegd, wordt de geneesheer-directeur ontlast en kan deze zich concentreren op zijn zorginhoudelijke kerntaak. Dat laat onverlet dat de geneesheer-directeur nog steeds een centrale actor is in het wetsvoorstel. Dat personen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben en een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen deze zorg ook ontvangen, betreft een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle ketenpartners in dit domein. Het openbaar ministerie kan en moet daarin een sleutelrol vervullen, waarbij de geneesheer-directeur een belangrijke adviserende rol vervult richting het openbaar ministerie en de rechter. Op de geneesheer-directeur rust de zorgregie.

Voor de uitoefening van zijn taken en bevoegdheden is de geneesheer-directeur op grond van dit wetsvoorstel niet ondergeschikt aan (een raad van bestuur van) de zorginstelling. In artikel 2:3 is als extra waarborg opgenomen dat de zorgaanbieder de geneesheer-directeur geen aanwijzingen kan geven met betrekking tot de uitvoering van zijn taken op grond van dit wetsvoorstel. Dat houdt in dat de geneesheer-directeur voor deze taken dus autonoom kan beslissen. Naast de positionering van de geneesheer-directeur ten opzichte van de raad van bestuur, is voor zijn onafhankelijk functioneren tevens relevant dat hij een professional is, die zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden ontleent aan zijn deskundigheid en bekwaamheid. Hij dient op grond daarvan professioneel autonoom te kunnen handelen, binnen de voor hem geldende (wetenschappelijke) standaarden. Doordat de geneesheer-directeur als arts is ingeschreven in het register op grond van de Wet BIG, kan hij op grond van die wet ook individueel tuchtrechtelijk worden aangesproken op zijn professioneel handelen. Ook de zorginstelling draagt op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verantwoordelijkheid voor professioneel handelen, opdat goede zorg wordt geleverd.

Regierol en taakverzwaring

De leden van diverse fracties stellen vragen over de regierol en met name de verzoekerrol en de taakverzwaring van de geneesheer-directeur. Deze vragen zijn niet langer relevant. Deze rol is in de tweede nota van wijziging belegd bij de officier van justitie. Volgens de Commissie Hoekstra is hij bij uitstek de partij om deze rol te vervullen. Nu de officier van justitie belast wordt met de verzoekerrol, kan de geneesheer-directeur

zich richten op zijn zorginhoudelijke kerntaak. Voor de toelichting op de gewijzigde rol van de geneesheer-directeur verwijzen wij u naar paragraaf 3 van de toelichting bij de tweede nota van wijziging.

Benoeming

Tijdens het rondetafelgesprek hebben diverse sprekers ervoor gepleit om de geneesheer-directeur, die als psychiater in dienst is van de zorgaanbieder, door de raad van toezicht te laten benoemen. Daardoor kan de raad van toezicht de samenwerking, de verschillende verantwoordelijkheden op het terrein van de verplichte zorg en de onafhankelijke opstelling van zowel de raad van bestuur als van de geneesheer-directeur toetsen en waar nodig bijsturen. De leden van de CDA-fractie vinden dit een interessant voorstel. Zeker omdat de regering in het oorspronkelijke voorstel ook zelf aangaf dat de geneesheer-directeur mogelijk een eigen belang kan hebben bij het besluit over beëindiging van dwang. Wat vindt de regering van dit standpunt, aangezien de regering in deze nota van wijziging stelt dat niet verplicht te willen opleggen omdat dit niet passend is binnen de werkingssfeer van dit wetsvoorstel?

In de statuten van de zorgaanbieder kan worden opgenomen dat de Raad van toezicht de geneesheer-directeur benoemt. Er zijn reeds de nodige zorginstellingen die dat zo geregeld hebben. Hier is geen wettelijke regeling voor nodig. Bovendien zijn er voldoende waarborgen voor de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur.

De leden van de VVD-fractie constateren dat de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur een belangrijk punt is en vragen wie hem uiteindelijk controleert en of er ook nog een andere mogelijkheid is om kwaliteit te toetsen. De wet regelt dat de zorgaanbieder er voor zorg draagt dat de geneesheer-directeur zijn taken op grond van de wet naar behoren kan uitvoeren en de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur bij de uitvoering van zijn taken waarborgt. De wet bepaalt ook dat de zorgaanbieder de geneesheer-directeur geen aanwijzingen geeft over taakuitvoering op grond van de wet.

Het externe toezicht op (de borging van) het onafhankelijk functioneren van de geneesheer-directeur ligt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ kan signalen ontvangen, bijvoorbeeld van de patiëntvertrouwenspersoon, die met dit wetsvoorstel van wijziging de bevoegdheid heeft gekregen om tekortkomingen in de structuur en de uitvoering van de zorg, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van betrokkene, te signaleren en aan de IGZ te melden. Hierbij kan gedacht worden aan signalen dat de geneesheer-directeur zijn taak onvoldoende onafhankelijk van de zorgaanbieder vervult.

Onafhankelijk oordeel

De leden van de CDA-fractie constateren dat de rol van de commissie in het eerdere wetsvoorstel wordt overgenomen door de geneesheer-directeur. Deze leden vragen wel of de geneesheer-directeur voldoende zicht heeft op de thuissituatie. Is deze geneesheer-directeur niet te veel intramuraal gericht en is hij goed in staat te beoordelen wanneer de thuissituatie het wel toelaat om gedwongen zorg te verlenen en wanneer niet?

Positie en functioneren van geneesheer-directeur binnen een ggz organisatie ten opzichte van ambulante zorg thuis is zeer goed mogelijk. Een ggz organisatie bestaat ook nu al uit niet alleen maar bedden, maar ook uit ambulante teams. Patiënten met een voorwaardelijke machtiging op grond van de Wbopz worden ook nu al adequaat ambulant behandeld

met toetsing door de geneesheer-directeur. Zo wordt ook in de huidige situatie reeds een afweging gemaakt of iemand met een voorwaardelijke machtiging thuis zorg kan worden verleend, of dat toch opname in een instelling noodzakelijk is.

De leden van de PVV-fractie hebben al eerder vragen gesteld over het onafhankelijke oordeel van de geneesheer-directeur. Deze leden vinden de antwoorden onvoldoende waarborg voor de noodzakelijke onafhankelijkheid en blijven erbij dat de geneesheer-directeur niet eigenhandig mag beslissen over bijvoorbeeld beëindiging van dwangmaatregelen. Genoemde leden vragen om de multidisciplinaire commissie zoals voorgesteld in de derde evaluatiecommissie Wbopz weer in te voeren. De geneesheer-directeur kan beslissen tot tussentijdse beëindiging van de zorg, indien hij van oordeel is dat niet langer aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. Indien sprake is van de tussentijdse beëindiging van een gedwongen opname waarbij de geneeskundige verklaring eerder aangaf dat sprake is van ernstig nadeel voor een ander, kan de geneesheer-directeur een zorgmachtiging niet tussentijds beëindigen dan nadat hij overleg heeft gehad met de officier van justitie en de gemeente (5:18, vierde lid).

c. De zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke dient in ieder geval iemand te zijn die een geregistreerd beroep uitoefent als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en die behoort tot een bij regeling van de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen, verantwoordelijk voor de zorg.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de zorgverantwoordelijke de eindverantwoordelijkheid heeft voor het opstellen en uitvoeren van het zorgplan, maar dat de geneesheer-directeur uiteindelijk de formele bevoegdheden heeft om te beslissen over de duur en aard van verplichte zorg in de aanvraag voor de zorgmachtiging. Deze leden vernemen graag hoe deze verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk werkt en wat de procedure is als de zorgverantwoordelijke het niet eens is met de geneesheer-directeur en vice versa.

In de tweede nota van wijziging is de procedure gewijzigd. Het is nog steeds de zorgverantwoordelijke die het zorgplan vaststelt en uitvoert, maar het is niet langer de geneesheer-directeur die de eindverantwoordelijkheid heeft voor het verzoekschrift voor een zorgmachtiging, dat is de officier van justitie. De geneesheer-directeur adviseert de officier van justitie of hij vindt dat zorgplan voldoet aan de uitgangspunten van het wetvoorstel (artikel 5:15). Dit advies zendt hij samen met het zorgplan van de zorgverantwoordelijke naar de officier van justitie, die besluit of hij een verzoekschrift voor een zorgmachtiging wil indienen.

Zorgverantwoordelijke en Multidisciplinaire commissie

Verder constateren genoemde leden dat de zorgverantwoordelijke voor het opstellen van het zorgplan, naast de betrokkene en zijn familie, minstens een andere deskundige moet raadplegen. Zij zijn van mening dat dit ervoor zorgt dat het zorgplan meer multidisciplinair van aard wordt, maar zij vragen of een multidisciplinaire commissie verplichte geestelijke gezondheidszorg in dit licht geen zorgvuldigere, efficiëntere en snellere manier is.

Genoemde leden merken op dat de zorgverantwoordelijke soms in dubbelrol moet fungeren in een rechterlijke zitting, namelijk zowel als zorgverlener en als verzoeker om een rechterlijke zorgmachtiging. In

hoeverre wordt de zorgverantwoordelijke belemmerd in de dagelijkse zorguitvoering en behandelrelatie met betrokkene en familie in deze dubbelrol?

Het instellen van de multidisciplinaire commissie is geen snellere manier, omdat met de introductie van de multidisciplinaire commissie een extra stap in de procedure tot het al dan niet verlenen van verplichte zorg wordt ingebouwd. Een multidisciplinair zorgplan is nu ook al gewenst indien de situatie daarom vraagt.

De zorgverantwoordelijke is geen verzoeker om een rechterlijke zorgmachtiging, dat is de officier van justitie. Dat laat onverlet dat de zorgverantwoordelijke op de zitting het gevoel kan hebben om in een dubbelrol te zitten. Er is echter geen multidisciplinaire commissie voor nodig om dit probleem te reduceren. Behalve door een multidisciplinair zorgplan, kan dit probleem ook gereduceerd worden doordat de rechter zich bij de zitting door meer personen laat voorlichten dan betrokkene, de advocaat en de zorgverantwoordelijke. Daarnaast is de officier van justitie ter zitting aanwezig, tenzij evident is dat een nadere toelichting door de officier van justitie niet nodig is (artikel 6:1, vierde lid)

Door de multidisciplinaire inbreng bij het zorgplan en de mogelijke aanwezigheid van de officier van justitie kan de belasting op de behandelrelatie verminderen. De zorgverantwoordelijke blijft ter zitting aanspreekpunt van de rechter om diens vragen te beantwoorden, omdat hij het best op de hoogte is van de gezondheidstoestand van betrokkene. De zorgverantwoordelijke licht de gezondheidstoestand van betrokkene toe, maar kan nu aangeven dat er meerdere mensen zijn die de aanvraag om een zorgmachtiging steunen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het model voor een zorgplan dat de Minister van VWS kan vaststellen. De bepaling om een zorgplan op te stellen is een facultatieve bepaling. Het heeft de voorkeur indien veldpartijen zelf een model voor een zorgplan opstellen, omdat een zorgplan ruimte moet bieden voor maatwerk en flexibiliteit. Dat verhoudt zich niet goed met het tot in detail vaststellen van een model voor een zorgplan. Bovendien is in dit wetsvoorstel reeds een aantal vereisten opgenomen waaraan het zorgplan moet voldoen.

d. De onafhankelijke arts

De leden van de VVD-fractie merken op dat de onafhankelijke arts een rol speelt in de hele procedure rondom verplichte zorg. In het wetsvoorstel staat dat deze arts minimaal één jaar geen behandelrelatie met de patiënt heeft gehad. Welke zekerheid wordt hiermee gecreëerd en wat is het risico op bureaucratie?

De onafhankelijk arts moet voldoen aan de voorwaarden die het wetsvoorstel in artikel 5:7 daaraan stelt. Dat is dat het om een arts moet gaan aan wie geen beperkingen zijn opgelegd, die onafhankelijk functioneert ten opzichte van de zorgaanbieder en minimaal één jaar geen zorg heeft verleend aan betrokkene. In de tweede nota van wijziging is opgenomen dat de onafhankelijk arts alleen een psychiater mag zijn. Dit in antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de samenhang van dit wetsvoorstel met artikel 5 van het EVRM en de uitleg dat in Nederland in de context van deze regeling alleen de psychiater de medical expert mag zijn die de medische verklaring opstelt. Vereist is dat medische verklaringen door een onafhankelijke arts worden opgesteld. De regel dat de arts die de medische verklaring opstelt gedurende minimaal een jaar geen zorg verleend mag hebben aan

betrokkene, is daarmee één van de waarborgen voor onafhankelijke, onpartijdige en behoorlijke besluitvorming over verplichte zorg. Deze regeling is conform de WBopz en jurisprudentie daarover. Daarom zal er geen extra bureaucratie nodig zijn voor het naleven van deze regeling.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat wordt afgezien van de eis dat de onafhankelijke arts niet in dienst mag zijn bij de instelling. Deze leden vragen de regering toe te lichten waarom dit niet uitvoerbaar zou zijn. Zij vragen daarbij ook welke problemen er gepaard gaan met het eventueel toepassen van een roulatiesysteem. Wanneer de onafhankelijke arts niet in dienst zou mogen zijn bij dezelfde instelling, kan dat ertoe leiden dat er veel gereisd moet gaan worden. De tijd die gereisd wordt, is tijd die niet aan de behandeling van cliënten kan worden besteed. Dat is onwenselijk.

De leden van de SP-fractie omarmen de gedachte dat om te toetsen of verplichte zorg niet te vermijden is, een onafhankelijke arts wordt ingeschakeld. Het is genoemde leden echter niet duidelijk hoe er omgegaan wordt met mogelijk tegenstrijdige adviezen. Komen er bijvoorbeeld in dat geval twee tegenstrijdige adviezen in het dossier? Deze leden vernemen graag hoe in de geschetste situatie voorkomen wordt dat de rechter een medisch inhoudelijke keuze dient te maken.

De rechter moet over alle relevante informatie kunnen beschikken om een gewogen oordeel over de noodzakelijkheid van verplichte zorg te kunnen geven. Het kan zijn dat het dossier tegenstrijdige informatie bevat. Het is echter juist de bedoeling van de Wvvgz dat de rechter vanuit meerdere invalshoeken geïnformeerd wordt, opdat de rechter een volledig beeld van betrokkene kan krijgen. Nu komt het regelmatig voor dat de rechter alleen beschikt over een geneeskundige verklaring waarop hij af moet gaan. Ook komt het regelmatig voor dat een zaak helemaal niet op zitting komt, omdat er geen geneeskundige verklaring wordt afgegeven.

e. De zorgverlener

De leden van de CDA-fractie merken op dat het niet noodzakelijk is dat de zorgverlener in dienst is van de zorgaanbieder onder wiens verantwoordelijkheid de verplichte zorg wordt toegepast. Deze leden willen graag weten of dit geen problemen oplevert met het feit dat de zorgverantwoordelijke hoofdbehandelaar is en ook toezicht moet houden op de handelingen van de zorgverlener.

Bij brief van 26 april 2016 heeft de Minister van VWS u geïnformeerd over het model kwaliteitsstatuut voor de ggz (Kamerstukken II, 31 765, nr. 201). In dat model staat welke beroepsbeoefenaren in bepaalde situaties regiebehandelaar kunnen zijn en wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van een regiebehandelaar. Zo spant de regiebehandelaar zich met toestemming van de patiënt in voor een goede samenwerking en afstemming wanneer meerdere zorgaanbieders (dus zorgverleners die werken bij verschillende organisaties) bij de behandeling betrokken zijn en is hij verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk. De regiebehandelaar moet zich wel overtuigd weten van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners. Daarbij is niet van belang of deze zorgverleners bij dezelfde of bij een andere zorgaanbieder werken.

f. De zorgaanbieder

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de definitie van zorgaanbieder niet meer tegemoetkomt aan het uitgangspunt om verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

Dit wetsvoorstel gaat over verplichte zorg, waarbij verplichte zorg ultimum remedium is. Omdat dit wetsvoorstel gaat over verplichte zorg, is de definitie van zorgaanbieder aan dit begrip gekoppeld. Dat laat onverlet dat de zorgaanbieder natuurlijk ook vrijwillige zorg kan verlenen of samen kan werken met andere aanbieders om die vrijwillige zorg te verlenen om verplichte zorg te voorkomen.

Het is de leden van de PvdA-fractie onduidelijk of met de herziene begripsdefinitie van accommodatie, waarin wordt verwezen naar het gebouw en terrein van de zorgaanbieder, onnodige barrières voor het verlenen van verplichte ambulante zorg worden opgeworpen. Zij vragen in hoeverre deze definitie het verlenen van verplichte ambulante zorg faciliteert. Met de herziene begripsdefinitie van accommodatie worden geen barrières opgeworpen voor verplichte ambulante zorg. De definitie van verplichte zorg kent zelf geen onderscheid tussen ambulante zorg of zorg binnen een accommodatie. Als echter besloten wordt verplichte zorg te verlenen binnen een accommodatie, dan kunnen aan die accommodatie bouwkundige eisen worden gesteld. Ook kunnen regels worden gesteld aan de veiligheid binnen de accommodatie. Zo is voor de insluiting van cliënten is inmiddels de veldnorm insluiting ontwikkeld, waarin normen zijn opgenomen waaraan een extra beveiligde kamer moet voldoen (EBK). In de toekomst mogen cliënten alleen nog worden ingesloten in zo'n EBK. De veldnormen gelden alleen voor verbouw en nieuwbouw, er mogen daarmee geen nieuwe separeer- en afzonderingskamers worden gerealiseerd.

De zorgaanbieder stelt een beleidsplan op over de toepassing van verplichte zorg. Hoe het beleidsplan er concreet uitziet, is aan de instelling. Het ligt voor de hand dat in het beleidsplan wordt ingegaan op zowel het verlenen van verplichte zorg in de instelling als ambulante verplichte zorg. Als er op het terrein van ambulante verplichte zorg minimumnormen zijn ontwikkeld, moet de instelling daar rekening mee houden bij het opstellen van het beleidsplan.

In de tweede nota van wijziging krijgen de cliëntenraden een adviesrol bij het vaststellen van het beleidsplan. De IGZ controleert of instellingen een beleidsplan hebben. Indien niet wordt voldaan aan artikel 2:2 kan de IGZ een boete opleggen.

g. Het meldpunt oggz bij de gemeente

De leden van de D66-fractie, de PvdA-fractie en de CDA-fractie stellen een aantal vragen over de werkwijze van het meldpunt openbare geestelijke gezondheidszorg.

In de tweede nota van wijziging is de procedure voor de voorbereiding van een zorgmachtiging aanzienlijk gewijzigd. Op grond van de tweede nota van wijziging kan een ieder bij de gemeente een melding doen over een persoon voor wie de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg zou moeten worden onderzocht. De gemeente dient dan een zogeheten «verkennend onderzoek» te verrichten. Er is bewust voor een laagdrempelige manier gekozen om een dergelijke melding te kunnen doen. De regeling is een instrument dat ertoe bij moet dragen dat mensen vroegtijdig hulp kunnen krijgen, voordat er daadwerkelijk ernstig nadeel is aangericht. Ook als een burger geen relatie heeft met een betrokkene, maar het kennelijk niet goed gaat en er vermoeden is dat diegene snel geholpen moet worden, moet een melding mogelijk zijn. De gemeente

doet vanuit zijn expertise vervolgens snel verkennend onderzoek naar de noodzakelijkheid van geestelijke gezondheidszorg. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld aan dit onderzoek.

Kan de regering toelichten wanneer er naar haar mening sprake is van zogenaamde bemoeizorg en wanneer er sprake is van verplichte zorg? Genoemde leden kunnen zich namelijk voorstellen dat die scheidslijn soms heel dun kan zijn.

Verplichte zorg is altijd het ultimum remedium, dat wil zeggen, het laatste redmiddel. Alleen als alle alternatieven en ander vormen van zorg en/of begeleiding niet succesvol zijn, kan in het uiterste geval verplichte zorg worden opgelegd. Dit moet altijd gebeuren door de rechter, die hiervoor een zorgmachtiging afgeeft. Hierbij moet altijd voldaan zijn aan de wettelijke criteria: er moet een aanzienlijk risico op ernstig nadeel aanwezig zijn als gevolg van een psychische stoornis.

De vanuit de OGGZ ingezette bemoeizorg kan daartegen al eerder worden ingezet en ook als middel worden gebruikt om verplichte zorg te voorkomen. Bij bemoeizorg reageren zorgprofessionals op signalen uit de omgeving van de betrokkene, bijvoorbeeld dat het niet goed met iemand gaat. Er wordt dan geprobeerd contact op te nemen met familie, naasten en betrokkenen zelf, gezamenlijk het zorgbehoefte vast te stellen en betrokkene te bewegen vrijwillig zorg te accepteren. Het gaat wel vaak om mensen zonder ziekte-inzicht, daarom is er veel inzet om deze mensen uiteindelijk toe te leiden naar zorg. Daarom wordt de term bemoeizorg gebruikt.

Samenvattend gezegd kan succesvol ingezette bemoeizorg ertoe bijdragen verplichte zorg te voorkomen. Als alle pogingen vanuit de bemoeizorg iemand toe te leiden naar zorg zonder succes blijven en de toestand van de betrokkene blijft verslechteren, waardoor er uiteindelijk sprake is van een aanzienlijk risico op ernstig nadeel, kan een aanvraag voor verplichte zorg worden ingediend.

De leden van de D66 en PvdA fractie vragen voorts aan welke eisen dit verkennend onderzoek naar de noodzaak van verplichte zorg moet voldoen. Zij vragen ook naar de opleidingseisen van degenen die dit onderzoek gaan uitvoeren. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen eisen worden gesteld aan het verkennend onderzoek. Essentieel is dat, indien het onderzoek voor de gemeente aanleiding is om een aanvraag bij de officier van justitie te doen voor verplichte zorg, bij dat onderzoek in ieder geval medische expertise betrokken is. Daarnaast dient in dat geval in het verkennend onderzoek ook aandacht te worden besteed aan het ernstig nadeel dat een persoon mogelijk berokkent. Deze informatie heeft de officier van justitie ook nodig om te kunnen beoordelen of hij een verzoekschrift voor verplichte zorg gaat voorbereiden. Hij doet dat in nauwe samenwerking met de geneesheer-directeur en hij verstrekt de geneesheer-directeur de informatie waarover hij beschikt zodat de geneesheer-directeur het zorginhoudelijke deel van de zorgmachtiging voor kan bereiden. Daarbij kan hij ook het verkennend onderzoek verstrekken.

De leden van de CDA-fractie vragen wie de gemeente op de hoogte stelt van de beslissing van de rechter, omdat zij een accommoderende rol in dit wetsvoorstel heeft. De gemeente wordt op grond van het wetsvoorstel niet op de hoogte gesteld van de afgifte van een zorgmachtiging, tenzij de gemeente de aanvrager is. Wel wordt op grond van het wetsvoorstel de burgemeester en het meldpunt openbare geestelijke gezondheidszorg geïnformeerd over de beëindiging van een zorgmachtiging of crisismaatregel indien dit van belang is voor de deelname van betrokkene aan het

maatschappelijk verkeer (artikel 8:18). Het is niet nodig om in alle gevallen de gemeente te informeren over de beëindiging van de zorgmachtiging. Het gaat hier ook om bescherming van privacy van betrokkene.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de betrokkene of zijn vertegenwoordiger bij de geneesheer-directeur of het meldpunt oggz kunnen nagaan wie respectievelijk een verzoek tot zorgmachtiging of een melding over noodzakelijke geestelijke gezondheidszorg heeft gedaan. In de tweede nota van wijziging is opgenomen dat diegene die bij de gemeente een melding doet, anoniem kan blijven. In dat geval is voor betrokkene of zijn vertegenwoordiger niet te achterhalen wie de melding heeft gedaan.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de mogelijkheid om iemand via een meldpunt oggz toe te leiden tot verplichte zorg een uitzonderings-situatie is, maar dat het bijzondere karakter niet in de wetstekst naar voren komt. Er zijn op grond van de tweede nota van wijziging verschillende mogelijkheden om een aanvraag voor verplichte zorg bij de officier van justitie in te dienen. Iedere route om betrokkene toe te leiden naar zorg, al dan niet op vrijwillige basis, is even belangrijk. Het maakt voor de voorbereiding van de zorgmachtiging niet uit of een aanvraag via de geneesheer-directeur of via de gemeente of een andere route wordt ingediend bij de officier van justitie.

h. De advocaat

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre het wetsvoorstel voldoende borgt dat de geneesheer-directeur het direct kenbaar maakt aan de betrokkene en zijn familie als een zorgmachtiging in voorbereiding is, zodat zij vroegtijdig kunnen worden gekoppeld aan een advocaat.

Op grond van de tweede nota van wijziging is het de officier van justitie die met de voorbereiding voor een zorgmachtiging begint. Zodra hij met de voorbereiding begint, verstrekt hij, indien betrokkene geen advocaat heeft, de persoonsgegevens van betrokkene aan de rechter, zodat de rechter aan een last tot toevoeging van een advocaat kan verstrekken (artikel 5:4, eerste lid, onderdeel d). Op deze wijze is de advocaat reeds op een vroeg moment betrokken bij de voorbereiding van een verzoekschrift voor verplichte zorg.

Welke waarborgen zijn er voor de onafhankelijkheid van de advocaat? Onafhankelijk betekent hier dat de advocaat onafhankelijk opereert ten opzichte van de overheid (dus ook ten opzichte van politie en justitie) en zich laat leiden door het belang van de cliënt. Deze onafhankelijkheid is gewaarborgd, omdat alle advocaten in Nederland lid zijn van de Nederlandse Orde van Advocaten en zich moeten houden aan de geldende beroepsregels. Dat houdt in dat ze zich moeten houden aan de Advocatenwet en de regels die de Orde aan hen stelt. De regels voor de advocatuur komen voort uit de kernwaarden die gelden voor de hele beroepsgroep, te weten partijdig, onafhankelijk, deskundig, integer en betrouwbaar. Indien een advocaat zich niet aan deze regels houdt, bijvoorbeeld door zich niet onafhankelijk op te stellen, dan kan deze voor de tuchtrechter worden gebracht. Die kan een berisping of waarschuwing opleggen, maar ook tot strengere sancties overgaan door de advocaat tijdelijk of volledig uit zijn beroep te zetten.

i. De officier van justitie

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het openbaar ministerie een verzoekerrol heeft ten aanzien van een zorgmachtiging bij de rechter indien sprake is van een betrokkene die in aanraking is gekomen met politie of justitie en waarbij psychiatrische problematiek een rol speelt. Genoemde leden hebben zich gebogen over het feit dat de officier van justitie de keuze heeft om over te gaan tot strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van een zorgmachtiging bij de rechter en zij vragen hoe vaak in het verleden is overgegaan tot het verzoek om een zorgmachtiging in plaats van strafrechtelijke vervolging. In hoeverre is een combinatie van beide middelen mogelijk?

Wij kunnen u de precieze cijfers niet geven omdat dit niet wordt geregistreerd door het openbaar ministerie. Een combinatie van beide middelen is mogelijk. Dit komt tot uiting in artikel 2.3 van de Wfz, op grond waarvan ook de strafrechter voortaan een zorgmachtiging kan afgeven. Die zorgmachtiging kan worden afgegeven in plaats van, naast of aansluitend aan een straf of strafrechtelijke maatregel, waaronder een vorm van forensische zorg.

De leden van de fracties van de VVD en de PvdA hebben een aantal vragen gesteld over de bevoegdheid die de strafrechter krijgt om in voorkomende gevallen zelf een zorgmachtiging af te geven. Die vragen zien in het bijzonder op de daarbij te volgen procedure, de taakverdeling tussen de officier van justitie en de geneesheer-directeur en de rechtspositie van deze groep patiënten.

Deze nieuwe bevoegdheid voor de strafrechter is niet neergelegd in de Wvggz, maar in artikel 2.3 van de Wfz. Zorg op basis van een zorgmachtiging is reguliere zorg, ook wanneer die machtiging door de strafrechter wordt afgegeven. De Wfz schrijft dan ook voor dat een zodanige machtiging alleen kan worden afgegeven wanneer aan de criteria van de Wvggz wordt voldaan en dat daarbij de in de Wvggz voorgeschreven procedure wordt gevolgd. Die procedure was neergelegd in artikel 5:20 van de Wvggz, het zogenoemde verbindingsartikel. In de tweede nota van wijziging bij de Wvggz hebben wij die procedure en met name de taakverdeling tussen de officier van justitie en de geneesheer-directeur nader uitgewerkt en verder verduidelijkt. Daarbij hebben wij zoveel mogelijk aangesloten bij de reguliere procedure voor een zorgmachtiging. Dat houdt onder meer in dat de officier van justitie advies vraagt aan een geneesheer-directeur, die een medische verklaring opvraagt, beziet of alle vormen van vrijwillige zorg zijn uitgeput en beoordeelt of ook voor het overige aan de criteria voor verplichte zorg wordt voldaan. De geneesheer-directeur wijst ook een zorgverantwoordelijke aan, die een zorgplan en, samen met de betrokkene, een zorgkaart opstelt. De officier van justitie voegt politie-, strafvorderlijke en justitiële gegevens en andere relevante informatie toe aan het dossier. Op basis van het geheel kan zowel hij als de rechter een integrale afweging maken tussen straf, een vorm van forensische zorg en/of een zorgmachtiging. Of het opstarten van deze procedure voor een zorgmachtiging al dan niet is aangewezen, zal de officier van justitie in voorkomende gevallen beoordelen op basis van een advies van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP). Dat advies wordt ook thans al ingewonnen wanneer de officier van justitie zich geconfronteerd ziet met een verdachte die mogelijk leidt aan geestesstoornis.

Als uitgangspunt geldt dat zorg na afloop van de strafrechtelijke titel wordt voortgezet binnen het civiele zorgkader wanneer dat nodig is. In die gevallen dat sprake is van een aanzienlijk risico op ernstig nadeel voor

voor betrokkene zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen, wordt een zorgmachtiging aangevraagd. Het is de officier van justitie die het verzoek hiertoe indient bij een rechter. Er zijn geen cijfers beschikbaar waaruit blijkt hoe vaak dit gebeurt. Het betreft met name gevallen waarin een tbs-maatregel of een isd-maatregel afloopt.

Indien na afloop van de strafrechtelijke titel op grond van de Wvggz een zorgmachtiging wordt afgegeven, dan heeft de betrokkene dezelfde rechten als de patiënten ten behoeve van wie via de «reguliere» route een zorgmachtiging is afgegeven. Dat wil zeggen dat de rechtspositie individueel bepaald wordt door de zorgmachtiging. Wel geldt bij gedwongen opname op grond van een zorgmachtiging die met toepassing van artikel 2.3 Wfz is afgegeven, dat de geneesheer-directeur – behoudens een enkele uitzondering – de gedwongen opname alleen tussentijds kan beëindigen als de Minister van Veiligheid en Justitie hiermee heeft ingestemd. De Minister van Veiligheid en Justitie zal zich hiertoe laten adviseren door een onafhankelijke psychiater van het NIFP. Dit toestemmingsvereiste geldt dus alleen voor de eerste, door de strafrechter afgegeven, zorgmachtiging en niet voor mogelijke daaropvolgende zorgmachtigingen op basis van de reguliere procedure. Bij alle groepen wordt uitgegaan van de stepped care gedachte. De geneesheer-directeur toetst hier ook op. Hij moet nagaan of alle vormen van vrijwillige zorg zijn uitgeput. Uitgangspunt van de Wvggz is dat zo licht mogelijke behandeling wordt ingezet en alleen als ultimum remedium zwaardere vormen van verplichte zorg worden toegepast. De geneesheer-directeur adviseert hierover de officier van justitie.

j. De rechter

Verschillende vragen zijn gesteld over de rol van de rechter. De leden van de PvdA-fractie zijn tevreden dat juist de medische toets door een onafhankelijke arts in het wetsvoorstel uitgebreider is vormgegeven dan in de Wbopz het geval was en dat expliciet de informatie vanuit het perspectief van de betrokkene wordt meegenomen in de afweging. Deze leden vragen nog wel welke informatie er concreet wordt aangeleverd vanuit het maatschappelijk perspectief en waaruit blijkt dat een rechter de veelvuldige, vaak complexe en wellicht tegenstrijdige informatie op een juiste en tijdige manier kan beoordelen waarin het belang van de betrokkene altijd centraal staat. De leden van de SP-fractie onderschrijven de noodzaak voor een toets van een onafhankelijke arts, alvorens een besluit genomen wordt of gedwongen zorg inderdaad onvermijdelijk is. Genoemde leden vragen echter hoe in het geval van tegenstrijdige adviezen de rechter een juiste medisch inhoudelijke keuze kan maken. In dat licht zien deze leden graag een reactie op de gedurende consultatie geuite zorg dat rechters zich in toenemende mate gedwongen voelen een «witte jas» te moeten aantrekken.

De informatie vanuit het maatschappelijk perspectief kan betrekking hebben op onder meer wonen, werk of dagbesteding, inkomen en sociale relaties. Deze informatie zal veelal vanuit de ggz via het zorgplan aan het verzoekschrift voor de rechter worden toegevoegd. De zorgverantwoordelijke stelt dit zorgplan op in overleg met betrokkene en familie en naasten.

Vanuit de wens om de rechter vanuit meerdere invalshoeken te informeren, kan het zijn dat de rechter tegenstrijdige informatie ontvangt. De rechter trekt echter geen witte jas aan, want de rechter neemt geen medische beslissingen. De rechter beoordeelt in hoeverre uit de informatie uit het verzoekschrift en zijn onderzoek ter zitting volgt dat de voorwaarden voor verplichte zorg vervuld zijn. Mocht een dossier tegenstrijdige informatie bevatten, zal de rechter daar verder onderzoek

naar doen; bijvoorbeeld door bepaalde personen of deskundigen te horen. Indien de rechter van mening is dat niet kan worden vastgesteld of het aanzienlijk risico op ernstig nadeel kan worden weggenomen, kan hij in de zorgmachtiging opnemen dat een ander zorgplan moet worden vastgesteld.

Wat betreft het toezicht door de rechter: in de zorgmachtiging die de rechter verleent moet worden opgenomen hoe de geneesheer-directeur en de zorgaanbieder de kwaliteit van de verplichte zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de verplichte zorg in ambulante omstandigheden (artikel 5:17, vierde lid). De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op verplichte zorg (ook ambulante). Tegen de verlening van verplichte zorg kan een klacht ingediend worden bij de klachtencommissie, waarna vervolgens beroep bij de rechter mogelijk is.

Met de tweede nota van wijziging is bepaald dat de rechter betrokkene in eerste aanleg moet horen tenzij deze dat niet wil of daartoe niet in staat is. De rechter moet zich er van vergewissen of betrokkene al dan niet gehoord wil worden. Het moet de rechter zelf zijn die vaststelt dat betrokkene niet kan of wil gehoord worden, desnoods ter plekke, maar niet tevoren op basis van de mededeling van iemand anders of een schriftelijke verklaring van betrokkene waarvan de rechter niet weet hoe die tot stand is gekomen. Deze regeling is vergelijkbaar met de regeling onder de Wbopz, waar de rechter zich er ook zelf van moet vergewissen of betrokkene gehoord wil worden.

4. Toezicht en de IGZ

Alle fracties hebben vragen over de taken en verantwoordelijkheden die de IGZ rondom voorliggend wetsvoorstel vervult en welke instrumenten ze hiertoe kan inzetten, met name in de ambulante situatie.

De IGZ is verantwoordelijk voor het toezicht op de uitvoering van verplichte zorg en de naleving van het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel waarborgt dat de IGZ toezicht houdt op de naleving van de regels voor verplichte geestelijke gezondheidszorg. Dit neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde verplichte zorg bij het veld ligt.

De IGZ houdt op de volgende manieren toezicht:

- Incidententoezicht: Zorgaanbieders zijn volgens de Wkkgz verplicht calamiteiten te melden. De IGZ neemt deze calamiteiten in behandeling. Bij een calamiteit vraagt de IGZ de zorgaanbieder zelf onderzoek te doen. De inspectie vraagt de zorgaanbieder altijd familie/nabestaanden te betrekken bij het onderzoek. Ook kan de IGZ de zorgaanbieder verzoeken om aanvullende deskundigheid bij het onderzoek te betrekken. De inspectie beoordeelt of het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd en of de conclusies leiden tot de gewenste verbetermaatregelen om herhaling van de calamiteit in de toekomst te voorkomen. De IGZ doet dit zodat de zorgaanbieder kan leren van de gemaakte fouten.

In een aantal gevallen verricht de IGZ zelf onderzoek. Als de IGZ op basis van haar toezichtactiviteiten van oordeel is dat de zorgaanbieder niet in staat is het onderzoek uit te voeren, als er maatschappelijke onrust is over een calamiteit of als het een calamiteit betreft waarbij een patiënt tijdens of direct na de toepassing van dwang is overleden. Ook doet de inspectie straks zelf onderzoek bij calamiteiten met verplichte zorg in een ambulante setting. Voor het toezicht op verplichte zorg in een ambulante setting is van belang de algemene

maatregel van bestuur die op grond van artikel 2:4 opgesteld gaat worden en de richtlijn van het veld.

Burgers (cliënten en familieleden bijvoorbeeld) kunnen bij de IGZ altijd een melding doen; sinds juli 2014 via het Landelijk Meldpunt Zorg. Het Landelijk Meldpunt Zorg geeft advies en informatie over de afhandeling van klachten over de kwaliteit van zorg. Het Landelijk Meldpunt Zorg werkt nauw samen met de IGZ. Dagelijks vindt er intensieve informatie-uitwisseling plaats. Het meldpunt stuurt dagelijks een overzicht van alle klachten en vragen van burgers naar de IGZ. De inspectie gebruikt de informatie uit het overzicht bij haar toezicht op de zorg. Bij veel of ernstige signalen over een zorgaanbieder kan de IGZ besluiten een onderzoek te doen. Het Landelijk Meldpunt Zorg kan ook een klacht voorleggen aan de IGZ met de vraag of de inspectie een onderzoek nodig vindt. De IGZ beoordeelt aan de hand van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz of de IGZ naar aanleiding van een melding nader onderzoek doet.

- Het risicogestuurd toezicht: met haar risicogestuurd toezicht brengt de inspectie de zorgaanbieders in beeld toezicht waar mogelijk risico's zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de verplichte zorg. Voor haar risicogestuurd toezicht maakt de inspectie gebruik van verschillende gegevens over een zorgaanbieder, zoals de calamiteiten en meldingen die zij van of over de zorgaanbieder ontvangt en de risico-indicatoren die de zorgaanbieders jaarlijks aanleveren. Daarnaast zal de IGZ de halfjaarlijks aangeleverde gegevens over de toepassing van dwang betrekken bij haar risicotoezicht. Voor adequaat toezicht is het van belang dat de IGZ inzage heeft in de gegevens over de uitvoering van de verplichte zorg door de zorgaanbieders. Om deze reden bevat het wetsvoorstel een registratieplicht voor de zorgaanbieder van onder meer de aan een betrokkene verleende verplichte zorg.
- Individueel toezicht op dwangbehandelingen: De IGZ zal jaarlijks, aan de hand van vooraf vastgestelde risicocriteria, een aantal lopende dwangbehandelingen ter plaatse onderzoeken, met als doel het signaleren en verhelpen van eventuele tekortkomingen in de individuele zorgverlening en met als doel het opsporen van meer beleidsmatige verbetermogelijkheden binnen de ggz-instellingen die de gedwongen zorg toepassen.

Daarnaast verstrekt het wetsvoorstel handhavingsbevoegdheden aan de Minister van VWS. De IGZ zal deze bevoegdheden namens de Minister uitoefenen. Het gaat daarbij om de mogelijkheid een bestuurlijke boete op te leggen bij overtreding aan de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur of zorgverantwoordelijke die de regels voor verplichte zorg niet in acht neemt. Daarnaast voorziet de Wkkgz erin dat de IGZ kan optreden bij geconstateerde tekortkomingen als de goede zorg in het geding is. De IGZ kan dan bijvoorbeeld een aanwijzing geven. Wanneer zij meent dat er sprake is van individueel verwijtbaar handelen, kan zij naast eerder genoemde handhavingsmiddelen gebruik maken van de mogelijkheid een tuchtklacht in te dienen op basis van de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG), wanneer sprake is van een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar.

Het wetsvoorstel waarborgt dat de IGZ toezicht houdt op de naleving van de regels voor verplichte geestelijke gezondheidszorg. Dit neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde verplichte zorg bij het veld ligt. De verantwoordelijkheid voor de juiste uitvoering van dwang in de thuissituatie ligt bij de zorgverantwoordelijke. Voor de inrichting van het interne toezicht hierop is de zorgaanbieder verantwoordelijk en voor de uitvoering van dit toezicht de geneesheer-directeur.

Bij de concrete uitwerking van haar toezicht, ook voor toezicht in de thuissituatie, wil de inspectie aansluiten op de generieke module dwang en drang en op de normen zoals neergelegd in de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 2:4 van het wetsvoorstel. Zodra deze beschikbaar zijn, zal de IGZ inzichtelijk maken hoe zij toezicht gaat houden op verplichte zorg. Zij betreft hierbij eveneens het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken ten aanzien van artikel 3:2 op dat het beleid van de inspectie gericht is op het verbod van separatie en eenzame opsluiting. Zij vragen of dit wetsvoorstel daarmee niet achterloopt op de huidige praktijk.

Onlangs heeft de IGZ het nieuwe toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen 2016 vastgesteld. Het toetsingskader bevat de volgende hoofdthema's:

1. Preventie (separatie en afzondering voorkomen),
2. Teamcultuur: benadering en bejegening zijn cliëntgericht, herstelgerichte behandelvisie),
3. Uitvoering van separatie en afzondering (geen eenzame opsluiting),
4. Verplichte consultatie (er zijn normen gesteld voor verplichte consultatie).
5. Reductie (aan de hand van Argusgegevens en Bopz-meldingen aantonen dat aantal en duur van separaties en afzonderingen zijn teruggedrongen).

Het verbod betreft dus niet een verbod op separatie maar wel dat eenzame opsluiting niet mag voorkomen. Er zijn verschillende manieren waarop dit uitgewerkt kan worden, bijvoorbeeld via de inzet van medewerkers die ook in de separeerruimte bij of in de directie nabijheid van de patiënt blijven of via de inzet van technologie in de separeerruimte die de patiënt de mogelijkheid tot contact leggen geeft. De inzet van audiovisuele middelen in de separeer is dus toegestaan, maar deze zijn ondersteunend en kunnen nooit de persoonlijke aandacht van een hulpverlener vervangen. In het kader van goede zorg en veiligheid tijdens een separatie moet de patiënt dus altijd contact (bijvoorbeeld via een bel of een intercom) kunnen maken met de verpleging.

Bij de normen wordt aangegeven dat in een op de patiënt toegesneden plan bijvoorbeeld moet worden afgesproken: de frequentie van de fysieke nabijheid van hulpverleners (elk uur minimaal 5 minuten), de wijze waarop op andere momenten contact is met naasten of personeel (minimale frequentie ieder half uur) en de wijze waarop het toezicht wordt vormgegeven (minimaal elk kwartier controleren per camera of venster in deur). Zoals aangegeven bevat het toetsingskader de normen waaraan minimaal moet worden voldaan. Het staat GGZ-instellingen uiteraard vrij om meer dan het minimale te regelen, zoals bijvoorbeeld het inzetten van begeleide separatie of het eerder overgaan tot het inschakelen van consultatie.

Het wetsvoorstel loopt niet achter op de praktijk. Het wetsvoorstel geeft, middels de mogelijkheid tot het opstellen van een eigen plan van aanpak en de mogelijkheid om ambulante dwang toe te passen, juist meer mogelijkheden om te voorkomen dat gedwongen opname noodzakelijk is. In het wetsvoorstel staat voorop dat separeren niet wordt toegepast tenzij het niet anders kan (nee, tenzij). En als het moet worden toegepast, dan zo humaan en zo kort mogelijk.

Voor de beantwoording van de stand van zaken verwijst de regering naar de hierboven gegeven antwoorden. Op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft TNO in samenwerking met GGZ Nederland, patiënten/familieorganisaties en zorgaanbieders, een veldnorm insluiting ontwikkeld. Daarin staan eisen waaraan extra beveiligde kamers moeten

voldoen. Vanaf 15 mei 2013 mogen er in de ggz geen nieuwe separeer- en afzonderingskamers meer bijkomen. De IGZ is in gesprek met GGZ Nederland om afspraken te maken en scenario's uit te laten werken om de bestaande separeervoorzieningen op termijn buiten gebruik te stellen.

De IGZ kan beschikken over actuele gegevens over de toepassing van verplichte zorg. De zorgaanbieder moet deze gegevens digitaal bijhouden. De IGZ heeft toegang tot deze gegevens. Het wetsvoorstel schrijft voor welke gegevens de zorgaanbieder in ieder geval digitaal beschikbaar moet houden, zoals de vormen van de aan betrokkene verleende verplichte zorg en de noodzaak, de begin- en einddatum en de duur en frequentie ervan. Hierbij is de huidige Argus-gegevensset het uitgangspunt.

Daarnaast zal de IGZ periodiek (eens in de zes maanden) geaggregeerde informatie ontvangen van de zorgaanbieder als input voor haar risicotoezicht. De inspectie zal zich op grond daarvan bij de zorgaanbieders met een groter risico op onverantwoorde verplichte zorg aan de hand van dossier, registratie, informatie van de zorgverantwoordelijke en zo mogelijk een gesprek met de patiënt zelf, een oordeel vormen over de proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid, kwaliteit en veiligheid van de toegepaste verplichte zorg.

6. Vervallen van de landelijke taken en de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang

Verschillende leden vragen naar het wegvallen van de landelijke commissie. Voor zover de taken die de commissie zou uitvoeren, nu bij andere actoren zijn belegd, zijn de betreffende vragen onder die noemer beantwoord. Daarmee blijven de vragen over de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang nog te beantwoorden.

De toepassing van dwang in de psychiatrie is een onderwerp, met uiteenlopende standpunten van verschillende partijen over de wenselijkheid, mate van toepassing en type maatregelen. Het ontwikkelen van een door het veld breed gedragen multidisciplinaire richtlijn (MDR) kost tijd.

Bij aanvang heeft de werkgroep MDR uitgangsvragen opgesteld en vastgesteld, wetenschappelijke literatuur onderzocht, interviews gehouden met inhoudelijke, juridische en wetenschappelijke experts op het gebied van dwang en drang en er zijn bijeenkomsten geweest om de voortgang en inhoudelijke punten te bespreken. De MDR dwang ligt momenteel ter autorisatie voor bij de verschillende partijen.

Daarnaast loopt het traject voor de generieke module dwang. Hierin zitten de ethische uitgangspunten en kwaliteitscriteria voor dwang in de thuissituatie vevat. De multidisciplinaire richtlijn dwang en drang vormt de basis voor de generieke module dwang en drang. Met de ontwikkeling van de generieke module dwang en drang voor de patiënt, diens naasten en professionals in zowel de ambulante als de klinische ggz, komt er een door het veld breed gedragen document die de wenselijke inhoud en organisatie van de zorg beschrijft vanuit patiënt perspectief. De generieke module dwang en drang komt naar verwachting in het najaar 2016 gereed.

Dit past geheel in wat de Minister van VWS beoogt met betrekking tot kwaliteitsnormen en ook met hoe het gaat in de praktijk. Het Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz (met in het bestuur de Nederlandse vereniging voor psychiatrie, het Nederlands instituut van psychologen en het Landelijk platform ggz) ontwikkelt momenteel voor de ggz veel meer

zorgstandaarden. Mochten deze zorgstandaarden onverhoopt niet tijdig gereed komen, dan staan ze op de meerjarenagenda van het Zorginstituut Nederland (ZIN) en kan het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht inzetten.

De inzet van het ZIN komt aan de orde, indien veldpartijen er samen niet in slagen om richtlijnen en zorgstandaarden op te stellen. Daarnaast regelt het wetsvoorstel omwille van de gewenste spoed dat – indien er geen richtlijn of zorgstandaard tot stand komt of het kwaliteitsniveau van de richtlijn of zorgstandaard daartoe noodzaakt – de Minister van VWS binnen korte termijn minimumnormen kan vaststellen. Dit is vergelijkbaar met artikel 5 van de Wkkgz, dat voorziet in de mogelijkheid om (in uitzonderingsgevallen) bij algemene maatregel van bestuur wettelijke kwaliteitsnormen te stellen.

Er is niet uitgeschreven wat er in de richtlijn moet komen, omdat het veld zelf bepaalt wat er ter uitwerking van dit wetsvoorstel in de richtlijnen komt.

De overdracht van best practices vindt plaats via netwerken tussen instellingen die zijn opgezet om bestaande kennis, ervaringen en best practices te delen en uit te wisselen. GGZ Nederland organiseert regelmatig diverse bijeenkomsten rondom specifieke thema's gerelateerd aan terugdringen van dwang en drang. Daarnaast is er GGZ Connect, de community voor de geestelijke gezondheidszorg. De GGZ Connect is een digitaal platform en de plek voor ggz-professionals om over vakgerichte thema's contact met elkaar te leggen, praktijkervaringen te delen en vakgenoten te raadplegen. Documenten zoals het toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen 2016 van de IGZ, naslagwerk aangaande dwang en drang zijn daar eveneens te vinden. De informatieve website www.dwangindezorg.nl heeft als doel uitleg te geven over de Wbopz aan cliënten, familieleden en professionals die te maken hebben met onvrijwillige zorg op grond van de Wbopz. Op de website zijn ook best practices over het terugdringen van dwang en drang te vinden. In het verspreiden van goede voorbeelden kan ook het overleg tussen geneesheer-directeuren een rol spelen. Overigens wordt op dit moment ook door het Aanjaagteam verwarde personen veel casuïstiek en goede voorbeelden verzameld. Deze zijn te vinden onder www.aanjaagteam.nl.

7. Belangrijkste aanpassingen in deze nota van wijziging

Door de tweede nota van wijziging zijn de vragen onder dit kopje grotendeels achterhaald. Waar dit niet het geval is (zoals de vragen over gegevensuitwisseling, harmonisatie en continuïteit van zorg) verwijst de antwoorden die in deze nota zijn geclusterd.

8. Consultatie

De leden van de PvdA-fractie vragen naar aanleiding van de reactie van het Landelijk Platform GGZ in hoeverre de onafhankelijke arts, die de medische verklaring afgeeft en helpt bij het opstellen van het zorgplan, zijn werk onafhankelijk van de geneesheer-directeur kan uitvoeren als deze arts bij dezelfde instelling als de geneesheer-directeur werkzaam mag zijn. Of een onafhankelijk arts bij dezelfde instelling werkt of niet, maakt voor de inhoud van zijn verklaring niet uit. Hij stelt deze verklaring op vanuit zijn medisch inhoudelijke expertise. De onafhankelijke arts is overigens niet betrokken bij het opstellen van het zorgplan, omdat een vereiste aan de onafhankelijke arts is dat hij niet bij de behandeling betrokken is.

Genoemde leden snappen de praktische overweging, maar vragen of het belang van de betrokkene niet zwaarder dient te wegen. Waaruit blijkt dat het voldoende is voor het onafhankelijk handelen als de arts in het afgelopen jaar geen behandelrelatie heeft gehad met de betrokkene? Waarop is deze termijn gebaseerd? Deze termijn is gebaseerd op de huidige Wbopz en op (internationale) jurisprudentie. Deze termijn is een minimumtermijn. Omdat het om een minimumtermijn gaat, staat het de geneesheer-directeuren vrij om een praktijk te ontwikkelen waarin psychiaters pas een medische verklaring over de betrokkene mogen opstellen, na enkele jaren geen zorg aan hem verleend te hebben of nadat er niet eerder een behandelrelatie bestond.

De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat de capaciteit van crisisopvang per regio voldoende is om te waarborgen dat de betrokkene tijdens een crisismaatregel, waarbij geen sprake is van een strafbaar feit, niet in de politiecel belandt. Het is van belang onderscheid te maken tussen opvang en beoordeling. De crisisdiensten zijn verantwoordelijk voor het beoordelen van mensen op basis van meldingen die zij binnen krijgen. Zij hanteren daarbij de norm dat binnen twee uur na de melding 80% van de mensen beoordeeld is. Crisisdiensten werken outreachend en hebben niet allemaal zelf een locatie en/of plaatsen om mensen tijdelijk te behandelen. Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat de norm (beoordeling binnen twee uur) grotendeels wordt gehaald. Inmiddels wordt er in het kader van de ontwikkeling van de generieke module acute psychiatrie, gewerkt aan een meer gedifferentieerde norm waarbij afhankelijk van het type patiënt, de urgentiegraad nader wordt bepaald. Na de beoordeling door de crisisdienst kan het nodig zijn dat de betrokkene opgenomen wordt in een gespecialiseerde GGZ-instelling.

Mensen belanden vaak in een politiecel omdat bij de melding via 112, gevraagd wordt naar de politie (vanwege de openbare orde). Het is van belang dat de mensen die in crisis zijn en direct zorg nodig hebben, door de zorg (ambulance) vervoerd worden en dat er zo spoedig mogelijk beoordeeld kan worden wat er vervolgens nodig is. In de eerdergenoemde generieke module zal wordt opgenomen dat er heldere afspraken worden gemaakt over beoordelingsruimten. Daarmee wordt voorkomen dat mensen die geen strafbaar feit hebben gepleegd, in afwachting van hun beoordeling moeten verblijven in een politiecel.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar aanleiding van de reactie van de Raad voor de rechtspraak hoe de termijnen voor hoger beroep van een zorgmachtiging zich verhouden tot de mogelijkheid tot het verplicht vasthouden van betrokkenen.

Hoe ziet de procedure er concreet uit, hoelang duurt de procedure en is het proportioneel om de betrokkene gedurende het hoger beroep zijn vrijheid te ontnemen?

Borgt deze procedure voldoende dat geen betrokkene langer tegen zijn wil wordt vastgehouden dan strikt noodzakelijk is en dat de procedure duidelijk en goed uitvoerbaar is? Waaruit blijkt dit? De leden van de VVD-fractie merken op dat in het derde lid staat dat hoger beroep zo spoedig mogelijk plaatsvindt, alsmede dat zo spoedig mogelijk uitspraak wordt gedaan. Hoelang duurt dat maximaal?

De Raad voor de rechtspraak kaart ook enkele knelpunten aan waarop de leden van de CDA-fractie graag een reactie van de regering willen ontvangen. Fundamenteel is het probleem dat de wet creëert op het gebied van de rechtsbescherming door een zorgmachtiging te laten doorlopen na expiratie in geval van hoger beroep. Wat gebeurt er als de geneesheer-directeur in beroep gaat (als dat kan) tegen een afwijzende beslissing van de rechter? Loopt de oude zorgmachtiging door, ook als de rechtbank of het hof niet tijdig beslist?

Mede naar aanleiding van de leden van de verschillende fracties en de opmerkingen van de Raad van de rechtspraak is in de Wvvggz het hoger beroep geschrapt.

De leden van de CDA-fractie merken op dat in de vorige versie van het wetsvoorstel ook een mantelzorgplan stond opgenomen. Daarin kan de familie namelijk niet alleen aangeven wat zij wel wil doen, maar ook wat zij niet kan doen. Deze leden willen graag weten waarom dit uit het aangepaste wetsvoorstel is gehaald. Het opstellen van een mantelzorgplan kan altijd, maar er is voor gekozen om dit niet als verplichting op te nemen, omdat we mantelzorgers en familie geen verplichtingen willen opleggen. Zij ondersteunen de cliënt, maar dat is op vrijwillige basis.

De leden van de CDA-fractie willen weten hoe de regering staat tegenover het idee van GGZ Nederland dat de financiering van de extra taken van de geneesheer-directeur aanvullend op en separaat van de bekostiging via diagnose behandelcombinaties moet staan.

De geneesheer-directeur heeft met de tweede nota van wijziging niet langer de verzoekerrol, dus deze vraag is niet langer relevant.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering tegenover de suggestie, die tijdens het rondetafelgesprek over verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis is gedaan, staat om een nulmeting op deze terreinen te houden. Het Trimbos Instituut heeft een raming van de kosten gemaakt onder de Wbopz. Deze is in de afrondende fase.

Genoemde leden zouden graag ook een betere onderbouwing willen hebben van de financiële gevolgen van het wetsvoorstel met daarbij aandacht voor de beoogde besparingen en intensiveringen. Ook voor de taken die de gemeenten met dit wetsvoorstel erbij krijgen.

In de toelichting bij de tweede nota van wijziging zijn de financiële gevolgen van het wetsvoorstel opgenomen, inclusief de financiële gevolgen voor gemeenten.

Het College bescherming persoonsgegevens heeft opmerkingen gemaakt over de inzage van het medisch dossier door nabestaanden. Daarop is de regeling aangepast. In antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie: er is intussen een soortgelijke regeling in artikel 18b van de Wzd opgenomen.

De leden van de D66-fractie hebben vernomen dat onder meer GGZ Nederland pleit voor een landelijk registratiesysteem voor het aanvragen van zorgmachtigingen en crisismaatregelen. Hoe staat de regering tegenover zo'n landelijk registratiesysteem en aan welke privacyeisen zou zo'n systeem moeten voldoen? Met de tweede nota van wijziging bij het voorstel voor de Wvvggz is de taak om zorg te dragen voor landelijk digitaal inzicht in de zorgmachtigingen en crisismaatregelen belegd bij het openbaar ministerie. Hiervoor zullen privacy- en beveiligingseisen van een hoge classificatie gelden, passend bij de gevoeligheid van de persoonsgegevens die een combinatie zijn van justitiële en medische persoonsgegevens.

De leden van de D66-fractie stellen met de Raad voor de rechtspraak vast dat de geneesheer-directeur in zijn centrale rol voldoende toegerust moet zijn voor de ruime toebedeling van taken en bevoegdheden en vragen hoe de regering hierin denkt te voorzien. De rol van de geneesheer-directeur is in de tweede nota van wijziging herzien. In de toelichting bij de tweede nota van wijziging is een paragraaf over de kosten opgenomen.

De leden van de D66-fractie constateren dat ten behoeve van statistische of wetenschappelijke doeleinden gegevens zonder toestemming van betrokkene door de zorgaanbieder, de geneesheer-directeur, de burgemeester en de officier van justitie kunnen worden verstrekt. Deze leden vragen waarom ervoor gekozen is om niet de eis te stellen dat de betrokkene expliciet instemt. Zij achten het van groot belang dat de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene zo goed mogelijk gewaarborgd wordt. Aan gegevens die verstrekt worden ten bate van statistisch en wetenschappelijk onderzoek worden eisen gesteld in artikel 8.28 van de tweede nota van wijziging bij het voorstel voor de Wvvgg. Gegevens mogen niet gebruikt worden als de persoon hiertegen uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt. Daarnaast moet het onderzoek voorzien in waarborgen zodat de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen niet wordt geschaad. Hierbij moet gedacht worden aan vergaande anonimisering waardoor de gegevens niet tot de persoon herleidbaar zijn. En ook moet het onderzoek een algemeen belang dienen. Met deze voorwaarden meent de regering dat de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene in dit kader voldoende geborgd is.

Genoemde leden constateren dat betrokkene op advies van het Cbp tegen de verstrekking van zijn gegevens uitdrukkelijk bezwaar kan maken. De leden van de D66-fractie vragen of betrokkenen hierover worden voorgelicht en of zij altijd worden geïnformeerd wanneer hun (geanonimiseerde) gegevens beschikbaar worden gesteld. De voorlichting aan de betrokkene over de mogelijkheid om bezwaar te maken gebeurt door de betreffende instantie zelf. De noodzaak om de betrokkene te informeren over het gebruik van de geanonimiseerde gegevens is niet wettelijk voorgeschreven maar kan de instantie wel toepassen.

9. Gevolgen voor de regeldruk

De leden van de CDA-fractie merken op dat de regeldruk voor de ggz-instellingen toeneemt. Een extern onderzoek wijst uit dat de administratieve lasten voor de ggz-instellingen met € 8,7 miljoen zullen stijgen. Ook vragen zij naar de toename van de kosten voor de rechterlijke macht en ook de kosten van toevoegingen.

In de tweede nota van wijziging is opnieuw naar de administratieve lasten en meerkosten gekeken. De regering verwijst u hiervoor naar de toelichting bij de tweede nota onder paragraaf 6.

De leden van de CDA-fractie vragen met hoeveel procent de regering wil dat het aantal gedwongen ggz-patiënten daalt.

Voor het terugdringen van het aantal gedwongen ggz-patiënten worden geen na te streven percentages/streefcijfers gehanteerd.

Terugdringen van dwang en drang is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen die hierbij zijn betrokken. Deze verantwoordelijkheid is ook opgepakt door het veld, waardoor het niet nodig was om vanuit de overheid streefcijfers op te leggen. Dit heeft ook niet mijn voorkeur aangezien hier heel lastig op te sturen is.

In het wetsvoorstel Wvvgg staat het verlenen van goede zorg op maat centraal. Als algemeen uitgangspunt is geformuleerd dat bij de voorbereiding, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg, zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van betrokkene.

10. Invoering en voorlichting

De leden van zowel de VVD- als D66-fractie vragen of er voldoende implementatietermijn is aangehouden voor veldpartijen. Samen met veldpartijen is geïnventariseerd wat er nodig is om de wet zo goed mogelijk te implementeren. Op sommige terreinen (bijvoorbeeld met de ontwikkeling van normen voor ambulante dwang in de thuissituatie) zijn veldpartijen al van start gegaan, omdat de ontwikkeling veel tijd kost. Andere actiepunten kunnen pas worden opgepakt als de wetteksten definitief zijn. In overleg met veldpartijen zal worden bepaald wat een redelijke implementatietermijn is.

De leden van de CDA- en de SGP-fracties vragen hoe de regering ervoor gaat zorgen dat alle actoren die bij de uitvoering van de wet betrokken zijn goed worden voorgelicht over hun rechten, plichten, bevoegdheden en mensenrechtelijke betekenis van hun rol in het proces. Voor alle betrokken actoren geldt dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de benodigde doelgroep gerichte informatie, voorlichting en opleiding zorg te dragen. De overheid zal via de website www.dwangindezorg.nl informatie verstrekken over dwang in de zorg in het algemeen en de veranderingen die samenhangen met de wetsvoorstellen. Met name de Wbopz maar ook aanpalende wetgeving.

In antwoord op de vraag van D66 naar het gebruik van de website: de 217.000 unieke bezoekers in 2015 benadrukken de behoefte aan deze informatie. De structuur van de website zal worden aangepast voor de Wvggz en de Wzd, zodat met de inwerkingtreding van deze wetten actuele informatie voorhanden is over de wet- en regelgeving en over de wijzigingen aan alle betrokkenen. Daarnaast wordt een aantal regionale informatie- en kennisdelingsbijeenkomsten georganiseerd over de wetsvoorstellen.

11. Financiële gevolgen van het wetsvoorstel

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering aankijkt tegen extra kosten in de geestelijke gezondheidszorg als gevolg van een beweging van patiënten met forensische zorg naar de Wet verplichte ggz.

De gezamenlijke doelstelling van zowel de Wfz als van dit wetsvoorstel is het verbeteren van continuïteit van zorg aan mensen met psychische stoornissen. Een goede aansluiting tussen het strafrechtelijk kader en het civielrechtelijke/vrijwillige kader is hierbij doorslaggevend en van essentieel belang. Zo is in artikel 2.5 van de Wfz opgenomen dat zorgaanbieder zes weken voordat de strafrechtelijke titel afloopt beziet of nog aansluitende zorg nodig is. Het gaat dan bij voorkeur om vervolgzorg op vrijwillige basis, maar indien nodig dient een zorgmachtiging te worden aangevraagd. Deze kan door de strafrechter worden afgegeven met toepassing van artikel 2.3 van de Wfz. Naast deze inspanningsverplichting voor de zorgaanbieder wordt het met de Wfz ook mogelijk gemaakt voor de strafrechter een zorgmachtiging op grond van de Wvggz op te leggen in plaats van een straf of strafrechtelijke maatregel die strekt tot forensische zorg. De betrokkene dient dan wel te voldoen aan de criteria zoals deze in dit wetsvoorstel zijn neergelegd. Het is nu niet mogelijk om precies in te schatten hoeveel extra patiënten er door introductie van deze nieuwe mogelijkheid zullen instromen in de reguliere GGZ.

Verschillende fracties vragen naar de financiële gevolgen van dit wetsvoorstel. Omdat dit wetsvoorstel ingrijpend gewijzigd is, is een nieuwe kostenberekening gedaan. De regering verwijst u hiervoor naar paragraaf 6 van de tweede nota van wijziging.

12. Overig

Jongeren

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag een nadere toelichting van de regering of het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg het mogelijk maakt om aan jongeren die tot hun 18de levensjaar in een verplichtend kader zitten ook na de 18de verjaardag voor de veiligheid van de persoon in kwestie een verplichtend kader op te leggen. Aan welke voorwaarden moet dan voldaan zijn? En in welke gevallen is wel een verplichtend kader tot het 18 de levensjaar mogelijk en na de 18de verjaardag niet meer, zo willen de leden van de CDA-fractie weten.

Indien een jeugdige voor zijn achttiende levensjaar reeds op grond van een rechtelijke machtiging zorg ontvangt op grond van de Wvvgz zijn er geen belemmeringen om – voor zover dat noodzakelijk is – diezelfde zorg onder diezelfde machtiging vanaf zijn achttiende verjaardag door te blijven verlenen. Het enige verschil is dat vanaf zijn achttiende verjaardag die zorg niet meer door de gemeente op grond van de Jeugdwet zal worden vergoed, maar door een zorgverzekeraar op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of uit de Wet langdurige zorg.

Indien een jeugdige voor zijn achttiende levensjaar op grond van een machtiging gesloten jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet jeugdhulp ontvangt, dan gaat het om jeugdhulp die noodzakelijk is in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid ernstig belemmeren in situaties waarin de opnemings- en het verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. Gesloten jeugdhulp mag niet langer voortduren dan zes maanden na het bereiken van de leeftijd van achttien jaar (zie 6.1.2, vierde lid, onder d, van de Jeugdwet). Vanwege het toepassen van dwang op pedagogische grondslag, zou bij een langere duur strijd ontstaan met het EVRM. Mocht in een dergelijke situatie eveneens vanwege een psychische stoornis een noodzaak bestaan voor verplichte zorg, dan kan mogelijk vanwege die stoornis en gelet op het wettelijke kader van de Wvvgz een zorgmachtiging afgegeven worden.

Tolk

De leden van de D66-fractie constateren dat ondanks de speciale aandacht van de evaluatiecommissie er in het voorliggende wetsvoorstel nauwelijks aandacht is voor de positie van allochtone patiënten. Terwijl men vast moet stellen dat bij hen vaker dwangmiddelen en dwangbehandeling worden toegepast. Deze leden lezen in het voorliggende wetsvoorstel dat is voorzien in een recht op bijstand door een tolk voor wie de Nederlandse taal niet beheerst, maar dat die bijstand niet schijnt te gelden voor de vertegenwoordiger, de contactpersoon en de familievertrouwenspersoon. Zij vragen waarom dit recht op bijstand niet voor deze actoren geldt en hoe dit zich verhoudt tot het grotere belang dat deze actoren door de nota van wijziging wordt toegedicht.

Ten algemene geldt dat tolk- en vertaaldiensten in de gezondheidszorg sinds 2012 niet langer worden vergoed. Patiënten (of hun vertegenwoordigers) zijn zelf verantwoordelijk voor het machtig zijn van de Nederlandse taal, enkele uitzonderingen daargelaten. Een uitzondering geldt indien er sprake is van vrijheidsbeneming, of het voornemen daartoe. Op het moment dat een zorgmachtiging wordt voorbereid, heeft de betrokkene recht op een advocaat en via het Besluit vergoeding rechtsbijstand ook op (vergoeding van) een tolk.

Schadevergoeding

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe groot het schadebedrag kan zijn en hoe de term «naar billijkheid» wordt ingevuld.

De klachtencommissie kan een schadevergoeding naar redelijkheid en billijkheid opleggen. Bij de vaststelling van wat redelijkheid en billijkheid eisen, moet op grond van het bepaalde in artikel 3:12 BW rekening worden gehouden met algemeen erkende rechtsbeginselen, met de in Nederland levende rechtsovertuigingen en met de maatschappelijke en persoonlijke belangen, die bij het gegeven geval zijn betrokken. De omstandigheden van het geval zijn bepalend voor wat redelijk en billijk is. Er is geen maximum aan het bedrag verbonden dat de klachtencommissie als schadevergoeding kan vaststellen. De meeste klachten die aan de klachtencommissie zullen worden voorgelegd, zullen betrekking hebben op klachten en claims die qua schadeomvang beperkt van aard zijn. Het is daarom niet nodig geacht een bovengrens in het wetsvoorstel op te nemen voor de grootte van de te vorderen schade. Voor de meer omvangrijkere schadeclaims voortvloeiend uit toegebrachte schade aan het lichaam ligt het in de rede dat klagers zich wenden tot de geschilleninstantie, als bedoeld in artikel 18 van de Wkkgz. De geschilleninstantie is uitgerust om schadeclaims te beoordelen en te vergoeden tot een maximum van € 20.000,-. Voor het bepalen van de hoogte van die schade zal hier echter ook altijd de redelijkheid en billijkheid een rol spelen. Indien een klager een hoger bedrag wil vorderen, zal hij zich tot de civiele rechter moeten wenden.

Huisregels

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe voorkomen gaat worden dat in de huisregels vergaande beperkingen worden opgenomen die eigenlijk in de zorgmachtiging thuishoren. Hoe kan daartussen onderscheid gemaakt worden?

Zowel met betrekking tot de zorgmachtiging als met de huisregels zijn in de Wvggz grenzen opgenomen. In de tweede nota van wijziging is het artikel met betrekking tot de huisregels (8:15) verduidelijkt. De huisregels dienen – zoals ook benadrukt in de toelichting – algemeen van aard zijn, en geen nieuwe op de persoon gerichte beperkingen bevatten die onderdeel horen te zijn van het zorgplan van betrokkene. Over de zorgmachtiging is in artikel 3:2 duidelijk aangegeven waaruit verplichte zorg kan bestaan.

De huisregels worden ingevuld volgens het model dat bij regeling zal worden vastgesteld en zowel schriftelijk ter hand gesteld als mondeling toegelicht aan zowel de betrokkenen als diens vertegenwoordiger. Hierdoor is zoveel mogelijk geborgd dat in de huisregels geen verdergaande beperkingen worden opgenomen.

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

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers