

Vergaderjaar 2011–2012

**31 996**

## **Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)**

**Nr. 28**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 maart 2012

#### **Inleiding**

Op 25 januari 2012 heeft de Kamer in eerste termijn het wetsvoorstel Zorg en dwang besproken. De inbreng van de Kamerleden maakte mij duidelijk dat de gekozen richting voor het wetsvoorstel Zorg en dwang zeker de juiste is; geen onvrijwillige zorg, tenzij alle vrijwillige alternatieven zijn uitgeprobeerd en alleen onvrijwillige zorg als dat in het belang van de cliënt echt onvermijdelijk is. Tegelijkertijd maakte het inhoudelijke debat mij duidelijk dat deze hoofdlijn van het wetsvoorstel nog onvoldoende helder voor het voetlicht komt in het oorspronkelijke wetsvoorstel. Tevens stelde de Kamer op een aantal punten essentiële verbeteringen voor, die ook (constateer ik met vreugde) zeer nauw aansluiten bij mijn eigen ervaringen als hulpverlener.

De schorsing van het overleg heb ik dan ook aangegrepen om in een intensief traject van enkele weken te komen tot een verbeteringsplan voor het wetsvoorstel die, naar ik hoop, recht doet aan de door uw Kamer aangedragen suggesties. Met de nota van wijziging, die ik bijgaand aan u toezend, verwacht ik de juiste oplossingen te hebben gevonden voor de door u gesignaleerde dilemma's en verbeterpunten.

In onderstaande paragrafen beantwoord ik conform mijn toezegging in de brief van 8 februari 2012 (kamernummer 31 996 nr. 26) de door de Kamer in de eerste termijn gestelde vragen. De vragen zijn thematisch geordend en waar van toepassing verwijs ik in de antwoorden op uw vragen ook steeds naar de in de nota van wijziging voorgestelde oplossingen

## 1 Uitgangspunten van het wetsvoorstel

### 1.1 Wat levert deze wet op?

Mevrouw Voortman (GL) vraagt wat er door het wetsvoorstel Zorg en dwang wordt verbeterd ten opzicht van de huidige situatie. Dit is natuurlijk de meest essentiële vraag voor elke nieuwe wet. De essentie van deze wet is dat we met deze wet een helder afwegingskader en praktisch naleefbare normen geven aan iedereen die nu al in de praktijk van alledag te maken heeft met onvrijwillige zorg, of dat nu thuis is of in de instelling. Dit doe ik langs de volgende drie hoofdlijnen. Ten eerste wordt de stem van de cliënt beter gehoord, waarmee ik zijn positie wil verstevigen. Ten tweede hoort in het systeem gewaarborgd te zijn dat handelingsverlegenheid nooit mag leiden tot het geven van onvrijwillige zorg zonder specifieke zorgvuldigheidsprocedure (de «Nee, tenzij» benadering). Ten derde wil ik garanderen dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger maximale regie kunnen voeren, ook in de thuissituatie.

### 1.2 De «Nee, tenzij» benadering

Mevrouw Dijkstra (D66), mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en mevrouw Wolbert (PvdA) vragen zich af of deze wet niet veel te ingewikkeld is en stellen een «Nee, tenzij-wet voor. Zoals gezegd gaat dit wetsvoorstel al uit van een «Nee, tenzij» benadering, maar komt dit nog onvoldoende helder naar voren in het oorspronkelijke wetsvoorstel. Met de hier bijgevoegde nota van wijziging benadrukken we die «Nee, tenzij» benadering nog eens extra in de wet, waarmee ik hoop dat genoemde fracties zich beter in dit uitgangspunt kunnen herkennen.

In het nieuw voorgestelde artikel 8 is duidelijk aangegeven dat de zorgaanbieder de plicht heeft om voldoende mogelijkheden voor vrijwillige zorg te bieden. Daarnaast is dit artikel neergezet als een tussenfase, voordat onvrijwillige zorg mag overwogen. In die tussenfase zoekt een multidisciplinair overleg naar alle mogelijke vrijwillige zorgalternatieven. Bovendien start het nieuw ingevoegde artikel 8a met het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg een uiterste redmiddel is, dat alleen kan overwogen als er geen alternatieven voor vrijwillige zorg meer zijn. Hiermee wordt het «nee» benadrukt. Het is echter wel nodig om het «tenzij» in te vullen, en dat vraagt om de beschrijving van een zeer zorgvuldige besluitvormingsprocedure. Omdat die procedure aansluit bij termen en procedures die al bekend zijn in de langdurige zorg, verwacht ik overigens niet dat hulpverleners zullen gaan worstelen met de wet. Integendeel, mijn uitgangspunt was en is een zo eenvoudige mogelijke wet.

Mevrouw Voortman (GL) vraagt mij in dit verband om bij algemene maatregel van bestuur vast te leggen dat dwangbehandeling sluitstuk van de behandeling is en hoe, wanneer en door wie en tot welke grens deze mogen worden toegepast. Ik vind het hier genoemde uitgangspunt zo belangrijk, dat ik dat via deze nota van wijziging op het niveau van de wet zelf heb willen vastleggen in het reeds genoemde eerste lid van artikel 8a. Ook de besluitvormingsprocedure is met deze nota van wijziging veel beter uitgewerkt, waardoor het wetsvoorstel zo precies mogelijk vastlegt wat kan en wat niet kan. Daarbij was en is het uitgangspunt dat dwangbehandeling een uiterste redmiddel is. Daar bovenop geldt dat met de in artikel 10, vijfde lid, van dit wetsvoorstel genoemde algemene maatregel van bestuur nog nadere regels kunnen worden gesteld aan de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt verleend.

### 1.3 Procedurele wet, procedurele praktijk?

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vraagt zich af of het procedurele karakter van het wetsvoorstel er niet voor zorgt dat de praktijk ook procedureel gaat worden. Het omgekeerde is volgens mij het geval. De procedures in het wetsvoorstel zijn nodig om een zorginhoudelijke afweging door de hulpverleners te garanderen en zodoende te waarborgen dat onvrijwillige zorg alleen wordt toegepast als uiterste redmiddel. Om dat te benadrukken kies ik met deze vierde nota van wijziging in de artikelen 8 tot en met 8c voor een meer uitgebreide omschrijving van het stappenplan, waarin sprake is van een opschalend model van zorginhoudelijke besluitvorming over onvrijwillige zorg. Dit sluit aan bij het model zoals dat in het rapport van de Inspectie «Uitkomsten Inspectieonderzoek naar preventie van separeren 2008–2011» (december 2011) is weergegeven over separaties in de ggz. Ook in de rapportage van de denktank complexe zorg zal hierover worden geadviseerd, zo heb ik begrepen. In het nu – in de artikelen 8a, 8b en 8c – voorgestelde model worden de kwalitatieve afwegingen weergegeven die gemaakt moeten worden, zoals de risico-inventarisatie van het ernstig nadeel en de zoektocht naar alternatieve vrijwillige zorg. Hierdoor heeft het wetsvoorstel niet alleen een procedureel karakter. De afwegingen zijn in iedere stap gelijk, maar de deskundigheid die bij die afweging betrokken moet worden neemt toe, evenals de onafhankelijkheid van die deskundigen. Door te kiezen voor het nauwgezet in de wet vastleggen van de procedures inclusief de zorginhoudelijke afweging geef ik dus juist duidelijke normen en een helder afwegingskader aan het veld om via die procedures samen met de cliënt en diens vertegenwoordiger te komen tot de juiste zorginhoudelijke beslissingen.

## 2 De relatie met andere wetgeving

### 2.1 De relatie tussen wetsvoorstel Zorg en dwang en wetsvoorstel Verplichte ggz

Bijna alle fracties vragen naar de samenhang en verschillen tussen wetsvoorstel Zorg en dwang en wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. Sommigen van u vragen zich ook af of er wel aparte wetten nodig. Mijns inziens is dat wel nodig en ook uit de tweede en derde evaluatie van de Wet bopz blijkt dat er aparte wetgeving voor de mensen met dementie of een verstandelijke beperking wenselijk is. Het wetsvoorstel Zorg en dwang en het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg hebben ieder een eigen doelgroep en daarmee samenhangend een andere handelingspraktijk. Beide wetsvoorstellen zullen in de toekomst de Wet bopz vervangen, waarbij het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg richt zich op mensen met een psychische stoornis, terwijl het wetsvoorstel Zorg en dwang gericht is op mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Bij het ontwerpen van beide regelingen is vanzelfsprekend zoveel mogelijk gekozen voor dezelfde uitgangspunten:

- de zorg is het uitgangspunt, toepassen van dwang een uitzondering;
- beide regelingen zijn persoonsvolgend in plaats van locatiegebonden
- de opzet is gericht op het beschrijven van een heldere procedure en afwegingskader, in plaats van voor te schrijven wat in welke situatie geldt.

Naast deze uitgangspunten, is ook op details zoveel mogelijk gezocht naar harmonisatie tussen beide wetsvoorstellen. Met deze vierde nota van wijziging wordt dat bijvoorbeeld zichtbaar op het onderdeel van de cliëntvertrouwenspersoon en het registreren van onvrijwillige zorg (waarop ik later verder zal ingaan). Bij het zoeken van die afstemming is

overigens inderdaad een complicerende factor dat het wetsvoorstel Verplichte ggz momenteel wordt aangepast.

De verschillen tussen de beide doelgroepen maken het echter ook nodig om op een aantal punten verschillen aan te brengen tussen de wetsvoorstellen, om recht te kunnen doen aan de eigenheid van die groepen. Een groot deel van de mensen met dementie of een verstandelijke beperking kan zijn wil niet of onvoldoende uiten. Dit maakt de dynamiek tussen zorgverlener en cliënt anders dan die tussen de gemiddelde ggz-cliënt en diens behandelaar. De afhankelijkheidsrelatie is continu en sterker aanwezig en dat maakt dat het bieden van rechtsbescherming voor deze groepen dus soms op een wat andere manier moet worden vormgegeven. Dat vraagt soms om andere procedures, actoren en afwegingen. De verschillen tussen beide regelingen hebben hiernaast te maken met het karakter van de zorg aan de verschillende doelgroepen. De zorg aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking is voor de rest van het leven en levensbreed. Anders dan in de (curatieve) ggz is het daarbij geen haalbaar doel om de aandoening van de cliënt te genezen en dit geeft de zorg ook een ander karakter. Dat heeft ook zijn weerslag op beide wetsvoorstellen en is één van de redenen waarom twee aparte wetsvoorstellen nodig zijn.

Door enkele veldpartijen is er op gewezen dat de rechtsbescherming van de cliënt in het wetsvoorstel Verplichte ggz beter zou zijn dan in het wetsvoorstel Zorg en dwang. Mevrouw Leijten (SP), mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) hebben hierover vragen gesteld. In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik een ruime betekenis gegeven aan het begrip rechtsbescherming. Ik versta daaronder zowel de traditionele rechtsbescherming in de zin van mogelijkheden om te protesteren of klagen over toegepaste vormen van onvrijwillige zorg, als de procedurele waarborgen aan de «voorkant». Als het gaat om de traditionele rechtsbescherming dan is er geen onderscheid. In beide wetsvoorstellen is er de interne en externe klachtenprocedure met daarnaast de mogelijkheid van beroep bij de rechter.

Voor wat betreft de bredere bescherming, of versterking van de positie van de cliënt, is iedere vergelijking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg scheef, omdat de mensen die het betreft simpelweg anders zijn. Ik heb in het wetsvoorstel Zorg en dwang en zeker ook in de vierde nota van wijziging gekozen voor die procedures en middelen die het beste bij de doelgroep passen. Ik ben van mening dat de positie van deze kwetsbare cliënten daarmee optimaal is, passend bij de aard van de doelgroep en het karakter van de zorg. De zorgvuldige afwegingsprocedures, waarbij sprake is van een opschalend model van deskundigheid, oplopend tot een externe consultatie, garanderen dat hulpverleners binnen de zorgcontext blijven zoeken naar alternatieven.

Anders dan bij de ggz is in het wetsvoorstel Zorg en dwang een rechterlijke toets vóóraf alleen voorzien voor de gedwongen opname. Dit vindt zijn oorzaak in het feit dat mensen met dementie of een verstandelijke beperking anders zijn; zoals ik hierboven reeds heb aangegeven kent deze doelgroep door hun zorgbehoefte vaak beperkingen in de uitdrukkingsvaardigheid, waardoor de dynamiek tussen zorgverlener en cliënt een andere is. Met het in de vierde nota van wijziging opgenomen opschalende model van besluitvorming willen we onvrijwillige zorg voorkomen, of in een vroeg stadium laten eindigen. Een gang langs de rechter past daar niet bij. Zeker gezien de brede definitie van onvrijwillige zorg en het grote aantal mensen dat onder de reikwijdte van het wetsvoorstel valt, zie ik een rechterlijke toets op onvrijwillige zorg vooraf als onwenselijk. Het

zorgt voor vergaande vertraging in het verlenen van zorg en kan de zoektocht naar alternatieven belemmeren. Daarnaast is het praktisch onhaalbaar om alle beslissingen door de rechter te laten toetsen, gezien de nu al aanwezige grote belasting van de rechterlijke macht.

Voor de goede orde: dit betekent niet dat de rechtsbescherming van de cliënt onder dit wetsvoorstel slechter is dan in de ggz. Het wetsvoorstel kent ook de mogelijkheid van een rechterlijke toets op de rechtmatigheid van onvrijwillige zorg; dat is mogelijk na het oordeel van de klachtencommissie, die binnen twee weken een beslissing moet nemen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA) vraagt of het onderscheid tussen wetsvoorstel Verplichte ggz en wetsvoorstel Zorg en dwang niet moeilijker zal worden aangezien er bij nota van wijziging is opgenomen dat niet de stoornis maar het gedrag als gevolg van die stoornis de rechtsgrondslag is. Ook in het wetsvoorstel Verplichte ggz gaat het om het *gedrag* van een persoon als gevolg van zijn stoornis. Op dit punt bestaat er nu dus juist geen onderscheid meer tussen beide wetsvoorstellen.

Mevrouw Dijkstra (D66) vraagt of een schizofrene man met dementie van 70, 75 jaar oud, die al in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, onder de wet Zorg en dwang of onder de wet Verplichte ggz zou gaan vallen. Een ggz-instelling valt onder de wet Verplichte ggz, en instellingen die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking of dementie onder de wet Zorg en dwang. De twee typen instellingen hebben ieder een specifiek wetgevend kader, en de plek waar iemand zich bevindt is leidend voor de vraag welke wet van toepassing is. Bij mensen met een dubbelproblematiek, zoals bovenstaande meneer met dementie en schizofrenie, zal per persoon worden beoordeeld welke setting of zorgomgeving de juiste is voor deze cliënt: een ggz-omgeving of een zorgomgeving die meer gericht is op ouderenproblematiek. Uiteraard wordt in de setting waarin een persoon wordt geplaatst gezorgd voor de betrokkenheid van de juiste deskundigheid. De beoordeling van de setting die het beste bij de cliënt past vindt vaak plaats in gezamenlijkheid tussen cliënt of vertegenwoordiger, betrokken zorgaanbieders en CIZ, dat de juiste AWBZ-indicatie moet stellen. Afhankelijk van de plaatsing in een bepaalde zorgsetting volgt dan weer welke wet van toepassing is. Per setting geldt slechts één wettelijk regime. Beide wetten bevatten hiervoor afstemmingsbepalingen. Mevrouw Bruins Slot (CDA) vraagt of een persoon met een verstandelijke beperking die diabetes heeft en geen cola mag drinken ook onder de wet Zorg en dwang valt. Iemand met een verstandelijke beperking die diabetes heeft en geen cola mag drinken, valt inderdaad onder de wet Zorg en dwang. Voordat het komt tot een verbod op cola, zal er krachtens de wet zijn gezocht naar vrijwillige alternatieven. Light cola, of een andere aanpassing van de diabetesbehandeling, ligt in dit geval voor de hand waardoor van onvrijwillige zorg geen sprake meer is.

## *2.2 De relatie tussen de wet Zorg en dwang, wet Cliëntrechten zorg en Beginselenwet AWBZ*

Mevrouw Bruins Slot (CDA) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen hoe de wet Zorg en dwang zich verhoudt tot het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg en het voorstel Beginselenwet AWBZ. Mevrouw Wolbert (PvdA) wijst daarbij op de noodzaak tot harmonisatie. Dat is een terecht punt. Alle drie de wetten zullen naast elkaar bestaan, omdat zij wezenlijk verschillende zaken regelen, maar gaan uiteraard uit van dezelfde uitgangspunten en zijn (en worden) zoveel mogelijk geharmoniseerd. Het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg is de meest brede en algemene wet met rechten voor cliënten. Deze wet is van toepassing

op *alle* zorg en het is een algemene wet die de rechten en plichten regelt van de cliënt en de zorgaanbieder. De wet gaat uit van vrijwillige zorg en slechts in specifieke situaties is zorg zonder toestemming toegestaan. Het gaat dan in hoofdzaak om omstandigheden waar de tijd ontbreekt voor het vragen van toestemming en onmiddellijk zorg nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan iemand die na een ongeval bewusteloos een ziekenhuis binnenkomt en met spoed moet worden geopereerd. Dit is een algemene regeling die op alle vormen van zorg van toepassing is. Als het gaat om AWBZ-zorg aan een specifieke categorie van cliënten, te weten mensen met dementie of een verstandelijke beperking, dan is voor het verlenen van zorg én onvrijwillige zorg het wetsvoorstel zorg en dwang van toepassing. Ten opzichte van de wet Cliëntenrechten zorg is het een bijzondere wet. In het wetsvoorstel zijn waarborgen opgenomen die de wet Cliëntenrechten zorg aanvullen op het gebied van zorg. Zo is het recht op een zorgplanbespreking uit de wet Cliëntenrechten zorg in het wetsvoorstel Zorg en dwang neergezet als een absolute norm: alle zorg is terug te vinden in het zorgplan. Ook is er voorgescreven wat een minimale frequentie van evaluatie van het zorgplan zou moeten zijn. De reden hiervoor is weer te herleiden tot de kwetsbaarheid van deze doelgroep, waardoor de afhankelijkheidsrelatie sterker is en er een andere vorm van bescherming nodig is. De regels van de wet Cliëntenrechten zorg blijven van kracht, voor zover deze niet expliciet worden uitgezonderd in de wet Zorg en dwang.

De Beginselenwet zorginstellingen breidt de algemene rechten uit de wet Cliëntenrechten zorg voor een deelgroep uit met inhoudelijke rechten over het dagelijks leven in een instelling. De bepalingen uit de Beginselenwet zullen dus ook gelden voor degenen die onvrijwillige zorg binnen een instelling ontvangen. Het zelfbeschikkingsrecht is onderdeel van goede zorg en via de Beginselenwet zorginstellingen wil ik dat nog meer tot uitdrukking laten komen. In de Beginselenwet zal worden geregeld over welke onderwerpen afspraken worden gemaakt in het zorgplan. Het zelfbeschikkingsrecht kan echter geen absoluut uitgangspunt zijn. Mensen met dementie of een verstandelijke beperking leven niet uitsluitend op zichzelf, maar ontvangen in hun dagelijks leven zorg van een zorgaanbieder die de plicht heeft verantwoorde zorg te leveren. Dit kan soms leiden tot situaties waarin de zorgverlener zich afvraagt: doe ik het goed wanneer ik de cliënt nu in zijn geuite wens volg, of doe ik het goed als ik hem bescherm tegen ernstig nadeel of ontluistering? Het wetsvoorstel Zorg en dwang voorziet in een keuze-instrument als dit ethisch dilemma zich voordoet in de zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking of dementie. Hierbij geldt nog steeds dat altijd moet worden gezocht naar keuzemogelijkheden voor de cliënt. De regie moet zoveel mogelijk bij de cliënt worden neergelegd. Dit kan door afspraken te maken over de inrichting van het dagelijks leven, over daginvulling en over de manier waarop de zorg daarop aansluit. Dit geldt ook voor de situaties waarin soms gedwongen of onvrijwillige zorg wordt verleend.

### *2.3 De relatie tussen wetsvoorstel Zorg en dwang en internationale wetgeving*

Mevrouw Voortman (GL) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen naar de verhouding tussen het wetsvoorstel en het VN-gehandicapten verdrag. In de schriftelijke voorbereiding is – en terecht – uitgebreid aandacht geweest voor het VN-Gehandicaptenverdrag. Ook door de CG-raad is gewezen op een mogelijke strijdigheid van dit wetsvoorstel met artikel 14 van het VN- verdrag.

Nederland heeft het VN- Verdrag ondertekend en de doelstelling en uitgangspunten van het VN-verdrag – laat daar geen misverstand over zijn – worden door Nederland onderschreven. Artikel 14 van het Verdrag bepaalt dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt. In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik daarom aangegeven dat niet de handicap als zodanig – het zijn van een persoon met een verstandelijke beperking – de reden voor interventie is. Het gaat om het *gedrag* dat iemand vertoont c.q. het al dan niet beseffen wat dat gedrag betekent, en het ernstig nadeel dat dit gedrag kan veroorzaken. Met de derde nota van wijziging is dit beter in het wetsvoorstel verwoord en zijn hopelijk mogelijke misverstanden uit de weg geruimd.

### **3 Wetgevingsvraagstukken**

#### *3.1 De wettelijke grondslag voor vrijheidsbeneming*

Mevrouw Leijten (SP) vraagt naar de grondslag voor vrijheidsbeneming in het wetsvoorstel. In de memorie van toelichting en in de nota naar aanleiding van het verslag is uitgebreid ingegaan op de verhouding van dit wetsvoorstel tot grondrechten en verdragen. Inderdaad, de Grondwet bepaalt dat niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen buiten de gevallen *bij of krachtens de wet*. Het EVRM kent een soortgelijke bepaling. De wettelijke basis die volgens de Grondwet vereist is, is nu juist dit wetsvoorstel. Zoals ik ook in de toelichting op de vierde nota van wijziging aangeef: het is de invulling van «tenzij» uit het «nee, tenzij-principe».

#### *3.2 Verstandelijke handicap of mensen met een verstandelijke beperking?*

Mevrouw Bruins Slot (CDA) vraagt waarom voor de term verstandelijke handicap is gekozen in het wetsvoorstel. Ik ben het er helemaal mee eens dat deze term verouderd is. En als het goed is zult u mij dan ook alleen horen spreken over mensen met een verstandelijke beperking. Bij het schrijven van het wetsvoorstel zijn we in eerst instantie ook uitgegaan van die term, maar dat bleek zoveel wetswijzigingen in andere wetten (o.a. in de AWBZ) noodzakelijk te maken dat we er – voor deze wet- van hebben afgezien. Bovendien sluit de definitie in de AWBZ aan bij internationale definities, waar de term «beperking» nog niet voorkomt.

#### *3.3 Ernstig nadeel*

Mevrouw Leijten (SP) en Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen zich af of het niet beter is om in plaats van de term «ernstig nadeel» de term «gevaar» uit de Wet bopz te handhaven. Vooropgesteld zij dat het criterium ernstig nadeel inhoudelijk niet lichter is dan het nu geldende gevaarcriterium en zal niet leiden tot meer willekeur. De invulling die er in het wetsvoorstel Zorg en dwang aan is gegeven, komt voor een groot deel overeen met de invulling die in de Wet bopz aan gevaar wordt gegeven. Dat blijkt uit de manier waarop ernstig nadeel in beide wetten inhoudelijk is omschreven. Er is hier gekozen voor de term ernstig nadeel, omdat het gevaarcriterium uit de Wet bopz niet volstaat bij de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Gevaar werd en wordt door verzorgenden in de praktijk vaak ingevuld als «levensgevaar», waardoor situaties makkelijk konden escaleren voordat een interventie werd ingezet. Door de escalatie moest dan ook vaak voor een onnodig zware vorm van interventie worden gekozen. Een voorbeeld is iemand met dementie die dwaalgedrag vertoont of bijzonder onrustig is. Hij staat voortdurend bij de deur. Bij goede zorg hoort dan vanzelfsprekend dat de verzorging deze cliënt niet bij de voordeur laat staan, maar erachter probeert te komen waar de onrust vandaan komt.

Afgestemd op de specifieke behoefte van de cliënt worden hem activiteiten aangeboden bieden waardoor hij zich prettig en veilig voelt, maar soms lukt het niet, en wil een cliënt koste wat kost de straat op. Uiteraard heeft de verzorging dan eerst uitgeprobeerd of deze cliënt gewoon een blokje om loopt en de weg terug weet te vinden, dan wel echt gaat dwalen. In het laatste geval kan dat leiden dat tot de vraag of er dan voor mag worden gekozen de voordeur af te sluiten. Loopt een cliënt gevaar als hij de straat opgaat? Als je uitgaat van levensgevaar, dan is dat pas aanwezig als er sprake is van een drukke weg, of van vrieskou. Maar als je gaat kijken naar menselijke waardigheid, dan wil je als zorgverlener een cliënt niet in de situatie brengen dat hij angstig en gedesoriënteerd over straat dwaalt. Op dat moment wordt voldaan aan het ernstig nadeel criterium. Wanneer een zorgverlener die situatie wil voorkomen, zou dat er bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat er wordt afgesproken in het zorgplan om deze cliënt niet alleen naar buiten te laten gaan. De receptie vangt hem op, of wanneer er geen receptie aanwezig is, blijft de voordeur afgesloten. De term «ernstig nadeel» sluit dus veel beter aan op de situatie en gedrag van mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Op een aantal punten is het criterium «ernstig nadeel» meer toegespitst, bijvoorbeeld het onderdeel «ernstig in zijn ontwikkeling worden geschaad, al dan niet onder invloed van een ander.» Dat heeft betrekking op de problematiek van meisjes met een lichte verstandelijke beperking, die te maken krijgen met pooierboys. Samenvattend, met de keuze voor de term «ernstig nadeel» is het voor de hulpverleners in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking veel duidelijker wanneer onvrijwillige zorg als uiterste redmiddel te overwegen is en wanneer zeker niet.

### *3.4 Proportionaliteit en juridisering*

Naar aanleiding van de introductie van het criterium van ernstig nadeel in het wetsvoorstel vraagt mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) om een nadere toelichting van het proportionaliteitsbeginsel. Met de nieuwe vierde nota van wijziging heb ik dit beginsel sterker gewaarborgd in de wet, in het voorgestelde artikel 8a, tweede lid, onder c.

Mevrouw Bruins Slot (CDA) vraagt of ik met dit wetsvoorstel de ambitie heb dat mensonterende situaties tot het verleden gaan behoren. Die ambitie heb ik en ik hoop dat die ambitie bij de vierde nota van wijziging ook duidelijk zichtbaar wordt. Met wetgeving zorgen we voor voldoende juridische waarborgen om ervoor te zorgen dat vrijheidsbeperkende maatregelen niet meer onjuist of onrechtmatig worden toegepast. De ingezette cultuurverandering, waarop ik later terugkom, geeft voldoende instrumenten aan de praktijk om te zoeken naar alternatieven, om intervisiegroepen op te zetten en om scholing te krijgen. De heer Van der Staaij (SGP) vraagt in dit verband in hoeverre de maatregelen die in het wetsvoorstel staan effectief zijn in de praktijk en wat het risico op verdere juridisering en bureaucratisering is. Het wetsvoorstel is geschreven in overleg met mensen uit de praktijk en gaat uit van termen, procedures en actoren die in de praktijk al gebruikt worden. Juist door te kiezen voor een wetsvoorstel dat is toegespitst op de kenmerken van deze doelgroep wordt juridisering voorkomen. De insteek is om op een werkbare manier de toepassing van onvrijwillige zorg, via duidelijke normen, terug te dringen. Dat zal voor een aantal instellingen, die nog niet anders zijn gaan denken over zorg in vrijheid voor hun cliënten, een forse omslag betekenen.



### *3.5 Wilsonbekwaamheid*

Mevrouw Bruins Slot (CDA), mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen welke eisen worden gesteld aan iemand die vaststelt of een cliënt wilsonbekwaam is en hoe de rechtsbescherming daarbij is geregeld. Mevrouw Dille (PVV) stelt op dit punt een amendement voor, waarin onder meer het uitgangspunt werd vastgelegd dat de cliënt zelf beslissingsbekwaam is. Ik deel dat standpunt, en neem het amendement in die zin over door een wijziging van artikel 3 voor te stellen. Het uitgangspunt van dit wetsvoorstel is de beslissingsbekwaamheid van de cliënt. Alleen voor specifieke beslissingen waarvoor de cliënt niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen, kan op grond van dit wetsvoorstel toegekomen worden aan het vaststellen van wilsonbekwaamheid of liever, beslissingsbekwaamheid. Op deze manier wordt voorkomen dat de cliënt voor het totaal aan zorgverlening onbekwaam wordt verklaard en dus niet meer betrokken wordt bij beslissingen die hij wel degelijk kan nemen. Om te kunnen garanderen dat de juiste deskundigheid daarbij wordt betrokken, is in de vierde nota van wijziging artikel 3 aangescherpt: het oordeel over de beslissingsbekwaamheid wordt neergelegd bij een daartoe deskundig persoon volgens de daartoe gangbare richtlijnen. Indien het overleg over de beslissingsbekwaamheid niet tot overeenstemming leidt, neemt de bij de zorg betrokken arts de uiteindelijke beslissing.

### *3.6 Bijzondere bevoegdheden voor de wethouder in wetsvoorstel Zorg en dwang*

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vraagt om een nadere toelichting op de bijzondere bevoegdheid in de Wet zorg en Dwang voor de wethouder. Onvrijwillige opname zonder rechterlijke machtiging is in een crisissituatie mogelijk met een beschikking tot lastgeving van de burgemeester. De burgemeester kan de uitoefening van deze bevoegdheid mandateren aan een wethouder. Ik wijs er op dat ook in de Wet bopz al eenzelfde bepaling voorkomt en dat ook nu vaak de wethouder die taak gemandateerd heeft gekregen. Een burgemeester is bevoegd tot mandaatverlening. Dit wetsvoorstel stelt daaraan wel de beperking dat niet op lager niveau dan de wethouder mag worden gemandateerd.

### *3.7 De rol van het CIZ en de rechter*

Mevrouw Bruins Slot (CDA) en mevrouw Dille (PVV) vragen of de rol van het CIZ bij onvrijwillige zorg een voldoende borging is voor een deskundig en onafhankelijk oordeel. Mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen hoe we borgen dat de overheid via het CIZ geen te grote inbreuk op het leven van mensen kan maken, gezien de twee petten die het CIZ heeft. Graag zet ik hier iets recht over de rol van het CIZ. Een cliënt die beslissingsbekwaam is, krijgt niet met het CIZ te maken in deze rol. Die cliënt krijgt uitsluitend een AWBZ-indicatie van het CIZ en beslist zelf wat hij daar mee doet. Voor mensen die niet meer willens en wetens kunnen uitspreken dat zij opgenomen willen worden, is er een extra waarborg om te voorkomen dat mensen zomaar naar een gesloten afdeling verdwijnen. Die waarborg is er al sinds de inwerkingtreding van de Wet bopz en houdt in dat het CIZ een indicatie afgeeft voor opname en verblijf, indien een cliënt zijn bereidheid niet meer kan uitspreken, maar zich ook niet tegen opname verzet. Het CIZ toetst in deze procedure dus of een cliënt zich niet verzet tegen opname, om te voorkomen dat familieleden op deze manier de rechter omzeilen. Is er sprake van verzet, dan heeft het CIZ geen verdere

rol en geeft dus ook geen indicatie af, maar buigt de rechter zich erover. Is er géén sprake van verzet, dan kijkt het CIZ of de zorg echt niet meer op andere wijze dan via opname kan worden geboden, omdat opname toch heel ingrijpend is (maar de cliënt zijn oordeel daarover niet (meer) kan uitspreken). Naar mijn mening is het CIZ op dit moment de onafhankelijke instantie met heel veel kennis over individuele cliënten met dementie of een verstandelijke beperking. Het CIZ voert de huidige Bopz-toets mijns inziens zorgvuldig uit en om die reden handhaaf ik de huidige procedure.

Om ervoor te zorgen dat het CIZ de juiste expertise inzet bij het beoordelen van het verzet, heb ik in de vierde nota van wijziging een extra bepaling opgenomen. Onderdeel W van de nota van wijziging voegt een bepaling toe aan artikel 17, die het CIZ verplicht om in geval van twijfel een beoordeling aan te vragen bij een door mij aan te wijzen groep van deskundigen.

In één opzicht krijgt het CIZ er een administratieve taak bij in de procedure rond de rechterlijke machtiging. Het CIZ maakt het dossier in orde waarmee de rechterlijke machtiging wordt aangevraagd en zorgt voor de benodigde onafhankelijke verklaring van een deskundig arts. Met klem wil ik benadrukken dat het geen inhoudelijke taak is; het CIZ oordeelt niet over onvrijwillige opname en vraagt die ook niet uit zichzelf aan. Het ontlasten van familieleden is de reden voor deze wijziging. In de huidige Wet bopz moet het verzoek tot een machtiging worden gedaan bij de Officier van Justitie die vervolgens de aanvraag bij de rechter doet, maar is niet geregeld wie het dossier aandraagt. In de praktijk is het vaak de familie die voor het dossier moet zorgen en die taak is voor familieleden erg belastend.

Mevrouw Leijten (SP), mevrouw Dijkstra (D66) en mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) vragen mijn mening over de stelling dat bij gedwongen opname in alle gevallen de rechter of een commissie dient te toetsen. Ik ben met deze leden eens dat gedwongen opname altijd via de rechter moet lopen. Daarin mag de rechtspositie van mensen niet verschillen. In het wetsvoorstel is dit dan ook zo geregeld. Daarbij wordt gedwongen opname gezien als opname waartegen de cliënt zich verzet. Een zorgaanbieder mag een cliënt die zich tegen opname verzet alleen opnemen indien daarvoor een rechterlijke machtiging is afgegeven. Zoals hierboven uiteen is gezet, is er echter ook een groep cliënten die zich niet (meer) willens en wetens kan uitspreken voor opname, maar zich daar ook niet tegen verzet. In de meeste Europese landen wordt opname dan gezien als vrijwillige opname. Omdat het hier een kwetsbare groep betreft, die maximale bescherming verdient, is er al in de Wet bopz voor gekozen een extra opnametoets via het CIZ te laten plaatsvinden en die procedure wordt in het huidige wetsvoorstel gehandhaafd.

### *3.8 Strafbepalingen in het wetsvoorstel*

Mevrouw Dille (PVV) vraagt om een meer concrete toelichting op de strafbepaling in het wetsvoorstel. De artikelen 51 en 52 van het wetsvoorstel omschrijven welke overtredingen strafbaar zijn: het betreft onvrijwillige vrijheidsbeneming zonder dat daarvoor de in deze wet gestelde procedures zijn doorlopen. Wie in zo'n geval strafrechtelijk vervolgd zal worden, hangt af van de casus. Zowel de zorgaanbieder als de zorgverantwoordelijke kunnen vervolgd worden, maar ook ieder ander die daar op enigerlei wijze aan mee heeft gewerkt.

### 3.9 Evaluatie van de wet

Mevrouw Dijkstra (D66), mevrouw Dille (PVV), mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen of er een evaluatie van de wet gepland is en op welke termijn. Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink stelt een amendement voor op dit punt. Ik heb dit voorstel in de vierde nota van wijziging onder onderdeel DD overgenomen, omdat ik het ermee eens ben dat evaluatie van de wet noodzakelijk en wenselijk is. Wel moet er enige ruimte zijn om ervaring met de wet op te doen en ook een evaluatieonderzoek zelf kost enige tijd.

Mijn voorkeur gaat er naar uit om de eerste evaluatie drie jaar na de inwerkingtreding van de wet naar de kamer te sturen. In de daaropvolgende periode zou er dan eens in de vijf jaar een evaluatie kunnen plaatsvinden.

## 4 Zorginhoudelijke punten

### 4.1 Onderscheid op basis van de zwaarte van de onvrijwillige zorg

De heer Van der Staaij (SGP) vraagt waarom er geen onderscheid is gemaakt naar de mate van vrijheidsbeperking, daarnaast vraagt hij in hoeverre hier sprake is van een te zware regeling voor lichte maatregelen en een te lichte regeling voor zware maatregelen. Onvrijwillige zorg is bewust breed opgevat, allereerst om de positie van deze kwetsbare groep zo sterk mogelijk te maken. Wanneer je levenslang en levensbreed afhankelijk bent van zorg, kunnen de zaken die wij als «licht» zouden willen kwalificeren ineens veel zwaarder worden. Dat is ook precies wat ik als advies kreeg vanuit de belangenorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking, ter voorbereiding op dit wetsvoorstel. In de vierde nota van wijziging wordt aan de zorg van de heer Van der Staaij tegemoet gekomen, doordat er is gekozen voor een opschalend model. Vormen van onvrijwillige zorg die makkelijk kunnen worden afgebouwd, of waarvoor veel alternatieven in de zorgverlening mogelijk zijn, komen niet verder dan de eerste stap van het model. Indien er sprake is van langdurig ingrijpen in de vrijheid van een cliënt worden steeds meer deskundigheden betrokken die steeds verder van de directe zorgverlening afstaan. Daarnaast constateer ik dat we eigenlijk onvoldoende weten hoe de verschillende vormen van onvrijwillige zorg worden ervaren door cliënten zelf. De invulling van wat lichte en zware maatregelen zijn, wordt sterk ingevuld vanuit ons eigen perspectief. Om een voorbeeld te noemen: is een kwartier vast in een Zweedse band erger dan regelmatig verplicht moeten douchen, waarbij twee verzorgenden je in de gaten houden? Om de kennis over de ingrijpendheid van de maatregelen te vergroten zal ik op korte termijn een onderzoek starten naar de wijze waarop cliënten onvrijwillige zorg ervaren.

### 4.2 Het stappenplan: hulpverlener, multidisciplinair overleg en uitgebreid deskundigenoverleg

Mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) vraagt hoe we in de praktijk kunnen voorkomen dat het in het oorspronkelijke wetsvoorstel voorgestelde multidisciplinaire overleg een mandateringscircus wordt en vraagt ook hoe we kunnen borgen dat de wet niet lichtvaardig wordt ingezet. Het antwoord op beide vragen is gelegen in het in de vierde nota van wijziging opgenomen stappenplan waarin ook de kwalitatieve afwegingen zijn weergegeven die moeten worden gemaakt. Ik verwijs daarvoor naar de artikelen 8 tot en met 8c van de nota van wijziging. De stappen die moeten worden gezet en dwingen hulpverleners, of zo u wil, nemen ze aan de hand om bij elke stap goed na te denken of onvrijwillige zorg echt

nodig is. Doordat via het zorgplan duidelijk moet worden welke afwegingen zijn gemaakt, wordt toetsbaar of er sprake is van een lichtvaardige, en daarmee ontoelaatbare inzet van onvrijwillige zorg. Uiteindelijk wordt zo getrechterd naar de meest uitzonderlijke situaties, waarbij van vrijheidsbeperking langer dan drie maanden slechts sprake kan zijn indien er in een opschalend model drie keer een Multidisciplinair overleg is geweest, en er een externe consultatie heeft plaatsgevonden. Van mandatering kan geen sprake zijn, omdat de wet voorschrijft dat het om deskundige personen moet gaan.

Mevrouw Bruins Slot (CDA), mevrouw Dijkstra (D66), mevrouw Leijten (SP) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) wijzen op er op dat nergens in het wetsvoorstel expliciet is opgenomen dat er externe deskundigheid moet worden ingeroepen bij een cliënt bij wie langere tijd, langdurig of frequent vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast worden. Mevrouw Wolbert stelt een amendement voor waarbij externe deskundigheid na twee weken wordt ingeroepen, en mevrouw Leijten stelt een amendement voor waarbij een commissie onvrijwillige zorg zou toetsen. Ik meen met de vierde nota van wijziging en het daar voorgestelde model tegemoet te komen aan de wens een frisse blik te laten meekijken en verplicht externe deskundigen in te schakelen. Daarbij heb ik voor termijnen gekozen die aansluiten bij het opschalende model voor separaties, dat in de GGZ is geïntroduceerd.

Het oorspronkelijke wetsvoorstel gaat wel degelijk uit van de wenselijkheid om zo nodig externe deskundigheid in te schakelen, maar maakt dit bij nader inzien onvoldoende expliciet. Met de laatste nota van wijziging krijgt deze externe deskundigheid nu een expliciete plek in de artikelen 8b en 8c. Wanneer onvrijwillige zorg niet binnen 6 weken kan worden afgebouwd, organiseert de zorgaanbieder een uitgebreid deskundigenoverleg, waarbij een niet bij de zorg betrokken deskundige aanwezig is. Dat zorgt primair voor de frisse blik van buiten. Grotere zorgaanbieders met meerdere locaties kunnen een deskundige van een andere locatie vragen, die vaak een andere cultuur heeft, en kleinere organisaties maken afspraken met collega-instellingen. Indien dat niet heeft geleid tot vrijwillige of minder ingrijpende alternatieven, verplicht het wetsvoorstel tot een externe consultatie. De zorgaanbieder is verplicht om het zorgplan aan te passen conform het advies. Door deze aanpassingen in de nota van wijziging garanderen we dat voor cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende maatregelen voor langere tijd maximaal is gezocht naar alternatieven, via drie maal een toets van het zorgbeleid in een multidisciplinair overleg én een externe consultatie.

#### *4.3 Evaluatie en afbouw onvrijwillige zorg*

Mevrouw Dille (PVV) vraagt waarom er geen eisen zijn gesteld aan het evalueren van onvrijwillige zorg of aan het evalueren van het zorgplan. Mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) vraagt of we niet in een te vroeg stadium onvrijwillige zorg gaan toepassen door het ontbreken van een verplichting tot verantwoording en evaluatie bij gedwongen opname en toepassing van onvrijwillige zorg. Ik ben het met de leden van deze fracties eens dat lichtvaardigheid absoluut niet mag voorkomen. In het wetsvoorstel zat al de eis dat zorgplannen vier weken na aanvang en vervolgens iedere zes maanden moeten worden geëvalueerd. Zat er onvrijwillige zorg in het zorgplan, dan moest de evaluatie ook multidisciplinair plaatsvinden. Ook het verantwoorden van onvrijwillige zorg gaat via het zorgplan: het wetsvoorstel bepaalt dat in het zorgplan moet worden aangegeven welke onvrijwillige zorg wordt toegepast en ernstig welk nadeel daarmee moet worden afgewend. Op beide punten zal de

vierde nota van wijziging het wetsvoorstel verder aanscherpen. Het evalueren van onvrijwillige zorg gaat via het stappenplan in duidelijk omschreven, afgebakende fases. Na zes weken wordt via een uitgebreid deskundigenoverleg, beschreven in het voorgestelde artikel 8b, nogmaals gekeken of er vrijwillige alternatieven gevonden kunnen worden. Lukt het niet om binnen drie maanden de onvrijwillige zorg af te bouwen, dan vindt er krachtens het voorgestelde artikel 8c externe consultatie plaats. Dit artikel bepaalt eveneens dat ook de halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan in het uitgebreide deskundigenoverleg plaatsvindt, dus in aanwezigheid van een deskundige die niet bij de zorg betrokken is. Ook het verantwoord van onvrijwillige zorg is in de vierde nota van wijziging aangepast. Het zevende lid van artikel 8a geeft duidelijk aan op welke onderdelen het zorgplan moet ingaan. Die criteria zijn uitgebreider dan in het wetsvoorstel was opgenomen. Niet alleen op het individuele cliëntniveau, maar ook op bestuurlijk niveau kan onvrijwillige zorg worden verantwoord. Om die reden is in de vierde nota van wijziging in het nieuwe artikel 14a ook een plicht opgenomen voor de Raad van Bestuur van een zorgaanbieder om halfjaarlijks de cijfers over de toegepaste onvrijwillige zorg tegen het licht te houden en een visie op (verder terugdringen van) de onvrijwillige zorg te formuleren. Die plicht maakt de noodzaak tot evaluatie extra duidelijk.

Mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) overweegt een amendement waarbij een plan van aanpak tot afbouw van de onvrijwillige zorg verplicht wordt gesteld. Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) stelt een amendement voor waarmee wordt vastgelegd dat onvrijwillige zorg niet langer dan strikt noodzakelijk wordt verleend. Beide amendementen worden gemotiveerd vanuit het idee dat onvrijwillige zorg altijd tijdelijk zou moeten zijn, een uitgangspunt dat ik van harte onderschrijf. Beide amendementen neem ik in de vierde nota van wijziging over. In het zevende lid van het nieuwe artikel 8a is bepaald dat de zorgverantwoordelijke in het zorgplan moet opnemen op welke manier en binnen welke termijn de onvrijwillige zorg wordt afgebouwd. En in het vierde lid van artikel 8a is onder f opgenomen dat in het multidisciplinair overleg moet worden besproken voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk moet zijn, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt.

#### *4.4 Onvrijwillige zorg in de thuissituatie*

Mevrouw Bruins Slot (CDA), mevrouw Dijkstra (D66), mevrouw Venrooy-van Ark (VVD), mevrouw Voortman (GL), mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en mevrouw Wolbert (PvdA) vragen naar (het toezicht op) onvrijwillige zorg in thuissituaties en de rol daarbij van de Inspectie. Wie controleert of toepassing van onvrijwillige zorg zorgvuldig gebeurt? Vooropgesteld: het is uitdrukkelijk niet het doel van dit wetsvoorstel om vrijheidsbeperkingen in de thuissituatie zomaar, of te allen tijde, mogelijk te maken. Het doel is eerder omgekeerd, namelijk om ook voor de thuissituatie helder te schetsen wat er kan en wat er niet kan. Daarmee komt er een eind aan de huidige onduidelijkheid op dit punt voor zorg thuis en is het niet langer altijd nodig om te worden opgenomen als er een vorm van vrijheidsbeperking noodzakelijk is. Ik vind daarbij dat onvrijwillige zorg altijd aan dezelfde kwaliteitseisen moet voldoen, ongeacht de plaats waar het zich afspeelt, thuis of in de instelling. Het maken van onderscheid tussen de intra- en extramurale zorg puur op verschijningsvorm past niet bij het streven naar cliëntgerichtheid. Waar het in mijn ogen om gaat, is dat de kwaliteitseisen worden omschreven waaraan voldaan moet zijn. En aan die kwaliteitseisen moeten zowel intramurale zorgaanbieders als extramurale zorgaanbieders voldoen. Dat kan betekenen dat een intramurale aanbieder «door de mand

valt», omdat hij het niet kan waarmaken. En het kan betekenen dat een extramurale zorgaanbieder een best practise wordt in het neerzetten van een zorgvuldig besluitvormingsproces rond onvrijwillige zorg. De kwaliteitseisen waaraan moet worden voldaan, zijn nauwkeurig in dit wetsvoorstel omschreven. De vierde nota van wijziging voegt daar een aantal elementen aan toe, waardoor ook thuiszorgorganisaties de plicht hebben om multidisciplinair te overleggen en het ingezette zorgbeleid te toetsen. Tevens moeten zij er een niet bij de zorg van de cliënt betrokken deskundige bij halen en binnen drie maanden een externe consultatie te vragen.

In de procedure zit dus ingebakken dat er zeer zorgvuldig wordt afgewogen, opschalend naar betrokken deskundigheid. Is het kwalitatief verantwoord, dan kan onvrijwillige zorg als uiterste middel worden ingezet. Is dat het niet, dan mag het niet. Hierop zal de Inspectie handhaven. Omdat de regeling uniform is, zal de Inspectie ook op uniforme wijze toezicht houden, dus ook op zorg in de thuissituatie. De Inspectie weet welke thuiszorgaanbieders onvrijwillige zorg verlenen, omdat het wetsvoorstel een verplichting met zich meebrengt voor dergelijke zorgaanbieders om zich te laten registreren in een centraal, openbaar register. De inzage die de Inspectie heeft in het interne registratiesysteem, in combinatie met het halfjaarlijkse overzicht, vormen de input voor de Inspectie om de risico's te bepalen. De Inspectie houdt de mogelijkheid open om in haar toezicht ook contact op te nemen met betrokkenen, waaronder cliënten en vertegenwoordigers. Daarnaast is de meldplicht bij de Inspectie uit het regeer- en gedoogakkoord, zoals ik heb neergelegd in het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg, ook bestemd voor meldingen over onvrijwillige zorg in de thuissituatie als deze zijn toegepast door professionals.

Ook in bredere zin heeft een aantal fracties hun zorgen geuit over de mogelijkheid om op grond van dit wetsvoorstel onvrijwillige zorg in de thuissituatie te bieden. Ik hoor daarin de vrees dat er in intramurale instellingen meer garanties zijn op goede zorgverlening dan thuis. Aanvullend aan hetgeen ik hierboven reeds heb opgemerkt over de kwaliteitseisen die in mijn ogen identiek horen te zijn in iedere zorgsituatie, wil ik daar nog het volgende over zeggen. Uiteraard geldt ook bij zorg thuis het «*nee, tenzij*» principe. Alleen als alle vrijwillige zorgalternatieven zijn uitgeput kan onvrijwillige zorg in beeld komen, ook thuis. Bovendien moet worden voldaan aan de overige criteria van ernstig nadeel, proportionaliteit en subsidiariteit en moet verantwoord toezicht op de cliënt worden gehouden. In het wetsvoorstel voorziet het derde lid van artikel 2 reeds in de mogelijkheid om te bepalen dat bepaalde vormen van zorg waarbij de bewegingsvrijheid worden beperkt niet toelaatbaar zijn. Daaraan voegt de vierde nota van wijziging toe dat dat eveneens geldt voor bepaalde omstandigheden. Het wetsvoorstel biedt dus expliciet de mogelijkheid om bepaalde vormen van onvrijwillige zorg in bepaalde situaties te verbieden. Beroepsgroepen, cliënten en familieleden zullen na moeten denken of er vormen of situaties zijn die hieronder vallen. Deze richtlijnen of zorgstandaarden zullen vervolgens bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd. Het in de wettekst zelf regelen van dergelijke uitzonderingen is niet aan te raden; nieuwe inzichten en nieuwe zorgmogelijkheden zouden dan steeds moeten leiden tot wetswijziging.

#### 4.5 Medicatie

Mevrouw Dille (PVV) en de heer Van der Staaij (SGP) vragen of de bepalingen rond «gedragsbeïnvloedende medicijnen» niet zodanig aangescherpt kunnen worden zodat het onvrijwillige karakter van deze zorg afhangt van het middel zelf, de indicatie of de intentie waarmee het

gegeven wordt. In principe gaat dit wetsvoorstel uit van algemene beginselen als proportionaliteit en subsidiariteit, waarbij dus de hulpverleners dienen te wegen of het onvrijwillig toedienen van een medicijn om bepaald gedrag te beïnvloeden of te dempen in verhouding staat tot het te bereiken doel, namelijk het afwenden van ernstig nadeel. Gezien het ingrijpende karakter van onvrijwillige medicatie heb ik gemeend dat het goed is om hier geen nader onderscheid aan te brengen ten aanzien van het middel zelf, de indicatie of de intentie van de hulpverlener. De beroepsgroep zelf kan wel richtlijnen over (gedragsbeïnvloedende) medicijnen opstellen, en ik heb begrepen dat zij daar ook mee bezig zijn.

Mevrouw Leijten (SP) vraagt of ik bereid ben uitgebreid wetenschappelijk veldonderzoek te laten doen naar het gebruik van medicatie (Haldol) bij ouderen. Ik wil er op wijzen dat het gebruik van Haldol en andere psychofarmaca door dit wetsvoorstel transparant gemaakt zal worden. Zorgaanbieders moeten immers het gebruik van deze medicatie gaan registreren en periodiek melden bij de Inspectie. Daar valt ook het gebruik van psychofarmaca onder. Dat zal de bedoelde gegevens opleveren. Daarnaast kunnen familie en mantelzorgers en professionals melden bij de Inspectie als er sprake is van overmatig gebruik van psychofarmaca. Op dit moment voert de Universiteit van Nijmegen, vakgroep verpleeghuisgeneeskunde, een onderzoek uit naar de kwaliteit van het voorschrijven van psychofarmaca. Dit onderzoek moet helderheid geven of psychofarmaca, waaronder het genoemde geneesmiddel, niet op onjuiste gronden of bij onjuiste diagnose stelling wordt voorgeschreven.

#### *4.6 Een verbod op fixatie*

Mevrouw Dijkstra (D66) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen om een reactie op het verzoek van enkele organisaties om het vastbinden («fixatie») te verbieden. Ooit waren onrustbanden een verbetering in de zorg die volledige fixatie van een cliënt overbodig maakten. Inmiddels zijn er ook voor de onrustband in heel veel gevallen betere alternatieven beschikbaar. Dit betekent dat wanneer de criteria van de wet worden toegepast op de Zweedse band, in de overgrote meerderheid van de gevallen een Zweedse band niet het juiste en minst ingrijpende middel is om ernstig nadeel te voorkomen en dus niet is toegestaan. Op deze wijze zal de Inspectie ook handhaven. Liever dan in de wet op te sommen wat er allemaal niet mag (en die lijst steeds aan te moeten passen) wil ik in de wet de basis leggen voor een «nee, tenzij» denkwijze bij hulpverleners, waarbij de wet hulpverleners ertoe aanzet om voortdurend te blijven denken of het met nog minder of helemaal geen dwang kan.

#### *4.7 Evidence based werken*

Mevrouw Wolbert (PvdA) vraagt om een reactie op de stelling van cliënten- en belangenorganisaties die pleitten voor het toepassen van alleen evidencebased methodes. Idealiter worden in de gehele zorg alleen evidence based methodes toegepast. In de praktijk komen er echter steeds nieuwe methodieken bij waarbij niet meteen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is om de doelmatigheid en effectiviteit van de methode te staven. En ook bij oudere methodieken die zich in de praktijk bewezen hebben (practice bases) heeft soms (nog) geen wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden. Alleen werken conform evidence based methodes is dus moeilijk bereikbaar en niet per se nodig. Anderzijds, daar waar er wel al voldoende evidence based methodieken beschikbaar zijn, moeten die worden gebruikt.

#### *4.8 Huisregels en onvrijwillige zorg*

Mevrouw Dille (PVV) vraagt hoe er onderscheid kan worden gemaakt tussen huisregels die er zijn vanuit een pedagogische redenering en huisregels die eigenlijk moeten worden beschouwd als onvrijwillige zorg. Huisregels kunnen nooit een vorm van onvrijwillige zorg zijn. Huisregels gelden voor alle cliënten in een instelling, terwijl onvrijwillige zorg op grond van dit wetsvoorstel altijd is gekoppeld aan een individuele cliënt die in een situatie komt waarin sprake is van ernstig nadeel. Voor de toepassing moet steeds worden getoetst: wat is de oorzaak van bepaald gedrag, welke risico's loopt de cliënt eigenlijk, leidt dat gedrag tot ernstig nadeel, wat is de interactie met de omgeving, is onvrijwillige zorg nodig om dit ernstig nadeel af te wenden, is de onvrijwillige zorg geschikt om dit nadeel af te wenden en is er geen minder ingrijpende mogelijkheid om het nadeel af te wenden.

Tevens vraagt mevrouw Dille (PVV) hoe ik aankijk tegen de grijze gebieden waar niet duidelijk is of sprake is van onvrijwillige zorg. Denk daarbij aan preventiemiddelen zoals een zitbroek en borstfixatie om scoliose te voorkomen of huisregels bij woonvormen (zoals mensen naar hun kamer sturen). Zoals hierboven uiteen is gezet, moeten huisregels voor iedereen binnen de instelling hetzelfde zijn. Iemand naar zijn kamer sturen is duidelijk geen huisregel, want hij wordt individueel toegepast. Wanneer iemand zelf mobiel is, is het overigens geen onvrijwillige zorg om iemand even naar zijn kamer te sturen, zolang de deur maar niet op slot gaat en iemand er weer zelf uit kan komen. Onvrijwillige zorg wordt het pas indien een cliënt zich verzet tegen de zorg, en die zorg tegen de wil van de cliënt wordt uitgevoerd. Sommige vormen van zorg zijn aan onvrijwillige zorg gelijk gesteld, ondanks het ontbreken van verzet. Dat zijn de voorbeelden die door mevrouw Dille zijn genoemd. Om handelingsverlegenheid te voorkomen vanwege de vraag of het nu een medische behandeling betreft of een verkapte vrijheidsbeperking, is in het wetsvoorstel bepaald dat indien de zorg aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking mede een geneeskundige behandeling omvat, de regels over instemming van dit wetsvoorstel gelden. Dergelijke middelen zijn niet verboden, maar er zal dus eveneens moeten worden overwogen of er geen minder ingrijpende alternatieven zijn, die de cliënt meer bewegingsvrijheid geven.

#### *4.9 Complexe zorg*

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vraagt wat de wet te bieden heeft in situaties van complexe zorg. Voorop gesteld: de grootste doelgroep van dit wetsvoorstel zijn «gewone» cliënten, personen met dementie of een verstandelijke beperking die geen extra bijzondere zorgvraag hebben. Voor hen gaat dit wetsvoorstel de grootste winst opleveren door de kwaliteitscriteria die in het stappenplan zijn opgenomen bij besluitvorming over onvrijwillige zorg: multidisciplinair toetsen of er geen minder ingrijpend alternatief is, motiveren in het zorgplan welke afwegingen er zijn gemaakt, inschakelen van de frisse blik, externe consultatie en de toegepaste dwang registreren en periodiek aanmelden bij de Inspectie. Deze stappen gaan er voor zorgen dat alle mogelijke expertise wordt ingeschakeld om terug te keren naar vrijwillige zorg. Ik verwacht dat daardoor een groot deel van handelingsverlegenheid bij medewerkers en onvrijwillige zorg bij cliënten wordt uitgebannen. Voor personen met een complexe zorgvraag is de eis dat er geen minder ingrijpend alternatief is, het belangrijkste. De inspanningen van het afgelopen jaar rondom personen met een complexe zorgvraag laten zien dat het veld nog in ontwikkeling is en dat dóórzoeken toch kan leiden tot alternatieven, waarmee de standaard wordt gezet voor andere personen



met een complexe zorgvraag en gedrag dat wij nog niet begrijpen. Om die reden heb ik in de vierde nota van wijziging voor verplichte externe consultatie gekozen, waarbij het CCE uiteraard één van de partijen is bij wie dat kan plaatsvinden. Na die fase houdt het zoeken naar alternatieven niet op. Zorgplannen met onvrijwillige zorg erin moeten eens per half jaar door een multidisciplinair overleg inclusief deskundige die niet bij de zorg betrokken is, worden geëvalueerd. Alle afwegingen moeten dan opnieuw worden gemaakt, zodat geborgd is dat die onvrijwillige zorg die niet had hoeven plaatsvinden ook echt niet plaatsvindt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA) vraagt naar de huidige stand van zaken rond de veertig vergelijkbare gevallen als de zaak van vorig jaar. Zij maakt zich zorgen over een uitspraak van het CCE dat er te weinig capaciteit bij zorginstellingen is en vraagt hoe dat tekort aan plekken wordt opgelost. Uiteraard moet er voor iedere cliënt een plek zijn in een instelling, als de zorg voor deze cliënt zo complex is dat het thuis niet meer gaat. De primaire verantwoordelijkheid voor het vinden van de beste plek voor de cliënt ligt bij de verzekeraar, die invulling geeft aan zijn zorgplicht. Meestal gaat dat ook gewoon goed. Incidenteel zijn er toch ouders of verwanten, die vinden dat de kwaliteit van de geleverde zorg onvoldoende is, en daarom bijvoorbeeld hun kind met een verstandelijke beperking thuis houden. Bijna altijd gaat het dan om kinderen met een zeer complexe problematiek. Denk aan de combinatie van een verstandelijke beperking en een autisme spectrum stoornis. Deze ouders ervaren een gebrek aan plekken in de zorg. Uit overleg met het CCE is gebleken dat jaarlijks tussen de 20 en 30 kinderen bij hen worden aangemeld met dergelijke zeer complexe problematiek mede als gevolg van een combinatie verstandelijke beperking en autisme. In januari heb ik u een brief gestuurd, waarin ik heb aangegeven dat een (vorm van) bundeling van het zorgaanbod voor deze complexe groep wellicht verstandig zou zijn omdat het kan leiden tot vergroting van de deskundigheid en daarmee verhoging van de kwaliteit (in de ggz bestaat dergelijke klinieken voor intensieve behandeling al langer en zijn er goede ervaringen mee opgedaan). Ook het CCE geeft aan dat deze groep kinderen baat zou kunnen hebben bij gespecialiseerde plaatsen voor langdurige zeer intensieve begeleiding. Om die reden heb ik de denktank gevraagd expliciet aandacht te besteden aan dit vraagstuk.

Dit waren de oplossingen voor de iets langere termijn. Waar kunnen de ouders dan terecht voor de korte termijn? Ik heb in de vierde nota van wijziging bij dit wetsvoorstel de positie van de cliënt en zijn vertegenwoordiger willen versterken. Als een zorgaanbieder onvrijwillige zorg in het zorgplan wil opnemen, omdat hij niet weet hoe hij anders met een cliënt moet omgaan, is er sprake van handelingsverlegenheid. Als de vertegenwoordiger van een cliënt aangeeft het daar niet mee eens te zijn, omdat er in zijn ogen wel degelijk alternatieven zijn, krijgt de zorgaanbieder de plicht om direct een externe consultatie aan te vragen. Zoals gezegd kan dat bij het CCE zijn, dat in mijn ogen de afgelopen jaren al heel goed werk heeft verricht als het gaat om het verbeteren van de zorgpraktijk en het oplossen of verminderen van probleemgedrag bij complexe zorg. Ik vind het belangrijk dat de expertise van het CCE beschikbaar is voor iedere situatie waarin zorgverleners geconfronteerd worden met handelingsverlegenheid en waarin reguliere trajecten om dat te doorbreken, zoals via Zorg voor Beter beschikbaar zijn, niet of onvoldoende hebben gewerkt. Dat geldt niet alleen in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking, maar ook in de psychogeriatric. Daarom zal ik – naast het aanpassen van het wetsvoorstel – voor de nog kortere termijn de Inspectie vragen alle meldingen over vastgelopen, complexe zorg door te geven aan het CCE. Ik ga het CCE in staat stellen die meldingen te bekijken en

waar nodig verder te begeleiden zodat ook op de korte termijn voor cliënten met complexe problemen steeds een passende plek beschikbaar is.

Mevrouw Dille (PVV) vraagt wanneer we de eerste resultaten van de denktank complexe zorg mogen verwachten. Ik heb, ten behoeve van het voorbereiden van de vierde nota van wijziging, aan de voorzitter van de denktank een tussenbericht gevraagd met daarin de hoofdlijnen van het advies. Op basis van de mondeling aan mij gemelde hoofdlijnen, constateer ik dat er door de denktank inhoudelijk langs dezelfde lijnen wordt gedacht; ik heb deze hoofdlijnen in mijn beleid meteen meegenomen. Dit sterkt mij in de overtuiging dat met deze nota van wijziging een forse stap wordt gezet in het verbeteren van het besluitvormingsproces over onvrijwillige zorg en het inbrengen van het cliëntperspectief. Ik verwacht dat de rapportage, die naar ik begrijp eind maart verschijnt, vooral ook aan de sector zelf een belangrijke «push» kan geven in het oppakken van de uitdaging om ook cliënten met een complexe zorgvraag, met gedrag dat wij niet begrijpen, de beste zorg te geven.

#### *4.10 Deskundigheidseisen aan de hulpverleners*

Mevrouw Dille (PVV) vraagt naar de minimumeisen die kunnen worden gesteld aan de betrokken deskundigen, waaronder de zorgverantwoordelijke. Het is primair aan de zorgaanbieder om te bepalen wie de zorgverantwoordelijke is. Dat moet hij voor zijn organisatie expliciet doen, zodat de Inspectie daar toezicht op kan houden. Als de door de zorgaanbieder gemaakte keuzes niet verantwoord zijn, zal er worden ingegrepen. In de wet stellen we daar geen minimumeisen aan, maar ik kan me goed voorstellen dat de sector zelf een richtlijn gaat maken om de functie van zorgverantwoordelijke in te vullen. Mevrouw Dille stelt een amendement voor waarbij de deskundigen die meepraten in het multidisciplinaire overleg aantoonbaar aan bepaalde eisen moeten voldoen. Dit amendement neem ik in die zin over, dat ik aan het vijfde lid van artikel 7 een vijfde lid heb toegevoegd, waarin is bepaald dat er bij algemene maatregel van bestuur eisen kunnen worden gesteld aan alle deskundigen die deelnemen aan het multidisciplinaire overleg, uitgebreide deskundigenoverleg of externe consultatie. Via die weg kunnen de eisen op het terrein van bijvoorbeeld scholing worden gesteld, indien de sector daar zelf geen richtlijnen voor kan opstellen.

Mevrouw Dille (PVV) vraagt verder wie de eindverantwoordelijke is als het Multidisciplinaire team niet tot overeenstemming komt. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen en evalueren van het zorgplan. Artikel 8a, derde lid geeft aan welke deskundige moet *instemmen* met bepaalde vormen van onvrijwillige zorg. Zonder instemming van deze deskundige dus geen onvrijwillige zorg in het zorgplan. De zorgverantwoordelijke en de deskundige zullen dus op één lijn moeten komen.

#### *4.11 De relatie tussen personele bezetting en het toepassen van onvrijwillige zorg*

Mevrouw Leijten (SP) en mevrouw Voortman (GL) vragen of er geen relatie tussen personeelsbezetting en het toepassen van dwang bestaat. Een relatie tussen (incidentele) personeelsschaarste en het toepassen van dwang is helaas nooit voor honderd procent uit te sluiten. Wel ben ik van mening dat het al of niet toepassen van onvrijwillige zorg over het algemeen veel meer te maken heeft met de cultuur binnen een instelling dan met geld of voldoende personeel. Het gaat om de visie van een instelling op zorg. Ik hoop en verwacht dat door de nieuwe wet zorgpro-

professionals zich meer bewust worden van het feit dat zij vrijheidsbeperkingen toepassen en welke impact dat heeft op de kwaliteit van leven van de cliënt. De visie van de directe zorgverleners op de cognitieve vermogens en op de mobiliteit van een cliënt zijn de belangrijkste factoren die bepalen of onvrijwillige zorg al dan niet wordt gebruikt. En niet de werkdruk of de hoeveelheid personeel, zo blijkt uit onderzoek (Anna Huizing, «Towards restraint-free care for psychogeriatric nursing home residents», Maastricht 2008).

#### *4.12 Toezicht tijdens de zorg*

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vraagt of onder de reikwijdte van de wet brengen van toezichtsmiddelen (bijvoorbeeld cameratoezicht 's nachts) niet leidt tot nieuwe problemen als een patiënt geen toezicht wil. Als de cliënt iets niet wil, dan is het evident dat er een probleem ontstaat. Om te beginnen zit aan dit voorbeeld de principiële vraag vast of het maken inbreuk op de privacy van iemand met dementie of een verstandelijke beperking niet met net zoveel waarborgen moet zijn omkleed als we op andere plekken in de maatschappij ook verlangen. Ik meen van wel, en dit wetsvoorstel biedt de kaders voor het bijbehorende afwegingsproces. Daarbij geldt dat we ons, net als voor de rest van de samenleving, ook voor de zorg moeten afvragen of cameratoezicht echt noodzakelijk is of dat er betere alternatieven zijn. Is er echt geen alternatief én is er sprake van ernstig nadeel dat alleen door een camera kan worden afgewend, dan mag er op die manier toezicht worden gehouden.

Mevrouw Dille (PVV) vraagt of ik het met haar eens ben met dat een gebrek aan toezicht nooit de reden mag zijn voor onvrijwillige zorg. Uiteraard deel ik die mening. Voor zover dat al niet uit het wetsvoorstel bleek, heb ik dat nog eens krachtiger neergezet in de vierde nota van wijziging, door aan te geven welke kwalitatieve afwegingen er gemaakt moeten worden. Als gebrek aan toezicht de achterliggende reden zou zijn om onvrijwillige zorg te willen toepassen, dan stopt daar de procedure die onvrijwillige zorg kan legitimeren.

### **5 Toezicht, registratie en administratieve lasten**

#### *5.1 Toezicht en registratie van onvrijwillige zorg*

Zoals voorgaand is vermeld, voorziet het wetsvoorstel in een registratie van de vrijheidsbeperkende maatregelen die worden genomen. Mevrouw Dille (PVV) vraagt wat de Inspectie met de gegevens uit de registratie gaat doen en welke consequenties er aan worden verbonden. De gegevens die voortkomen uit de verschillende registraties vormen voor de Inspectie natuurlijk een startpunt voor hun werk. Staat de zorgaanbieder geregistreerd als een instelling die dwang kan toepassen? Houdt de instellingen de registratie van onvrijwillige zorg op de juiste wijze bij en welke conclusies kunnen uit die gegevens worden getrokken? Daarnaast zal de Inspectie tijdens de bezoeken aan zorginstellingen controleren of er sprake is van toepassing van dwang zonder dat de Inspectie hiervan op de hoogte is. De derde mogelijkheid om controle uit te oefenen is het onderzoeken van meldingen van ongewenste dwang door cliënten of naasten bij het meldpunt van de Inspectie.

Mevrouw Leijten (SP) vraagt waarom de Inspectie in het wetsvoorstel op afstand staat en of de Inspectie een toereikend instrumentarium heeft. Naar mijn opinie staat de Inspectie niet op afstand. De Inspectie krijgt via een aantal lijnen zicht op de dwang die in de zorg plaats vindt. Allereerst regelt het wetsvoorstel dat er de verplichting is tot registratie van de accommodaties waarin daarvan sprake kan zijn. Dit maakt dat de Inspectie

dus kan weten waar mensen met dwang geconfronteerd kunnen worden. De Inspectie krijgt via het meldpunt IGZ meldingen binnen over die plaatsen waar sprake is van ongewenste en langdurige dwang. Deze meldingen kunnen van mantelzorgers/familie en professionals komen. Daarnaast moeten zorgaanbieders tweemaal per jaar hun registratie van alle dwang aanleveren bij de Inspectie. Deze registratie registreert dwang op individueel niveau. In 2012 voert de Inspectie intensief toezicht op de ouderenzorg uit, onder andere middels onaangekondigde bezoeken. Tijdens deze bezoeken toetst de Inspectie ook de toepassing van dwang in de bezochte instelling. Zoals geschetst in mijn brief van 24 januari over het IGZ-instrumentarium (kamerstuk 33 149, nr. 3) ben ik van mening dat de Inspectie beschikt over voldoende mogelijkheden om toezicht te houden en te handhaven op het gebied van de AWBZ zorg. In het Regeeren-gedoogakkoord van dit Kabinet krijgt de Inspectie 10 miljoen extra aan financiële middelen. Met deze extra financiële middelen kan de Inspectie het toezicht intensiveren, dit toezicht is dan geen papieren toezicht maar bestaat uit meer bezoeken en in het bijzonder meer onaangekondigde bezoeken. Daarnaast is de start van het meldpunt IGZ een stap om sneller te kunnen toezicht houden en handhaven naar aanleiding van meldingen over ongewenste dwang in de zorg.

Mevrouw Dille (PVV) stelt een amendement voor over het melden bij de Inspectie van onvrijwillige zorg en ook mevrouw Wolbert (PvdA) overweegt zo'n amendement. In paragraaf 5.3 van deze schriftelijke antwoorden geef ik aan op welke wijze ik daaraan geprobeerd heb tegemoet te komen, waarbij ik de balans tussen adequate informatie enerzijds en administratieve lasten anderzijds heb moeten bewaken.

Mevrouw Wolbert (PvdA) stelt dat van de Inspectie mag worden verwacht dat zij aangeeft wat zij in situaties van ernstige vrijheidsbeperking zelf ervan vindt. De Inspectie zal het toepassen vrijheidsbeperkende maatregelen toetsen aan wet- en regelgeving en aan de veldnormen die binnen de zorgsectoren op dit terrein zijn afgesproken. Dit betekent dat bij het toetsen van een vrijheidsbeperkende maatregel er o.a. altijd beoordeeld wordt of er sprake is van voldoende afweging van alternatieven, of de maatregel proportioneel is en zal altijd gevraagd worden naar regelmatige evaluatie van de maatregel.

## *5.2 Meldplicht ouderenmishandeling*

Mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) vraagt naar de relatie van het wetsvoorstel met de meldplicht ouderenmishandeling. Het wetsvoorstel zorg en dwang gaat niet over mishandeling, maar onder meer over waarborgen ten aanzien van een zorgplan en opname daarin en verlenen van onvrijwillige zorg waarmee de cliënt niet heeft ingestemd. Over geweld in de zorgrelatie heeft de regering in het voorstel voor een Beginselenwet AWBZ-zorg voorzieningen opgenomen. Geweld in afhankelijkheidsrelaties is immers onacceptabel. Als personen die vertrouwen (zouden moeten) genieten hun positie misbruiken ten nadele van afhankelijke mensen, wordt grote schade toegebracht aan het slachtoffer en ook aan het vertrouwen in de zorg. Dergelijke situaties zijn onacceptabel en vragen om een harde aanpak en daarom moeten zorgaanbieders dergelijke gevallen van mishandeling altijd melden bij de Inspectie. Dit melden is cruciaal voor het beschermen van het slachtoffer en voor het vertrouwen in de zorg.

### *5.3 Administratieve lasten en registratie*

Mevrouw Dille (PVV) en mevrouw Leijten (SP) vragen om betrouwbare cijfers over onvrijwillige zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Een betrouwbare registratie vergt uiteraard inspanningen van zorgaanbieders. De heer Van der Staaij (SGP), mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) hebben hun zorgen geuit over hoe de administratieve lasten van een registratiesysteem gaan uitpakken. Ik deel die zorgen en heb in de vierde nota van wijziging gezocht naar de juiste balans tussen het voorkomen van administratieve lasten enerzijds, en het kunnen beschikken over adequate gegevens over onvrijwillige zorg anderzijds. Ik constateer dat er op dit moment onvoldoende cijfers zijn, omdat in de zorg voor dementerende ouderen en mensen met een verstandelijke beperkingen geen goede registratie plaatsvindt. In de eerste termijn van de Kamer is wellicht daarom ook op aangedrongen door een aantal partijen om toch elke toepassing van onvrijwillige zorg (fysiek) aan de Inspectie te melden. Daar heb ik in het wetsvoorstel van afgezien, omdat ik meen dat dat een te grote administratieve belasting van de instelling en de Inspectie is en dat hetzelfde onderliggende doel (inzicht in alle toepassingen van onvrijwillige zorg) ook langs een andere weg met veel minder administratieve lasten is te bereiken. Ik heb ervoor gekozen zorgaanbieders te verplichten om een volledig actuele registratie bij te laten houden die de Inspectie op elk moment digitaal kan inzien. Desgewenst kunnen aan zo'n digitale registratie nog automatische berichten gekoppeld worden om bepaalde gegevens over onvrijwillige zorg wel automatisch aan de Inspectie te melden.

Mevrouw Bruins Slot (CDA ) vraagt of het geen meerwaarde heeft om voor de zwaardere onvrijwillige zorg ook een soort van Argus op te zetten. Het systeem dat ik hierboven heb beschreven, en dat nu is neergelegd in het nieuwe artikel 14 uit de vierde nota van wijziging, komt overeen met het Argussysteem dat in de ggz wordt opgezet.

Mevrouw Dille (PVV) en de heer Van der Staaij (SGP) vragen of er in de registratie niet ook structureel gemaakte afspraken kunnen worden opgenomen met betrekking tot de verwachte frequentie waarmee alleen maar incidentele onvoorziene toepassingen geregistreerd worden en alleen getoetst hoeft te worden of de in het zorgplan opgenomen structurele maatregelen nog steeds actueel zijn. Dat is een terechte en herkenbare vraag. Het blijkt echter dat op deze wijze de registratie vervuilde gegevens oplevert. Er is namelijk een categorie mensen, waarbij onvrijwillige zorg wel in het zorgplan is opgenomen, maar waar de uitvoering ervan toch niet plaatsvindt of in een andere frequentie dan voorzien. Om de lasten voor zorgaanbieders te beperken, sluit dit systeem aan bij de eigen rapportage. Op het moment dat op een dag onvrijwillige zorg is verleend, zal een zorgverantwoordelijke daar altijd over rapporteren. Bij die rapportage hoort een melding in het registratiesysteem, bij voorkeur automatisch.

## **6 Cliëntvertegenwoordiging, mentorschap en mantelzorgers**

### *6.1 Onafhankelijke ondersteuning*

Mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) vraagt hoe het zit met mentorschap en cliëntvertegenwoordigers in het wetsvoorstel en dan met name of deze qua onafhankelijkheid en betrokkenheid voldoende geborgd zijn in het wetsvoorstel. De mentor is één van de wettelijk vertegenwoordigers. Hij wordt door de rechter aangesteld, en moet daar ook verantwoording aan afleggen. Indien er geen mentor of andere wettelijke vertegenwoordiger

is, kent het wetsvoorstel een regeling voor een cliëntvertegenwoordiger. Ik vind het van groot belang dat de stem van deze kwetsbare cliënten via de vertegenwoordiger verwoord kan worden, als de cliënt het niet (meer) zelf kan. Het wetsvoorstel kent aan de vertegenwoordiger of de mentor bepaalde rechten toe. Deze rechten heeft de vertegenwoordiger slechts voor zover de cliënt zelf beslissingsonbekwaam is. Het wetsvoorstel gaat er van uit dat de vertegenwoordiger er is voor de cliënt. Hij is als het ware zijn vervanger. In die zin is hij onafhankelijk. Daar doet dit wetsvoorstel niets aan af.

### *6.2 De cliëntenvertrouwenspersoon*

Door bijna alle fracties zijn er vragen gesteld over het ontbreken van een cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van het wetsvoorstel verplicht GGZ. Mevrouw Leijten (SP) en mevrouw Wolbert (PvdA) stellen een amendement voor om de cliëntenvertrouwenspersoon in het wetsvoorstel zorg en dwang te verankeren. Ik begrijp dat en wil dat graag honoreren. Via de vierde nota van wijziging heeft die verankering nu plaatsgevonden. Onderdeel BB voegt een nieuw hoofdstuk aan het wetsvoorstel toe, waarin de cliëntvertrouwenspersoon een plaats heeft gekregen.

### *6.3 De mantelzorger*

Mevrouw Bruins Slot (CDA), de heer van der Staaij (SGP), mevrouw Voortman (GL) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) vragen naar de verantwoordelijkheden van de mantelzorger. In het wetsvoorstel is helder omschreven aan welke kwaliteitseisen het toepassen van onvrijwillige zorg moet voldoen. Eén van de kwaliteitseisen betreft het feit dat het besluit tot het toepassen van onvrijwillige zorg niet mag worden genomen door een mantelzorger; dit kan alleen door een ter zake kundige zorgprofessional na multidisciplinaire besluitvorming volgens een zorgvuldige afwegingsprocedure en vastgelegd in een zorgplan. Dit betekent dat het besluit tot onvrijwillige zorg nooit bij de mantelzorger kan liggen. De mantelzorger kan wel een rol hebben om de zorgverleners van informatie te voorzien over wensen en gewoonten van een cliënt, en helpen bij het interpreteren van gedrag. Dat is essentieel in het voorkomen van onvrijwillige zorg. Ook kan het zo zijn dat de aanwezigheid of begeleiding van een mantelzorger zoveel rust brengt bij bepaalde handelingen, dat de mantelzorger en de zorgverlener daar samen in optrekken.

## **7 Implementatie van de wet en flankerend beleid**

### *7.1 Het bereiken van een cultuuromslag*

Bijna alle fracties vragen hoe de noodzakelijke cultuurverandering en terugdringen van vrijheidsbeperking in de praktijk wordt ondersteund en geborgd. Mijn beleid bestaat uit twee pijlers die elkaar voortdurend moeten versterken: het aanscherpen van wetgeving en het stimuleren van een cultuurverandering. Wat betreft de wetgeving gaat het uiteraard om wetsvoorstel Zorg en dwang. De cultuurverandering krijgt o.a. gestalte via Zorg voor beter trajecten als «Maatregelen op Maat» en «Ban de Band». Aan die trajecten hebben vele tientallen instellingen meegedaan op meer dan 140 locaties, wat er toe heeft geleid dat professionals zich (meer) bewust worden van de problematiek en beter kunnen omgaan met handelingsverlegenheid. Aantal en intensiteit van de vrijheidsbeperkingen zijn afgenomen; 30 % afbouw van vrijheidsbeperkingen bij de deelnemende instellingen en een groei van minder ingrijpende alternatieven. De kennis die uit deze projecten is verzameld blijft beschikbaar voor de zorginstellingen via de kennisbank zorg voor beter ([www.zorgvoorbe-](http://www.zorgvoorbe-)

ter.nl). Ik zal instellingen blijven wijzen op hun verantwoordelijkheid om verbetermogelijkheden ook te implementeren in hun organisatie. Omdat ondersteuning van de werkvloer door het management cruciaal is, ga ik dit actief bespreken met de branche-organisaties. Daarnaast blijf ik de werkvloer ondersteunen via Zorg voor Beter of andere verbetertrajecten. Niet alleen via projecten, maar ook door te stimuleren dat de daar opgedane kennis wordt opgenomen in de opleidingen van verzorgenden en verpleegkundigen.

Mevrouw Wiegman van de fractie van de Christenunie vroeg mij of de genoemde verbetertrajecten in het zzp-tarief zijn verwerkt, en dit is niet het geval. De trajecten ondersteunen zorgaanbieders bij het bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Het gaat hierbij vooral om een andere werkwijze en attitude, hier is geen aanvullende financiering voor nodig. Mevrouw Dille van de fractie van de PVV vraagt in het kader van de cultuurverandering of ik nog eens kan kijken naar de mogelijkheid om vrijheidsbeperkende maatregelen te voorkomen, bijvoorbeeld door het geven van liefdevolle aandacht in combinatie met een prettige woonomgeving. Ik vind dat mevrouw Dille hier een aantal wezenlijke randvoorwaarden noemt voor goede zorg. In toenemende mate vindt zorg aan mensen dementie en mensen met een verstandelijke beperking in kleinschalige zorgvormen plaats, ook binnen grotere instellingen. Binnen deze kleinschalige zorgvormen is sprake van een omgeving die meer op wonen is gericht en waarbij er meer zorg op maat geleverd kan worden. Aandacht voor het individu en stimuleren van wat men nog wel kan past daarbij.

#### *7.2 Draagvlak voor invoering van de wet*

De heer Van der Staaij (SGP) vraagt of het draagvlak van het wetsvoorstel Zorg en dwang niet is afgenomen in de afgelopen periode. Wat ik constateer is dat het wetsvoorstel veel draagvlak kende toen het alweer enige tijd geleden werd gemaakt. Op dat moment was het wetsvoorstel, ook in zijn oorspronkelijke vorm, echt vernieuwend. Onvrijwillige zorg breed zien, multidisciplinair overleg en de nadruk op het zorgplan zijn een paar voorbeelden. Het draagvlak is de afgelopen periode echter inderdaad enigszins afgenomen. Dat vindt naar mijn mening o.a. zijn oorzaak in de emancipatiebeweging die in het denken over onvrijwillige zorg is ontstaan, met name waar het het cliëntperspectief betreft. Met de vierde nota van wijziging heb ik dat cliëntenperspectief nogmaals benadrukt in het wetsvoorstel. Buiten dat blijft overeind staan dat zowel ten tijde van de eerste opzet van het wetsvoorstel als op dit moment bij cliënten en hulpverleners veel behoefte bestaat aan nieuwe wet-en regelgeving die aansluit bij de zorg en zorgbehoefte van mensen met dementie en een verstandelijke beperking. Met de nu voorgestelde wijzigingen meen ik zowel tegemoet te komen aan de kanttekeningen die het veld in de afgelopen periode maakte, als die van de Kamer in eerste termijn.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner