

Vergaderjaar 2010–2011

**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. 6**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN VERSLAG**

Ontvangen 29 april 2011

#### **ALGEMEEN**

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met betrekking tot het voorstel van de Wet houdende regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Met deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoord ik graag de vragen en opmerkingen die ter voorbereiding van de openbare behandeling in het verslag naar voren zijn gebracht. Daarbij houd ik zo veel mogelijk de volgorde van het verslag aan.

Tegelijkertijd met deze nota naar aanleiding van het verslag wordt een nota van wijziging ingediend, met enkele wetstechnische verbeteringen en enkele meer fundamentele wijzigingen van de voorwaarden voor onvrijwillige opname, waarmee ook recht gedaan wordt aan de interpretatie van de High Commissioner for Human Rights van artikel 14 van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Tevens bevat deze nota van wijziging enkele bepalingen die de afstemming met het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg en het wetsvoorstel verplichte ggz verbeteren.

#### **1. Inleiding**

Voordat ik inga op de concrete vragen, hecht ik er aan nog eens stil te staan bij de beweegredenen van dit wetsvoorstel. Het wetsvoorstel gaat over de inhoud van de zorg, maar is in zijn vormgeving procedureel van karakter. Daardoor wordt wellicht gemakkelijk voorbij gegaan aan de waarden die ten grondslag liggen aan dit wetsvoorstel.

Een ieder hier in Nederland kan jegens een zorgaanbieder aanspraak maken op goede zorg. Daaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Of iemand aanspraak wil maken op zorg is aan de persoon zelf. Niemand kan in principe gedwongen worden zorg te ondergaan. Zorg dient slechts te

worden verleend indien de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven. Voor de zorgverlening aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking ligt dit niet anders. Zorg wordt verleend op basis van vrijwilligheid.

Juist het zorgplan is het instrument bij uitstek waar zorgverlener en cliënt met elkaar kunnen vastleggen op welke manier zij de zorg willen invullen. Hoe duidelijker en zorgvuldiger de dialoog over de zorg wordt gevoerd, hoe meer de cliënt zijn eigen regie kan voeren. Of, in juridische termen, hoe meer hij zijn zelfbeschikkingsrecht kan uitoefenen. Om die reden heeft in dit wetsvoorstel het zorgplan een centrale positie. De Zorginstellingen Beginselenwet, waarvoor ik op 17 januari 2011 een Houtskoolschets naar de Kamer heb gestuurd, zal zeker als katalysator kunnen werken voor het tot uitdrukking brengen van het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt en het bevorderen van de dialoog tussen cliënt en zorgverlener.

Niettemin moet onderkend worden dat dit niet een absoluut uitgangspunt kan zijn. Juist het feit dat mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet uitsluitend op zichzelf leven, maar in hun dagelijks leven zorg ontvangen van een zorgaanbieder die de plicht heeft verantwoorde zorg te leveren, 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? Dat is een ethisch dilemma, waarin een keuze-instrument nodig is. Dit wetsvoorstel voorziet in dat instrument, door aan te geven waar de grenzen liggen aan het ongelimiteerd uitoefenen van het de eigen regie of het zelfbeschikkingsrecht van cliënten. Ook zorgverleners hebben immers de plicht om, binnen de context van de zorg die zij leveren, te waken voor een volwaardige uitoefening van mensenrechten door hun cliënten. Wanneer een cliënt, die de gevolgen van zijn beslissing niet kan overzien of zijn sociale context niet kan duiden, door het uitoefenen van zijn zelfbeschikkingsrecht inbreuk maakt op zijn eigen menselijke waardigheid of die van een ander (in de termen van het wetsvoorstel: zichzelf in een ernstig nadelige positie brengt), kan een zorgverlener handelen zonder instemming van de cliënt, of zelfs tegen zijn wil, met als doel die menselijke waardigheid te beschermen. Door de menselijke waardigheid als uitgangspunt te nemen, wil ik afstappen van de oneigenlijke paradox die rond dit thema vaak wordt gecreëerd: in mijn optiek horen dwang en verantwoorde zorg niet op gespannen voet met elkaar te staan.

In het wetsvoorstel wordt niet aangegeven onder welke omstandigheden bepaalde vormen van onvrijwillige zorg wel of niet mogelijk zijn. Dit vanuit de stellige overtuiging dat het onmogelijk is van tevoren rekening te houden met alle omstandigheden die zich in de zorg kunnen voordoen. Wat ik met dit wetsvoorstel wil bereiken, is een algemeen geldige norm vastleggen over de criteria die gebruikt dienen te worden en de procedure die gevolgd moet worden bij het toepassen van onvrijwillige zorg, steeds vanuit dezelfde vraag: wat is verantwoord wanneer je goede zorg wilt leveren? Vanuit deze ethische visie heeft het wetsvoorstel een aantal concrete doelstellingen.

Primair beoogt dit wetsvoorstel de rechtspositie van cliënten te versterken. Dit gebeurt door de procedure die zorgverleners moeten volgen voordat zij dwang mogen toepassen veel beter uit te schrijven, waardoor er een stappenplan zichtbaar wordt waaraan getoetst moet worden. Ook als het gaat om het verlenen van onvrijwillige zorg neemt het zorgplan een centrale positie in. De rechtspositie wordt verder versterkt doordat het wetsvoorstel rekening houdt met het bijzondere karakter van de doelgroepen en met het feit dat veel cliënten hun wil niet meer kunnen bepalen of uiten. Een tweede belangrijke doelstelling is

ervoor te zorgen dat er minder snel dwang kan worden toegepast door de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid niet alleen expliciet in de wet op te nemen, maar ook te laten vastleggen in het zorgplan. Daarmee worden zorgverleners verplicht aan te geven welke alternatieven zijn uitgetoetst, en worden de zorginhoudelijke overwegingen transparant. Daarnaast gaat het er ook om de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor cliënten te verhogen, onder meer door een integrale benadering van de zorg.

In deze inleiding wil ik ook graag in algemene zin ingaan op de verhouding tussen dit wetsvoorstel en het VN-Verdrag voor de gelijke behandeling van personen met een beperking. Op grond van artikel 14 van het VN-verdrag dient gewaarborgd te worden dat personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen het recht op vrijheid en veiligheid van hun persoon genieten, niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd, dat iedere vorm van vrijheidsontneming geschiedt in overeenstemming met de wet. Het bestaan van een handicap als zodanig kan in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigen.

Dit wetsvoorstel richt zich specifiek tot personen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Het wetsvoorstel regelt, zoals gezegd, de condities en procedures voor het toepassen van alle zorg, waaronder onvrijwillige zorg, aan deze personen. De indruk kan hierdoor ontstaan dat het bestaan van een handicap voor het verlenen van onvrijwillige zorg en het toepassen van dwang, de vrijheidsontneming in termen van het verdrag, de rechtvaardiging vormt voor deze vrijheidsontneming. Dit is niet het geval. De reden voor interventie is niet zozeer gelegen in het hebben van een (verstandelijke) handicap, maar in de noodzaak/plicht tot het willen behoeden van personen voor het ernstig nadeel die – naar mag worden verondersteld – daar niet *willens en wetens* voor kiezen of gekozen hebben. Deze reden voor het verlenen van onvrijwillige zorg is niet specifiek voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking, maar speelt ook bij andere cliënten zoals bijvoorbeeld bij personen met een psychische stoornis (Wet Bopz; Wetsvoorstel vggz, bij minderjarigen of bij alcohol- of drugsverslaafden. Met andere woorden bij personen die niet of niet volledig in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen terzake.

De zorgverlening aan personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap heeft wel een aantal bijzondere aspecten ten opzichte van andere groepen waarbij de vraag naar onvrijwilligheid speelt. De zorg is in principe levensbreed en levenslang van aard. Dit brengt met zich mee dat zelfs als gaat het om vormen van zorg van de lichtste aard en de minst ingrijpende vorm van onvrijwilligheid, deze door het langdurige karakter van de zorg een belangrijke impact kan hebben voor de cliënt. Afbouw van het verlenen van onvrijwillige zorg vraagt daarom extra aandacht. Deze omstandigheden leiden er toe dat **als** toepassing van dwang bij de zorgverlening aan deze personen wordt overwogen, dit vraagt om een specifiek en zorgvuldig afwegingskader.

Door de leden van zowel de CDA-fractie, de PvdA-fractie als de CU-fractie worden vragen gesteld over het tijdstip van indiening van het onderhavige wetsvoorstel in relatie tot het wetsvoorstel met betrekking tot de herziene Wet bopz. Gevraagd wordt waarom ervoor gekozen is dit wetsvoorstel apart te behandelen en waarom er niet voor gekozen is beide wetsvoorstellen in één wettelijke regeling onder te brengen. Om met deze laatste vraag te beginnen: als het om wetgeving over vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking gaat, wordt niet gestart vanuit een nul-situatie. Mensen met dementie of een verstandelijke beperking

vallen nu, samen met de geestelijke gezondheidszorg, onder het regime van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wet bopz) indien ze in een instelling verblijven, maar bevinden zich in een vacuüm wanneer zij extramurale zorg ontvangen.

In die huidige situatie biedt de Wet bopz niet of onvoldoende rechtsbescherming aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking, juist omdat de doelgroepen die die wet moet bedienen zo van elkaar verschillen. In de loop der tijd zijn daar genoeg analyses en rapporten over verschenen. De hoofdlijnen daaruit:

- veel vormen van vrijheidsbeperking worden niet als zodanig her- of erkend, waardoor er veel meer dwang wordt toegepast dan nodig is;
- vrijheidsbeperking wordt toegepast ongeacht de juridische status van de bewoner of cliënt, waardoor de extra bescherming die de wet Bopz beoogt te bieden voor grote groepen niet geldt;
- veel verzet van cliënten wordt bewust of onbewust genegeerd, waardoor datgene wat feitelijk dwang is als vrijwillige zorg wordt verleend;
- voor situaties buiten instellingen ontbreekt een wettelijk kader, waardoor cliënten ofwel onnodig worden verplaatst ofwel geen extra rechtsbescherming genieten
- de wet is sterk georiënteerd op de psychiatrie, waardoor veel termen en behandelingsituaties niet aansluiten op de dagelijkse praktijk van de ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

Dat maakte de maatschappelijke roep om andere wetgeving, die beter is afgestemd op de specifieke kenmerken van deze doelgroepen, groot. Daarom is al in 2005 gekozen voor het uit de Wet bopz halen van deze groepen en begonnen met het ontwikkelen van het onderhavige wetsvoorstel. In de afgelopen jaren is gebleken dat de noodzaak voor deze regeling alleen maar toenam. Omdat dit wetsvoorstel beoogt de bestaande situatie voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking echt te veranderen, waardoor er minder dwang wordt toegepast en besluitvorming daarover zorgvuldig en transparant wordt genomen, is er veel geïnvesteerd in overleg met alle betrokken partijen. Dat leidde – met een enkele kritische kanttekening – tot een aanzienlijk draagvlak voor dit wetsvoorstel bij die partijen. In 2008 werd besloten de Wet bopz ook voor de psychiatrie te vervangen door een ander wettelijk kader: het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: wetsvoorstel vggz) (Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 2). Dat wetsvoorstel en het wetsvoorstel zorg en dwang hebben dus ieder een eigen doelgroep en zullen elkaar in de toekomst aanvullen en gezamenlijk de Wet bopz gaan vervangen. Daarom kon dit wetsvoorstel op zijn eigen moment naar de Kamer worden gestuurd. Ook in praktische zin was er voldoende aanleiding om niet te wachten op het wetsvoorstel vggz: ten tijde van de indiening van het onderhavige wetsvoorstel was er nog geen zicht op de termijn waarop voor de ggz een nieuwe regeling zou zijn ontwikkeld.

Zoals in de memorie van toelichting op het onderhavige wetsvoorstel is aangegeven, is het zinvol te onderzoeken of beide regelingen op termijn kunnen samengaan. Daarbij wil het kabinet echter niet (weer) in de valkuil stappen om een regeling voor één doelgroep te ontwerpen en daar andere doelgroepen in te voegen. Er moet voor worden gewaakt dat een eventuele integrale regeling recht doet aan de eigenheid van de verschillende doelgroepen en de begrippen en instrumenten weergeeft die het beste werken binnen die doelgroepen. Bovendien was het, gezien de grote maatschappelijke behoefte aan andere wetgeving, van belang om zoveel mogelijk snelheid op beide dossiers te behouden. Beide argumenten tezamen hebben geleid tot de keuze om beide regelingen

eerst een periode afzonderlijk van elkaar te laten werken en hun waarde te laten bewijzen in de praktijk. Vanzelfsprekend is er bij het ontwerpen van beide regelingen wel zoveel mogelijk gekozen voor dezelfde uitgangspunten, en heeft er ook veelvuldig overleg tussen beide verantwoordelijke departementen plaatsgevonden. Zo is in beide regelingen de zorg het uitgangspunt, en is het toepassen van dwang een uitzondering. Het zijn persoonsgebonden regelingen, waarbij de opzet procedureel is, in plaats van voor te schrijven wat in welke situatie geldt.

De leden van de CDA-fractie, de PvdA-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen naar de verhouding tussen het wetsvoorstel zorg en dwang enerzijds en de oude wet Bopz en voorgenomen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg – inmiddels als wetsvoorstel ingediend, Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 2 – (hierna: wetsvoorstel vggz) anderzijds. Het CDA vraagt zich verder af of dit wetsvoorstel moet worden beschouwd als een voorloper van het wetsvoorstel vggz en wat dan de beoogde levensduur is van het wetsvoorstel. De leden van de PvdA-fractie vragen in dit verband welke consequenties de wijziging van de Wet bopz heeft voor het onderhavige wetsvoorstel.

De Wet bopz ziet op een ieder die als gevolg van een stoornis van de geestvermogens gevaar veroorzaakt. Deze personen kunnen op grond van de Wet bopz worden opgenomen in een psychiatrische instelling als het gevaar niet anders kan worden afgewend dan door opname in een dusdanige instelling. Zonder toestemming van de cliënt is voor een dergelijke opname een rechterlijke machtiging nodig. Hoewel deze wet juridisch ziet op een ieder met een stoornis van de geestvermogens, en de groep van psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten hier ook onder valt, is zij geschreven met de psychiatrische patiënt als doelgroep in het achterhoofd. De hele wet ademt dan ook de sfeer uit van de psychiatrie. Zo is bijvoorbeeld het begrip «gevaar» in de praktijk niet hanteerbaar voor een groot deel van de doelgroep van psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Die wet kan daarnaast gekwalificeerd worden als een opnamewet. Geregeld wordt onder welke voorwaarden en op welke manier iemand zonder toestemming kan worden opgenomen, maar er wordt niets geregeld over eventuele andere middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast zonder toestemming van de cliënt als een cliënt eenmaal opgenomen is.

Hetzelfde en zelfs nog sterker geldt dit voor het wetsvoorstel vggz. Ook het wetsvoorstel vggz is geschreven voor de doelgroep van psychiatrische patiënten. Er is bij dat wetsvoorstel, doordat het onderhavige wetsvoorstel tegelijkertijd in de maak was, zelfs bij voorbaat vanuit gegaan dat mensen met dementie of een verstandelijke beperking hier niet langer onder zouden vallen. Hierboven is reeds aangegeven dat er een aantal redenen was om te kiezen voor twee aparte wetgevingstrajecten. Daarom is onze inzet erop gericht geweest om zowel voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg als voor de geestelijke gezondheidszorg een wettelijk systeem te ontwerpen dat past bij het specifieke karakter van de doelgroep en de daarvoor benodigde zorg en goed uitvoerbaar is. Indien ook het wetsvoorstel vggz in werking zou treden, vervangen beide wetten gezamenlijk de Wet bopz die dan komt te vervallen. In die zin is het onderhavige wetsvoorstel geen voorloper van de «herziene Bopz». Afstemming van deze wetsvoorstellen is noodzakelijk, en heeft dan ook in de voorbereiding van de verschillende wetsvoorstellen voortdurend plaatsgevonden. Waar mogelijk is gekozen voor eenzelfde benadering en terminologie, waar nodig wordt gemotiveerd afgeweken. Het feit dat het merendeel van de mensen met dementie of een verstandelijke beperking zijn wil niet of onvoldoende kan uiten, maakt dat de dynamiek tussen zorgverlener en cliënt bijvoorbeeld een andere is dan die tussen psychiatrische patiënt en behandelaar. Het bieden van rechtsbescherming moet

voor deze groepen dus op een andere manier worden vormgegeven en dat vraagt soms om andere procedures, actoren en afwegingen. Zo wordt in het wetsvoorstel vggz gebruik gemaakt van het schadecriterium om te beoordelen of iemand moet worden opgenomen of niet, terwijl experts uit de ouderen- en gehandicaptenzorg eerder al hadden aangegeven dat het begrip «ernstig nadeel», dat ook de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt gebruikt, de juiste mate van ingrijpen bereikt voor de doelgroepen van psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Het grote verschil tussen de Wet bopz en het wetsvoorstel vggz aan de ene kant en het onderhavige wetsvoorstel aan de andere kant is daarom dat dit wetsvoorstel zich specifiek richt op mensen die zorg nodig hebben vanwege hun psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. De terminologie, de bevoegdheden, de verplichtingen, de rechten en de maatregelen zijn afgestemd op deze specifieke doelgroep. Na inwerking-treding van dit wetsvoorstel zal de Wet bopz niet langer op deze doelgroepen van toepassing zijn. Ook de onvrijwillige opname is in het onderhavige wetsvoorstel geregeld. De opzet daarvan is afgeleid van de opzet in de Wet bopz, omdat de veldpartijen hebben aangegeven dat zij met de procedure op zich goed uit de voeten kunnen en alleen problemen hebben met het opnamecriterium van «gevaar». Daarom is ervoor gekozen het gevaarscriterium te vervangen voor een criterium dat beter aansluit bij de doelgroep. Daarnaast is de procedure waar mogelijk vereenvoudigd. Zo is er bijvoorbeeld nog maar één soort machtiging.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er sprake is van verschillende en ongelijkwaardige systemen van rechtsbescherming zijn tussen het wetsvoorstel vggz en het onderhavige wetsvoorstel.

De wijze waarop de rechtsbescherming is vormgegeven in het onderhavige wetsvoorstel verschilt op onderdelen van het wetsvoorstel vggz. Dat heeft te maken met het feit dat het andere doelgroepen betreft, waarbinnen zich een grote groep cliënten bevindt die niet of onvoldoende zijn wil duidelijk kan maken. Hoewel ook in het onderhavige wetsvoorstel de wens van de cliënt over de zorg die hij ontvangt voorop staat, zijn er in het voorstel meer bepalingen opgenomen die een zorgvuldige procedure voorschrijven wanneer de cliënt zich weliswaar niet verzet, maar ook niet meer kan instemmen met de zorg die hij ontvangt of met de opname. Dergelijke verschillen leiden zeker niet tot ongelijkwaardige systemen van rechtsbescherming.

Bij de rechtsmiddelen die een cliënt tot zijn beschikking heeft moet onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de rechtsmiddelen die zich richten tegen opnamemaatregelen (de crisismaatregel en de zorgmachtiging in het wetsvoorstel vggz en de lastgeving van de burgemeester tot inbewaringstelling, het besluit tot opname en verblijf door het CIZ en de rechterlijke machtiging in het wetsvoorstel zorg en dwang), en anderzijds rechtsmiddelen die gericht zijn tegen de feitelijke verlening van de zorg.

Tegen de zorgmachtiging in de zin van het wetsvoorstel vggz en de rechterlijke machtiging tot opname en verblijf in de zin van het wetsvoorstel zorg en dwang kan beide beroep worden ingesteld met de daarvoor geldende regels van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Beide systemen blijven hiermee gelijk aan de huidige regeling in de Wet bopz. Nieuw in het wetsvoorstel vggz is dat een zorgmachtiging niet alleen een machtiging tot opname en verblijf kan omvatten, zoals in het wetsvoorstel zorg en dwang, maar ook andere vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook tegen de opname van deze andere vrijheidsbeperkende maatregelen in de machtiging is derhalve beroep op de rechter mogelijk. Een tweede verschil is dat in het wetsvoorstel vggz tegen een zorgmach-

tiging ook hoger beroep mogelijk wordt gemaakt. Dat tegen de opname van andere vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorgmachtiging ingevolge het wetsvoorstel vggz beroep kan worden aangetekend, verschilt weliswaar van het wetsvoorstel zorg en dwang, doch betekent niet dat aan de laatste groep minder rechtsbescherming wordt geboden. Omdat het verlenen van onvrijwillige zorg klachtwaardig is, kan de cliënt of zijn vertegenwoordiger een dergelijke beslissing eerst laten toetsen door een onafhankelijke klachtencommissie. Meent de klachtencommissie dat de klacht ongegrond is, dan kan de cliënt de klacht voorleggen aan de rechter. In het wetsvoorstel zorg en dwang zijn, naast de toegang tot de rechter, ook andere waarborgen opgenomen om ervoor te zorgen dat onvrijwillige zorg niet willekeurig kan worden verleend. Deze waarborgen richten zich vooral op de inrichting van het zorgproces, waarbij een aantal stappen specifiek in de wet zijn vastgelegd. Zo kan alleen zorg, inclusief onvrijwillige zorg, worden verleend indien deze opgenomen is in een zorgplan waarover multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden. Onvrijwillige zorg kan bovendien alleen worden opgenomen in het zorgplan als er sprake is van ernstig nadeel als gevolg van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan. De onvrijwillige zorg moet noodzakelijk én geschikt zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden. Er mogen geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn. Er zal aan al deze criteria moeten zijn voldaan om de onvrijwillige zorg in het zorgplan op te kunnen nemen. Deze waarborgen zijn weliswaar geen rechtsbescherming in de klassieke zin van het woord, waarbij de cliënt bij een instantie kan opkomen tegen zaken waar hij het niet mee eens is, maar beschermen de positie van de cliënt eveneens.

Tegen het besluit tot opname en verblijf dat genomen wordt door het ClZ, is geen bezwaar en beroep mogelijk. Ook hiermee blijft het systeem hetzelfde als in de huidige Wet bopz. Natuurlijk kan de cliënt het ClZ wel laten weten het niet eens te zijn met het besluit. Hiermee geeft de cliënt direct aan dat er sprake is van verzet en er dus geen besluit tot opname en verblijf door het ClZ genomen kan worden. Reeds genomen ClZ-besluiten hebben dan direct geen betekenis meer. Het besluit kan dan niet toegepast worden om de cliënt op te nemen of een opname te verlengen. In deze situatie is een gedwongen verblijf alleen mogelijk met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling. Het wetsvoorstel vggz kent geen aparte opnameprocedure via het ClZ voor cliënten die geen bereidheid tot opname tonen, doch ook geen verzet hiertegen bieden.

De rechtsbescherming bij de inbewaringstelling in het voorliggende wetsvoorstel is analoog aan die van de Wet bopz geregeld. Als een cliënt op last van de burgemeester in bewaring wordt gesteld, krijgt hij binnen 24 uur bijstand van een advocaat. Daarna moet de rechter binnen uiterlijk drie werkdagen beslissen of hij de inbewaringstelling noodzakelijk acht en deze verlengt. In het nog in te dienen wetsvoorstel vggz zal de cliënt ook tegen deze crisismaatregel de mogelijkheid tot beroep bij de rechter krijgen. Hoger beroep is niet mogelijk.

De rechtsmiddelen die cliënten ter beschikking staan zijn tegen de feitelijke verlening van de onvrijwillige zorg zijn in het wetsvoorstel zorg en dwang en het wetsvoorstel vggz vergelijkbaar. In beide wetsvoorstellen wordt de cliënt de mogelijkheid geboden om een klacht in te dienen bij een onafhankelijke klachtencommissie. Hiermee wordt afgeweken van de huidige regeling in de Wet bopz. De wet bopz kent weliswaar een klachtrecht maar dat is beperkter ingericht en daarbij geen sprake is van een onafhankelijke klachtencommissie, maar van een aan de instelling verbonden klachtencommissie.

De leden van de PvdA-fractie vragen of in een overzicht aangegeven kan worden welke verschillen er bestaan met betrekking tot de verschillende criteria van onvrijwillige zorg tussen de Wet bopz, het wetsvoorstel vggz en dit wetsvoorstel.

In onderstaand schema wordt dit aangegeven.

	BOPZ	Wet VGGZ (Psychische stoornis)	Wet Zorg en dwang (psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking)
Criteria onvrijwillige opname	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geen bereidheid</li> <li>– stoornis van de geestvermogens</li> <li>– gevaar als gevolg van de stoornis</li> <li>– gevaar kan alleen worden afgewend door opname</li> <li>– rechterlijke machtiging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– verzet</li> <li>– psychische stoornis</li> <li>– aanzienlijk risico op ernstige schade als gevolg van gedrag door psychische stoornis</li> <li>– geen mogelijkheid tot vrijwillige zorg</li> <li>– geen minder bezwarend alternatief</li> <li>– evenredig</li> <li>– effectief</li> <li>– zorgmachtiging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– verzet</li> <li>– psychogeriatrische aandoening/verstandelijke handicap</li> <li>– ernstig nadeel als gevolg van gedrag door aandoening/handicap</li> <li>– geen minder bezwarend alternatief</li> <li>– noodzakelijk</li> <li>– geschikt</li> <li>– rechterlijke machtiging</li> </ul>
Criteria indien geen bereidheid, geen bezwaar voor opname in de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geen bereidheid, geen bezwaar</li> <li>– stoornis van de geestvermogens</li> <li>– opname noodzakelijk</li> <li>– besluit tot opname van een commissie in de zin van artikel 60, derde lid Wet bopz (CIZ)</li> </ul>	X (Indien een cliënt met een psychische stoornis én dementie of een verstandelijke beperking het beste op zijn plek is in de ouderen- of gehandicaptenzorg, vindt opname plaats volgens de regels van Zorg en dwang)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geen bereidheid, geen verzet</li> <li>– psychogeriatrische aandoening/verstandelijke handicap</li> <li>– ernstig nadeel als gevolg van gedrag door aandoening/handicap</li> <li>– noodzakelijk</li> <li>– geschikt</li> <li>– geen minder bezwarend alternatief</li> <li>– een besluit tot opname en verblijf van een indicatieorgaan (CIZ)</li> </ul>
Criteria geen bereidheid, geen bezwaar voor opname in de geestelijke gezondheidszorg	Bij geen bereidheid altijd rechterlijke machtiging nodig.	Geen bereidheid gelijkgesteld aan verzet, dus zorgmachtiging nodig.	X (Indien een cliënt met dementie of een verstandelijke beperking én een psychische stoornis het beste op zijn plek is in de geestelijke gezondheidszorg, vindt opname plaats volgens de regels van vggz)
Criteria «overige» onvrijwillige zorg (doelgroep psychogeriatric/verstandelijke beperking)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– verzet</li> <li>– stoornis van de geestvermogens</li> <li>– gevaar als gevolg van de stoornis</li> <li>– zorg volstrekt noodzakelijk om gevaar af te wenden</li> <li>– cliënt is opgenomen in verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting</li> <li>– zorg opgenomen in behandelplan of noodsituatie</li> <li>Voor noodsituatie is bij AMvB voorgeschreven welke middelen en maatregelen kunnen worden toegepast, voor «gewone situaties» zijn deze middelen en maatregelen niet omschreven.</li> </ul>	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>– verzet</li> <li>– psychogeriatrische aandoening/verstandelijke handicap</li> <li>– ernstig nadeel als gevolg van gedrag door psychogeriatrische aandoening/verstandelijke handicap</li> <li>– geen minder bezwarend alternatief</li> <li>– noodzakelijk</li> <li>– geschikt</li> <li>– onderdeel van zorgplan of noodsituatie</li> <li>Vormen van zorg die kunnen worden toegepast zijn in wet opgenomen.</li> </ul>

	BOPZ	Wet VGGZ (Psychische stoornis)	Wet Zorg en dwang (psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking)
Criteria «overige» onvrijwillige zorg (doelgroep mensen met een psychische stoornis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– verzet</li> <li>– stoornis van de geestvermogens</li> <li>– gevaar als gevolg van stoornis</li> <li>– zonder zorg kan gevaar niet binnen redelijke termijn worden afgewend</li> <li>– zorg volstrekt noodzakelijk om gevaar af te wenden</li> <li>– cliënt is opgenomen in psychiatrisch ziekenhuis</li> <li>– zorg opgenomen in behandelplan of noodsituatie</li> <li>– schriftelijke beslissing van de behandelaar</li> </ul> <p>Voor noodsituatie is bij AMvB voorgeschreven welke middelen en maatregelen kunnen worden toegepast, voor «gewone situaties» zijn deze middelen en maatregelen niet omschreven .met termijn behandeling</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– verzet</li> <li>– psychische stoornis</li> <li>– aanzienlijk risico op ernstige schade als gevolg van gedrag door psychische stoornis</li> <li>– geen mogelijkheid tot vrijwillige zorg</li> <li>– geen minder bezwarend alternatief</li> <li>– evenredig</li> <li>– effectief</li> <li>– zorgmachtiging</li> </ul> <p>Vormen van zorg die kunnen worden toegepast zijn in de wet opgenomen</p>	X

De leden van de SP-fractie vrezen dat de wet zich aanpast aan de dagelijkse praktijk, waarin vaker dan noodzakelijk vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.

Die indruk betreurt ik, omdat het onderhavige wetsvoorstel de mogelijkheden om dwang toe te passen aanzienlijk aanscherpt. Daarbij wordt wel rekening gehouden met de praktijk, zodat er zo min mogelijk interpretatieverschillen zijn en de wet goed kan worden uitgevoerd. In dit verband vragen deze leden de regering om een onderzoek in te stellen naar de relatie tussen de personeelsbezetting en het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is er reeds. Recent (wetenschappelijk) onderzoek door de Universiteit van Maastricht<sup>1</sup> naar de toepassing van vrijheidsbeperkingen bij bewoners alsmede onderzoek naar de kwaliteit van zorg en de relatie met werkdruk laat al zien dat er nauwelijks een relatie is tussen personeelsbezetting (werkdruk) en de wijze waarop verzorgenden bewoners verzorgen. In plaats daarvan bepalen de kenmerken van een bewoner, en dan vooral zijn mobiliteit en cognitieve functies, de kans op een toegepaste vrijheidsbeperking. Valgevaar is in zorg voor mensen met dementie dé reden om een vorm van fixatie in te zetten, en daar is dus ook de meeste winst te behalen. Verzorgenden moeten de kans krijgen om te leren dat er andere en betere manieren zijn om met risico's om te gaan. Om die reden wordt gelijktijdig met dit wetsvoorstel ingezet op een verandering van de cultuur binnen de zorg in plaats van op werkdruk, als het gaat om het terugdringen van vrijheidsbeperkingen en het bieden van handelingsalternatieven.

Het voorgaande maakt dat ik een minimale norm voor personeelsbezetting, zoals voornoemde leden voorstelden, in zijn algemeenheid niet vind passen in het licht van dit wetsvoorstel.

In de toelichting bij het wetsvoorstel wordt een voorbeeld genoemd waarin iemand met dementie dwaalgedrag vertoont en 's nachts de kleinschalige woonvorm wil uitlopen. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering het in dat geval noodzakelijk acht een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen.

Die noodzakelijkheid is naar mijn mening niet per definitie aanwezig. In dit voorbeeld staan eerst minder ingrijpende alternatieven open. Maar mocht

<sup>1</sup> Anna Huizing: Towards restraint-free care for psychogeriatric nursing home residents, Maastricht 2008, ISBN 978-90-9022540.

een bewoner er op blijven staan weg te willen, dan mag hij alleen worden tegengehouden indien er een wettelijke regeling is die daarin voorziet. Krachtens het onderhavige wetsvoorstel kan dat, maar dient een dergelijke beperking van de bewegingsvrijheid wel te voldoen aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, zodat er voor de bewoner optimale bewegingsvrijheid blijft bestaan. Duidt het gedrag van de bewoner er op dat hij of zij niet in de woonvorm wil verblijven, dan zal er voor het verblijf overigens altijd een rechterlijke toets nodig zijn.

## **2. Hoofdpijnen en reikwijdte van het wetsvoorstel**

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of het niet nodig blijft om onderscheid te maken tussen verschillende vormen van onvrijwillige zorg op basis van het criterium 24-uurs toezicht. Voor sommige vormen van onvrijwillige zorg zou opname op een verblijfsafdeling nodig zijn. Deze leden vinden de voorwaarden «organisatorisch haalbaar» en «verantwoord toezicht» te vaag.

Ik deel het uitgangspunt dat sommige vormen van onvrijwillige zorg, toegepast bij sommige cliënten, de 24-uurs nabijheid van een zorgverlener behoeven. Het maken van onderscheid op basis van het criterium 24-uurs toezicht botst echter fundamenteel met het uitgangspunt van een uniforme, cliëntvolgende regeling. Indien bepaalde vormen van onvrijwillige zorg uitsluitend op een verblijfsafdeling zouden mogen worden toegepast, leidt dat er nog steeds toe dat de locatie bepalend is voor de wijze waarop zorg wordt verleend, inclusief eventuele onvrijwillige zorg. Gedwongen verhuizingen, die zorginhoudelijk soms niet nodig zijn, blijven dan bestaan. Bovendien kan de 24-uurs nabijheid van een zorgverlener op verschillende manieren worden vormgegeven. In een intramurale instelling, waar in de nacht een beperkt aantal zorgprofessionals op 80 of 120 bewoners aanwezig is, wordt het toezicht bijvoorbeeld vormgegeven via rondes. Eenzelfde niveau van toezicht kan in de thuissituatie of in een beschermde woonvorm worden gerealiseerd. Wat ik veel belangrijker vind, is dat het toezicht wordt afgestemd op het type onvrijwillige zorg en de cliënt die daarmee geconfronteerd wordt. Dat verschilt per situatie. Juist om die reden heb ik in het wetsvoorstel zorg en dwang als harde eis opgenomen dat het toezicht op een cliënt verantwoord moet zijn. Dat leidt ertoe dat zorgaanbieders bewuster gaan nadenken over hun organisatie en toezicht. Zij zullen zich immers moeten verantwoorden voor gemaakte keuzes. De consequentie daarvan is dat het ontbreken van voldoende toezicht in een bepaalde zorgsituatie kan leiden tot een verbod op het toepassen van een specifieke vorm van onvrijwillige zorg. De zorgaanbieder zal eerst zijn organisatie zodanig moeten aanpassen dat er kan worden voorzien in verantwoord toezicht.

De leden van de CDA-fractie vinden het onbegrijpelijk dat er geen onderscheid wordt gemaakt naar de mate van de vrijheidsbeperking. In de memorie van toelichting is aangegeven dat dit een bewuste keuze is geweest. Tijdens de ontwikkeling van het onderhavige wetsvoorstel is een aantal malen de suggestie gedaan om een onderscheid te maken naar zgn. «lichte» en «zware» vormen van onvrijwillige zorg. Het idee daarachter was dat lichte vormen van onvrijwillige zorg aan minder zorgvuldigheidseisen gebonden zouden kunnen worden dan zwaardere. Voor een dergelijk onderscheid is uiteindelijk in nauw overleg met de betrokken veldpartijen bewust niet gekozen, vanuit de motivering dat het antwoord op de vraag of iets licht of zwaar is, uitsluitend subjectief kan worden beantwoord. Voor iemand met een verstandelijke beperking kan het uitermate frustrerend zijn indien hij nooit 's avonds op straat mag afspreken met zijn vriendinnetje of wanneer hij nooit een glas cola mag drinken, ook al is die maatregel heel specifiek ingesteld om ernstig nadeel

te voorkomen (bij reële kans op criminaliteit respectievelijk bij gevaar van een coma bij vastgestelde diabetes). Die ervaren frustratie hoeft niet minder te zijn dan de frustratie die iemand ervaart bij bijvoorbeeld het incidenteel afsluiten van de kamerdeur.

Deze leden vragen in het kader hiervan waarom de begrippen vrijheidsbeperkingen en gedwongen zorg door elkaar worden gebruikt. De begrippen vrijheidsbeperking en gedwongen zorg worden niet door elkaar gebruikt in het onderhavige wetsvoorstel. Het wetsvoorstel kent alleen het begrip «onvrijwillige zorg», waarmee zorg bedoeld wordt waar een cliënt zich tegen verzet. Onvrijwillige zorg wordt vervolgens uitgesplitst in vijf vormen. In het woord «onvrijwillig» zit het element van verzet verwerkt; de cliënt heeft aangegeven deze zorg niet te willen. Echter, drie vormen van zorg die voor de cliënt zeer ingrijpend kunnen zijn, worden, ook al zou de cliënt daarmee ingestemd hebben, voor wat betreft de rechtsbescherming en de voorwaarden waaronder deze vormen van zorg verleend mogen worden, gelijk gesteld aan onvrijwillige zorg: gedragsbeïnvloedende medicatie, fixatie, en afzondering. Daarmee is niet bedoeld te suggereren dat er bij deze drie vormen per definitie ook sprake is van dwang; de cliënt verzet zich immers niet. Het ontbreken van verzet is echter iets anders dan het geven van instemming. Eén van de belangrijkste verschillen met de groep cliënten in de ggz is juist dat een groot deel van de mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet (meer) willens en wetens kán instemmen met fixatie of afzondering. Het is nog maar zeer de vraag of ze dat zouden doen, indien ze dat konden. Om voor die groep te bereiken dat zorgvuldige besluitvorming plaatsvindt en voldoende rechtsbescherming aanwezig is, is voor deze specifieke vormen van zorg gekozen voor de gelijkstelling aan onvrijwillige zorg.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de memorie van toelichting op het wetsvoorstel dwang voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking als een «bijzonder aspect van de dagelijkse verzorging» zien. Zij vragen of hieruit gelezen moet worden dat dwangzorg voor deze groep cliënten «normaal» is? De kern van het verschil met dwangzorg in de psychiatrie is volgen de leden gelegen in het willen bieden van een beschermde omgeving aan deze kwetsbare cliënten, wat op verschillende manieren en in verschillende mate van intensiteit kan gebeuren. Het is de vraag of bij deze categorie cliënten de scheidslijn tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg zo scherp valt te maken en of er niet veel meer sprake is van een continuüm. De leden horen graag of de regering zich kan herkennen in deze beschrijving of dat er nog aanvullende redenen zijn voor dwang en drang.

Ik kan mij vinden in de opmerking van de leden van de CDA-fractie dat de scheidslijn tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg niet scherp is wanneer het gaat om mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Toch is deze scheidslijn wel veel scherper te maken dan nu regelmatig in de zorg gebeurt. In de memorie van toelichting van het onderhavige wetsvoorstel is een aantal malen opgemerkt dat «wie zwijgt stemt toe» niet het motto in de zorg kan zijn. Zorgverleners kunnen bij uitstek hun cliënten «lezen» en zien of hun ervaren kwaliteit van leven optimaal is, of zij zich prettig voelen bij de zorg die ze ontvangen. Bovendien kunnen zorgverleners een belangrijke rol spelen in de omgang met verzet en er voor zorgen dat zorg waartegen de cliënt zich eerst verzet, uiteindelijk toch vrijwillig kan worden verleend. Aan de vraag of er bij een cliënt sprake is van verzet of instemming wordt in de huidige praktijk onvoldoende expliciete aandacht besteed, tenzij het verzet overduidelijk is. In het kunnen uiten van de wil zit qua uitvoering van de zorg ook direct een essentieel verschil met dwangzorg in de psychiatrie: het gaat in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking om mensen

die moeite hebben situaties te overzien en keuzes te maken als het gaat om veiligheid of autonomie, of daarover hun wensen kenbaar te maken.

Er is weinig verschil in redenen tussen de psychiatrie enerzijds en de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking anderzijds om onvrijwillige of verplichte zorg toe te passen. In beide gevallen gaat het om het voorkomen van ernstig nadeel of schade voor de cliënt of zijn omgeving. Verschil zit wel in de aard van de zorg. Dwang bij patiënten met een psychische stoornis ziet vaak op kortdurende interventies die gericht zijn op verbetering of herstel. Dwang in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking is veel meer vervlochten met de dagelijkse verzorging en begeleiding. Daarmee wordt geenszins bedoeld dat onvrijwillige zorg normaal is, zoals de leden van de CDA-fractie vragen, maar wel dat de zorg zich vaak uitstrekt over meerdere levensgebieden, en vaak levenslang wordt verleend. De vraag of de cliënt met de zorg instemt kan dus zich op veel meer vlakken voordoen dan bijvoorbeeld een interventie met medicatie.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of het nieuwe gevaarscriterium, het voorkomen van ernstig nadeel, meer categorieën dan alleen deze omvat.

Dat is niet het geval. Het enige criterium op basis waarvan een cliënt onvrijwillig kan worden opgenomen dan wel onvrijwillige zorg kan worden verleend, is het afwenden van ernstig nadeel.

Door de leden van de CDA-fractie wordt een aantal concrete voorbeelden genoemd, waarvan voornoemde leden willen weten of zij vrijheidsbeperkend zijn, te weten een alarmeringssysteem of computergestuurd toezicht en een belevingsgerichte afgesloten tuin.

Een alarmeringssysteem of computergestuurd toezicht is uitsluitend vrijheidsbeperkend indien de cliënt of zijn vertegenwoordiger er niet mee heeft ingestemd. Dit is ook het geval indien hij er geen weet van heeft. Een afgesloten tuin vormt een maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt. Hij is immers niet vrij om de tuin uit te lopen. Maar het feit dat de tuin belevingsgericht is vanuit zorginhoudelijk perspectief natuurlijk verreweg te verkiezen boven een standaard ingerichte tuin.

De leden van de CDA-fractie geven aan het onduidelijk te vinden of de individuele cliënt dan wel de afdeling of instelling centraal staat. Voor het antwoord op die vraag moet een onderscheid worden gemaakt tussen opname – vrijheidsbeneming – en het verlenen van onvrijwillige zorg. Indien het om opname gaat, dan staat niet langer de instelling centraal, maar draait het om het begrip «accommodatie». Er moet immers een plek zijn waar de cliënt opgenomen kan worden. Met de keuze voor het begrip «accommodatie» wordt beoogd dat cliënten met een rechterlijke machtiging ook in een kleinschalige woonvorm kunnen worden opgenomen, mits die woonvorm verantwoorde zorg kan leveren aan zich verzettende cliënten. Het verlenen van onvrijwillige zorg is niet langer locatiegebonden, maar cliëntgebonden. Juist hierdoor hoeven cliënten niet langer gedwongen te verhuizen indien het soms noodzakelijk is een vorm van onvrijwillige zorg te verlenen die ook goed extramuraal kan worden verleend.

De leden van de CDA-fractie vragen of de bopz-afdelingen blijven bestaan en waarom de Wet bopz wel van toepassing is op een verstandelijk gehandicapte cliënt die in een psychiatrische instelling zit. Daarmee samenhangend vragen de leden van de CDA-fractie wat het toepasselijke wettelijke kader is bij cliënten met zogenaamde dubbelproblematiek.

Op een cliënt met een verstandelijke beperking die in een psychiatrische instelling zit, is de Wet bopz van toepassing. Daar is voor gekozen om twee redenen. Allereerst moet zoveel mogelijk worden vermeden dat instellingen te maken krijgen met verschillende wettelijke regimes. Dat zou niet alleen leiden tot een enorme verzwaring van de administratieve lasten maar ook tot verwarring. Daarnaast past de Wet bopz het beste bij de wijze waarop het zorgproces is ingericht in de geestelijke gezondheidszorg. Behandelpunten zijn bijvoorbeeld gericht op herstel en de psychiater is de behandelaar. Andersom geldt de redenering voor dit wetsvoorstel indien het een cliënt betreft die in een beschermde woonvorm als onderdeel van de gehandicaptenzorg verblijft. Cliënten met dubbelproblematiek zullen daar worden opgenomen waar zij, gezien hun zorgbehoefte, het beste af zijn. Het onderhavige wetsvoorstel kent om die reden onder andere een doorzendplicht voor het CIZ: indien het CIZ bij de indicatieprocedure vaststelt dat er niet alleen sprake is van dubbelproblematiek, maar ook meent dat een cliënt gezien zijn zorgbehoefte beter af is in de geestelijke gezondheidszorg, stuurt hij het verzoek om een rechterlijke machtiging door naar de officier van Justitie, zodat deze de rechter om een machtiging in het kader van de Wet bopz kan verzoeken.

De leden van deze fractie uiten hun bezorgdheid over de mogelijkheid dat het onderhavige wetsvoorstel een «vrijbrief» is voor het toepassen van allerlei vrijheidsbeperkingen, omdat de reikwijdte buiten de huidige verblijfsafdelingen toeneemt. Zij vragen zich af hoe wordt gewaarborgd dat er daadwerkelijk sprake is van een «ultimum remedium» bij het toepassen van dwang en dat het zorgplan in beginsel geen onvrijwillige zorg omvat.

Graag wil ik allereerst benadrukken dat de reikwijdte van de regeling niet alleen de mogelijkheid om onvrijwillige zorg te verlenen betreft, maar ook de rechtsbescherming van cliënten tegen het verlenen van onvrijwillige zorg. Op beide fronten neemt de reikwijdte toe. Het onderhavige wetsvoorstel is immers niet alleen van toepassing op cliënten die verblijven in een instelling, maar ook op psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten die niet in een instelling verblijven maar wel zorg ontvangen. Dat is een bewuste keus geweest om de kwaliteit van leven van cliënten die buiten een instelling verblijven en daar graag willen blijven wonen, te verhogen. Zowel vanuit zorgprofessionals als vanuit de Inspectie is regelmatig aangegeven dat het gedwongen moeten verhuizen naar een instelling op het moment dat er – vaak incidenteel – een vorm van onvrijwillige zorg moet worden geboden, tot schrijnende situaties leidt. Met het legaliseren van een bestaande praktijk heeft dit wetsvoorstel echter niets te maken. In die huidige, dagelijkse praktijk bestaan buiten de Bopz-aangemerkte instellingen grote moeilijkheden met het wettelijke kader, dat niets regelt over het toepassen van welke vorm van onvrijwillige zorg ook. Het zonder meer handhaven van de huidige wettelijke kaders, die het mogen verlenen van onvrijwillige zorg voorbehouden aan intramurale instellingen, leidt tot gedwongen verhuizingen en verlies van kwaliteit van leven. Het onderhavige wetsvoorstel geeft een wettelijk kader met eisen die strenger zijn dan nu gebruikelijk. Dat kader kan de cliënt volgen in iedere zorgsituatie, mits de zorgaanbieder in kwestie daaraan kan voldoen. Daarmee wordt een deel van de huidige praktijk aan normen gebonden en gelegaliseerd, met als doel het zo goed mogelijk aansluiten bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt. Een ander deel van de praktijk, waar niet op een verantwoorde wijze met vrijheid wordt omgegaan, wordt juist aan banden gelegd. Het volgen van de procedures faciliteert niet het kunnen toepassen van dwang, maar belet dit juist.

Het waarborgen dat er daadwerkelijk sprake is van een «ultimum remedium» is een terechte vraag van de leden van de CDA-fractie. Hoewel ik het met deze leden eens ben dat niet kan worden volstaan met het

verwijzen naar Zorg voor Beter voor het bereiken van een cultuurverandering, moet toch het effect van dit programma niet worden onderschat. Het verbetertraject «Maatregelen op Maat» draait zeer succesvol en is iedere keer vol. Dit geldt ook voor het verkorte verbetertraject «Ban de Band». Maar ook met een programma zoals «Het goede gesprek», dat vanuit mijn ministerie wordt gesubsidieerd, wordt gewerkt aan het versterken van de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Respect, onderhandeling en overreding spelen inderdaad een grote rol in het zorgproces. Juist daarom geeft de toelichting bij het wetsvoorstel aan dat zeer zorgvuldig met verzet moet worden omgegaan. Immers, bij veel mensen met dementie of een verstandelijke beperking is op geleide van de ervaring te voorspellen dat verzet tegen een verandering in de zorgverlening tijdelijk is; het is een normale reactie, bijna een vast patroon. Gelet op de te verwachten korte duur van het verzet verdient een houding van (actief) afwachten de voorkeur. De kans is groot dat op een later moment de zorg vrijwillig kan worden verleend. Een instrument dat door brancheorganisatie Actiz is ontwikkeld, waarbij met verzorgenden naar een dvd wordt gekeken over verschillende situaties van verzet en vervolgens wordt gereflecteerd op de eigen ervaring, is daarbij heel waardevol. Naast de «cultuurkant» bestaat ook een hardere kant: de zorgaanbieder moet bij het verlenen van onvrijwillige zorg in het zorgplan aangeven welke alternatieven hij heeft gebruikt. Dat maakt het ultimatum remediëbeginsel transparant. Voor de wijze waarop toezicht wordt gehouden betekent dit een verschuiving, waarbij niet alleen de organisatie van het zorgproces wordt beoordeeld, maar ook de wijze waarop dit voor de individuele cliënt uitpakt.

Deze leden vragen ook waarom bij onvrijwillige zorg het criterium alleen nog «verzet» wordt en niet meer «geen bereidheid». Het criterium «geen bereidheid geen bezwaar» komt in de Wet bopz alleen voor als het gaat om opname en niet als het gaat om het verlenen van zorg. In het onderhavige wetsvoorstel wordt dit criterium gehandhaafd bij opname. Verzet is aan de orde bij het verlenen van onvrijwillige zorg; de zorg wordt onvrijwillig indien de cliënt zich ertegen verzet. De oude term uit de Wet bopz was «dwangbehandeling», waarvoor eveneens het criterium «verzet» geldt.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze wordt geregeld hoe onvrijwillige zorg moet worden ingevuld. Ten aanzien van dit begrip geldt dat het onderhavige wetsvoorstel daarvoor een uitputtende invulling geeft; andere vormen van onvrijwillige zorg zijn niet toegestaan. Wel zullen specifiek met betrekking tot maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken bij algemene maatregel van bestuur die maatregelen worden aangewezen die in ieder geval worden beschouwd als maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken, of die juist niet mogen worden gebruikt om de bewegingsvrijheid te beperken.

Deze leden stellen daarnaast terecht dat zorgaanbieders verplicht zijn tot het leveren van verantwoorde zorg, waar ook het toezicht bij hoort. Zij vragen daarbij wat wordt verstaan onder verantwoord toezicht. Net als voor de term verantwoorde zorg is er ook bij verantwoord toezicht voor gekozen dit niet dicht te regelen, omdat het echt een taak van de zorgaanbieder is daar invulling aan te geven. Het toezicht op een cliënt – erop toezien dat hij het goed maakt – verschilt namelijk al naar gelang de vorm van onvrijwillige zorg die wordt verleend en de cliënt die het betreft. Ter illustratie twee voorbeelden. Fixatie is een risicovolle handeling, waarbij de zorgverlener altijd nabij moet zijn en regelmatig moet controleren hoe het met de cliënt gaat. Het is daarom evident dat aan het toezicht strengere eisen worden gesteld indien het gaat om een dergelijke maatregel, die de bewegingsvrijheid beperkt en die op of bij het

lichaam wordt toegepast. Een cliënt daarentegen die dwangmatig pijnstillers wil gebruiken, waardoor wordt besloten die achter slot en grendel te zetten, heeft een dergelijke intensieve vorm van toezicht meestal niet nodig indien de maatregel eenmaal is getroffen.

De leden van de SP stellen dat dwang- en drangmaatregelen niet altijd het beste middel zijn om een «onrustige» bewoner te verzorgen en dat deze wellicht meer gebaat is bij een rustige wandeling of persoonlijke aandacht. Zij vragen of de mogelijkheid om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen bij een «onrustige» bewoner niet in strijd is met het zelfbeschikkingsrecht.

De stelling van de leden van de SP-fractie dat dwangmaatregelen niet altijd het beste middel zijn om met een onrustige bewoner om te gaan, onderschrijf ik. Sterker nog, in dat geval is een vorm van dwang of onvrijwillige zorg vrijwel nooit het beste middel. In het wetsvoorstel is daarom ook voorgeschreven dat een dergelijke inbreuk op de autonomie alleen gemaakt mag worden indien het noodzakelijk is, indien de onvrijwillige zorg geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen en indien er geen minder ingrijpend alternatief is. Niet voor niets zijn deze beginselen in het wetsvoorstel expliciet opgenomen bij het afwegingskader voor de zorgaanbieder, wanneer hij onvrijwillige zorg wil toepassen.

De leden van de SP-fractie merken verder op dat het wetsvoorstel geen onderscheid maakt tussen mensen die instemmen met hun behandeling en mensen die tegen hun wil worden behandeld en vragen zich af of dit niet in strijd is met het zelfbeschikkingsrecht.

Het verdwijnen van onderscheid tussen cliënten die instemmen en cliënten die niet expliciet instemmen of zich verzetten heeft heel specifiek betrekking op twee vormen van zorg: gedragsbeïnvloedende medicatie en maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken. Het effect daarvan is dat de criteria en procedure die gelden voor het verlenen van onvrijwillige zorg van toepassing worden. Dat is niet in strijd met het zelfbeschikkingsrecht, maar het legt wel extra eisen op aan de zorgaanbieder om er heel zorgvuldig mee om te gaan. Deze keuze is ingegeven door het feit dat een grote groep cliënten niet (meer) kan instemmen met de zorg omdat zij hun wil niet kunnen uiten. Van deze cliënten mag niet zonder meer worden aangenomen dat zij instemmen met maatregelen die hun vrijheid beperken en juist deze categorie verdient extra rechtsbescherming. Daarnaast is er een zeer kleine categorie cliënten die zelf vraagt om een vorm van vrijheidsbeperking. Vanzelfsprekend impliceert dit wetsvoorstel niet dat in dit geval zonder meer aan de wens van de cliënt voorbij moet worden gegaan. Wel heeft een zorgaanbieder ook in dit geval de plicht een professionele afweging te maken. Bepaalde vormen van vrijheidsbeperking zijn immers risicovolle handelingen of kennen een medische contra-indicatie. Het volgen van dezelfde procedure als bij onvrijwillige zorg betekent dat, samen met een cliënt die om een vrijheidsbeperkende maatregel vraagt, moet worden nagaan of er minder ingrijpende alternatieven zijn die tegemoet komen aan de wens van de cliënt (bijvoorbeeld het zoeken van veiligheid in geval van een beddek). Er zou immers sprake kunnen zijn van een situatie waarin een cliënt uit gewenning vraagt om een vorm van vrijheidsbeperking, die gezien zijn problematiek eigenlijk niet meer nodig is. Is er geen minder ingrijpend alternatief waar de cliënt mee instemt, en kan gemotiveerd worden waarom een ernstig nadelige situatie ontstaat als de vrijheidsbeperkende interventie niet wordt gebruikt, dan wordt tegemoet gekomen aan de wens van de cliënt.

De leden van de VVD-fractie zien dat in het wetsvoorstel een duidelijke grens wordt getrokken tussen gewone zorg en buitengewone zorg. Maar deze leden menen dat het voorstel geen enkele richtlijn of houvast geeft

over wanneer wel aanvaardbaar is dat bepaalde vormen van dwang en drang worden toegepast en onder welke omstandigheden en wanneer niet. Dwang en drang is pas aan de orde als er geen andere «gewone» oplossing meer voorhanden is, maar de wet laat het, in de ogen van deze leden, aan zorgverleners over om het goede te doen.

Dat zorgverleners het goede moeten doen, is een andere manier van zeggen dat zij verantwoorde zorg moeten leveren. Een onderdeel van verantwoorde zorg kan zijn dat een zorgverlener zich genoodzaakt ziet te handelen wanneer een cliënt inbreuk maakt op zijn eigen menselijke waardigheid of die van een ander (in de termen van het wetsvoorstel: zichzelf in een ernstig nadelige positie brengt). Het wetsvoorstel geeft een afwegingskader voor het verantwoord kunnen toepassen van onvrijwillige zorg, mocht die vraag aan de orde zijn. Centrale artikelen voor dat afwegingskader zijn de artikelen 8 en 10. Het enige criterium op basis waarvan onvrijwillige zorg mag worden verleend, is het afwenden van ernstig nadeel. Een onderdeel van het afwegingskader is dat een dergelijke inbreuk op de autonomie alleen mag worden gemaakt indien het noodzakelijk is, indien de onvrijwillige zorg geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen en indien er geen minder ingrijpend alternatief is. Met dit kader worden geen kant-en-klare oplossingen geboden. Dat zou ook geen recht doen aan het spanningsveld waarin zorgverleners dagelijks moeten opereren, en waarbij ze voortdurend afwegingen moeten maken tussen veiligheid en vrijheid. Het onderhavige wetsvoorstel biedt zorgverleners een duidelijk handvat om met die dilemma's om te gaan. Echter, het moment waarop noch de concrete omstandigheden waaronder een vrijheidsbeperking aan de orde is, zijn in wetsartikelen te vinden.

De leden van de VVD-fractie zijn verder van mening dat bij het opstellen van het wetsvoorstel te weinig aandacht is besteed aan de ethische dilemma's rondom de toepassing van dwang en drang. Zij menen in dat licht dat de samenstelling van het multidisciplinaire team wettelijk verankerd moet worden en zijn voorstander van de toevoeging van een buitenstaander, bij voorkeur een ethicus, aan het team. Deze zou dan de ethische afweging kunnen maken met betrekking tot de toepassing van dwang- en drangmaatregelen.

Ik betreur het dat de leden van de VVD-fractie de ethische dilemma's die zeer zeker hebben gespeeld bij het opstellen van het wetsvoorstel onvoldoende herkennen. Vooral omdat deze leden vervolgens de conclusie trekken dat de wettekst in grote mate is geschreven vanuit de optiek van de instellingen, die in hun ogen een ongekende ruimte krijgen om dwang en drang toe te passen. Graag benadruk ik nogmaals dat in mijn visie het leveren van verantwoorde zorg en het toepassen van dwang en drang geen tegenstellingen horen te zijn. Door te kunnen instemmen met zorg of door zorg te weigeren oefent de cliënt zijn zelfbeschikkingsrecht uit, dat ook in het wetsvoorstel zorg en dwang het leidende principe is. Maar wanneer het zelfbeschikkingsrecht van een cliënt ongelimiteerd zou worden uitgeoefend, zou de cliënt zijn eigen menselijke waardigheid of die van een ander geweld kunnen aandoen. En daarmee zou het een belemmering vormen om goede of verantwoorde zorg te verlenen. Ook zorgverleners hebben immers de plicht om, binnen de context van de zorg die zij leveren, te waken voor een volwaardige uitoefening van mensenrechten door hun cliënten. En als het zelfbeschikkingsrecht van een cliënt, zeker indien hij de consequenties van een bepaalde beslissing niet kan overzien of zijn sociale context niet kan duiden, met zich meebrengt dat hij inbreuk maakt op zijn eigen menselijke waardigheid of die van een ander (in de termen van het wetsvoorstel: zichzelf in een ernstig nadelige positie brengt) dan kan een zorgverlener zich genoodzaakt zien te handelen. Handelen zonder instemming van de cliënt, of zelfs tegen zijn wil, met als doel de menselijke waardigheid van de cliënt te beschermen, dát is waar het in het onderliggende wetsvoorstel uiteindelijk over gaat. Om

dergelijke afwegingen goed te kunnen maken, schrijft het wetsvoorstel dwingend voor welke duidelijke stappen gezet moeten worden.

Eén van die stappen is het multidisciplinair bespreken van het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Het wetsvoorstel voorziet derhalve in de wens van de leden van de VVD-fractie om een multidisciplinair team wettelijk te verankeren. Hoewel het wetsvoorstel de mogelijkheid biedt om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over de wijze van totstandkoming van het zorgplan, heb ik er expliciet voor gekozen om de verantwoordelijkheid voor een adequaat en zo breed mogelijk samengesteld multidisciplinair team bij de zorgaanbieder neer te leggen. Ik vind de suggestie van de leden van de VVD-fractie om daarin een deskundige buitenstaander, bij voorkeur een ethicus, op te nemen interessant en zal dat in overleg met veldpartijen zeker aan de orde stellen.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het wetsvoorstel een streep zet door de combinatie van informele en formele zorg, doordat de verantwoordelijkheid en dus wettelijke aansprakelijkheid voor de daden van mantelzorgers bij de betaalde zorgverlener wordt neergelegd en niet bij degene die hem betaalt.

Ik ben het volledig eens met de wens van deze leden om zoveel als mogelijk is te voorkomen dat mensen onnodig, en tegen hun wensen in, opgenomen moeten worden in 24-uurs voorzieningen. Juist om die reden verlaat ik het idee van de huidige Wet bopz, die locatiegebonden is en daarmee het verlenen van gecompliceerde zorg in de thuissituatie bemoeilijkt. Graag merk ik op dat het wetsvoorstel geen bepalingen kent over wettelijke aansprakelijkheid. In principe worden betaalde zorgverleners niet verantwoordelijk voor daden van mensen die informeel diensten leveren. Wellicht doelen de leden van de VVD-fractie op de eis dat een zorgverlener zich ervan moet vergewissen dat er op de cliënt verantwoord toezicht kan worden gehouden tijdens het toepassen van een vorm van onvrijwillige zorg. Dat toezicht kan in bepaalde gevallen door anderen worden uitgevoerd, net zoals bijvoorbeeld in de thuissituatie bij mensen met een nieraandoening bepaalde medische handelingen door anderen worden uitgevoerd. In de memorie van toelichting van het onderhavige wetsvoorstel wordt uiteengezet dat de verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder voor het leveren van verantwoorde zorg betekent dat hij controleert of de informele zorgverlener in staat en geschikt is om toezicht te houden, dat hij voldoende instructies geeft en dat hij als zorgaanbieder beschikbaar is voor overleg of consultatie. Daarmee wordt de zorgaanbieder niet wettelijk aansprakelijk voor alle daden van de informele zorgverlener of mantelzorger.

De leden van de VVD-fractie vragen om een nadere uitwerking van het wetsvoorstel, waarbij zij aandacht vragen voor een drietal punten, te weten een ethisch fundament met een richtinggevend kader onder welke omstandigheden bepaalde vormen van dwang en drang wel of niet acceptabel zijn, een differentiatie naar zwaarte van dwang- en drangtoepassingen en een differentiatie naar de omstandigheden waaronder en door wie de zorg wordt verleend, waarbij rekening wordt gehouden met de combinatie van informele zorg met formele zorg.

Het wetsvoorstel zorg en dwang verenigt verschillende perspectieven: een juridisch, een ethisch én een zorginhoudelijk perspectief. Die zijn zo nauw met elkaar verweven, dat het lastig is één perspectief eruit te lichten. Desalniettemin is het ethische fundament van het wetsvoorstel zorg en dwang het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt, verankerd in artikel 5 van het Europees Verdrag voor de rechten van de Mens (EVRM). Ik ben op dat element hierboven reeds uitvoerig ingegaan. Daaruit vloeit voort dat ik van mening ben dat het niet de taak van de overheid is om aan te geven

onder welke omstandigheden een vorm van onvrijwillige zorg acceptabel is, omdat de omstandigheden en de cliënten in de zorg voor deze groepen zo divers zijn dat dat niet van tevoren te regelen is. Het gevaar schuilt erin dat cliënten juist worden geconfronteerd met méér dwang indien de omstandigheden die in een regeling staan omschreven zich voordoen; daarmee wordt immers de legitimatie verschaft. In mijn visie moet duidelijk zijn, onder alle omstandigheden, aan welke criteria moet worden getoetst, hoe het besluitvormingsproces eruit moet zien en hoe dat proces transparant kan worden gemaakt voor cliënt, vertegenwoordiger en Inspectie. Het onderhavige wetsvoorstel voorziet daarin.

De leden van de PVV-fractie vragen of met deze wet men in eigen huis gedwongen kan worden om te eten en te drinken en of medicijnen onder dwang kunnen worden toegediend.

De opzet van het wetsvoorstel is zodanig dat deze niet locatiegebonden maar cliëntgebonden is. De door de PVV aangehaalde situaties waarbij psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten in de thuissituatie onvrijwillige zorg krijgen zijn derhalve niet onmogelijk, maar daarbij moet wel worden bedacht dat er evenzeer als in een instelling voldaan moet zijn aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Indien iemand een keer niet wil eten, is het absoluut niet proportioneel om dan dwang toe te passen. Maar in de situatie dat iemand stelselmatig weigert te eten en hierdoor zichzelf ernstig nadeel dreigt toe te brengen, is de toepassing van dwang niet ondenkbaar. Als met deze gedwongen zorg in thuissituaties echter voorkomen kan worden dat cliënten tegen hun wil moeten verhuizen omdat het soms nodig is een vorm van onvrijwillige zorg te verlenen, zoals nu vaak gebeurt, is dit te verkiezen boven een opname in een instelling.

De leden van de CU-fractie vragen welke aanvullende maatregelen gericht op cultuurverandering worden genomen.

Cultuurverandering kent een gedeelde verantwoordelijkheid tussen veldpartijen enerzijds en het beleid vanuit de overheid anderzijds. Vanuit mijn rol probeer ik een cultuurverandering te bereiken door samenhangend beleid in wetgeving, toezicht en verbeterprogramma's. Daar waar de wetgeving scherpere eisen stelt en bijvoorbeeld vraagt om minder ingrijpende alternatieven, ziet de Inspectie er niet alleen op toe dat instellingen zoeken naar alternatieven, maar probeert ze daar ook een stimulerende rol in te spelen. In de huidige verbeterprogramma's «Maatregelen op maat» en «Ban de band» wordt specifiek ondersteuning geboden aan de werkvloer. Maar ook andere programma's die meer gericht zijn op dialoog of zeggenschap dragen bij aan deze cultuurverandering. Daarnaast hebben ook de veldpartijen een verantwoordelijkheid, primair vanuit de plicht verantwoorde zorg te leveren, om anders te kijken naar vrijheid en om dwang zo veel mogelijk uit te bannen. In dat opzicht ben ik ook blij dat alle betrokken partijen in 2008 gezamenlijk een intentieverklaring hebben ondertekend. Die was primair gericht op de Zweedse band, maar de ervaring leert dat instellingen na het afbouwen van Zweedse banden ook breder gaan kijken naar vrijheidsbepurende maatregelen.

De leden van de CU-fractie vragen verder welke concrete maatregelen er genomen zullen worden om het kennisniveau van de beroepsgroep te bevorderen.

De hierboven genoemde intentieverklaring wordt ondersteund door een breed toegankelijke website, [www.zorgvoorvrijheid.nl](http://www.zorgvoorvrijheid.nl), waar tal van handreikingen te vinden zijn om een cultuurverandering op gang te brengen en het kennisniveau te versterken. Een andere website van de rijksoverheid, [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl), is specifiek gericht op het uitleggen van de toch vaak gecompliceerde wet- en regelgeving. Waar het gaat om

de opleidingen, hebben de brancheorganisaties de verantwoordelijkheid en mogelijkheid om aanpassingen in het curriculum voor te stellen. Ik verwacht dat zij die verantwoordelijkheid zonder meer zullen nemen, en zal daar in mijn reguliere overleg met hen aandacht voor vragen.

### **3. Onvrijwillige zorg in het zorgproces**

De leden van de PVV-fractie vragen of het ernstig nadeel-criterium ziet op ernstig nadeel voor de cliënt of voor de instelling of zorgverlener. Zij zijn daarnaast van mening dat dit criterium niet te toetsen is.

Het ernstig nadeelcriterium is op de doelgroep afgestemd, en geeft voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking beter dan het begrip gevaar van de Wet bopz aan wanneer een inbreuk kan worden gemaakt op iemands vrijheidsrechten. Uit de omschrijving van ernstig nadeel in artikel 1, tweede lid, blijkt dat het niet alleen om ernstig nadeel voor de cliënt zelf gaat, maar ook om het door de cliënt veroorzaken van ernstig nadeel voor anderen. Dat kan ernstig nadeel voor de zorgverlener zijn als de cliënt de zorgverlener ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen. Indien de algemene veiligheid van personen of goederen wordt bedreigd, kan het nadeel zich ook voor de instelling voor doen. Het moge duidelijk zijn dat het gaat om een vorm van nadeel die ernstige schade of gevaar kan opleveren. Het feit dat iets voor een instelling gewoon lastig is, valt vanzelfsprekend niet onder het ernstig nadeelcriterium.

### **4. Rechtsbescherming**

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze dit wetsvoorstel de rechtspositie van de al dan niet terecht tot wilsonbekwaam aangemerkte cliënt waarborgt, of er rekening is gehouden met jurisprudentie, wie objectief vaststelt of er sprake is van wilsonbekwaamheid en wat er gebeurt als de als wilsonbekwame aangeduide cliënt en zijn vertegenwoordiger het niet met elkaar eens zijn.

De beoordeling of een cliënt al dan niet wilsonbekwaam is wordt primair gedaan door de zorgverantwoordelijke. Dit is de persoon die door de zorgaanbieder voor de cliënt is aangewezen, om namens de zorgaanbieder zijn taken uit te voeren. Deze heeft intensief contact met de cliënt en is dan ook het best in staat om een beoordeling te kunnen geven over de wilsonbekwaamheid. In de situatie dat de zorgverantwoordelijke en de vertegenwoordiger het over de beslissing omtrent de wilsonbekwaamheid van de cliënt niet eens zijn, wordt de beslissing over de wilsonbekwaamheid bij de bij de zorg betrokken arts neergelegd. Over de uiteindelijke beslissing tot wilsonbekwaamheid kan, ingevolge artikel 45, eerste lid, door zowel de cliënt zelf als zijn vertegenwoordiger een klacht ingediend worden bij de klachtencommissie. Indien de beslissing van de commissie niet inhoudt dat de klacht gegrond is, kan de klager zich vervolgens met een verzoekschrift tot de rechter wenden ter verkrijging van een beslissing over de klacht. Als de als wilsonbekwaam aangeduide cliënt en zijn vertegenwoordiger het niet met elkaar eens zijn, zal dus uiteindelijk de rechter een oordeel moeten vellen over de wilsonbekwaamheid. Hiermee is een onafhankelijke vaststelling van de onbekwaamheid gegarandeerd.

De leden van de CDA-fractie leggen de casus voor waarbij de partner/mantelzorger van een man overbelast is en aangeeft dat de man dement is. De familie ondersteunt de partner daarin, terwijl de vriendenkring de indruk heeft dat de man misschien vergeetachtig is, maar zeker niet dement. Het CDA stelt dat de betrokkenheid van de familie ervoor zorgt dat deze niet-demente man met een bopz-indicatie op een besloten afdeling voor dementerenden terecht komt en vraagt welke mogelijkheden er bestaan voor de cliënt om zijn afhankelijkheidspositie te doorbreken.

Zoals hiervoor weergegeven biedt de wet de cliënt de mogelijkheid om een klacht in te dienen tegen de vaststelling dat hij wilsonbekwaam is. Er dient echter wel onderscheid gemaakt te worden tussen de vaststelling dat iemand wilsonbekwaam is en de onvrijwillige opname van een persoon. Voor de opname in een verpleegtehuis van een persoon tegen zijn wil is altijd – ongeacht de kwalificatie met betrekking tot de wilsbekwaamheid – een rechterlijke machtiging nodig. Ook als de vertegenwoordiger instemt, maar de cliënt zich verzet tegen een opname of verblijf in een accommodatie, zal de rechter dus altijd moeten beoordelen of een gedwongen opname mogelijk is. Een Bopz-indicatie mag in deze gevallen niet worden afgegeven door het CIZ.

De leden vragen verder of de regering het mogelijk acht om in dergelijke gevallen een soort raad voor meerderjarige wilsonbekwamen in het leven te roepen die onafhankelijk onderzoek kan doen en onafhankelijk kan adviseren.

Hoewel ik het idee sympathiek vind, ben ik tegelijkertijd van mening dat uitsluitend aan de een rechter de bevoegdheid dient toe te komen om zo nodig het verzet van iemand tegen opname te kunnen doorbreken. Indien het gaat om iemand die zich niet verzet tegen opname, moet er ingevolge het onderhavige wetsvoorstel een indicatie voor opname en verblijf worden afgegeven door het CIZ. Het voorstel schrijft voor dat een ter zake kundige arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een psychogeriatrische aandoening. Op die manier wordt gewaarborgd dat mensen niet langer ten onrechte op een afdeling voor dementerenden terecht komen.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke mogelijkheden worden overwogen om een cliëntenvertrouwenspersoon wettelijk te verankeren en op welk moment hier duidelijkheid over kan worden gegeven. Het idee van een cliëntenvertrouwenspersoon komt voort uit de geestelijke gezondheidszorg, waar patiëntenvertrouwenspersonen hun diensten aanbieden in Bopz-aangemerkte instellingen; primair voor mensen die gedwongen zijn opgenomen maar in de praktijk voor alle daar verblijvende patiënten. Kenmerkend voor deze functie is dat de patiëntenvertrouwenspersoon zich duidelijk aan de kant van de cliënt positioneert en diens belangen behartigt; hij is partijdig. Daarnaast handelt hij uitsluitend op verzoek van de patiënt. Deze functie kopiëren naar de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking zou, gezien het karakter van de functie, niet werken. Het gaat om groepen – uitgezonderd wellicht de mensen met een lichte verstandelijke beperking – die zich over het algemeen moeilijk kunnen uiten, waarmee de afwachende en partijdige opstelling van een patiëntenvertrouwenspersoon lastig combineert. Bovendien constateer ik dat in veel AWBZ-instellingen al diverse functionarissen rondlopen die zich bezig houden met de rechtspositie van de cliënt; bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris, de vertrouwenspersoon of de mentor. Er moet worden voorkomen dat daar nog een functionaris aan toegevoegd wordt; dat maakt het voor cliënten en hun vertegenwoordigers alleen maar lastiger om hun weg te vinden. Dat wil niet zeggen, integendeel zelfs, dat ik er niet aan hecht dat ook deze groepen cliënten in de langdurige zorg op een gelijkwaardige manier gebruik kunnen maken van hun rechtspositie. Om dat te bewerkstelligen is in dit wetsvoorstel een andere klachtregeling opgenomen. Die regeling voorziet in een klachtencommissie die, anders dan in de huidige Bopz-regeling, volledig onafhankelijk van de instelling is en voldoende klachten behandelt om daar op professionele wijze mee om te kunnen gaan. Cliënten, of hun vertegenwoordigers, mogen zelf kiezen of ze rechtstreeks naar deze klachtencommissie stappen, dan wel eerst gebruik maken van de laagdrempelige klachtenbehandeling waartoe de zorgaanbieder verplicht is. Dat instellingen daar steeds meer aandacht voor hebben vind ik een goede zaak; binnen de meeste intramurale instellingen

zijn bovendien klachtovang-functionarissen aanwezig die zorgen dat klachten worden behandeld voor ze officieel klacht zijn, zodat situaties niet snel escaleren. In de V&VT (ouderenzorg en thuiszorg) zijn diverse partijen al met elkaar in gesprek over verdere verbetering en professionalisering van de klachtenopvang.

De leden van de PvdA-fractie refereren aan het advies van de Raad van State en vragen welke aanpassingen zijn gedaan naar aanleiding van opmerkingen van de Raad ten aanzien van de matige interne rechtsbescherming van cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen.

Ik heb die opmerkingen niet in het advies kunnen vinden. Wel meende de Raad dat de verhouding tussen het onderhavige voorstel en de Wet bopz niet duidelijk is als het gaat om personen die onvrijwillig zijn opgenomen. Daarop heb ik de schakelbepaling die in het wetsvoorstel was opgenomen nogmaals goed bekeken. Omdat die niet de gewenste duidelijkheid bood, heb ik in het nader rapport aangegeven ervoor te hebben gekozen niet te werken met andere «ingewikkelde» schakelbepalingen, maar de procedure voor gedwongen opneming over te hevelen naar het onderhavige wetsvoorstel. Op die manier ontstaat een integraal wetsvoorstel, waarmee tevens tegemoet gekomen wordt aan de wens van vrijwel alle veldpartijen die over het voorstel zijn geconsulteerd.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat in de Wet bopz het zelfbeschikkingsrecht het centrale uitgangspunt is en vraagt welke beginselen ten grondslag liggen aan de rechtsbescherming van psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Net als de Wet bopz heeft ook het wetsvoorstel zorg en dwang het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt als ethisch fundament van de wet gekozen. Dit recht, onder meer verankerd in artikel 5 van het Europees Verdrag voor de rechten van de Mens (EVRM), geeft de mens de mogelijkheid om te beschikken over zijn eigen lichaam en leven. Dit recht kan echter niet los gezien worden van een aantal andere rechten, zoals bijvoorbeeld het recht op een waardige behandeling en daarnaast van de plicht van de zorgverlener tot het leveren van verantwoorde zorg. Dat kan er bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking, mensen die moeite hebben situaties te overzien en keuzes te maken als het gaat om veiligheid of autonomie, in sommige gevallen toe leiden dat het zelfbeschikkingsrecht, om ernstig nadeel te voorkomen of beperken, moet worden ingeperkt. Met het onderhavige wetsvoorstel wordt geenszins beoogd verandering te brengen in het uitgangspunt van zelfbeschikking, maar wel om de rechtspositie van deze specifieke doelgroep te versterken, mocht dat recht onverhoopt toch moeten worden ingeperkt ten behoeve van de voldoening aan een ander recht.

## **5. De opname**

De leden van de CDA-fractie geven aan een analyse te missen van de huidige knelpunten bij de Bopz-indicatie door het CIZ. De leden zien momenteel een ongewenste koppeling tussen de voormalige artikel 60 bopz-indicatie, de besloten verblijfsafdeling en het zorgzwaartepakket. De artikel 60 bopz-indicatie is bedoeld voor cliënten die geen bereidheid vertonen tot verblijf, doch zich er ook niet tegen verzetten. Deze indicatie wordt volgens de leden van de CDA-fractie oneigenlijk gebruikt, namelijk uit voorzorg of voor de zekerheid. Het is wenselijk de praktijk en wetgeving beter op elkaar aan te laten sluiten. Het CIZ moet het criterium «geen bereidheid, geen bezwaar» gebruiken in plaats van het feit of iemand zich buiten de beschermde omgeving zou kunnen handhaven. De werking van het opnemingsstelsel is geëvalueerd bij de tweede evaluatie van de Wet bopz. Die evaluatie ging uitgebreid in op de externe rechtspositie (opnemingsprocedure) en liet zien dat er in de uitvoering

weliswaar het een en ander verbeterd kon worden, maar dat de hoofdlijnen van het systeem en het juridisch kader goed voldoen. Met de uitkomsten van de evaluatie in het achterhoofd zijn die hoofdlijnen in het onderhavige wetsvoorstel overgenomen, maar wel veel meer toegespitst op de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. De verbeterpunten in de uitvoeringspraktijk ten tijde van de tweede evaluatie betroffen vooral de opname van die groep cliënten die zich niet verzetten tegen opname, maar daar ook niet (meer) mee kunnen instemmen. Kern van het probleem was dat daarin door de indicatiorganen nogal verschillend werd gehandeld. Verzet werd bijvoorbeeld te eng geïnterpreteerd, de mededeling dat een betrokkene zich tegen opname kan verzetten werd niet altijd schriftelijk geuit of de opnemingsnoodzaak werd niet apart getoetst. Dat was verklaarbaar, doordat er toen nog door de RIO's werd geïndiceerd, die ieder hun eigen protocol hadden. Inmiddels is dit voor een deel verbeterd door de centralisatie van de indicatiestelling. Dat, in combinatie met een uniforme en geprotocolleerde werkwijze bij het CIZ, zorgt ervoor dat er nu meer aandacht is voor de rechtspositie van cliënten die zich niet tot opname bereid verklaren en dat verzet beter wordt herkend. Ondanks deze verbeteringen heb ik geconstateerd dat wettelijke regels over de wijze waarop het CIZ deze specifieke taak moet uitvoeren tot nu toe nog steeds ontbreken, zowel in de Wet bopz als in het Zorgindicatiebesluit. Dat leidt in sommige gevallen nog steeds tot onduidelijkheid of een afwijkende handelswijze. Het onderhavige wetsvoorstel brengt daarin de door mij noodzakelijk geachte verandering in. Allereerst geeft het wetsvoorstel een aantal regels, bijvoorbeeld over de geldigheidsduur van een besluit tot opname en verblijf of over wanneer een dergelijk besluit komt te vervallen. Daarnaast zal het Zorgindicatiebesluit, waarin regels worden gesteld over de AWBZ-beoordeling door het CIZ, worden uitgebreid met specifieke regels over de beoordeling van de niet-vrijwillige opname en de deskundigheidseisen waaraan moet worden voldaan.

Naast de wijze waarop het indicatieorgaan functioneerde, is in de tweede evaluatie ook gekeken naar de handelwijze van zorgaanbieders. Daaruit bleek dat sommige zorgaanbieders cliënten opnemen zonder dat de bopz-papieren (die er wel zijn) aanwezig zijn, of dat er een cliënt wordt opgenomen die zijn bereidheid niet kan uitspreken zonder dat de benodigde bopz-toets is uitgevoerd. Dat lijken wellicht administratieve formaliteiten, maar zijn voor de externe rechtspositie van een cliënt essentiële waarborgen. Om die reden wordt dergelijk handelen in het wetsvoorstel zorg en dwang bestraft met een bestuurlijke boete, of, in het geval van opzettelijkheid, met een gevangenisstraf of geldboete. Naast deze analyse van de werking van de opnemingsprocedure deel ik de visie van de leden van de CDA-fractie dat de indicatie voor opname en verblijf op grond van de Wet bopz of op grond van het onderhavige wetsvoorstel los moet staan van de AWBZ-indicatie. Het afgeven van de eerstgenoemde indicatie gebeurt alleen voor cliënten die niet meer in staat zijn om willens en wetens hun bereidheid tot opname uit te spreken. Het CIZ toetst vervolgens of er sprake is van ernstig nadeel, én of opname en verblijf noodzakelijk en geschikt is om dat nadeel af te wenden. Is er een minder ingrijpend alternatief voorhanden, dan wordt de indicatie niet afgegeven, en kan dus ook geen opname plaatsvinden. Het onderhavige wetsvoorstel gaat aldus strikter om met dergelijke indicaties, waardoor oneigenlijk gebruik wordt teruggedrongen.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom is gekozen voor het vervangen van de rol van de officier van justitie door het CIZ en of dit in overeenstemming is met het wetsvoorstel vggz. Om te beginnen kan ik hun twijfel wegnemen of dit in overeenstemming is met het wetsvoorstel vggz. Ook in dat voorstel is de rol van de officier

komen te vervallen. Het verzoek aan de rechter wordt voor de geestelijke gezondheidszorg gedaan door een commissie. Deze commissie toetst of aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan en zorgt voor het opstellen van een medische verklaring door een onafhankelijke arts. In tegenstelling tot de commissie geeft het CIZ echter geen inhoudelijk advies aan de rechter over het zorgplan en de in te zetten onvrijwillige zorg. Het CIZ toetst alleen of er sprake is van verzet door de cliënt, of er sprake is van ernstig nadeel en of opname en verblijf voldoen aan de criteria van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Deze toets maakt ook duidelijk waarom het CIZ goed in staat is om de voorgestelde rol te vervullen. Immers, doordat het CIZ ook de AWBZ-indicatie afgeeft, heeft hij een duidelijk beeld van de zorgbehoefte van een cliënt. De vraag of een cliënt in een ernstig nadelige situatie kan komen als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, kan dan ook goed door het CIZ worden beantwoord. Bovendien kent het CIZ de mogelijkheden van extramurale zorgverlening, waardoor hij een uitspraak kan doen over de vraag of er geen minder ingrijpende alternatieven zijn om het ernstig nadeel af te wenden. Een laatste voordeel van het CIZ is dat het een onafhankelijk orgaan is; ook bij de indicatiestelling op grond van de AWBZ staat de onafhankelijkheid voorop.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het ontbreken van een rechterlijke toetsing zoals die er wel is bij de Wet bopz. Zij menen dat alleen een indicatie door het CIZ te weinig en te beperkt is bij vrijheidsbeperkende maatregelen. De leden van de SP-fractie vragen verder of het CIZ telefonisch gaat indiceren en of het CIZ nu al niet een achterstand heeft bij het verwerken van de indicaties. Ook zetten zij vraagtekens bij de nieuwe rol van het CIZ nu deze rol ter discussie staat. Ligt toetsing vanuit de dagelijkse praktijk niet meer voor de hand, bijvoorbeeld met behulp van ethische commissies die de toetsing bewaken. Graag wijs ik er uitdrukkelijk op dat het CIZ geen taak krijgt zich een oordeel te vellen of een indicatie te geven voor het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen of onvrijwillige zorg. Het CIZ zal uitsluitend indicaties voor opname en verblijf af gaan geven in die gevallen waarin een cliënt zich niet verzet tegen opname, maar daar ook niet (meer) mee instemt. Op het moment dat een cliënt zich verzet tegen de opname is een rechterlijke machtiging nodig. Het CIZ bewaakt daarmee de rechtspositie van kwetsbare cliënten, want doet zich een geval voor waarin familie of zorgverleners voorbij willen gaan aan het verzet van een cliënt, dan mag het CIZ daar niet in meegaan. Voor zo'n cliënt wordt géén besluit tot opname en verblijf afgegeven, en mocht opname in zo'n geval toch noodzakelijk geacht worden, zal de rechter een machtiging moeten afgeven voor deze opname. Het CIZ toetst tijdens het indicatieproces overigens niet alleen of er sprake is van ernstig nadeel, maar ook of een opname in dat geval aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid voldoet. Deze extra eis is nieuw, en versterkt de rechtspositie van cliënten. Immers, wanneer er een minder ingrijpend alternatief is dan opname, mag het CIZ geen besluit tot opname en verblijf afgeven. De in de onderhavige wet geregelde praktijk wijkt overigens niet af van de huidige Wet bopz, zoals de leden van de SP-fractie menen. Ook in die wet ziet de rechterlijke machtiging alleen op de onvrijwillige opname van een cliënt en niet op de vrijheidsbeperkende maatregelen die genomen kunnen worden. In die gevallen waarin de cliënt geen bereidheid tot opname toont, maar hier ook geen bezwaar tegen maakt, is ook onder de Wet bopz geen rechterlijke machtiging nodig, doch een besluit van een commissie die oordeelt dat de opname noodzakelijk is.

De leden van de SP-fractie vragen of er een scheiding wordt gemaakt tussen bepaalde dwang- en drangmaatregelen die wel en niet gemeld moeten worden bij de inspectie?

De zorgaanbieder moet op cliëntniveau ten minste eens per zes maanden aan de inspectie een overzicht verstrekken van de onvrijwillige zorg die is verleend, onder vermelding van de aard en de frequentie daarvan en een motivering van de noodzaak daartoe. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van onvrijwillige zorg. Wel is het zo dat een tweetal vormen van zorg, te weten het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt en een maatregel die tot gevolg heeft dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, altijd gezien worden als onvrijwillige zorg, ook als de cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd of de cliënt zich daartegen niet verzet. Deze vormen van zorg zullen dus na toepassing altijd gemeld moeten worden aan de inspectie.

De leden van de PVV-fractie vragen waarop de regering haar keuze voor het CIZ baseert, bij opname van patiënten die hiervoor geen toestemming hebben gegeven, doch zich ook niet verzetten. In de Wet bopz was reeds een taak voor het CIZ opgenomen die zag op het afgeven van opname-indicaties voor de groep cliënten die zich niet verzet, maar ook zijn bereidheid tot opname niet (meer) kan uitspreken, In iets aangepaste vorm is die taak teruggekomen in het onderhavige wetsvoorstel. Hierin geeft het CIZ opnieuw geen inhoudelijk oordeel over het gebruik van onvrijwillige zorg, maar toetst of er sprake is van verzet door de cliënt (in dat geval wordt er een verzoek tot rechterlijke machtiging bij de rechter ingediend en heeft het CIZ geen rol meer), of er sprake is van ernstig nadeel, of opname en verblijf noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel af te wenden, en of er geen minder ingrijpende maatregelen dan opname mogelijk zijn. Deze toets maakt duidelijk waarom het CIZ goed in staat is om de voorgestelde rol te vervullen. Immers, doordat het CIZ ook de AWBZ-indicatie afgeeft, heeft hij een duidelijk beeld van de zorgbehoefte van een cliënt. De vraag of een cliënt in een ernstig nadelige situatie kan komen door zijn gedrag als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, kan dan ook goed door het CIZ worden beantwoord. Bovendien kent het CIZ de mogelijkheden van extramurale zorgverlening, waardoor hij een uitspraak kan doen over de vraag of er geen minder ingrijpende alternatieven zijn om het ernstig nadeel af te wenden.

## **6. Verhouding met andere regelgeving**

### *De verhouding tot de Grondwet, het EVRM en het VN-gehandicaptenverdrag*

De leden van de PvdA-fractie, de SP-fractie en de fractie van de ChristenUnie vragen hoe het wetsvoorstel zich verhoudt tot de Grondwet, het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en het VN-gehandicaptenverdrag. Hoe wordt voorkomen dat cliënten op grond van een subjectieve beoordeling worden aangetast in hun autonomie en zelfbeschikkingrecht. De leden van de PvdA-fractie en de SP-fractie vragen daarnaast om uitgebreid in te gaan op de bezwaren met betrekking tot het wetsvoorstel, die de Chronisch zieken en Gehandicaptenraad (CG-Raad) in haar brief aan de Tweede Kamer heeft weergegeven. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen ook de regering in te gaan op de verhouding van het wetsvoorstel met het VN-gehandicaptenverdrag en daarbij specifiek aandacht te besteden aan artikel 14 van het verdrag, waarin onder meer staat dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt.

De CG-Raad is van mening dat het wetsvoorstel in strijd is met nationale grondrechten, internationale mensenrechtenverdragen en het VN-gehandicaptenverdrag. In de context van het onderhavige wetsvoorstel zijn

vooral de artikelen 10, eerste lid, 11 en 15 van de Grondwet, de artikelen 3, 5 en 8 van het EVRM en de artikelen 14 en 15 van het VN-gehandicaptenverdrag van belang.

Artikel 15 van de Grondwet bepaalt dat niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen, buiten de gevallen bij of krachtens de wet bepaald. Artikel 5 van het EVRM geeft een soortgelijk recht en ziet op het recht op vrijheid en veiligheid. Een ieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen, behalve in een in artikel 5 van het EVRM limitatief aantal opgesomde gevallen en indien dit bij wet bepaald is. Uit vaste jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM)<sup>1</sup> kan geconcludeerd worden dat artikel 5, lid 1, onderdeel e, van het EVRM alleen ziet op die situaties waarbij sprake is van vrijheidsontneming in de zin van detentie. Dwangbehandeling daarentegen moet worden gekwalificeerd als een vrijheidsbeperking ten behoeve van de bescherming van de gezondheid als bedoeld in artikel 2, derde lid, van het vierde Protocol bij het EVRM.

Eén van de rechtmatige situaties, die in artikel 5 genoemd worden, waarin iemand zijn vrijheid kan worden ontnomen, is in het geval van een geestesziekte. Dezelfde jurisprudentie leert dat gedwongen opname gerechtvaardigd is als:

1. er op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld;
2. die stoornis dermate ernstig is dat een gedwongen opname noodzakelijk is;
3. periodiek wordt herbeoordeeld of de stoornis nog steeds aanwezig is.

Het onderhavige wetsvoorstel voldoet aan al deze eisen. Aan het eerste vereiste wordt invulling gegeven door in de definitie van het begrip cliënt op te nemen dat een ter zake kundige arts moet hebben vastgesteld dat de betrokkene lijdt aan een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap heeft. Dit kan blijken uit het indicatiebesluit of een andere verklaring van een ter zake kundige arts. Het tweede vereiste is geïncorporeerd in artikel 19, derde lid, van het wetsvoorstel, waarin wordt bepaald dat de rechter alleen een machtiging tot opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf mag afgeven indien dit verblijf of de voortzetting daarvan noodzakelijk is om ernstig nadeel dat het gevolg is van de aandoening of handicap te voorkomen of af te wenden. In het wetsvoorstel is verder bepaald dat het verblijf of de voortzetting van het verblijf geschikt zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en er mogen geen minder ingrijpende mogelijkheden voor handen zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden. Met andere woorden er moet voldaan zijn aan de vereisten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Doordat de rechter een machtiging tot opname en verblijf of voortgezet verblijf bovendien maar kan afgeven voor een beperkte duur, en na afloop hiervan indien noodzakelijk, een nieuwe machtiging moet worden aangevraagd, waarbij de rechter een nieuwe beoordeling moet maken met betrekking tot de noodzaak van de machtiging, voldoet het wetsvoorstel ook aan het derde vereiste.

Met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen, zijn vooral de artikelen 10, 11 van de Grondwet en 3 en 8 van het EVRM van belang.

Artikel 10 van de Grondwet geeft aan een ieder het recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. Artikel 11 van de Grondwet kent aan eenieder het recht toe op onaantastbaarheid van zijn lichaam, behoudens beperkingen, die bij of krachtens de wet zijn gesteld. Met deze artikelen wordt het recht op onaantastbaarheid van het lichaam en het daarmee verbonden recht

---

<sup>1</sup> EHRM 24 oktober 1979, Winterwerp tegen Nederland, NJ 1980, 114; EHRM 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001, nr. 36.

op lichamelijke zelfbeschikking verankerd. Bij dit recht op onaantastbaarheid van het lichaam gaat het om het recht op afweer van invloeden van buitenaf op het lichaam, waarbij twee componenten kunnen worden onderscheiden:

- het recht te worden gevrijwaard van schendingen van en inbreuken op het lichaam door anderen;
- het recht om zelf over het lichaam te beschikken.

Dit recht brengt mee, dat ingrepen in of handelingen ten aanzien van het lichaam in beginsel slechts mogen worden verricht met de (eventueel veronderstelde) instemming van betrokkene. Het bovenstaande neemt echter niet weg dat dit recht op zelfbeschikking, onder bepaalde voorwaarden, beperkt kan worden, mits voldaan wordt aan het vereiste van een zwaarwegend algemeen belang, aan criteria van proportionaliteit en subsidiariteit, en aan de eis dat de beperkingen vervat zijn in een duidelijke wettelijke regel. Het recht op zelfbeschikking is, met andere woorden, geen absoluut recht. Deze maatstaven vloeien eveneens voort uit artikel 3 van het EVRM dat een verbod op folteringen en onmenselijke of vernederende behandeling bevat en artikel 8 van het EVRM, dat het recht op eerbiediging van privéleven, familie- en gezinsleven omvat. Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een limitatief aantal opgesomde gevallen.

Uit de jurisprudentie met betrekking tot de artikelen 3 en 8 kan opgemaakt worden dat een gedwongen interventie op het terrein van de zorg gerechtvaardigd is als er «daarvoor naar gangbare medische principes een therapeutische noodzaak» bestaat.<sup>1</sup> Uit de rechtspraak van het EHRM kan bovendien opgemaakt worden dat de artikelen 3 en 8 een schakelfunctie vervullen. Het EHRM acht het toelaatbaar grenzen te stellen aan de uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht (artikel 8), als de wijze waarop van het zelfbeschikkingsrecht gebruik wordt gemaakt onverenigbaar is met de menselijke waardigheid (artikel 3) of andere in een democratische samenleving fundamentele waarden.<sup>2</sup> In dat licht geeft het recht op zelfbeschikking dus geen absolute aanspraak op individualiteit, onafhankelijkheid en keuzevrijheid, maar moet dit in nauwe samenhang worden gezien met het beginsel van goede zorg.

Bij de vormgeving van het onderhavige wetsvoorstel is terdege rekening gehouden met de hoge eisen die de Grondwet en het EVRM stellen aan de toepassing van onvrijwillige zorg. De toepassing van onvrijwillige zorg is in het wetsvoorstel stapsgewijs opgebouwd. Allereerst is het uitgangspunt van het wetsvoorstel dat dwang alleen mag worden gebruikt wanneer alle andere middelen falen: het ultimum remedium-beginsel. Niet alleen staat dat beginsel verwoord in het wetsvoorstel, het is tevens verankerd in het systeem van het wetsvoorstel door te kiezen voor een chronologie die aanvangt met de meest wenselijke situatie (consensus) en eindigt bij de minst wenselijke situatie (dwang). Dit ultimum remedium-beginsel komt o.a. tot uitdrukking in artikel 7, waarin bepaald is dat een zorgplan in beginsel geen onvrijwillige zorg bevat. Vervolgens moet bij elke volgende stap voldaan worden aan de eisen van noodzakelijkheid, subsidiariteit en proportionaliteit zoals die voortvloeien uit de Grondwet en het EVRM. Zo mag, als alle andere opties uitgeput zijn, de opname van de onvrijwillige zorg in het zorgplan alleen plaatsvinden als er sprake is van ernstig nadeel als gevolg van het gedrag veroorzaakt door een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van het gedrag veroorzaakt door een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het

---

<sup>1</sup> EHRM 24 september 1992, Herzegfalvy tegen Oostenrijk, NJ 1993, 523.

<sup>2</sup> EHRM 11 september 2006, Konrad e.a. tegen Duitsland, nr. 35504/03.

ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden. De daadwerkelijke verlening van de onvrijwillige zorg door de zorgverlener is, buiten noodsituaties, vervolgens alleen toegestaan als de onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen en voordat overgegaan mag worden tot de verlening van deze onvrijwillige zorg moet wederom voldaan worden aan diezelfde criteria van noodzakelijkheid, subsidiariteit en proportionaliteit. In het wetsvoorstel zijn dus in alle stappen van het proces waarborgen ingebouwd om zeker te stellen dat onvrijwillige zorg niet «zomaar» zal worden toegepast.

Met betrekking tot het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (hierna: het VN-verdrag) wil ik graag het volgende opmerken. Op 30 maart 2007 heeft Nederland het VN-verdrag ondertekend. Momenteel is een wetsvoorstel ten behoeve van de ratificatie van dit VN-verdrag in voorbereiding. Na inwerkingtreding van dit ratificatiewetsvoorstel zal het VN-verdrag ook daadwerkelijk voor Nederland gaan gelden. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van het VN-verdrag is elke lidstaat echter gehouden zich afzijdig te houden van activiteiten die in strijd zouden kunnen met het VN-verdrag. Ik acht het dan ook van belang om vooruitlopend op de ratificatie het onderhavige wetsvoorstel nu al af te stemmen op het VN-verdrag.

Met betrekking tot het onderhavige wetsvoorstel is vooral artikel 14 van het VN-verdrag van belang. Artikel 14 van het VN-verdrag regelt het recht op vrijheid en veiligheid van personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen en bepaalt dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt. Ik onderschrijf deze uitgangspunten van harte.

Op 26 januari 2009 heeft de High Commissioner for Human Rights (hierna HCHR) zijn jaarlijkse rapport aan de Human Rights Council aangeboden, met daarin een thematische studie naar het VN-verdrag om het bewustzijn en begrip van dit verdrag te versterken. In dit rapport merkt de HCHR met betrekking tot artikel 14 van het VN-verdrag op dat dit artikel zodanig moet worden gelezen dat het bestaan van een verstandelijke handicap geen wettelijke grondslag kan vormen voor vrijheidsontneming, ook niet in combinatie met een ander element als gevaar, noodzakelijke zorg of behandeling. De CG-Raad heeft in een tweetal brieven van 20 augustus en 1 september 2009 gewezen op de strijdigheid van het wetsvoorstel met het VN-verdrag, meer specifiek met artikel 14 van dit verdrag en de uitleg die de HCHR hier in zijn jaarlijkse rapport aan heeft gegeven.

Tot die tijd had het kabinet dit artikel altijd uitgelegd in het licht van de «enkele feit-constructie»: het enkele feit dat iemand gehandicapt is kan nooit een reden kan zijn om hem zijn vrijheid te ontnemen, maar een verstandelijke handicap in combinatie met bepaalde andere factoren zoals gevaar, ernstig nadeel, noodzakelijke zorg etc. zou in bepaalde gevallen wel voldoende reden kunnen zijn om iemand zijn vrijheid te ontnemen. Vanuit deze gedachtegang was het onderhavige wetsvoorstel dan ook geschreven. Het wetsvoorstel is immers specifiek gericht op de doelgroep verstandelijk gehandicapte en psychogeriatrische cliënten, maar maakte het alleen mogelijk om bij een combinatie van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap met ernstig nadeel als gevolg van deze aandoening of handicap, vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen of vrijheidsontneming toe te passen.

De interpretatie van de HCHR en de opmerkingen van zowel de CG-Raad als de Tweede Kamer geven echter aanleiding om deze visie te nuanceren en het wetsvoorstel op dit punt aan te passen. Tegelijkertijd met deze nota naar aanleiding van het verslag wordt daarom een nota van wijziging

ingediend, waarmee recht gedaan wordt aan de interpretatie van de HCHR van artikel 14 van het VN-verdrag.

In het oorspronkelijk ingediende wetsvoorstel was de mogelijkheid van vrijheidsontneming en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen rechtstreeks gekoppeld aan het hebben van een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking. Ingevolge artikel 16 kon het indicatieorgaan een besluit tot opname en verblijf afgeven indien een cliënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en verblijf in een accommodatie, maar zich daartegen ook niet verzet en er naar het oordeel van het indicatieorgaan sprake is van ernstig nadeel als gevolg van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Ingevolge artikel 19 kon de rechter een machtiging afgeven om een cliënt die zich verzet en waarbij naar zijn oordeel sprake is van ernstig nadeel als gevolg van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap, tegen zijn wil te doen opnemen in een accommodatie.

Met de nota van wijziging wordt nog explicieter tot uitdrukking gebracht dat niet louter het bestaan of hebben van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking maatgevend is voor de mogelijkheid tot vrijheidsontneming en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, maar *het gedrag* dat iemand vertoont als gevolg van zijn aandoening of beperking en het ernstige nadeel dat dit gedrag kan veroorzaken. De focus van het wetsvoorstel verschuift hierdoor van de stoornis of de beperking die een cliënt heeft, naar het gedrag dat deze stoornis of beperking kan veroorzaken. Door niet langer te focussen op het hebben van de stoornis of de beperking, maar op het gedrag dat hieruit voortvloeit, wordt recht gedaan aan de gelijkwaardigheid van alle leden in onze maatschappij, zonder daarmee uit het oog te verliezen dat sommige leden van onze maatschappij meer bescherming nodig hebben dan andere.

Door deze wijziging sluit het wetsvoorstel bovendien beter aan bij het wetsvoorstel vggz. Ook dat wetsvoorstel neemt als uitgangspunt voor verplichte zorg, waaronder zowel de niet-vrijwillige opname en het verblijf valt als de onvrijwillige zorg, het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis. Zowel bij personen met een psychische stoornis, als personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap, kunnen vrijheidsbeperkende en vrijheidsontnemende maatregelen niet langer worden gerechtvaardigd simpelweg door het bestaan van hun geestelijke beperking. In beide gevallen moet gekeken worden naar het gedrag dat voortvloeit uit die stoornis, aandoening of handicap. Alleen als dit gedrag ernstig nadeel (of gevaar in het geval van een psychische stoornis) veroorzaakt, is het opleggen van een vrijheidsbeperkende of vrijheidsontnemende maatregel gerechtvaardigd. (De juridische grond waarop beperking of ontneming van de vrijheid is gebaseerd is hiermee losgekoppeld van het simpelweg hebben van een stoornis, aandoening of handicap.) Door te verduidelijken dat niet het bestaan van de handicap of de aandoening als zodanig de juridische grond vormt voor de vrijheidsbeperkende maatregelen, maar de daaruit voortvloeiend gedragingen cq gedragsproblemen, voldoet het wetsvoorstel ook aan het VN-verdrag.

De CG-Raad heeft in hun brief verder opgemerkt dat het wetsvoorstel naar haar mening een te ruime wettelijke grondslag biedt voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij merkt hierbij op dat in het wetsvoorstel de mogelijkheid is opgenomen om bij AMvB vergelijkbare ziekten en aandoeningen aan te wijzen waarop het wetsvoorstel van toepassing is.

Er bestaat een aantal ziekten en aandoeningen die in dezelfde mate gedragsproblemen of regieverlies kunnen veroorzaken en kunnen leiden tot ernstig nadeel als het geval is bij een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Het is wenselijk om personen die een dergelijke ziekte of aandoening hebben en die vaak in dezelfde instellingen verpleegd zullen worden, of waarvoor dezelfde behandeling nodig is, onder de werking en daarmee de rechtsbescherming van de onderhavige wet te brengen. Met dit doel is de delegatiebepaling opgenomen waar de CG-Raad op doelt. Om te voorkomen dat deze delegatiebepaling zo ruim zou kunnen worden opgevat dat bij AMvB de reikwijdte van het wetsvoorstel onbeperkt zou kunnen worden opgerekt, zijn de criteria waaraan een dergelijke ziekte moet voldoen wil deze kunnen worden aangewezen, opgenomen in het onderhavige wetsvoorstel zelf. Zo moet een dergelijke ziekte of aandoening dezelfde gedragsproblemen of regieverlies als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap kunnen veroorzaken, de zorg die nodig is in verband met deze gedragsproblemen of regieverlies vergelijkbaar zijn met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap en moeten ook deze gedragsproblemen of dit regieverlies kunnen leiden tot ernstig nadeel. Door deze criteria in de wet op te nemen en de voorwaarden te noemen waaraan een ziekte of aandoening moet voldoen, wil deze voor de werking van de wet gelijk gesteld worden met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap, is naar mijn mening in voldoende juridische waarborgen voorzien om willekeur te voorkomen.

## **7. Consultatie en advies**

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het wetsvoorstel tot stand is gekozen. Zij hebben vernomen dat het voorontwerp van het onderhavige wetsvoorstel aan een selecte groep van het veld is toegestuurd. Zij vragen daarnaast of aangegeven kan worden hoe het draagvlak voor deze wet is. De bewering dat het voorontwerp van het wetsvoorstel alleen naar een selecte groep van het veld is toegestuurd acht ik onjuist. In de memorie van toelichting is aangegeven aan welke partijen het voorontwerp is toegestuurd. Natuurlijk zijn er altijd meer organisaties, of wetenschappers, die óók een mening over dit voorstel hebben. Een groep van drieëntwintig organisaties kan echter nauwelijks worden aangeduid als «select». Na verwerking van alle commentaren van de veldpartijen is het wetsvoorstel aan de Ministerraad voorgelegd. In de periode tussen veldconsultatie en aanbieden aan de Kamer, is over de inhoud daarnaast herhaaldelijk gesproken met een aantal cliëntenorganisaties, Inspectie, CIZ en brancheorganisaties om hen aangesloten te houden op de ontwikkelingen.

De vraag naar draagvlak voor deze wet is essentieel. Na de parlementaire behandeling is het immers de praktijk die het wetsvoorstel moet uitvoeren. Bij het ontwikkelen van dit wetsvoorstel is daarom zoveel mogelijk afgestemd met die praktijk. Niet alleen door het afleggen van tientallen werkbezoeken om rechtstreeks met mensen van de werkvloer te kunnen overleggen, maar ook door het formeren van expertgroepen, gevuld met mensen uit de praktijk, om in een aantal bijeenkomsten te onderzoeken hoe het anders zou kunnen. In themabijeenkomsten zijn nieuwe begrippen ontwikkeld en werden de contouren van een nieuwe regeling zichtbaar, die zijn getoetst in een debatmiddag met alle veldpartijen. Juist om alle partijen mee te nemen in het denkproces, is gekozen voor de tussenstap van een contourenbrief en richtinggevend kader, voordat de voorstellen in een wet zijn neergelegd.

## **8. Administratieve lasten**

De leden van de CDA-fractie vragen of de voorgestelde procedures met betrekking tot het registreren van de toepassing van onvrijwillige zorg niet tot veel meer administratieve lasten leidt, wat het nut ervan is en wie wat gaat doe met de geregistreerde gegevens.

Met het onderhavige wetsvoorstel dalen de administratieve lasten, bijvoorbeeld doordat niet iedere vorm van onvrijwillige zorg (in de oude termen «dwangbehandeling») apart bij de Inspectie hoeft te worden gemeld. Het registreren leidt er allereerst toe dat de Inspectie in zijn toezicht een duidelijk aanknopingspunt heeft wanneer het gaat om het verlenen van onvrijwillige zorg. Dit geldt niet alleen voor instellingen waar het bovengemiddeld gebeurt, maar juist ook voor instellingen die aangeven niet of nauwelijks onvrijwillige zorg te verlenen. Daarnaast krijgt ook de zorgaanbieder zelf inzicht in de frequentie waarin vrijheidsbeperkingen voorkomen. Dat kan een extra stimulans zijn om het eigen beleid nog eens onder de loep te nemen, of bepaalde veranderingen in de interne organisatie aan te brengen die de kans op vrijheidsbeperkingen doen afnemen.

### **ARTIKELSGEWIJS**

#### **Artikel 2**

De leden van de CDA-fractie vragen waarom voor verschillende criteria is gekozen bij onvrijwillige zorg en de bopz-indicatie en of hiermee het criterium voor onvrijwillige zorg is verruimd.

Het criterium «geen bereidheid geen bezwaar» werd ook reeds in de Wet bopz gebruikt als het gaat om cliënten die niet instemmen met een opname, doch zich hier ook niet tegen (kunnen) verzetten. In het onderhavige wetsvoorstel wordt dit criterium gehandhaafd bij opname. Verzet is aan de orde bij het verlenen van onvrijwillige zorg; de zorg wordt onvrijwillig indien de cliënt zich ertegen verzet. De oude term uit de Wet bopz was «dwangbehandeling», waarvoor eveneens het criterium «verzet» geldt. Het criterium wordt dus niet verruimd ten opzichte van de Wet bopz.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast waarom medicatie en maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken per definitie als onvrijwillige zorg aangemerkt zijn en waarom er geen nader onderscheid gemaakt wordt naar de mate van vrijheidsbeperking. Drie vormen van zorg die voor de cliënt zeer ingrijpend kunnen zijn, worden, ook al zou de cliënt daarmee ingestemd hebben, voor wat betreft de rechtsbescherming en de voorwaarden waaronder deze vormen van zorg verleend mogen worden, gelijk gesteld aan onvrijwillige zorg: gedragsbeïnvloedende medicatie, fixatie, en afzondering. Er is bij deze drie vormen natuurlijk niet altijd sprake van dwang; de cliënt verzet zich immers niet altijd. Het ontbreken van verzet is echter iets anders dan het geven van instemming. Eén van de belangrijkste verschillen met de groep cliënten in de ggz is juist dat een groot deel van de mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet (meer) willens en wetens kán instemmen met fixatie of afzondering. Om voor die groep te bereiken dat zorgvuldige besluitvorming plaatsvindt en voldoende rechtsbescherming aanwezig is, is voor deze specifieke vormen van zorg gekozen voor de gelijkstelling aan onvrijwillige zorg. De mate van vrijheidsbeperking kan, zoals eerder weergegeven, door cliënten zeer verschillend worden ervaren en is daarom naar mijn mening minder geschikt als onderscheidend criterium.

De leden van de CDA-fractie vragen of het onderscheid tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg wel zo scherp te maken valt en of het daarom wel logisch is om deze definitie van onvrijwillige zorg als uitgangspunt voor het wetsvoorstel te nemen?

De scheidslijn tussen vrijwillige en onvrijwillige zorg is inderdaad niet altijd scherp wanneer het gaat om mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Toch kan en moet deze scheiding wel degelijk gemaakt worden. Het kan niet zo zijn dat diegenen die hun stem niet langer (kunnen) laten horen, zomaar alle zorg toegediend moeten kunnen krijgen. Zorgverleners, die hun cliënten kennen, zullen daarom bij de verlening van zorg, moeten bepalen of een cliënt instemt met de zorg die hij ontvangt, of dat hij het daarmee wellicht niet eens is.

De leden van de CDA-fractie vragen of bij de definitie van onvrijwillige zorg geen onderscheid meer gemaakt wordt tussen tijdelijke noodmaatregelen en langdurige dwangbehandeling?

In de definitie van onvrijwillige zorg wordt inderdaad geen onderscheid gemaakt tussen de tijdelijke noodmaatregelen en langdurige dwangbehandeling. Een dergelijk onderscheid zou ook niet logisch zijn, nu in een noodsituatie immers dezelfde zorg nodig kan zijn als in een normale zorgsituatie. Iets anders is echter de termijn gedurende welke in een geval van een noodsituatie onvrijwillige zorg kan worden verleend. Hierbij is wel degelijk een verschil met een normale zorgsituatie. Bij noodsituaties waarin onvrijwillige zorg moet worden verleend moet de termijn gedurende welke deze zorg wordt verleend zo kort mogelijk zijn en mag hooguit twee weken bedragen.

De leden van de PVV-fractie vragen of het de bedoeling is wettelijk te regelen dat demente of verstandelijk gehandicapte cliënten gedwongen kunnen worden tot eten, drinken of het innemen van medicatie en vinden dit veel te ver gaan.

In het geval dat ernstig nadeel voor een cliënt dreigt of aanwezig is, en dit ernstige nadeel voortvloeit uit zijn of haar gedrag dat het gevolg is van de stoornis of handicap, is het mogelijk om onvrijwillige zorg te verlenen aan deze cliënt. Onvrijwillige zorg kan in dat geval ook betekenen dat iemand gedwongen wordt gevoed of van vocht of medicijnen wordt voorzien. Het is hierbij natuurlijk zaak om hierbij goed voor ogen te houden dat de afweging om bijvoorbeeld iemand gedwongen te voeden niet lichtzinnig zal worden gemaakt. Hierbij dient in ogenschouw te worden genomen dat, zoals eerder ook al aangehaald, het recht op zelfbeschikking niet een op zichzelf staand recht is. Dit recht moet in samenhang worden gezien met het recht op een waardige behandeling en de plicht voor zorgverleners om verantwoorde zorg te leveren. Bij een conflict van deze rechten en plichten kan het in bepaalde gevallen zo zijn dat om iemand waardig te laten leven, het recht op zelfbeschikking moet wijken. Overigens is het onderhavige voorstel niet ruimer dan de huidige Wet bopz, die het toedienen van voeding of vocht of medicatie eveneens als dwangmiddel of maatregel mogelijk maakt.

### **Artikel 3**

De leden van de CDA-fractie vragen op basis waarvan de zorgverantwoordelijke beoordeelt of de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen en hoe de cliënt zich kan verweren tegen die beslissing. Ik verwijs hiervoor naar de antwoorden op de vragen van deze leden onder het kopje rechtsbescherming.

#### **Artikel 4**

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het wetsvoorstel vggz nog één soort rechterlijke machtiging zal bestaan, terwijl in het onderhavige wetsvoorstel ook wordt verwezen naar een machtiging tot voortzetting van het verblijf. In hoeverre is dit in overeenstemming met het systeem van het wetsvoorstel vggz.

Ook in het wetsvoorstel vggz zit, net als in het onderhavige wetsvoorstel, de mogelijkheid om een bestaand verblijf in een accommodatie voort te zetten of te «verlengen». Hiervoor is in beide gevallen een nieuwe machtiging van de rechter nodig. In beide gevallen kan de rechter bij de voortzetting van een verblijf de termijn van de machtiging verlengen ten opzichte van het allereerste verblijf, zij het dat voor de doelgroep van het onderhavige wetsvoorstel deze termijn langer kan worden gesteld dan voor de doelgroep van het wetsvoorstel vggz. Bij de maximale geldigheidsduur van deze tweede machtiging is onderscheid gemaakt tussen de groep cliënten met een verstandelijke beperking en de groep cliënten met een psychogeriatrische aandoening. Voor de eerste groep is de maximale geldigheidsduur van de machtiging twee jaar en de laatste groep vijf jaar. De reden hiervoor is dat zich in de situatie van mensen met een verstandelijke beperking nog wel verbeteringen kunnen voordoen die kunnen vragen om een andere afweging. Bij psychogeriatrische cliënten ligt dit, gezien het progressieve verloop van deze aandoening, een zodanige verbetering minder voor de hand liggend. Eventuele machtigingen die daar weer op volgen kunnen een maximale geldigheidsduur van vijf jaar hebben. Een uitzondering op deze regel is gemaakt voor cliënten waarvoor het duidelijk is dat hun situatie niet zal wijzigen. Voor deze categorie cliënten kan na de eerste machtiging van maximaal zes maanden, voor de voortzetting van het verblijf direct een machtiging worden afgegeven met een maximale duur van vijf jaar.

#### **Artikel 5**

De leden van de fractie van het CDA vragen hoe nagegaan en gecontroleerd wordt of onvrijwillige zorg terecht onderdeel uitmaakt van het zorgplan.

De zorgaanbieder moet bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan aangeven welke alternatieven hij heeft overwogen voordat hij over is gegaan tot het in het zorgplan opnemen van onvrijwillige zorg. De zorgaanbieder moet vervolgens voor iedere cliënt waaraan onvrijwillige zorg wordt verleend ten minste eens per zes maanden overzicht van de onvrijwillige zorg die is verleend, onder vermelding van de aard en de frequentie daarvan en een motivering van de noodzaak daartoe, aan de inspectie verstrekken. Voor de wijze waarop toezicht wordt gehouden betekent dit een verschuiving, waarbij niet alleen de organisatie van het zorgproces wordt beoordeeld, maar ook de wijze waarop dit voor de individuele cliënt uitpakt.

#### **Artikel 7, tweede lid**

De leden van de PVV-fractie vragen wat de inspanningsverplichting van de zorgverantwoordelijke inhoudt met betrekking tot het verkrijgen van de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan. De inspanningsverplichting van de zorgverantwoordelijke houdt in dat hij over zoveel mogelijk onderdelen van de zorg overeenstemming moet proberen te bereiken met de cliënt of zijn vertegenwoordiger. In geval van onenigheid over een bepaalde vorm van zorg zal de zorgverantwoordelijke moeten trachten om alternatieven aan te dragen. Zorgverantwoordelijke en cliënt moeten er dus in beginsel samen uitkomen. Als de zorgverantwoordelijke en de cliënt of zijn vertegenwoordiger er over de

opname van bepaalde vormen van zorg in het zorgplan niet uitkomen, is er per definitie sprake van onvrijwillige zorg, waarop alle voorwaarden, beperkingen en rechtsbescherming van het wetsvoorstel van toepassing is.

### **Artikelen 8 tot en met 11 en artikel 13**

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel extra tijd de zorgverantwoordelijke kwijt is met het verantwoorden van onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke is, ingevolge het onderhavige wetsvoorstel, juist minder tijd kwijt met het achteraf verantwoorden van onvrijwillige zorg dan in de huidige situatie, omdat veel meer van tevoren wordt nagedacht over de risico's die een cliënt loopt, manieren om die risico's te verkleinen, de noodzaak tot het verlenen van onvrijwillige zorg, de condities waaronder en het doel dat moet worden bereikt. Door het beschrijven van deze factoren in het zorgplan wordt – noodsituaties daargelaten – voorkomen dat een verzorgende in een geëscaleerde situatie terecht komt waarin zij moet ingrijpen en achteraf moet uitleggen waarom zij bepaalde vrijheidsbeperkende maatregelen heeft getroffen.

### **Artikelen 16 en 17**

De leden van de CDA-fractie vragen of er bij bereidheid tot opname en verblijf geen besluit tot opname en verblijf van een indicatieorgaan nodig is.

Bij bereidheid tot opname en verblijf is er inderdaad, net als onder de Wet bopz geen besluit van het indicatieorgaan of rechterlijke machtiging nodig.

### **Artikel 19**

De leden van de CDA-fractie vragen hoe artikel 19 zich verhoudt tot de artikelen 16 en 17. Wanneer is er sprake van een onvrijwillige opname waar een rechterlijke machtiging voor nodig is en wanneer van een besluit tot opname en verblijf wanneer er geen sprake is van verzet, maar ook niet van bereidheid.

Bij verzet van de cliënt of zijn vertegenwoordiger is er altijd een rechterlijke machtiging nodig. Een indicatiebesluit is slechts aan de orde als de vertegenwoordiger instemt met de opname en de cliënt niet instemt, maar zich ook niet (kan) verzet(ten) tegen een opname.

### **Artikelen 21 tot en met 38**

De leden van de CDA-fractie vragen waarom het indicatieorgaan beter dan de officier van justitie in staat zou zijn een rol te vervullen bij de aanvraag van de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling en of het indicatieorgaan wel in staat is zo snel te handelen bij het aanvragen van een inbewaringstelling.

In het antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie bij het algemeen deel betreffende de opname is reeds ingegaan op de keuze voor het CIZ bij het indienen van het verzoek tot een machtiging bij de rechter, ik verwijs daar dan ook naar. Deze leden vragen tot slot of het indicatieorgaan wel in staat is snel te handelen bij een inbewaringstelling. Uiteraard zal het CIZ een aanpassing moeten doen in de werkwijze, omdat bij een inbewaringstelling strakke tijdslimieten horen. Een cliënt hoort immers, in het kader van de rechtsbescherming, zo snel mogelijk voor een rechterlijke instantie te kunnen verschijnen. De procedure voorziet daarin. De eerste fase van de inbewaringstelling, waarin het CIZ binnen 24 uur na ontvangst van een inbewaringstelling moet handelen, kent voor het CIZ namelijk een meer administratieve rol. Hij kan zich bij het doorgeleiden

naar de rechter verlaten op de medische verklaring die de burgemeester heeft laten opstellen. Om die reden verwacht ik geen problemen in de handelingssnelheid van het CIZ.

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