

Vergaderjaar 2011–2012

31 996

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

Nr. 29

VIERDE NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 15 maart 2012

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het slot van onderdeel g wordt «, en» vervangen door een puntkomma.

2. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel h door een puntkomma, wordt na dat onderdeel een onderdeel ingevoegd, luidende:
i. familie: de echtgenoot of geregistreerde partner of andere levensgezel, elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn of de zijlijn tot en met de tweede graad of elke meerderjarige aanverwant tot en met de tweede graad.

B

In artikel 2, derde lid wordt «of die niet mogen worden gebruikt om de bewegingsvrijheid te beperken» vervangen door: of die niet, of slechts onder bepaalde omstandigheden, mogen worden gebruikt om de bewegingsvrijheid te beperken.

C

Artikel 3 komt te luiden:

Artikel 3

1. De cliënt neemt de beslissing over de zorg die aan hem verleend wordt en over de uitoefening van rechten en plichten op grond van deze wet. Voor zover in deze wet bevoegdheden worden toegekend aan een vertegenwoordiger, heeft hij die bevoegdheden slechts voor zover een daartoe deskundige, niet zijnde de bij de zorg betrokken arts, overeen-

komstig de daarvoor gangbare richtlijnen een beslissing heeft genomen die inhoudt dat de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een beslissing die hem betreft. Deze beslissing wordt door de daartoe deskundige niet genomen dan na overleg met de vertegenwoordiger dat op overeenstemming is gericht. Indien geen overeenstemming wordt bereikt, neemt de bij de zorg betrokken arts de beslissing. Deze beslissing laat onverlet de bevoegdheid van de vertegenwoordiger om andere dan rechtshandelingen voor de cliënt te verrichten en hem raad te geven en te waken over diens belangen.

2. De zorgverantwoordelijke legt de beslissing, bedoeld in het eerste lid, schriftelijk vast en vermeldt daarbij de datum en het tijdstip en ter zake van welke beslissing de cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen.

3. Als vertegenwoordiger in de zin van deze wet kunnen niet worden aangewezen, de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, en de zorgverlener die de cliënt zorg verleent, of andere personen die werkzaam zijn in de accommodatie waar de cliënt verblijft.

4. De zorgaanbieder informeert de vertegenwoordiger over zijn rechten en bevoegdheden op grond van deze wet.

5. Indien een cliënt geen vertegenwoordiger heeft, maakt de zorgaanbieder gebruik van de bevoegdheid, bedoeld in artikel 451, tweede lid, van Boek 1 van het Burgerlijk wetboek.

D

In hoofdstuk 2 wordt het opschrift «§ 1. Zorg voorzien in het zorgplan» vervangen door: § 2.1. Opstellen van het zorgplan

E

Artikel 5 komt te luiden:

Artikel 5

1. De zorgaanbieder stelt na overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger zo spoedig mogelijk, doch in elk geval binnen zes weken na aanvang van de zorg, een zorgplan vast. De afspraken met de cliënt of de vertegenwoordiger worden in het zorgplan vastgelegd.

2. Indien in verband met de zorgbehoefte van de cliënt de deskundigheid van anderen van belang is, betreft de zorgverantwoordelijke deze deskundigheid bij het opstellen van het zorgplan.

3. De zorgaanbieder spant zich in om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan te verkrijgen, waarbij hij zoveel als mogelijk rekening houdt met de wensen en voorkeuren van de cliënt.

F

Na artikel 5 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 5a

1. Zorg wordt uitsluitend verleend op basis van het in artikel 5 bedoelde zorgplan, tenzij nog geen zorgplan is vastgesteld.

2. Zolang het zorgplan nog niet is vastgesteld, wordt uitsluitend zorg verleend waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd, dan wel waarmee de cliënt die geen vertegenwoordiger heeft redelijkerwijs geacht kan worden in te stemmen en waartegen hij zich niet

verzet, niet zijnde zorg als bedoeld in artikel 2, tweede lid, tenzij sprake is van een noodsituatie als bedoeld in artikel 12.

G

Aan artikel 6 wordt een derde lid toegevoegd, luidende:

3. De zorgaanbieder verstrekt zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorg, de persoonsgegevens van een cliënt voor wie een zorgplan zal worden vastgesteld, aan de cliëntenvertrouwenspersoon, bedoeld in artikel 48c, met als doel de cliënt te kunnen informeren over de mogelijkheid tot advies en bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon. De zorgaanbieder verstrekt de persoonsgegevens niet indien de cliënt daarvoor geen toestemming geeft.

H

Artikel 7 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste en tweede lid vervallen.

2. Het derde tot en met het zesde lid, worden vernummerd tot het eerste tot en met het vierde lid.

3. In het eerste lid (nieuw) wordt na «aanvang van de uitvoering» ingevoegd, «van het zorgplan» en wordt na de eerste volzin een volzin ingevoegd, luidende: De cliënt of de vertegenwoordiger worden in de gelegenheid gesteld over de evaluatie gehoord te worden.

4. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

5. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen eisen worden gesteld aan de deskundigen bedoeld in de artikelen 8 tot en met 8c.

I

Na artikel 7 wordt een opschrift ingevoegd, luidende: § 2.2. Heroverweging van het zorgplan

J

Artikel 8 komt te luiden:

Artikel 8

1. De zorgaanbieder biedt voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid, om daarmee onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

2. Indien de zorgverantwoordelijke constateert dat het zorgplan niet blijkt te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt, of de vertegenwoordiger aangeeft dat het zorgplan niet aan de zorgbehoefte van de cliënt voldoet, waardoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan, wordt overeenkomstig het bepaalde in het tweede tot en met het vierde lid, onderzocht of er alternatieven zijn voor de in het zorgplan opgenomen zorg, niet zijnde onvrijwillige zorg, en stelt de zorgverantwoordelijke een nieuw zorgplan vast.

3. In een situatie als bedoeld in het eerste lid, overlegt de zorgverantwoordelijke met ten minste één deskundige van een andere discipline dan zijn eigen discipline, op het terrein van de aan de cliënt te verlenen zorg. Tijdens dat overleg wordt besproken:

a. wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie;

- b. wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat;
 - c. welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel;
 - d. welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstig nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is.
4. De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt of zijn vertegenwoordiger over het in het tweede lid bedoelde overleg en biedt hen de mogelijkheid hierbij aanwezig te zijn.
5. De zorgverantwoordelijke betreft bij het in het tweede lid bedoelde overleg de deskundigheid van anderen, indien dit gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is.

K

Na artikel 8 wordt een opschrift ingevoegd, luidende: § 2.3. Onvrijwillige zorg in het zorgplan

L

Na artikel 8, worden drie artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 8a

1. Onvrijwillige zorg wordt alleen als uiterste middel overwogen, indien na het in artikel 8, derde lid, bedoelde overleg is gebleken dat er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn.
2. De zorgverantwoordelijke kan in het zorgplan als uiterste middel onvrijwillige zorg opnemen indien:
- a. het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
 - b. de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
 - c. de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is; en
 - d. er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.
3. Onvrijwillige zorg wordt niet in het zorgplan opgenomen dan na overleg met ten minste één deskundige van een andere discipline dan die van de zorgverantwoordelijke, op het terrein van de aan de cliënt te verlenen zorg, en:
- a. indien het betreft onvrijwillige zorg als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a, b of c, of tweede lid, instemming van een bij de zorg betrokken arts, of
 - b. indien het betreft onvrijwillige zorg als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder d of e, instemming van een deskundige behorende tot een bij regeling van Onze Minister aangewezen categorie.
4. In het in het derde lid bedoelde overleg wordt besproken:
- a. wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie;
 - b. wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat;
 - c. welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel;
 - d. welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg nog benut kunnen worden, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is;

e. wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstig nadeel dat moet worden afgewend; en
f. voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk is, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt.

5. De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt of zijn vertegenwoordiger over het in het derde lid bedoeld overleg en biedt hen de mogelijkheid hierbij aanwezig te zijn.

6. In het in het derde lid bedoelde overleg wordt voor iedere vorm van onvrijwillige zorg overwogen of die zorg mogelijk nadelige effecten heeft op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn deelname aan het maatschappelijk leven, en worden aanvullende zorgvuldigheidseisen vastgesteld om die effecten weg te nemen of te verminderen. De zorgverantwoordelijke betreft bij het in het derde lid bedoelde overleg de deskundigheid van anderen, indien dit gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is.

7. De zorgverantwoordelijke stelt na het in het derde lid bedoelde overleg een zorgplan vast waarin wordt beschreven:

1°. het ernstig nadeel ter zake waarvan de onvrijwillige zorg kan worden toegepast, en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast;

2°. welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van de onvrijwillige zorg;

3°. indien van toepassing, de duur of frequentie van de onvrijwillige zorg;

4°. de termijn voor de toepassing van de onvrijwillige zorg, waarbij deze termijn niet langer mag zijn dan zes weken na aanvang van de onvrijwillige zorg;

5°. de wijze waarop de zorg binnen de onder 4° bedoelde termijn wordt afgebouwd;

6°. indien van toepassing aanvullende zorgvuldigheidseisen als bedoeld in het zesde lid;

7°. de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt.

8. De zorgverantwoordelijke verstrekt in het kader van het in het derde lid, bedoelde overleg, de daarvoor noodzakelijke gegevens aan de in het derde lid bedoelde personen.

9. Indien een zorgplan is vastgesteld waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, wordt de in artikel 7, eerste lid, bedoelde evaluatie, uitgevoerd door de in het derde lid bedoelde deskundigen, overeenkomstig het bepaalde in het vierde en vijfde lid.

Artikel 8b

1. Na afloop van de in artikel 8a, zevende lid, onder 4°, bedoelde termijn, kan de zorgverantwoordelijke de onvrijwillige zorg alleen opnieuw in het zorgplan opnemen als wordt voldaan aan artikel 8a, tweede lid, en na een uitgebreid deskundigenoverleg, bestaande uit de op grond van artikel 8a, tweede lid, bij de onvrijwillige zorg betrokken deskundigen, en een niet bij de zorg betrokken deskundige.

2. Op het uitgebreid deskundigenoverleg is artikel 8a, vierde tot en met zesde lid en het achtste lid, van overeenkomstige toepassing.

3. Indien de zorgverantwoordelijke na het uitgebreid deskundigenoverleg, opnieuw een zorgplan vaststelt waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, is artikel 8a, zevende lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de nieuwe termijn voor het toepassen van de onvrijwillige zorg niet langer mag zijn dan drie maanden na aanvang van de onvrijwillige zorg.

4. Indien na een uitgebreid deskundigenoverleg een zorgplan is vastgesteld waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, wordt de in artikel 7,

eerste lid, bedoelde evaluatie, uitgevoerd door het uitgebreid deskundigenoverleg, overeenkomstig het bepaalde in artikel 8a, vierde en vijfde lid.

Artikel 8c

1. De zorgverantwoordelijke vraagt advies over het zorgplan aan een externe deskundige indien:

- a. de vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, of
- b. de onvrijwillige zorg niet binnen 3 maanden na het uitgebreid deskundigenoverleg kan worden afgebouwd.

2. Indien in de situatie bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, binnen 3 maanden na het uitgebreid deskundigenoverleg nog geen advies van een externe deskundige heeft kunnen plaatsvinden, kan de zorgverantwoordelijke na een uitgebreid deskundigenoverleg overeenkomstig het bepaalde in artikel 8b, eenmalig de termijn voor het toepassen van de onvrijwillige zorg in het zorgplan verlengen totdat de externe toets heeft plaatsgevonden. De duur van de verlenging bedraagt maximaal drie maanden.

3. De zorgverantwoordelijke stelt op basis van het advies van de externe deskundige een nieuw zorgplan vast. Artikel 8a, zesde lid en zevende lid, is van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de nieuwe termijn voor het toepassen van de onvrijwillige zorg niet langer mag zijn dan zes maanden na aanvang van de onvrijwillige zorg. In het zorgplan wordt aangegeven op welke wijze de zorgaanbieder toepassing geeft het advies van de externe deskundige.

4. Indien in het in het derde lid bedoelde zorgplan opnieuw onvrijwillige zorg is opgenomen wordt de in artikel 7, eerste lid, bedoelde evaluatie, uitgevoerd door het in artikel 8b bedoelde uitgebreid deskundigenoverleg, overeenkomstig het bepaalde in artikel 8a, vierde lid. Indien op grond van deze evaluatie wordt geconcludeerd dat onvrijwillige zorg in overeenstemming met het advies van de externe deskundige noodzakelijk blijft, bedraagt de termijn voor de toepassing van de onvrijwillige zorg, telkens niet langer dan zes maanden na aanvang van de onvrijwillige zorg.

M

Voor artikel 9 wordt een opschrift ingevoegd, luidende: § 2.4. Uitvoeren van het zorgplan.

N

In artikel 9, tweede lid, wordt «De artikelen 7 en 8» vervangen door: De artikelen 7 tot en met 8c.

O

Artikel 10 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onder c, wordt na «af te wenden» ingevoegd: en gelet op het beoogde doel evenredig is.

2. In het tweede en derde lid wordt «Voordat de zorgverlener toepassing geeft aan het eerste lid» telkens vervangen door: Voordat de zorgverlener voor de eerste keer toepassing geeft aan het eerste lid.

2. In het derde lid wordt «bedoeld in artikel 8, tweede lid, onder b» vervangen door: bedoeld in artikel 8a, derde lid, onder a.

3. Het vierde lid vervalt.

3. Onder vernummering van het vijfde lid tot vierde lid, wordt in het vierde lid (nieuw) na «over de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt verleend» toegevoegd: , en wie bevoegd is die onvrijwillige zorg te verlenen.

P

In artikel 11 wordt «artikel 7, vijfde lid» telkens vervangen door: artikel 7, derde lid.

Q

In het opschrift «§ 2. Zorg in onvoorziene situaties» wordt «§ 2» vervangen door: § 2.5.

R

Artikel 12 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid onderdeel c, wordt na «af te wenden» ingevoegd: en gelet op het beoogde doel evenredig is.

2. In het tweede lid wordt de laatste volzin vervangen door: De termijn is niet langer dan strikt noodzakelijk, en in ieder geval niet langer dan twee weken.

S

In het opschrift «§ 3. Administratieve voorschriften bij zorg» wordt «3» vervangen door: 2.6.

T

Artikel 13 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid, onder d, wordt «artikel 7, derde lid» vervangen door: artikel 7, eerste lid.

2. Het tweede lid, onder e, komt te luiden:
e. de resultaten van het overleg bedoeld in artikel 8, derde lid, artikel 8a, derde lid, artikel 8b, eerste lid, artikel 10, derde lid en artikel 12, derde lid, en het advies van een externe deskundige, bedoeld in artikel 8c;

U

Artikel 14 komt te luiden:

Artikel 14

De zorgaanbieder houdt ten behoeve van het toezicht door de in artikel 49, eerste lid, bedoelde ambtenaren, een register bij van toegepaste onvrijwillige zorg, waarin in ieder geval wordt opgenomen:

- a. de vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg;
- b. de zorgverantwoordelijke;
- c. de noodzaak voor de onvrijwillige zorg;
- d. het zorgplan, een schriftelijke beslissing als bedoeld in artikel 3, tweede lid, een schriftelijke beslissing als bedoeld in artikel 12, tweede lid, het besluit tot opname en verblijf, de rechterlijke machtiging, of de beschikking tot lastgeving van de burgemeester, die legitimeert tot de vorm van onvrijwillige zorg;

- e. de begindatum en de einddatum van de onvrijwillige zorg;
 - f. de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg.
2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over:
- a. de gegevens die in het register worden vastgelegd;
 - b. de wijze waarop de gegevens in het register worden vastgelegd;
 - c. de gegevens die aan de in artikel 49, eerste lid, bedoelde ambtenaren worden verstrekt;
 - d. de wijze waarop de gegevens aan de in artikel 49, eerste lid, bedoelde ambtenaren worden verstrekt.

V

Na artikel 14 worden twee artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 14a

De zorgaanbieder verstrekt ten minste eens per zes maanden aan de in artikel 49, eerste lid, bedoelde ambtenaren een overzicht van de onvrijwillige zorg die door hem is verleend, onder vermelding van de aard en frequentie daarvan, met daarbij een door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekende analyse van de verleende onvrijwillige zorg.

Artikel 14b

1. Een zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent, draagt zorg voor een beleidsplan waarin hij in ieder geval vastlegt:
- a. door middel van welke alternatieven hij tracht om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen;
 - b. hoe hij omgaat met het toepassen van onvrijwillige zorg en de afbouw van onvrijwillige zorg;
 - c. de wijze van intern toezicht bij uitvoering van onvrijwillige zorg.
2. Bij het opnemen van onvrijwillige zorg in een zorgplan en het verlenen van onvrijwillige zorg, overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 8 tot en met 12, wordt rekening gehouden met dit beleidsplan.

W

Artikel 17 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tiende lid komt te luiden:
10. Indien het indicatieorgaan twijfelt of er sprake is van onvrijwilligheid, als bedoeld in artikel 19, tweede lid, meldt het dit aan de aanvrager, en vraagt hierover een beoordeling aan een bij regeling van Onze Minister aangewezen externe deskundige.
2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
11. Indien op grond van het tiende lid, geoordeeld wordt dat er sprake is van onvrijwilligheid, behandelt het indicatieorgaan de aanvraag vanaf dat moment als aanvraag als bedoeld in artikel 20.

X

Artikel 30, eerste lid, komt te luiden:

1. De burgemeester zorgt ervoor dat het indicatieorgaan van de regio waarin de accommodatie ligt waar de betrokkene is opgenomen en de in artikel 49, eerste lid, bedoelde ambtenaren, onmiddellijk van de inbewaaringstelling op de hoogte worden gesteld.

Y

In het opschrift «§ 4. De rechterlijke machtiging» wordt «§ 4» gewijzigd in: § 3.5.

Z

Artikel 34 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het achtste lid vervalt.
2. Het negende lid wordt vernummerd tot achtste lid.

AA

In artikel 45, eerste lid, onder b, wordt «bedoeld in artikel 8», vervangen door: bedoeld in de artikelen 8a, 8b en 8c.

BB

Na hoofdstuk 4 wordt een hoofdstuk ingevoegd, luidende:

HOOFDSTUK 4A CLIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 48c

1. De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat iedere cliënt, diens vertegenwoordiger of diens familie een beroep kan doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft tot taak de cliënt, de vertegenwoordiger of diens familie advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt of met zijn opname en verblijf in een accommodatie, indien een cliënt of diens familie daarom verzoekt.

2. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft tevens tot taak:

a. om signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van een cliënt, aan de inspectie te melden; en

b. advies en bijstand te verlenen aan cliënten die vrijwillig in een accommodatie verblijven.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld met betrekking tot:

a. de deskundigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon;

b. de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en het indicatieorgaan; en

c. de taken en bevoegdheden van de cliëntenvertrouwenspersoon.

Artikel 48d

1. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is, al of niet op verzoek van de cliënt, vrije toegang tot de cliënt en behoeft van niemand toestemming om te spreken met de cliënt. De zorgaanbieder biedt hiertoe de gelegenheid.

2. Voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is, en de cliënt of zijn vertegenwoordiger daartegen geen bezwaar heeft gemaakt, krijgt de cliëntenvertrouwenspersoon:

a. van een ieder die bij de uitvoering van deze wet betrokken is, alle door hem verlangde inlichtingen;

- b. binnen de door hem gestelde termijn alle medewerking die hij redelijkerwijs kan vorderen; en
- c. inzage in de dossiers van de zorgaanbieder.

Artikel 48e

1. De cliëntenvertrouwenspersoon is tot geheimhouding verplicht van hetgeen in de uitoefening van zijn taak aan hem is toevertrouwd, tenzij enig wettelijk voorschrift hem tot mededeling verplicht, uit zijn taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit, of de cliënt toestemming geeft om vertrouwelijke informatie te delen.

2. De cliëntenvertrouwenspersoon kan zich op grond van zijn geheimhoudingsplicht verschonen van het geven van getuigenis of het beantwoorden van vragen in een klachtprocedure of een rechterlijke procedure.

CC

Artikel 50, eerste lid komt te luiden:

1. Onze Minister kan een zorgaanbieder een bestuurlijke boete van ten hoogste € 13 400,- opleggen ter zake van het niet naleven van de regels gesteld bij of krachtens de artikelen 3, vijfde lid, 6, 7, tweede tot en met vierde lid, 8, derde tot en met vijfde lid, 8a, derde tot en met negende lid, 8b, 8c, eerste tot en met vierde lid, 10, tweede tot en met vierde lid, 13, 14, 14a, 14b, 15, 40, eerste en derde lid, 41, 44, 45, eerste lid en 48c, eerste lid.

DD

Na artikel 52 wordt een artikel 52a toegevoegd luidende;

Artikel 52a

Onze Minister zendt binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Toelichting

Algemeen

Aanleiding om met deze vierde nota van wijziging te komen is het debat dat door de Kamer in eerste termijn over het wetsvoorstel Zorg en dwang is gevoerd. Dat debat heeft mij gesterkt in de overtuiging dat dit wetsvoorstel aan kracht kan winnen door de emancipatiebeweging van het cliëntperspectief vast te leggen die de afgelopen periode is doorgevoerd in het denken over onvrijwillige zorg. Voordat ik concreet inga op de onderdelen die gewijzigd worden, wil ik graag iets opmerken over de uitgangspunten van het wetsvoorstel en de hoofdlijnen van deze nota van wijziging.

Uitgangspunt: nee

Vrijheidsbeperking mag niet. Dat is het uitgangspunt van alle zorg die in Nederland wordt verleend. Niemand kan in principe gedwongen worden zorg te ondergaan, en 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. In het wetsvoorstel is dit ook verankerd. Over de zorg aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking stelt het wetsvoorstel een aantal algemene regels, die

ervan uitgaan dat een cliënt zelf beslist over zijn zorgverlening. Er moet bijvoorbeeld, op basis van de instemming van de cliënt, een zorgplan worden gemaakt dat de afspraken met de cliënt weergeeft. De eerste zeven artikelen van het wetsvoorstel gaan over die vrijwillige zorgverlening.

Als het gaat om het zorgplan en om het geven van instemming, kan er voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking een complicerende factor optreden. Zij zijn vaak ernstig beperkt in hun uitdrukkingsvaardigheid en kunnen niet, of niet meer, verwoorden wat ze willen. Of waarom ze iets juist niet willen. Dit zorgt ervoor dat de dynamiek tussen cliënt en zorgverlener een andere is dan in veel sectoren van de zorg. Zorgverleners moeten gaan invullen wat de wens van de cliënt is, proberen te achterhalen waarom hij iets wil of juist afwijst. Veel verzorgenden en begeleiders doen dat op goed gevoel, vanuit de verantwoordelijkheid die ze voor hun cliënten voelen en de bescherming die ze hen willen bieden. Ook de naasten van een cliënt kunnen daarin een belangrijke rol spelen; zij kunnen de veronderstelde wens van de cliënt verwoorden. Als de cliënt niet meer in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen waar het een specifieke beslissing betreft, dient een wettelijk vertegenwoordiger die rol op zich te nemen. Dat betreft geen beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt in zijn algemeenheid, maar een beoordeling van de beslissingsbekwaamheid in specifieke situaties. Daar waar de cliënt wel zelf kan beslissen, hoort hij dat zelf te kunnen doen.

Ook dan lukt het niet altijd om de wens van de cliënt te begrijpen of goed in te vullen, en dan moet een zorgverlener een keuze maken. Uitgangspunt is dat de wens van de cliënt wordt gerespecteerd. Maar dat lukt niet altijd. Een cliënt kan zich ergens heftig tegen verzetten, juist iets willen waarvan hij de ernstige gevolgen niet overziet, of zeer grensoverschrijdend gedrag vertonen. Het zijn van «een cliënt» betekent per definitie dat er ook een zorgverlener is die de verantwoordelijkheid van het goed hulpverlenerschap met zich meedraagt. Dit feit 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 (of een ander) bescherm tegen ernstig nadeel of ontluistering? Dat is een ethisch dilemma, waarin een keuze-instrument nodig is. Die keuze moet systematisch gemaakt worden; het moet volkomen duidelijk zijn dat alle bekende middelen om vrijwillige zorg aan te wenden zijn geprobeerd. Maar het is ook een juridisch dilemma, omdat het beperken van de vrijheid van cliënten alleen is toegestaan in die gevallen die bij wet zijn omschreven. Er zijn in specifieke situaties dus uitzonderingen mogelijk op het uitgangspunt dat vrijheidsbeperking niet mag. Een algeheel verbod op (bepaalde vormen van) onvrijwillige zorg, waarbij de uitzonderingen of noodgevallen aan het toeval worden overgelaten, creëert een onwenselijke rechtsonzekerheid voor cliënten en daar is uitdrukkelijk niet voor gekozen. Maar het bij elkaar brengen van het ethische en juridische dilemma, op zo'n manier dat het ook uitvoerbaar en handhaafbaar is op de werkvloer, brengt wel een zekere spanning met zich mee. Het omzetten van bepaalde waarden of ethische principes naar afgebakende regels kan zorgen voor verlies van herkenbaarheid van die waarden of principes. Om de herkenbaarheid te vergroten, wordt met deze vierde nota van wijziging in het wetsvoorstel met name artikel 8 aangepast. Het «nee, tenzij» beginsel, dat inhoudt dat onvrijwillige zorg slechts in het uiterste geval mag worden verleend, is sterker geformuleerd. Ook zijn de stappen die gemaakt moeten worden om «tenzij» te mogen toepassen geconcretiseerd alsmede de voorwaarden die eraan verbonden moeten zijn.

Tenzij

Door het formuleren van een uitgebreider stappenplan voorziet dit wetsvoorstel in de artikelen 8 en verder in het noodzakelijke keuze-instrument. Het stappenplan geeft aan waar de grenzen liggen aan het ongelimiteerd uitoefenen van het de eigen regie of het zelfbeschikkingsrecht van cliënten. Daarmee wordt het «tenzij» deel van het «nee, tenzij» beginsel ingevuld. Daaraan ligt ten grondslag dat ook zorgverleners de plicht hebben 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 kán een zorgverlener als laatste redmiddel handelen zonder instemming van de cliënt, of zelfs tegen zijn wil, met als doel die menselijke waardigheid te beschermen. Het door de cliënt inbreuk maken op de eigen menselijke waardigheid of die van een ander wordt in dit wetsvoorstel vertaald met de term «ernstig nadeel».

Hoofdlijnen vierde nota van wijziging

Wanneer zorgverleners handelen zonder instemming van de cliënt of tegen zijn wil, met als doel ernstig nadeel af te wenden, brengt diezelfde menselijke waardigheid een aantal verplichtingen met zich mee. Verplichtingen die te maken hebben met zorgvuldige besluitvorming, kiezen voor de minst ingrijpende oplossing en het niet aan zijn lot overlaten van de cliënt maar hem goed in het oog houden. Juist deze kwetsbare, zorgafhankelijke groep cliënten, die vaak ernstig beperkt is in de uitdrukkingsvaardigheid, verdient de beste bescherming. Dit wetsvoorstel moet ertoe leiden dat niet gebeurt wat voorkomen had kunnen worden. In deze vierde nota van wijziging doe ik een aantal voorstellen om dat nog beter tot uitdrukking te kunnen brengen. Daarbij baseer ik me op drie hoofdlijnen. Ten eerste wordt de stem van de cliënt beter gehoord, waarmee ik zijn positie wil verstevigen. Ten tweede hoort in het systeem gewaarborgd te zijn dat handelingsverlegenheid nooit mag leiden tot het geven van onvrijwillige zorg zonder specifieke zorgvuldigheidsprocedure. Nee, tenzij. En ten derde wil ik garanderen dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger maximale regie kunnen voeren, ook in de thuissituatie. De waarborgen in dit wetsvoorstel, om ervoor te zorgen dat onvrijwillige zorg een laatste redmiddel is waar uiterst zorgvuldig mee moet worden omgegaan, gelden onverkort in de extramurale zorg.

Cliëntperspectief

Tijdens de eerste termijn van de Kamer is door verschillende fracties gewezen op het belang van de cliëntvertrouwenspersoon. Ook ik ben overtuigd van de meerwaarde van deze functionaris, die in de ouderenzorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zowel naast de cliënt als naast zijn vertegenwoordiger kan staan, om met frisse ogen en in vertrouwen naar hem te luisteren en waar mogelijk te adviseren. Een cliëntvertrouwenspersoon is iemand bij wie je makkelijk kan aankloppen en waarvan je weet dat het gesprek geen repercussies kan hebben op de relatie met de hulpverleners. In het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg is al bepaald dat iedere zorgaanbieder een klachtenfunctionaris of cliëntvertrouwenspersoon heeft. Gezien het kwetsbare karakter van de doelgroepen waar het onderhavige wetsvoorstel op ziet, kies ik hier voor de cliëntvertrouwenspersoon en geef ik hem een wettelijke basis via deze nota van wijziging. Ik vind dat deze elementen intrinsiek horen tot het zorgaanbod aan cliënten met dergelijke moeilijke

en emotionele aspecten. Het hoort dus mijns inziens binnen het aanbod, al mag het erbuiten georganiseerd zijn.

Er hoort mét je te worden gepraat, en niet over je. En wanneer iemand de vertegenwoordiger is van een kwetsbare cliënt, is het dus volstrekt normaal dat de professional zoveel mogelijk gebruik maakt van de informatie die vanuit die rol kan worden aangeleverd over de cliënt. Cliënt en vertegenwoordiger horen niet aan de zijlijn te staan, maar volop te worden betrokken bij de invulling van de zorg. Alleen dan ontstaat er een compleet beeld van de cliënt, en dat draagt bij aan het kunnen zoeken naar handelingsalternatieven. Om die reden stel ik als volgende wijziging voor om de cliënt, of wanneer hij dat niet kan de vertegenwoordiger, standaard aanwezig te laten zijn bij een multidisciplinair overleg. Dat is een recht, geen plicht. De vertegenwoordiger of cliënt mag daar dus vanaf zien als hij het niet wil, maar moet altijd weten dat er gesproken wordt en de kans hebben daar bij te zijn.

Als het toch niet anders kan

Er zullen in de zorg situaties blijven waarin het niet lukt om zorg vrijwillig te verlenen en zorgverleners tegen zodanige handelingsverlegenheid aanlopen dat zij onvrijwillige zorg in het zorgplan willen opnemen. In de paragraaf hieronder geef ik aan op welke wijze ik het stappenplan wil vormgeven dat moet worden doorlopen om überhaupt tot zo'n besluit te mogen komen. Om ook de cliënt of zijn vertegenwoordiger een optimale plek te geven in dat stappenplan, stel ik een wijziging voor die ertoe moet leiden dat wanneer één van beiden besluit om niet in te stemmen met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, de zorgaanbieder verplicht is om over dat zorgplan een second opinion te vragen bij een externe deskundige partij. Daarmee wil ik ook – als één van de maatregelen – recht doen aan de wens van verschillende fracties om op tijd een onafhankelijk advies te vragen of de frisse blik in te brengen.

Onvrijwillige zorg is een laatste redmiddel. Het is het «tenzij» van «nee, tenzij». Om dat te benadrukken kies ik met deze vierde nota van wijziging voor een uitgebreider stappenplan, waarin sprake is van een opschalend model van besluitvorming over onvrijwillige zorg. In dit model worden de kwalitatieve afwegingen weergegeven die gemaakt moeten worden, waardoor het niet alleen een procedureel karakter heeft. De afwegingen zijn in iedere stap gelijk, maar de deskundigheid die betrokken moet worden neemt toe, van intern naar extern.

Handelingsverlegenheid

Handelingsverlegenheid ontstaat wanneer een zorgverlener niet meer weet wat hij met een cliënt aanmoet. Belangrijkste oorzaak daarvoor is gedrag van een cliënt dat de hulpverlener niet begrijpt. Dat gedrag zit voor een deel in de cliënt zelf en kan worden versterkt door een beperking van de uitdrukkingsvaardigheid. Deels kan het zogenaamd «probleemgedrag» ook zijn oorzaak vinden in de interactie met de omgeving. Het merendeel van de situaties waarin handelingsverlegenheid ontstaat, hoort te kunnen worden opgelost met een verkenning van de oorzaak van het gedrag, de interactie met de omgeving, een risico-inventarisatie en het bijstellen van het zorgplan met vrijwillige alternatieven. Dat vraagt om deskundigheid en creativiteit van professionals, kunnen anticiperen of juist actief kunnen afwachten hoe een cliënt op een verandering reageert. Vaak is evident dat een cliënt al bij het opstellen van het eerste zorgplan een complexe zorgvraag heeft, waarbij «probleemgedrag» kan komen kijken. Dan horen deze afwegingen al bij de eerste zorgplanbespreking te worden gemaakt, zo nodig met inschakeling van externe deskundigheid.

Maar soms ontstaat probleemgedrag pas later. Om te borgen dat in deze fase alles uit de kast wordt gehaald, wordt in deze nota van wijziging voorgesteld om het eerste multidisciplinaire overleg uitsluitend over vrijwillige zorg te laten gaan. Onvrijwillige zorg is als uitkomst nog geen optie.

In een beperkt aantal gevallen zal er via vrijwillige zorg geen oplossing worden gevonden. Het opschalende stappenplan betreft bij verdere besluitvorming steeds meer deskundigheid, waarbij steeds weer dezelfde afwegingen worden gemaakt. Wat is de oorzaak van het gedrag, welk risico loopt de cliënt, wat is precies het ernstig nadeel, is de cliënt beslissingsbekwaam en kan hij zelf maatregelen nemen om het dreigend of aanwezig ernstig nadeel af te wenden, en welke handelingsalternatieven hebben wij als professionals nog? Het model eindigt bij een onafhankelijke externe consultatie. Indien er sprake is van langdurige onvrijwillige zorg, dat wil zeggen langer dan drie maanden, is er al drie keer een multidisciplinair overleg geweest en heeft een externe consultatie plaatsgevonden. Met dit model wil ik bereiken dat de zorg van binnenuit verbetert, dat zorgvuldige besluitvorming en het nadenken over handelingsalternatieven vanzelfsprekend wordt binnen de zorg en dat externe commissies slechts een frisse blik of technische expertise behoeven te leveren.

Thuiszorg

De cliënt en zijn vertegenwoordiger horen de regie te hebben over de zorg. Dat is in de intramurale zorg niet anders dan in de extramurale zorg. Maar juist in de extramurale zorg, waarbij er minder met teams wordt gewerkt en meer mantelzorg wordt verleend, kan er ongemerkt tegen grenzen worden aangelopen, waarbij handelingsverlegenheid ontstaat. Om ook in die situatie zoveel mogelijk instrumenten ter beschikking te stellen, bevat deze nota van wijziging een voorstel om de cliënt of de vertegenwoordiger het recht te geven het multidisciplinaire team van de zorgaanbieder bij elkaar te roepen, zodat handelingsalternatieven kunnen worden verkend.

Licht of zwaar

Er is door een aantal fracties gevraagd naar een onderscheid tussen lichte en zware vormen van onvrijwillige zorg. Bepaalde zware vormen zouden in de extramurale zorg niet mogen worden toegestaan. Ik constateer dat de invulling van wat lichte en zware maatregelen zijn, sterk wordt ingevuld vanuit ons eigen perspectief. Maar we weten onvoldoende van het perspectief van degene die onvrijwillige zorg moet ondergaan. Is een kwartier in een Zweedse band erger dan regelmatig verplicht moeten douchen, waarbij twee verzorgenden je in de gaten houden? Is een diepe stoel minder erg dan een Zweedse band, of net zo erg? Is een uur in een afzonderingsruimte erger dan nooit mogen leren fietsen? En is het minder erg om iedere dag verplicht «gezellig» in de huiskamer te zitten dan in je bed te mogen blijven liggen? Lichte of zware onvrijwillige zorg heeft altijd een direct verband met de wensen en stemming van het individu en het moment. De aard van de onvrijwillige maatregel en de ingrijpendheid voor de cliënt zijn in het voorgestelde stappenplan in ieder geval bepalend voor de vraag wanneer er een niet bij de zorg betrokken deskundige bij het multidisciplinaire overleg wordt betrokken of het zorgplan extern wordt getoetst. Om daar verder invulling aan te kunnen laten geven door professionals, zal ik op korte termijn een onderzoek starten naar de wijze waarop cliënten onvrijwillige zorg ervaren.

Registratie

Naast de hierboven geschetste hoofdlijnen, ga ik in dit algemene deel graag in op een andere voorgestelde wijziging omdat daar door verschillende fracties opmerkingen over zijn gemaakt. Als het gaat om onvrijwillige zorg, dan mag niemand onbekend zijn. Het mag simpelweg niet voorkomen dat mensen in hun vrijheid worden beperkt zonder dat dat op juiste wijze wordt geregistreerd en voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg inzichtelijk is. In deze nota van wijziging stel ik voor de melding en registratie van onvrijwillige zorg op hetzelfde soort systeem te baseren als in de geestelijke gezondheidszorg is ingevoerd. Gevolg daarvan is dat zorgaanbieders verplicht worden om ten behoeve van het toezicht door de inspectie een registratie bij te houden van alle onvrijwillige zorg, waarbij wordt aangetekend of die in het zorgplan is opgenomen dan wel in een noodsituatie is toegepast. Deze registratie is te allen tijde voor de inspectie digitaal toegankelijk. Wanneer er bij de inspectie een melding binnenkomt over een vrijheidsbeperking, is direct opvraagbaar wat er aan de hand is. Deze registratie vormt een sluitend geheel met de verplichting in het wetsvoorstel voor zorgaanbieders om zich te laten registreren in een openbaar, door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij te houden register wanneer zij onvrijwillige zorg verlenen of cliënten niet-vrijwillig opnemen.

Governance

Daarnaast wordt vastgehouden aan de reeds in het wetsvoorstel opgenomen verplichting om eenmaal in de zes maanden een overzicht op te stellen van de verleende onvrijwillige zorg, zodat intern inzichtelijk wordt in welke mate over een bepaalde periode onvrijwillige zorg wordt verleend, en extern invulling kan worden gegeven aan risicogestuurd toezicht. Maar daaraan voeg ik, in het kader van de governance, een element aan toe. De Raad van Bestuur van een zorgaanbieder die zorg verleent waarbij onvrijwillige zorg tot de mogelijkheden behoort, moet een positieve rol spelen in de wijze waarop de organisatie het cliëntperspectief respecteert. De Raad van Bestuur moet daar dus een visie op hebben en de medewerkers steunen als er handelingsverlegenheid ontstaat. Hij moet weten wat er in zijn organisatie speelt, zodat hij zo nodig adequate maatregelen kan nemen. Om die reden wordt voorgesteld om het bedoelde overzicht vergezeld te laten gaan van een door de bestuurder ondertekende analyse van de verleende onvrijwillige zorg.

Artikelsgewijs

A

Onderdeel A betreft in de eerste plaats een wetstechnische aanpassing. Voorts is het begrip «familie» gedefinieerd in verband met de regeling van de cliëntenvertrouwenspersoon.

B

De aanpassing van artikel 2, derde lid, maakt het mogelijk om onvrijwillige zorg die gericht is op het beperken van de bewegingsvrijheid, in bepaalde omstandigheden te verbieden.

C

In artikel 3 is een aantal wijzigingen aangebracht. Allereerst wordt tot uitdrukking gebracht dat het de cliënt is die centraal staat. De cliënt voert zijn eigen regie en neemt dus zijn eigen beslissingen. Deze wijziging sluit

daarmee aan op het door mevrouw Dille van de PVV ingediende amendement nr. 19.

Artikel 3 kent aan de vertegenwoordiger bepaalde bevoegdheden toe, maar uitsluitend indien en voor zover de cliënt wilsonbekwaam is ter zake van een bepaalde beslissing. Doorgaans wordt de in het eerste lid bedoelde beoordeling het vaststellen van de wils(on)bekwaamheid genoemd, maar bij de beoordeling gaat het feitelijk niet om het vaststellen van de wil, maar om het vaststellen of de cliënt een adequate beslissing kan nemen. Overziet hij wat de gevolgen zijn van hetgeen hij wel of juist niet wil, begrijpt hij de consequenties van een bepaalde beslissing en van het mogelijk ernstig nadeel. Aan artikel 3 wordt nu toegevoegd dat de vaststelling dient te geschieden door een daartoe deskundig persoon en overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen. Op dit moment is er een richtlijn door de KNMG vastgesteld, maar het is goed mogelijk dat deze door de betrokken beroepsgroepen nog verder wordt ingevuld voor de zorgverlening aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking.

De wijziging van het derde lid is bedoeld om duidelijk te maken dat de zorgverlener die zorg verleent aan een cliënt, niet tevens zijn vertegenwoordiger kan zijn, terwijl voor de andere in het derde lid genoemde personen geldt, dat al uit de aard van hun functie volgt dat zijn niet tevens vertegenwoordiger kunnen zijn. Voor hen is niet noodzakelijk dat zij ook daadwerkelijk zorg verlenen aan de cliënt.

Zowel zorgaanbieder als vertegenwoordiger weten vaak niet goed wat de vertegenwoordiger mag. Met het nieuwe vierde lid wordt geregeld dat de zorgaanbieder zich hierin te verdiept, zodat ook de positie van de vertegenwoordiger versterkt wordt.

In het nieuwe vijfde lid is het cliëntenperspectief versterkt door het toewijzen van een mentor niet te koppelen aan de situatie dat onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen. Een cliënt die geen vertegenwoordiger heeft, maar er wel een nodig heeft, moet altijd een mentor toegevoegd krijgen.

D, I, K, M, Q en S

Zoals beschreven in het algemeen deel van de toelichting, wordt in deze nota van wijziging de procedure voor het opstellen van het zorgplan en het daarin als uiterste middel opnemen van onvrijwillige zorg zodanig aangepast, dat de kwetsbare afhankelijke cliënt en zijn vertegenwoordiger beter worden gehoord en er meer ruimte is voor het bijstellen van het zorgplan met vrijwillige zorgalternatieven als handelingsverlegenheid optreedt. Door de voorgestelde wijziging, inclusief de toegevoegde subparagrafen, wordt het zorgvuldige afwegingsproces niet alleen procedureel met meer waarborgen omkleed, maar ook ingevuld met een aantal kwalitatieve afwegingen.

Dit komt in hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel tot uitdrukking door een aantal aanpassingen die hierna bij de verschillende artikelen wordt toegelicht. Door hoofdstuk 2 te verdelen in een aantal paragrafen, komt de nieuwe structuur van dit hoofdstuk beter tot uitdrukking. In de onderdelen D, I, K en M zijn daartoe nieuwe opschriften voor deze paragrafen ingevoegd. Paragraaf 2.1. omvat de algemene bepalingen voor het opstellen van een zorgplan. In paragraaf 2.2. is geregeld dat in geval problemen worden geconstateerd bij de uitvoering van het zorgplan, er eerst een multidisciplinair overleg plaatsvindt waarin zorginhoudelijke afwegingen worden gemaakt die moeten leiden tot vrijwillige zorgalternatieven. De in paragraaf 2.3 opgenomen artikelen omvatten het stappenplan voor het opstellen van een zorgplan, als onvrijwillige zorg

wordt overwogen omdat er geen alternatieven voor vrijwillige zorg meer lijken te zijn. Paragraaf 2.4 handelt over de uitvoering van het zorgplan, paragraaf 2.5 handelt over de zorg in onvoorziene situaties en in paragraaf 2.6 zijn de administratieve voorschriften voor de zorgverlening opgenomen. De laatste twee genoemde paragrafen stonden al in het oorspronkelijke wetsvoorstel, maar zijn in de onderdelen Q en S vernummerd.

E

Met de voorgestelde aanpassing van artikel 5 wordt het cliëntperspectief versterkt. Aan het eerste lid wordt een zin toegevoegd, waaruit blijkt dat het zorgplan de afspraken met de cliënt weergeeft. Het tweede lid legt een verplichting neer voor de zorgverantwoordelijke om vanaf de start van de zorg goed na te denken over het betrekken van de juiste deskundigheid en dit waar nodig ook te doen. Er zijn groepen cliënten bij wie er redelijkerwijs te verwachten is dat zij zogenaamd probleemgedrag zullen krijgen, of misschien al hebben. Door de zorg bij de basis goed te regelen, met de juiste deskundigheid, kan worden voorkomen dat zorgsituaties vastlopen. Het spreekt voor zich dat de zorgaanbieder hier ook de taak heeft om de zorgverantwoordelijke in staat te stellen de juiste deskundigheid te betrekken. Het derde lid geeft aan dat de wensen en voorkeuren van de cliënt voor de zorgaanbieder steeds de maatstaf dienen te zijn. Dit principe geldt dus zowel bij de vaststelling van het zorgplan, de uitvoering van het zorgplan, als bij het optreden in onvoorziene situaties. Het beginsel om de wil en voorkeuren van personen met een handicap te respecteren, vloeit voort uit het nog niet door Nederland geratificeerde VN-Verdrag Rechten voor personen met een handicap (hierna: VN-verdrag). Dit principe is ook neergelegd in artikel 2:1 van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (kamerstukken II, 2009/10, 32 399, 1–3) (wvgez).

F

In het nieuwe artikel 5a zijn de bepalingen opgenomen die afkomstig zijn uit artikel 5, tweede en derde lid.

G

Het derde lid is opgenomen in verband met de in deze nota van wijziging opgenomen mogelijkheid gebruik te maken van de cliëntenvertrouwenspersoon. In dit artikellid is daarom de informatieplicht richting cliëntenvertrouwenspersoon geregeld. Uiteraard dient de zorgaanbieder er voor zorg te dragen dat de cliënt en zijn naasten toegang hebben tot de cliëntenvertrouwenspersoon die hen op onafhankelijke wijze met raad en daad kan ondersteunen. Bij de toelichting op onderdeel BB wordt hierop nader ingegaan.

H

Het nieuwe eerste lid van artikel 7, handelt over de evaluatie van het zorgplan. Zoals gesteld in het algemeen deel van de toelichting, hoort een cliënt die dat kan, zelf mee te praten over de invulling van zijn zorgverlening. Dat geldt mutatis mutandis ook voor de evaluatie van de zorg. Voor zover op grond van artikel 3 is geoordeeld dat de cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van bepaalde beslissingen die de zorg betreffen, dan kan de inbreng van naasten belangrijk zijn om het gedrag van een cliënt te begrijpen en zijn veronderstelde wens te verwoorden. Om die reden wordt bepaald dat cliënt of

vertegenwoordiger de gelegenheid moeten hebben om te worden gehoord over de evaluatie.

Bij de uitvoering van de in de artikelen 8, 8a, 8b en 8cd opgenomen procedures zijn steeds deskundigen betrokken. Het betreft personen die deskundig zijn met betrekking tot de zorg die de betrokken cliënt nodig heeft. Op grond van het aan artikel 7 toegevoegde vijfde lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur de eisen die worden gesteld aan de kennis en kunde van deze deskundigen nog nader worden toegespitst. Ik kom hiermee tegemoet aan het van de zijde van de fractie van de PVV op dit punt ingediende amendement (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nummer 14).

J

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting al is aangegeven, heeft deze nota van wijziging drie hoofddoelstellingen. Kort samengevat gaat het om werken vanuit het cliëntenperspectief, meer ruimte geven voor adequaat optreden bij handelingsverlegenheid, en goede waarborgen bieden om zorgverlening in de thuissituatie zo lang mogelijk voort te kunnen zetten. Indachtig deze doestellingen, is in onderdeel J een heel nieuw stappenplan opgenomen om een zorgplan op te stellen en – indien nodig – daarover advies in te winnen en zo nodig een externe deskundige te raadplegen als blijkt dat het zorgplan niet aan de zorgbehoefte van de cliënt voldoet. Daarmee wil ik recht doen aan de in de amendementen van de leden Wolbert en Dijkstra van de PvdA en D»66 opgenomen gedachte dat onvrijwillige zorg moet kunnen worden getoetst door een externe deskundige (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nummers 22 en 25). Die externe deskundigheid krijgt op verschillende manieren een plek in het stappenplan.

In onderdeel J zijn daartoe vier nieuwe artikelen opgenomen, de artikelen 8 tot en met 8c.

Artikel 8

Deze bepaling heeft betrekking op de fase dat blijkt dat het zorgplan van de cliënt niet volstaat om aan zijn zorgvraag tegemoet te komen, waardoor zich ernstig nadeel kan voordoen of al voordoet. De in artikel 8 opgenomen procedure biedt een extra waarborg ten einde recht te doen aan het uitgangspunt «nee tenzij», waarbij het zoeken naar alternatieven voor vrijwillige zorg voorop staat.

In het eerste lid van artikel 8 wordt klip en klaar de plicht bij de zorgaanbieder neergelegd om te zorgen voor voldoende mogelijkheden voor vrijwillige zorg. Daarmee worden bestuurders rechtstreeks aangesproken om hun personeel op de werkvloer te steunen in het uitgangspunt dat vrijheidsbeperking niet mag. Dit principe is ook neergelegd in artikel 2:1 van de wvvgz.

Het niet volstaan van het zorgplan kán erop duiden dat handelingsverlegenheid dreigt. De ervaring dat je als zorgverlener niet meer weet hoe je het aan moet pakken, dat met de afgesproken zorg niet het gewenste effect wordt bereikt, dat een cliënt plotseling anders gaat reageren dan voorheen, zijn allemaal situaties die onder handelingsverlegenheid begrepen kunnen worden. Het gaat om situaties dat betrokkenen «met de handen in het haar» komen te zitten, en het wachten op de sowieso op grond van artikel 7, eerste lid, verplichte evaluatie van het zorgplan geen optie is. In dat geval moet er in voorzien worden dat heroverweging van het zorgplan kan plaatsvinden. Bij deze heroverweging dienen meerdere disciplines betrokken te worden.

Op welk moment een heroverweging van het zorgplan plaats dient te vinden, is verwoord in het tweede lid. Daarin wordt ook een eigenstandige bevoegdheid gegeven aan de vertegenwoordiger. Wanneer deze aangeeft dat het zorgplan niet meer volstaat, waardoor ernstig nadeel voor de cliënt dreigt, of de zorgverantwoordelijke constateert dit zelf, dan organiseert de zorgverantwoordelijke een multidisciplinair overleg als bedoeld in het derde lid. Met het tweede lid wordt vooral beoogd de vertegenwoordiger in de thuissituatie een extra steun te geven. Die vertegenwoordiger, in veel gevallen ook de mantelzorger, merkt heel goed wanneer er tegen grenzen wordt aangelopen, waardoor handelingsverlegenheid kan ontstaan. Op dat moment hoort de situatie breder te worden verkend dan alleen door degene die de zorg thuis komt verlenen. De koppeling aan ernstig nadeel is bewust gekozen, om aan te geven dat dit niet gaat om discussies over de vraag of iemand om zeven dan wel acht uur uit bed wordt geholpen.

Indien het zorgplan niet meer aan de zorgbehoefte blijkt te voldoen, organiseert de zorgverantwoordelijke op grond van het derde lid een multidisciplinair overleg, dat er uitsluitend op gericht is om alle denkbare mogelijkheden voor vrijwillige zorg te verkennen, zodat eventuele handelingsverlegenheid wordt opgeheven. Het multidisciplinair overleg over vrijwillige zorgalternatieven wordt gevormd door de zorgverantwoordelijke en ten minste één ter zake kundig persoon, behorende tot een andere discipline dan de zorgverantwoordelijke.

Tijdens het overleg wordt de individuele situatie van de cliënt beoordeeld. De risico-inventarisatie, genoemd in het derde lid, onder a, heeft als functie om te bepalen welk ernstig nadeel de cliënt nu echt loopt. Is het wel een risico dat leidt tot ernstig nadeel, of vertoont de cliënt slechts gedrag dat anders is dan binnen de normen en waarden van een bepaalde zorgverlener past. Is het een risico als de cliënt niet netjes aan tafel zit bij het ontbijt, of alleen onhandig? Is het een risico als de cliënt liever op het bankje op de gang slaapt, of alleen lastig uit te leggen aan bezoekers? Een risico-inventarisatie maakt inzichtelijk wat het ernstig nadeel is. In onderdeel c wordt aandacht besteed aan het feit dat het gedrag van een cliënt dat door hulpverleners (nog) niet wordt begrepen, niet uitsluitend in de cliënt zelf hoeft te zitten maar ook kan worden veroorzaakt of versterkt door de interactie met de cliënt. Is dat het geval, dan zullen er maatregelen kunnen worden voorgesteld die ingrijpen in de interactie.

Op grond van het vierde lid, worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij het multidisciplinair overleg betrokken. In het vijfde lid wordt nog eens uitdrukkelijk bepaald dat de zorgverantwoordelijke waar nodig de deskundigheid van anderen betreft.

Artikel 8a

Fundament van het wetsvoorstel wordt gevormd door het ultimatum remedium beginsel. Onvrijwillige zorg kan alleen als laatste redmiddel worden ingezet als er geen adequate alternatieven meer voorhanden zijn. Eerst zullen alle alternatieven die op vrijwilligheid gebaseerd zijn, volledig moeten worden benut voordat dwang kan worden overwogen. In alle stadia en bij ieder beslissing op grond van dit wetsvoorstel is «nee tenzij» het uitgangspunt. In artikel 8 van het oorspronkelijke wetsvoorstel, ligt dit principe al besloten. In het voorgestelde artikel 8a, eerste lid, is dit principe evenwel expliciet opgenomen om elk mogelijk misverstand hierover te voorkomen en eventuele onduidelijkheden weg te nemen. Ingevolge het derde lid van het nieuwe artikel 8a wordt opnieuw een multidisciplinair overleg georganiseerd, indien na het eerdere overleg op grond van artikel 8 is gebleken dat er op dat moment geen mogelijkheden

voor vrijwillige zorg meer zijn. Opzettelijk worden hier de woorden «op dat moment» gebruikt, omdat de inzichten van degene(n) die bij het in artikel 8a, bedoelde multidisciplinaire overleg aansluiten, kunnen leiden tot nieuwe vrijwillige zorgalternatieven. Aanvullend aan het eerder multidisciplinaire overleg neemt op grond van het derde lid ook een arts of gedragskundige (afhankelijk van het gedrag van de cliënt en het type maatregel dat wordt overwogen) deel aan het tweede multidisciplinaire overleg. De criteria in het tweede lid, op basis waarvan mag worden besloten onvrijwillige in het zorgplan op te nemen, zijn afkomstig uit artikel 8, eerste lid, van het oorspronkelijke wetsvoorstel. Aan de hierin genoemde criteria moet zowel worden getoetst wanneer wordt overwogen onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, als ook bij de daadwerkelijke toepassing van onvrijwillige zorg (zie artikel 10).

Uit het vierde lid blijkt dat de kwalitatieve afweging die in het multidisciplinaire overleg moet worden gemaakt, grotendeels identiek is aan die uit het eerdere multidisciplinaire overleg. Omdat het overwegen van onvrijwillige zorg hier, in tegenstelling tot het eerdere overleg, wel als laatste redmiddel mogelijk is, worden twee elementen toegevoegd. Op grond van het vierde lid, onderdeel e, worden de nadelige effecten die de onvrijwillige zorg kan hebben, afgewogen tegen de voorkoming of vermindering van het ernstig nadeel. Onderdeel f geeft aan dat gekozen moet worden voor de kortst mogelijke termijn, passend bij de aard van de zorg en de ingrijpendheid voor de cliënt, waarbij geldt dat het zevende lid daar een maximale termijn van zes weken aan stelt.

Ook in het vijfde lid wordt beoogd de positie van de cliënt en zijn vertegenwoordiger te versterken door hen actief te betrekken bij de totstandkoming van het zorgplan.

In het zesde lid wordt aangegeven dat het multidisciplinair overleg zich ook buigt over aanvullende zorgvuldigheidseisen. Het betreft aanvullende zorgvuldigheidseisen ter voorkoming of vermindering van nadelige effecten heeft op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn deelname aan het maatschappelijk leven. In het oorspronkelijke wetsvoorstel waren hierover eisen opgenomen in artikel 8, derde lid, voor zover het onvrijwillig zorg aan kinderen en jeugdigen betreft. Het is echter zo, dat dergelijke nadelige effecten ook bij volwassenen aan de orde kunnen zijn. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan kwetsbare ouderen, die anders op bepaalde medicatie kunnen reageren. Daarom is deze bepaling aangepast en wordt met de nieuwe redactie tevens tegemoet gekomen aan amendement nr. 12 van het lid Dille (PVV).

Het zevende lid beschrijft welke elementen allemaal in het zorgplan terug te vinden moeten zijn, zodat de kaders voor de inhoud van het zorgplan en vooral ook het opnemen van onvrijwillige zorg daarin, volstrekt helder zijn. Vastgelegd dient te worden met betrekking tot welk ernstig nadeel welk onvrijwillige zorg kan worden toegepast. Daarnaast dient te worden aangegeven welke zorgverlener of categorie van zorgverleners de onvrijwillige zorg mag toepassen. Bij het verlenen van verantwoorde zorg hoort dat vooraf wordt bepaald dat bijvoorbeeld bepaalde medicatie alleen door een verpleegkundige kan worden toegediend. Uitgangspunt hierbij is dat de zorgaanbieder zelf inzicht heeft in de kennis en kunde van zijn personeel en dat per cliënt wordt nagedacht welke deskundigheid of zo nodig zelfs heel concreet wie geschikt is om bepaalde onvrijwillige zorg te verlenen. De zorgaanbieder dient zijn beleid hierover ook vorm te geven in een beleidsplan (zie het nieuwe artikel 14b, toegelicht bij onderdeel V). Overigens kunnen op grond van artikel 10, vierde lid (nieuw) bij algemene maatregel van bestuur ook regels worden gesteld aan de vereiste deskundigheid van zorgverleners. Al deze maatregelen tezamen, komen tegemoet aan het

amendement van het lid Leijten (SP) (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nr. 16), betreffende het stellen van deskundigheidseisen bij algemene maatregel van bestuur.

Een belangrijk nieuw element is het verplicht vastleggen van de maximale duur van zes weken dat onvrijwillige zorg kan worden toegepast, en de wijze waarop die zorg binnen die periode kan worden afgebouwd. Voor deze termijn is gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de fases genoemd in het eveneens opschalende model voor besluitvorming over separatie in de GGZ, zoals dat door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) recentelijk is weergegeven in één van haar rapporten (Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten, Utrecht, december 2011). Ook is een termijn van zes weken redelijk om bijvoorbeeld gestarte medicatie weer af te bouwen. Met het vastleggen van de maximale duur wordt aangegeven dat onvrijwillige zorg in principe altijd tijdelijk is. Dit komt tegemoet aan het amendement van het lid Wiegman-Van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nr. 23) waarin wordt gesteld dat onvrijwillige zorg niet langer mag worden verleend dan strikt noodzakelijk. Ook het lid Venrooy-Van Ark (VVD) gaf aan een amendement te overwegen, waarbij een verplicht plan van aanpak voor de afbouw van onvrijwillige zorg werd voorgeschreven. Het zevende lid, onder 5 betekent dat bij het opstellen van het zorgplan de afbouw direct een belangrijk punt van aandacht is. Indien de afbouw binnen de gestelde periode niet slaagt, dient de zorgverantwoordelijke op grond van artikel 8b uitgebreid deskundigenoverleg in te schakelen, waarbij een niet bij de zorg betrokken deskundige aanwezig is. Zie voor een nadere toelichting daarop, de toelichting bij artikel 8b. Op grond van artikel 8a, zevende lid, onder 6, dienen in het zorgplan aanvullende zorgvuldigheidseisen te worden opgenomen wanneer dat op grond van het zesde lid is afgesproken in het multidisciplinair overleg. Het zevende onderdeel vraagt aandacht voor de continuïteit van de benadering van de cliënt. Zeker cliënten met een complexe zorgvraag zijn gebaat bij een vaste structuur en bekende gezichten. Het doorbreken van die structuur kan alleen al zorgen voor onrust, met bijbehorend gedrag van een cliënt. De continuïteit van de benadering is een essentieel onderdeel in het voorkomen van onvrijwillige zorg.

Op grond van artikel 7, eerste lid, worden alle zorgplannen voor het eerst vier weken na de start van de uitvoering van het zorgplan en vervolgens elke 6 maanden geëvalueerd. In het negende lid is geregeld, dat in gevallen waarin op grond van artikel 8a onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen, de evaluatie ook wordt uitgevoerd door het multidisciplinaire overleg. Daarbij worden het vierde en vijfde lid in acht genomen.

Artikel 8b

Zodra de in artikel 8a bedoelde maximale termijn van 6 weken is verstreken en het niet is gelukt binnen die termijn de onvrijwillige zorg af te bouwen, kan deze onvrijwillige zorg op grond van artikel 8b, eerste lid, niet zomaar opnieuw in het zorgplan worden opgenomen. In artikel 8b, eerste lid is bepaald dat de zorgverantwoordelijke in zo'n geval een uitgebreid deskundigenoverleg bij elkaar dient te roepen. Op dat moment is het van belang om een frisse blik naar het zorgplan te laten kijken. Voor die frisse blik wordt een niet bij de zorg betrokken deskundige gevraagd om mee te denken in het zo genoemde uitgebreide deskundigenoverleg. Het tweede lid geeft aan dat opnieuw dezelfde kwalitatieve afwegingen moeten worden gemaakt als op grond van artikel 8a, wanneer voor de eerste maal onvrijwillige zorg wordt overwogen. Uit het derde lid blijkt dat

indien ook het uitgebreid deskundigenoverleg niet tot vrijwillige zorg-alternatieven kan komen, onvrijwillige zorg in het zorgplan kan worden opgenomen voor een periode van maximaal drie maanden. Binnen deze drie maanden moet de onvrijwillige zorg weer ook weer worden afgebouwd.

Indien na een uitgebreid deskundigenoverleg, onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen, wordt op grond van het vierde lid, ook de evaluatie van het zorgplan uitgevoerd door dit uitgebreid deskundigenoverleg.

Artikel 8c

Voor zeer complexe zorgsituaties, waarin het ook na drie maanden nog niet mogelijk is de onvrijwillige zorg af te bouwen, is het wenselijk dat de hulp van een externe deskundige ingeroepen kan worden. Het CCE is een van de partijen die in dit soort situaties bij uitstek deskundig is. Extern advies moet ingevolge het eerste lid, onder a, ook worden ingeroepen indien de vertegenwoordiger aangeeft het niet eens te zijn met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Juist de vertegenwoordiger kan, omdat hij de cliënt het beste kent, zien dat er nog andere mogelijkheden of een andere benadering kan zijn. In die gevallen moet het geluid van die vertegenwoordigers gehoord kunnen worden en hun positie zo sterk mogelijk zijn. Deze wijziging doet naar mijn mening recht aan de gedachte van amendement van het lid Leijten (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nr. 24), omdat daarmee een externe consultatie beschikbaar komt zodra de vertegenwoordiger dat wil.

Na de fase van externe toetsing houdt het zoeken naar alternatieven niet op. In het vierde lid wordt daarom bepaald dat zorgplannen met onvrijwillige zorg die zijn opgesteld op basis van het in artikel 8c bedoelde advies van een externe deskundige, eens per half jaar door een multidisciplinair overleg inclusief deskundige die niet bij de zorg betrokken is, moeten worden geëvalueerd. Alle afwegingen moeten dan opnieuw worden gemaakt, zodat geborgd is dat die onvrijwillige zorg die niet hoeft plaats te vinden, ook echt niet plaatsvindt.

N

Onderdeel N bevat een wetstechnische aanpassing naar aanleiding van het nieuwe stappenplan in de artikelen 8 tot en met 8c.

O

In artikel 10, eerste lid, zijn de gronden opgenomen om af te wegen of onvrijwillige zorg daadwerkelijk noodzakelijk is. Het betreft dezelfde gronden als genoemd in artikel 8a, tweede lid, voor het overwegen of onvrijwillige zorg in het zorgplan moet worden opgenomen. Artikel 10 handelt over het daadwerkelijk uitvoeren van de onvrijwillige zorg in het zorgplan door de zorgverlener. Met deze wijziging van artikel 10 is – net als in artikel 8a, tweede lid, als ook artikel 12, eerste lid – het evenredigheidsbeginsel toegevoegd. Met deze toevoeging wordt tegemoet gekomen aan de door het lid Venrooy-Van Ark (VVD) geuite wens dat onvrijwillige zorg proportioneel moet zijn, en in verhouding moet staan tot het te bereiken doel.

P

Dit betreft een wetstechnische aanpassing in verband met de vernummering van artikel 7.

R

In artikel 12, dat handelt over onvrijwillige zorg in noodsituaties, is een tweede lid ingevoegd. Daarmee wordt ook op deze plaats het uitgangspunt dat uitsluitend onvrijwillige zorg wordt verleend als het echt niet anders kan, verwoord. Deze wijziging komt overeen met het amendement dat van de zijde van de fractie van de ChristenUnie door mw. Wiegman-Van Meppelen Scheppink is ingediend (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nr. 23), waarin is voorgesteld om in artikel 10 een soortgelijke bepaling op te nemen. Met de voorgestelde wijziging van artikel acht en de toegevoegde artikelen 8a tot en met 8c zijn evenwel zoveel waarborgen ingelast en zijn termijnen aan de onvrijwillige zorg gesteld, dat aan een overeenkomstige bepaling voor onvrijwillige zorg die op basis van het zorgplan wordt verleend, in artikel 10 geen behoefte is.

T

De wijzigingen van artikel 13 betreffen wetstechnische aanpassingen in verband met de vernummering van artikel 7 en de nieuwe artikelen 8 tot en met 8c.

U en V

Ten behoeve van het toezicht op de naleving door de IGZ zijn in het wetsvoorstel verschillende bepalingen opgenomen die ertoe strekken dat de IGZ regelmatig en stelselmatig op de hoogte wordt gesteld indien sprake is van onvrijwillige zorg.

Zo voorziet artikel 14 van het oorspronkelijke wetsvoorstel erin dat om de zes maanden door de zorgaanbieder dienaangaande overzichten worden verstrekt. Daarnaast is er de plicht voortvloeiend uit artikel 15 dat accommodaties waar onvrijwillige zorg wordt verleend of waar cliënten onvrijwillig zijn opgenomen worden geregistreerd. Voorts beschikt de IGZ over reguliere bevoegdheden van een toezichthouder.

De inbreng tijdens de eerste termijn in het plenair debat en het amendement van mevrouw Dille van de PVV-fractie (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996, nr. 11), in combinatie met een door mw. Wolbert van de PvdA-fractie overwogen amendement, is voor mij aanleiding geweest om te bezien of aanscherping of verbetering van het toezicht mogelijk en wenselijk is. Het onmiddellijk informeren van de IGZ over elke vorm van onvrijwillige zorg en bij elke cliënt acht ik een te zwaar middel. Het zou zowel de zorgaanbieders als de IGZ onevenredig zwaar belasten; het zou bovendien door de overdaad, naar ik vrees, zijn doel voorbijschieten. Wel stel ik voor om artikel 14 uit te breiden met de verplichting voor de zorgaanbieder om een register bij te houden waarin alle relevante gegevens worden genoteerd omtrent de onvrijwillige zorg. Dit register wordt zo ingericht dat de IGZ hier te allen tijde toegang toe heeft.

De halfjaarlijkse gegevensverstrekking is, vanwege het nieuwe artikel 14, verplaatst naar artikel 14a.

Een belangrijk nieuw element van deze nota van wijziging is opgenomen in het voorgestelde artikel 14b: zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen, moeten middels het opstellen van een beleidsplan nadenken over alternatieven, de mogelijkheden op onvrijwillige zorg (zo snel mogelijk) weer af te bouwen en over het houden van toezicht op het uitvoeren van onvrijwillige zorg. Dit is een element van hetgeen in het algemeen deel van deze toelichting is aangeduid als «governance».

W

Het is mogelijk dat twijfel bestaat over de vraag of een cliënt vrijwillig wil worden opgenomen. Die twijfel kan worden geuit door iemand uit de kring van betrokkenen rond de cliënt, maar kan ook ontstaan bij het indicatieorgaan zelf. Omdat het van belang is dat bij de opname uiterste zorgvuldigheid wordt betracht en bij onvrijwillige opname een rechterlijke toetsing vereist is, wordt aan artikel 17 toegevoegd, dat bij twijfel over de vrijwilligheid van de opname, advies van een externe deskundige, zoals bijvoorbeeld het CCE, wordt ingewonnen. Indien wordt geconcludeerd dat er sprake is van onvrijwilligheid, dient op grond van het nieuwe elfde lid, de aanvraag vervolgens te worden behandeld als een verzoek om een rechterlijke machtiging.

X

Aan artikel 30, eerste lid, wordt toegevoegd dat ook de ambtenaren van de IGZ van een inbewaringstelling door de burgemeester op de hoogte worden gesteld. Hiermee wordt een ander deel van het door mevrouw Dille van de PVV-fractie ingediende amendement nr. 11 overgenomen.

Y

Onderdeel Y betreft een wetstechnische aanpassing.

Z

In artikel 34 is het achtste lid geschrapt. Hiermee wordt bereikt dat de weg van hoger beroep tegen een beschikking op een verzoek tot het verlenen van een rechterlijke machtiging alsnog openstaat.

AA

Onderdeel AA betreft een wetstechnische aanpassing.

BB

Onder onderdeel BB wordt een hoofdstuk 4a ingevoegd waarbij de cliëntenvertrouwenspersoon wordt geïntroduceerd. Bij mijn brief van 8 februari 2012 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal kondigde ik aan het wetsvoorstel op onderdelen te willen verbeteren. Een van die onderdelen betreft het primaat van het cliëntenperspectief. Ik ben er van overtuigd dat de cliëntenvertrouwenspersoon op dit onderwerp een belangrijke kan rol vervullen en er aan bijdragen dat de stem van cliënten wordt gehoord. Ik neem daarom van harte het amendement (nr. 18) over van de leden Leijten en Wolbert van respectievelijk de fracties van SP en PvdA. Aan cliënten en hun familie wordt daarmee eenzelfde voorziening geboden als in de wvvgz.

CC

Artikel 50 is aangepast in verband met een juiste verwijzing naar de bij deze nota van wijziging toegevoegde of gewijzigde artikelen.

DD

In artikel 52a is een evaluatiebepaling opgenomen. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan het amendement van de leden Wiegman-Van Meppelen Scheppink, Wolbert en Dijkstra, respectievelijk van de fracties van de ChristenUnie, PvdA en D66. (kamerstukken II, 2011–2012, 31 996,

nr. 20). Het amendement beoogt een evaluatie binnen twee jaar na inwerkingtreding. Ik acht deze termijn iets te kort en heb deze verlengd naar drie jaar. Voorts is voorzien in een reguliere evaluatieplicht met een cyclus van vijf jaar.

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