

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. 32

ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State d.d. 29 mei 2012 en het nader rapport d.d. 22 juni 2012 bij de vierde nota van wijziging (Kamerstukken II 2011/12, nr. 29), aangeboden aan de Koningin door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 3 april 2012, no. 12.000790, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt de vierde nota van wijziging bij het voorstel van wet houdende 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), met toelichting.

De vierde nota van wijziging strekt in hoofdzaak tot (a) uitbreiding van de besluitvormingsprocedure voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en (b) de introductie van de cliëntenvertrouwenspersoon.

Aanleiding voor deze nota van wijziging is het debat dat door de Tweede Kamer in eerste termijn over het wetsvoorstel zorg en dwang is gevoerd.¹ Het doel van de vierde nota van wijziging is de versterking van de positie van de cliënt en zijn vertegenwoordiger en het bieden van meer waarborgen teneinde recht te doen aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg alleen wordt ingezet als laatste redmiddel.

De Afdeling advisering van de Raad van State maakt opmerkingen over onder meer de noodzaak van de uitbreiding van de besluitvormingsprocedure met betrekking tot onvrijwillige zorg en de cliëntvertrouwenspersoon. In verband hiermee dienen enkele aanpassingen die de vierde nota van wijziging in het wetsvoorstel heeft aangebracht nader te worden overwogen.

Dit advies wordt niet afgesloten met een eendoordeel, omdat het hier gaat om een nota van wijziging die reeds is ingediend bij de Tweede Kamer.

¹ Handelingen II 2011/12, 31 996, nr. 45 en de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 maart 2011 aan de Tweede Kamer ter beantwoording van de eerste termijn.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 3 april 2012, no. 12.000790, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State haar advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 29 mei 2012, no. W13.12.0099/III, bied ik U hierbij aan.

1. Noodzaak uitbreiding procedure onvrijwillige zorg

Met de vierde nota van wijziging wordt de procedure om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, uitgebreid. Teneinde het ultimium remedium-beginsel voor de verstrekking van onvrijwillige zorg (in de toelichting aangeduid als het uitgangspunt van «nee, tenzij») beter tot uitdrukking te brengen, wordt in de voorgestelde artikelen 8 tot en met 8c een uitgebreid stappenplan omschreven, waarin sprake is van een opschalend model van zorginhoudelijke besluitvorming over de opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.

In vergelijking met het oorspronkelijke wetsvoorstel betreft het de volgende wijzigingen:

- Er moeten meerdere multidisciplinaire overleggen plaatsvinden voordat (enige vorm van) onvrijwillige zorg in het zorgplan opgenomen kan worden en voordat onvrijwillige zorg – eenmaal opgenomen in het zorgplan – verlengd kan worden. Er moet telkens na een overleg een nieuw zorgplan worden opgesteld.*
- De cliënt en zijn vertegenwoordiger krijgen uitdrukkelijk de gelegenheid om bij die overleggen aanwezig te zijn.*
- De zorginhoudelijke afwegingen die tijdens de overleggen aan de orde moeten komen, zijn expliciet opgenomen in het voorstel en moeten in het zorgplan worden opgenomen.*
- Onvrijwillige zorg is aan termijnen gebonden en is (voor de eerste en de twee keer dat deze zorg in het zorgplan is opgenomen) gericht op afbouw.*
- Ingeval de vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of ingeval onvrijwillige zorg niet binnen 3 maanden kan worden afgebouwd, wordt een externe deskundige om advies gevraagd.*

Deze nota van wijziging is tot stand gekomen naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer over het wetsvoorstel zorg en dwang en behelst versterking van de positie van de kwetsbare en afhankelijke cliënten op wie dit wetsvoorstel betrekking heeft. De bovengenoemde wijzigingen geven de Afdeling advisering aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen.

a. Uitgangspunten voor een professionele cultuur in de zorg

De Afdeling leidt uit de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel¹ en uit andere Kamerstukken² af dat het wetsvoorstel en de aanscherping daarvan in de vierde nota van wijziging moeten bijdragen aan het bereiken van een cultuuromslag in de zorg. Het gaat hier om het veranderen van de cultuur binnen de zorg voor wat betreft het terugdringen van vrijheidsbeperkingen en het bieden van handelingsalternatieven.

De Afdeling onderschrijft het belangrijkste uitgangspunt van het wetsvoorstel en van de vierde nota van wijziging, te weten dat onvrijwillige zorg slechts als ultimium remedium wordt ingezet. De Afdeling meent dat de norm dat onvrijwillige zorg slechts in uiterste noodzaak aan de orde is, een vanzelfsprekend onderdeel van de professionele cultuur zou moeten zijn in de zorg voor de kwetsbare en afhankelijke cliënten die het hier betreft. Om een dergelijke cultuur te bereiken, zijn bijzondere

¹ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, blz. 8–9.

² Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 28, blz. 22–23.

aandacht nodig voor een in dat opzicht adequate organisatie van de betreffende instellingen en de toewijding van zowel gekwalificeerde bestuurders als goed opgeleid personeel. Dit zijn factoren die (helpen) voorkomen dat misstanden ontstaan in de zorg voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte patiënten, waar het wetsvoorstel en de onderhavige nota van wijziging zich op richten.

De Afdeling is van oordeel dat een cultuuromslag in de zorg niet door wetgeving, althans zeker niet door wetgeving alleen, kan worden bewerkstelligd. Dit wordt ook door de staatssecretaris onderschreven.¹ In haar brief vermeldt zij dat haar beleid uit twee pijlers bestaat die elkaar voortdurend moeten versterken: het aanscherpen van wetgeving en het stimuleren van een cultuurverandering. De cultuurverandering krijgt onder andere gestalte via bepaalde trajecten (Zorg voor beter en «Maatregelen op Maat»). Deze trajecten ondersteunen zorgaanbieders bij het bewuster omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Aan die trajecten hebben vele tientallen instellingen meegedaan op meer dan 140 locaties, wat er toe heeft geleid dat professionals zich bewust(er) worden van de problematiek en beter kunnen omgaan met handelingsverlegenheid. Aantal en intensiteit van de vrijheidsbeperkingen zijn afgenomen, aldus de staatssecretaris.

Gelet op de reeds ingezette cultuurverandering en de resultaten die tot nu toe volgens de staatssecretaris daarin zijn geboekt, rijst de vraag of het voor de ondersteuning van de beoogde cultuuromslag noodzakelijk is de besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg uit te breiden, zoals voorgesteld in de vierde nota van wijziging. In dat verband wijst de Afdeling er op dat gedetailleerde wetgeving niet alleen tot veel meer administratieve handelingen leidt. Door deze wijze van werken kan zij aan een cultuuromslag bij de zorgaanbieders in de weg kan staan. Bovendien is vermelding in een plan wanneer er ten aanzien van de toepassing van onvrijwillige zorg in het specifieke geval sprake is van een situatie «nee, tenzij» geen garantie – althans niet zonder meer een garantie – dat incidenten niet meer zullen voorkomen.

De Afdeling heeft vastgesteld dat de regering heeft aangekondigd dat verspreiding van richtlijnen en protocollen een onderdeel zal zijn van de verbetertrajecten ten behoeve van de cultuuromslag.² Op die wijze wordt naar het oordeel van de Afdeling mogelijk ruimte geboden aan de voorgestelde cultuuromslag. Pas indien zou blijken dat deze protocollen en richtlijnen niet het gewenste effect opleveren, zou de voorgestelde regeling met betrekking tot de uitbreiding van de besluitvormingsprocedure kunnen worden overwogen.

b. Verschillen tussen oorspronkelijk wetsvoorstel en vierde nota van wijziging

Het doel van de uitbreiding van de besluitvormingsprocedure is het bieden van extra waarborgen ten einde recht te doen aan het uitgangspunt dat dwang als laatste redmiddel dient te worden ingezet. De Afdeling wijst er op dat ook het uitgangspunt van het oorspronkelijke wetsvoorstel is dat zorg verleend wordt op vrijwillige basis en dat dwang alleen mag worden gebruikt wanneer andere middelen falen. Uitgangssituatie is het zorgplan, waarin afspraken staan die berusten op de instemming van de cliënt.³ Verschillende bepalingen in het oorspronkelijke wetsvoorstel brengen deze uitgangspunten tot uitdrukking. Zo is in artikel 7 van het wetsvoorstel bepaald dat een zorgplan in beginsel geen onvrijwillige zorg bevat en dat de zorgverantwoordelijke zich inspant om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger te verkrijgen met het zorgplan. Vervolgens is in artikel 8 van het wetsvoorstel bepaald dat, voordat onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, eerst een

¹ Zie o.a. Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 28, blz. 22–23.

² Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, blz. 8–9.

³ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, blz. 6–7 en blz. 17–18.

multidisciplinair overleg moet plaatsvinden.¹ Afhankelijk van welke soort onvrijwillige zorg moet worden opgenomen, is de instemming van een bij de zorg betrokken arts of van een andere deskundige nodig.² In het zorgplan dient het ernstig nadeel voor de betrokkene, ter voorkoming of afwendig waarvan onvrijwillige zorg noodzakelijk is, te worden beschreven en dient de onvrijwillige zorg afzonderlijk te worden aangeduid.³

De vraag rijst dan ook wat de meerwaarde is van toevoegingen in de vierde nota van wijziging ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel en of zij noodzakelijk zijn om tegemoet te kunnen komen aan de hiervoor genoemde doelstellingen van de vierde nota van wijziging. Hier lijkt sprake te zijn van overregulering, hetgeen niet past in het beleid van de regering dat juist steeds gericht is op vermindering van regels en regeldruk.⁴

De toelichting bij de vierde nota van wijziging maakt niet duidelijk waarom de waarborgen in het oorspronkelijke wetsvoorstel tekort schieten voor het effectueren van het uitgangspunt «nee, tenzij» en of het voor een zorgvuldige besluitvorming daadwerkelijk nodig is om het aantal (multidisciplinaire) overleggen ten aanzien van alle vormen van onvrijwillige zorg te verdrievoudigen en daarbij telkens een nieuw gedetailleerd zorgplan op te stellen. Het is de Afdeling bijvoorbeeld niet duidelijk waarom twee identieke multidisciplinaire overleggen gevoerd moeten worden om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen en waarom niet volstaan kan worden met één multidisciplinair overleg.⁵

De Afdeling vindt het uitdrukkelijk betrekken van de cliënt of zijn vertegenwoordiger bij de multidisciplinaire overleggen⁶ en het vragen van advies aan een externe deskundige⁷ op zichzelf een versterking van de positie van de cliënt. Zij stelt echter vraagtekens bij de noodzaak om die elementen via een wettelijke verplichting op te nemen in een zorgplan.

c. Uitvoering en neveneffecten

i. de zorgpraktijk

De Afdeling merkt op dat de toelichting slechts beperkt aandacht besteedt aan de mogelijke onbedoelde gevolgen van de invoering van de voorgestelde uitgebreide besluitvormingsprocedure in de zorgpraktijk, zowel voor de zorginstellingen als de thuissituatie.⁸ De toelichting vermeldt dat het bij elkaar brengen van het ethische en juridische dilemma, op zo'n manier dat het ook uitvoerbaar en handhaafbaar is op de werkvloer, een zekere spanning met zich meebrengt. Het omzetten van bepaalde waarden of ethische principes naar afgebakende regels kan zorgen voor verlies aan 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, aldus de toelichting.⁹

De Afdeling begrijpt de toelichting aldus dat het tot stand brengen van meer regels waarin waarden of ethische principes zijn vervat, kan leiden tot verlies aan herkenbaarheid van die waarden of principes. Het is de Afdeling evenwel niet duidelijk waarom in dezelfde passage in de toelichting gesteld wordt dat de vierde nota van wijziging – die meer regels behelst – zou moeten leiden tot een vergroting van de herkenbaarheid van die waarden of ethische principes. Het valt immers niet uit te sluiten dat de zorgverantwoordelijke en het overige personeel van een zorginstelling worden geconfronteerd met een aanzienlijke toename aan procedures, overleggen en het gedetailleerd vastleggen van afspraken, met als gevolg dat de nieuwe procedure juist tot verlies aan de genoemde herkenbaarheid kan leiden.

¹ Artikel 8, tweede lid, van het wetsvoorstel.

² Artikel 8, tweede lid, onderdelen a en b, wetsvoorstel.

³ Artikel 8, vijfde lid, van het wetsvoorstel.

⁴ Zie bijvoorbeeld «Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA», 30 september 2010, blz. 5, 12, 35 en 45.

⁵ Artikel 8, tweede lid, van het wetsvoorstel en artikel 8a, derde lid, zoals voorgesteld in de vierde nota van wijziging.

⁶ Artikelen 8, vierde lid, en 8a, vijfde lid, van de vierde nota van wijziging.

⁷ Artikel 8c van de vierde nota van wijziging.

⁸ Wat betreft de zorg in de thuissituatie wordt verwezen naar het advies van de Raad van State op het wetsvoorstel zorg en dwang. De Raad heeft opmerkingen gemaakt over bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de mantelzorgers en het toezicht in de thuissituatie (Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 4, blz. 10–11).

⁹ Toelichting op de vierde nota van wijziging, Algemeen, vierde tekstblok.

ii. negatief effect op primaire zorgtaken

De Afdeling constateert dat met de vierde nota van wijziging het aantal overleggen en de verplichte gedetailleerde weergave daarvan in het zorgplan aanzienlijk worden uitgebreid. Deze uitbreiding geldt ten aanzien van alle vormen van onvrijwillige zorg. Naar het oordeel van de Afdeling kunnen de nieuwe verplichtingen voor de zorgaanbieder leiden tot aanzienlijk meer administratieve lasten bij de zorginstellingen. De Afdeling merkt op dat één van de negatieve effecten van administratieve lasten is dat de nieuwe verplichtingen relatief veel tijd vergen van de zorgverantwoordelijke en andere deskundigen, waardoor zij deze tijd niet kunnen besteden aan hun primaire taak (de zorg voor de cliënt). Ook de voorschriften uit de voorgestelde artikelen 8 tot en met 8c kunnen slechts uitgevoerd worden als daarvoor voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Als dat niet het geval is, bestaat het risico dat de wettelijke waarborgen slechts een papieren zekerheid bieden.

iii. jurisdisering

De Afdeling merkt verder op dat het gedetailleerd vastleggen van de zorginhoudelijke afwegingen in het zorgplan tot gevolg kan hebben dat het zorgplan als toetsingsdocument wordt gebruikt in gevallen waarin dat zorgplan niet volledig gevolgd is. Het voorstel kan daarmee bijdragen aan jurisdisering van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

d. Conclusie

De Afdeling is van oordeel dat een cultuuromslag in de zorg niet door wetgeving alleen kan worden bewerkstelligd. Daarom is zij van oordeel dat de toegevoegde waarde van de uitbreiding van de besluitvormingsprocedure zoals neergelegd in de vierde nota van wijziging betrekkelijk is, terwijl die uitbreiding wel kan leiden tot een verdere jurisdisering van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder en tot meer administratieve lasten voor de zorgaanbieder, waardoor er minder tijd overblijft voor de primaire zorgtaken. Tegen die achtergrond adviseert de Afdeling de vierde nota van wijziging in zoverre te heroverwegen.

1. Noodzaak uitbreiding procedure onvrijwillige zorg

a. Uitgangspunten voor een professionele cultuur in de zorg

De Raad onderschrijft het belangrijkste uitgangspunt van het wetsvoorstel en van de vierde nota van wijziging, namelijk dat onvrijwillige zorg slechts als laatste redmiddel wordt ingezet. De Raad meent dat dit uitgangspunt een vanzelfsprekend onderdeel van de professionele cultuur zou moeten zijn in de zorg voor de kwetsbare en afhankelijke cliënten en dat daarvoor bijzondere aandacht nodig is bij zorginstellingen, bestuurders en personeel. Gelet op de reeds ingezette cultuurverandering en de tot nu toe geboekte positieve resultaten vraagt de Raad zich af of het voor de ondersteuning van de beoogde cultuuromslag noodzakelijk is de besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg wettelijk te verankeren, zoals voorgesteld in de vierde nota van wijziging.

Met de Raad ben ik van mening dat de beoogde cultuuromslag niet bereikt kan worden met uitsluitend wetgeving. Cultuurtrajecten zijn hierin minstens zo belangrijk, maar ook die kunnen niet op zichzelf staan. Sinds 2008, toen het onderwerp «vrijheidsbeperking» door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is geagendeerd, is er via het programma Zorg voor Beter veel gedaan aan cultuurtrajecten. De centrale vraag is of die cultuurtrajecten over de hele linie hebben geleid tot systematisch en methodisch werken door zorgaanbieders bij cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag en of de verantwoordelijkheid voor het terugdringen

van vrijheidsbeperkingen op het juiste niveau is belegd bij deze zorgaanbieders. Ik heb geconcludeerd dat dat niet het geval is.

Uit de verbeterprogramma's kunnen we leren dat er een groot enthousiasme is bij hulpverleners en instellingen om extra in te zetten op het terugdringen van onvrijwillige zorg. Bij de deelnemers aan de verbetertrajecten heeft dat ook tot heel positieve resultaten geleid.

Waar nu behoefte aan is, is het borgen van deze resultaten. Duidelijke normstelling is daarvoor van groot belang. Dat ondersteunt de instellingen die de cultuuromslag al hebben gemaakt. Ten tweede zullen al die instellingen die nog niet een dergelijk bewustwordingsproces hebben doorlopen, moeten worden meegenomen in het besef dat het verlenen van onvrijwillige zorg echt een laatste redmiddel is, waartoe slechts kan worden besloten na een zeer zorgvuldige afwegingen. Ook biedt het de IGZ bij het toezicht meer houvast.

Bij de nadere invulling van die wettelijke borging konden we gelukkig al gebruik maken van de voorlopige adviezen van de denktank complexe zorg. De denktank complexe zorg verwacht dat er veel winst is te behalen door volgens een getrappt zorgmodel ondersteuning te bieden vanuit een deskundig multidisciplinair team, dat ambulante en cliëntvolgend beschikbaar is en waarin tenminste gedragskundige en medische competenties vertegenwoordigd zijn. De denktank ziet daarbij een expliciete taak voor de overheid om dat getrapte zorgmodel nader uit te werken. In de vierde nota van wijziging is een wettelijke basis aan het door de denktank voorgestelde getrapte en multidisciplinaire zorgmodel gegeven. Naar aanleiding van de opmerking van de Raad dat er sprake zou kunnen zijn van overregulering, heb ik de procedures als voorgesteld in de vierde nota van wijziging nog eens goed tegen het licht gehouden. Dat heeft geleid tot een aantal aanpassingen in een vijfde nota van wijziging. Ik meen dat met de wettelijke regels in de vierde en vijfde nota van wijziging een goede balans is bereikt tussen enerzijds zo min mogelijk regelgeving en anderzijds ruimte voor de beroepsgroep, een maatstaf voor de instellingen en Inspectie, en borging van de belangen van cliënten en naasten.

Daarnaast heeft ook de eerste termijn van de behandeling van het wetsvoorstel van de kant van de Kamer mij duidelijk gemaakt dat de Kamer een cultuuromslag van groot belang vindt, maar zich afvraagt of met het oorspronkelijke wetsvoorstel het «nee, tenzij» principe voldoende geborgd is. Dit standpunt van de Kamer sluit ook aan bij mijn eigen praktijkervaring en was voor mij aanleiding om te komen met een nadere precisering en wettelijke verankering van besluitvormingsprocedures.

b. Verschillen tussen oorspronkelijk wetsvoorstel en vierde nota van wijziging

De Raad vraagt of het voor een zorgvuldige besluitvorming daadwerkelijk nodig is om het aantal (multidisciplinaire) overleggen ten aanzien van alle vormen van onvrijwillige zorg te verdrievoudigen en daarbij telkens een nieuw gedetailleerd zorgplan op te stellen en waarom twee identieke multidisciplinaire overleggen gevoerd moeten worden om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen. Deze vraag geeft aan dat de voorgestelde procedure nog niet op alle punten helder is, en dat op bepaalde punten enige versoering van de procedure mogelijk is.

Het is niet zo dat twee identieke multidisciplinaire overleggen gevoerd moeten worden om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen.

Het uitgangspunt is dat in een groot deel van de gevallen het zoeken naar alternatieven voor vrijwillige zorg, wat de opdracht is aan het eerste overleg over het zorgplan als bedoeld in artikel 8, er toe zal moeten leiden dat men niet toekomt aan het bijeenroepen van het multidisciplinaire overleg als bedoeld in artikel 8a om onvrijwillige zorg te kunnen gaan toepassen. Echter, in gevallen waarin het voor de betrokken deskundigen volstrekt helder is dat er geen vrijwillige alternatieven zijn, kunnen de in artikel 8 en artikel 8a bedoelde multidisciplinaire overleggen naadloos in elkaar overlopen. Het eerste overleg is vrij in zijn samenstelling, in het tweede overleg wordt voorgeschreven dat een arts of gedragskundige aanwezig moet zijn. In de vijfde nota van wijziging stel ik een aanpassing van artikel 8 en 8a voor, om deze samenhang beter tot uitdrukking te brengen.

In de vragen van de Raad klinkt ook door dat de in de vierde nota van wijziging voorgestelde procedures kennelijk niet voldoende helder zijn voor wat betreft de gedachte dat het een opschalend model betreft, waarin veel vormen van onvrijwillige zorg die nu nog in de praktijk worden toegepast, kunnen eindigen bij het eerste multidisciplinaire overleg. Alleen de moeilijkste situaties, waarbij langdurig onvrijwillige zorg wordt toegepast en geen alternatieven lijken te zijn, komen terecht in de stap van externe toetsing. Om beter voor het voetlicht te brengen, dat de procedure van artikel 8b alleen bedoeld is voor heroverweging van onvrijwillige zorg als het niet lukt deze zorg binnen de gestelde termijn af te bouwen, stel ik bij vijfde nota van wijziging voor deze procedures in artikel 8a beter op elkaar te laten aansluiten. Met de Raad ben ik ook van mening dat het niet wenselijk is dat bij elke stap in de procedure een nieuw zorgplan vastgesteld zou moeten worden. Het gaat erom dat in het zorgplan zichtbaar is wat het resultaat van het overleg is. Het aanpassen van een zorgplan is in zo'n geval voldoende. In de vijfde nota van wijziging wordt dit aangepast.

c. Uitvoering en neveneffecten

Met de nu voorgestelde procedures wordt de herkenbaarheid van de ethische dilemma's, die spelen bij beslissingen die worden genomen over het al dan niet toepassen van onvrijwillige zorg, vergroot door de stapsgewijs opgezette procedure. Door overeenkomstig artikel 8 in een multidisciplinair team na te denken over vrijwillige alternatieven om ernstig nadeel te voorkomen, wordt helder neergezet dat onvrijwillige zorg om ernstig nadeel te voorkomen niet zomaar aan de orde kan zijn. Pas als in het multidisciplinair overleg of na het proberen van de vrijwillige zorg in de praktijk is gebleken dat waarschijnlijk toch een vorm van onvrijwillige zorg nodig is, komt men toe aan de in artikel 8a beschreven procedure. Ik ben van mening dat deze duidelijke scheiding tussen de procedures van artikel 8 en artikel 8a, juridische helderheid geeft voor de (ethische) afwegingen bij de toepassing van onvrijwillige zorg.

De Raad merkt op dat uitbreiding van de besluitvormingsprocedure zoals neergelegd in de vierde nota van wijziging kan leiden tot een verdere juridisering van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder en tot meer administratieve lasten voor de zorgaanbieder. Het is mijn uitgangspunt geweest om de positie van de cliënt te versterken – een uitgangspunt dat de Raad onderschrijft – door als norm een zorgvuldige procedure te beschrijven, zodat handelingsverlegenheid nooit kan leiden tot het overslaan van het maken van de juiste afwegingen bij het toepassen van onvrijwillige zorg en zodat maximale regie voor de cliënt en de vertegenwoordiger wordt bereikt.

Door voldoende stil te staan bij de wensen en mogelijkheden van cliënten, wordt bij de uiteindelijke uitvoering van de zorg tijd gewonnen en wordt de kans op juridisering van de relatie juist kleiner. Men zal zich ook steeds moeten realiseren dat het (onnodig) toepassen van (te veel) onvrijwillige zorg ook een enorme belasting in tijd en geld voor een organisatie kan betekenen. Extra investering in een zorgvuldig afwegingsproces aan het begin van het traject, wanneer de zorgverlening nog niet is vastgelopen en vrijwillige alternatieven nog makkelijker kunnen worden verkend, kan leiden tot besparingen op onnodige onvrijwillige zorg. Als direct al in samenspraak met de cliënt of zijn vertegenwoordiger een zorgplan tot stand komt waarbij de juiste deskundigen zijn betrokken, is de kans dat men aan de toepassing van de artikelen 8a tot en met 8c toekomt, in veel gevallen al klein.

Daarbij kan ik ten slotte opmerken dat de in de vierde nota van wijziging geschetste procedures mede zijn gebaseerd op voorstellen vanuit de praktijk, zoals het opschalende model dat in de geestelijke gezondheidszorg wordt gebruikt bij separatie en het advies van de denktank complexe zorg, waarin eveneens wordt geadviseerd te kiezen voor een getrappt zorgmodel. Voor zorgaanbieders waar de cultuuromslag al vorm heeft gekregen, zal de nu voorgestelde wettelijke procedure, tot weinig veranderingen in de werkwijze hoeven te leiden. Uiteraard zal het wetsvoorstel vergezeld gaan van een implementatieplan, waarin aandacht zal zijn voor goede voorbeelden. Ik ga er vanuit dat ook de betrokken branche-organisaties, in overleg met cliëntenorganisaties, hun verantwoordelijkheid vorm zullen geven en de werkvloer van praktische richtlijnen kunnen voorzien.

d. Conclusie

Zoals in onder de punten 1a tot en met c heb aangegeven, stel ik bij vijfde nota van wijziging het voorstel op een aantal punten bij. Het betreft meer helderheid in de procedure van de artikelen 8a en 8b, meer ruimte in het kiezen van een termijn voor onvrijwillige zorg, passend bij de aard van de onvrijwillige zorg en de ingrijpendheid voor de cliënt, en het bijstellen van zorgplannen in plaats van het opnieuw moeten schrijven van een zorgplan als een bepaalde stap in de procedure is doorlopen.

2. Register van onvrijwillige zorg

Het voorgestelde nieuwe artikel 14¹ verplicht de zorgaanbieder tot het bijhouden van een register van toegepaste onvrijwillige zorg. In dat register zullen ook persoonsgegevens van de cliënten worden verwerkt. Nu het ook gegevens betreffende de gezondheid betreft, is op deze verwerking van persoonsgegevens het toetsingskader van de artikelen 16, 21 en 23 van de Wet bescherming persoonsgegevens (hierna: Wbp) van toepassing.² De toelichting besteedt hieraan geen aandacht. Daardoor wordt niet duidelijk in hoeverre de wetgever de betrokken belangen van de cliënten en instellingen heeft laten meewegen in de keuze voor de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De Afdeling adviseert in de toelichting op dit punt aan te vullen.

2. Register van onvrijwillige zorg

Zoals de Raad terecht opmerkt, gaat het bij een register als bedoeld in artikel 14, om de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Daarop zijn de genoemde artikelen van de Wbp van toepassing. Op grond van artikel 16 van de Wbp kunnen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid alleen worden verwerkt als wordt voldaan aan het bepaalde in de Wbp. Voor wat betreft het in

¹ Onderdeel U van de vierde nota van wijziging

² Deze wet vormt een implementatie van Richtlijn 95/46/EG.

artikel 14 van het wetsvoorstel bedoelde register, geldt dat de uitzondering op het verbod om persoonsgegevens te verwerken bedoeld in artikel 21, eerste lid, onderdeel a, van de Wbp, van toepassing is. Het register wordt namelijk bijgehouden met het oog op een goede behandeling en verzorging van cliënten. Bij ministeriële regeling op grond van artikel 14, tweede lid, van het wetsvoorstel, kunnen eisen aan het register worden gesteld, ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van cliënten.

3. Cliëntenvertrouwenspersoon

De voorliggende vierde nota van wijziging introduceert de figuur van de cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang. Daarmee beoogt de regering het primaat van het cliëntenperspectief te versterken. De regeling van de cliëntenvertrouwenspersoon stemt grotendeels overeen met de regeling van de patiëntenvertrouwenspersoon in het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg.¹

a. Rechten van vertegenwoordiger en familie

Het voorgestelde hoofdstuk 4a regelt het beroep van zowel de cliënt zelf als dat van diens vertegenwoordiger op de cliëntenvertrouwenspersoon. Daarmee wijkt de regeling op dat punt af van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg dat in hoofdstuk 12 een afzonderlijke familievertrouwenspersoon kent. Deze samentrekking van beide vertrouwenspersonen roept op enkele plaatsen in de voorgestelde tekst van hoofdstuk 4a vragen op over de rechten van de vertegenwoordiger en de familie van de cliënt. Het is in dit verband van belang dat de vierde nota van wijziging een definitie van familie toevoegt aan het wetsvoorstel.² De toevoeging van die definitiebepaling leidt tot een scherper onderscheid tussen de familie en de vertegenwoordiger, die ook familie van de cliënt kan zijn.³

Het eerste lid van artikel 48c richt de taakopdracht van zorgaanbieder en de cliëntenvertrouwenspersoon op de cliënt, diens vertegenwoordiger of diens familie. Het slot van het artikellid geeft echter slechts aan de cliënt en diens familie, en dus niet aan de vertegenwoordiger, de mogelijkheid een verzoek om bijstand te doen. In het voorgestelde artikel 48d, tweede lid, is de mogelijkheid van bezwaar tegen geven van inlichtingen toegekend aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger en dus niet aan de familie.

De Afdeling adviseert in het voorgestelde artikel 48c, eerste lid, de vertegenwoordiger ook de bevoegdheid toe te kennen om een verzoek om bijstand te doen. Zij adviseert daarnaast te motiveren waarom de familie in het voorgestelde artikel 48d, tweede lid, niet de mogelijkheid van bezwaar tegen het geven van inlichtingen heeft.

b. Verwerking van persoonsgegevens door de cliëntenvertrouwenspersoon

Het voorgestelde artikel 6, derde lid, bepaalt dat de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg de persoonsgegevens van een cliënt aan de cliëntenvertrouwenspersoon verstrekt. Doel van de gegevensverstrekking is de cliënt te kunnen informeren over de mogelijkheid tot advies en bijstand door de cliëntenvertrouwenspersoon. Het voorgestelde artikel 48d, tweede lid, geeft de cliëntenvertrouwenspersoon daarnaast het recht van inzage in dossiers, voor zover de cliënt of zijn vertegenwoordiger daar geen bezwaar tegen heeft gemaakt.

¹ Hoofdstuk 11, Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 2.

² Het nieuwe artikel 1, eerste lid, onderdeel i, van het wetsvoorstel.

³ Zie de definitie in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van het wetsvoorstel.

De Afdeling plaatst enkele kanttekeningen bij deze bepalingen, in het licht van de geldende wettelijke waarborgen voor de bescherming van persoonsgegevens. Zij wijst met name op de artikelen 7 en 11 van de Wbp: persoonsgegevens worden voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden verzameld en worden slechts verwerkt voor zover zij, gelet op de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt, toereikend, ter zake dienend en niet bovenmatig zijn. Omdat het bovendien om gegevens betreffende de gezondheid gaat, zijn het verbod op verwerking van dergelijke gegevens van artikel 16 Wbp en de specifieke uitzonderingsmogelijkheden daarop van de artikelen 21 en 23 Wbp van toepassing.

In de voorgestelde tekst van artikel 6, derde lid, wordt niet gespecificeerd welke persoonsgegevens van een cliënt direct na aanvang van de zorg al aan de cliëntenvertrouwenspersoon worden verstrekt. Ook de toelichting biedt op dit punt geen duidelijkheid. Daarnaast is het voor het doel zoals dat is omschreven in artikel 6, derde lid (de cliënt te kunnen informeren over de mogelijkheid tot advies en bijstand door de cliëntenvertrouwenspersoon), niet nodig om persoonsgegevens te verstrekken, in elk geval geen gegevens uit het medisch dossier. Indien de regering beoogt de cliëntenvertrouwenspersoon al direct de kans te geven zich inhoudelijk te verdiepen in de achtergronden van de nieuwe cliënt, zodat die zijn taken beter kan uitoefenen, zou de doelomschrijving dat moeten vermelden. Daarbij moet dan ook afgewogen worden welke gegevens echt nodig zijn om het nieuw omschreven doel te bereiken. Ten slotte vermeldt artikel 6, derde lid, wel dat de cliënt toestemming moet geven voor de bedoelde gegevensverstrekking, maar is onduidelijk of daarmee uitdrukkelijke, al dan niet schriftelijke, toestemming bedoeld is. Ook is niet duidelijk of ook de vertegenwoordiger en/of de familie deze toestemming kan geven.

Het inzagerecht van de cliëntenvertrouwenspersoon in de dossiers (het voorgestelde artikel 48d, tweede lid, onderdeel c) gaat uit van een stelsel van geen bezwaar bij de cliënt. Nu het gaat om inzage in gegevens betreffende de gezondheid, verdient het de voorkeur, deze inzage pas te verlenen na uitdrukkelijke toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger. Daarmee houdt de cliënt, of diens vertegenwoordiger, zoveel mogelijk zelf de regie over de personen die inzage hebben in zijn medische gegevens.

De Afdeling adviseert het voorgestelde artikel 6, derde lid, in overeenstemming te brengen met de uitgangspunten van de Wbp en in het voorgestelde artikel 48d uit te gaan van uitdrukkelijke toestemming van de cliënt.

3. Cliëntenvertrouwenspersoon

a. Rechten van vertegenwoordiger en familie

Anders dan bij het wetsvoorstel voor de verplichte ggz, voorziet de vierde nota van wijziging niet in zowel een patiëntenvertrouwenspersoon als een familievertrouwenspersoon; bij dit wetsvoorstel wordt volstaan met een cliëntenvertrouwenspersoon. Dit verschil komt voort uit de ervaring dat in de ggz de zorgen en belangen van de familie regelmatig tegenover die van de patiënt kunnen staan. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie komt dat minder voor. Mede vanuit het oogpunt van doelmatigheid is er daarom in de vierde nota van wijziging geen aparte familievertrouwenspersoon geregeld. Wel staat de bijstand van de cliëntvertrouwenspersoon ook open voor de vertegenwoordiger van de cliënt, die in sommige gevallen in plaats van de cliënt beslissingen moet nemen over de zorgverlening.

De cliëntenvertrouwenspersoon is, net zoals de patiëntenvertrouwenspersoon in de huidige Wet bopz en in het wetsvoorstel Wvvggz degene die uitsluitend vanuit het perspectief van de cliënt op verzoek van die cliënt of diens vertegenwoordiger de belangen van die cliënt behartigt. Het is daarom verwarrend dat in artikel 48c, eerste lid, de familie wordt genoemd. Anderzijds dient wel – zoals de Raad opmerkt – de vertegenwoordiger te worden genoemd, als persoon die een verzoek om advies of bijstand namens de cliënt kan doen. In de vijfde nota van wijziging wordt artikel 48c, eerste lid, in deze zin aangepast. Gelet op het bovenstaande ligt het ook niet voor de hand dat de familie op grond van artikel 48d, tweede lid, toestemming zou kunnen geven om aan de cliëntenvertrouwenspersoon gegevens betreffende de cliënt te kunnen verstrekken. Dit recht komt conform artikel 48d, tweede lid, alleen toe aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger.

b. Verwerking van persoonsgegevens door de cliëntenvertrouwenspersoon

De Raad constateert terecht dat artikel 6, derde lid, een te breed bereik kent ten aanzien van de persoonsgegevens die aan de cliëntvertrouwenspersoon moeten worden verstrekt. Voor het doel van de gegevensverstrekking volstaan naam en contactgegevens van de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Het wetsvoorstel is daarop aangepast. Bovendien is nog duidelijker gemaakt dat alleen gegevens aan een cliëntenvertrouwenspersoon worden verstrekt indien de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarmee instemmen. Door de wijze van formuleren is het een onderwerp dat expliciet aan de orde moet komen in het eerste contact tussen zorgaanbieder en cliënt of zijn vertegenwoordiger.

Inderdaad wordt in het wetsvoorstel ten aanzien van het inzagerecht van de cliëntenvertrouwenspersoon in dossiers uitgegaan van uitdrukkelijke toestemming van de cliënt. Gezien het feit dat de cliënt zelf er voor kiest om de cliëntenvertrouwenspersoon in te schakelen is dit in het wetsvoorstel als vanzelfsprekend beschouwd en daarmee wellicht te impliciet gebleven. Met de door de Raad voorgestelde explicitering wint het wetsvoorstel aan duidelijkheid en het wetsvoorstel is op dit punt daarom conform het advies aangepast.

4. Advies externe deskundige

Het nieuwe artikel 8c bepaalt in welke gevallen de zorgverantwoordelijke over het zorgplan advies vraagt aan een externe deskundige. Het eerste lid, onderdeel a, van dit artikel schrijft een dergelijke adviesaanvraag voor indien de vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. De toelichting vermeldt dat juist de vertegenwoordiger, omdat hij de cliënt het beste kent, kan zien dat er nog andere mogelijkheden of een andere benadering kunnen zijn. In die gevallen moet het geluid van die vertegenwoordigers gehoord kunnen worden en hun positie zo sterk mogelijk zijn, aldus de toelichting.¹

Het is de Afdeling niet duidelijk waarom slechts bij niet-instemming door de vertegenwoordiger een externe deskundige wordt ingeschakeld, en waarom de cliënt hier geheel buiten beschouwing wordt gelaten. Dit strookt niet met de doelstelling van de vierde nota van wijziging – namelijk versterking van de positie van zowel de cliënt als de vertegenwoordiger. Evenmin strookt het met artikel 2 van het wetsvoorstel, waarin is bepaald dat onder onvrijwillige zorg wordt verstaan zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd. De cliënt en de vertegenwoordiger worden hier op gelijke voet genoemd. Daarvan uitgaande, dient in het nieuwe artikel 8c, eerste lid, onderdeel a, te

¹ Artikelsgewijze toelichting bij artikel 8c.

worden opgenomen dat een externe deskundige ook wordt ingeschakeld bij het ontbreken van de instemming van de cliënt. De Afdeling adviseert artikel 8c, eerste lid, onderdeel a, aan te vullen.

4. Advies externe deskundige

De Raad merkt terecht op dat ook wanneer de cliënt die niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, advies van een externe deskundige moet worden ingewonnen. De positie van een wilsbekwame cliënt is hierbij geen andere dan die van de vertegenwoordiger. Het artikel wordt in de vijfde nota van wijziging aangepast. Voor alle duidelijkheid: bij onvrijwillige zorg moet de situatie dat een cliënt niet instemt met de zorg worden onderscheiden van de situatie dat een cliënt zich – op het moment dat de onvrijwillige zorg wordt gegeven – zich verzet tegen die zorg.

5. Toezicht en het nieuwe hoofdstuk 3A

In het kader van het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wet zorg en dwang is in artikel 49 geregeld wie de toezichthouders zijn en wat hun bevoegdheden zijn. Dit artikel is dus ook van toepassing op de uitbreidingen op grond van de vierde nota van wijziging. In dat verband heeft de Afdeling geconstateerd dat bij de derde nota van wijziging een nieuw vijfde lid is toegevoegd aan bovengenoemd artikel 49.¹ Dat artikellid bepaalt dat de leden van het Subcomité ter Preventie en van het Europees Comité voor de preventie van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing dezelfde bevoegdheden hebben als de met het toezicht belaste ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid. Voorts wordt bepaald dat leden van beide comités van deze bevoegdheden slechts gebruik maken voor zover dit redelijkerwijs nodig is voor de vervulling van hun uit het desbetreffende verdrag voortvloeiende taak. De Afdeling acht het van belang dat in deze bepaling uitdrukkelijk wordt bepaald dat de taken en bevoegdheden van de leden van beide comités slechts kunnen worden uitgeoefend ten aanzien van personen die van hun vrijheid zijn beroofd.² Zij adviseert artikel 49, vijfde lid, van het wetsvoorstel aan te passen.

De Afdeling heeft voorts geconstateerd dat bij de derde nota van wijziging het nieuwe hoofdstuk 3A getiteld «Cliënten voor wie onze Minister van Veiligheid en Justitie medeverantwoordelijkheid draagt» is toegevoegd aan het wetsvoorstel zorg en dwang. De Afdeling betreurt het dat deze bepalingen zijn opgenomen in dit wetsvoorstel en niet in het wetsvoorstel forensische zorg.³ Hierdoor wordt naar het oordeel van de Afdeling de door het wetsvoorstel forensische zorg beoogde overzichtelijkheid en consistentie van wetgeving doorbroken.⁴ De Afdeling heeft in de toelichting bij de derde nota van wijziging een motivering gemist waarom de regering de regeling voor vorengenoemde cliënten heeft opgenomen in het wetsvoorstel zorg en dwang en niet in het wetsvoorstel forensische zorg.

5. Toezicht en het nieuwe hoofdstuk 3A

De Raad adviseert om artikel 49, vijfde lid, van het wetsvoorstel zodanig aan te passen dat de beide toezichthoudende internationale comités hun taken en bevoegdheden slechts kunnen uitoefenen ten aanzien van personen die van hun vrijheid zijn beroofd. Het wetsvoorstel is op dit punt aangepast.

¹ Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 9.

² Zie artikel 1 van het Europees Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing en artikel 1 van het Facultatief Protocol bij het VN-verdrag tegen foltering en andere wrede, onmenselijke of onterende behandeling of bestraffing. Zie in dit verband paragraaf 3 getiteld «Onvrijwillige opname en verblijf» en hoofdstuk 3A getiteld «Cliënten voor wie onze Minister van Veiligheid en Justitie medeverantwoordelijkheid draagt» van het wetsvoorstel. Van beroving van de vrijheid is alleen sprake als dit met rechterlijke machtiging is gedaan. Slechts 3 dagen mag dit zonder rechterlijke machtiging, namelijk in de periode van inbewaringstelling.

³ Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 2.

⁴ Zie Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 4, blz. 17. De Raad is in zijn advies ingegaan op de wetsystematiek. Hij heeft er op gewezen dat verdeling van regels inzake forensische zorg over verschillende wetten tot gevolg heeft dat wetgeving aan helderheid en inzichtelijkheid zal verliezen.

De Raad mist tot slot een motivering voor het bij derde nota van wijziging opnemen van het hoofdstuk 3A over cliënten waarvoor de Minister van V&J medeverantwoordelijkheid draagt.

In de accommodaties waarin zorg wordt verleend als omschreven bij of krachtens de AWBZ, aan psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, kunnen tevens op last van de Minister van Veiligheid en Justitie personen op strafrechtelijke titel worden geplaatst. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) voorziet in hoofdstuk V, voor zover nodig, in een aangepast regiem voor deze personen. In afwachting van het wetsvoorstel forensische zorg, was oorspronkelijk niet voorzien in een equivalent van deze regeling in de Wet bopz. Bij het uitwerken van het wetsvoorstel forensische zorg is gebleken dat een equivalent van een regeling als in de Wet bopz toch noodzakelijk is. Daarin is voorzien door opname van hoofdstuk 3A in dit wetsvoorstel bij derde nota van wijziging. Daar is de regeling meer op zijn plaats dan in de Wet forensische zorg aangezien er ook verplichtingen voor zorgaanbieders in zijn opgenomen.

6. Redactionele kanttekeningen

Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Afdeling naar de bij het advies behorende bijlage.

6. Redactionele kanttekeningen

De redactionele opmerkingen zijn grotendeels meegenomen in de vijfde nota van wijziging.

Voor de opmerking bij onderdeel H geldt, dat de verplaatsing van artikel 7, vijfde lid, tot na artikel 8c, niet past in de systematiek van de vierde nota van wijziging. Paragraaf 2.1 bevat algemene bepalingen die gelden voor het opstellen van een zorgplan. De in artikel 7, vijfde lid, genoemde artikelen staan vervolgens in twee verschillende paragrafen, te weten «Heroverweging van het zorgplan» (artikel 8) en «Onvrijwillige zorg in het zorgplan» (artikel 8a e.v.). Het zou niet passen de bepaling van artikel 7, vijfde lid, in laatstgenoemde paragraaf op te nemen, aangezien deze bepaling ook betrekking heeft op artikel 8.

De opmerking bij onderdeel J met betrekking tot het opnemen van het eerste lid van artikel 8, in artikel 5, is eveneens niet overgenomen. Artikel 5 is een procedurele bepaling over de verplichting een zorgplan op te stellen die geldt voor alle cliënten, dus ook voor hen bij wie nooit sprake zal zijn van onvrijwillige zorg. Het past niet in het uitgangspunt dat zorgplannen in principe vrij horen te zijn van onvrijwillige zorg, om op deze plek al de mogelijkheid van onvrijwillige zorg te introduceren. Bovendien is de plicht voor de zorgaanbieder om te zorgen voor voldoende alternatieven voor onvrijwillige zorg nadrukkelijk gekoppeld aan artikel 8, omdat daar de mogelijkheid van ernstig nadeel zich voordoet. Dit nadeel mag, binnen de randvoorwaarden die normaal in de zorg gelden zoals de omvang van de indicatie en de aanwezige protocollen en richtlijnen, nooit gelegen zijn in het feit dat de zorgaanbieder aan de mensen op de werkvloer onvoldoende mogelijkheden biedt voor het verlenen van zorg op basis van vrijwilligheid.

De opmerking bij onderdeel B en onderdeel R om een komma in te voegen, respectievelijk te schrappen zijn niet meegenomen, omdat de desbetreffende bepalingen voor het overige nu geen wijziging behoeven.

*De vice-president van de Raad van State,
J. P. H. Donner*

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

Bijlage bij het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betreffende no. W13.12.0099/III met redactionele kanttekeningen die de Afdeling in overweging geeft.

Onderdeel B

- Na «derde lid» een komma invoegen.

Onderdeel C

- Ten behoeve van de duidelijkheid en leesbaarheid het eerste lid van artikel 3 beperken tot de eerste volzin. De rest van het eerste lid (vanaf de tweede volzin) in een apart lid onderbrengen.
- De laatste volzin van artikel 3, eerste lid, schrappen.
- In artikel 3, derde lid, het woord «en» schrappen.
- In artikel 3, tweede lid, de woorden «de cliënt niet ik staat» wijzigen in: de cliënt niet in staat.

Onderdeel H

- Het voorgestelde nieuwe artikel 7, vijfde lid, aan het slot van of na de artikelen 8 tot en met 8c plaatsen.

Onderdeel J

- Artikel 8, eerste lid, opnemen in artikel 5, aangezien het een algemeen uitgangspunt is en niet pas aan de orde komt bij heroverweging van het zorgplan.
- In artikel 8, tweede lid, de woorden «het bepaalde in» schrappen.
- In artikel 8, tweede lid, de woorden «tweede tot en met het vierde lid» wijzigen in: derde tot en met het vijfde lid.
- In artikel 8, derde lid, de woorden «een situatie als bedoeld in het eerste lid» wijzigen in: een situatie als bedoeld in het tweede lid.

Onderdeel L

- In artikel 8b, eerste lid, de woorden «op grond van artikel 8a, tweede lid,» vervangen door: op grond van artikel 8a, derde lid,

Onderdeel R

- In het tweede lid de komma voor «en» schrappen.