

9

Invoering van de Wzd-functionaris

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris (35087).**

De voorzitter:

Aan de orde is de wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de invoering van de Wzd-functionaris. We hebben zeven deelnemers van de zijde van de Kamer. Een hartelijk woord van welkom uiteraard aan de minister. Fijn dat u weer bij ons bent.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De voorzitter:

De eerste spreker van de zijde van de Kamer is de heer Slootweg van de fractie van het CDA. Hij heeft vijftien minuten spreektijd aangevraagd. Het woord is aan hem.



De heer Slootweg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. We behandelen vandaag de wijziging van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. In het kort: de Wzd. Het is een wet die een lange voorgeschiedenis kent en waarbij het de bedoeling is om deze op 1 januari 2020 in te voeren. Gedwongen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychiatrische problematiek verdient een afzonderlijk wettelijk kader. Tot dusverre zijn deze doelgroepen ondergebracht in de BOPZ.

Voorzitter. Het is verstandig nog even het kader te schetsen. Het gaat vandaag om een wijziging van de Wet zorg en dwang die noodzakelijk is geworden door een amendement van mevrouw Leijten, ingediend bij de behandeling van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. De wijziging is noodzakelijk omdat het per abuis vervallen artikel in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg daarmee kan worden hersteld en omdat wordt voorgesteld de gedragskundige — de orthopedagoog-generalist — de mogelijkheid te bieden als Wzd-functionaris op te treden. En dat is de reden waarom we vandaag hierover spreken.

Voorzitter. Een aantal maanden geleden ging ik op werkbezoek. Eén casus trof mij diep. Een jongen deed zichzelf dwangmatig pijn. De persoon woonde een vijftal dagen op locatie. In het weekend ging hij terug naar zijn familie. Ik zag hoe gedragskundigen bezig waren om de beperkende maatregelen waardoor hij zichzelf niet kon verwonden, zo veel mogelijk terug te dringen. Mij werd ook duidelijk dat dit gaat met vallen en opstaan en hoe lastig het was als die jongen in het weekend weer naar zijn familie ging. Het effect van de methode om zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, kan door een bezoekje thuis weer teniet worden gedaan. Een worsteling van wanhopige

ouders en geduldige behandelaren. Het kruipt je onder de huid. Gemakkelijke oplossingen zijn er niet.

Ook bij de voorbereiding van deze wetsbehandeling merkte ik dat het allemaal niet om 100% zwart of 100% wit gaat, maar dat het een balanceeract is waarbij je recht wilt doen aan kwetsbare mensen, aan betrokken artsen en gedragskundigen en aan zoekende familieleden en waarbij je wilt stimuleren dat naar andere dan vrijheidsbeperkende maatregelen worden gezocht zonder dat daarbij een bureaucratische en administratieve kerstboom wordt opgetuigd.

Voorzitter. Ik wil naar aanleiding van de wijzigingswet een aantal zaken bespreken: ten eerste de positie van de Wzd-functionaris, ten tweede de externe deskundige, ten derde de wijze waarop een cliënt op de hoogte moet worden gesteld van het feit dat hij recht heeft op ondersteuning door een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon en ten slotte de invoerdatum van de wet.

De Wzd-functionaris. Het amendement om een Wzd-arts in de wet op te nemen kon op Kamerbrede steun rekenen. Door het invoegen van een Wzd-arts in de Wet zorg en dwang wordt de rechtsbescherming van mensen die in de langdurige zorg worden geconfronteerd met dwangmaatregelen, op een gelijkwaardige manier geregeld als voor mensen in de geestelijke gezondheidszorg. Het CDA heeft bij de inbreng van het verslag de vraag gesteld of mensen met een verstandelijke en/of psychiatrische beperking door deze wetswijziging nog wel een gelijkwaardige vorm van rechtsbescherming houden. Ik vond de beantwoording van de regering op dit specifieke punt wat summier. Vindt de minister dat de rechtsbescherming van eerdergenoemde doelgroepen door de nota van wijziging beter is geborgd dan in de wetswijziging? Klopt het dat de minister hiermee tegemoetkomt aan de zorg dat iemand die niet medisch onderlegd is, het integrale zorgplan bij mensen met een verstandelijk handicap inclusief het medisch oordeel kan toetsen?

Dat de functie van Wzd-functionaris opengesteld wordt voor gedragskundigen inclusief de wijziging in de Wet BIG kan het CDA volgen. Gezien de nota van wijziging vraagt het in elk geval van gedwongen zorg goed overleg tussen de gedragskundige en de arts. Gezien de evaluatie van deze wet, drie jaar na de inwerkingtreding ervan, vraag ik expliciet aan de minister of de ervaringen met het toekennen van de bevoegdheden om dwangmaatregelen op te leggen door de gz-psycholoog en de orthopedagoog kunnen worden meegenomen in de evaluatie. Worden de ervaringen van cliënten, cliëntenvertrouwenspersonen en familie meegenomen in deze evaluatie?

Door de nota van wijzigingen worden een aantal beperkingen, maatregelen voorbehouden aan artsen. De Wzd-functionaris mocht in een oorspronkelijke vorm overal beperkende maatregelen nemen, maar in deze nota van wijzigingen wordt dat beperkt. Daar heb ik ook een aantal vragen over. Wordt er daarbij dan niet voor gezorgd dat de arts boven de gedragskundige wordt geplaatst? Is dit de bedoeling en, zo ja, waarom dan?

Dan de positie van de externe deskundige.

De voorzitter:

Een vraag van de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ja, omdat die specifiek over dit punt gaat. De kritiek die met name nu vanuit de gehandicaptenzorg komt, is dat met de laatste wijziging van de minister van deze wet, juist de arts — dat zegt de heer Slootweg eigenlijk ook — op heel veel punten toch weer de bevoegdheid krijgt om uiteindelijk de verantwoordelijkheid te dragen, bijvoorbeeld als het gaat om medicatie, vrijheidsbeperkende maatregelen en insluiting. Ik vind dat een heel goede zaak. Sterker nog, we bepleiten nog steeds dat de arts de eindverantwoordelijkheid houdt. De vraag is wel: wat blijft er dan over voor de gedragskundige om zelfstandig over te kunnen beslissen? Vindt het CDA, vindt de heer Slootweg het dan ook niet logischer om gewoon aansluiting te zoeken bij hoe het nu is geregeld, namelijk dat de arts de eindverantwoordelijkheid draagt en dat die in goed overleg of bij mandatering de gedragskundige een bepaalde rol kan geven? Dat is dan toch eigenlijk logischer?

De heer Slootweg (CDA):

Dank voor deze vraag van de heer Hijink, omdat die een belangrijk onderdeel van dit debat vormt. Daarbij ben ik ook nog echt op zoek naar wat het juiste antwoord daarop is. We hebben ook de vraag gesteld of het niet verstandig is om bepaalde zaken waarvoor een medisch oordeel nodig is, aan een arts over te laten, bijvoorbeeld om tunnelvisie te voorkomen, in de zin dat je denkt dat alle problematieken gedragskundig van aard zijn. Aan de andere kant kan ik mij ook goed voorstellen dat je te veel alleen naar de medische oorzaak kijkt, waarbij je zou kunnen zeggen dat de gedragskundige er meer voor bevoegd is. Of dat moet door middel van bijvoorbeeld mandatering, daarvoor wil ik toch echt de antwoorden van de minister horen. Voor mij is van belang dat waar het gaat om kwetsbare personen, er goed overleg plaatsvindt tussen de arts en de gedragskundige.

De heer Hijink (SP):

Op dat laatste punt ben ik het helemaal eens. De crux zit in de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Dat is het allerbelangrijkste. De cruciale vraag is waar de eindverantwoordelijkheid ligt. Kan de heer Slootweg voorbeelden noemen van besluiten, beslissingen in het kader van onvrijwillige zorg die wat hem betreft nu overgelaten moeten worden aan gedragskundigen, met inachtneming van de wijzigingen die de minister heeft voorgesteld dat medicatie, insluiting en vrijheidsbeperkende maatregelen daar niet onder vallen? Wat blijft er in zijn ogen dan over aan besluiten die de gedragskundige eigenhandig zou moeten nemen?

De heer Slootweg (CDA):

In het voorbeeld dat ik gaf, ging het echt om een dwangmatige handeling waarvan ik niet precies kan nagaan, ook omdat ik zelf geen arts ben, of dat in het gedrag van de persoon zit of dat het een medische oorzaak heeft. Als geanalyseerd wordt dat de reden waarom de persoon zichzelf elke keer wil verwonden, meer een gedragskundige is, dan wil ik niet bij voorbaat zeggen dat een arts daarvoor de eindverantwoordelijkheid moet dragen. Dan zou het ook

heel goed kunnen zijn dat die gedragen wordt door de gedragskundige. Dat maakt het heel moeilijk. Je kunt niet direct zien of het medisch of gedragskundig is. Daarom vind ik het ook moeilijk om te zeggen of het altijd bij de arts moet zijn of niet, maar misschien word ik overtuigd in dit debat.

De voorzitter:

Afrondend, kort.

De heer Hijink (SP):

Het kan kort, omdat de crux natuurlijk is dat een arts een veel langere en uitgebreidere opleiding heeft gehad dan een gz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist. Dat is natuurlijk van belang, want zeker een arts voor verstandelijk gehandicapten is natuurlijk op de hoogte van de problematiek van mensen met een beperking, is natuurlijk op de hoogte van de medische problematiek, maar ook van de gedragskant. Juist om die reden ligt het heel erg voor de hand dat hij die hele brede scope kan beoordelen, niet op eigen houtje, maar altijd in goede samenwerking met gedragskundigen. Ik wil er dus bij de heer Slootweg op aandringen om dat mee te nemen in de overweging, want juist in het voorbeeld dat hij noemt, iemand die zichzelf verwondt, die zichzelf pijn doet, is het superbelangrijk dat een arts betrokken is, blijft en zelfs de eindverantwoordelijkheid kan dragen. Ik vind het wat dat betreft ook een ongelukkig voorbeeld, juist omdat het hier aan alle kanten gaat over pijn en pijnbestrijding.

De heer Slootweg (CDA):

Ik vind het erg jammer dat het als ongelukkig wordt gezien wanneer mijn voorbeelden niet helder zijn. Ik probeer hier echt heel serieus te kijken waar je het zwaartepunt moet leggen. Ik heb bezoeken afgelegd en gesprekken gehad. Het is niet bij dat ene bezoek gebleven. Je merkt toch ook heel vaak dat een arts zelf — ik zeg niet dat hij gestuurd wordt — heel veel informatie krijgt van een gedragskundige. Op dit moment is het oordeel van de gedragskundige sec eigenlijk leidend. Daarmee kan de arts de verantwoordelijkheid niet afschuiven, maar het is wel de vraag of de persoon die het advies geeft om de vrijheidsbeperkende maatregel te nemen eigenlijk wel de arts is of dat het de functionaris is, de gedragskundige.

De voorzitter:

Helder. U continueert.

De heer Slootweg (CDA):

Voorzitter. Ik vervolg mijn verhaal met de positie van de externe deskundige. De wetswijziging regelt verder dat de reikwijdte van het amendement wordt ingeperkt. De externe deskundige zal alleen nog betrokken dienen te worden ingeval het niet is gelukt de onvrijwillige zorg binnen de gestelde termen van artikel 10 van de Wzd af te bouwen. Uit de beantwoording van de minister blijkt dat dit gedaan is om de volgende reden. Ik citeer: "Wel is de regering ervan overtuigd dat hiermee uitvoeringskosten worden bespaard, met name bij grote zorgaanbieders, die binnen de eigen organisatie vaak reeds over een breed scala aan relevante deskundigheid beschikken, en die nu niet meer verplicht

worden om de benodigde deskundigheid van elders te betrekken." Dit vindt het CDA toch een lastig punt. Dit is een wet, zoals de regering zelf steeds stelt en zoals uit de wetsgeschiedenis blijkt, die onvrijwillige zorg zo veel mogelijk wil voorkomen. Het "nee, tenzij"-principe is leidend.

Tijdens de wetsbehandeling was er sprake van de verplichting om een extern deskundige te moeten raadplegen in het stadium dat onvrijwillige zorg wordt overwogen, waarbij familie of de persoon zelf geen onvrijwillige zorg wil ontvangen en/of vindt dat hij of zij het niet nodig heeft. Dit stukje uit de wet wordt nu geschrapt. De reden die het kabinet hiervoor geeft, bevreemdt ons. De regering stelt dat men ervan overtuigd is dat hiermee uitvoeringskosten worden bespaard. Ze gaan verder door te stellen dat dit met name geschiedt bij grotere zorgaanbieders. Ongetwijfeld komt het doordat ik niet direct warme gevoelens krijg wanneer de term "grote zorgaanbieders" valt, maar zelfs bij de afweging om uitvoeringskosten te besparen tegenover het opleggen van dwangverpleging of dwangzorg, vraag ik mij af of de weegschaal niet naar de verkeerde kant doorslaat. Mijn vraag is dan ook hoe dit dan zit met kleinere organisaties die niet die deskundigheid in huis hebben en hoe het met de zorg thuis zit. Juist het meekijken in de thuissituatie en wat daar anders kan voordat er begonnen wordt met gedwongen zorg is heel belangrijk, zeker als het zwaardere vormen van dwangzorg betreft. Transparantie, juist in de thuissituatie, wanneer er gestart wordt met gedwongen zorg, zorgt voor een open organisatiestructuur waarbij professionals van elkaar kunnen leren. Waarom heeft de minister er niet voor gekozen dit in de wet te behouden tot de periode van de evaluatie van deze wet, om dan tijdens de evaluatie te onderzoeken of de externe deskundige bij aanvang van onvrijwillige zorg meerwaarde heeft of niet?

Is het niet vreemd dat de externe nu pas bij afbouw gaat meekijken? Is het niet zo dat het voor een externe minder duidelijk is welke afweging bij aanvang van de onvrijwillige zorg is gemaakt? Is het gezien vanuit het perspectief van cliënt en familie juist niet beter om de externe vanaf de start van het proces te laten meekijken? Daarom overweegt het CDA een amendement in te dienen om de oorspronkelijke rol van de externe deskundige weer wettelijk te regelen. Mocht uit de evaluatie blijken dat dit wetsartikel in de praktijk geen meerwaarde heeft en tot te grote regeldruk leidt in verhouding tot de meerwaarde, dan kan wat mij betreft dit wetsartikel geschrapt worden. Het gaat om gedwongen zorg en dat is niet iets lichtvaardigs. Wordt door het omdraaien de positie van de cliënt niet versterkt? Graag hoor ik hoe de minister hierin staat.

Dan de cliëntvertrouwenspersoon. Zeer positief gestemd zijn wij over de opname dat de cliënt actief geïnformeerd moet worden over de mogelijkheid van bijstand door de cliëntvertrouwenspersoon, op een wijze die aansluit bij de behoefte en het bevattingvermogen van de cliënt. Dit vraagt van behandelaren dat ze echt op het communicatieniveau van de cliënt moeten komen. Dat is volgens ons winst: niet over hen, maar met hen. Wel denken wij dat er in verpleeghuizen, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en bij de zorg thuis nog een wereld te winnen is wat het actief betrekken van de cliëntvertrouwenspersoon betreft. In andere sectoren, zoals de gedwongen ggz, is men hier verder mee. Daar is deze functie verder ontwikkeld en beter bekend. Daar kunnen de

sectoren in de verstandelijke zorg of psychiatrie van leren, zo denken wij. Kan de minister dit bevorderen?

Ten slotte de invoeringsdatum. Op 16 april 2019 hebben organisaties als ActiZ, NIP, V&VN, LHV, NVAVG, Verenso en Zorgthuis.nl een brief gestuurd over de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang. De minister gaf in de nota naar aanleiding van het verslag aan dat hij in overleg gaat met deze partijen om hun zorgen te bespreken. Klopt het dat de uitkomst van dit overleg is dat er een overgangsjaar komt? Zo ja, wat betekent dat overgangsjaar nu precies vanuit het standpunt van de cliënt voor wie dwangzorg wordt opgelegd? Wat zijn de precieze rechten van de cliënt? Wat betekent dit voor de Wzd-functionaris en in welke mate wordt de Wzd-functionaris verantwoordelijk gehouden voor oplegging van dwangmaatregelen die niet geheel volgens de nieuwe wet zijn?

Uit de reacties van deze organisaties begrijp ik dat de zorgen voornamelijk zitten in vragen over de handhaving van de wet en over de situaties thuis. Daarvoor is nu geen wettelijk kader en dat komt er met deze wet wel. Maar hoe gaat de Inspectie hier bij de inwerkingtreding van de wet mee om? Is er bijvoorbeeld het eerste jaar na de inwerkingtreding van de wet ruimte om in de praktijk te leren en soms ook fouten te maken? In hoeverre gaat de Inspectie vanaf de inwerkingtreding direct handhaven? Of ziet zij organisaties op het punt van gedwongen zorg als lerende organisaties?

Voorzitter. Mijn fractie vindt het belangrijk dat de nieuwe wet ingevoerd wordt per 1 januari 2020, met name voor die professionals en instellingen die zich al langere tijd hierop hebben voorbereid. De wet komt niet onverwachts. Het mag niet zo zijn dat dwangzorg lichtvaardig wordt toegepast, ook niet in de thuissituatie. Vandaag de dag is er nog geen enkele wettelijke basis die dit regelt. Wel hopen wij dat op het moment dat de wet geëvalueerd wordt, er serieus wordt gekeken hoe de administratieve belasting kan worden teruggebracht. Daarmee wil ik op nationale schrapdag dan ook besluiten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u. Dan gaan we luisteren naar de heer Hijink van de SP.

□

De heer Hijink (SP):

Dank u wel voorzitter. Ik was daarnet bij de presentatie van het rapport van de commissie-De Winter. De commissie-De Winter heeft onderzoek gedaan naar het geweld in de jeugdzorg sinds de Tweede Wereldoorlog, na 1945 dus. De minister was daar ook en heeft het rapport in ontvangst genomen. Op mij heeft die presentatie veel indruk gemaakt, omdat we daar heel pijnlijke voorbeelden hebben gehoord van hoe jarenlang, decennialang de harde hand, dwang en geweld heel gewoon werden gevonden. We hebben voorbeelden gehoord van jonge meisjes die vastgebonden werden op houten banken, omdat zij niet wilden eten. En terwijl zij vastgebonden lagen, kregen zij het eten door de keel geduwd. En als het er weer uit kwam, werden zij gedwongen om hun braaksel op te eten. Het is niet meer van deze tijd, hoop ik. Dat vinden we allemaal, maar het is gebeurd, ook in ons land, nog niet zo heel lang geleden. En we weten ook dat dit soort dingen nog steeds in ons land

kunnen gebeuren. Ik vind het belangrijk om dit te melden, omdat we hier een wet bespreken die gaat over onvrijwillige zorg, over dwangzorg. Het gaat dus niet alleen over het misbruik dat we in de jeugdzorg hebben gezien, maar ook over hoe dwang, onvrijwillige zorg en de harde hand heel lang heel gewoon zijn geweest. En juist bij deze wet wil ik, voordat ik eraan begin, duidelijk maken dat het dus zo ontzettend belangrijk is om dit nooit te normaliseren. Dwang kan nooit de norm worden. Dus dat.

Voorzitter. Bij de bespreking van het oorspronkelijke wetsvoorstel over de nieuwe Wet zorg en dwang opende mijn voorganger Renske Leijten met de constatering dat het in ons land verboden is om iemand van zijn vrijheid te beroven. Ik denk dat het belangrijk is om dat te benadrukken: opsluiten, vastbinden en drogeren zijn ingrepen die grote impact hebben op mensen, maar die helaas met grote regelmaat nog worden toegepast in de zorg. Ik denk dat we het erover eens kunnen zijn dat dit soort maatregelen tot een minimum beperkt moeten worden. Het mag niet normaal worden. Het uitgangspunt moet altijd zijn om situaties met dwang zo snel mogelijk te laten stoppen.

Mijn voorganger Leijten heeft zich jarenlang hard gemaakt om de rechten van bewoners en instellingen zo goed mogelijk te beschermen. Dat is heel belangrijk, want bewoners in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg zouden niet anders behandeld moeten worden dan ieder ander die te maken heeft met dwangzorg, bijvoorbeeld in de ggz, maar ook in het gevangeniswezen. De Tweede Kamer steunde eerder ook die lijn van de SP. Het amendement-Leijten werd breed aangenomen: 146 stemmen voor en slechts vier tegen. Met dit amendement werd in de wet verankerd dat het toezicht op de dwangmaatregelen altijd wordt uitgevoerd door een ter zake kundige arts. Daarmee is de rechtsbescherming van ouderen en gehandicapten versterkt en gelijkgetrokken met mensen in andere sectoren, zoals bijvoorbeeld in de ggz. Het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken, is er in de kern op gericht om dit breed aangenomen amendement weer uit de wet te halen. De minister wil de eindverantwoordelijkheid voor dwangzorg verbreden, zodat niet alleen een arts, maar straks ook een orthopedagoog-generalist of een gz-psycholoog deze beslissing mag nemen.

Voorzitter. De SP-fractie vindt dat geen goede keuze. Het is vreemd dat er een onderscheid wordt gemaakt in de wijze waarop onvrijwillige zorg kan worden opgelegd in de ggz, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Het wetsvoorstel tast daarmee ook de rechtsgelijkheid tussen de verschillende groepen cliënten en patiënten aan. De SP vindt het heel logisch dat een arts de eindverantwoordelijkheid draagt van de beslissing om onvrijwillige zorg op te leggen. Natuurlijk, in de praktijk zal de Wzd-arts vaak afgaan op het oordeel van de orthopedagoog of de gz-psycholoog, maar daarmee neemt de arts wel eerst alle twijfels over medische oorzaken weg. Dat is natuurlijk een cruciaal onderdeel, zoals dat ook in dat amendement stond. Het ligt voor de hand om de rol van de arts te handhaven. Eerst dient een medische oorzaak van probleemgedrag uitgesloten te worden, zodat onnodige inzet van dwang voorkomen kan worden. Ik vraag aan de minister of hij het daarmee eens is.

In zijn laatste wijziging van het voorliggende wetsvoorstel stelt de minister expliciet dat insluiting, vrijheidsbeperking en medicatie alleen mogen worden opgelegd na instemming van een arts. Kan de minister dit toelichten? Welke

maatregelen kan een orthopedagoog op eigen houtje verrichten? En voor welke maatregelen is instemming van een arts nodig? Is bijvoorbeeld het innemen van een telefoon een maatregel die de vrijheid beperkt? Mij lijkt van wel. En hoe zit het met sensoren op een deur, die aangeven of de cliënt zijn kamer verlaat? Een fiets die gedwongen aan de ketting wordt gelegd, bijvoorbeeld om te voorkomen dat iemand er 's avonds vandoor gaat, is een beperking van de vrijheid. Mijn vraag aan de minister is of dit, ook volgens de laatste aanpassing van zijn wet, in zijn ogen maatregelen zijn die de instemming van een arts vereisen.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik moet zeggen dat ik, toen ik de wet las, in eerste instantie een beetje dezelfde reactie had als de heer Hijink: moet het nou niet altijd de arts zijn? In de tussentijd heb ik veel contacten gehad, ook met de gehandicaptensector. Die heeft gezegd: soms is er inderdaad een arts nodig als Wzd-arts, maar soms kan het ook een gedragsdeskundige zijn. Het zou eigenlijk vaker een gedragsdeskundige moeten zijn, omdat een verstandelijke beperking natuurlijk niet gelijkstaat aan een ziekte. Mijn vraag aan de heer Hijink luidt: wat vindt hij van de input vanuit de praktijk, vanuit de gehandicaptensector zelf, dat men de flexibiliteit wil hebben om soms een arts in te zetten, maar vaker — vanwege de praktijk — een gedragsdeskundige?

De heer Hijink (SP):

Ik snap die vraag heel goed. Ik heb zelf ook die gesprekken met de gehandicaptensector gevoerd. Ik begrijp ook heel goed wat zij zeggen. Ik geloof dat de verhouding daar ongeveer 80/20 is. Zij zeggen dat er in 80% van de situaties waarin onvrijwillige zorg wordt opgelegd, sprake is van een gedragsproblematiek die niet zozeer een medische oorzaak heeft. Dat zou kunnen. Maar juist om te voorkomen dat je de mist in gaat, dat je onterecht vaststelt dat het een gedragsprobleem is, is het van belang dat er altijd gekeken wordt door in dit geval een arts voor verstandelijk gehandicapten om in beginsel uit te sluiten dat er niet toch een medische oorzaak kan zijn. Ik kom straks nog met een voorbeeld op dat punt. Pijn kan een reden zijn tot agressie. Een arts, zeker een arts voor verstandelijk gehandicapten, is ervoor opgeleid om zowel de medische kant te kunnen beoordelen als dat hele brede palet goed te kunnen overzien. Doet hij dat dan op zijn eigen houtje? Nee, natuurlijk niet. Hij doet dat altijd in samenwerking en in goed overleg.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Het blijft natuurlijk altijd een samenspel van die Wzd-functionaris en de behandelend arts, de zorgverantwoordelijke. Ik heb me ervan laten overtuigen dat het dus niet zo is dat het voorstel een soort zwart-witsituatie is. Het is niet altijd een gedragsfunctionaris of altijd een arts. Nee, je kunt kijken wat er aan de hand is met een cliënt en op basis daarvan maatwerk toepassen. Natuurlijk, als er iets medisch aan de hand is, is het belangrijk om de feedback en de input van die arts te vragen. Maar de gehandicaptensector is natuurlijk wel anders dan de ggz-sector, en ook anders dan de verpleeghuissector.

De heer Hijink (SP):

Dat klopt, dat is helemaal waar. Ik heb daarnet ook met de heer Slootweg besproken dat juist met het voorstel, de

laatste wijzigingen die de minister nota bene zelf voorstelt, weer een stap in de richting van het amendement-Leijten wordt gezet. Het beoogt namelijk dat op heel veel vlakken die arts wel geraadpleegd moet worden. Klaarblijkelijk vindt de minister zelf ook dat het op al die vlakken verstandig is dat iemand meekijkt die breed opgeleid is, die ook langer doorgeleerd heeft op die verschillende vlakken. Dan heb ik het nog niet gehad over de rechtsgelijkheid die er in onze ogen moet zijn tussen de verschillende sectoren in de zorg. Ik zou het heel vreemd vinden dat in een gevangenis of in de ggz mensen een sterkere rechtsbescherming hebben dan bijvoorbeeld in de ouderenzorg of in de gehandicaptenzorg. Volgens mij is dat niet oké en moeten we daar niet aan beginnen.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik heb nog een vraag om dit specifieke punt van de heer Hijink goed te begrijpen. De Wzd-functionaris is eindverantwoordelijk voor het doorlopen van het stappenplan om te komen tot onvrijwillige zorg. In dat stappenplan is ook de betrokkenheid van een arts, van iemand met een medische achtergrond, geborgd. Waar zit dan precies bij de heer Hijink de zorg dat als de Wzd-functionaris niet een arts is maar een ggz-psycholoog of een orthopedagoog, die medische kennis dan toch onvoldoende zijn plek zou krijgen in de beoordeling van de zorg?

De heer Hijink (SP):

Ik vraag me af of dat eerste punt klopt. Ik zal de minister straks vragen of dat wel feitelijk zo is, of de arts wel altijd betrokken wordt bij het stappenplan. Volgens mij is dat namelijk niet per definitie zo. Als een gedragskundige geen medische oorzaak vermoedt, dan hoeft er volgens mij ook niet automatisch een arts geraadpleegd te worden of er zelfs goedkeuring van een arts te zijn. Maar goed, ik zal bij de minister checken of dat klopt. Dat is nou juist de hele discussie die we hier voeren. Ik zou er een voorstander van zijn dat je in een team samenwerkt — wat dat betreft, ziet het stappenplan er juist heel goed uit — dat meerdere disciplines meekijken, maar dat de eindverantwoordelijkheid sectorbreed gelijk is. Als jij van de ene instelling naar een andere gaat, dan moet je niet opeens in een heel ander regime terecht komen. Dat zou toch eigenlijk heel vreemd zijn. Daar gaat het om.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dan gaan we inderdaad de beantwoording van de minister afwachten. Zoals ik het gelezen heb, is de betrokkenheid van de arts in het stappenplan geborgd. Dat is ook het multidisciplinair overleg waar u naar verwijst. Dan is er wat mij betreft geen sprake van rechtsongelijkheid of verschillen, want de Wzd-functionaris ziet toe op en is eindverantwoordelijk voor het doorlopen van dat stappenplan. Dat staat dan even los van de medische kennis, die in mijn beleving is geborgd in het stappenplan. Maar laten we die beantwoording afwachten.

De heer Hijink (SP):

Nee, maar het is natuurlijk niet zo dat het niet uitmaakt bij wie je een bepaalde verantwoordelijkheid belegt. Dat doet er wel degelijk toe. Het is van groot belang dat er, bijvoorbeeld in de ggz, bijvoorbeeld in het gevangeniswezen,

nadrukkelijke afspraken zijn over wie de eindverantwoordelijkheid draagt over dwangzorg of onvrijwillige zorg. Als je dat in de andere sectoren gaat afschalen, dan krijg je een ongelijke positie tussen die beide cliënten- en patiëntengroepen. Dat willen wij voorkomen.

De voorzitter:

Prima. U continueert.

De heer Hijink (SP):

Er komt nog iemand aan, voorzitter.

De voorzitter:

Meneer Slootweg nog.

De heer Slootweg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dit vind ik eigenlijk wel een interessant punt. Ik begrijp dus de heer Hijink goed dat hij zegt: eigenlijk gaat het mij erom dat echt een arts eindverantwoordelijk is. Want over afschaling regelt de wet toch wel dat er gewoon iemand eindverantwoordelijk is? Tenminste, zo heb ik het zelf wel gelezen.

De heer Hijink (SP):

Zeker. Het is een arts. Alleen, de sector kan er ook voor kiezen om óf een gz-psycholoog, óf een orthopedagoog-generalist aan te stellen als eindverantwoordelijke, niet alleen trouwens over de individuele onvrijwillige zorg maar ook over het hele beleid binnen een organisatie. Dat is natuurlijk een verantwoordelijkheid die nog wel wat verder en dieper gaat en die wat mij betreft een extra reden is om die arts als eindverantwoordelijke te houden.

De heer Slootweg (CDA):

Waarom ik dit vraag, is natuurlijk dat de praktijk heel vaak aangeeft dat de gedragskundige, de gz-psycholoog, eigenlijk zeg maar dagelijks met de cliënt, met de bewoner omgaat, terwijl een arts daar soms veel minder vaak naartoe gaat. Is er dan ook niet wat voor te zeggen om, juist omdat die dagelijkse omgang er is, een aantal onderdelen, op het moment dat we uitsluiten dat het een medische oorzaak heeft, te beleggen bij die gedragskundige?

De heer Hijink (SP):

Ja, dat sluit een beetje aan bij het voorstel dat de KNMG ook heeft gedaan, wat ik best een goed voorstel vind. Dat zou een soort van tussenweg kunnen zijn. Wij werken ook aan een amendement om dat in de wet te fietsen. Alleen is het technisch ingewikkeld, dus dat duurt nog efftjes; ik hoop dat het vandaag komt. Dan zou je dus stellen: een arts heeft de eindverantwoordelijkheid en die kan per mandaat bepaalde onderdelen overlaten aan een gedragskundige. Daarmee creëer je één lijn voor de hele sector, is er duidelijkheid over wie de eindverantwoordelijkheid draagt, weten gedragskundigen dat ze dingen kunnen doen, maar is wel die arts altijd de achtervang die de verantwoordelijkheid draagt over de dwangzorg binnen de instelling voor die individuele patiënt, of cliënt.

De heer **Slootweg** (CDA):

Afrondend. Dan begrijp ik wel dat de SP er echt op zit: ook al is het iemand die er dagelijks mee bezig is, je kan dat niet verdelen. Er moet één eindverantwoordelijkheid zijn; je kan niet de verantwoordelijkheid verdelen naar oorsprong van de reden waarom de dwangmatige zorg wordt opgelegd.

De heer **Hijink** (SP):

Als dat zou gebeuren, wat de heer Slootweg wil, dan loop je het risico een totale versnippering te krijgen van die verantwoordelijkheid over onvrijwillige zorg. Dan kan het betekenen dat het in de ene instelling en gz-psycholoog is, in de andere instelling een orthopedagoog-generalist, in weer een andere instelling een arts. Die ongelijkheid vinden wij ongewenst.

De **voorzitter**:

Ik heb u al in dit rondje gehoord, mevrouw Hermans. Maar vooruit, één vraag dan, kort en puntig.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter. Dit is natuurlijk wel de kern van het wetsvoorstel waar we vandaag over spreken en ik zit nog even te luisteren naar de heer Hijink. Ik begrijp op zich goed waar zijn zorgen en vragen vandaan komen, maar net op het laatste punt, uw interruptiedebatje met de heer Slootweg ...

De **voorzitter**:

Het interruptiedebatje van meneer Hijink met de heer Slootweg.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Excuus, van de heer Hijink en de heer Slootweg. Het is toch ook een onderdeel van deze aanpassing dat juist die orthopedagoog ook aan de wet BIG wordt toegevoegd en dat daarin ook de bevoegdheden van die verschillende functionarissen goed zijn vastgelegd, zodat ook een cliënt precies weet wat iemand wel en niet mag doen en dat dus ook de rechtsbescherming geregeld is?

De heer **Hijink** (SP):

Jawel, maar het feit dat iemand een BIG-registratie krijgt, wil natuurlijk niet zeggen dat hij op gelijke voet staat — dat bedoel ik niet lullig of zo — met andere beroepsgroepen binnen het BIG-register. Een verpleegkundige is BIG-geregistreerd, een hersenchirurg ook. Dat wil niet zeggen dat zij als het gaat om aanspreekbaarheid op hun handelen in een gelijke positie staan.

De **voorzitter**:

U continueert.

De heer **Hijink** (SP):

Ik was gebleven bij dat voorbeeld. Wanneer is een maatregel nu een maatregel die de vrijheid beperkt? Ik noemde al de sensoren op een deur. Ik noemde al de fiets aan de ketting. Ik ben benieuwd hoe de minister daarnaar kijkt. Ik kan in dit kader niet heel veel andere maatregelen bedenken

die niet zouden vallen onder de nieuwe aanpassing op deze wet die de minister voorstelt.

Kan de minister reageren op de reactie van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, die samen met andere organisaties van psychologen en pedagogen zeggen dat deze laatste wijzigingen van de wet het oorspronkelijke voorstel eigenlijk juist tenietdoen? Deze organisaties willen dat ook niet-artsen eindverantwoordelijk kunnen worden voor dwangzorg en stellen dat het met de nieuwe eisen van de minister feitelijk onmogelijk wordt dat een niet-arts dit nog kan doen. Wat vindt de minister van deze kritiek? Ik krijg daarop graag een reactie.

De vraag is dan natuurlijk wat nog precies het nut van deze hele wetswijziging is, als artsen aan de ene kant ontevreden zijn omdat de rol van de Wzd-arts wordt geschrapt, terwijl aan de andere kant beroepsgroepen ook ontevreden zijn omdat zij vinden dat met de laatste wijziging het hele doel van de wetswijziging weer teruggedraaid wordt. Dus dat is een knappe prestatie: dat eigenlijk niemand blij is met deze wet. Is het uiteindelijk dan niet veel slimmer, verstandiger en duidelijker om de Wzd-arts gewoon in stand te houden, zodat iedereen weet waar hij aan toe is? Dat zou ook prima aansluiten bij de bijna Kamerbrede steun voor het amendement-Leijten. Ik vraag de minister of hij het daarmee eens is.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik wil graag even testen of ik de heer Hijink goed begrijp. Betekent het dat hij zegt dat als zijn wens niet gevolgd wordt, plan B is dat de Wzd-functionaris in bredere zin mogelijk is dan alleen de arts? Dat het dan verstandig zou zijn om die nota van wijziging juist weer ongedaan te maken en dat dat logischer is?

De heer **Hijink** (SP):

Maar dan bedoelt u het ongedaan maken van de laatste nota van wijziging? Nee, want met die laatste nota van wijziging werkt de minister zichzelf in de nesten, maar komt hij ons natuurlijk een klein beetje tegemoet. Hij geeft de arts daarin een prominenter rol. In mijn ogen een dusdanige rol dat het hele wetsvoorstel eigenlijk bijna nergens meer over gaat.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Nu zegt de heer Hijink "komt mij een beetje tegemoet", maar aan de andere kant wordt het er alleen maar onduidelijker op. Hij nodigt eigenlijk uit om een heldere keus te maken voor het een of het ander. Ik kon hem daarin eigenlijk wel volgen. Zeg dan: kies voor de arts, wat ik bepleit. Als je kiest voor breder dan de arts, namelijk ook andere gedragsdeskundigen, laat dan die nota van wijziging uiteindelijk zitten.

De heer **Hijink** (SP):

Nee, de minister moet vooral zelf weten wat hij wel of niet gaat intrekken of voorstellen. Wij als SP stellen voor, conform het amendement-Leijten van destijds: houd de arts eindverantwoordelijk en ga niet versnipperen, omdat je daarmee de rechtsgelijkheid en de rechtsbescherming van mensen aantast. Ik nodig de minister van harte uit om die

nota van wijziging vooral erin te houden. Maar ik ben wel benieuwd hoe hij er dan tegen aankijkt wat er dan feitelijk nog overblijft van deze wet.

Voorzitter. De route die de minister nu voorstelt, schept onduidelijkheid; dat zeiden we al. Een verpleeghuis kan een ggz-psycholoog aanstellen als Wzd-functionaris, terwijl juist in de ouderenzorg de kennis van een specialist ouderengeneeskunde van groot belang is. Als er psychische problemen of gedragsproblemen spelen, regelt het stappenplan volgens mij niet automatisch dat er een arts geraadpleegd moet worden. Ik had daar met mevrouw Hermans het debat over. Dat geldt wel bij insluiting, vrijheidsbeperking en medicatie, maar verder niet, als ik het goed begrijp. Ik vraag de minister of ik het goed begrijp.

Waarom kiest de minister voor deze route? Wat is er eigenlijk mis met de bestaande praktijk, waarin een arts verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde de eindverantwoordelijkheid draagt en daarbij zeer zwaar kan leunen op de kennis en kunde van gedragskundigen?

Het voorstel opent ook de mogelijkheid dat andere dan zorginhoudelijke afwegingen gaan bepalen wie de rol van Wzd-functionaris gaat bekleden. Een niet-arts is wellicht goedkoper dan een arts en wellicht ook makkelijker te vinden. Als dergelijke afwegingen een rol gaan spelen in de beslissing, kunnen cliëntenrechten en de kwaliteit van de zorg geschaad worden.

De minister stelt dat de betrokkenheid van een arts met het stappenplan voldoende is gewaarborgd. Ik krijg graag een toelichting waarom dat zo is. Als een arts met regelmaat wel zal worden geraadpleegd, waarom dan niet vasthouden aan de bestaande praktijk? Gedragskundigen bepalen in die opzet onder eindverantwoordelijkheid van een arts welke dwangzorg nodig is en hoe snel deze kan worden afgebouwd. Waarom wijst de minister deze volgorde af?

Voorzitter. Wie de toelichting van de minister leest, kan haast niet anders dan concluderen dat financiële afwegingen en de afweging om de regeldruk in met name de gehandicaptenzorg te verminderen, voor deze minister doorslaggevend zijn. En dat kan natuurlijk niet. Als er een tekort is aan artsen in de gehandicaptenzorg, dan moet de minister dat probleem oplossen. Als er te veel papierwerk is in de gehandicaptenzorg, dan moet hij de bureaucratie aanpakken. Hij moet niet de rechten van cliënten aantasten, maar zorgen dat artsen dit belangrijke werk kunnen doen.

De minister geeft aan dat als de Wzd-functionaris een arts betreft, dit extra kosten en bijbehorende administratieve lasten met zich meebrengt. Maar het gaat hier wel om een heel belangrijke en vaak ook hele moeilijke beslissing, die de vrijheid van mensen ernstig inperkt. Mijn vraag aan de minister is of het kostenaspect voor hem belangrijker is dan het waarborgen van die belangrijke besluiten over de inperking van vrijheden van mensen.

We hebben het net gehad over het argument dat in de gehandicaptenzorg onvrijwillige zorg vaak wordt opgelegd in verband met gedragsproblemen. Dat argument doet voor de rechtsbescherming van de cliënt niet ter zake. De arts verstandelijk gehandicapten is immers gespecialiseerd in de zorg voor deze doelgroep, en juist deze arts kan in nauw

overleg met gedragskundigen afwegingen maken die de dwangzorg mogelijk maken zonder dat daarbij medische problematiek over het hoofd wordt gezien.

Laat ik een voorbeeld noemen. Problematisch gedrag en agressie kunnen een gevolg zijn van pijn. Het wegnemen van die pijn, met pijnstilling, kan de agressie verminderen. In de ouderenzorg betekent dit dat inzicht in een ziektebeeld van mensen met dementie minstens zo relevant is als de kennis van de psychiatrische problemen of de gedragsproblemen. En juist daarom is het van belang dat cliënten en hun familie weten dat een arts uiteindelijk besluit over onvrijwillige zorg omdat hij of zij opgeleid is om op al die verschillende terreinen van de zorg de samenhang te kunnen zien.

Voorzitter. Deze wetswijziging is moeilijk te verklaren als je kijkt naar het belang dat zowel de Eerste Kamer als de Tweede Kamer hecht aan de samenhang tussen de regels voor dwangzorg in de ggz aan de ene kant, en in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg aan de andere kant. De minister breekt met deze samenhang door cliënten en patiënten nu verschillend te behandelen. Trekken we de lijn van de minister door, waarom zouden we in de ggz dan nog vasthouden aan de eindverantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur, die altijd een arts is? Waarom dan ook niet in de ggz de verantwoordelijkheid neerleggen bij een gz-psycholoog? De SP is daar uiteraard niet voor, maar het toont wel de inconsistentie in het denken van deze minister. Hij laat ook zien dat met deze wijziging de deur open wordt gezet voor het verder versnipperen en het mogelijk afschalen van de verantwoordelijkheid voor dwangzorg. Erkent de minister het risico dat als je het naar één beroepsgroep wegdelegeert, er een eerste stap is gezet voor het wegdelegeren naar andere beroepsgroepen? Ik hoor graag een reactie daarop.

Voorzitter. Een verschil in de behoefte aan zorg mag nooit leiden tot een verschil in rechtsbescherming. Ik wijs ook op het VN-verdrag inzake gelijke rechten voor mensen met een beperking. Dit verdrag heeft als doel om mensen die een beperking hebben, te beschermen en hun rechten te waarborgen. In dit verdrag is opgenomen dat de rechtspositie van mensen niet anders geregeld mag worden omdat zaken anders georganiseerd zijn of omdat mensen anders zijn. In welke mate heeft de minister deze wet getoetst aan dit verdrag? Kan de minister toelichten hoe het voorliggende wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken, getoetst is op andere internationale verdragen?

Voorzitter, ik zei al dat de SP aan een amendement werkt dat aansluit bij de oproep van de KNMG om de eindverantwoordelijkheid voor de onvrijwillige zorg bij de Wzd-arts te laten. Ik heb denk ik voldoende duidelijk gemaakt waarom wij daar voorstander van zijn. Daarbij kan het overigens prima mogelijk gemaakt worden dat de gz-psycholoog of de orthopedagoog-generalist onder het mandaat van de Wzd-arts bepaalde taken op zich neemt, ook in het kader van de onvrijwillige zorg. Dat zullen wij ook in het amendement voorstellen en ook de KNMG stelt dit voor. Maar door duidelijkheid te scheppen over de eindverantwoordelijkheid voor onvrijwillige zorg, weten zowel cliënten als zorgverleners altijd beter waar ze aan toe zijn. Ik vraag de minister om te reageren op dit amendement, dat hij nog niet heeft gezien. Da's is ingewikkeld, maar hij kan misschien wel

reageren op het voorstel dat de KNMG heeft gedaan en dat vrijwel overeenkomt met het amendement.

Voorzitter. De SP wil graag van de minister weten waarom cliënten in de ouderen- en gehandicaptenzorg minder rechten krijgen als het gaat om het betrekken van de cliëntenvertrouwenspersoon. De BOPZ regelde een verplichting voor de instellingen om cliënten schriftelijk in kennis te stellen van de genomen maatregelen, de mogelijkheden tot beroep en het kunnen betrekken van een cliëntenvertrouwenspersoon. Het laatste voorstel van de minister gaat minder ver. Waarom? Waarom hier ook niet één lijn trekken met de Wet verplichte ggz? Waarom een afzwakking van de rechten, zoals die nu nog gelden onder de BOPZ?

Is de minister het eens met de SP dat we juist in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg te maken hebben met extra kwetsbare mensen, die op het moment waarop dwangzorg wordt overwogen of wordt toegepast, de situatie mogelijk niet goed kunnen overzien? Voor hen en hun vertegenwoordigers is het dan van belang om op schrift te krijgen en te hebben waarom bepaalde maatregelen zijn genomen. Dat is ook belangrijk om achteraf te kunnen toetsen of dit proces zorgvuldig is verlopen. De SP heeft ook op dit punt een amendement ingediend. Wij begrijpen best dat het schriftelijk informeren van cliënten door sommige zorgverleners als lastig en bureaucratisch wordt gezien. Ik voel daar best wel in mee. Maar gezien het grote effect van onvrijwillige zorg en de inbreuk die het maakt op de vrijheid van mensen, lijkt het ons niet te veel gevraagd. Goede informatievoorziening en goede toegang tot de cliëntenvertrouwenspersoon zal, wat de SP betreft, uiteindelijk de zorgvuldigheid waarmee onvrijwillige zorg wordt toegepast ten goede komen.

Voorzitter. Tot slot heb ik nog wat losse vragen bij dit wetsvoorstel. Op grond van de Wzd kan de functie van Wzd-functionaris ook binnen een zorginstelling bij meerdere mensen worden belegd. Maar wie van de functionarissen gaat op dat moment over de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg bij de instelling? Is de minister van mening dat deze brede verantwoordelijkheid, die dus verder gaat dan de behandeling van een individuele cliënt, maar die ook gaat over het hele beleid van een instelling, in goede handen is bij iemand die geen arts is? Ook zijn bij ons met name vanuit de gehandicaptensector zorgen gemeld over de registratie van dwangmaatregelen. Wat moet nu wel en wat moet nu niet geregistreerd worden, als bijvoorbeeld met regelmaat, maar niet standaard, wordt besloten dat de deur van een bewoner 's nachts op slot wordt gedraaid? Moet dat dan worden gemeld? Zo ja, iedere dag? Iedere week? Periodiek? Zeg maar, hoe vaak moet dat gemeld worden? Ik hoor het graag van de minister.

Een ander voorbeeld: er wordt een in principe vrijwillige afspraak gemaakt met een cliënt over hoe om te gaan met de mobiele telefoon. Er wordt afgesproken: het is in jouw situatie beter om na acht uur 's avonds niet meer te appen met allerlei onguere types die jou mogelijk uitnodigen de straat op te gaan en foute dingen te doen. Cliënt en zorgverlener komen overeen dat dat een goede afspraak is. Tot het acht uur 's avonds is en cliënt er natuurlijk net even iets anders over denkt en zijn telefoon graag wil houden. De telefoon wordt ingenomen, een maatregel, dwangzorg, onvrijwillige zorg, die dus geregistreerd zou moeten wor-

den. Maar dit kan met enige regelmaat natuurlijk voorkomen in een instelling. Dat is niet één keer, dat kan zich de volgende dag herhalen. Hoe ga je in zo'n geval nu om met de registratie van de onvrijwillige zorg? Moet een dergelijk voorval iedere keer gemeld worden of niet?

Voorzitter. Dwangprocedures in de ggz, konden wij laatst lezen, worden nog te vaak onzorgvuldig uitgevoerd. Cliënten worden niet altijd op de juiste manier geïnformeerd over opgelegde beperkingen. Er is nog te weinig communicatie rondom besluiten tot dwangbehandeling en over het toepassen van maatregelen en middelen. Hoe gaat dit verbeterd worden, niet alleen in de ggz, maar ook straks in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg? Graag een reactie van de minister op dit punt. Hoe staat het met het opleiden van orthopedagogen en ggz-psychologen voor de extra taken die de minister hen wil geven? Volgens de wet krijgen ze taken, maar zijn ze er nog onvoldoende voor opgeleid. Waarom heeft de minister hiermee geen rekening gehouden? Is de tijd die wij nu nog hebben tot invoering van deze wet, die toch nog beoogd is op 1 januari aanstaande, wel lang genoeg om voldoende mensen geschoold aan de uitvoering van deze wet te laten beginnen? Wordt in het opleidingsbesluit ook werkervaring meegenomen? Welke overige eisen gelden om Wzd-functionaris te kunnen worden? Kan een zojuist afgestudeerde orthopedagoog-generalist die nog in de twintig is en nog weinig werkervaring heeft, zomaar Wzd-functionaris worden?

Voorzitter. Alles bij elkaar zijn er nogal wat losse eindjes aan deze wet en de invoering van deze wet. In de Eerste Kamer heeft de minister toegezegd dat de zorgsector na afronding van het hele wetstraject anderhalf jaar de tijd krijgt om tot een zorgvuldige invoering te komen. Wat betekent dit voor het moment waarop de wet uiteindelijk van kracht wordt? Het lijkt mij duidelijk dat met dit wetstraject — we staan hier vandaag en waarschijnlijk wordt het na de zomer in de Eerste Kamer behandeld — de wet niet kan ingaan per 1 januari als de minister vasthoudt aan die anderhalf jaar. Ik weet dat de roep om dat wel te doen, heel breed leeft. Veel mensen willen de wet graag ingevoerd hebben en dat snap ik ook, maar het moet wel zorgvuldig gebeuren. Ik vraag de minister hoe hij daarnaar kijkt.

Dat was het eigenlijk, voorzitter.

De voorzitter:

Een onverwacht einde. De heer Slootweg.

De heer Slootweg (CDA):

De heer Hijink heeft veel dingen genoemd. Ik heb zelf gezegd dat de externe deskundigen aan de kop van het proces moeten zitten. Ik heb dit punt niet teruggehoord in uw vragen. Wat is uw visie daarop?

De heer Hijink (SP):

Ik begreep uw vraag heel goed. U zegt eigenlijk: hoe kan het nou dat ze straks wel bij de afbouw van dwangzorg betrokken worden maar niet bij het instellen of het opleggen van onvrijwillige zorg? Ik kon me eigenlijk heel goed vinden in die vraag en ik ben net zo benieuwd naar het antwoord.

De heer **Slootweg** (CDA):
Het is helder, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Renkema.

□

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. De socioloog Erving Goffman introduceerde bijna 60 jaar geleden de term "totale institutie". Hij bedoelde daarmee het volgende: een van de buitenwereld afgesloten woon- en werkplaats met een heel formeel, regelgestuurd regime waar een groot aantal mensen aan wordt onderworpen. Voorbeelden daarvan zijn ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en verzorgingshuizen. Goffman noemde ook kloosters, kazernes en gevangenissen. In die totale instituties staan de bewoners aan de ene kant en het personeel aan de andere kant, waarbij die laatsten niet zijn onderworpen aan het regime. De bewoners wel. Een groot risico van die totale instituties was volgens Goffman dat de individualiteit, privacy en bewegingsruimte van mensen verminderen of zelfs helemaal verdwijnen. Zo is het ook. Een patiënt, een bewoner van een zorginstelling, een cliënt, heeft veel minder keuzevrijheid dan u en ik. Het gaat altijd om mensen die al veel hebben moeten inleveren: hun fysieke gezondheid, hun psychische gezondheid en vaak ook hun sociale netwerk.

Voorzitter. Vandaag spreken we over een heel ingewikkelde evenwichtsoefening. Aan de ene kant is er het zelfbeschikingsrecht, autonomie, vrijheid voor iedereen. Maar aan de andere kant is er gezondheid, de veiligheid van iemand die zorg nodig heeft. Iedereen die in de zorg de verantwoordelijkheid heeft voor iemands gezondheid en veiligheid maar ook voor iemands vrijheid en welbevinden, voert regelmatig deze evenwichtsoefening uit. Dat zijn altijd ingewikkelde dilemma's. Moet je nu wel of niet de deur op slot doen voor die demente bewoner? Moet je medicijnen onder dwang toekennen aan iemand met een verstandelijke beperking die dat helemaal niet wil maar die wel veel slechter gaat functioneren zonder die medicijnen? Wanneer ga je ertoe over iemand te separeren of fysiek te beperken? Dit zijn voor alle betrokkenen zware beslissingen, niet alleen voor de patiënt zelf, die immers het gevoel kan krijgen dat hij de grip op zijn eigen leven nu helemaal verliest, maar zeker ook voor de omgeving: voor familie, mantelzorgers en de professionele zorgverleners.

Voorzitter. De GroenLinksfractie steunt nadrukkelijk het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang, waarmee er meer ruimte komt voor de persoonlijke keuzevrijheid van de zorgvrager. In het dilemma van vrijheid versus gezondheid wordt immers te vaak voor iemand anders gedacht. We zien de wetswijziging als een verbetering, omdat het thema dwang hierdoor expliciet onderdeel wordt van gesprekken tussen professionals in de instellingen. Hopelijk ontstaat daar ook een lerende cultuur rondom deze ingewikkelde thematiek.

Tegelijkertijd zien we ook veel praktische vragen. De implementatie zal de nodige aandacht vragen. Sommige partijen pleiten nu al voor uitstel van invoering. Ze vrezen bijvoorbeeld administratielast of zeggen dat het veld nog niet voldoende is voorbereid. Ik denk dat het in ieder geval

voor iedereen belangrijk is dat we vandaag op deze plek helderheid krijgen van de minister, niet alleen over de vraag of de wet van kracht zal zijn op 1 januari 2020, maar ook over de implementatie. Is de minister bereid een concreet traject te schetsen?

Ik heb de afgelopen dagen veel reacties gekregen van mensen uit het veld die met enige bezorgdheid naar die datum kijken. Zij zijn het die met deze wetswijziging moeten werken. Misschien nog wel de meeste reuring — dat zagen we vanmiddag ook even — wordt veroorzaakt door de kwestie van de Wzd-functionaris. Wie moet dat nou precies zijn? In de wet staat dat dit een ter zake kundige arts, orthopedagoog of gezondheidspsycholoog kan zijn, maar anderen menen weer dat enkel een arts die eindverantwoordelijkheid kan dragen. Voor ons geldt dat er vooral een zorgvuldig besluit moet worden genomen. We hechten dus minder aan de functie.

Voorzitter. Graag willen we aandacht vragen voor de nieuwe situatie die ontstaat doordat de wet ook extramuraal gaat gelden. Enerzijds is dat heel mooi, maar anderzijds zal het ook ervoor zorgen dat er situaties boven komen drijven die voor patiënten, familie en mantelzorgers nieuw zijn en waar zij soms helemaal geen raad mee weten. Op welke manier heeft de minister voor ogen dat die fragiele situaties achter de voordeur inzichtelijk gemaakt worden door bijvoorbeeld de inspectie? Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Dan het volgende. We hebben het vandaag over groepen zeer kwetsbare mensen — verstandelijk beperkten, ouderen — maar laten we ook die andere groep kwetsbaren niet vergeten, namelijk de jongeren in de jeugdzorg. Soms lijden ze aan een dusdanige combinatie van aandoeningen dat ze een gevaar gaan vormen voor zichzelf en voor hun omgeving. Soms kiezen jeugdhulpverleners dan voor separatie. We hebben alle begrip voor een jeugdzorgmedewerker die vaak onder grote stress een noodgreep moet doen en dan geen andere optie meer ziet dan separatie van een jongere, maar we weten inmiddels ook dat zo'n noodgreep ervoor kan zorgen dat het uiteindelijk een schadelijke situatie oplevert. Zo'n kind kan uiteindelijk in een neerwaartse spiraal van onmacht en frustratie terechtkomen en verliest ook daar nog vrijheid.

Voorzitter. GroenLinks wil heel graag weten of de minister mogelijkheden ziet om de Wet zorg en dwang ook van toepassing te laten zijn op de gesloten jeugdzorg. Vindt de minister het van belang om de positie van jongeren daar te versterken door middel van deze wet? Graag een reactie.

Tot slot. Met D66 zal GroenLinks een amendement indienen voor een aanpassing van de Wlz, nadrukkelijk in relatie tot deze wetswijziging. Mijn collega Bergkamp zal dit amendement vanmiddag toelichten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Hermans van de VVD.

□

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter. Als je zorg nodig hebt in Nederland, is die zorg er bijna altijd. In overleg met je arts of behandelaar maak je afspraken over de zorg die je nodig hebt en hoe je die zorg krijgt, passend bij jouw zorgvraag en situatie. Daarover

maak je afspraken, al dan niet met betrokkenheid van een familielid. Die afspraken worden vastgelegd in een zorgplan, zodat jijzelf, je familie en de zorgverleners die bij jouw zorg betrokken zijn, weten waar iedereen aan toe is. Samen afspraken maken over passende zorg is en blijft het uitgangspunt, ook na de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang. Er zijn situaties waarin het niet lukt met iemand en/of zijn of haar familielid tot overeenstemming te komen over de zorg omdat bijvoorbeeld iemand met dementie of een verstandelijke beperking zijn of haar wil niet meer goed en duidelijk kan overbrengen. Als de zorg dan toch cruciaal is voor de veiligheid en het welzijn van de cliënt zelf, maar misschien ook voor die van medebewoners of de zorgmedewerkers, kan onvrijwillige zorg worden ingezet. Maar dat kan niet zomaar. Integendeel, daarvoor moet een stappenplan nauwkeurig doorlopen worden.

Voorzitter. Voor de VVD-fractie geldt dat te allen tijde alles op alles moet worden gezet om met de cliënt en/of zijn of haar familie tot overeenstemming te komen over de zorg die nodig is. Kan de minister bevestigen dat als dat niet lukt, de cliënt en/of de familie altijd op de hoogte worden gebracht over de start van het stappenplan tot het mogelijk inzetten van onvrijwillige zorg?

Voorzitter. Zorg onder dwang zouden we allemaal het liefst niet toepassen. Daartegen moeten we cliënten optimaal beschermen. Daarvoor is de Wet zorg en dwang vooral bedoeld: om de rechten van cliënten te borgen en te beschermen. Tegelijkertijd is het een wet die zorgverleners houvast biedt als het aankomt op het besluit om over te gaan tot het mogelijk inzetten van onvrijwillige zorg. Een wet kan alleen houvast bieden wanneer die klip-en-klaar is over ieders verantwoordelijkheid. Juist om die reden kwam de minister met een aanpassing van de Wet zorg en dwang, gericht op het beperken van administratieve lasten en op het verduidelijken van de rol, de positie van de Wzd-arts door deze uit te breiden naar een Wzd-functionaris. Juist in de gehandicaptenzorg is de reden voor onvrijwillige zorg vaak gelegen in gedragsproblematiek. Voor de VVD-fractie is het daarom logisch dat ook functionarissen met dit soort specifieke kennis, de ggz-psycholoog en de orthopedagoog, als Wzd-functionaris als eindverantwoordelijke van het doorlopen van zo'n stappenplan kunnen optreden. Zolang het, en dat benadruk ik nog maar eens, natuurlijk niet om onvrijwillige zorg op medische grond gaat.

De VVD-fractie is van mening dat het wijzigingsvoorstel dat nu voorligt, de Wzd beter maakt, maar met de laatste nota van wijziging is er voor mijn fractie toch onduidelijkheid in het voorstel gekomen. Daar gingen de verschillende interruptiedebatten tijdens de inbreng van de heer Hijink ook over. Er lijkt nu toch weer een soort rangorde te zijn aangebracht tussen de Wzd-functionarissen met een medische achtergrond en de Wzd-functionarissen met wat ik maar even een gedragsdeskundige achtergrond noem. Kan de minister toelichten wat hij precies heeft beoogd met deze nota van wijziging? Ik kijk uit naar het antwoord van de minister, maar ik zeg ook vast dat ik serieus overweeg om dit deel van de wet bij amendement weer terug te veranderen naar het oorspronkelijke aanpassingsvoorstel.

Voorzitter. Onvrijwillige zorg of zorg onder dwang is bedoeld als laatste middel.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vraag me af of mevrouw Hermans zich ervan bewust is dat juist het beleggen van de eindverantwoordelijkheid voor onvrijwillige zorg bij een arts, niet alleen goed is voor de cliënt, maar ook kan dienen ter bescherming van de zorgverlener. Ik verwijs naar het voorbeeld dat zij zelf noemt van een gedragskundige die een medische oorzaak van problematisch gedrag over het hoofd ziet. Het kan heel ernstige gevolgen hebben als dat zou gebeuren. Er is nog geen arts geraadpleegd, want dat gebeurt pas als het wel is vastgesteld, maar ja, je hebt het niet vastgesteld en dus gebeurt het niet. In zo'n geval is de zorgverlener ook uiterst kwetsbaar, want hij heeft een fout gemaakt, een fout die voorkomen had kunnen worden door in een veel eerder stadium de arts te betrekken of de eindverantwoordelijkheid bij de arts te leggen omdat die wel het brede palet kan overzien. Is mevrouw Hermans het daarmee eens?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

De reden waarom ik deze vraag aan de minister stel, is dat er een aanpassingsvoorstel is gedaan om de Wzd-arts te verbreden naar de Wzd-functionaris. Vervolgens komt er een nota van wijziging die daar weer net een onderscheid in lijkt te maken dat voor mij niet helemaal helder is en waardoor er juist, in mijn ogen, onduidelijkheid ontstaat wanneer de Wzd-functionaris, de eindverantwoordelijke in het stappenplan, een medische achtergrond moet hebben en wanneer dat ook een gedragsdeskundige achtergrond zou kunnen zijn. Ik ben het volkomen met u eens dat het super belangrijk, enorm cruciaal, is dat dat stappenplan op de juiste manier wordt doorlopen en dat de juiste expertise op het juiste moment wordt ingeschakeld.

De heer **Hijink** (SP):

Daar heb je dus het probleem. Als je als gedragskundige een medische oorzaak van een gedragsprobleem niet hebt gezien — dat kan gebeuren want het is je expertise niet en je kunt iemand ook niet verwijten dat hij dat niet heeft gezien — is het belangrijk dat de eindverantwoordelijkheid bij de arts is belegd zodat de gedragskundige bescherming geniet. Die bescherming wordt afgebroken op het moment dat je de eindverantwoordelijkheid bij de gedragskundige zelf neerlegt. Dat was volgens mij ook een van de redenen waarom de VVD, mevrouw Van Ark, van oorsprong juist voor een stevige aanscherping van deze wet heeft gepleit, om naast de positie van de cliënt ook de rol van de zorgverlener te versterken. Hoe kijkt mevrouw Hermans daarnaar?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

De VVD-fractie staat nog steeds pal voor of achter het versterken van de positie van de zorgverlener die te maken heeft met het verlenen van onvrijwillige zorg. Juist daarom vinden wij het ook belangrijk dat wij nu verdergaan met deze wet zodat de rechtsbescherming voor de cliënt verbetert, maar ook het houvast van zorgverleners die al dan niet moeten besluiten tot het overgaan van het inzetten van onvrijwillige zorg. Dit laat onverlet dat de vraag is wie de eindverantwoordelijkheid moet dragen voor het doorlopen van zo'n stappenplan. De heer Hijink heeft duidelijk gezegd dat dit wat de SP betreft, altijd een arts zou moeten zijn. Ik ben van mening dat dit, zeker in de gehandicaptenzorg, ook iemand kan zijn met een gedragskundige achtergrond. Vandaar dat de opname van de orthopedagoog in de Wet

BIG een voorwaarde is. Dat kan best een goede manier zijn om invulling te geven aan de zorgvragen die specifiek in die sector spelen.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vrees dat mevrouw Hermans mijn vraag niet goed begrijpt. Ik zal het heel concreet maken. Er is een situatie waarin de orthopedagoog of een ggz-psycholoog een maatregel neemt en onvrijwillige zorg oplegt. In die situatie is de medische reden, het medische aspect dat dit gedrag heeft veroorzaakt, gemist. Die is gemist omdat hij of zij niet de expertise of de kennis heeft om die te kunnen zien. Dat zet die zorgverlener 100%, volledig, in de wind. Daar kan het tuchtrecht bij betrokken worden. Dat is linke soep, ook voor deze zorgverleners, want hiermee worden zij verantwoordelijk voor een vakgebied waar ze feitelijk niet voor zijn opgeleid. En dat is ook precies de reden dat wij die arts voorstellen, want hij of zij heeft dat overzicht wel.

De **voorzitter**:

Heel goed.

De heer **Hijink** (SP):

Is duidelijk wat ik bedoel?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Van de vijf vormen van onvrijwillige zorg die in de wet worden onderscheiden, zijn er denk ik drie waarbij altijd een arts moet worden ingeschakeld. Ik denk dat bij het doorlopen van het stappenplan — ik stel zo nog een vraag aan de minister over het stappenplan en dan kom ik daar nog op — altijd de afweging voorbijkomt: is hierbij een medische reden, een medische achtergrond aan de orde? De betrokkenheid van een arts in het stappenplan is dan dus geregeld. Dat staat dus los van de eindverantwoordelijkheid voor het doorlopen van het stappenplan, die ook bij een orthopedagoog of een ggz-psycholoog zou kunnen worden belegd.

De heer **Hijink** (SP):

Nee, sorry, dit is echt niet wat ik bedoel. Het gaat om de situatie waarin een orthopedagoog of een psycholoog de medische redenen die het problematische gedrag kunnen verklaren, heeft gemist. Natuurlijk, op het moment dat wordt ingeschat dat medicatie nodig is of als zich andere zaken voordoen waarbij iemand vermoed dat een arts erbij betrokken moet worden, dan is dat het juiste moment. Ik heb het over die stap daarvoor. De maatregelen wordt opgelegd, maar de medische oorzaak, de medische redenen die aan het problematische gedrag ten grondslag liggen, zijn gemist. Juist op dat moment is het belangrijk dat een arts eindverantwoordelijk is, want je kunt alleen verantwoordelijkheid dragen als je ook de expertise en de kennis hebt om over het hele palet — van gedrag tot aan de medische kant — te oordelen. Dit om te voorkomen dat je als zorgverlener vol in de wind komt te staan.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dan begrijp ik nu de vraag van de heer Hijink beter. Het gaat hem dus helemaal om het voorstadium, zal ik maar

zeggen. Staat u mij toe hier even goed over na te denken en daarop in tweede termijn een reactie te geven? Want ik moet hier gewoon even goed over nadenken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik wil ook even een bijdrage leveren aan deze interruptie. Het gaat natuurlijk niet alleen om de Wzd-functionaris. Het gaat ook om de zorgverantwoordelijke. Dat is ook de reden dat wij een amendement hebben ingediend. Wat het niveau is van die zorgverantwoordelijke wordt bij ministeriële regeling geregeld. Het lijkt mij heel goed dat de Kamer daar ook nog wat over te zeggen heeft. Maar die zorgverantwoordelijke speelt in die keten natuurlijk een heel belangrijke rol. Het gaat niet alleen om de Wzd-functionaris of de Wzd-arts. Je hebt natuurlijk ook andere mensen die bij het verlenen van zorg, ook onvrijwillige zorg, een hele belangrijke rol hebben. Mijn vraag aan de VVD is: deelt zij dat het niet alleen gaat om de Wzd-functionaris en dat de zorgverantwoordelijke ook een cruciale rol speelt?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Absoluut. Dat deel ik helemaal met D66, met mevrouw Bergkamp. Daarom denk ik ook dat het multidisciplinair overleg in dat stappenplan, dat gesprek — ik neem aan dat de zorgverantwoordelijke daar ook een plek in heeft — van groot belang is om uiteindelijk tot een afweging te komen: hoe gaan we nu in het zorgplan vastleggen welke vormen van zorg, ook welke vormen van onvrijwillige zorg, nodig zijn?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan hebben wij daarover dezelfde mening. Het gaat niet alleen om de Wzd-functionaris. Het gaat om het samenspel van verschillende functionarissen. Daarin speelt de zorgverantwoordelijke een belangrijke rol. Ik denk dat de Wzd-functionaris belangrijk is, maar hij doet het werk natuurlijk niet alleen. Hij is ook afhankelijk van de signalen vanuit de organisatie zelf. Maar volgens mij zitten we op één lijn.

De **voorzitter**:

U bent het eens.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

De Wzd-functionaris is de eindverantwoordelijke voor het doorlopen van dat stappenplan. In dat stappenplan wordt een heel aantal personen geraadpleegd; met hen wordt gesproken.

De heer **Slootweg** (CDA):

Mevrouw Hermans gaf in een tussenzinnetje aan dat op het moment dat er een medische oorzaak is, de arts moet worden geraadpleegd. Ik weet niet of zij er in haar bijdrage nog op terugkomt, maar ik zou net wel even iets meer woorden willen horen over waarom het weer zodanig wordt teruggeschroefd dat de Wzd-functionaris voor alles verantwoordelijk wordt gemaakt. De minister heeft een scheiding aangebracht door te stellen dat voor een aantal onderdelen alleen de arts verantwoordelijk is. Is dat niet helderder dan het weer terug te ploegen en de gedragskundige voor alles verantwoordelijk te maken?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dit raakt precies aan de vraag die mevrouw Bergkamp net stelde. De Wzd-functionaris is eindverantwoordelijk en houdt toezicht op het doorlopen van het stappenplan wanneer overwogen wordt om onvrijwillige zorg in te zetten. In dat hele proces wordt een aantal nauw betrokkenen ingeschakeld. Mijn punt gaat erover wie nou die eindverantwoordelijke is, wie die Wzd-functionaris is. Kan dat alleen maar altijd een arts zijn of zou dat ook iemand met een gedragskundige achtergrond kunnen zijn? Het oorspronkelijke aanpassingsvoorstel houdt een verbreding van die functionaris in. De minister komt vervolgens met een nota van wijziging die daar eigenlijk een stapje tussen plaatst. Ik ben heel benieuwd naar de overwegingen en de gedachten daarbij. Ik vind het vooral van belang dat heel duidelijk is hoe het geregeld is en wat de rol en de verantwoordelijkheid zijn of zouden kunnen zijn.

De heer **Slootweg** (CDA):

Begrijp ik het goed dat mevrouw Hermans zegt dat door dat terugschroeven, door die drie elementen ten aanzien van de medische oorzaak er uit te halen, het voorstel eigenlijk onduidelijker is geworden dan hoe het er oorspronkelijk, voor die nota van wijziging, stond?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Er zijn vijf vormen van onvrijwillige zorg en bij drie daarvan is een medische reden, een medische achtergrond aan de orde. Dat is wat mij betreft ook na de nota van wijziging nog steeds duidelijk. Wat na de nota van wijziging onduidelijker is geworden, is hoe breed die Wzd-functionaris opgevat mag worden. Is er dan weer een rangorde aangebracht van een Wzd-functionaris met een medische achtergrond en een Wzd-functionaris met een gedragsdeskundige achtergrond?

Voorzitter. Onvrijwillige zorg of zorg onder dwang is bedoeld als laatste middel, als is uitgesloten dat ook met minder vergaande maatregelen een situatie of een probleem kan worden opgelost. Om die reden is in het belang van de patiënt ook het verlengen van onvrijwillige zorg aan strenge regels onderworpen. Op dit punt heb ik een praktische vraag. Wanneer verlenging aan de orde is, moet advies van een extern deskundige worden ingewonnen. Dat vindt de VVD een goede zaak. Nadat dat advies is binnengekomen, moet dit besproken worden met de Wzd-functionaris en in het multidisciplinair overleg en vervolgens moet de uitkomst van dat overleg worden verwerkt in het zorgplan. Kan de minister bevestigen dat in de periode tussen het binnenkomen van het advies van die extern deskundige en het aanpassen van het zorgplan de onvrijwillige zorg, waarover al afspraken waren, geleverd mag blijven worden?

De Wet zorg en dwang gaat ook gelden in de zorg thuis. Ook hierbij geldt natuurlijk dat de positie van cliënten beschermd moet worden als het gaat om die onvrijwillige zorg. Kan de minister uiteenzetten hoe de positie van de Wzd-functionaris geborgd is als het gaat om onvrijwillige zorg thuis? Hoe ziet het traject er dan precies uit? Wat zijn daarbij bijvoorbeeld de rol en verantwoordelijkheid van de huisarts?

Dan een laatste punt en dat betreft de invoering van de Wet zorg en dwang. Het is al vaker gezegd vandaag, de Wzd

kent een lange geschiedenis. Die is ontstaan om aan te sluiten op nieuwe en veranderende situaties in de zorg en om een wettelijke basis te bieden aan een uitvoeringspraktijk die zich aan het ontwikkelen is, maar is bovenal bedoeld om de positie van cliënten te beschermen. Juist om deze reden hecht mijn fractie aan invoering van de Wet zorg en dwang per januari komend jaar, maar tegelijkertijd is de VVD-fractie ook niet doof voor de vele vragen die er nog leven over het goed implementeren van deze wet, in het bijzonder als het gaat over de uitvoering in de thuissituatie.

Laat ik duidelijk zijn: een wet als deze, een wet die raakt aan de vrijheid en het zelfbeschikkingsrecht, vraagt en verdient een zorgvuldige invoering. Daar moeten we dus tijd en aandacht aan besteden. In de brief van de minister van afgelopen vrijdag staat dat we 2020 als een overgangsjaar gaan beschouwen. Dat klinkt op zich sympathiek, maar wat betekent het precies? Je kunt een wet niet half invoeren. Je kunt ook niet een beetje handhaven. Dus wat gebeurt er nu precies in het overgangsjaar? Hoe wordt in dat jaar toegewerkt naar volledige invoering? Waar ziet de Inspectie bijvoorbeeld wel en niet op toe in dat jaar? En kan de minister bevestigen dat de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet forensische zorg wel gewoon onverkort van kracht worden per 1 januari 2020?

Voorzitter, tot slot. Onvrijwillige zorg of zorg onder dwang passen we liever helemaal niet toe. Helaas is het soms toch nodig. Maar dan moet je als cliënt, als familie en als zorgverlener wel goed beschermd zijn. Daarover gaat de aanpassingswet die we vandaag behandelen. Ik kijk uit naar de beantwoording van de minister.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan de heer Van der Staaij van de fractie van de Staatkundig Gereformeerde Partij.

□

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Meneer de voorzitter. Toen ik zes jaar geleden het woord mocht voeren over deze wet begon ik mijn bijdrage met te zeggen dat het best lang had geduurd en dat er wel weer ingrijpende nota's van wijziging lagen, waardoor het toch wel weer behoorlijk veranderd was. Sinds die tijd is er nog weer het nodige gebeurd en is er ook voortschrijdend inzicht bijgekomen waar wij soms ook heel positief over zijn. Dat zijn we eigenlijk ook over de essentie van de wet. Daar kom ik zo meteen op. Tegelijkertijd had ik toen ook een best kritische bijdrage. Het was een jaar na verkiezingen en na zoveel werkbezoeken en zoveel gesprekken dacht ik: Tweede Kamer, let nou eens op dat jullie niet met allerlei goede doelen, zoals kwaliteit van zorg, elke keer weer nieuwe regels verzinnen, nieuwe overlegstructuren en nieuwe parafen. Toen dacht ik: is dit niet eigenlijk ook weer zo'n wet waar we dat weer aan het doen zijn? Nu, na weer een nieuwe verkiezingsronde, hebben we weer dezelfde gesprekken. Ik blijf dus ook altijd gemotiveerd om dit te zeggen. Het is belangrijk dat we goede rechtsbescherming en goede waarborgen hebben. Dat is helemaal waar, maar we moeten tegelijkertijd kijken naar wat dat betekent voor de werkvloer en of het echt nodig is wat we doen. Dat wilde ik even als achtergrond geven voor mijn bijdrage.

Laat er geen misverstand over zijn: het is allemaal verschrikkelijk ingewikkeld en er is heel veel gebeurd, maar gelukkig is er ook één ding heel helder. Dat is namelijk dat het uitgangspunt in deze wet: onvrijwillige zorg of dwangzorg: nee, tenzij. Dat is echt een cultuurverandering die ook vraagt om andere regels. Die kernboodschap staat nog steeds, ook wat de SGP-fractie betreft, recht overeind.

Voorzitter. Dan kom ik bij de belangrijkste inhoud van deze Wet zorg en dwang: de invoering van de Wzd-functionaris in plaats van een arts. Wij vinden dat een verbetering. Wij steunen deze aanpassing. Het sluit aan op wensen die met name zijn aangedragen door mensen die werken met mensen met een verstandelijk beperking. Daar wordt immers vaker onvrijwillige zorg ingezet die van pedagogische of psychosociale aard is. Gaat het om onvrijwillige medische zorg, dan blijft een arts de meest aangewezen hulpverlener om als toezichthouder te fungeren. Een instelling kan ook meerdere functionarissen aanstellen.

Doordat de Wzd-functionaris nu niet altijd meer een arts hoeft te zijn beperken we bijkomende kosten en administratieve lasten voor zorgaanbieders in de gehandicaptensector. Wat ons betreft stelt de minister terecht dat de inzet van een orthopedagoog-generalist of gz-psycholoog naar verwachting soms de kwaliteit van zorg juist ten goede kan komen. Ik vond het eigenlijk wel goed dat de heer Hijink daar stevig tegenin ging en vroeg of het eigenlijk wel nodig is. Daardoor krijgen we de discussie scherp. Ik heb goed naar hem geluisterd. Bij mij bleef een beetje hangen dat een arts toch iets hogers of iets beters is en daarmee sterkere rechtsbescherming zou omvatten. Die veronderstelling deel ik niet. Het gaat wat mij betreft echt om de meest toegespitste, de meest van toepassing zijnde zorg en vanuit dat perspectief vind ik het echt wel een verbetering en een goede zaak.

De heer Hijink (SP):

Het punt is natuurlijk — en dat wil ik bij dezen ook duidelijk maken — dat een arts wat mij betreft op geen enkele manier een beter mens is of van meer waarde is dan een ggz-psycholoog of een orthopedagoog. Daar gaat het natuurlijk helemaal niet om. Waar het wel om gaat, is dat artsen langer opgeleid zijn, breder opgeleid zijn en met name opgeleid zijn in het herkennen van medische oorzaken van problematisch gedrag. In de gehandicaptenzorg — ik heb die discussie net met mevrouw Hermans gehad — kan het gebeuren dat een psycholoog of een orthopedagoog medische oorzaken van problematisch gedrag over het hoofd ziet. Dat is niet alleen slecht voor de cliënt, voor de bewoner, maar dat is ook slecht voor de zorgverlener die het betreft. Zou dat gebeuren en zou het tot een tuchtzaak leiden of tot iets anders, dan zou die zorgverlener moeten erkennen dat hij de fout gemaakt heeft maar dat hij niet bekwaam is, niet opgeleid om te kunnen herkennen wat hij niet herkend heeft.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik heb dat gehoord en ik heb dat ook gewogen, maar het overtuigt mij niet. Ik vind het wat vergezocht om juist voor die specifieke functionaris in het kader van deze Wet zorg en dwang qua eindverantwoordelijkheid te toetsen of het traject goed doorlopen is en dan te zeggen: ja, maar je zou iets medisch over het hoofd hebben kunnen zien en daarom

moet het een arts zijn. Ik vind dat geen overtuigende argumentatie.

De heer Hijink (SP):

Kijk, het is niet een arts die in beginsel de eerste stappen zet, de eerste voorstellen doet of het plan schrijft. Dat is de rol van de zorgverantwoordelijke. Het is wel een arts die aan het eind van de rit kan besluiten of in het hele traject goed is gehandeld. En dan ligt het juist wel voor de hand om dat extra paar ogen te laten meekijken, zodat je over het hele brede palet een goede inschatting kunt maken. Je kunt zeggen dat de SP er met gestrekt been in gaat en aan de ene kant gaat hangen, maar we moeten ook niet aan de andere kant gaan hangen en doen alsof die arts, met name de arts verstandelijk gehandicapt, niet heel veel weet over gedrag of over hoe je met gehandicapt moet omgaan en waar gedrag vandaan kan komen. Juist die artsen zijn daartoe opgeleid en kunnen die rol heel goed op zich nemen. We moeten niet de andere kant op doorslaan, namelijk dat zij dat helemaal niet zouden kunnen.

De heer Van der Staaij (SGP):

De stellingname van de heer Hijink is helder. In zijn algemeenheid ben ik het ermee eens dat we nooit naar één kant moeten doorslaan.

Voorzitter. Nu de minister de functie van een Wzd-functionaris creëert, ga je toch eens even kijken naar de goede werking en uitvoerbaarheid van de wet. Juist als het gaat om het functioneren van de Wzd-functionaris kunnen we diens positie optimaliseren zodat de kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk wordt en de administratievelastendruk zo laag mogelijk is. Ik heb de verleiding weerstaan om uit de bijdrage van 2013 al die goede ideeën die we toen hadden opnieuw naar voren te brengen en te denken: nieuwe ronde, nieuwe kansen. Ik snap dat er nu een fase ontstaat waarin we aan de slag moeten met wat er ligt. We kunnen nog een aantal wijzigingen voorstellen en meenemen, maar het heeft nu zijn beperkingen in dit wetgevingsproces in Tweede en Eerste Kamer.

Ik wil twee concrete punten aankaarten die betrekking hebben op de manier waarop zo'n Wzd-functionaris vormgegeven kan worden zodat hij of zij het werk goed kan uitvoeren. Het eerste punt is de vrijwillige beperking van bewegingsvrijheid. Ik heb daar een amendement op ingediend. Mijn voorstel is om de wet zo te wijzigen dat bij vrijwillige beperking van de bewegingsvrijheid bij wilsonbekwame cliënten volstaan kan worden met toetsing door de Wzd-functionaris. Dit zorgt ervoor dat goede zorg, zorg die nuttig en zinvol is, gewoon geleverd kan worden zonder dat het hele stappenplan doorlopen hoeft te worden.

Artikel 2, lid 2, bepaalt nu dat het stappenplan ook gevolgd moet worden. Wij besluiten over vrijwillige zorg bij wilsonbekwame patiënten, zoals beperking van de bewegingsvrijheid. De minister zegt in de beantwoording dat de toepassing van het stappenplan ook in deze situatie gerechtvaardigd is. Concreet valt hieronder onder meer de toepassing van een bedhek om te voorkomen dat een wilsonbekwame cliënt uit bed valt, of het gebruik van een blad om te voorkomen dat een cliënt onderuit zakt in een rolstoel. Is de cliënt wel wilsbekwaam, dan kan het bedhek worden toegepast zonder die besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige

zorg te volgen. Gaat het om een wilsonbekwame patiënt, dan moet het echter wel, ook als de vertegenwoordiger ermee instemt en de cliënt zich er niet tegen verzet. Wij vinden toepassing van het stappenplan in zo'n situatie, waarin dus vrijwillige zorg wordt verleend, niet proportioneel. Wij stellen daarom voor om artikel 2, lid 2 zo te wijzigen dat bij de toepassing van een maatregel die de bewegingsvrijheid beperkt op vrijwillige basis, alleen artikel 11a Wzd, toetsing van het zorgplan door de Wzd-functionaris, van toepassing is, maar niet het hele stappenplan. Dat is de toelichting op dit amendement, dat inmiddels onder stuk nr. 12 is ingediend.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik heb een vraag aan de heer Van der Staaij, zodat ik het amendement goed begrijp. De heer Van der Staaij stelt een lichter regime voor op het moment dat er sprake is van vrijwillige zorg. Als dat klopt, zou mijn vraag de volgende zijn. We hebben het over wilsonbekwame patiënten. Nodigt dit amendement eerlijk gezegd niet uit tot weer allerlei discussies over wat vrijwillig en onvrijwillig is? Dan gaat dáár die discussie over, terwijl je nu in de wet een heel zorgvuldig stappenplan hebt. Dus leidt het niet tot meer discussies en meer onzorgvuldigheid? Dat zou mijn vraag zijn.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik begrijp de vraag, maar ik ben van mening dat dat niet het geval is, omdat je eigenlijk aansluit bij een bestaande systematiek. Die moet gevolgd worden en die moet bekend zijn: hoe ga je om met zorg, zoals bijvoorbeeld dat bedhek of dat rolstoelblad, in het geval een cliënt wilsbekwaam is en zegt dat hij het een prima idee vindt? Dan hoeft je namelijk niet een hele procedure te volgen. Mijn voorstel is: als de vertegenwoordiger, die daarmee eigenlijk in de plaats treedt van die wilsonbekwame cliënt, zegt "natuurlijk, helemaal mee eens", volg dan exact dezelfde procedure.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Bij een bedhekje ben je er dan misschien snel over uit, hoewel daar misschien ook wel discussie over kan ontstaan. Maar ik kan me zo voorstellen ... Ik noem als voorbeeld kalmeringsmiddelen. De cliënt kan daarbij misschien duidelijk maken: nou, prima. De familie denkt ook: nou, dit is best wel een crisissituatie, dus waarom niet? En zo wordt eigenlijk iets wat onvrijwillig is, vrijwillig gemaakt. Je hoeft dan namelijk ook niet dat stappenplan te doorlopen. Hoe kijkt de heer Van der Staaij daartegen aan?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik begrijp de redenering, maar dan zou dat ook van toepassing zijn op situaties waarin iemand gewoon wilsbekwaam kan zeggen: maar ik ben het eens met deze zorg. Dan is dat ook geen dwangzorg. En als het gaat om ingrijpendere of verregaandere inperking van de bewegingsvrijheid of wat dan ook, dan geldt in de systematiek van de wet ook dat zwaardere regime van het stappenplan.

Voorzitter. Dat was de toelichting op mijn amendement.

Het tweede punt gaat over wijkverpleegkundigen. De minister geeft aan dat hij met deze wet maatwerk mogelijk

wil maken en de zorgaanbieder de ruimte wil geven om een verantwoorde keuze te maken. Dat is een mooi uitgangspunt; dat delen wij. De minister wil dat alle vormen van ambulante onvrijwillige zorg verleend kunnen worden. Hierbij heeft de wijkverpleging een belangrijke rol. In het verslag hebben wij daarom gevraagd of wijkverpleegkundigen kunnen worden aangewezen als Wzd-functionaris. Het antwoord was: dat kan niet, want verpleegkundigen zijn niet academisch opgeleid. Maar mijn vraag is: is die eis van die academische opleiding in deze context nu echt per se nodig?

De wijkverpleegkundige, en dan heb ik het over hbo-geschoolde wijkverpleegkundigen, is bij uitstek gekwalificeerd om een zorgplan te beoordelen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen. Hij of zij is BIG-geregistreerd en valt onder het publiekrechtelijk tuchtrecht. Wij zouden ons daarom heel goed kunnen voorstellen dat de wet de mogelijkheid biedt om een wijkverpleegkundige als Wzd-functionaris aan te wijzen. En beperk je daarmee niet de uitvoering van die ambulante onvrijwillige zorg? Ik heb even overwogen om een amendement op dit punt in te dienen, maar aan de andere kant heb ik gedacht: het gaat te ver om dat nu weer helemaal bij deze wetsbehandeling te betrekken, vanuit het gezichtspunt dat ik net naar voren bracht. Maar mijn vraag zou nu zijn: zou u toch nog naar dit punt willen kijken, ook in de praktijk, en zou u willen onderzoeken of daar reële mogelijkheden voor zijn in de praktijk? Dat is de vraag die ik aan de minister wilde stellen.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik zit nog even na te denken over het amendement van de heer Van der Staaij. Ik heb daar toch nog een vraag over. De Wet zorg en dwang is bedoeld voor rechtsbescherming van cliënten maar die moet ook een duidelijk houvast bieden voor zorgverleners die met onvrijwillige zorg te maken krijgen. Is de heer Van der Staaij niet bang dat we met dit amendement eigenlijk weer een nieuwe systematiek, een tweede systematiek, in de wet introduceren die opnieuw voor onduidelijkheid zal zorgen en tot heel veel discussie zal leiden over de vraag of we nu voor de ene of voor de andere systematiek gaan kiezen?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik begrijp het punt. Ik denk het niet, omdat ik geen nieuwe systematiek invoer. Dan zou het eerder aan de orde zijn. Ik sluit eigenlijk aan op een bestaande systematiek: het overeenkomstig toepassing geven aan artikel 11a, eerste lid en tweede lid. Het gaat erom dat je eigenlijk vrij eenvoudig het "ja" zeggen van de wettelijk vertegenwoordiger in de situatie van de wilsonbekwame cliënt gelijkstelt met de situatie waarin de cliënt zelf "ja" zegt. En het gaat erom dat bij de vraag of datgene wat er verder moet gebeuren onderdeel moet zijn van een zorgplan dan wel dat er een heel stappenplan moet worden doorlopen, je het regime van de wet volgt.

Voorzitter. Tot slot nog iets over de nota van wijziging. In de nota van wijziging wordt voorgesteld dat een Wzd-functionaris alleen tot aanpassing van een zorgplan kan beslissen na instemming van een niet bij de zorg betrokken arts. Het gaat daarbij om zorgplannen waarin de meest voorkomende vormen van onwillige zorg zijn opgenomen en om alle zorgplannen van wilsonbekwame cliënten waarin

deze vormen van zorg op vrijwillige basis zijn opgenomen. Kort en goed, er wordt met de nota van wijziging een aanpassing voorgesteld om tegemoet te komen aan kritische noties van onder anderen Kamerleden, zo las ik. Maar het roept ook weer nieuwe vragen op, is zojuist gebleken. Wat zou er dan eigenlijk verkeerd gaan als de suggestie van mevrouw Hermans gevolgd wordt en dit toch teruggedraaid zou worden? Wat zou er dan misgaan of wat zou er dan onduidelijk zijn?

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik vind dat het amendement wel sympathiek klinkt, maar ik heb nog een beetje zitten graven en zoeken. Klopt het dat u het amendement eerder in stemming heeft gebracht en dat het toen is afgestemd?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Niet dit amendement. Als je met zo'n wet bezig bent, is er sprake van voortschrijdend inzicht naar alle kanten. Toen was het radicaler vormgegeven dan nu. Dit is een mildere variant om eigenlijk tegemoet te komen aan de zorgen die er zijn. Het is dus niet geheel gelijklopend.

De heer **Slootweg** (CDA):

Kunt u dan misschien aangeven waarin het precies verschilt?

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Het punt is dat nu uitdrukkelijk ook de voorwaarde wordt gesteld ... Ik pak mijn toelichting er even bij. Het punt is dat met name de rol van het zorgplan scherper uit de verf komt dan in het oorspronkelijke amendement.

Voorzitter. Dat waren mijn opmerkingen in eerste termijn.

De **voorzitter**:

U bent gederadicaliseerd!

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ja, dat zou je kunnen zeggen.

De **voorzitter**:

Ik stel het vast.

Dan mevrouw Bergkamp van de fractie van D66.



Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Wij bespreken vandaag de wijziging van de Wet zorg en dwang. Ik denk dat de volgorde waarin dit twee woorden staan, alles zegt over deze opvolger van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, want het gaat in eerste instantie over zorg en dan pas over onvrijwillige zorg, oftewel dwang.

De kern van de Wzd is nee, tenzij. Zorg voor ouderen met dementie en mensen met een beperking moet zo veel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvinden, tenzij het echt

niet anders kan. Dat is het uitgangspunt van de Wzd. Mijn fractie stond dan ook positief tegenover de opvolger van de Wet BOPZ. Zij heeft er ook voorgestemd. Die past, denk ik, ook veel beter bij deze tijd. Ik vond dat de heer Hijink een mooi beeld gaf van de geschiedenis, als het gaat over de jeugdzorg en waar we nu staan. Ik heb in eerdere bijdrages al gehoord dat deze wet ook belangrijk is om een cultuurverandering te realiseren. Zoals gezegd, we bespreken vandaag niet de Wzd maar de aanpassingswet. In essentie gaat het eigenlijk over de uitbreiding tot de Wzd-functionaris en het feit dat het niet alleen de arts hoeft te zijn. Het kan ook de orthopedagoog-generalist zijn en de gz-psycholoog.

Dit is geen makkelijke wet om te overzien, temeer omdat diverse belangenorganisaties lijnrecht tegenover elkaar staan. Breid de functie uit conform het wijzigingsvoorstel, zeggen de gehandicapten- en de ouderensector. Of perk het voorstel juist in, zodat de arts altijd eindverantwoordelijk is, zeggen de artsen. Hetzelfde geldt eigenlijk over de invoering van de Wzd. Zorg voor een overgangsjaar, voer het zo snel mogelijk in, stel het uit. Dus dat is lastig.

Laat ik het zo zeggen richting de minister: het cocreatietraject waar de minister het in zijn brief van 7 juni over heeft, heeft nog niet echt geleid tot een gezamenlijkheid in de uitwerking en de uitvoering. Bij de voorbereiding van deze wet stond bij mij dan ook de vraag centraal: is deze wet nou klaar ter behandeling? Ik wil daarbij ook met name VGN bedanken. We hebben de afgelopen dagen zeer veel contact gehad, zelfs met Pinksteren. Het antwoord op de vraag die ik mij eerder stelde is: ja, ik denk dat de wet klaar is om te behandelen.

Allereerst omdat de Eerste Kamer natuurlijk al een heel belangrijke bijdrage heeft geleverd, reeds in 2017. De Eerste Kamer heeft ook een brief ontvangen waarin eigenlijk de aanpassingswet al is aangekondigd. Een misschien wat ongebruikelijk proces, maar we beginnen dus niet vanaf nul. Daarnaast vinden we het ook belangrijk dat het veld en iedereen die te maken heeft met deze vorm van zorg en dwang ook duidelijkheid krijgt. En tot slot bespreken we vandaag ook een belangrijke spoedwijziging aan de Wvvgz.

Voorzitter. De Wzd-functionaris speelt een ongekend belangrijke rol in het kader van de Wzd. Hij, of zij, ziet op een onafhankelijke wijze toe op de inzet van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw hiervan. En ook is de functionaris verantwoordelijk voor de gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg en kan hij in dat kader ook het zorgplan laten aanpassen.

Kwaliteit van de zorg en rechtsbescherming van de cliënt moeten hierbij centraal staan. Het gaat daarbij om de vraag: wie is hiervoor nou het beste toegerust in de praktijk? De ervaringen in de gehandicaptensector geven aan dat dat vaak een gedragsdeskundige kan zijn, de orthopedagoog-generalist en de gezondheidspsycholoog. Wij snappen dan ook deze wijziging als het gaat over de gehandicaptensector.

Deze sector is gewoon ook een vak apart en we kunnen ons dan ook vinden in de argumenten om te komen tot een uitbreiding. Mensen met een verstandelijke beperking zijn per definitie ook niet ziek. In deze sector staat centraal het verbeteren van de kwaliteit en het meedoen aan de samenleving.

Uiteindelijk gaat het — ik merkte dat net ook in de interruptiedebatten — om een samenspel van deskundigen. Daar gaat het om, waar je ook bent in de zorg. Uiteindelijk is de crux het samenspel van deskundigen. Een orthopedagoog-generalist of gz-psycholoog kan op medisch gebied niet de taak van de arts overnemen en vice versa.

Voorzitter. Alles overziend, heeft mijn fractie nog wel een aantal vragen.

De uitbreiding die de minister beoogt, gaat alleen om het toezicht of de onvrijwillige zorg nodig en doelmatig is. De Wzd-functionaris die toezicht houdt, gaat niet opnieuw de beslissingen van de artsen overdoen. Er is dus een verschil tussen de behandelende arts en de Wzd-functionaris. Dat is voor ons cruciaal. Graag een bevestiging.

En is de wet ook flexibel genoeg zodat, afhankelijk van de cliënt, of het nou gaat om een zieke cliënt of een gezonde cliënt, je daarin ook kan wisselen wie de Wzd-functionaris is, dus dat je ook als instelling meerdere Wzd-functionarissen kan hebben, of een Wzd-functionaris en een Wzd-arts? Graag een verduidelijking op dit punt.

Kan de minister ook nog een keer toelichten waarom hij niet gekozen heeft — de SP kwam daar ook mee — voor een vorm van mandatering? Dat had natuurlijk misschien ook gekund. Waarom is daar niet voor gekozen?

Voorzitter. De zorgverantwoordelijke wordt in de ministeriële regeling verder uitgewerkt. Het lijkt ons goed dat deze ook een voorhang krijgt, want de zorgverantwoordelijke — ik gaf dat aan het interruptiedebat met mevrouw Hermans — speelt hierin een belangrijke rol en heeft ook de juiste deskundigheid nodig om bijvoorbeeld de oorzaak van gedrag te achterhalen en om passende maatregelen in te zetten. Als het bijvoorbeeld gaat over de ggz, dan zien we dat die zorgverantwoordelijke aan artikel 3 Wet BIG moet voldoen. Het moet dus een BIG-geregistreerde zijn. Hoe kijkt de minister daartegen aan?

Dan over de nota van wijziging. Daar is ook al voldoende over gezegd. Het lijkt wel of niemand blij is met die wijziging. De wet is er ook niet per se duidelijker op geworden. Ik denk dat het belangrijk is dat de minister een toelichting geeft op de achtergrond van deze wijziging. Wat heeft hij beoogd en is dat ook gelukt? Daarover zijn verschillende interpretaties. Hoe zit het bijvoorbeeld met de rol en verantwoordelijkheid van de functionaris in het stappenplan om te komen tot een zorgplan waar onvrijwillige zorg onderdeel van uitmaakt? Wat is de rol van de externen? Daar zijn meerdere interpretaties over, dus ik denk dat het handig is dat de minister daar een toelichting op geeft.

Dan hebben we nog een aantal vragen over de vg-sector. Hoe voorkom je dat de zorgaanbieder door schaarste van artsen de verkeerde keuze maakt als het gaat over de Wzd-arts of -functionaris, namelijk niet op basis van zorginhoudelijkheid of van wat een cliënt nodig heeft? Zijn er voldoende orthopedagogen, generalisten en gz-psychologen op de arbeidsmarkt? Voldoen deze specialisten al aan het gevraagde? Het opleidingsbesluit gaat immers op 1 januari 2020 in werking.

Dan heb ik nog een aantal vragen over de pg-sector en de verpleeghuizen, met betrekking tot psychogeriatrische klachten en dementiezorg. Ik zie eerlijk gezegd te weinig

terug van de onderbouwing en de aandacht die dit krijgt in de nota. Ik vraag dan ook aan de minister waarom deze uitbreiding ook van toepassing is op de verpleeghuissector. Wanneer heb je in een verpleeghuis nou te maken met een orthopedagoog, een generalist of een gz-psycholoog?

Ook wordt de Wzd ambulante ingevoerd. Daar zijn echt nog onduidelijkheden over. Het is onontgonnen terrein. Vandaar een aantal vragen hierover. Is deze werkwijze nou eigenlijk al helder voor de wijkverpleging en geclusterde woonvormen? Wat moet je doen in pgb-situaties, waarbij de ouder de verantwoordelijkheid heeft? Daarover zijn veel vragen. Hoe gaat het straks met onvrijwillige zorg? Hoe vindt straks, als het gaat over een thuissituatie, het samenspel plaats tussen de Wzd-functionaris, de wijkverpleegkundige, cliënt en familie? Hoe gaat het nu en hoe gaat het straks?

Dan over de cliëntvertrouwenspersoon. ik ben blij dat de regering naar aanleiding van onze vragen nog een wijziging in de wet heeft aangebracht. Het is belangrijk dat cliënten en vertegenwoordigers weten dat zij recht hebben op advies en bijstand van de cliëntvertrouwenspersonen. Het kan namelijk soms moeilijk zijn om rechtstreeks een gesprek aan te gaan met degene over wie je ontevreden bent, bijvoorbeeld een begeleider. De cliëntvertrouwenspersoon kan iemand dan advies geven of ondersteunen bij een gesprek. Wij zijn blij dat de zorgaanbieder verplicht wordt om de cliënt en zijn vertegenwoordiger te informeren over de mogelijkheden van de cliëntvertrouwenspersoon. Wat ons betreft is dat een versterking van de positie van de cliënt en zijn familie.

Dan over de inwerkingtreding van de wet. Nogmaals, er zijn diverse geluiden over hoe het moet. Zelf heb ik ook vraagtekens als het gaat over die ambulante situatie, de situatie thuis en als het gaat over verpleeghuizen. Hoe gaan we daarmee om? Dat wordt natuurlijk extra gevoeld door een brandbrief, die op zich wel collectief wordt gedeeld, van ActiZ, V&VN, LHV en NVAG: toch niet de minste organisaties als we kijken naar de opdracht die deze wet geeft of die daaruit voortvloeit. Wat moeten we dan doen gehoord al deze zorgen?

Want er moet nog veel gebeuren. De aanpassingswet moet nog door beide Kamers. Er moeten nog ministeriële regelingen worden opgesteld. Er moet nog invulling worden gegeven aan de regels over registratie. Er moet duidelijkheid komen over bijvoorbeeld het niet-aangeboren hersenletsel, huntington en korsakov. Het accommodatiebegrip moet nog worden uitgewerkt. Er moet dus nog heel veel gebeuren en dan zijn dit eigenlijk nog maar wettelijke stappen die nog doorlopen moeten worden. Graag een reflectie van de minister op die invoeringstermijn voor de Wzd, dus de algemene wet.

Verder geeft de minister aan dat hij nadenkt over een overgangstermijn. Dat zou eventueel een oplossing kunnen zijn. Dat vraag ik ook aan de minister. Dan moet wel heel duidelijk zijn wat dat overgangsjaar inhoudt en wat de rol van de inspectie is. Gaat de inspectie daar eigenlijk wel mee akkoord? Daarom wil ik de minister ook vragen om op zeer korte termijn daarover duidelijkheid te geven. Als er zo'n overgangstermijn komt, wat misschien best een oplossing kan zijn — wat betekent dat dan? Dan denk ik ook aan al die professionals, die natuurlijk ook moeten weten wat er in dat jaar gebeurt. Dan leg ik ook maar weer de nadruk op het ambulante, de kleine wooninitiatieven en de verpleeg-

huizen, waar het gewoon nog meer onontgonnen terrein is. Graag een toezegging op dit punt. Volgens mij krijg ik mijn toezegging al. Dat is heel fijn.

Voorzitter. De regering heeft er ook voor gekozen om kinderen jeugdpsychologen niet toe te laten tot de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ook wel de Wet BIG genoemd. Die redenering kunnen wij volgen, maar toch zou het fijn zijn om een beetje te horen hoe dat traject er nu uitziet als het gaat over die Wet BIG. Welke functiegroepen worden er nu wel toegelaten en waarom andere niet? In het kader van dit wetsvoorstel snap ik de argumentatie van de minister.

Voorzitter, dan ben ik bijna bij mijn laatste punt. Ik kom aan mijn slotwoorden, maar eerst nog een aanpalend punt. Als een cliënt met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking Wlz-zorg moet ontvangen maar de cliënt niet zelf in staat is om hierover een weloverwogen beslissing te nemen, zijn er twee besluiten nodig. Er moet een Wlz-indicatie worden aangevraagd, waarin duidelijk wordt dat de cliënt recht heeft op de Wet langdurige zorg. Het tweede besluit betreft de opname en het verblijf. Nu doet zich een probleem voor, want familieleden kunnen wel een verzoek doen bij het CIZ over opname en verblijf, maar niet een aanvraag als het erom gaat een beroep te doen op die Wlz. Dat is op zich raar, omdat daar in de praktijk blijkbaar wel werkafspraken over gemaakt zijn. Met andere woorden, de praktijk voldoet nu niet aan de wet. Dat is ook de reden dat ik samen met de heer Renkema van GroenLinks daar een amendement over heb ingediend. Anders krijg je namelijk een heel ingewikkeld traject. Dan zou je een mentor moeten aanvragen. Dat moet geregeld worden via de kantonrechter. Juist gezien de situatie van deze wet en ook gezien het feit dat dit in de praktijk al zo wordt toegepast, hebben wij een amendement ingediend om de praktijk de wettelijke steun te geven. Dus vandaar dat wij dit amendement hebben ingediend.

Voorzitter, afrondend. Ik denk dat er in dit wetsvoorstel een mooie balans gevonden is tussen zorgvuldigheid en regels. Dat is best heel lastig, zoals ik net al aangaf, gezien de verschillende meningen die erover zijn. Wij hebben nog wel een aantal vragen en wij kijken uit naar de beantwoording door de minister.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Hermans.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik heb een vraag aan mevrouw Bergkamp over het amendement waar zij zojuist een toelichting op gaf. Ik herken inderdaad de problematiek die onder dit amendement ligt. Ik heb er wel een vraag over. Het amendement is bedoeld om de bestaande praktijk in de wet vast te leggen, juist ook om rechtsbescherming en houvast te bieden. Die termen zijn al vaker gevallen vandaag. Weten we nu eigenlijk voldoende of de praktijk die het CIZ op dit moment toepast ook de praktijk is die we zouden moeten gaan vastleggen in de wet? Hebt u daar een beeld van, of is het misschien beter om dat nog eens te evalueren en goed te bekijken of we hier nu echt het probleem mee oplossen waar we in de praktijk tegenaan lopen?

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik dank mevrouw Hermans voor haar vraag. Ik heb daar eerder met mevrouw Ellemeet schriftelijke vragen over gesteld. In de beantwoording van de minister werd eigenlijk tot uitdrukking gebracht dat dit de staande praktijk is. Er zijn dus afspraken gemaakt om dit zo te hanteren. Er is ook aangegeven dat we hier wel een probleem te pakken hebben. Het lijkt mij dus belangrijk dat er helderheid wordt geboden en dat we een situatie die wettelijk eigenlijk niet kan nu gewoon ook wettelijk maken. Ik denk namelijk dat dat ook gewoon een goede oplossing is in deze situatie.

Mevrouw Hermans (VVD):

Een aanvullende opmerking. Dit speelt breder dan alleen de wet die we vandaag behandelen. Het speelt ook in de Wlz-zorg in het algemeen. Dat schrijft u ook in de toelichting. Daarom vraag ik mij af of de praktijk die we nu gaan vastleggen het hele probleem oplost. Hebben we dat voldoende in beeld of zouden we daar eerst nog wat nader naar moeten kijken? Want we zetten hiermee natuurlijk wel een stap in de wetgeving.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik denk van niet, ook omdat het een afgebakend amendement is. Dit amendement gaat dus niet over de Wlz-zorg in brede zin. Het is echt toegespitst op de situaties van zorg en dwang. Vandaar dat ik ook denk dat het passend is in dit debat en dat het past bij de beantwoording van de minister op onze eerder gestelde vragen.

De heer Slootweg (CDA):

Zorgvuldigheid is het kernwoord, als ik de inbreng van mevrouw Bergkamp beluister. Over zorgvuldigheid hadden wij nog een vraag met betrekking tot de externe deskundigen. Is mevrouw Bergkamp het niet met mij eens dat het toch juist zorgvuldig is om die externe deskundigen, als je die hebt, aan de kop van het proces zet en niet pas later gebruikt, als er sprake is van afbouw van onvrijwillige zorg? Wat is de opvatting van mevrouw Bergkamp daarover?

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik heb de inbreng van het CDA goed beluisterd. Het voorstel van de minister was voor mij afdoende. Op het moment dat je dingen in termijnen gaat wijzigen, komt er een frisse blik van buiten. Het CDA wil dat meer aan het begin. Ik ben heel benieuwd naar de reactie van de minister. Ik denk dat het een soort balanceren is geweest om deze aanpassingswet te maken en ik kan nu niet overzien wat het betekent als je in dat proces iets wijzigt.

De heer Slootweg (CDA):

Dan gaan we dat beiden beluisteren, denk ik.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. De laatste spreker van de zijde van de Kamer is mevrouw Agema van de fractie van de Partij voor de Vrijheid.



Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Over iets meer dan een halfjaar wordt de nieuwe Wet zorg en dwang van kracht. Wij zijn duidelijk geweest: we zijn mordicus tegen dwangzorg thuis.

De deur op slot draaien om te voorkomen dat iemand op straat gaat dwalen. Een plankje op de stoel monteren om voorover vallen te voorkomen. Rustgevende medicatie in de koffie doen. In keukenkastjes op zoek gaan naar scherpe voorwerpen en die weghalen. Webcams ophangen. Het mag nu allemaal uitsluitend met de nadrukkelijke instemming van de bewoner. En straks niet meer. Dat geeft mij een knoop in de maag.

De financiering van 80.000 verzorgingshuisplekken werd in 2013 en 2014 gestopt, zogenaamd omdat onze hoogbejaarden dat zelf wilden. Inmiddels weet iedereen beter en wordt er geforceerd gezocht naar iets tussen thuis en verpleeghuis. Nu wonen beginnend dementerenden, maar ook mensen met gevorderde dementie thuis, vaak met een partner die al oud is, maar ook heel vaak alleen. Zo'n 15.000 mensen wachten op een plek in een verpleeghuis. Zie die dwangzorg thuis maar eens te organiseren. Zie dat "nee, tenzij" maar eens te organiseren. Als het tijd wordt voor dwangzorg, wordt het tijd voor opname in een instelling met 24 uurtoezicht en zorg in de nabijheid. Daar blijf ik bij.

Er wordt nog volop aan deze wet gesleuteld. Diverse brancheorganisaties hebben om uitstel gevraagd. In zijn brief van 7 juni hebben we kunnen lezen dat de minister 2020 bestempelt als een overgangsjaar. Maar wat betekent dat concreet? Gaat de inspectie per 1 januari 2020 handhaven of juist niet? Heeft de inspectie eigenlijk wel genoeg menskracht? Hoe gaat de inspectie het vormgeven als het gaat om dwangzorg thuis?

Ik zal mij vandaag inhoudelijk verder beperken tot de voorliggende wetswijziging van de titel Wzd-arts, die wordt vervangen door de Wzd-functionaris, wijziging A. Hiermee komt deze functie vervulling niet meer uitsluitend toe aan artsen, maar ook aan ggz-psychologen en de orthopedagoog-generalist. Zij gaan toezien op de uitvoering van onvrijwillige zorg of vrijheidsbeperkende maatregelen. Maar dit voorstel verhoudt zich vreemd tot het met bijna algemene stemmen aangenomen amendement-Leijten uit nog maar 2017. Dat amendement riep op tot, ik citeer: "De functie van Wzd-arts kan worden vervuld door een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk beperkten of een andere deskundige arts." Ik zie een bijna Kamerbreed aangenomen amendement dat spreekt over "arts, arts, arts", een amendement dat pas anderhalf jaar geleden werd aangenomen. En nu zien we, wegens praktische bezwaren, een uitbreiding met anderen dan artsen. Begrijp me niet verkeerd: de opleiding tot gz-psycholoog is postuniversitair en postmaster, en orthopedagogiek is dat ook. Maar wat krijgen we nu voor wet?

Vreemder nog is wijziging B. Ik citeer: "Het voorgestelde derde lid bepaalt dat voor zover een Wzd-functionaris geen

arts is, hij slechts aanwijzingen geeft tot aanpassing van het zorgplan na overleg met en instemming van een niet bij de zorg betrokken arts, als die aanwijzingen gaan over het toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles, andere medische handelingen of overige therapeutische maatregelen, het beperken van de bewegingsvrijheid of insluiting, ook wanneer die zorg in het zorgplan wordt opgenomen als er geen sprake is van verzet." Het is echt niet duidelijk. Het is vreemd. Ik ben heel erg benieuwd naar het verhaal van de minister, want alles wat ik op papier gelezen heb, wekt mijn verbazing. Krijgen we straks een A-lijst voor de orthopedagoog-generalist en de gezondheidszorgpsycholoog en een B-lijst voor de arts? De gps-tracker, wordt dat straks een B? Het innemen van een mobiele telefoon, wordt dat straks een A'tje? Afschermen van website, is dat een A'tje? Dwingend dagprogramma, is dat een A? Een opgelegd dieet — want iemand is te dik — is dat toch weer B? De fiets op slot, is dat ook een B-lijst? De psychofarmaca, dat lijkt me toch de B-lijst. De deur op slot draaien om te voorkomen dat iemand gaat dwalen op straat lijkt me ook een B'tje. Een plankje op de stoel monteren tegen het voorovervallen lijkt me ook een B. Medicatie in de koffie doen — daar had ik het al over, de psychofarmaca — is een B. In de keukenkastjes op zoek gaan naar scherpe voorwerpen en die weghalen: een A'tje? Webcams ophangen?

Voorzitter. Volgens mij is dit echt totale chaos. Als dit echt de uitwerking is zoals we die krijgen, vind ik dat we die uitwerking hier in de Kamer moeten kunnen bespreken. Ik vind onderdeel B, zoals we dat in de wijziging hebben gekregen, dus te summier, en ik vind het te veel onduidelijkheid scheppen. Ik zou graag een uitgebreide reactie van de minister krijgen over hoe hij dit denkt op te lossen. Of misschien heeft hij een totaal andere opvatting over het dilemma dat ik zojuist schetste.

Ten slotte het derde en laatste punt dat ik wil aansnijden: de zonnige voorspelling van de minister wat betreft de administratievelastenverlichting. Waarom denkt de minister dat dat hosanna zal zijn als volgens de Wzd straks voor elk onderdeel aan dwangzorg dat men wil toevoegen, overleg gevoerd zal moeten worden, een stappenplan doorlopen gaat worden? Gaan de artsen die deze dwangmaatregelen in die, nogmaals, weezinwekkende thuissituatie toetsen dan wel goedkeuren, dat bij de betrokkene thuis doen? Gaan ze oog in oog duidelijk maken wat er gaat gebeuren? Hoe doe je dat eigenlijk bij gevorderd dementerenden?

Voorzitter. Ik heb heel erg veel vragen over deze twee wetswijzigingen. Ze zijn voor mij niet duidelijk, en ik ben heel erg benieuwd naar het verhaal van de minister.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dat gaan we beluisteren om 17.00 uur precies. Ik schors tot de klok van 17.00 uur.

De vergadering wordt van 16.40 uur tot 17.19 uur geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de minister. Ik hoop er vandaag geen nachtwerk van te maken, maar dat is in de handen van u allen.

Het woord is aan de minister.



Minister De Jonge:

Dank, voorzitter, voor deze aanmoediging op voorhand. Maar de Kamer heeft een kloek aantal vragen gesteld. Dat snap ik ook, want het gaat over een serieuze wet, die al heel lang in behandeling is. De heer Van der Staij heeft er de langste herinnering aan, die hij ook met ons heeft gedeeld. Hij vond het een aantal jaren geleden al heel erg lang duren, en inmiddels staan we hier weer, over een aanpassing van met name de Wet zorg en dwang. Voor mij heeft dit een achtergrond in mijn eerste wetsbehandeling in de Eerste Kamer, waarbij de Eerste Kamer eigenlijk gewoon deed wat je hoopt en verwacht dat ze doet, namelijk de uitvoerbaarheid van de wetten die ze van uw hand krijgt, kritisch tegen het licht houden.

Dat heeft de Eerste Kamer gedaan. We hebben daar een heel grondig debat over gevoerd. Daarin heeft de Eerste Kamer mij overtuigd dat het op een tweetal punten echt anders moest. Dat tweetal punten heb ik ondergebracht in een aanpassingswet. Daar heb ik u in december 2017 van op de hoogte gebracht, in afschrift van een brief die ik stuurde aan de Eerste Kamer ter voorbereiding op de behandeling daar. Bij die gelegenheid bracht ik ook u op de hoogte van een wijziging waarvan ik dacht dat die beter tegemoet zou komen aan de uitvoeringspraktijk. Ik wil dit straks uiteraard graag toelichten.

Dat zal dan ook het eerste blokje van mijn beantwoording zijn. Ik weet dat u dat altijd registreert, voorzitter. Ik denk ook dat dit het meest lijvige blokje zal zijn, want over dit punt is een serieus aantal vragen gesteld. Het tweede blokje van de beantwoording gaat over een brief die ik u hebt gestuurd over het eerste jaar van invoering willen zien als een overgangsjaar. Dat staat de facto los van de wetswijziging, de aanpassingswet zoals die hier ligt, want zoals ik net schetste, is die aanpassingswet slechts een aanpassingswet op basis van de twee punten die ik bij de behandeling in de Eerste Kamer heb ervaren als pregnante punten waarmee ik iets moest. Niettemin snap ik heel goed dat u de vragen op dit punt wel stelt. Dat is dus blokje twee. Blokje nummer drie betreft de varia. Bij iedere behandeling in welk debat dan ook, hoort er een blokje varia te zijn, tradities moet je in ere willen houden. Blokje vier betreft de amendementen zoals die mij op dit moment zijn geworden. In uw inbreng heeft u er meer aangekondigd, maar ik doe in ieder geval de amendementen zoals die mij op dit moment zijn geworden. Die voorzie ik vast van een reactie. Zo wil ik eigenlijk de beantwoording doen.

De Wet zorg en dwang heeft een lange geschiedenis, maar ook een geschiedenis waarin je heel goed ziet dat de ontwikkeling van de zorg zoals die zich de afgelopen jaren heeft voltrokken, telkens tot uiting kwam in de wijzigingen van die wet. De BOPZ is niet meer de meest geschikte wet, zeker niet als het over de gehandicaptenzorg of over de verpleeghuiszorg gaat. De cultuuromslag die noodzakelijk wordt geacht in de sector, heeft ook te maken met de emancipatie van de cliënt in de gehandicaptenzorg en met nieuwe opvattingen over wat goede zorg is. Daarbij heeft het uitgangspunt van "nee, tenzij", dat door u allemaal nog eens een keer is onderstreept en omarmd, tot codificatie geleid, de codificatie van wat je "goede zorg" zou mogen noemen.

De belangrijkste introductie die de Wet zorg en dwang met zich meebrengt, is de vraag: wat vinden we goede zorg als het gaat om zorg waarbij gedwongen maatregelen komen kijken? Je begint dan met nee, tenzij. Als het voor goede zorg toch nodig is om gedwongen maatregelen toe te passen, is de basislijn van de Wet zorg en dwang dat je daar goed over na moet denken en dat je daarbij je collega's moet betrekken. Dat is eigenlijk de kortste samenvatting van de Wet zorg en dwang. Tot zover zijn we het, denk ik, allemaal eens.

Wat gebeurde er toen bij de behandeling in de Eerste Kamer? Dat is namelijk de aanleiding geweest voor deze aanpassingswet. Daar is allereerst de wijziging aan de orde gesteld die in de behandeling in de Tweede Kamer is toegevoegd met het amendement-Leijten, namelijk de introductie van de Wzd-arts. Daarvan is gezegd: dat is een goed idee, maar is ook goed doordacht wat de uitvoering daarvan betekent voor met name de gehandicaptenzorg? Ik hecht eraan om dat te benadrukken, omdat ik ook een aantal sprekers hoor die het zo weergeven dat ik met de introductie van de aanpassingswet het amendement-Leijten ongedaan maak. Dat is geenszins het geval. Wat heeft het amendement-Leijten gedaan? Voorheen werd in het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wet zorg en dwang het stappenplan geïntroduceerd, was de zorgverantwoordelijke gewoon eindverantwoordelijk voor alles wat er in dat stappenplan gebeurde en was er binnen de instelling geen functionaris die de eindverantwoordelijkheid droeg voor gedwongen maatregelen. Het amendement-Leijten heeft, eigenlijk congruent aan de Wet verplichte ggz, een eindverantwoordelijke op academisch niveau geïntroduceerd in de Wet zorg en dwang onder de noemer Wzd-arts. Dat is een verbetering van de wet. Dat is op dat moment ook door iedereen ervaren als een verbetering van de wet. Vandaar de Kamerbrede steun. Vandaar ook de steun van gehandicaptenorganisaties bijvoorbeeld, want dit is inderdaad een verbetering van de rechtsbescherming.

Dan de aanpassing die ik doe op basis van het debat. Dat ging met name over de uitvoerbaarheid ervan, niet zozeer over de noodzaak om een Wzd-arts als figuur te introduceren, maar over de uitvoerbaarheid ervan door dat alleen een arts te laten zijn. Dat is meer een uitvoerbaarheidsdiscussie. Dat stelde niet het principe ter discussie van het introduceren van een vergelijkbare figuur als in de ggz die eindverantwoordelijk is voor maatregelen die gedwongen zorg regarden. Zo zie ik het en ik denk ook dat we het met elkaar zo moeten zien. In de gehandicaptenzorg is er heel vaak, zoals mevrouw Bergkamp dat zei, geen medische relatie aan de orde. Een medische problematiek staat helemaal niet op de voorgrond. Vaak is er een meer gedragskundige zorg die tot uitvoering moet worden gebracht in een vrijheidsbeperkende maatregel bijvoorbeeld. Dan gaat het over de gedragskundige kant. Die orthopedagoog-generalist of de gz-psycholoog is degene die er al werkt. Iemand met een gedragskundige achtergrond is degene die er al werkt, die ook nu al een eindverantwoordelijkheid heeft voor de zorg, die ook nu al degene is met wie je rugenspraak hebt over: zal ik deze maatregel nemen, zal ik dat proberen, wil je eens met me meekijken in deze casus, ik weet eigenlijk niet wat ik hier moet doen, kun je me helpen? Eigenlijk is het nu al de vraagbaak in zo'n instelling. Daarom heeft de Eerste Kamer gezegd: waarom verbreed je niet wie die functie van Wzd-arts/functionaris zouden kunnen spelen, waarom verbreed je dat nou niet? Ik vind dat een logische vraag. Ook de VGN, ook de gehandicaptensector, is heel nadrukkelijk met die vraag gekomen. En

waarom? Uitvoerbaarheid, dat is de kwestie: uitvoerbaarheid en beter aansluiten bij de praktijk van een instelling, beter aansluiten bij de praktijk van de organisatie van de gehandicaptenzorg. Ik heb daaraan tegemoet willen komen.

Bij de aanpassingswet kwamen we in de discussie terecht: ja, maar het zal toch niet zo zijn dat de orthopedagoog-generalist of de gz-psycholoog daarmee dus ook medische beslissingen kan overrulen? Als Wzd-functionaris draagt hij de eindverantwoordelijkheid voor dat zorgplan. In het zorgplan staat bijvoorbeeld een aantal pillen voorgeschreven. En als orthopedagoog zeg je dan: nou, die pillen hoeven van mij niet zo. Het is toch een rare figuur dat je als niet-medicus medische beslissingen uit het zorgplan overrulet? Dat was de vraag vanuit de Kamer. Toen kwam de vraag van mevrouw Hermans, best een confronterende vraag uiteraard: wat was nou eigenlijk de reden voor die nota van wijziging op je eigen aanpassingswet; wat was daar nou eigenlijk de reden voor? De vraag van de heer Van der Staij was wat er eigenlijk mis zou gaan als je die nota van wijziging op dit punt niet van toepassing zou verklaren. De eerlijkheid gebiedt te zeggen: niet zo heel erg veel. In eerste instantie heb ik namelijk in reactie op uw vraag dat het toch niet zo kan zijn dat een niet-medicus een medische beslissing overrulet, gezegd: nee, dat kan inderdaad niet zo zijn en dat gaat ook niet zo gebeuren, want in het stappenplan staat vrij helder aangegeven waar je een medicus bij moet betrekken. Bij die andere dingen moet dat dus niet. Het is eigenlijk voor iedereen helder op wiens stoel je gaat zitten.

Overigens hebben wij altijd de Wet BIG nog, zoals ook de VGN schrijft aan uw Kamer ter voorbereiding op deze behandeling. De Wet BIG schrijft voor: blijf op je eigen erf; blijf bij je eigen deskundigheid. Sterker nog, het is zelfs tuchtrechtelijk handhaafbaar dat je op je eigen expertiseveld blijft. Kortom, gaat er echt iets mis? Nee. Wat was de achtergrond van die nota van wijziging? Ik dacht het volgende. Er is discussie over. Kennelijk kan er discussie over ontstaan. Kennelijk kun je het ook anders lezen dan wij het hebben bedoeld, dus laten we dat verhelderen. Laten we expliciet aan de wet toevoegen dat de orthopedagoog-generalist of de gz-psycholoog, niet een beslissing kan overrulen die genomen is door een medicus over een medische aangelegenheid.

Toen is daar weer een nieuwe discussie over ontstaan — de heer Slootweg refereerde daaraan: vind je de ene professionaal op dat punt dan belangrijker of van een hogere orde dan de ander? Dat is natuurlijk niet zo. Ieder opereert gewoon op zijn eigen expertiseveld. Dat is de achtergrond daarvan. Het punt is dat mevrouw Hermans suggereerde te overwegen met een amendement te komen om dat deel van de nota van wijziging weer terug te draaien, omdat het eerder tot meer discussie heeft geleid dan tot minder en het aanvankelijk ook best helder was in die aanpassingswet. Ik kan me dat voorstellen inmiddels, de discussie gezien hebbend die dat tot gevolg heeft gehad. Er zat dus niet meer achter dan tegemoet willen komen aan de zorgen zoals ik die las in de nota naar aanleiding van het verslag. Ik heb willen verhelderen waar vanuit uw Kamer discussie over bleek. Die verheldering is niet per se een verheldering gebleken. Het lijkt me dan ook prima om die poging tot verheldering ongedaan te maken opdat het helder blijft, namelijk: er zit geen hiërarchieverschil in; iedereen heeft zich gewoon op zijn eigen expertisegebied te bewegen.

De heer Hijink (SP):

Het is heel wonderlijk dat de minister nu eigenlijk weer een stap terug aan het zetten is. Feitelijk zegt hij dat de Wzd-functionaris een gz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist kan zijn en dat het daardoor duidelijker wordt, maar dat is natuurlijk niet zo, want het blijft onduidelijk op welke momenten een arts in het hele proces betrokken dient te worden. Dat bleek ook net al in die discussie. Is dat bij vrijheidsbeperkende maatregelen? Nee, dat is dan die opsomming die gaat over beperkingen opleggen aan de vrijheid om het eigen leven in te richten. Als wij dit gaan doen, is de conclusie dat wij een enorm grijs gebied gaan creëren. Wanneer gaan we nou wel en niet een arts betrekken bij onvrijwillige zorg? Ik zou de minister het volgende op het hart willen drukken. Zorg nou voor die samenwerking. Zorg dat een arts kan leunen op het specialisme van de gedragskundige, maar trek nou één lijn voor de hele sector, zodat je niet iedere keer de discussie krijgt: wie moet nu wel of niet geconsulteerd worden? Ik snap oprecht niet wat daar mis mee is.

Minister De Jonge:

Het eerste antwoord zou zijn: kijk goed naar de reden van de aanpassingswet. De reden van de aanpassingswet is de dagelijkse uitvoeringspraktijk in met name de gehandicaptenzorg. Daar zijn niet de medici de vraagbaak binnen de instelling, of degenen die meedenken over de inhoud van zorgplannen of eindverantwoordelijk zijn voor de zorg. Daar dragen gedragskundigen die verantwoordelijkheid. Iemand met een beperking, ook als dat een ernstige beperking is, heeft niet in eerste instantie een medisch probleem. Er zijn veel vaker gedragsmatige problemen aan de orde. Die zullen dus ook aanleiding zijn voor het willen nemen van gedwongen maatregelen om te zorgen dat de zorg adequaat, passend en persoonsgericht is. Dus het zijn vaker niet-medische beslissingen. Om niettemin tegemoet te komen aan uw zorg, is geëxpliciteerd — dat blijft zo, ook als de nota van wijziging zou worden teruggedraaid — dat bij het verrichten van medische handelingen maar ook bij het beperken van de bewegingsvrijheid en het insluiten van de cliënt, bij het type handelingen dat daarvoor kwalificeert en als zodanig gerubriceerd zou kunnen worden, wél die medicus betrokken wordt. Waarom? Dat is om uit te sluiten dat een medische oorzaak de achtergrond zou zijn van de noodzaak om een vergelijkbaar besluit te nemen. Dat is de reden. Wanneer wordt die er dan bij betrokken? Nou, gewoon als onderdeel van het stappenplan, namelijk op alle momenten dat daar een dergelijk besluit valt. Dan wordt die medicus erbij betrokken. De vraag van mevrouw Hermans was wanneer, op welke momenten, die er dan bij betrokken wordt. Nou, gewoon bij de stappen in het stappenplan. Dat is artikel 10, derde lid van de Wzd. Daar staat helder in aangegeven: daar waar het gaat over medische handelingen, het beperken van de bewegingsvrijheid of het insluiten van de cliënt, moet een arts betrokken worden.

De heer Hijink (SP):

Ja, maar mijn vraag is gewoon: wat blijft er dan aan maatregelen over waar geen arts bij betrokken hoeft te worden? In artikel 2 probeer ik te kijken wat dat dan is. Daar gaat het bijvoorbeeld om maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden. Dat vind ik een ingewikkelde. Ik heb in de gehandicaptenzorg eens meegekeken in de nachtdienst. Dan kom je in een soort warroom te zitten waar cliënten

worden uitgeluisterd, waar er cameratoezicht is, waarin er matjes worden gebruikt om te kijken of mensen nog in bed liggen. Dat raakt al heel snel ook aan de medische kant, de gezondheid van mensen: de kans op vallen, de kans op epileptische aanvallen. Het raakt al heel snel de medische kant.

Een ander artikel gaat over het aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten. Ik denk dat dat het voorbeeld is van de mobiele telefoon, dat ik gebruikte. Maar ja, is de fiets die aan de ketting wordt gelegd, een maatregel die iemand oplegt om iets te doen of te laten, namelijk in dit geval: ga niet fietsen? Of is dat een maatregel die de vrijheid van de cliënt beperkt? In dat geval zou die maatregel in de categorie vallen die wél onder het toezicht van de arts staat. Hoe gaat de sector daar straks een lijn in trekken, als er een groot, grijs gebied gaat ontstaan waarin niet duidelijk is welke maatregelen in welke categorie vallen?

Minister De Jonge:

Dat is precies wat op dit moment wordt uitgewerkt met de sector. Het interessante is dat de sector eigenlijk minder moeite heeft met het creëren van die eenheid in taal dan kennelijk het geval is op het moment dat wij daar het politieke debat over voeren. Want ik denk dat het voorbeeld van de telefoon niet als medische handeling te kwalificeren is, ook niet als een inperking van de bewegingsvrijheid en ook niet als voorbeeld van het insluiten van de cliënt. Het lijkt mij niet heel ingewikkeld om dit te classificeren. Die eenheid van taal wordt dus gecreëerd. Dit type voorbeeld-situaties wordt nu juist ook gerubriceerd in de zin van: waar hebben we het dan over? Dat is precies wat op dit moment plaatsvindt.

Het tweede is dat we, denk ik, ook gewoon het gezond verstand zijn werk moeten laten doen. Je kunt geen wet maken, ook geen ministeriële regeling, waarin je voor alle feitelijke situaties waarin mensen terecht komen, exact definieert hoe professionals te handelen hebben. Ik zeg daarbij: gelukkig maar. Laten we alsjeblieft ook een beetje vertrouwen op het gezond verstand. Je wilt aan de ene kant wettelijk bepalen dat de rechtsbescherming van cliënten verzekerd moet zijn, dat de basisregel bij gedwongen zorg eigenlijk is: denk er goed over na, en betrek je collega's erbij. Wat het "denk er goed over na" betreft: op het moment dat je maatregelen neemt waarbij je een arts nodig hebt om mee te kijken, om uit te sluiten dat een medische achtergrond de noodzaak vormt om überhaupt een dergelijke maatregel te kunnen treffen, kun je ook een arts raadplegen bij het doorlopen van de reguliere stappen. Daarbij zijn dus de volgende voorbeelden genoemd: medische handelingen, beperkingen van de bewegingsvrijheid en het insluiten van de cliënt. Dat vind ik op zichzelf genomen heldere categorieën. Kunnen er twijfelsituaties ontstaan? Ja, natuurlijk kan dat. Is het onmogelijk om te acteren in die twijfelsituaties? Nee hoor. Als je twijfelt, moet je gewoon even niet inhalen en even bellen; dan weet je het ook. Volgens mij is daar in de praktijk eigenlijk heel goed mee om te gaan. We hebben veel discussie over die uitvoeringspraktijk, met allerlei organisaties, maar deze lijkt toevallig best wel goed oplosbaar te zijn.

De heer Hijink (SP):

De minister noemt het "gezond verstand". Volgens mij is de kracht en de charme van het oorspronkelijke plan, zoals dat in het amendement-Leijten stond, nou juist dat het heel duidelijk en heel eenduidig is wat de volgorde der dingen is. Er is dan namelijk een team dat overlegt, er zijn specialisten, in dit geval vaak gedragskundigen, die adviezen geven, ideeën aandragen en voorstellen doen, en aan het eind van de rit is er ook een arts, die meekijkt om te zien of men misschien een medische oorzaak van het gedrag over het hoofd kan hebben gezien. In veel gevallen zal dat waarschijnlijk niet gebeurd zijn. Dan is er niks aan de hand en kan men het advies gewoon volgen. Maar in die gevallen waarin het wel over het hoofd is gezien, kunnen we hele grote problemen voorkomen. Ik snap oprecht niet waarom zo'n hele simpele volgorde zo ontzettend ingewikkeld wordt gemaakt.

Minister De Jonge:

Dan toch misschien even met uw eigen voorbeelden, want ik vond dat eigenlijk best treffende voorbeelden. Die maatregel gaat erover dat je tegen jongeren met een beperking zegt: "Volgens mij moet je na achten niet meer zitten appen en afspraken zittingen maken met vrienden, want it's up to no good. Dat gaat je niet helpen. Het gaat je het verkeerde pad op helpen, en dat moeten we voorkomen. Dus we gaan goede vrienden voor je maken en we gaan zorgen dat je in de avond met goede vrienden omgaat." Dat lijkt me typisch een maatregel waarvan je kunt zeggen: wat moet een arts daarmee? Dat heeft geen enkele medische achtergrond; daar heeft het niets mee te maken. Het heeft gewoon een gedragskundige achtergrond. Als je in een woongroep een afspraak wilt maken als "na 20.00 uur gaat je telefoon naar mij en dan gaan we leuke dingen doen tot je naar bed gaat", lijkt me dat typisch een afspraak waarbij een arts helemaal geen toegevoegde waarde heeft. Je helpt de uitvoeringspraktijk dus heel erg als je de realiteit van die woongroep ook codificeert, als je die ruimte biedt aan degene die de eindverantwoordelijkheid draagt voor dit type maatregelen. Ik vind wel dat die niet lichtzinnig genomen moeten worden, want je zou van een afstandje kunnen denken dat het een kleine maatregel is, maar voor zo'n cliënt voelt het wel degelijk als een behoorlijke inperking van zijn vrijheid. Als ik dat thuis zou doen, zou dat overigens ook worden ervaren als een behoorlijke inperking van de vrijheid, dus ik begrijp het ook wel. Maar dat is nou net een maatregel waar een medicus niet zo heel erg veel aan toe te voegen heeft. Dit is volgens mij dus juist een goed voorbeeld van de noodzaak van de aanpassing die we hebben gedaan. Want waarom zou je een arts van zijn werk houden?

De heer Hijink (SP):

Op dit punt heeft de minister gelijk. Ik zeg ook niet dat een arts het in alle gevallen beter zal weten dan een gedragskundige. In dit geval vind ik het ook vrij helder. Het gaat er natuurlijk juist om dat je in die gevallen waarin er twijfel kan zijn over de medische oorzaken, de medische gronden, van problematisch gedrag, voorkomt dat er een verkeerde afweging wordt gemaakt. Dat geldt bijvoorbeeld wanneer bij een oudere cliënt beginnende alzheimer, dementie, speelt of wanneer er op de achtergrond een ziekteproces aan de gang kan zijn. Een gedragskundige kan dat simpelweg niet vaststellen, omdat hij de medische expertise niet

heeft. Dat is geen verwijt, want hij is een expert op een ander gebied.

Minister De Jonge:
Klopt.

De heer Hijink (SP):

Juist om die reden wil je er op tijd een arts bij betrekken, om uit te kunnen sluiten dat er een verkeerd besluit wordt genomen. Dat doe je mede — en dan verwijs ik ook naar het debat van straks — om te voorkomen dat juist de gedragskundigen vol in de wind komen te staan en tuchtzaken aan hun broek krijgen, omdat zij een oordeel hebben moeten vellen over zaken waar ze niet toe opgeleid zijn.

Minister De Jonge:

Klopt. En juist om die reden is in artikel 10, derde lid van de wet heel helder opgenomen dat je een medicus mee laat kijken bij medische handelingen, maar ook bij het beperken van de bewegingsvrijheid en het insluiten van de cliënt, waarbij dit dus aan de orde kan zijn, waarbij een medische achtergrond de oorzaak kan zijn van de noodzaak van het moeten nemen van een gedwongen maatregel. Dat doe je inderdaad alleen om uit te sluiten dat een medische achtergrond de oorzaak is.

De heer Hijink (SP):

Ja, maar je weet pas of er een ...

De voorzitter:

Nee, nee, nee, nee, nee. Ik heb u nu vier keer gehoord. We gaan luisteren naar mevrouw Bergkamp.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik ben blij dat de minister een toelichting geeft op de nota van wijziging. Ik denk ook dat het goed is dat we dat gaan herstellen. Ik kijk dus ook uit naar het amendement dat mevrouw Hermans heeft aangekondigd. Maar ik heb toch nog wel een vraag daarover. In de nota van wijziging staat: "Het voorgestelde derde lid bepaalt dat voor zover een Wzd-functionaris geen arts is, hij slechts aanwijzingen geeft tot aanpassing van het zorgplan na overleg met en instemming van een niet bij de zorg betrokken arts". Er staat: aanpassing van het zorgplan. Ik vraag me af welke interpretatie de minister daaraan geeft. Ik kan me voorstellen — dat is een afspraak die we gemaakt hebben of het staat in ieder geval in de wet — dat er in geval van een verlenging altijd een externe deskundige geraadpleegd moet worden. Het kan toch niet zo zijn dat, als we het nu weer gaan herstellen naar de oorspronkelijke situatie, de rol van de externe buitenspel staat.

Minister De Jonge:

Dat klopt. Ik begrijp best dat het op grond van de wettekst helemaal niet zo makkelijk te reproduceren is hoe het ook al weer zat met het overleg. Er is een eerste overleg, de eerste fase waarin een gedwongen maatregel wordt overwogen. Als vrijwillige zorg alleen niet voldoende is en er echt de noodzaak wordt gevoeld om een gedwongen

maatregel te treffen, dan is de eerste fase het deskundigenoverleg. Dat doen we met de zorgverantwoordelijke en de deskundige van een andere discipline, maar dat kan wel iemand binnen de instelling zijn. Als het gaat om de handelingen met een medische connotatie, is er ook een arts bij. Dat is het eerste overleg. Uiteraard valt dat onder de verantwoordelijkheid van de Wzd-functionaris. Die toetst dat en die beoordeelt het zorgplan.

In de tweede fase zijn er de zorgverantwoordelijke en die deskundige van een andere discipline — hetzelfde als bij de eerste fase — en die arts weer alleen als daar een medische connotatie aan de handeling ten grondslag ligt, plus de niet bij de zorg betrokken deskundige, alles weer onder verantwoordelijkheid van de Wzd-functionaris. Dat is bij de verlenging van het zorgplan na drie maanden. Dat loopt door tot aan zes maanden. Vanaf die maand — dat was een vraag van mevrouw Hermans — geldt dat je de maatregel op zo'n manier moet evalueren dat je kijkt waar afbouw van de maatregel mogelijk is. Dat is het moment om weer een paar extra frisse ogen binnen te halen, want op dat moment kan een externe deskundige misschien een andere blik op de zaak werpen. Je zit telkens in hetzelfde clubje, zij het dat je de niet bij de zorgcasus inhoudelijk betrokken medewerker bij het tweede moment betreft, bij de eerste evaluatie van het zorgplan, dus het tweede moment van bespreking. Maar die externe voegt een paar extra frisse ogen toe. We verliezen dus niets als we het amendement van mevrouw Hermans zouden aannemen. Daar verliezen we niets mee, omdat het amendement volgens mij mijn poging tot verduidelijking corrigeert, die geen poging tot verduidelijking bleek te zijn, althans een mislukte poging was. Dat is het enige dat het amendement beoogt te corrigeren. De samenstelling van de verschillende overleggen blijft staan zoals die stond.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dat is helder. Ik probeer een beetje in de huid van de minister te kruipen om te zien hoe hij dit bedoeld heeft. Ik heb al gezegd dat het amendement van mevrouw Hermans mij heel logisch lijkt. Wat heeft hij op dat moment verstaan onder aanpassing van het zorgplan? Ik wil graag heel goed begrijpen waar die zin over gaat. Moet het zorgplan aangepast worden omdat er onvrijwillige zorg is afgesproken of is er toen afgesproken dat het juist gaat om verlenging? Ik probeer die zin goed te begrijpen.

Minister De Jonge:

Nu begrijp ik de vraag beter. De reden was dat uw Kamer zei: het zal toch niet zo zijn dat de gedragsdeskundige een medische beslissing, bijvoorbeeld over medicatie, gaat overrulen. In eerste instantie heb ik gereageerd dat dat inderdaad niet zo zal zijn. Toen hebt u weer gereageerd met de vraag welke zekerheden daarvoor zijn. Die zekerheid zit sowieso in de BIG. Dat is ook wat de VGN naar mijn mening terecht onderstreept. Ik heb hiermee willen benadrukken dat het niet de bedoeling kan zijn dat, waar bijvoorbeeld medicatie onderdeel is van het zorgplan en waar bespreking van het zorgplan leidt tot aanpassing daarvan, de gedragsdeskundige zou zeggen: doe maar een beetje minder pillen, dan treffen we nog een extra maatregel om de bewegingsvrijheid een beetje te beperken en dan hebben we het een tegen het ander uitgeruild. Bij minder medicatie, een aanpassing van het zorgplan waar ook een medische

achtergrond aan ten grondslag ligt, moet ook diezelfde medicus weer betrokken worden.

De heer **Slootweg** (CDA):

De minister geeft al snel aan dat hij een aantal wijzigingen wil. Ik heb het amendement van mevrouw Hermans nog niet gezien.

Minister **De Jonge**:

Ik ook niet.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik begrijp niet waarom daarvoor de keuze wordt gemaakt. Is het dan niet mogelijk dat de minister zelf zegt: ik heb het verhaal gehoord, ik trek het in? Waarom dat amendement?

Minister **De Jonge**:

Dat is techniek. Ik wil even een paar dingen benadrukken. Allereerst gaat het over de aanpassing in de Aanpassingswet. Dat is een aanpassing die ik heb gedaan op basis van de discussie die met name een uitvoerbaarheidsinsteek had in de Eerste Kamer. Die discussie heeft geleid tot twee aanpassingen. We hebben nu de eerste aanpassing daarvan aan de orde. Die aanpassing is niet zo zeer een neerwaarts afronden van het amendement-Leijten, waar de heer Hijink bevreesd voor was. Integendeel, zou ik willen zeggen. Het amendement-Leijten wordt ten volle gestand gedaan. Maar voor degene die die rol zou kunnen vervullen, heb ik expres gekozen voor een verbreding, omdat ik denk dat die tegemoetkomt aan de uitvoeringspraktijk in de gehandicaptenzorg.

Vervolgens kwam ik tijdens de nota naar aanleiding van het verslag met uw Kamer in dispuut. Gevraagd werd of die gedragskundige straks ook op de stoel van de medicus gaat zitten. Ik zei: nee, dat gaat hij niet doen. Eerst heb ik geprobeerd om dat heel goed te betogen, maar uit de tweede nota naar aanleiding van het verslag is mij gebleken dat u niet onmiddellijk woestenthousiast was over dat betoog. Toen heb ik bedacht dat ik het maar gewoon moest verduidelijken door op te schrijven dat het niet de bedoeling is dat de gedragsdeskundige de medicus gaat overrulen.

Maar toen kreeg ik een discussie — nu met u maar eerder al in het veld, getuige de brieven die ook u hebt ontvangen — dat ik een soort hiërarchie zou aanbrengen in degenen die de Wzd-functionarisrol zouden kunnen vervullen: als je medicus bent sta je kennelijk bovenaan de piramide en als je geen medicus bent, niet. Dat is een beetje zoals de heer Renkema het schetste. Wat de heer Renkema erover zei, is waar. Het gaat om de zorgvuldigheid waarmee de inhoud van de beslissing tot stand komt en niet zozeer om de vraag of je medicus bent of niet. Het gaat erom dat je de beslissingen neemt op je eigen deskundigheidsterrein. Dat is wel van belang, maar dat geldt vice versa.

Met de nota van wijziging heb ik een poging gedaan om een verduidelijking aan te brengen in wat ik bedoeld heb. Als dit leidt tot een onduidelijke situatie, dan vind ik het prima om mee te gaan in het voorstel dat mevrouw Hermans gaat doen. Eigenlijk heeft ze het al gedaan, maar ze heeft gezegd dat ze zeer bereid is om dit per amendement

te doen. Ik ben dus bereid om die poging tot verduidelijking, die niet een heel erg geslaagde poging tot verduidelijking was, weer ongedaan te maken.

De heer **Slootweg** (CDA):

Dat punt begrijp ik; we zullen het amendement afwachten. Dan kom ik bij het punt van die externe deskundige. Onderdeel van de wijziging was dat de externe deskundige een andere plek kreeg. Ik begrijp dat de minister niet zo ver gaat dat hij het helemaal teruggedraait en dat hij die externe deskundige weer terug aan het begin van het proces plaatst. Dat klopt toch, of niet?

Minister **De Jonge**:

Nee. De externe deskundige heeft een andere achtergrond. Dat heeft ook een uitvoeringsachtergrond, maar misschien is het goed om over te gaan op het tweede deel van dit blokje. Dat is het tweede deel van de aanpassing die in de aanpassingswet wordt voorgesteld.

Het tweede deel heeft vooral een uitvoeringsachtergrond, maar ook een achtergrond in administratieve lasten. U citeerde mijn toelichting daarop. Daarvan zei u dat het niet de meest briljante argumentatie was. Ik snap dat eigenlijk wel. Het was ook niet de enige argumentatie die als achtergrond moet dienen voor deze aanpassing.

Aanvankelijk bestond de figuur van de Wzd-functionaris helemaal niet. Die is pas erin gekomen op het moment dat u de wet hier behandelde en die figuur erin hebt geamendeerd. Kortom: dat heeft al geleid tot een extra paar ogen bij die allereerste stap. Dat was er in het begin niet. Oorspronkelijk was de zorgverantwoordelijke de eindbaas en was er helemaal niemand die over de schouder van de zorgverantwoordelijke meekiekte. Daarom was die externe deskundige wel degelijk een goed idee in de oorspronkelijke wet.

In de Eerste Kamer bespraken we de wet, inclusief uw wijziging om de Wzd-functionaris te introduceren. Toen vroeg de Eerste Kamer, terecht naar mijn idee, of het niet een beetje dubbelop was. We hebben immers al de Wzd-functionaris als een vreemd paar ogen dat meekijkt in een casus. Als het gaat om een medische handeling of iets wat daaraan gerelateerd zou kunnen zijn, hebben we ook de medicus die meekijkt. Dan hebben we al zes ogen. Moet er echt in alle gevallen voor een bedhek ook nog eens een keer een externe deskundige worden ingevlogen? Dat wordt wel echt een heel erg gedoe. Helpen we daar de mensen echt mee?

Een aantal maatregelen zullen waarschijnlijk na drie maanden alweer ongedaan gemaakt kunnen worden. Daar heb je die externe deskundige helemaal niet voor nodig. Je hebt die externe deskundige dus echt niet altijd nodig als het gaat over de kwaliteit van de beslissing die het betreft. Dan gaat het over uitvoerbaarheid, maar ook over administratieve lasten en over de vraag of er wel genoeg externe deskundigen zijn en of die vervolgens allemaal ingehuurd moeten worden. Voor de grote instellingen is dat waarschijnlijk wat makkelijker dan voor de kleine instellingen, maar aan de andere kant gaat het bij grote instellingen om heel veel beslissingen waarvoor dus ook heel veel externe deskundigen ingehuurd moeten worden.

Is dat nu echt allemaal per se nodig of zullen we het alleen doen als je in de opschaling in het stadium komt dat er een vers paar ogen nodig is? Toen hebben we gezegd: laten we voor dat laatste kiezen. Laten we de externe deskundigen schrappen in de eerste stap en laten we die alleen bij de evaluatie, na zes maanden, een rol laten spelen. Dat betekent veel minder inhuur van externe deskundigen en daarmee een veel beter uitvoerbare wet.

De heer Slootweg (CDA):

Dat onderdeel begrijp ik en dat spreekt mij nog wel aan. Maar bij een kleinere zorginstelling kan het aantal ogen dat de minister aangeeft beperkt worden; een Wzd-arts kan al die functies een beetje vervullen. Hoe is nu geborgd dat je dat andere paar ogen erbij krijgt? Dat gebeurt volgens mij niet automatisch. De minister schetst een situatie van een groot team waarbij dat zo is, maar we hebben — het is hartstikke mooi dat onze samenleving dat toestaat — ook wat kleinere zorginstellingen. Het zou zo kunnen zijn dat er alleen een arts is die al die functies vervult. Hoe wordt nu geborgd dat er toch nog even gekeken wordt van buitenaf?

Minister De Jonge:

Eigenlijk op een aantal manieren. Je hebt bij dat eerste overleg, waarin een maatregel wordt genomen, altijd de zorgverantwoordelijke. Dat is een. Je hebt de deskundige van een andere discipline. Dat is twee. En je hebt de Wzd-functionaris die daarop toeziet. Dat is drie. Dat zijn dus altijd zes ogen. Als er een arts bij betrokken is, zijn dat acht ogen. Altijd. Die waarborg heb je sowieso. Kom je bij de tweede fase, na drie maanden, dan breidt dat overleg zich uit met een niet bij de zorg betrokken deskundige. Weer twee paar ogen erbij, althans een paar ogen, dus twee ogen. Als het gaat over de evaluatie na zes maanden, dan komt de externe deskundige erbij. Tot die tijd mag het dus met interne professionals. Maar een kleine zorginstelling zal die inderdaad niet allemaal intern voorhanden hebben en zal dus eerder overschakelen op iemand die buiten de instelling werkt.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik ga even terug naar de nota van wijziging. Het is mij nu duidelijk dat het door de minister bedoeld was om te verduidelijken, maar dat hij nu zelf ook ziet dat dat mogelijk toch weer tot onduidelijkheid heeft geleid.

Minister De Jonge:

Bedankt dat u dat er nog even inwrijft ook.

Mevrouw Hermans (VVD):

In mijn termijn kondigde ik al aan om een amendement in te dienen; dat zal ik ook doen. Ik zal dat snel doen, zodat de collega's het snel kunnen bekijken. Ik begrijp de vragen die de heer Hijink over medische maatregelen van onvrijwillige zorg stelt wel. Even ter bevestiging: u zegt dat met artikel 10, lid 3 is vastgelegd dat, op het moment dat het gaat om onvrijwillige zorg van medische aard, er altijd een arts betrokken moet zijn.

Minister De Jonge:

Ja, onvrijwillige zorg van medische aard inderdaad, dus als gaat over medische handelingen, insluiting of beperking van de bewegingsvrijheid. Over medische handelingen is sowieso geen enkele discussie mogelijk. Maar bij insluiting of beperking van de bewegingsvrijheid zou er een medische grondslag kunnen zijn voor het gedrag waarvoor een gedragskundige een gedragsmatige maatregel zou willen treffen, maar waarvoor het toch goed is om uit te sluiten dat het geen medische oorzaak heeft.

De heer Hijink (SP):

Op dit punt. Hoe kan een gedragskundige pijn of een beginnende ziekte vaststellen voordat hij of zij gedragsmaatregelen neemt in het kader van onvrijwillige zorg? Hoe kan hij die vaststellen zonder medische achtergrond?

Minister De Jonge:

Dat is ook niet het aangrijpingspunt. Het aangrijpingspunt in de wet is dat als het gaat over medische handelingen, over insluiting of over een beperking van de bewegingsvrijheid, daar gedragsmatige uitingen aan ten grondslag zouden kunnen liggen die eigenlijk een medische grondoorzaak hebben. In die gevallen moet de arts altijd betrokken zijn.

De heer Hijink (SP):

Dat is niet de vraag. Dat is achteraf. De gedragskundige ziet dat de persoon al ziek is of al bepaalde medicatie heeft. Er zijn dus aantoonbaar medische problemen. Het gaat om de bescherming van de cliënt. Die heeft pijn, kan dat misschien niet uiten, en heeft wel problematisch gedrag dat moeilijk te verklaren is. Er volgt dwangzorg, maar er blijkt achteraf een medische oorzaak te zijn. Dat kan, alleen het risico dat we lopen met deze wetswijziging is dat we die niet gaan vinden, omdat die arts op dat moment niet betrokken wordt.

Minister De Jonge:

Nee, juist niet. Juist niet. Daarvoor biedt artikel 10, lid 3 van de Wzd nou juist de oplossing. Want de voorbeelden die u schetst zijn inderdaad voorbeelden waarbij je misschien aan de buitenkant gedrag ziet waarvoor je gedragsmatige maatregelen zou willen treffen, maar waarbij eigenlijk de grondoorzaak van dat gedrag een medische is. U zegt: dat kan die gedragskundige toch helemaal niet zien, dat is helemaal zijn expertise niet? Maar in welk type gevallen komt dat nou voor? Daar waar het gaat over medische handelingen is het evident. Maar daar waar het gaat over insluiting of beperking van de bewegingsvrijheid, dus als je een maatregel treft die daarop ziet, is expliciet in de wet aan de orde dat je in zo'n geval die arts erbij betreft, altijd. Dat zit in het stappenplan: bij iedere stap op dat moment de arts erbij betrekken. Dan kom ik weer op het telefoonvoorbeeld; als het daarover gaat, geldt dat natuurlijk niet. Dat heeft niks met bewegingsvrijheid te maken of met insluiting of wat dan ook; dat heeft te maken met de vrijheid om je leven in te richten zoals je dat zelf graag verkiest. Het is overigens geen kleine maatregel; ik wil het niet bagatelliseren — want in de ervaring van cliënten kan het wel degelijk een stevige maatregel zijn — maar het is in ieder geval niet iets waarbij een arts per se een toegevoegde waarde heeft. Dus precies waar uw zorg zit, namelijk daar

waar het gaat over handelingen waarbij je echt een medische achtergrond moet hebben om te zien of je eerst niet een medische oorzaak — bijvoorbeeld pijn die niet gemeld wordt, die niet begrepen wordt, die niet geuit wordt — uit moet sluiten. Is dat niet per definitie een beslissing waarbij je een arts wilt hebben? Juist in die gevallen wordt die arts ook betrokken, juist in die gevallen wel.

De voorzitter:
Afrondend.

De heer Hijink (SP):

Tot slot, voorzitter. Dan wil ik toch graag — ik weet niet of dat kan, hoor — een soort indicatie van de minister. Want hij maakt het probleem weer dusdanig klein, dat het lijkt alsof in bijna alle gevallen alsnog een arts zal worden betrokken. Dan ben ik toch benieuwd: als je nou puur in percentages kijkt, in welk aantal van de gevallen wordt naar zijn verwachting een arts betrokken en in welk aantal van de gevallen kan een orthopedagoog of een psycholoog zelf dat oordeel vormen? Ik snap wel dat het een moeilijke vraag is, maar iedere keer als ik een vraag stel over de grondoorzaken van problematisch gedrag, moet ik gerustgesteld worden met een antwoord dat het allemaal wel zal meevallen, terwijl ik vrees dat het omgekeerd is.

Minister De Jonge:

Ik zeg niet dat het allemaal wel zal meevallen. U bent bezorgd, maar ik geef alleen aan: worden nu in de uitvoeringspraktijk geen gedragsmatige maatregelen getroffen waar eigenlijk een medische grondslag aan de orde is? En hoe kun je dat eigenlijk zien, als gedragsdeskundige, en moet je geen medicus zijn om een medische grondoorzaak uit te sluiten? Ik ben het daarmee eens, en de wet voorziet daarin. Dus in die gevallen waar de maatregel zoals je die treft eigenlijk een gedragsmatige maatregel is, die op het terrein zou kunnen liggen van een medicus, moet je ook die arts erbij betrekken. In al die andere gevallen waarin dat niet zo is, niet. In welke mate het een en het ander voorkomt, vind ik echt ingewikkeld om in te schatten. Ik ben natuurlijk zeer bereid om dat mee te nemen in de evaluatie. Ik ben ook bereid om die vraag eens aan het veld te stellen, maar ik denk dat dat voor iedereen een beetje moeilijk is om in te schatten. Waarom? Omdat een deel van die maatregelen — dat is natuurlijk de andere achtergrond van de wet op dit moment — gewoon wordt uitgevoerd, zonder dat daarvan wordt gezien of gevoeld of ervaren dat er een gedwongen maatregel aan de orde is. Daarmee denk ik dat ik mijn eerste blokje heb gehad. U heeft namelijk dezelfde vragen in tal van formuleringen gesteld, maar ik denk dat ik ze hiermee echt allemaal geraakt heb.

Dan ga ik naar mijn volgende blokje, dat ging over de overgangperiode. We zijn heel intensief met de sector aan de slag gegaan met de implementatie van de wet. Die is eigenlijk begonnen in december 2017, toen de wet is aangenomen in de Eerste Kamer. In 2017 was de body van de wet eigenlijk gewoon bekend. De elementen in de aanpassingswet die wij hier vandaag bespreken, heb ik in december 2017 al aangekondigd. In die Kamerbehandeling heb ik gezegd dat ik vind dat anderhalf jaar echt wel de invoeringsperiode is die het veld nodig heeft. Gelukkig is het gelukt om ons daaraan te houden. De wet was namelijk duidelijk

en het Besluit zorg en dwang was duidelijk. Dat besluit is anderhalf jaar geleden in consultatie gegaan. Althans, anderhalf jaar vóór de invoeringsdatum van 2020, namelijk op 5 juni. Nee, ik zeg het verkeerd. Dat is inderdaad anderhalf jaar geleden in consultatie gegaan. Het is onlangs op 5 juni vastgesteld. Maar goed, eigenlijk is het in zijn vorm al anderhalf jaar bekend.

Met het veld is bepaald welke informatie het aanvullend nodig heeft en welke handreikingen er gemaakt moeten worden. Iedere zes weken is er een implementatiebijeenkomst geweest met alle koepels en met VWS. Er is gestart met pilots waarin zorgaanbieders nu al ervaring opdoen met het stappenplan. Goede zorgaanbieders zien dit gewoon als een handreiking voor goede zorg, als een codificatie van goede zorg. VWS gaat de regio in. Binnen Waardigheid en trots op locatie is dit een extra ondersteuningsmodule in het kader van de Wet zorg en dwang.

Maar ondanks het feit dat er ongelofelijk hard is gewerkt aan die implementatie, zie ik ook zorg. Ik zie de zorg dat een aantal dingen niet op tijd af is en de zorg dat het voor professionals toch nog niet helemaal duidelijk is en de inspectie wel vrij stevige consequenties kan verbinden aan het handelen in strijd met de wet. Die zorg ziet voor een belangrijk deel op de thuissituatie, maar voor een deel ziet die ook op de implementatie als geheel. Vorige week heb ik daarover een indringend overleg gehad met alle veldpartijen die daar stevige brieven over hebben geschreven. Ik heb in hun richting gezegd wat ik nu ook in uw richting ga zeggen. Ik zie, ik lees, het pleidooi voor uitstel. Maar laat eens even op je inwerken wat uitstel betekent. Dat betekent eigenlijk dat je zegt: we hebben nu negen jaar aan die wet gewerkt en we staan op het punt om hem van kracht te laten worden, maar laat de rechtsbescherming die de Wet zorg en dwang biedt nog maar eventjes op zich wachten. We zeggen dan overigens ook dat de BOPZ nog maar eventjes moet gelden voor de gehandicaptensector en de Wet verplichte ggz, in tegenstelling tot al die andere sectoren. Dat is ook niet eenvoudig in de uitvoering. We zeggen dan ook dat we de situatie van de thuissituatie nu laten voortbestaan.

Laten we even met elkaar benoemen wat die situatie van nu is. Het is wettelijk gezien niet toegestaan dat er gedwongen maatregelen in de thuissituatie worden genomen. Dat is gewoon niet toegestaan. Maar de werkelijkheid is dat het wel gebeurt, soms onbewust en altijd met de beste intenties; daar geloof ik in. Maar het gebeurt wel, zonder wettelijke basis. Zou je ervoor kiezen om de wet uit te stellen omwille van het feit dat de thuissituatie daar niet op voorbereid is, dan is het dus een bewuste keuze om de situatie van een gebrekkige rechtsbescherming nog eventjes voort te laten bestaan. Ik denk dat we met elkaar goed oog moeten hebben voor de zorgen over de implementatie. Dat zijn namelijk reële zorgen. Zijn we op tijd klaar met een registratiesysteem? Is het zo dat we toch nog een keer aan de NZa moeten vragen of dit geen bekostigingsimplicaties heeft? We hebben dit gevraagd en de NZa zag geen aanleiding om tot een herberekening van de tarieven over te gaan. Maar waarom zouden we die vraag niet nog een keer stellen? Moeten we extra investeren in de opleidingen? Zijn de opleidingen er eigenlijk wel klaar voor?

Het is vooral de vraag hoe de inspectie omgaat met haar toezicht. Hoe gaat de inspectie eigenlijk haar toezicht

vormgeven? Ik kan me al die vragen heel goed voorstellen. Dat is de reden waarom ik heb gezegd dat ik niet doof en blind ga voor wat het veld aangeeft. Ik ga deze wet niet doordouwen in de zin van: gij allen zult en moet per 1 januari helemaal voldoen aan alle bepalingen in de wet. Ik denk namelijk dat het veld niet voor niets die zorgen op ons bordje legt. Die zorgen zijn reëel. Die zorgen wil ik echt beantwoorden.

Ik denk dat we tegelijkertijd de cliëntenorganisaties en de patiëntenorganisaties serieus te nemen hebben. Want hun zorg is: o jee, dan ga je toch niet kiezen voor uitstel, want daarmee vinden we de gebrekkige rechtsbescherming die we nu kennen, nog een jaar goed? En bovendien: is uitstel een reden om te verwachten dat we volgend jaar niet hetzelfde gesprek aan het voeren zijn? Moeten we niet gewoon gaan beginnen en gaan oefenen? We moeten dat doen op een dusdanige manier dat we de professionals zelf enige veiligheid bieden. De inspectie staat op 1 januari niet klaar met haar bonnenboekje. Overigens doet de inspectie dat sowieso nooit, want dat is helemaal niet de houding van de inspectie. Maar zo moeten we het ook hier niet doen. We moeten de inspectie vragen om er op een lerende manier mee om te gaan. Daarover voeren wij op dit moment het gesprek. We moeten de inspectie vragen om het toezicht in het overgangsjaar zo te kiezen dat het stimulerend en lerend is, en agenderend waar het nog niet oké is. Die houding verwacht ik van de inspectie voor het eerste jaar Wzd.

Ik begrijp tegelijkertijd goed dat met name mevrouw Bergkamp — eigenlijk zeiden de heer Slootweg en mevrouw Hermans dat ook — ervoor pleit om geen onduidelijkheid te laten bestaan over het overgangsjaar en om heel precies uit te werken hoe dat overgangsjaar eruitziet.

Dat is ook precies wat ik heb afgesproken met de partijen die ik vorige week uitvoerig heb gesproken. De helderheid over wat het veld heeft te doen en over wat wij als wetgever van het veld verwachten, moeten we goed vormgeven. Ik doe u het voorstel dat u mij de gelegenheid geeft om heel precies met het veld het volgende te inventariseren. Op welk punt is een arrangementje te treffen in het overgangsjaar? Op welk punt is een aanvullende afspraak te maken die het mogelijk maakt om het overgangsjaar een jaar van leren en ontwikkelen te laten zijn? Hoe maken we daar een precieze roadmap voor? Ik wil uw Kamer vragen om mij een week of twee, drie de tijd te geven om dat met het veld uit te werken en zeg toe om dat aan uw Kamer te doen toekomen, opdat we daarover met elkaar het gesprek kunnen hebben.

Mevrouw Hermans (VVD):

Twee vragen over het overgangsjaar. Dank voor de toezegging om daar op korte termijn op terug te komen. Nog even ter bevestiging: dat krijgen we dus nog voor het zomerreces?

Minister De Jonge:

Ik wil u graag de gelegenheid geven om daar nog een debat over te kunnen voeren, als die behoefte bestaat; ik zou me dat zomaar kunnen voorstellen. Ik zal geen minuut langer nemen, maar ik denk wel dat ik een week of twee, drie nodig heb, omdat de zorgen in het veld best groot zijn. Die zorgen

heb ik niet met één gesprekje zomaar weggenomen; dat wil ik grondig doen. Ik wil u ook de gelegenheid geven om dat nog voor het zomerreces met mij te bespreken. Ik wil dat het veld zeker voor de zomer ook helderheid heeft. Als u het goed vindt neem ik daar, als ik snel reken, de maand juni voor. Ik zal zorgen dat u de brief voor 1 juli heeft, opdat u in de eerste week van juli, de laatste Kamerweek, nog net het gesprek met mij daarover kunt voeren.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dank u wel. Dan mijn tweede vraag. U gaf terecht aan dat de invoering per 2020 belangrijk is om met name in de thuissituatie een wettelijke basis te creëren. U heeft zojuist een brief toegezegd over de invulling van het overgangsjaar. Kunt u daarin misschien ook aangeven wat die wettelijke basis precies betekent in de thuissituatie? We weten dat er over het overgangsjaar en over het toepassen van de Wet zorg en dwang in de thuissituatie nog heel veel vragen zijn, en dat er onduidelijkheid bestaat.

Minister De Jonge:

Dat doe ik graag, omdat daarover inderdaad de meeste vragen zijn. Ik heb daarnet al toegelicht dat ik de zorg wel snap over of het ons lukt om dit in de thuissituatie toe te passen. Waarom? Omdat men binnen een instelling al gewend is om conform de systematiek van de BOPZ te werken en in de thuissituatie niet. Feit is dat er in de thuissituatie op dit moment geen wettelijke grondslag bestaat voor het nemen van gedwongen maatregelen, maar dat het wel gebeurt, met de beste intentie. Ze worden niet altijd gezien voor wat het zijn, namelijk gedwongen maatregelen, maar het gebeurt wel; het komt wel voor. Daarbij is op dit moment de rechtsbescherming onvoldoende geregeld. Sommige instellingen zeggen: wij zijn er helemaal niet klaar voor; wij kunnen geen deskundigenoverleg organiseren of hebben helemaal nog geen Wzd-functionaris. Tegen die instellingen zou ik zeggen: doe het dan vooral niet. Je hoeft het namelijk niet te doen. Het is niet verplicht om gedwongen maatregelen thuis te nemen. Je moet het doen als het verantwoord is en het verantwoord kan. Op die manier, met die nuchterheid zou ik ermee willen omgaan. Maar ik ga graag in op uw uitnodiging om dat wat preciezer uit te werken in de brief die u krijgt.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik vind het een mooie toezegging van de minister. Ik had ook zorgen over het overgangsjaar, maar ik denk dat de minister een concretiseringslag gaat maken en wij kunnen daar ook nog wat van vinden. Daar ben ik blij om. Maar mijn zorgen over de situatie thuis, verpleeghuizen en kleine wooninitiatieven zijn nog niet helemaal weggenomen. Mijn collega Hermans stelde daar net ook een vraag over. Voor iedereen moet natuurlijk wel duidelijk zijn wat er in het overgangsjaar gaat gebeuren. Dan gaat het om de cliënten zelf, maar ook om de familie en om de zorgprofessionals. Kan de minister daar, op het moment dat hij daar de Kamer voor het zomerreces over informeert, ook echt voldoende aandacht aan besteden? Mijn tweede vraag is: krijgen we ook duidelijkheid over wat de inspectie vindt van zo'n leerjaar?

Minister De Jonge:

Antwoord één is: ja, natuurlijk. Ik zie namelijk ook dat de meeste zorgen bij bijvoorbeeld V&VN gaan over de zorg thuis. Dat snap ik ook, want daar is het ook het meest nieuw. Het is ook niet de enige grondslag voor het willen kiezen voor een overgangsjaar, want er zijn meer losse eindjes in de implementatie dan alleen die zorg thuis. Maar de zorg thuis baart wel de meeste zorgen. Dat merk ik op dit moment. We zullen daar dus ook een heel precies antwoord op moeten geven.

Antwoord twee is: ja, ik denk dat een van de belangrijkste afspraken die we te maken hebben juist over het toezicht gaat. Het gaat dan over de vraag wat je van de inspectie te verwachten hebt in zo'n overgangsjaar. Ik zeg als uitgangspunt dat de inspectie lerend, stimulerend en agenderend dient te zijn. Dat is het credo dat de inspectie in dat eerste jaar zal moeten hanteren. Maar de vraag is wat dat dan precies betekent voor wat je wel of niet mag verwachten bij bijvoorbeeld registraties en zorgplannen. In welke cyclus en met welke snelheid moeten de oude zorgplannen worden omgezet naar nieuwe? Hoe weegt de inspectie dat type dingen in dat eerste jaar? Ik denk dat we daar allemaal helderheid over moeten geven, omdat dat anders leidt tot onrust. Die onrust helpt niet.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik zie ook niet helemaal hoe het straks in de praktijk gaat. Ik deel wel de mening van de minister dat het nu een weteloos regime is, wat je ook niet wilt. Maar ik ben wel benieuwd hoe dat samenspel dan straks gaat in de thuissituatie met zo'n Wzd-functionaris of arts, de wijkverpleegkundige, de familie en de cliënten. Misschien gaat de ouderengeneeskundige ook al een beetje meekijken omdat straks de stap naar een verpleeghuis moet worden gezet. Hoe gaat dat? De minister hoeft daar niet al meteen uitgebreid antwoord op te geven, maar ik kan me daar nu heel moeilijk een voorstelling van maken. Ik krijg vanuit de belangenorganisaties ook terug dat het echt nog onontgonnen terrein is. Ik wil niet dat er geëxperimenteerd wordt met juist deze kwetsbare mensen.

Minister De Jonge:

Het eerste antwoord is: het punt is nu juist dat er op dit moment eigenlijk zonder wettelijk regime maatregelen worden getroffen. Dat gebeurt met de beste bedoelingen en met de beste intenties. Ik doe daar helemaal niets aan af. Sterker nog, die maatregelen kunnen inderdaad weleens betere zorg zijn dan het niet nemen van die maatregelen. Het punt is alleen: er bestaan geen wettelijke grondslag en ook geen wettelijke waarborgen voor. Dat is de ene kant. De tweede kant is dat de Wet zorg en dwang natuurlijk uitgaat van het nee-tenzijprincipe, maar ook van: niet ingrijpender dan strikt noodzakelijk. Als je in de thuissituatie een aantal maatregelen niet zou mogen nemen, dat zou de vervolgstap kunnen zijn het noodzakelijk maken van instellingszorg. Dan wordt een plaatsing in een verpleeghuis noodzakelijk.

Stel je nu eens voor dat iemand gewoon thuis wil blijven wonen, maar steeds vergeetachtiger wordt en ook vergeet om het gas uit te zetten. Dat wordt gewoon gevaarlijk op een zeker moment. Je hebt dan een gesprek met meneer Jansen: als dat niet meer gaat, als dat gevaarlijk wordt, dan

moet je echt naar een verpleeghuis. Maar dat wil meneer Jansen helemaal niet, want hij wil namelijk gewoon thuis blijven wonen. Dan is een minder ingrijpende maatregel echt het dichtdraaien van het gas. Tegelijkertijd moet je ook beseffen dat je wel degelijk een maatregel neemt tegen de zin en tegen de wil in van deze patiënt. Ik noem bewust dit voorbeeld omdat het gewoon een praktisch huis-tuin-en-keukenvoorbeeld is, dat wel regelmatig voorkomt. Je moet toch niet willen dat daarom, om dat enkele feit, een veel ingrijpender gedwongen maatregel noodzakelijk zou zijn, namelijk de plaatsing in een verpleeghuis. Kortom, de Wet zorg en dwang biedt natuurlijk een handelingskader, maar biedt ook eigenlijk houvast in wat het uitgangspunt moet zijn: "nee, tenzij" en "hoe minder ingrijpend, hoe beter het is". Dat handelingskader — dat is meer de geest van de Wet zorg en dwang — zou ook de uitgangssituatie thuis moeten zijn. Het is zonde om daarmee een jaar langer te wachten dan strikt noodzakelijk.

De heer Renkema (GroenLinks):

Mijn vraag gaat niet over de thuissituatie, maar juist over de instellingen, zowel de geriatrische instellingen als de gehandicaptenzorg. Het punt sluit aan op mevrouw Bergkamp als het gaat over toezicht en handhaving. Ik hoor de minister nu allerlei dingen zeggen over de inspectie, zoals agenderen, leren, stimuleren. Dat lijkt mij prima, maar tegelijkertijd is dat wel een instantie die op een aantal aspecten moet handhaven, ook als het gaat om incidenten. Mijn vraag is eigenlijk: is de minister bereid om toe te zeggen dat in de brief die hij net heeft aangekondigd niet alleen een globale passage in komt over hoe de inspectie dat jaar invult, maar dat die brief zo helder is voor instellingen, voor verpleeghuizen en ook voor de gehandicaptenzorg, dat zij weten waar we aan toe zijn? De minister kan hier bijvoorbeeld toezeggen dat er geen sancties zullen zijn of dat er in het eerste halfjaar ... Zo concreet zou ik het heel graag voor de instellingen willen hebben. Als er een nieuw wettelijk kader komt per 1 januari, is het heel lastig als je niet zeker weet hoe de toezichthouder hierin handelt, ook als het gaat om bepaalde incidenten.

Minister De Jonge:

Dat snap ik heel goed. Hoe preciezer ik die helderheid kan geven, hoe beter het is. Dat geldt voor u, maar dat geldt natuurlijk ook voor het veld, want je moet je natuurlijk voorbereiden op die implementatie. Op hoofdlijnen kunnen we het denk ik vrij snel eens worden: je wilt niet dat de inspectie onnodig tot allerlei ingrijpende maatregelen overgaat daar waar je nog helemaal niet in alle opzichten evenzeer klaar bent. Je wilt zo goed als mogelijk vanuit de geest van de wet, wellicht nog niet altijd naar de letter, proberen te handelen. Dat wil je stimuleren. Als het echt gaat over de voorwaarden voor veilige en goede zorg die in gedrang komen, dan wil je juist wél dat die inspectie handhavend optreedt, ook in het begin al. Daar moet je precisie in willen geven. Dat zal ik ook doen. In de brief die ik zojuist heb toegezegd aan mevrouw Bergkamp zal ik zo precies mogelijk het antwoord op deze vraag geven.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik sta al een poosje in de rij en er komen eigenlijk steeds punten bij. Allereerst vind ik het fijn dat de Tweede Kamer en ook de minister eindelijk wakker worden dat de uitvoe-

ring van dwangzorg thuis heel problematisch is. Het antwoord van de minister was: als thuiszorginstellingen het niet zien zitten, moeten ze het vooral niet doen. Maar dat is natuurlijk een praktijk die al heel erg lang een gepasseerd station is. In 2013 en 2014 zijn de verzorgingshuizen gesloten. Beginnende dementie is niet langer een reden voor opname. Gevorderde dementie is al niet meer een reden voor opname. Die meneer met dementie die zijn vrouw pas is verloren, die dat is vergeten, die 's nachts over straat gaat dwalen ... Het is een beetje makkelijk om dan te zeggen: als de thuiszorgorganisatie daar niet aan wil, dan doet ze het maar niet. De minister zegt: als meneer niet naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis wil, dan is het op slot doen van de voordeur een gemakkelijkere of betere oplossing dan een plaats in een instelling. Dat kan toch niet!

Ik roep de minister op om in te zien dat hier sprake is van een groot moreel verval. Als het tijd is voor dwangzorg, is het ook tijd voor een veilige plek in een instelling, die er nu niet is. De minister moet toezeggen dat hij alles op alles gaat zetten om die plekken te creëren, niet alleen die verpleeghuisplekken, maar ook die verzorgingshuisplekken die verloren zijn gegaan. Hij moet zeggen dat hij dit gaat herstellen en dat hij de mensen niet laat dolen over straat of het gas laat afsluiten. Dat kan toch niet!

Minister De Jonge:

Ik heb net toegelicht dat die mogelijkheid van de Wet zorg en dwang om, als het gaat over goede persoonsgerichte zorg, ook thuis te komen tot maatregelen die niet altijd in overeenstemming zijn met de wil van de patiënt of de cliënt, een verbetering is van de rechtspositie ten opzichte van het nu. Waarom? Omdat we weten dat ook in het nu thuis met de beste intentie maatregelen worden getroffen waarvan je moet zeggen: dat zijn wel degelijk maatregelen tegen de wil van mensen in. U noemt zelf het voorbeeld van de deur op slot om dwalen tegen te gaan. Er zijn meer voorbeelden denkbaar. Het voorbeeld van het afsluiten van het gas terwijl iemand er eigenlijk niet op zit te wachten, is ook zo'n voorbeeld. Dat zijn praktische huis-tuin-en-keukenvoorbeelden. Over de noodzaak tot 24 uurtoezicht, gewoon het toegangs criterium tot de Wlz, ben ik het van harte met mevrouw Agema eens. Dan bestaat inderdaad de mogelijkheid van indicatiestelling voor een verpleeghuis en van opname in een verpleeghuis. Daar doet deze wet niets aan toe of af. Opname in een verpleeghuis is altijd mogelijk op het moment dat mensen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz.

Er is ook de mogelijkheid van mensen die wel voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, maar die absoluut niet willen. Die zijn er zelfs vrij veel. Toch kan het soms nodig zijn, omdat het de enige manier is om de veiligheid van mensen te waarborgen. Wat ik zojuist toelichte in de richting van mevrouw Bergkamp, is dat ik denk dat het van meerwaarde is dat de Wet zorg en dwang ook thuis kan worden toegepast, omdat dat in de plaats komt van de huidige situatie waarin gedwongen maatregelen thuis wettelijk niet kunnen maar wel gebeuren, maar dan dus zonder de rechtszekerheid die de Wet zorg en dwang wel biedt. Dat is één. Twee. Ook in die situaties waarbij iemand wel toelaatbaar zou zijn of wel indiceerbaar zou zijn voor de Wlz, maar niet wil, is dit vaak een minder ingrijpend besluit dan gedwongen opname in een verpleeghuis.

Als je de zorg veilig kunt houden, zonder dat een gedwongen opname in een verpleeghuis noodzakelijk is, is dat dus een handelingskader. Maar daar zeg ik ook bij: hanteer dat handelingskader niet als je vindt dat je er niet klaar voor bent. Als een thuiszorgorganisatie vindt dat ze die maatregel niet kan treffen conform de waarborgen uit de Wet zorg en dwang, is het dan ook inderdaad beter om die maatregel niet te treffen.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit is vast een verhaal waar heel erg lang over nagedacht is, maar het is een heel erg slecht verhaal. Het is inderdaad schering en inslag dat het gas wordt afgesloten, dat de deur 's avonds om acht uur wordt afgesloten en dat er nog meer van die vrijheidsbeperkende maatregelen thuis worden toegepast. En straks hebben we een wet die dat alleen maar faciliteert! Maar het verkeerde aan dit verhaal is dat we tot 2013 het verzorgingshuis nog hadden in Nederland en dat de financiering van 80.000 plekken is gestopt. Dáárom zitten die mensen in benarde omstandigheden thuis. Je kunt werkelijk niet zeggen dat 's avonds de deur op slot gedaan moet worden omdat een demeterende oudere meneer de straat op gaat, omdat hij vergeten is dat zijn vrouw is overleden. Hoe kun je nou zeggen dat het altijd nog minder erg is dat thuis de deur wordt dichtgedaan dan in het verpleeghuis? Er staan op dit moment bijna 15.000 mensen op de wachtlijst voor een plek in het verpleeghuis! Die plekken zijn er niet! De verzorgingshuisplekken zijn ook weg en dan komt u met zo'n wet. U had die wet als allereerste bij het vuilnis moeten zetten en moeten zeggen: dwangzorg thuis gaat onder mijn hoede niet gebeuren. U had moeten zeggen: het gebeurt gewoon niet in dit land dat mensen 's avond thuis de deur dichtgedraaid krijgen; ze krijgen een veilige liefdevolle plek in een 24 uursinstelling. Als het tijd is voor dwangmaatregelen, is het tijd voor het verzorgingshuis.

Minister De Jonge:

Maar wat mevrouw Agema voorstelt, is een ingrijpender vrijheidsbeperking, dan waar de Wet zorg en dwang van uitgaat. U haalt sowieso alle debatten die we de afgelopen jaren over de ouderenzorg hebben gedaan, door elkaar in deze inbreng. Maar als ik me even concentreer op de Wet zorg en dwang, dan durf ik te zeggen dat die het juist mogelijk maakt om minder ingrijpende maatregelen te treffen als die minder ingrijpende maatregelen tegemoetkomen aan persoonsgerichte zorg en aan wat persoonsgerichte zorg op dat moment is. Ik denk dat dat van grote meerwaarde is. Er zijn veel mensen die ervoor kiezen om thuis te wonen en die hebben het recht om ervoor te kiezen om thuis te willen blijven wonen. U kunt het daar niet mee eens zijn, maar ik vind dat mensen het recht hebben om zelf die keuze te maken. Dat mag tot het moment dat het echt onverantwoord wordt en je moet zeggen: mensen kunnen zelf niet meer inschatten of dat nog veilig kan of niet. Als mensen zelf niet meer tot die inschatting kunnen komen, is vervolgens de vraag welke maatregel tegemoetkomt aan die situatie. De maatregel die vervolgens tegemoetkomt aan die situatie, moet, in lijn met het gedachtegoed van de Wet zorg en dwang, de minst ingrijpende zijn. En de minst ingrijpende kan zijn dat je wel degelijk iets van een gedwongen maatregel thuis treft om daarmee een ingrijpender gedwongen maatregel te voorkomen, bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis als mensen dat niet

willen. Ik zeg bewust "kán", want je zult dat echt op maat moeten beoordelen.

Mevrouw Agema (PVV):

Opname in een verpleeghuis is vaak gewoon een godsge-schenk als het zover is. Dat was vroeger ook zo bij het verpleeghuis. Als mensen er eenmaal zaten, vonden ze het fantastisch. Ze zeiden: oh, ik kom weer tot leven, er wordt voor me gezorgd, er zijn hier lieve mensen, ik kan gewoon de deur uit lopen en dan zijn er anderen. Het verpleeghuis en het verzorgingshuis zijn in het algemeen hele fijne instellingen als mensen er eenmaal zitten. Maar de minister zei dat ik zaken door elkaar heen haalde. Dat is onterecht. We hadden het systeem van ouderenzorg in ons land namelijk goed geregeld; kwetsbaar, maar goed geregeld. Gemiddeld 82 en een half. Huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging thuis, begeleiding thuis, dan kwam het verzorgingshuis, het verpleeghuis, de palliatief-terminale zorg: de zeven treden van de ouderenzorg. Kwetsbaar maar goed geregeld. Het vorige kabinet heeft dat verzorgingshuis ertussenuit gerukt. Daardoor is de situatie ontstaan dat zo ongeveer 100.000 ouderen die beginnend dementerend zijn en die het eigenlijk niet zo goed meer weten, gewoon verplicht thuiszitten; niet omdat ze dat zo graag willen. Vraag een oudere waar hij wil wonen — hij wil thuis wonen. Maar wil hij dat ook als hij verpietert, als hij de weg niet meer weet, als hij het gas aan laat staan? Dan wil hij het niet. Dan snakt hij naar een andere plek, een betere plek. Dat is het probleem. En dan komt er een Wet zorg en dwang die dwangzorg thuis regelt. Het is het meest weerzinwekkende wetsvoorstel dat ooit hier in de Tweede Kamer is geproduceerd. Ik hoop dat inderdaad al die thuiszorginstellingen straks zeggen: dit gaan we mooi niet doen. Dan moet deze minister heel erg snel nieuwe instellingen bouwen en ervoor zorgen dat al die ouderen een veilige plek krijgen in een 24 uursinstelling. Ik vraag hem dat ook maar heel snel voor elkaar te brengen.

Minister De Jonge:

Ik ken dit betoog natuurlijk, omdat het een heel consistent betoog is, en we dit ook veel vaker op deze manier aan de orde hebben gehad; niet zozeer in relatie tot de Wet zorg en dwang maar wel in relatie tot alle wijzigingen in de ouderenzorg in de afgelopen jaren. Ik heb ook al veel eerder met mevrouw Agema besproken dat sinds de jaren tachtig het aantal plekken in verpleeg- en verzorgingshuizen is gehalveerd en het aantal 80-plussers is verdubbeld. Dat zijn de feiten, en die hebben eigenlijk niet zo heel veel te maken met de systeemwijzigingen die onder het vorige kabinet zijn ingevoerd. Ook heb ik al veel vaker uitgesproken dat ook ik vind dat er tussen thuis en het verpleeghuis in een gat is ontstaan, een gat dat moet worden opgevuld met nieuwe vormen van wonen en zorg. Daarbij moeten het geclusterd wonen en het geclusterd leveren van zorg en ondersteuning, weliswaar thuis, in een eigen, zelfstandige woning maar toch in een geclusterde setting, dát type nieuwe vormen van wonen en zorg, georganiseerd worden. We hebben daarover naar aanleiding van de initiatiefnota van de SP over de zorgbuurthuizen gesproken. We hebben erover gesproken in het kader van Langer Thuis. Er zijn tal van stimuleringsregelingen uit de grond getrokken om dat type voorzieningen te stimuleren. Ze worden ook volop gebouwd op dit moment. Dat is allemaal óók zo. Dat laat onverlet dat het ook zo is dat nu in de thuissituatie maatregelen worden getroffen tegen de wil van mensen in. Dat is

geen verwijt of zo; het is gewoon de constatering dat dat gebeurt. Als dat aan de orde is, zou je daar een wettelijke basis onder willen leggen. Tegelijkertijd ga ik natuurlijk instellingen in de thuiszorg niet dwingen tot het nemen van gedwongen maatregelen thuis als ze zelf zeggen dat ze er eigenlijk niet aan toe zijn om dat te doen. Nee, zorg eerst dat je er klaar voor bent. Dus rustig aan, stap voor stap. Vandaar ook het overgangsjaar. Dat heeft wel degelijk ook betrekking op de zorg thuis.

De heer Slootweg (CDA):

Toch nog even over dat overgangsjaar. Ik denk dat het inderdaad heel verstandig is om met het veld te kijken waar je kan komen. Maar we zijn natuurlijk ook al een eindje op streek met deze wet; dat gaf de minister ongeveer in het eerste zinnetje van zijn beantwoording al aan. Ik wil wel voorkomen dat nu ineens de indruk ontstaat dat wij per 1 januari 2020 een lege wet gaan invoeren. In de uitvoering lijkt het mij dan ook logisch dat er bij wijze van spreken in november 2020 op een iets zwaardere manier getoetst gaat worden dan in februari 2020.

Minister De Jonge:

Dat lijkt mij ook logisch. Tegelijkertijd wil ik oog en oor hebben voor de zorgen die vanuit de brancheorganisaties, maar ook vanuit de professionals, bij mij op het bord zijn gelegd. Zoals mevrouw Bergkamp het schetste, is het ook wel een veld waarin er allerlei spanningen bestaan, waarbij je de hele tijd als je de een gelukkig hebt gemaakt, de ander ongelukkig hebt gemaakt. Daar wil ik goed in opereren. Overigens is het mijn werk, en trouwens ook het uwe, om te zorgen dat we mensen gedoseerd ongelukkig maken. Dat is wat je telkens aan het doen bent. Je probeert het zo eerlijk mogelijk te verdelen.

Dus enerzijds moet die wet wel ingaan. We gaan daar niet mee vertragen, want dan doen we geen recht aan de negen jaar die u erop heeft zitten en zeker ook geen recht aan de anderhalf à twee jaar die het veld erop heeft zitten in de implementatie van de wet. Sommige zijn echt al heel erg ver. Er wordt door cliënten- en patiëntenorganisaties terecht al heel erg lang gewacht op deze wet. Aan de andere kant moeten mensen de wet wel kunnen uitvoeren. De verpleegkundigen moeten zich in staat achten haar uit te voeren, evenals de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen. Daar hebben we ook rekening mee te houden. "Rekening houden" wordt dus het devies, maar wel rekening houden met ieders belang. Daar komt een mooi midden uit — daar houd ik altijd van — namelijk een overgangsjaar dat én recht doet aan de principes en aan de geest van de wet én naar de letter van de wet niet altijd even minutieus zal hoeven vanaf 1 januari. Maar wel in toenemende mate, naarmate het jaar verstrijkt, uiteraard.

De heer Slootweg (CDA):

Dit wilde ik even helder krijgen, want het ging heel erg alleen maar over de overgang en wat het zou moeten zijn. Maar het is mij nu een stukje helderder: er wordt gewoon ingevoerd en met het veld gekeken waar maatwerk nodig is.

Minister De Jonge:

Ja. En de toezegging aan Hermans en Bergkamp, en overigens ook aan Renkema, is om binnen een aantal weken de Kamer een zo precies mogelijke brief te sturen over wat het overgangsjaar behelst. Dat zal gebeuren op een zodanig moment dat het nog mogelijk is om het in de laatste week voor het zomerreces hier met elkaar te bekijken.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik zat even na te denken over dat interruptiedebat van mevrouw Agema en de minister. We gaan nu een wettelijke basis leggen, ook als het gaat om zorg en dwang in de thuissituatie. Als mensen langer thuis willen blijven kan er een moment komen dat dat niet meer kan. Ik vind het dan eerlijk gezegd ook wel een signaal als je in de thuissituatie heel veel dwang moet toepassen.

Minister De Jonge:

Natuurlijk.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dat wil je niet. Daarom mijn vraag aan de minister. Het CIZ geeft indicaties voor de Wet langdurige zorg, de wijkverpleegkundige kijkt of het thuis nog allemaal gaat. Maar we hebben nu een kans om volgend jaar te kijken hoe dat gaat, omdat we ermee gaan leren en er ervaring mee gaan opdoen. Ik ga ervan uit dat ook zal worden bijgehouden hoe vaak zorg en dwang in de thuissituatie voorkomt, zodat we daar een indruk van krijgen. Zo kun je uiteindelijk — het is een beetje ingewikkeld verhaal — bij de afweging of iemand thuis kan blijven wonen, of iemand al dan niet een Wlz-indicatie krijgt, kijken wat er in de thuissituatie gebeurt op het punt van zorg en dwang. Mijn verzoek aan de minister, gebaseerd op het interruptiedebat met mevrouw Agema maar dan in andere bewoordingen, is dus om te kijken wat we volgend jaar kunnen leren. Kan dat ook worden meegenomen richting CIZ en Wlz-indicatie, om te voorkomen dat mensen in zo'n situatie te lang thuis blijven? We weten dan immers meer, omdat er een wettelijke grondslag komt.

Minister De Jonge:

Uiteraard. Daardoor zul je ook de registratie zien. Ik denk wel dat het met name voor de zorg in de thuissituatie echt een kwestie is van ontwikkeling. Die registratie is immers niet perfect na een maand of twee. Helemaal niet. Die registratie zal in de loop van het jaar beter worden, hoop ik. Ik ga er ook van uit dat het aantal instellingen zal toemen dat het aandurft om die maatregel op grond van de Wzd ook in de thuissituatie te nemen. Ik ga ervan uit dat de geest van de wet, namelijk "nee, tenzij" en niet ingrijpender dan nodig, ook een kwestie is van landen. Dat zal echt een aantal maanden vergen. Niettemin ben ik het met u eens; je zult op basis van die registraties gaan zien welk type maatregelen er eigenlijk worden genomen in de thuissituatie. Dat zal een belangrijk onderdeel van de evaluatie zijn, denk ik. Overigens is het natuurlijk ook nu al zo dat wanneer je een CIZ-indicatie doet, of Wlz-indicatie door het CIZ, in de onderbouwing van die indicatiestelling ook de thuissituatie wordt meegenomen. Dat gaat het om de vraag what if. "Als we die indicatie niet afgeven, wat betekent dat dan voor de thuissituatie? Is 24 uurtoezicht eigenlijk wel te

organiseren in de thuissituatie? En dat is wel nodig, want kijk maar: dit gaat niet goed, dat gaat niet goed, de cliënt gaat dwalen. Dus het is wel nodig en het kan allen in een instelling worden vormgegeven." Dat is natuurlijk juist vaak de basis voor zo'n Wlz-indicatie.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Kan de minister ook kijken in hoeverre dit punt, in hoeverre er zorg en dwang thuis voorkomt en of dat nodig is, onderdeel wordt van hoe het CIZ kijkt naar indicaties? Volgens mij is het nu nog geen expliciet onderdeel daarvan. Wij krijgen nu een wettelijke basis vanaf 1 januari. Het zou wel interessant zijn om te kijken of het CIZ dat kan meenemen.

Minister De Jonge:

Eerlijk gezegd ga ik ervan uit dat het CIZ dat ook op dit moment bekijkt. Het CIZ hanteert namelijk het indicatiëprotocol. Het indicatiëprotocol stelt een aantal vragen over hoe de thuissituatie in elkaar zit en waarom zorg in een instelling nodig is. Dan gaat het vooral over: is het thuis dan niet meer verantwoord, is dat 24 uurtoezicht nodig? Daaruit zou je kunnen afleiden in welke mate er gedwongen zorg nodig is. Ik wil het best nog even checken, maar ik zou denken dat het ook op dit moment bij de indicatiestelling al wordt meegenomen in de afweging.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, maar nu komt er een wettelijke basis. De minister gaat toch de Kamer voor de zomer informeren. Wil hij kijken in hoeverre het CIZ dit vraagstuk expliciet kan meenemen? Wordt die vraag gesteld: wordt er zorg en dwang toegepast? De minister heeft eigenlijk al toegezegd dat we in ieder geval in de registratie die informatie krijgen om ook te leren van wat er volgend jaar uiteindelijk gaat gebeuren.

Minister De Jonge:

Ja. In de registratie ga je het gewoon zien, want de registratie wordt een wettelijke verplichting. Die heeft nu geen wettelijke basis en daarmee is er ook geen wettelijke verplichting tot registratie: het gebeurt wel maar we weten het niet. Dat wordt een wettelijke verplichting en daarmee ook een registratieverplichting, dus je gaat het zien. Je kunt het dus ook meenemen in de evaluatie. U zegt eigenlijk: kijk nou eens naar hoe het CIZ op dit moment zijn indicatie inricht; moet daarbij niet de noodzaak van gedwongen zorg thuis worden meegenomen, ook in het beoordelen in welke mate 24 uurtoezicht in een instelling kennelijk nodig is? Dat snap ik wel. Ik wilde er alleen even op terugkomen omdat ik niet helemaal ... Ik ken vrij veel dingen uit mijn hoofd, maar ik ken het indicatiëprotocol niet helemaal uit mijn hoofd. Ik kom daar graag schriftelijk op terug als u dat goedvindt.

De voorzitter:

Kunnen wij al naar het blokje varia?

Minister De Jonge:

Ja, u bent eraan toe, zie ik. En ik was er ook net aan toe.

De voorzitter:

Ja, het is dat moment van de dag.

Minister De Jonge:

Kijk, het is half zeven, woensdagavond, het blokje varia.

De cliëntvertrouwenspersoon. Het CDA vroeg: kan bij de introductie en de uitbouw van de cliëntvertrouwenspersoon in de vg- en pg-sector worden geleerd van de patiëntvertrouwenspersoon in de ggz? Jazeker. Bij de ontwikkeling van het kwaliteitskader cliëntvertrouwenspersoon in de vg- en pg-sector is dat ook al gedaan. Stichting Patiëntvertrouwenspersoon is ook gevraagd om actief mee te denken, zij het dat de cliëntvertrouwenspersoon onder de Wzd wel een iets andere figuur is dan in de ggz. Want daar is het een landelijke stichting en hier is het meer regionaal bepaald, omdat er meerdere aanbieders zijn die dat type cliëntvertrouwenswerk kunnen leveren.

Kan de minister bevorderen dat de cliëntvertrouwenspersoon actief wordt betrokken bij de zorg voor vg- en pg-patiënten? Daar zet ik mij zeker voor in. In alle handreikingen die momenteel over de Wzd worden geschreven, wordt aandacht gegeven aan die functie en aan het recht van cliënten op basis van advies en bijstand. Daarnaast zie ik ook een belangrijke rol voor de zorgkantoren, want zij kopen het vertrouwenswerk in alsook de Wlz-zorg. Zij kunnen dus met de door hen gecontracteerde zorgaanbieders het gesprek voeren over de wijze waarop de cliëntvertrouwenspersoon wordt betrokken.

Waarom nou niet dezelfde lijn voor de cliëntvertrouwenspersoon als voor de patiëntvertrouwenspersoon, vraagt de heer Hijink. Omdat eigenlijk de hele tijd bij de vormgeving van de Wzd is gekeken naar: hoe ziet de uitvoeringspraktijk eruit en zouden we iets kunnen doen wat ook aansluit op die uitvoeringspraktijk? Bij de vormgeving van het vertrouwenswerk in de vg- en de pg-sector wordt vooral aangesloten bij de karakteristieken en de behoeften van de doelgroep. Dat maakt dat de vormgeving verschilt. De cliëntvertrouwenspersoon kent namelijk de regionale en de sociale context van de cliënt; vandaar ook de regionale inbedding. Dat laat onverlet dat de rechtsbeschermende werking van de cliëntvertrouwenspersoon identiek is aan die van de patiëntvertrouwenspersoon in de ggz.

De heer Hijink (SP):

Dat laatste waag ik toch wel te betwijfelen, als je bedenkt dat voor de verstandelijk gehandicapten en voor de mensen in de ouderenzorg straks toch echt een andere informatiepositie gaat gelden. Zij krijgen namelijk niet op schrift welke maatregelen om welke redenen genomen zijn. Dat is natuurlijk wel belangrijk, ook om achteraf te kunnen vaststellen of er goed is gehandeld. Ik heb gezegd: er zijn allerlei nadelen qua bureaucratie, en dat begrijp ik. Toch hecht ik eraan, omdat je niet wil dat die rechtspositie afgezwakt wordt.

Minister De Jonge:

Ik blader even in mijn stapeltje, want ik weet dat ik daar nog bij zal komen, maar misschien ben ik hem in een ander stapeltje vergeten. Het antwoord is dat het werken met dat stappenplan impliceert dat je de vertegenwoordigers en de

cliënt betreft bij de stappen die je neemt. Dat was ook de vraag van mevrouw Hermans. Dat is gewoon voorgeschreven. Dat heb je te doen. Een schriftelijke bevestiging daarvan voegt voor deze doelgroep niet zo heel veel toe, behalve bureaucratie. Daarom zou ik er niet voor zijn om dat te wijzigen. Dat is echt anders dan voor de doelgroep van de Wet verplichte ggz. De kern is of cliënten, patiënten worden betrokken bij de maatregelen die worden genomen en de achtergrond daarvan. En mijn antwoord is: ja natuurlijk, dat is namelijk voorgeschreven. Het stappenplan impliceert dat juist. Het impliceert de multidisciplinariteit om te komen tot een maatregel, maar het impliceert ook de betrokkenheid van niet alleen de cliënt zelf maar ook van zijn vertegenwoordigers, zijn naasten, bij het komen tot dat besluit en bij de toelichting van de achtergrond van dat besluit. Als je de gehandicaptensector vervolgens gaat verplichten om daar ook een schriftelijke kennisgeving of wat dan ook van te doen, dan gaat dat echt voorbij aan de uitvoeringspraktijk. Ik denk echt dat we daarmee geen toegevoegde waarde leveren voor de cliënten.

De heer Hijink (SP):

Ik denk vooral aan die situaties waarin bepaalde vormen van dwang nog niet zijn opgenomen in het zorgplan, maar waarin die om acute redenen wel plaats hebben moeten vinden. Op die momenten lijkt het mij heel belangrijk dat de cliënt volwaardig geïnformeerd wordt over zijn rechten. Er zijn mogelijkheden tot beroep, mogelijkheden om de cliëntvertrouwenspersoon in te schakelen. Dan voldoet dit antwoord van de minister dus niet. In die situaties is het juist heel logisch dat je de rechten gelijktrekt aan die in de 99Z.

Minister De Jonge:

In die situatie is het een spoedkwestie. Dan is het juist weer raadzaam om zo snel mogelijk dat overleg bijeen te roepen, het mdo bijeen te roepen en het zorgplan aan te passen. Dan geldt vervolgens alsnog dat de cliënt en de vertegenwoordiger erbij betrokken moeten worden. Ik weet het overigens alweer: het was amendement op stuk nr. 10. Hij zat wel degelijk in een mapje, maar pas in een volgend mapje, dus ik kom er nog bij.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik heb een vraag naar aanleiding van de reactie van de minister op de vraag van de heer Hijink. Ergens tussen de regels door zei de minister: dit is toch een andere situatie dan in de Wet verplichte ggz. Kan hij misschien wat nader toelichten wat hier precies anders aan is?

Minister De Jonge:

Een cliënt die meervoudig beperkt is of een ernstige verstandelijke beperking heeft, of een patiënt die ernstig dementierend is, is sowieso al niet in staat om een brief te lezen. Dan voegt een brief niks toe. Dat neemt niet weg dat je een cliënt in een bepaalde situatie zo goed mogelijk meeneemt bij de maatregelen die je treft, dat je ze goed uitlegt en de achtergrond daarvan goed uitlegt. Maar een schriftelijke bevestiging in een brief voegt daar niks aan toe.

De heer **Slootweg** (CDA):

Dat onderdeel begrijp ik. Ik stelde dat de rechtsbescherming van de cliënten en patiënten in die verschillende wetten toch anders is. Dan krijg ik toch een beetje de argumentatie terug dat we het ene landelijk hebben geregeld en het andere regionaal. Als je van elkaar wilt leren, dan gaat het toch om de vraag hoe je dat meer bij elkaar kunt brengen. Mijn vraag was ook een beetje: hoe kun je dat wat meer stimuleren? Dan krijg ik het antwoord: bij zorgkantoren blijft het altijd regionaal. Ik denk dat we niet te veel licht moeten laten ontstaan tussen de rechtsbescherming in die verschillende wetten. Hoe kijkt de minister daarnaar?

Minister **De Jonge**:

Als het gaat om de rechtsbescherming die een cliëntvertrouwenspersoon biedt, ben ik het helemaal met u eens. Daarin verschilt de Wet zorg en dwang ook niet van de Wet verplichte ggz. Die beide verschillen met name als het gaat om de vraag wie het inkoop en of dat centraal of regionaal is georganiseerd. Het antwoord is: het zorgkantoor koopt in. Waarom is daarvoor gekozen? Omdat dat meer aansluit bij meerdere organisaties die dit type cliëntvertrouwenspersonen kunnen bieden. Dat is ook nu al het geval. Is er een absolute noodzaak om daar één landelijke organisatie voor te vormen? Het antwoord is nee. Maar qua rechtsbescherming, namelijk de toegang tot een cliëntvertrouwenspersoon en de noodzaak om daarop te wijzen, verschilt de Wet verplichte ggz niet van de Wet zorg en dwang.

De heer **Hijink** (SP):

Dat laatste is gewoon niet helemaal waar, omdat in de Wet zorg en dwang een vorm van informeren van de cliënt moet plaatsvinden die begrijpelijk is voor de cliënt. Alleen, de minister maakte zich er net heel makkelijk van af door te zeggen: er zijn natuurlijk veel situaties waarin de cliënt helemaal niet in staat is om een brief te lezen. Daarom staat er ook in ons amendement: kijk nou ook of je in dat geval de vertegenwoordiger of de familie van de cliënt kunt informeren. Het is een beetje flauw van de minister om dat op deze manier af te doen, want ook in de ggz kan het natuurlijk aan de orde zijn dat de cliënt zelf niet meer in staat is om wat dan ook te lezen en dat de familie of de vertegenwoordiger dus op dezelfde wijze geïnformeerd wordt. Volgens mij is dus het argument dat zonet gebruikt werd, geen zuiver argument.

Minister **De Jonge**:

Blijft staan, ook al zou u dat argument niet mee kunnen maken, dat dan nog steeds het argument geldt: waar gaat het nou eigenlijk om? Volgens mij gaat het erom dat je een cliënt erbij betreft, dat je z'n familie betreft bij maatregelen die onvrijwillige zorg inhouden, niettemin goede zorg inhouden, en dat dat gesprek samen wordt gevoerd tussen het team dat verantwoordelijk is voor de behandeling en de naasten. Dat wil je accommoderen. Wat u daaraan toevoegt, is: zet dat nou ook even op schrift. Het zorgplan is natuurlijk alle dagen van het jaar inzichtelijk, en de toegang daartoe bestaat ook. Daarin heb je het ook inzichtelijk gemaakt. Het is vastgelegd in het zorgplan. Als ik nu zou zeggen "oké, ik ga mee met uw amendement", dan doe ik eigenlijk een administratieve verplichting daarbovenop, om van dat type beslissingen ook telkens een soort schriftelijke bevestiging op papier te geven. Dat is een zware administra-

tieve belasting, die inhoudelijk echt niet zo heel veel toevoegt.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben het daar niet mee eens. Het gaat over dwang, het gaat over onvrijwillige zorg. Dan zou je toch op z'n minst de cliënt, als dat kan, of anders de familie of een vertegenwoordiger daarover moeten informeren. Ik vind dat niet gek. Praten, overleggen, is prima, maar ik vind dat er een formeel moment moet zijn omdat we het hier juist hebben over een kwetsbare groep. Als mijn ouders in zo'n situatie zouden zitten, zou ik als vertegenwoordiger of kind, ook schriftelijk — het gaat hier ook over de rechtspositie van cliënten — willen weten op welke manier en wanneer die zorg wordt gegeven en hoe die eruitziet. Ik vind dat geen raar verzoek en ook geen raar amendement.

Minister **De Jonge**:

Maar dan toch nog eventjes het volgende. Dit betekent een heel ingrijpende en extra administratieve belasting die voortvloeit uit de wet. De vraag moet zijn of dat dan ook extra rechtsbescherming biedt. Het antwoord op die vraag is naar mijn indruk echt: nee. Want het zorgplan, de maatregel die een gedwongen vorm van zorg inhoudt, wordt besproken in het kader van de aanpassing van het zorgplan. Daar is de familie bij betrokken, daar is de cliënt bij betrokken, voor zover dat gaat. Dat is het moment waarop je het gesprek voert: wat zullen we doen? Vind je dit verantwoord? Zien jullie andere mogelijkheden om hetzelfde te bereiken? Dat is het gesprek dat je hebt. En dan zegt de familie: oké, laten we dat dan doen. Dat is het moment waarop je dat vastlegt in het zorgplan, en dan gaat de zorg zo verder. De rechtsbescherming is dus geborgd op het moment dat de maatregel wordt getroffen. Die wordt getroffen in overleg met de familie, want dat is voorgescreven in het kader van het stappenplan. Ik zie niet hoe het schrijven van een brief met daarin de tekst "we hebben daarover gesproken, dit is de uitkomst van het gesprek geweest, we voegen dit toe aan het zorgplan" daarbovenop extra rechtsbescherming biedt, behalve dat het extra papierwerk oplevert. Ik zie dat gewoon niet.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

De minister kan en mag daar anders tegen aankijken, maar het is niet zo dat vertegenwoordigers wekelijks of maandelijks in zorgplannen kijken. Dat gebeurt niet. We hebben het elke keer over "nee, tenzij". In die uitzonderlijke situatie wordt er gekozen voor onvrijwillige zorg. Dan vind ik het, eerlijk gezegd, niet raar dat je de persoon of, als dat niet kan, de vertegenwoordiger informeert. Dat kan natuurlijk heel laagdrempelig. Het hoeft geen boekwerk te zijn, maar je moet in ieder geval de familie, de vertegenwoordiger, daarover informeren. Nogmaals, het kan dat we daar verschillend over denken, maar juist als het gaat over deze groep lijkt me dat een hele belangrijke waarborg.

Minister **De Jonge**:

Dat cliënten en vertegenwoordigers moeten worden geïnformeerd, staat al in de wet. Dat staat in artikel 13.2. Dat de cliënt en de vertegenwoordiger op een bij de situatie passende manier moeten worden betrokken bij het besluit dat wordt genomen, staat al in de wet. Dat staat namelijk

gewoon bij de beschrijving van het stappenplan. Wat u daar keer op keer aan wilt toevoegen, is alsof je een rechterlijke machtiging overhandigt. Dat is de parallel die u trekt met de Wvzggz. Daarover zeg ik: pas nou op, want dat voegt eigenlijk niet zo heel veel meer toe dan papier. Ik vind het prima om hier in de tweede termijn nog op terug te komen en de implicatie van een vergelijkbare wijziging eventjes wat beter te articuleren. Dat vind ik prima. Dan neem ik even de tijd. Ik zou me bijvoorbeeld zomaar kunnen voorstellen dat de voorzitter na deze termijn even schorst voor een dinerpauze. Dan neem ik even die tijd tijdens de dinerpauze. Het is een suggestie hè, voorzitter. We denken graag met u mee.

De voorzitter:

Mijn stille wens was dat we hem gewoon even gingen afmaken. Maar ja, u heeft nog iets uit te zoeken.

Minister De Jonge:

Ja, ik heb nog even iets uit te zoeken. Maar goed, ik zou er ook voor de stemmingen nog even schriftelijk op terug kunnen komen. Wat ik graag wil doen, als u mij daartoe de gelegenheid geeft, is eventjes nagaan wat daarvan de implicaties zijn. Zoals ik het nu inschat, staat al in de wet dat de cliënt en zijn vertegenwoordigers geïnformeerd moeten worden. Dat de cliënt erbij betrokken moet worden — dat gaat verder dan geïnformeerd worden — staat ook al in de wet. De vraag is wat een schriftelijke recap daarvan dan nog toevoegt, behalve papier. Ik denk dat die uitvoeringsconsequentie vrij ingrijpend is en de toegevoegde waarde vrij gering, maar laat ik daar eventjes rustiger op terugkomen, in de tweede termijn of schriftelijk. Ik kom daar zo meteen op terug in reactie op uw amendement.

Mevrouw Hermans (VVD):

Wat de minister beschrijft, gaat heel erg uit van een situatie waarin de zorgorganisatie, de cliënt en/of de betrokken familie goed in overleg zijn en misschien wel tot overeenstemming komen over wat er nodig is. Er zijn natuurlijk ook situaties denkbaar waarin dat niet lukt en de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, toch zegt: we moeten hier iets gaan doen, want er is ernstig nadeel et cetera. Dat is de hele grondslag van de Wet zorg en dwang. Hoe is in die situaties nu geregeld dat de cliënt en/of zijn of haar familie worden geïnformeerd op het moment dat de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris zeggen "we gaan nu het stappenplan in werking stellen"? Dat is mijn eerste vraag. Mijn tweede vraag is de volgende. Als ik het goed begrijp, hebben de familie en de cliënt altijd toegang tot wat wordt vastgelegd in het zorgplan. Is wat op papier staat rechtsgeldig? Is dat een grond waarop je je kan beroepen en gaat de rechtsbescherming die we zoeken ook met deze wet haar werk doen?

Minister De Jonge:

Het antwoord is ja, want je hebt op dat moment natuurlijk het hele klachtrecht openstaan. Je hebt sowieso al de rechtsbescherming in de cliëntvertrouwenspersoon. Het kan wel zo zijn dat meerdere kinderen in een gezin niet allemaal dezelfde opvatting hebben. Dat kan natuurlijk ook nog eens een keer zo zijn. Op dat moment zal het wat moeilijker zijn om de afstemming echt tot volle tevredenheid

van alle kinderen te doen. Dat kan. Maar het klachtrecht staat sowieso altijd open.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dat was mijn tweede vraag. De eerste vraag was hoe het nu geregeld is als dat gesprek tussen de zorg en de cliënt en de familie niet tot iets leidt, als ze niet tot overeenstemming komen, maar de zorg toch zegt: we moeten nu iets gaan doen. Hoe worden zij geïnformeerd? Wat is er wettelijk geregeld om ervoor te zorgen dat de familie en/of de cliënt wel geïnformeerd worden over het starten van de procedure of het stappenplan om tot onvrijwillige zorg te komen?

Minister De Jonge:

In artikel 13.2 staat: "Voordat de onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt verleend, informeert de zorgverantwoordelijke de Wzd-arts, de vertegenwoordiger en de cliënt, tenzij dit informeren kennelijk ernstige bezwaren voor de cliënt zou opleveren. Indien de situatie dermate urgent is dat vooraf informeren niet mogelijk is, informeert de zorgverantwoordelijke hen allen zo spoedig mogelijk nadat de onvrijwillige zorg is verleend of daarmee een begin is gemaakt." In die situatie is dus voorzien.

Dan de registratie. Wat moet er wel en niet geregistreerd worden? Het veld is op dit moment bezig om dat uit te werken. Dat gaat landen in een ministeriële regeling, zeg ik in de richting van de heer Hijink. De ministeriële regeling moet zo veel mogelijk ook praktisch zijn: wel de registraties doen, maar op zo'n manier dat de mensen in de zorg niet allemaal halve monniken hoeven te worden die de hele dag zitten te turven welke maatregelen ze allemaal wel of niet hebben genomen. Als je het een beetje praktisch kunt regelen, moet dat mogelijk zijn. Zo ook wordt op dit moment gewerkt aan die ministeriële regeling.

Er is gevraagd of kinder- en jeugdpsychologen wel of niet worden opgenomen in de BIG. Die vraag kwam nadat wij hadden gezegd: als je degene die Wzd-functionaris kan zijn, wilt verbreden, niet alleen een arts maar ook andere functionarissen, bijvoorbeeld de orthopedagoog-generalist, zal je die moeten opnemen in de BIG. Waarom? Omdat daar een publiekrechtelijk handhaafbaar tuchtrecht op van toepassing moet zijn. Dat biedt namelijk een vergelijkbare rechtsbescherming als in de Wet verplichte ggz. Daar is die keuze in gemaakt.

Vervolgens kwam natuurlijk onmiddellijk de vraag: en de kinder- en jeugdpsychologen dan? Waarom is het een verstandig idee om die ook op te nemen in de BIG? Dat heeft ermee te maken dat je de overgang van 18-min- naar 18-pluszorg zo veel mogelijk smooth wil laten verlopen en geen wettelijk gearrangeerde knip zou willen aanbrengen. Integendeel, je zou zelfs in de wet willen faciliteren dat het een en dezelfde behandelaar kan zijn voor 18-min en 18-plus.

Om te beoordelen of een beroep wel of niet in aanmerking komt voor regulering in de Wet BIG is een aantal beleidscriteria geformuleerd, namelijk: is de beroepsuitoefening gericht op individuele gezondheidszorg, is het beroep een basisberoep inclusief een landelijke opleiding, is het voldoende onderscheidend en is wettelijke regulering noodzakelijk om patiënten adequaat te beschermen? Gezien de

toename van het aantal aanvragen tot regulering en om de beoordeling van deze aanvragen verder te professionaliseren, is een wetsvoorstel in voorbereiding om een adviestaak bij het Zorginstituut te beleggen voor de toelating van nieuwe beroepen. Dat is de Wet BIG-II. Daarover hebt u uiteraard het gesprek met collega Bruins. Het Zorginstituut toetst nieuwe aanvragen aan die criteria. Naar aanleiding van het advies neem ik of neemt collega Bruins het besluit om wel of niet te reguleren in het kader van het opnemen van een beroep in de Wet BIG.

Het verzoek van de kinder- en jeugdpsychologen komt dus voort uit de verbreiding van de orthopedagoog-generalist. Daarover wordt geen advies aan het Zorginstituut gevraagd omdat het geen nieuw verzoek betreft. In de nota naar aanleiding van het verslag op de Aanpassingswet zorg en dwang heb ik aangegeven dat ik in gesprek ben met het NIP, de beroepsvereniging, over een opname van het beroep kinder- en jeugdpsycholoog in de Wet BIG. Een opname in de BIG vraagt wel een zorgvuldige voorbereiding. Je moet namelijk een landelijke opleiding hebben en opleidingseisen. Ook moet er nog een internetconsultatie plaatsvinden van het op te stellen opleidingsbesluit plus alle stappen die moeten worden doorlopen in een wetgevingstraject. Kortom, ik ben aan de slag met een voorstel om ook de kinder- en jeugdpsychologen onderdeel te maken van en op te nemen in de BIG.

De heer Slootweg vraagt of bij de evaluatie, de derde stap, ook de ervaring van cliënten en familie wordt meegenomen. Het antwoord is: ja. Mevrouw Hermans vraagt of ik kan bevestigen dat de Wvvgz en de Wet forensische zorg op 1 januari 2020 integraal in werking treden. Het antwoord is: ja. De integraliteit hangt even af van de mate waarin de Wet zorg en dwang in werking treedt en de integraliteit van die drie wetten. Ik ga ervan uit dat die ingaat, maar dat we een overgangsjaar hebben. Daarover hebben we uitvoerig gesproken. Ik denk dat ik daarmee aan het einde ben gekomen van dit blokje.

Dan heb ik nog het blokje met de amendementen, voor zover die inmiddels zijn ingediend. We hebben het uitvoerig gehad over het amendement op stuk nr. 10, het amendement van de heer Hijink. Ik denk dat u al verwacht wat ik daarover ga zeggen. Ik ga dat ontraden, omdat het mij onduidelijk is wat de toegevoegde waarde is en omdat het mij onduidelijk is wat de uitvoeringsimplicaties daarvan zijn. Ik heb ook gezegd dat ik daar in tweede termijn uitvoerig op terugkom en dat ga ik ook doen.

De voorzitter:

Ik vermeld nog even dat het amendement op stuk nr. 10 vervangen is door het amendement op stuk nr. 16.

Minister De Jonge:

Ja, dat is waar.

De voorzitter:

Een vraag van de heer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Nog even over het blokje varia. Dat werd afgesloten, maar ik wil er nog een vraag over stellen.

Minister De Jonge:

Ik denk dat ik het wel weet.

De heer Renkema (GroenLinks):

Het ging even over de kinder- en jeugdpsychiaters. Ik heb iets gevraagd over de jeugdzorg. Dat valt niet onder deze wet. Toch zou ik wel graag een reactie van de minister willen hebben op dit punt. Steeds meer kinderen en jongeren belanden in gesloten jeugdhulp. Het woord "gesloten" is denk ik het meest duidelijke woord als het gaat over dwang. Wij regelen vandaag in deze wet heel uitgebreid en heel precies hoe vrijheidsbeperking vorm kan krijgen, met een stappenplan en allerlei deskundigen. In de Jeugdwet is het eigenlijk vrij globaal beschreven, namelijk dat het iets is waarin de gemeente haar verantwoordelijkheid heeft. Zou de bril van deze wet en ook van de Wet verplichte ggz op een of andere manier ook van toepassing kunnen zijn op de situatie van de gesloten jeugdhulp?

Minister De Jonge:

Nee. Ik kijk daar toch iets anders tegen aan. Het is niet zo dat het nu globaal is geregeld in de Jeugdwet. Dat is niet waar. Voor een opname in een gesloten instelling moet een machtiging gesloten plaatsing worden afgegeven. Voor elke opname in een instelling, tegen de wil van ouders of kinderen, moet een machtiging uithuisplaatsing worden afgegeven met een rekestfunctie bij de Raad voor de Kinderbescherming en een uitspraak die de rechter heeft te doen. Dat geldt voor de reguliere jeugdzorg. Als het gaat om de Wlz instellingszorg is uiteraard gewoon de Wet zorg en dwang van toepassing. Dan gaat het om het toepassen van dwangmatige maatregelen in Wlz-zorg. Daar is de Wet zorg en dwang van toepassing. Daar waar het gaat om gedwongen uithuisplaatsing, dus met een machtiging gesloten plaatsing in het kader van de Jeugdwet, is er altijd een rechterlijke uitspraak nodig. Dat verandert ook niet.

Toch begrijp ik uw vraag wel. Het gaat over de rechtspositie en de rechtsbescherming van cliënten. Daarover is ook bij de behandeling van de Wet zorg en dwang in de Eerste Kamer gevraagd of we dit niet meer zouden moeten harmoniseren, want er zitten echt verschillen in rechtsbescherming in de verschillende wettelijke regimes. Inderdaad is er dan sprake van een ander type rechtsbescherming voor kinderen als een machtiging gesloten plaatsing is uitgesproken en vervolgens een behandeling op die locatie plaatsvindt. Uiteraard geldt daar dan weer een toegesneden toezichtsarangement en is de inspectie heel kritisch op maatregelen die niet goed genoeg onderbouwd worden. Niettemin is er een verschil in wettelijk geregelde rechtspositie. Zou je dat niet moeten harmoniseren? Met dat vraagstuk zijn collega Dekker en ik bezig. Dat werken we op dit moment verder uit. Wij neigen ernaar om met een wetsvoorstel te komen. Ik meen dat het in de eerste helft van 2020 op de rol staat om ermee naar de Kamer te komen. Ik begrijp de vraag dus wel.

Voorzitter. Ik ben aangekomen bij het amendement op stuk nr. 11 van het lid Bergkamp. Dat amendement zegt dat de

Kamer aan de ministeriële regeling, die vastlegt op welk opleidingsniveau de zorgverantwoordelijke kan worden benoemd, een punt C wil toevoegen. Dat punt regelt de voorhang voor dat deel van de ministeriële regeling. Daarover laat ik graag het oordeel aan de Kamer, omdat ik het wel begrijp.

Het amendement op stuk nr. 12 van het lid van der Staaij vraagt om toe te voegen: "indien de cliënt wilsonbekwaam is en de vertegenwoordiger en de cliënt zich niet verzetten tegen het opnemen in het zorgplan van de maatregel die tot gevolg heeft dat een cliënt op medische of fysieke gronden enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, wordt overeenkomstige toepassing gegeven aan artikel 11a, eerste en tweede lid". Het uitgangspunt is dat eenieder de vrijheid heeft om zijn of haar leven in te richten. Hoewel er formeel geen sprake is van onvrijwillige zorg, zijn de maatregelen waar dit amendement op ziet dusdanig ingrijpend van aard, en dus in potentie een schending van iemands autonomie en rechtspositie, dat niet volstaan kan worden met de vereenvoudigde toetsing door een Wzd-functionaris. Immers, het betreft een cliënt die zelf niet meer in staat is om zijn wil te uiten. In de situatie van deze kwetsbare cliënt dienen dergelijke ingrijpende vormen van zorg zorgvuldig te worden afgewogen.

Overigens — u noemde het bedhek als voorbeeld — benadruk ik dat een bedhek niet per definitie een vrijheidsbeperkende maatregel is. Misschien kan dat een vergelijkbaar type verlichting geven. Er zijn namelijk bedhekken die alleen maar voorkomen dat iemand uit zijn bed rolt en die hen niet in hun vrijheid proberen te beperken. Ze proberen alleen een val te voorkomen. Dat zijn bedhekken die iemand 's ochtends als hij wakker wordt zelf naar beneden kan doen. Er zijn ook bedhekken die bij het voeteneinde een uitsparing hebben, zodat iemand wel degelijk zelf zijn bed uit kan komen. Dat type bedhekken geldt niet als vrijheidsbeperkende maatregel, omdat ze geen vrijheid beperken. Ze voorkomen alleen dat iemand valt. Misschien kan daar iets van die verlichting uit naar voren komen. Ik voorspel maar alvast dat, als we over drie jaar de wet gaan evalueren, dit type voorbeelden in de evaluatie echt aan de orde zal gaan komen. Je gaat dan een nadere precisering krijgen van in welke situatie het stappenplan van toegevoegde waarde is. O, ik hoor dat Apple gaat meedenken.

De voorzitter:

We horen via uw telefoon inderdaad de mededeling: hier is de App Store. Wat gaat u voor ons downloaden, meneer de minister?

Minister De Jonge:

Ik ga mijn telefoon even wegleggen, want het is ook zonder dat Apple zich ermee bemoeit al ingewikkeld genoeg. Ik kan me dus voorstellen dat bij de evaluatie dit type vraagstukken aan de orde gaat komen: in welke situatie wel, in welke situatie niet en welke situatie kan je een light toets doen? Maar ik zou er niet voor willen kiezen om dit op voorhand, in de situatie zoals u die beschrijft in het geval van wilsonbekwaamheid, al buiten haken te plaatsen.

De heer Van der Staaij (SGP):

De zorg die wij vanuit de praktijk horen, is dat ook een hele lichte vorm, zoals dat rolstoelblad — wat een beperking is als je in een rolstoel zit — aangemerkt wordt als een vrij beperkende maatregel en dat een vrij zwaar regime gevolgd moet worden, terwijl de vertegenwoordiger en de mensen zelf daar eigenlijk geen moeite mee hebben, maar men wel in een hele parafencultuur terecht komt. Vanuit die zorg kwam de wens voor dit amendement naar voren. Ziet de minister ook het probleem dat bij een aantal vormen van zorg, die eigenlijk helemaal niet als dwang ervaren worden, dit zware regime toch van toepassing kan zijn?

Minister De Jonge:

Ik zie het wel. Daarom denk ik ook dat dit onderdeel gaat zijn van de evaluatie. Maar ik ben er niet zo voor om dit type maatregelen op voorhand al buiten haken te plaatsen. Ik denk dat het besef dat iets een maatregel is die gedwongenheid impliceert of een maatregel die tegen de wil van mensen in kan zijn, een goed besef is en dat het verstandig is dat het stappenplan dat onder de aandacht brengt.

Ga ik ervan uit dat hier een heel uitvoerige vergadering gaat plaatsvinden? Dat denk ik niet. Ik denk dat het in dit geval een vrij snel overleg is over de inhoud van het zorgplan — wat toch moet — waarbij dit even wordt meegenomen. Eerlijk gezegd, denk ik dat het ook aankomt op een uitvoering die enigszins luw is in de bureaucratische implicaties ervan. Het gesprek over het zorgplan zal je toch moeten hebben. En in het zorgplan schrijf je dit op. Het is goed om dat ook met elkaar te wisselen: ja, hier is wel een maatregel aan de orde die vrijheidsbeperkend is. Het is goed om ons daarvan bewust te zijn. Dan haal je een knikje op en ga je door met de andere elementen in dat zorgplan. Het is dus niet altijd een heel uitvoerige vergadering waar mensen van heinde en verre naartoe moeten komen om speciaal over die ene maatregel te spreken. Je hebt natuurlijk ook gewoon het gesprek over het zorgplan.

De heer Van der Staaij (SGP):

Maar als je het stappenplan volgt, is het wel meer dan alleen iets in het zorgplan zetten.

Minister De Jonge:

Absoluut.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dan is toch de vraag of je in feite straks wel voldoende aandacht geeft aan die onderdelen die veel meer die echt nadrukkelijke vragen, als het te veel ook weer een soort routinematig "alles eronder laten vallen" wordt.

Minister De Jonge:

Dat klopt.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dat is wel een zorg die ik heb als je dit te veel stapelt en als je te weinig onderscheid maakt.

Minister De Jonge:

Dat is de andere kant. Het is ook een afweging. Ik snap het dilemma dat u voorlegt ook wel, maar ik voorspel alvast dat dit gaat terugkomen bij de evaluatie. Dat zie ik wel. Maar wat u doet, is op voorhand dat type maatregelen al buiten haken plaatsen. Dat zou ik dan weer jammer vinden, omdat we ons dan blijvend onvoldoende bewust zijn van het feit dat maatregelen ook wel degelijk een beperking van de vrijheid van mensen zouden kunnen inhouden. Dus ik ont-raad dit amendement.

De voorzitter:

Ontraden. Dat wilde ik net zeggen.

Minister De Jonge:

Ik ga naar het amendement op stuk nr. 13.

De voorzitter:

Kunnen de volgende amendementen iets korter en puntiger worden beoordeeld? Ik hoor allemaal maagjes rammelen in de plenaire zaal.

Minister De Jonge:

U wilde het even afmaken, begreep ik zojuist nog. Maar daarvan bent u dan teruggekomen.

De voorzitter:

U bent zo dwingend; u laat mij geen andere keus.

Minister De Jonge:

Nou ja, ik ben natuurlijk ook hongerig en dorstig.

Het amendement van de leden Bergkamp en Renkema gaat over — ik moet even heel snel scannen — de samenloop van een machtiging op grond van de Wlz en een machtiging op grond van de Wzd en de vraag of die, als dit in samenhang plaatsvindt, ook door de familie kan worden aangevraagd. Dat is eigenlijk de huidige uitvoeringspraktijk gecodificeerd. Dat oordeel laat ik graag aan de Kamer.

De heer Slootweg heeft op stuk nr. 14 een amendement ingediend, waarin hij de externe deskundigen die ik zo vakkundig uit stap één had weten te verwijderen, herintroduceert. We hebben daar net uitvoerig over gesproken, dus ik denk dat ik het bij de verwijzing naar dat dispuut mag laten. Dan ontraad ik dat amendement.

Voorts zou ik de andere amendementen die nog een beetje in de lucht hangen in de tweede termijn willen beantwoorden, als u dat goed vindt, voorzitter.

De voorzitter:

Dan hebben we een leuke cliffhanger voor ons miljoenenpubliek thuis.

Minister De Jonge:

Ja, toch. Precies.

De voorzitter:

Dan schors ik tot 20.00 uur voor het diner. Moge het u allen bekomen.

De vergadering wordt van 19.10 uur tot 20.03 uur geschorst.

De voorzitter:

We gaan door met de tweede termijn van de Kamer. De eerste spreker is de heer Slootweg van de fractie van het CDA. Het woord is aan hem.



De heer Slootweg (CDA):

Hartelijk dank, voorzitter. Ik denk dat we een goed debat hebben gehad, waarin een heel aantal punten de revue is gepasseerd. Over een aantal zaken heb ik nog wel mijn beoordeling. We vinden in eerste instantie het overgangsjaar dat is voorgesteld een prima vorm om mee aan de slag te gaan. Wat ik belangrijk vind, en wat ik toch even wil onderstrepen, is dat de minister heeft aangegeven: "Dit wordt geen lege wet, in de zin dat we hem laten ingaan maar dat er verder niks gebeurt. Ik vind echt dat deze wet substantie moet hebben en dat er met het veld ook gekeken moet worden naar wat die wet beoogt, namelijk zorg en dwang toepassen." Dat laatste is niet iets lichtvaardigs, zo herhaal ik nog maar.

Het tweede punt is de cliëntvertrouwenspersoon. Ik heb de minister goed verstaan. Hij zegt: de rechtsbescherming in de Wet verplichte ggz en die in de Wet zorg en dwang zijn ongeveer gelijkwaardig, maar zijn wel op een andere manier georganiseerd. Als er toch een keer geëvalueerd zal worden, wat wordt beoogd voor over drie jaar, zou het ons wel helpen om te kijken naar de vraag: hoe loopt het dan met die rechtsbescherming en met die begeleiding, en zijn die inderdaad gelijk? Want het ene is natuurlijk landelijk georganiseerd en het andere meer via de zorgkantoren.

Het derde punt is toch de Wzd-functionaris. Als ik daarover een beoordeling mag geven, vind ik dat een chaotisch proces. Het was volgens mij best een novum in 's lands vergaderzaal. Ik denk dat het weinig keren is voorgekomen dat, nog voordat de minister zelf zijn oordeel heeft geveld, al is gezegd "we trekken het toch maar weer terug", zoals ik hoorde in de discussie tussen de Kamerleden. Maar dat betekent wel wat. Omdat er een aantal keren is geswitcht, vind ik het wel erg belangrijk dat de minister ervoor garant staat dat in het veld ook heel helder wordt wie de eindverantwoordelijkheid heeft. Want er zijn ondertussen natuurlijk wel al een aantal stukken gekomen; dat maakt het ook allemaal niet makkelijker terug te lezen. Het is, denk ik, echt van belang dat er naar het veld goed gecommuniceerd wordt: wie is er zo meteen als Wzd-functionaris eindverantwoordelijk wanneer het gaat over medische elementen, en wie is dat over meer gedragskundige elementen?

Dan ga ik in op ons amendement. De discussie heb ik ook gezien. Voor ons blijft toch heel erg van belang dat je die externe deskundigen aan de kop van het proces zet. Ik begrijp de administratieve lasten best wel en de overwegingen. Maar voor ons is hier toch meer het principiële punt dat het toch echt verstandig is dat je er bij dwangzorg van buiten naar laat kijken. Je kunt zeggen dat je dat gaandeweg het proces doet, maar dat is echt niet hetzelfde. Ik weet niet

of ik de Kamer daarin heb kunnen overtuigen, maar wij vinden het toch wel heel belangrijk dat het aan de kop van het proces blijft.

Ten slotte. Iedereen blijft zoekend en dat is denk ik ook goed. Dat maakt een evaluatie zeer nodig. Het lijkt het CDA verstandig dat er, voordat er een evaluatie plaatsvindt, een opzet van de evaluatie naar de Tweede Kamer wordt gestuurd. Zo kunnen wij kijken of de elementen die wij als Kamer van belang vinden ook daarin worden meegenomen. Ik hoop op een toezegging van de kant van de minister.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink van de fractie van de SP.

De heer **Hijink** (SP):

Hij moet een halve meter omlaag.

De voorzitter:

Van de arbodienst?

De heer **Hijink** (SP):

Ja, want ik ga hier drie kwartier staan.

Voorzitter. Het is geen verrassing dat de SP geen voorstander is van de wijziging zoals die nu voorligt. Daarover hebben we het vandaag uitgebreid gehad. Ik denk ook niet dat iemand nog de indruk had dat het anders zou zijn. Wij zijn er geen voorstander van dat de verantwoordelijkheid voor dwangzorg, voor onvrijwillige zorg, wordt weggehaald bij een arts en wordt neergelegd bij een gezinspsycholoog of een orthopedagoog. Dit is zeer zeker niet omdat wij twijfels hebben bij de deskundigheid van die beroepsgroepen, maar wij stellen vast dat ze deskundig zijn op een ander vakgebied. Juist in de gehandicaptenzorg en in de ouderenzorg hebben heel veel zaken wel degelijk een medische component. Je wilt altijd uitsluiten dat medische zaken ten grondslag liggen aan, de oorzaak zijn van, problematisch gedrag.

Ik wil wel nog een keer benadrukken dat dit niet een soort steek is in de richting van al die ggz-psychologen, al die orthopedagogen, die fantastisch werk doen in de ggz, in de gehandicaptenzorg en in de ouderenzorg; daar is het mij absoluut niet om te doen. Het gaat mij erom dat de samenwerking goed is, dat er in teamverband wordt gewerkt en dat er in overleg tot de beste zorg voor cliënten wordt gekomen. Qua eindverantwoordelijkheid maken wij op dat punt alleen een andere afweging. Voor al die verschillende vormen van zorg moet je namelijk kiezen voor degene die zo breed mogelijk is opgeleid en die in de volle breedte het overzicht heeft over wat het beste is. Waarom vinden wij dat belangrijk? Ik heb dat benadrukt, omdat pijn soms een aanleiding kan zijn tot agressief gedrag. Denk aan een oudere man in een verpleeghuis of juist niet in een verpleeghuis, maar in de gehandicaptenzorg; misschien is dat een beter voorbeeld. Een oudere man, verstandelijk beperkt, kan op een bepaald moment gedrag gaan vertonen dat veroorzaakt wordt door zijn beperking. Maar op een bepaald

punt kan het ook het beginstadium van dementie of Alzheimer zijn. Je wilt dan dat uitgesloten wordt dat een dergelijke oorzaak gemist wordt. Om die reden stellen wij: zorg ervoor dat er altijd een arts betrokken is.

Dwangzorg heeft ook medische consequenties. Het opleggen van dwangzorg, ook als de aanleiding niet medisch is, kan in de nasleep wel degelijk medische effecten hebben, waardoor het van belang is om een arts betrokken te houden. Vooraf is nog beter, maar zeker achteraf.

Tot slot. Wij hebben een discussie gehad over de cliëntvertrouwenspersoon. Ik vind het lastig om te zeggen dat het op dit moment genoeg geregeld is in de wet. Ik denk van wel, maar ik kan het niet precies zeggen. Ik ben er nog niet helemaal van overtuigd. Ik ga daar dadelijk een motie over indienen. Op dit moment wil ik het amendement op stuk nr. 10, dat inmiddels het amendement op stuk nr. 16 is geworden, intrekken. Want ik wil nu een motie indienen. Mocht blijken dat het alsnog nodig is om een amendement te maken, dan doe ik dat weer. Maar op dit moment kies ik ervoor om deze motie in te dienen.

De voorzitter:

Het amendement-Hijink/Bergkamp (stuk nr. 16) is ingetrokken.

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Dan kom ik tot de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het omwille van de rechtsbescherming van cliënten van belang is dat cliënten en hun vertegenwoordigers in situaties waarin onvrijwillige zorg wordt opgelegd onverwijd gewezen worden op hun rechten;

verzoekt de regering om in de communicatie en uitleg van de Wet zorg en dwang richting zorgaanbieders en zorgverleners deze rechtsbescherming van cliënten expliciet te benadrukken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Hijink en Bergkamp. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 17 (35087).

De heer Renkema ziet af van zijn spreektijd. Mevrouw Hermans van de VVD niet.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Volgens mij was dit een goed en soms ook technisch debat over een belangrijke wet. Deze

wet gaat over de onvrijwillige zorg die kan worden ingezet als het echt niet anders kan, na het doorlopen van een zorgvuldige procedure met alle betrokkenen. De kern van de discussie van vandaag ging over de Wzd-functionaris. Dat we die discussie vandaag überhaupt voeren, is te danken aan het amendement-Leijten. Ik zeg bewust "te danken aan het amendement", want voor de VVD-fractie is de toevoeging van wat in eerste instantie de Wzd-arts was — nu spreken we over de "Wzd-functionaris" — echt een verbetering van de wet, voor goede zorg en voor de positie van de cliënt.

Vandaag ging de discussie over de vraag of de Wzd-functionaris altijd een arts moet zijn, of dat dit in gevallen ook een ggz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist kan zijn. De heer Hijink vroeg mij terecht of een Wzd-functionaris met een gedragsdeskundige achtergrond voldoende bescherming biedt voor niet alleen de cliënt, maar ook de zorgverlener. Ik had beloofd daarover na te denken en dat heb ik gedaan. Ik blijf bij mijn afweging. Ik ben van mening dat de Wzd-functionaris ook een ggz-psycholoog of een orthopedagoog-generalist kan zijn. Ik maak, zoals de heer Hijink net al in zijn termijn zei, een andere afweging. De functionaris is eindverantwoordelijk voor het doorlopen van een stappenplan, maar hij beslist altijd na gesprekken in het multidisciplinair overleg, waar ook de zorgverantwoordelijke bij betrokken is; mevrouw Bergkamp vroeg mij daar in eerste termijn ook naar. Naar mijn overtuiging kent diegene de cliënt. Hij kan de medische achtergrond van een cliënt inbrengen in discussies over onvrijwillige zorg. Dat lijkt mij voldoende, voor de positie van de cliënt en voor het verlenen van goede zorg.

Het amendement op stuk nr. 15 dat ik heb ingediend, is dus bedoeld om de onduidelijkheid weg te nemen als gevolg van de nota van wijziging, die duidelijkheid bedoelde te creëren maar in de uitwerking niet helemaal zo uitpakte, en om terug te gaan naar de tekst in het oorspronkelijke aanpassingsvoorstel. Die duidelijkheid vindt de VVD belangrijk voor de uitvoering en de implementatie. In dat kader zijn we blij met de toezegging van de minister om nog voor de zomer met een plan te komen voor de invulling van het overgangsjaar. Ik zou de minister willen vragen om in de brief die hij daarover gaat sturen nog op één punt in te gaan, namelijk een vraag uit mijn eerste termijn waarop ik het antwoord heb gemist. Wat gaat de rol van de huisarts worden als de Wet zorg en dwang wordt toegepast in de thuishouding?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan de heer Van der Staaij van de SGP.



De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de minister graag danken voor zijn beantwoording. Het zal uit mijn bijdrage in de eerste termijn duidelijk zijn dat wij de kern van dit wetsvoorstel steunen. Wij vinden het een verbetering ten opzichte van het wetsvoorstel dat al door de Eerste Kamer heen is gegaan maar dat nog niet in werking is getreden.

Ik wil nog kort terugkomen op twee punten die ik in mijn eerste termijn heb aangestipt. Dat is in de eerste plaats het

amendement op stuk nr. 12. Ik wil nog een precies antwoord geven op de vraag van de heer Slootweg wat het verschil is met wat ooit eerder is ingediend. Bij dit amendement blijft het toezicht door de Wzd-functionaris gehandhaafd. Dat nog even ter aanvulling.

Ik wil een motie indienen over de mogelijke inzet van wijkverpleegkundigen als Wzd-functionaris in de toekomst. Die motie luidt als volgt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de regering alle vormen van onvrijwillige zorg ambulant wil kunnen verlenen, onder meer door thuiszorgorganisaties;

overwegende dat een zorgplan in de thuiszorg wordt beoordeeld door hbo-geschoolde wijkverpleegkundigen;

overwegende dat wijkverpleegkundigen, afgezien van het ontbreken van academische scholing, voldoen aan alle materiële criteria om een wijkverpleegkundig zorgplan te beoordelen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen;

verzoekt de regering om, samen met de sector, te onderzoeken onder welke voorwaarden wijkverpleegkundigen in de toekomst wel als Wzd-functionaris kunnen worden aangevoerd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Staaij. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 18 (35087).

De heer Hijink (SP):

Ik heb daarnet de minister gevraagd of wij met deze wetswijziging niet het risico nemen dat we iets in gang zetten, namelijk het stukje bij beetje afschalen van de verantwoordelijkheid voor onvrijwillige zorg. Dat bedoel ik overigens niet lullig tegenover de wijkverpleegkundigen. De heer Van der Staaij zet tot mijn grote schrik nu eigenlijk al de eerste stap, namelijk de optie openhouden dat ook de wijkverpleegkundige dan maar moet gaan besluiten over onvrijwillige zorg. Dat is precies het punt dat ik daarnet ook in de richting van de minister maakte. Dan bevinden we ons toch eigenlijk op een glijdende schaal? Hoe reageert de heer Van der Staaij daarop?

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik begrijp dat vanuit de redenering van de heer Hijink, maar ik heb zelf al in mijn termijn aangegeven dat ik meer kijk naar wat het domein is waar dit het beste thuishoort. Als het gaat om het kunnen beoordelen van een zorgplan, vind ik niet per definitie een arts verkieslijker boven een psycholoog of een wijkverpleegkundige, die ook bijvoorbeeld heel vergaande bevoegdheden in het kader van indicatiestelling en dergelijke hebben. Maar ik beseft dat er wel meer aan

vastzit en dat dit niet iets is waarvan je zegt: doe dat ook maar even. Vandaar dat ik er nu ook van heb afgezien om er een amendement van te maken. Maar in mijn motie zou ik de minister willen vragen om te bekijken onder welke voorwaarden dit het geval zou kunnen zijn.

De heer **Hijink** (SP):

Ik wil alleen maar waarschuwen voor het langzaam stukje bij beetje laten afbrokkelen van de rechtsbescherming van mensen die met deze hele ingrijpende maatregelen te maken krijgen. Volgens mij moeten we daar voorzichtig in zijn. Ik vind het niet verstandig om direct na zo'n uitgebreide discussie over of het nu wel of niet een arts moet zijn alweer de discussie te openen over de vraag of het ook de wijkverpleegkundige en wie weet straks wie nog meer moet gaan worden.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

We openen hiermee niet zozeer een nieuwe strijd. Dit was ook gewoon een van de punten die wij aangereikt hebben gekregen. Ook vanuit het veld wordt hiernaar gevraagd. Dus er waren verschillende discussies. Als je zegt dat dit inderdaad wel op een andere manier vormgegeven kan worden, dan is het de vraag waarom dit ook niet zou kunnen. Ik heb ook nadrukkelijk gesproken over hbo-verpleegkundigen. Als je kijkt welke zware bevoegdheden die ook hebben, dan heb ik gewoon moeite met een manier van denken waarin de arts het model is voor de rechtsbescherming. Alles wat er anders aan is, is dan minder: dat is afschaling of afbrokkeling. Nogmaals, ik bepleit toch een flexibeler zicht daarop.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben een voorstander van de aanpassingswet, dus ik vlieg het wat anders aan. Volgens mij deelt de heer Van der Staaij datgene wat ik in mijn inbreng heb aangegeven, namelijk dat het hele extramurale, die thuiszorg, echt nog een onontgonnen terrein is als het gaat om het terrein van zorg en dwang, de onvrijwillige zorg. Ik vrees dus een beetje dat deze motie misschien ook weer verwachtingen oproept en misschien ook weer wat meer onduidelijkheid. Als het gaat om het extramurale is er al best veel onduidelijk. Ik wil niet in de rol van de minister gaan zitten, maar ik denk dat de motie wel een beetje voortijdig is. De minister kan het punt meenemen in de evaluatie, maar ik zou aan de heer Van der Staaij willen vragen om deze motie wel aan te houden. Op zich snap ik de insteek, maar tijdens het debat hebben we gezien dat het extramurale eigenlijk best wel tricky is en dat we echt moeten kijken hoe dat gaat. Gezien die discussie vind ik het nu heel kwetsbaar om de discussie te openen of de wijkverpleegkundige het ook niet kan doen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik hoor wat mevrouw Bergkamp zegt. Wij hadden dit eerder schriftelijk aangekaart. De discussie ging over de vraag of het altijd de arts moet zijn of dat het ook iemand anders kan zijn. Dan vind ik het logisch dat je niet alleen zegt dat dat kan in de gehandicaptensector, maar dat het daarna afgelopen moet zijn, maar dat je je inderdaad afvraagt waar het ook op een andere manier kan en waar dat niet kan. Dit vond ik een reële vraag die werd voorgelegd. Ik gaf al aan dat ik het inderdaad te snel vond gaan om nu voor een

amendement te kiezen. Tot nu toe heb ik alleen maar de argumentatie gehoord: er is geen academische scholing, punt. Ik vind het te mager om dan te zeggen: dat is waar, dan moeten we het maar helemaal onmogelijk maken. Dan zou ik heel graag zien dat hier nader naar gekeken wordt en dat dit beter onderzocht wordt. Als er meer kwalitatieve argumenten zijn waaruit blijkt dat dit echt niet kan, dan zou ik daarvoor openstaan, maar die heb ik tot nu toe niet gehoord. Daarom zou ik het jammer vinden om het nu maar hierbij te laten.

De **voorzitter**:

Kort afrondend.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik snap dat "geen academische titel" niet hét argument zou moeten zijn, maar wat wel een argument kan zijn, is dat het hele extramurale als het gaat over zorg en dwang nog echt onontgonnen terrein is. Dat zou een argument kunnen zijn om te zeggen: laten we eerst kijken hoe het nu gaat, laten we dat in de praktijk ervaren. En als we in dat jaar dingen leren, kunnen we wellicht ... Dat is de oproep die ik aan de heer Van der Staaij doe. Dat extramurale is onontgonnen terrein, dus het is echt voortijdig om nu al die discussie te starten.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ja, ik begrijp het punt van mevrouw Bergkamp, maar ik vind het te vroeg om nu te zeggen: laten we het zo doen. We gaan het gewoon doen volgens de wet en daarin kan dit dus niet. Zo staat het niet in de wet en daar torn ik ook niet aan. Maar als je die praktijkervaring nu gaat opdoen, moet je bekijken of niet ook de wijkverpleegkundige dit zou kunnen doen. Wat zijn dan de voorwaarden waaraan voldaan moet worden? Als de conclusie is dat zij niet aan die voorwaarden kunnen voldoen, dan is dat gewoon de conclusie, maar die trek ik nu nog niet. Vandaar mijn behoefte om toch met dit punt verder te gaan.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan mevrouw Bergkamp van D66.



Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de minister en ik dank ook Bureau Wetgeving en de staf van VWS. Dit is best een heel complexe wet en het is ontzettend fijn dat er mensen zijn die daarin meedenken en suggesties doen, waardoor we in dit debat ons ding hebben kunnen doen. Dus een dankwoord aan hen.

We hebben een goed debat gehad en veel dingen uitgewisseld. Het lijkt mij niet nodig om opnieuw het debat aan te gaan of een herhaling van zetten te plegen. Het is een complexe wet met een verdeeld draagvlak in het veld. Toch is het goed dat we deze wet in de praktijk gaan brengen. De simpele reden is dat deze wet beter is dan de huidige wet.

Ik dank de minister voor de toezegging dat er over een paar weken een brief komt waarin dat overgangsjaar nog eens heel goed geconcretiseerd wordt. Wat kunnen mensen, wat kunnen cliënten verwachten? Bij de minister vraag ik specifieke aandacht voor extramuralen, de zorg thuis, de kleine wooninitiatieven, het pgb. Het is belangrijk dat mensen onder wie de zorgprofessionals weten waar ze aan toe zijn.

Ik dank de minister ervoor dat hij naar het CIZ wil kijken. Ik doe de suggestie om ook eens naar de beleidsregels te kijken. We gaan zorg en dwang in de wet opnemen, ook als het gaat om de situatie thuis. Het lijkt mij heel goed dat het CIZ ook op die manier naar die indicaties kijkt en dit kan meenemen. Het is fijn dat de minister daar over een paar weken op terugkomt.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

De laatste spreker van de zijde van de Kamer is mevrouw Agema, maar die ziet af van haar spreektijd. Is de minister reeds in staat om te antwoorden?

Minister De Jonge:

Drie minuten, voorzitter.

De voorzitter:

Dan schors ik voor drie minuten.

De vergadering wordt van 20.24 uur tot 20.27 uur geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de minister.

Minister De Jonge:

Voorzitter, dank. Ik loop de gestelde vragen en eventuele moties in between gewoon na op volgorde van binnenkomst.

Ik begin met de eerste vraag van het CDA over het overgangsjaar. De heer Slootweg vraagt bevestiging dat het overgangsjaar geen lege wet mag inhouden. "Integendeel" zou ik willen zeggen; het overgangsjaar gaat een inhoudelijk overgangsjaar zijn. Over hoe we dat vorm gaan geven, ga ik u voor 1 juli een brief sturen, opdat wij daarover eventueel, als dat nodig mocht zijn, nog een debat zouden kunnen hebben.

Twee. Zou de cliëntvertrouwenspersoon kunnen worden betrokken bij de evaluatie? Dat zeg ik graag toe. Überhaupt stelt u de vraag of de opzet van de evaluatie wellicht ook aan de Kamer zou kunnen worden gestuurd, opdat wij daarover het gesprek kunnen hebben. Uiteraard, zou ik willen zeggen; het lijkt me prima om dat te doen.

De Wzd-functionaris. U geeft een kwalificatie aan het proces die ik niet helemaal deel, maar los daarvan zegt u: er moet nu al helderheid zijn over wie waarvoor eindverantwoordelijk is. Volgens mij is daarover helderheid geschapen op het moment dat u de aanpassingswet steunt, inclusief het amendement dat mevrouw Hermans heeft ingediend. Ik zal

daar zo nog op ingaan. Als u dat doet, is daarmee helderheid gegeven.

Ik ga zo ook nog in op de redengeving die de heer Hijink geeft waarom hij niet zo heel erg enthousiast is over deze aanpassingswet. Tot op het laatst zou ik namelijk de mogelijkheid open willen houden dat ik mensen nog zou kunnen overtuigen. Dat vind ik gewoon een mooie hoopvolle gedachte om mee in het leven te staan.

U stelt mij, meneer Slootweg, enigszins teleur dat u toch vast lijkt te willen houden aan het amendement over de externe deskundige. Ik zou u toch willen uitnodigen om na te denken of een heroverweging van die inzet op z'n plaats zou kunnen zijn. U noemt als argument dat u het toch wel goed vindt om eerder in dat proces die externe deskundigheid erbij te betrekken, omdat u denkt dat dat het besluit dat vervolgens wordt genomen, ten goede komt. Ik heb u, denk ik, een aantal argumenten gegeven waarom het inmiddels, na het amendement-Leijten uit de eerste behandeling van de Wzd, helemaal niet meer zo logisch is. Er was eerder inderdaad sprake van weinig vreemde ogen. Je had de zorgverantwoordelijke, je had één iemand uit een andere discipline uit de organisatie en in medische gevallen was er dan een arts bij betrokken. Dat was de aanvankelijke vormgeving van de Wet zorg en dwang, maar daarna is de Wzd-arts, die we nu aanpassen tot een Wzd-functionaris, geïntroduceerd. Daarmee heb je die vreemde ogen al. Daarmee heb je de vreemde ogen van degene die eindverantwoordelijk is voor de zorgbeslissingen binnen de instelling. Dat zijn al vreemde ogen.

Dat was ook de reden waarom het een beetje dubbelop was om bij de eerste beslissing vast te houden aan die externe deskundige. Bij een tweede overleg haal je er dan nog iemand bij van een andere organisatie. Excuus, iemand die niet bij de zorg betrokken is. En bij de derde bespreking ervan, juist op het moment dat je moet gaan bekijken of die maatregel wel of niet voortgezet moet worden, haal je die externe deskundige erbij. Zo heb je naarmate de maatregel langer voortduurt eigenlijk een soort opschaling in zwaarte. Waarom heb je die externe deskundige dan wel nodig? Nou, een nieuw paar frisse ogen.

U zegt eigenlijk: het zou wel kunnen, maar doe het toch maar aan het begin. Dat miskent, vind ik, ook de uitvoeringsimplicaties die dat heeft voor het veld. Daar waar het na het amendement-Leijten inhoudelijk eigenlijk nauwelijks meer iets toevoegt, betekent het organisatorisch natuurlijk heel wat. En hoe kleiner de instelling, hoe meer het betekent. Het betekent namelijk gewoon dat je continu aan het bellen bent voor externe deskundigen. Die belasting is veel zwaarder als je het aan de voorkant doet, terwijl de toegevoegde waarde niet groter is als je het aan de voorkant doet. Ik zou u daarom toch willen uitnodigen om te overwegen of het geen reden zou kunnen geven om dat amendement toch nog eens te heroverwegen.

Voorzitter. Ik ga nog een reden noemen om misschien toch tot heroverweging over te gaan. Ik zou uiteraard ook heel graag meneer Slootweg op dit punt aan boord willen hebben. Wat we zouden kunnen doen, is bij de evaluatie bekijken of je ergens bij die casuïstiekbesprekingen, ergens bij die mdo's, een externe deskundige mist. Wordt die nou gemist in het komen tot een goede afweging? Dat zou ook nog kunnen. We kunnen dus binnen drie jaar kijken of we ergens die vreemde ogen missen, die we wel hebben na

een maand of zes. Mis je die nou ook bij de aanvankelijke beslissing tot het inzetten van gedwongen maatregelen? Mis je die? Dat kunnen we ook doen. Ook dat zou kunnen helpen. Voorzitter, dit moet genoeg zijn, denk ik.

De voorzitter:

We gaan het beluisteren. De heer Slootweg.

De heer Slootweg (CDA):

Laat ik beginnen met de minister dank te zeggen voor de uitleg die hij geeft. Ik zal het in ieder geval heel erg op prijs stellen dat er bij de evaluatie gekeken wordt naar de vraag: mis je hem? Ik wil daarbij nog wel iets aangeven. De minister geeft een heel stappenplan aan. Dat vind ik van belang en daarom neem ik die heroverweging ook echt serieus. Ik luister ook naar de klem waarmee de minister vraagt: trek het nou in, want ik denk dat we het op een betere manier kunnen oplossen. Maar volgens mij zijn er in dat hele stappenplan toch situaties waarin een aantal van de functies die de minister aangeeft in één persoon samenkomen. Dat was bij ons de vrees. We hebben dat niet zelf aan de tekentafel bedacht. Bij ons is echt de vraag binnengekomen: kijk daar nou naar. Maar ik luister goed naar de minister en ik beluister ook de klem die hij hierin legt. Op het moment dat de minister aangeeft dat hij dit meeneemt met de evaluatie en zal kijken of dat gemist wordt, en als hij zegt dat daarbij het voorbeeld dat ik naar voren haal, ongetwijfeld naar voren zal komen, dan kan ik daarmee leven.

De voorzitter:

En dus trekken wij uw amendement in?

De heer Slootweg (CDA):

Ja.

De voorzitter:

Het amendement-Slootweg (stuk nr. 14) is ingetrokken.

Minister De Jonge:

Dank, voorzitter. In dezelfde spirit zou ik toch nog één keer in de richting van de heer Hijink willen onderstrepen ... Nee, ik wil niet flauw doen. Ik denk niet dat ik u ga overtuigen. Ik heb u heel goed gehoord in eerste en in tweede termijn. Toch wil ik toevoegen dat de reden waarom u niet enthousiast bent, een reden is die ik goed begrijp. Die reden vindt naar mijn smaak alleen geen basis in de wet zoals die voorligt. Ik zal proberen dat toe te lichten. Uw zorg zit hierin. Als bijvoorbeeld pijn een achtergrond is voor gedrag waarvan een gedragsdeskundige zou kunnen zeggen dat hij eigenlijk graag een gedwongen maatregel zou willen treffen, wil je graag de ogen van een arts hebben om uit te sluiten dat daar een medische achtergrond aan ten grondslag ligt. Die wil snap ik heel erg goed. Juist daarom is in de wet vastgelegd dat waar het gaat over medische handelingen — daarbij sowieso, natuurlijk — maar ook waar het gaat om het beperken van de bewegingsvrijheid en om het insluiten van een cliënt, er altijd sprake moet zijn van het betrekken van een arts. Dus juist in die gevallen waarvan de heer Hijink zegt dat je er een arts voor nodig hebt, zegt de wet dat je er wel even een arts bij moet betrekken. Dat

staat in artikel 10, derde lid, van de Wzd. Als de zorgverantwoordelijke geen arts is, moet in het geval van medische handelingen, van insluiting of van het beperken van de bewegingsvrijheid, altijd een arts betrokken worden. Juist in de gevallen waarvoor u het noodzakelijk vindt, voorziet de wet er ook in. Mijn stelling is dat het in de voorbeelden die we net in de eerste termijn hebben besproken, namelijk waar het gaat over puur gedragsmatige zaken, ook echt niet nodig is, dus echt van geen toegevoegde waarde zou zijn. Voorzitter, meer argumenten heb ik niet. Ik vond het zelf best een heel goed verhaal.

U trekt het amendement over de cliëntvertrouwenspersoon in, maar daarover dient u vervolgens wel een motie in. Dat is de motie op stuk nr. 17, die de regering verzoekt om "in de communicatie en uitleg van de Wet zorg en dwang richting zorgaanbieders en zorgverleners deze rechtsbescherming van cliënten expliciet te benadrukken". Dat snap ik heel erg goed en ik steun het ook van harte. Ik zou het oordeel over deze motie dus aan de Kamer willen laten.

De VVD heeft een amendement ingediend op het veel bediscussieerde thema. Dit amendement corrigeert eigenlijk de onduidelijkheid die ik — volkomen onbedoeld maar toch — heb laten ontstaan met de nota van wijziging die ik over de aanpassingswet heen heb gestuurd. Daar hebben we het genoeg over gehad. Ik steun dus ook dit amendement.

Daarnaast vraagt de VVD naar de rol van de huisarts. Heeft die huisarts een rol? Het antwoord is ja. De huisarts heeft een rol als die huisarts zelf degene is die een gedwongen maatregel indiceert. Als dat niet zo is, ligt de verantwoordelijkheid voor de gedwongen maatregel natuurlijk bij de organisatie die betrokken is bij de zorg in de ambulante situatie en die wél verantwoordelijk is voor de gedwongen maatregel. Als het gaat om medische handelingen, zal de huisarts altijd betrokken zijn, want hij heeft altijd een rol te spelen als er in de thuissituatie sprake is van een maatregel, zeker als die gaat om medische handelingen maar ook als die gaat over insluiting of beperking van de bewegingsvrijheid. De huisarts zal dan worden betrokken in een van de stappen van het stappenplan.

Het lijkt mij goed als ik hier nog wat preciezer op terugkom in onze beschrijving van wat dat overgangsjaar behelst. Ik denk dat dat nuttig zou kunnen zijn.

Dan de SGP. In de motie-Van der Staaij, op stuk nr. 18, wordt de regering verzocht om samen met de sector te onderzoeken onder welke voorwaarden wijkverpleegkundigen in de toekomst als Wzd-functionaris zouden kunnen worden aangewezen. Ik heb het interruptiedebat zojuist gevolgd. Ik begrijp dat de heer Van der Staaij er niet op uit is om dit morgen geregeld te hebben, maar dat hij wel zegt dat hij zich kan voorstellen dat ook de wijkverpleegkundige deze rol zou kunnen spelen. Is het enkele feit van de academische graad dan voldoende onderscheidend om dat niet te willen?

Ik kijk hier meer naar vanuit het oogpunt van implementatie en dan zit ik meer op de lijn die mevrouw Bergkamp al schetste. Ik zou het opleidingsniveau niet per se willen zien als het allerbelangrijkste onderscheid, maar ik zie wel dat als het gaat om gedwongen zorg in de thuissituatie en om een ander dan een arts die de rol heeft van de door

mevrouw Leijten geïntroduceerde Wzd-functionaris, dat eigenlijk al als heel spannend wordt ervaren door het veld.

Daarom wil ik u voorstellen om dit vraagstuk te betrekken bij de evaluatie. Dan zijn we drie jaar verder, hebben we de uitvoeringspraktijk kunnen oefenen en zijn we ook verder in hoe spannend we het allemaal vinden, denk ik. Dat is een beter moment om na te denken over de vraag of er ook een verbreding mogelijk is in de rol die de Wzd-functionaris zou kunnen bekleden. Om die reden zou ik de motie willen ontraden. Of u zou haar drie jaar moeten willen aanhouden, maar dat lijkt me ook weer zo lang, dan vraag ik wel heel veel geduld.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik proef de spirit van de minister om vanavond overal ergens uit te komen, dus ik ga toch nog een poging doen.

Minister De Jonge:

Gewoon doen! Mooi.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik snap het als je zegt: dit is eigenlijk te vroeg en ongemakkelijk. Maar missen we niet iets als je zegt "ik kom erop terug, leg de motie drie jaar in de ijskast en dan kijken we wel bij de evaluatie"? Zouden we in de tussentijd, richting de evaluatie, niet kunnen kijken wat we in de praktijk zien dat echt nodig en nuttig is voor die Wzd-functionaris? Zo heb je tijdens de evaluatie materiaal om te kunnen vaststellen of er een wijziging nodig is. Zou dat een mogelijkheid kunnen zijn?

Minister De Jonge:

Nou ja, kijk, we hoeven de motie niet in de ijskast te leggen. We kunnen haar ook op de fruitschaal leggen, dat vind ik ook goed. Er is nooit een verbod op nadenken natuurlijk, er geldt geen verbod op nadenken. Maar in een deel van het veld, een beperkt deel, zeker niet in de gehandicaptenzorg, wordt de verbreding van de rol van de Wzd-functionaris toch al als best spannend ervaren. Ik wil daarom voorkomen dat we nu uitstralen naar het veld dat we hink-stap-sprong er nóg een beroepsgroep bij gaan trekken. Voor de implementatie nu en voor de rust bij de implementatie zou ik dat niet verstandig vinden.

Is het onderweg naar die evaluatie verboden om na te denken over de vraag of er ook andere functionarissen mogelijk zouden zijn in die rol? Nee, dat verbod op nadenken is er niet. Maar u vraagt hier iets anders. U vraagt hier om echt te onderzoeken onder welke voorwaarden verpleegkundigen in de toekomst wél als Wzd-functionaris kunnen worden aangewezen. Als je het zo vraagt, lijkt het bijna alsof je het ook van plan bent en alleen nog even kijkt onder welke voorwaarden het kan. Ik zeg niet dat het voor altijd niet zou kunnen. Maar laten we het nou doen bij de evaluatie.

De heer Van der Staaij (SGP):

Met deze toelichting en gehoord hoe dit onderwerp in de Kamer leeft, ben ik bereid om de motie in te trekken. Maar dan krijg ik wel graag de toezegging van de minister dat dit

punt dan bij de evaluatie nadrukkelijk onderwerp van aandacht zal zijn en dat hij dus ook gaandeweg in de gaten houdt wat we in de praktijk merken. Welke eisen en voorwaarden zijn daar belangrijk voor het functioneren van die Wzd-functionaris?

Minister De Jonge:

Ja, dat lijkt mij een hele goede afspraak. Er is al gevraagd of we de opzet van de evaluatie zouden kunnen bespreken. Het lijkt mij een goed moment om daarin op te nemen dat we ook kijken naar welke andere functionarissen eventueel de rol van Wzd-functionaris zouden kunnen spelen. Dat verplicht ons ook om tot aan de evaluatie dat nadenken gaande te houden.

De voorzitter:

Aangezien de motie-Van der Staaij (35087, nr. 18) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Minister De Jonge:

Mevrouw Bergkamp heeft verder benadrukt dat het goed is om elkaar over een aantal weken weer te spreken, maar dan met name over onder welke condities dat overgangsjaar een zinvol overgangsjaar kan zijn. Die brief komt eraan voor 1 juli, met alle ingrediënten die u ook heeft benoemd.

Voorzitter, das war es dann.

De voorzitter:

Hartstikke mooi.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Dank aan de minister voor zijn aanwezigheid. Dinsdag stemmen wij over de wet, de amendementen en de overgebleven motie. Ik sluit de vergadering voor vandaag.