

Vergaderjaar 2021–2022

| | |
|---------------|--|
| 35 370 | Zorg en dwang |
| 31 996 | Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten) |
| 32 399 | Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) |
| 25 424 | Geestelijke gezondheidszorg |

F¹

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 23 maart 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)² heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris van VWS van 16 december 2021, waarmee de eerste fase van de wetsevaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) is aangeboden.³

Naar aanleiding hiervan is op 1 februari 2022 een brief gestuurd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport.

De Minister heeft op 2 maart 2022 aangegeven dat het beantwoorden van de vragen niet binnen de gebruikelijke termijn mogelijk is.

De Minister heeft op 22 maart 2022 inhoudelijk gereageerd.

¹ De letter F heeft alleen betrekking op 35 370.

² Samenstelling:

Ganzevoort (GL), Gerkens (SP), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Oomen-Ruijten (CDA), Rombouts (CDA), Bredenoord (D66), Koole (PvdA), De Bruijn-Wezeman (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Klip-Martin (VVD) (*voorzitter*), Vos (VVD), Dessing (FVD), Van Gurp (GL), Prast (PvdD), Van Pareren (Fractie-Nanninga) (*ondervoorzitter*), Prins (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten), Van der Voort (D66), Keunen (VVD), Hermans (Fractie-Nanninga), Raven (OSF) en Karakus (PvdA).

³ Kamerstukken I 2021/22, 35 370/31 996/32 399, E en bijlage.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

BRIEF VAN DE VOorzITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSgezONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport

Den Haag, 1 februari 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris van VWS van 16 december 2021, waarmee de eerste fase van de wetsevaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) is aangeboden.⁴

De leden van de fracties van **VVD** en **GroenLinks** hebben kennisgenomen van de door ZonMw uitgevoerde eerste fase van de evaluatie van de Wvggz en de Wzd. Zij spreken hun waardering uit voor de wijze waarop ZonMw het onderzoek heeft uitgevoerd en voor de heldere rapportage. Zij hebben hierover gezamenlijk nog een aantal vragen. De leden van de fracties van **D66**, **SP** en de **ChristenUnie** sluiten zich bij deze vragen aan.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de eerste evaluatie van beide wetten. De leden van deze fractie hebben de afgelopen jaren meermaals aandacht gevraagd voor onder andere de uitvoerbaarheid van beide wetten. In verband hiermee hebben zij nog enige vragen. De leden van de fracties van **CDA**, **SP** en de **ChristenUnie** sluiten zich bij deze vragen aan.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de eerste wetsevaluatie. Aan de ene kant wordt gerapporteerd dat het onderzoek laat zien dat de samenwerking tussen ketenpartners wordt gestimuleerd, dat meer wordt nagedacht over de motivering van verplichte of onvrijwillige zorg en dat er systematischer wordt gekeken naar de wensen en de voorkeuren van de patiënt. Aan de andere kant blijkt dat de wetten ingewikkeld zijn waardoor er fouten optreden in de uitvoeringspraktijk, dat veel randvoorwaarden voor de uitvoering van deze wetten niet vervuld zijn, dat onduidelijk is of beide wetten hebben geleid of kunnen leiden tot een vermindering van dwang en dat het niet duidelijk is of de rechtspositie van de patiënt verbeterd is. Daar komt bij dat de genoemde wetten leiden tot grote administratieve lasten. De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben bij deze evaluatie enkele vragen. In dit stadium zij zich beperken tot enkele hoofdlijnen. De leden van de **CDA**-fractie sluiten zich bij deze vragen aan.

De leden van de **50PLUS**-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van 16 december 2021 en het bijgaande rapport van de eerste fase van de wetsevaluatie. Zij onderstrepen het belang van deze wetsevaluatie, waaruit nu al blijkt dat twee reparatiewetten noodzakelijk zijn aangaande de doeltreffendheid en de neveneffecten van voornoemde wetten. De vragen van de **50PLUS**-fractie zijn met name gericht op de Wzd. De leden van de fractie van de **ChristenUnie** sluiten zich bij deze vragen aan.

Vragen van de fracties van VVD en GroenLinks

In de begeleidende brief van de Staatssecretaris wordt gesteld dat de tweede fase van de evaluatie moet worden afgewacht om een goede

⁴ Kamerstukken I 2021/22, 35 370/31 996/32 399, E en bijlage.

afweging te kunnen maken over de wijze waarop de wetten moeten worden aangepast. De kabinetsreactie zou dan eind 2022 aan de Kamer kunnen worden toegezonden. De leden van de fracties van VVD en GroenLinks vinden dit antwoord geen recht doet aan de bevindingen van de onderzoekers.

De Eerste Kamer heeft beide wetsvoorstellen op 23 januari 2018 aangenomen, maar ruim daarvoor was er al veel discussie over de uitvoerbaarheid van de wetten en over de vraag of zij voldoende zouden bijdragen aan de beoogde doelen: het verminderen van dwang in de zorg en het verbeteren van de rechtpositie van de patiënt/cliënt. Ook tijdens de plenaire behandeling in de Eerste Kamer zijn hierover de nodige zorgen geuit en de Kamer heeft daarom aangedrongen om de werking en de uitvoerbaarheid van de Wvvgz en de Wzd vanaf de invoering tot aan het eerste evaluatiemoment in 2022 te gaan volgen.⁵

ZonMW verwacht, in aanvulling op de eerste fase van het onderzoek, in de tweede fase meer kwantitatieve gegevens beschikbaar te hebben voor een analyse van de doeltreffendheid en de effecten van de wetgeving. Echter, nu de eerste fase van de evaluatie uitwijst dat de vooraf geuite zorgen terecht zijn, heeft ZonMw alvast 43 aanbevelingen geformuleerd, die naar eigen zeggen verder gaan dan doorgaans in het kader van een eerste, vroege evaluatie gebruikelijk is (p. 408). De leden van de fracties van VVD en GroenLinks stellen een meer inhoudelijke reactie van het nieuwe kabinet op prijs en vernemen graag hoe het kabinet met de 43 aanbevelingen, waarvoor zoals uit de rapportage blijkt geen nadere kwantitatieve onderbouwing noodzakelijk is, om zal gaan. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om aanbevelingen die oproepen tot intensivering van de voorlichting (aanbeveling 1), tot het inrichten van een taskforce (aanbevelingen 3 en 4), tot vereenvoudiging van de informatievoorziening (aanbeveling 6), tot ontwikkeling van extra hulpmiddelen (aanbevelingen 10 en 11) en tot technische wetsaanpassingen (o.a. aanbevelingen 12 t/m 15, aanbeveling 20) etc. Ook ontvangen deze leden graag een nadere onderbouwing wanneer (delen van) de aanbevelingen niet direct worden opgepakt.

De leden van de beide fracties vragen in het bijzonder aandacht voor aanbeveling 16, die erop aandringt het wettelijke systeem zo in te richten dat het contact tussen patiënt en de patiëntvertrouwenspersoon (pvp) niet langer afhankelijk is van de toestemming van de patiënt om NAW-gegevens te delen. Contact met de pvp, is naar het oordeel van deze leden, een cruciaal onderdeel van het beschermen van de rechten van de patiënt/cliënt. De daarvoor benodigde contactgegevens dienen daarom automatisch te kunnen worden verstrekt. Gevolg geven aan deze aanbeveling leidt immers direct tot verbetering van de rechtpositie van cliënten, zeker in een crisissituatie. Bent u bereid om hier onmiddellijk actie op te ondernemen? En kan daarbij ook aanbeveling 32 worden meegenomen?

Het wettelijke traject van de Wvvgz en de Wzd heeft 13 jaar geduurd. In die tijd heeft het denken over dwang in de zorg niet stil gestaan. Het uitgangspunt waarop beide wetten zijn gebaseerd, het versterken van de rechtspositie van cliënten/patiënten in de situatie dat dwang als ultimum remedium mag worden toegepast, wordt inmiddels bestreden door mensenrechtenorganisaties die het uitbannen van dwang in de zorg nastreven. Deze discussie vangt aan bij de UN Convention of the rights of Persons with Disabilities (CRPD/c/gc/1, mei 2014)⁶ en de daarna gepubli-

⁵ Toezegging T02547.

⁶ CRPD/C/GC/1 – E – CRPD/C/GC/1 -Desktop (undocs.org).

ceerde Guidelines on article 14 of te CRPD, september 2015⁷. Ook verwijzen deze leden naar de rapportages van de UN High Commissioner of Human Rights inzake Mental health and human rights (UN, A/HRC/34/32, januari 2017⁸ en A/HRC/39/36, September 2018⁹) en het rapport van de Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (UN, A/HRC/40/54, feb-mrt 2019)¹⁰. De leden van de fracties van VVD en GroenLinks krijgen graag een reactie op deze rapportages. Op welke wijze gaat u werk maken van het terugdringen van dwang in de zorg? Kunt u met betrekking tot deze vraag ook reageren op de unaniem door de Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa aangenomen Resolutie 2158 (2019)?¹¹

Vragen van de PvdA-fractie

In de eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd) wordt door de onderzoekers onder meer geconcludeerd dat aan de inwerkingtreding van de Wvggz en de Wzd een langdurige parlementaire behandeling voorafging, waarbij de wetsvoorstellen veel gedetailleerder en veel complexer zijn geworden, waardoor de oorspronkelijke systematiek van de wetsvoorstellen onder druk is komen te staan (p. 370). De leden van de PvdA-fractie vragen u te reflecteren op de conclusies uit deze eerste evaluatie. Zij krijgen voorts graag voorbeelden van onderdelen van deze wetten die door toedoen van de Kamers complexer en gedetailleerder zijn geworden. Op welke manier is bij de behandeling van (de aanpassingen van) de wetten rekening gehouden met eventuele gevolgen voor de uitvoerbaarheid ervan? Wat kunnen parlement en regering leren van het doorlopen proces?

Vragen van de ChristenUnie-fractie

De eerste vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie heeft betrekking op de invalshoek en de hoofdlijnen van beide wetten. Hoe verhoudt het geven van zorg aan kwetsbaren zich tot de juridische positie van de cliënt/patiënt in samenhang met privacy? In principe zijn er drie (theoretische) posities:

1. De wetgeving gaat uit van de zorgpraktijk. Het dominante perspectief is het verlenen van zorg aan kwetsbare mensen. Er wordt aangesloten bij de werkwijzen van die zorgpraktijk en vanuit die werkwijzen is er veel aandacht voor de juridische positie van de patiënt.
2. De wetgeving gaat uit van twee perspectieven die volledig gelijkwaardig zijn: aan de ene kant het perspectief van de zorgverlening aan kwetsbare burgers en aan de andere kant het perspectief van de juridische positie van de patiënt. Aan beide perspectieven moet maximaal recht gedaan worden.
3. De wetgeving gaat uit van de juridische positie van de patiënt/cliënt. Binnen de mogelijkheden van die juridische positie wordt zo goed mogelijke zorg gegeven worden.
Kunt u voor beide wetten aangeven welke positie (of welke posities) dominant is (of zijn)? Waaruit blijkt dat en wat zijn de gevolgen daarvan voor het geven van zorg en voor het rechtdoen aan de juridische positie van de patiënt/cliënt?

⁷ <https://www.ohchr.org/GuidelinesOnArticle14>.

⁸ https://www.un.org/disabilities/documents/reports/ohchr/a_hrc_34_32_mental_health_and_human_rights_2017.pdf.

⁹ <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/232/93/PDF/G1823293.pdf?OpenElement>.

¹⁰ A/HRC/40/54 – E – A/HRC/40/54 -Desktop (undocs.org).

¹¹ Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach.

De tweede vraag heeft betrekking op de evaluatie. Uit de evaluatie blijkt dat beide wetten – zowel als individuele wet als in hun onderlinge verhouding – complex zijn. De leden van de ChristenUnie-fractie vernemen graag wat de achterliggende oorzaak van die complexiteit is. Heeft dat uiteindelijk te maken met het feit dat de wet gedragen wordt door een zekere neiging tot het protocollair beheersen van complexe zorgsituaties? Zou het kunnen zijn dat de wet getuigt van meer vertrouwen in complexe protocollen, dan in het vermogen van zorgmedewerkers om in complexe situaties goed en adequaat te handelen?

In aansluiting op de vorige vraag: juist de complexiteit van de wetgeving (en de onderlinge verhouding van beide wetten) blijkt in de uitvoeringspraktijk tot fouten te leiden. Welke eerlijke conclusie moet hieruit getrokken worden? Moeten de opleidingen worden verbeterd? Of moet geconcludeerd worden dat deze wetten te complex zijn, onvoldoende aansluiten bij de zorgpraktijk en de gebruikte werkwijzen niet ondersteunen?

Ter voorbereiding op het mondeling overleg van 9 juni 2020 met de toenmalige Minister en Staatssecretaris van VWS over de Wvggz en de Wzd¹² heeft de fractie van de ChristenUnie uitgebreid gesproken met een geneesheer-directeur van een grote ggz-instelling en een bestuurder van een instelling voor gehandicaptenzorg. Hun visie op beide wetten is in de onderstaande stellingen samengevat:

1. De Wvggz voegt nauwelijks iets toe aan de rechtsbescherming van de patiënt.
2. De Wvggz bevat een aantal bureaucratische aspecten (onbegrijpelijke brieven) die leiden tot schade voor de patiënt.
3. De Wvggz leidt tot een sterke verzwaring van de administratieve lasten van de geneesheer-directeur en zijn medewerkers.
4. De Wvggz legt een groot beslag op de psychiaters, waaraan al een tekort is.
5. De Wzd is niet uitvoerbaar omdat er een tekort aan ouderenpsychiaters is.
6. De Wzd leidt niet tot betere zorg en wel tot administratieve lastenverzwaring.
7. Veel maatregelen waar cliënten zelf voor kiezen worden in het Wzd-traject getrokken; dit is onnodige bureaucratie.
8. Het is jammer dat de Wvggz en Wzd uit elkaar getrokken zijn.

Deze interviews vonden plaats voordat enkele administratieve handelingen in de Wvggz en de Wzd vereenvoudigd en enkele technische onvolkomenheden hersteld werden. Desondanks lijkt deze samenvatting op hoofdlijnen overeen te komen met de onderhavige evaluatie, zij het dat het taalgebruik in de samenvatting directer is. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen u te reflecteren op elk van de bovenstaande stellingen?.

Alzheimer Nederland stelt in een e-mail van 21 januari 2022 dat de stem van mensen met dementie in de eerste wetsevaluatie onvoldoende is meegenomen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen u op deze uitspraak te reflecteren.

Vragen van de 50PLUS-fractie

De Wet Zorg en Dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) regelt de zorgvuldige inzet van onvrijwillige zorg, waarbij gestreefd moet worden naar zo licht mogelijke alternatieven. De leden van

¹² Kamerstukken I 2019/20, 35 370/ 32 399, C.

de 50PLUS-fractie concluderen naar aanleiding van de eerste evaluatie dat de doelgroep, mensen die aan dementie lijden en/of hun familieleden, hiermee nog niet voldoende is meegenomen. Dit blijkt ook uit de peiling die Alzheimer Nederland in december 2021 heeft uitgevoerd.¹³ Kunt u de toezegging doen om in de tweede fase van de evaluatie de desbetreffende doelgroep op een grotere schaal te betrekken door gericht vertegenwoordigende organisaties zoals Alzheimer Nederland hierbij in te schakelen?

Uit de Wzd volgt dat voor onvrijwillige zorg thuis dezelfde procedures moeten worden gevolgd als bij een zorginstelling. In de praktijk blijkt echter dat bij ambulante zorg de zorgaanbieder zich er niet altijd van bewust is dat de zorg die verleend wordt onvrijwillige zorg is in de zin van de Wzd, waardoor de (zorg)locatie ten onrechte niet wordt geregistreerd met als gevolg dat het locatieregister incompleet is. Zodoende kunnen locaties buiten het gezichtsveld van de cliëntenvertrouwenspersoon vallen. In aanbeveling 23 van het evaluatierapport (p. 393) wordt voorgesteld om de registratieplicht te verruimen tot alle situaties waarin redelijkerwijs te verwachten valt dat onvrijwillige zorg zal gegeven kan worden. Welke maatregelen worden thans genomen om het locatieregister op zo'n kort mogelijk termijn aan de wettelijke maatstaven te laten voldoen?

De cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) is een wezenlijk onderdeel van de Wzd en diens taak kan van cruciaal belang zijn. Des te klemmender is het dat het bestaan van de cliëntenvertrouwenspersoon vooral bij degenen die daarbij belang hebben nog onvoldoende bekend is, zoals blijkt uit de eerder aangehaalde Alzheimer Nederland peiling: in thuissituaties is slechts 39% bekend met deze vertrouwenspersoon en zelfs bij zorginstellingen is dat een bedroevende 74%. Welke stappen worden ondernomen om de bekendheid van deze functie te verbreden en welke voorlichtingsmogelijkheden kunnen in het bijzonder worden ingezet? Welke termijn denkt het kabinet nodig te hebben om tot een gemiddelde van 90–100% bekendheid aangaande de cvp te komen?

Dat de cliëntenvertrouwenspersoon altijd in staat moet worden gesteld om tot een algemeen locatiebezoek te komen, is al verwoord in aanbeveling 32 (p. 399). Dit juichen de leden van de 50PLUS-fractie van harte toe. Kunt u de toezegging doen dat de cvp op zo'n kort mogelijke termijn – deze fractieleden denken aan drie maanden – op al die locaties waarvoor deze persoon van belang is, ook gegarandeerde toegang krijgt, zodat de cvp zijn wettelijke taak ook daadwerkelijk kan uitoefenen?

Tot slot horen de leden van de 50PLUS-fractie graag wat de stand van zaken is met betrekking tot de dataverzameling over de Wzd anno januari 2022.

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag bij voorkeur voor 4 maart 2022.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
T. Klip-Martin

¹³ https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/Wet%20zorg%20en%20dwang%20peiling_2021_MMD%20en%20MZ_rapport_def.pdf.

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 maart 2022

Met waardering heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 1 februari 2022 over de eerste fase van de wetsevaluatie van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten die op 16 december 2021 is aangeboden aan de Kamer¹⁴. Ook heeft de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer op 3 februari 2022 vragen en opmerkingen gesteld bij deze rapportage (Kamerstuk 25424–598). Ik vind het gezien de belangrijke en complexe thematiek van belang de vragen in samenhang beantwoorden, waardoor het helaas niet mogelijk is de beantwoording voor de door uw Kamer gevraagde datum te verzenden. Ik ben voornemens uw Kamer de beantwoording binnen twee weken te doen toekomen.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder

¹⁴ Kamerstukken I 2021/22, 35 370/31 996/32 399, E en bijlage.

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 maart 2022

Bijgaand ontvangt u, mede namens de Minister voor Rechtsbescherming, de beantwoording van de vragen die zijn gesteld in het Schriftelijk Overleg naar aanleiding van de publicatie van het eerste deelrapport van de eerste evaluatie van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) en Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)¹⁵, die uw Kamer mij op 1 februari jl. heeft toegezonden, alsook de beantwoording van de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer van 3 februari 2022.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder

¹⁵ Kamerstukken I 2021/22, 35 370/31 996/32 399, E en bijlage.

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 februari 2022 in reactie op het eerste deelrapport van de evaluatie van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz).¹⁶ Ook enkele leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer hebben vragen en opmerkingen gesteld naar aanleiding van het eerste deelrapport. De antwoorden op de vragen van beide Kamers zijn in samenhang met elkaar behandeld en tegelijkertijd verzonden.

Allereerst wil ik u bedanken voor de inbreng van de leden van de fracties van VVD, GroenLinks, D66, CDA, SP, ChristenUnie, PvdA en 50PLUS. Uw vragen laten zien dat er vanuit uw Kamer belang wordt gehecht aan de rechtsbescherming van kwetsbare cliënten en patiënten. Het kabinet deelt dat standpunt: het is van belang dat cliënten en patiënten zo veel mogelijk vrijheid ervaren om het leven in te richten zoals zij dat zelf willen. De Wzd en de Wvvggz zijn bedoeld om hier een belangrijke bijdrage aan te leveren, juist als er geen andere mogelijkheid is dan gedwongen zorg toe te passen. Echter, zoals u ook heeft geconstateerd is dit eerste evaluatierapport kritisch over de uitvoerbaarheid van de beide dwangwetten.

Alvorens ik specifiek in ga op de vragen die door verschillende fracties zijn gesteld, wil ik eerst inleiden hoe ik naar deze wetten en de uitkomsten van het eerste deelrapport van de evaluatie kijk. Zoals uw Kamer weet, hebben de Wvvggz en de Wzd een lange en complexe ontstaansgeschiedenis. In alle jaren dat over de Wvvggz en de Wzd is gesproken zijn er veel bepalingen aan de inhoud van beide wetten toegevoegd, waardoor de centrale doelstellingen om goede zorg aan betrokkene te organiseren, dwang terug te dringen en meer vrijheid te creëren, onbedoeld meer naar de achtergrond zijn verdrongen. De complexiteit van de regelgeving ligt ook ten grondslag aan het merendeel van de aanbevelingen die de onderzoekers doen in het eerste deel van de wetsevaluatie. Aan de regering en beide Kamers gezamenlijk de taak om deze complexiteit terug te dringen zodat de zorg organiseerbaar en houdbaar blijft en de focus weer komt te liggen op het leveren van goede zorg. Deze twee wetten kunnen immers niet los worden gezien van de uitdagingen die er liggen voor de ggz, ouderenzorg en gehandicaptenzorg als geheel. Ik ben ervan overtuigd dat een beter uitvoerbare wet leidt tot betere zorg. Immers, hoe minder tijd besteed hoeft te worden aan administratieve handelingen, hoe meer tijd zorgprofessionals overhouden voor de daadwerkelijke zorgverlening aan de patiënt, en hoe meer inzet kan worden gepleegd in het individuele geval om dwang te voorkomen, minder ingrijpende dwang in te zetten of de duur daarvan te beperken.

Verschillende leden verzoeken om in reactie op hun vragen al te komen met een beleidsreactie en concrete verbetervoorstellen. Ik blijf evenwel vasthouden aan het voornemen dat is geschetst in de aanbiedingsbrief¹⁷ om niet nu al met een beleidsreactie of appreciatie te komen en specifiek in te gaan op de aanbevelingen of met concrete voorstellen tot aanpassing van wetgeving te komen. Hiermee wil ik ook voorkomen dat we in dezelfde valkuil stappen die geleid heeft tot de complexe regelgeving die er nu ligt. Een integrale afweging op basis van beide delen van de wetsevaluatie is noodzakelijk om te voorkomen dat er nu voorstellen worden gedaan die op zichzelf gezien verstandig of nuttig lijken maar die in het grote geheel van regels niet bijdragen aan betere zorg voor de betrokkene. Dat betekent uiteraard niet dat ik afwacht tot het tweede

¹⁶ Kamerstukken | 2021/22, 35 370/31 996/32 399, E en bijlage.

¹⁷ Kamerstukken | 2021/22, 35 370/31 996/32 399, E.

rapport van de evaluatie er ligt. De aanbevelingen uit het eerste rapport zijn weliswaar deels concreet, maar het merendeel vergt nadere uitwerking. Ik denk hier bijvoorbeeld aan de aanbevelingen om procedures tegen het licht te houden in relatie tot de administratieve belasting. Ik ben inmiddels met de uitwerking van de eerste aanbevelingen aan de slag. Bij deze uitwerking betrek ik uitdrukkelijk eerst het veld: de patiënten, cliënten en hun vertegenwoordigers en de uitvoerende praktijk van aanbieders en professionals. Ik vind het belangrijk dat we eerst daar starten om concrete oplossingen op te halen en te toetsen.

Ik ben dan ook blij dat de cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen en brancheverenigingen die in de stuurgroep Wet zorg en dwang vertegenwoordigd zijn het initiatief hebben genomen en commitment hebben uitgesproken om de komende maanden in gezamenlijkheid te komen met concrete verbetervoorstellen voor de Wzd om de uitvoeringslasten te verlagen, de procedures beter aan te laten sluiten op de zorgpraktijk met behoud van zorgvuldige besluitvorming en oog voor de rechtsbescherming van de betrokkene. In dit traject zullen wij ook de aanbevelingen inbrengen die te maken hebben met het vergroten van kennis onder cliënten en professionals, goede randvoorwaarden voor het toepassen van de Wzd en het verminderen van de administratieve lasten dan wel onnodige momenten van gegevensuitwisseling.

Ook voor de doorontwikkeling van de Wvvgz hebben de patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen en de branchevereniging hun bestuurlijke commitment uitgesproken om gezamenlijk de aanbevelingen uit te werken en te vertalen naar de praktijk. Ik zal daarbij in het bijzonder oog houden voor de samenloop tussen de Wzd en Wvvgz en de relatie met de Wet forensische zorg (Wfz).

Het eindrapport van de wetsevaluatie wordt naar verwachting in de zomer van 2022 opgeleverd. Ik verwacht dat dit rapport de eerdere aanbevelingen in perspectief zet en ingaat op de belangrijkste doelen van de wet. De oplossingen en voorstellen die wij in de tussentijd met het veld zoeken zullen op dat moment in deze brede context een plek krijgen.

De beleidsreactie waarin ik ook de uitkomsten betrek van de trajecten met het veld zal ik eind 2022 aan uw Kamer doen toekomen, zoals ik u eerder heb aangekondigd. Ik ga daarover te zijner tijd uiteraard graag met uw Kamer in gesprek.

In deze brief ga ik in op de richting waarin de wetgeving zich gelet op de eerste uitkomsten van de wetsevaluatie logischerwijs zou moeten ontwikkelen en wat daarbij voor mij belangrijke uitgangspunten zijn die ik hanteer bij het opstellen van de uitgebreide beleidsreactie en het formuleren van wetswijzigingen.

Belangrijke uitgangspunten

Voor de regering staat voorop dat de wetgeving moet bijdragen aan de mogelijkheid om mensen het leven te laten leiden zoals zij dat zelf willen en om zo veel mogelijk eigen regie voor de betrokkene te realiseren. Centraal staat hierbij de kwaliteit van zorg. Het echt kennen van de cliënt of patiënt en methodisch werken als uitgangspunt voor de zorgverlening draagt bij aan persoonsgerichte zorg waarbij dwang als ultimum remedium kan worden ingezet en zo snel mogelijk kan worden afgebouwd. Regelgeving is noodzakelijk ter legitimatie van inbreuken op grondrechten door toepassing van gedwongen zorg, maar ook om de patiënt en cliënt in die kwetsbare situatie zo goed mogelijk te beschermen en van rechtsmiddelen te voorzien. Maar we zien in de praktijk dat het

strikt naleven van regels het leveren van goede zorg ook in de weg kan staan. Het voornemen is dan ook om te herzien tot in welke mate van detail procedures op wetsniveau vormgegeven dienen te worden om de effectiviteit en uitvoerbaarheid te maximaliseren. Enerzijds moeten noodzakelijke vereisten en waarborgen vastgelegd worden en rechtszekerheid geboden worden, anderzijds is denkbaar dat normen worden ingevuld via breed gedragen richtlijnen en het toepassen van maatwerk. Het is voor de regering dan ook bepaald geen gegeven dat het detailniveau van de huidige regelgeving in stand blijft. Naast aanpassingen in wet- en regelgeving wil ik ook inzetten op het vergroten van de bewustwording over gedwongen zorg en het gesprek tussen de betrokkene, familie, cliënten- of patiëntenvertrouwenspersoon en zorgverleners nog verder bevorderen ter invulling van de daarover gestelde regels. Over deze thema's ga ik met het veld in gesprek.

Ik hecht eraan dat er voor de voorstellen die in de komende periode ontwikkeld zullen worden zoveel mogelijk draagvlak is bij de cliënten- en patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverleners. Ik besef dat er misschien geen consensus zal zijn voor alle oplossingen, maar ik hecht eraan om het goede gesprek over de gezamenlijke belangen te blijven voeren. Dit proces zal tijd kosten maar zorgt er wel voor dat ik beter uitvoerbare, concrete voorstellen aan uw Kamer kan doen toekomen.

Ik ga graag in op de gestelde vragen en opmerkingen van de leden van de verschillende fracties. Hierbij is de indeling van het verslag aangehouden. De vragen van de leden zijn boven de antwoorden geparafraseerd.

1. Vragen van de VVD- en GroenLinks-fractie

1.1. De leden van de fracties van VVD en GroenLinks vragen hoe het kabinet om zal gaan met de 43 aanbevelingen uit het eerste evaluatierapport. Graag ontvangen deze leden een nadere onderbouwing wanneer (delen van) de aanbevelingen niet direct worden opgepakt.

In mijn algemene inleiding heb ik uiteengezet hoe de aanbevelingen worden opgepakt en zich verhouden tot de eindrapportage en hoe belangrijk het is om de komende periode het veld te betrekken bij de opvolging en uitwerking van de verschillende aanbevelingen. In mijn beleidsreactie die ik dit jaar aan uw Kamer verwacht te doen toekomen zal ik nader ingaan op de opvolging van de aanbevelingen uit zowel het eerste als het tweede evaluatierapport.

1.2. De leden van de fracties van VVD en GroenLinks vragen aandacht voor aanbeveling 16 over het wettelijke systeem zodanig inrichten dat het contact tussen patiënt en pvp niet langer afhankelijk is van de toestemming van patiënt om NAW-gegevens te delen. Deze leden vragen of de Minister bereid is om hier onmiddellijk actie te ondernemen. Voorts vragen zij of aanbeveling 32 uit het evaluatierapport, die ziet op de cvp, hierin meegenomen kan worden.

Met de leden van de VVD en GroenLinks ben ik het eens dat de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) een belangrijke rol speelt in het verbeteren van de rechtspositie van patiënten. De pvp kan patiënten bijvoorbeeld informatie en advies geven over de zorg en ondersteunen bij klachten. Vroegtijdig contact met patiënten is daarvoor van belang. In de wetsevaluatie wordt de rechtspositie van de patiënt is haar geheel bekeken. Daarnaast wordt momenteel een ontwikkeltraject uitgevoerd om te kijken naar de samenloop van rollen en taken van vertrouwenspersonen in de (gedwongen) zorg, zoals is gemeld in de nadere memorie van antwoord inzake de Wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en

de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoering te vereenvoudigen en technische onvolkomenheden en omissies te herstellen¹⁸. Ik wil dan ook in den brede bezien hoe de taakuitoefening van de vertrouwenspersonen het beste tot haar recht kan komen en zal dit betrekken bij mijn beleidsreactie op de eerste en tweede fase van de evaluatie.

Eerder heeft mijn voorganger toegezegd voor het einde van 2021 duidelijkheid te verschaffen over de structurele wijze van financieren van de cliëntenvertrouwenspersonen (cvp) voor cliënten op wie de Wet langdurige zorg (Wlz) niet van toepassing is¹⁹. Ik wil u bij deze informeren over de huidige stand van zaken. De structurele wijze van financieren is nog niet ingeregeld. Het financieren van deze domein overstijgende functionaris blijkt helaas lastiger dan verwacht, ook omdat ik dit in samenhang wil bezien met de financiering van andere functionarissen, zoals de patiëntenvertrouwenspersoon. Ook voor 2022 en 2023 loopt daarom de financiering van de cvp voor cliënten op wie de Wlz niet van toepassing is via het Ministerie van VWS. Op deze manier wordt de tijdelijke constructie voortgezet en is het voor alle cliënten die onder de Wzd vallen mogelijk een beroep te doen op de cvp. Ondertussen onderzoekt VWS op welke wijze de financiering van cvp voor deze groep cliënten het beste ingericht kan worden. Voor cliënten op wie de Wlz wel van toepassing is wordt de cvp ingekocht door de zorgkantoren.

1.3. De leden van de VVD- en GroenLinks-fracties vragen om een reactie op de rapportages van de UN High Commissioner of Human Rights inzake Mental health and human rights (UN, A/HRC/34/32, januari 20175 en A/HRC/39/36, September 20186) en het rapport van de Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (UN, A/HRC/40/54, feb-mrt 2019). Met betrekking tot deze vraag vragen de leden ook om een reactie op de unaniem door het Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa aangenomen Resolutie 2158 (2019). Voorts vragen deze leden op welke wijze de Minister werk gaat maken van het terugdringen van dwang in de zorg.

Het VN-Comité voor de rechten van mensen, de Mensenrechtenraad en het parlementaire assemblee van de Raad van Europa stellen dat gedwongen zorg onder geen enkele voorwaarde toegestaan is. Dat betekent echter niet dat daarmee sprake is van schending van internationaal recht, aangezien het gaat om gezaghebbende interpretaties, niet om bindende uitspraken. Het VN-verdrag Handicap geeft de mogelijkheid van toepassing van gedwongen zorg in zeer beperkte gevallen en met toepassing van de juiste rechtsbescherming. Dit is daarnaast in lijn met jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. De Wvvgz en de Wzd staan slechts dwangtoepassing bij een persoon toe ingeval sprake is van gedrag dat leidt tot ernstig nadeel voor zichzelf of anderen en er geen vrijwillige alternatieven bestaan om dat ernstig nadeel af te wenden of te voorkomen. Gedwongen zorg is ultimum remedium, waarbij de toepassing niet meer of langer plaatsvindt dan strikt noodzakelijk. Daarnaast worden procedurele eisen gesteld om te waarborgen dat gedwongen zorg zoveel mogelijk naar de wensen en voorkeuren van betrokkene wordt toegepast.

Graag ga ik ook in op de vraag over het terugdringen van dwang in de zorg. Het terugdringen van dwang in de zorg heeft de aandacht van en wordt breed gedragen door de sector. De afgelopen jaren is in de ggz de High Intensive Care (HIC) methodiek ontwikkeld, waarbij de-escalatie en

¹⁸ Kamerstukken | 2021/2022, 35 667, E.

¹⁹ Kamerstukken | 2021/22, 35 667, C.

het terugdringen van separatie centraal staan. Ook is in oktober 2021 de Generieke Module Assertieve en Verplichte zorg op ggzstandaarden.nl gepubliceerd. Deze module beschrijft het continuüm van vrijwillige (gevraagde) zorg, via assertieve (ongevraagde) zorg naar verplichte zorg, met een focus op het voorkomen van verplichte zorg en samenwerking. Mede aan de hand van de implementatie van deze module werkt het veld aan initiatieven om kennis en ervaring te delen. Een aantal ggz-instellingen gaat dit jaar samen met Akwa GGZ leernetwerken voor ambulante ggz-teams opzetten in een aantal regio's. Ook binnen de ouderen- en gehandicaptenzorg heeft het terugdringen van onnodige onvrijwillige zorg blijvend de aandacht. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg zijn hier een goed voorbeeld van, waar persoonsgerichte zorg tot norm wordt verheven en waarin blijvend aandacht wordt gevraagd voor het thema onvrijwillige zorg.

De IGJ is belast met het toezicht op de Wvvggz en de Wzd. Zij wil met haar toezicht bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van beide wetten, waaronder het terugdringen van dwang in de zorg, het verhogen van de kwaliteit van (gedwongen) zorg en het versterken van de rechtspositie van cliënten. De IGJ kijkt daarbij ook hoe in een regionaal netwerk wordt samengewerkt om zoveel mogelijk cliëntgerichte zorg te leveren en dwang zoveel mogelijk te voorkomen en of zorgaanbieders een manier hebben georganiseerd waarop zij goede voorbeelden verspreiden om daarvan te leren en de zorgpraktijk te verbeteren. Door haar toezicht openbaar te maken wil de IGJ bijdragen aan dit leren en verbeteren. Het bestaande toezichtinstrumentarium past de IGJ aan en integreert zij in het algemene toezichtarrangement, waarmee toezicht op gedwongen zorg een meer integraal onderdeel wordt van het toezicht wat welke inspecteur verricht.

2. Vragen van de PvdA-fractie

2.1. De leden van de PvdA-fractie vragen om een reflectie op de langdurige parlementaire behandeling van de Wvvggz en Wzd. Daarnaast ontvangen zij graag voorbeelden van onderdelen van deze wetten die door toedoen van de Kamers complexer en gedetailleerder zijn geworden. Voorts vragen deze leden op welke manier bij de behandeling van de (aanpassingen van de) wetten rekening is gehouden met eventuele gevolgen voor de uitvoerbaarheid ervan, en wat parlement en regering kunnen leren van het doorlopen proces.

De Wvvggz en Wzd kennen een complexe wetgeschiedenis. De twee wetstrajecten zijn los van elkaar geïnitieerd, waarbij beide conceptwetsvoorstellen meerdere keren inhoudelijk gewijzigd en op onderdelen met elkaar geharmoniseerd zijn. Daarbij speelde een belangrijke rol dat het maatschappelijke en politieke debat in de periode van de parlementaire behandeling van beide wetten, met name tussen 2010 en 2017, werd gekleurd door tragische incidenten/casuïstiek waar personen met psychische problematiek of een verstandelijke beperking bij betrokken waren. Hoewel er maatregelen zijn getroffen om het risico op dergelijke incidenten te voorkomen, heeft het tegelijkertijd ook gezorgd dat procedures omtrent gedwongen zorg «voor de zekerheid» op een gedetailleerd(er) niveau in beide wetten zijn verankerd. Denk aan de extra medische verklaring die nodig is om verplichte zorg voortijdig te

beëindigen, om te voorkomen dat iemand «zomaar» op straat staat²⁰. Of het stappenplan van de Wzd, dat gaandeweg de parlementaire behandeling omvangrijker en gedetailleerder is geworden vanuit de oprechte intentie om de rechtsbescherming van cliënten juridisch te borgen, maar wat ten koste gaat van maatwerk in de praktijk. Gedurende het wetgevingstraject zijn de meer omvangrijke nota's van wijziging getoetst op uitvoerbaarheid, maar ook voor die toets geldt dat complexe wetvoorstellen met onzekerheden en aannames gepaard gaan.

Na inwerkingtreding van de wetten in 2020 zijn nog twee reparatiewetten doorgevoerd die als doel hadden de uitvoerbaarheid van de wet te verbeteren. De wetsvoorstellen waren puur gericht op aanpassingen die breed draagvlak hadden in het veld en waren tot stand gekomen in nauwe afstemming met de veldpartijen die zelf dagelijks met de wet moeten werken. Bij de behandeling van de twee reparatiewetten zijn soms zeer gedetailleerde amendementen ingediend. Aandachtspunt bij de indiening van een groter aantal amendementen dat binnen een kort tijdsbestek moet worden gewogen, is dat niet goed kan worden overzien wat het opgetelde effect is op de uitvoerbaarheid van de wet.

De les die ik hiervan geleerd heb, is dat het van groot belang is de personen, die de wet daadwerkelijk uitvoeren of ermee te maken hebben gedurende het proces van de totstandkoming van wetgeving te betrekken. Ook hecht ik eraan om alle aanbevelingen en daaruit voortvloeiende voorstellen tot wijzigingen van de wet in zijn geheel te bezien om te voorkomen dat slechts enkele aanpassingen worden

gedaan die op zich bezien behulpzaam lijken, maar in samenhang met andere wijzigingen wellicht minder doeltreffend uitpakken. Daarom kies ik voor aanpak zoals in de inleiding is beschreven.

3. Vragen van de ChristenUnie-fractie

3.1. De leden van de ChristenUnie-fractie schetsen drie theoretische posities over hoe het geven van zorg aan kwetsbaren zich verhoudt tot de juridische positie van de cliënt/patiënt, in samenhang met privacy. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen vervolgens welke van deze positie(s) voor beide wetten dominant is of zijn, waaruit dit blijkt en wat hiervan de gevolgen zijn.

De leden van de ChristenUnie-fractie schetsen drie theoretische posities rondom de wetgeving over gedwongen zorg, in samenhang met privacy: 1) een positie die uitgaat van de zorgpraktijk, 2) een positie waarin de zorgpraktijk en de juridische positie van de cliënt gelijkwaardig zijn (waarbij aan beide perspectieven maximaal recht gedaan wordt), en 3) een positie waarbij de wetgeving uitgaat van de juridische positie van de patiënt/cliënt.

De Wvvgz en Wzd zijn in de eerste plaats bedoeld om de rechtsbescherming te regelen bij een inbreuk op de grondrechten van zeer kwetsbare mensen. Gesteld zou daarom kunnen worden dat de uitwerking van beide wetten is dat ze lijken te passen bij de derde theoretische positie als geschetst door de leden van deze fractie. Echter, zoals

²⁰ Deze verplichting, neergelegd in artikel 8:18, derde lid, van de Wvvgz, is sinds inwerkingtreding van de Wet van 29 september 2021 tot wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoering te vereenvoudigen en technische onvolkomenheden en omissies te herstellen (Stb. 2021, 468) aangepast en geldt thans uitsluitend ten aanzien van voortijdige beëindiging van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging.

opgemerkt in mijn algemene inleiding, kennen de wetten bredere doelstellingen en zijn beide bedoeld om goede zorg te organiseren, dwang terug te dringen en meer vrijheid en regie te creëren. Door de wetsgeschiedenis heen lijken deze centrale doelstellingen onbedoeld meer naar de achtergrond te zijn verdrongen door de toegevoegde regels, die op zichzelf staand verstandig ogen maar in het grote geheel niet altijd bijdragen aan goede zorg voor de betrokkene. Hoewel het thema rechtsbescherming nader wordt uitgediept in de tweede fase van de wetsevaluatie, blijkt al uit de eerste fase van de wetsevaluatie dat een aantal onderdelen, die beoogd zijn om de rechtspositie te versterken, onvoldoende uit de verf komen en dat beide wetten een aanzienlijke administratieve belasting met zich meebrengen die door de uitvoerders van de wet niet als zinvol of zelfs als belemmerend wordt ervaren, wat in de praktijk een nadelig effect kan hebben op de positie van de patiënt/cliënt. Ik hecht dan ook veel waarde aan een goede uitvoerbaarheid van de Wvvgz en Wzd, juist om zo een optimale balans te vinden waarin de zorgpraktijk en de positie van de patiënt/cliënt het beste tot haar recht komen. De door de ChristenUnie-fractie geschetste tweede theoretische positie lijkt daarom het beste te passen op de bredere doelstellingen van beide wetten. Gedwongen zorg is per definitie zorg waar de cliënt of patiënt niet mee instemt, wat voor de bescherming van diens privacy betekent dat de verwerking van diens (bijzondere) persoonsgegevens niet op basis van toestemming kan plaatsvinden. Op grond van artikel 9 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is daarom een wettelijke grondslag noodzakelijk voor de verwerking van de bijzondere persoonsgegevens die nodig zijn voor de besluitvorming en verlening van gedwongen zorg. Aanbeveling 4 van het evaluatierapport ziet op het screenen op nut en noodzaak van de voorgeschreven momenten van gegevensuitwisseling. Daar ga ik samen met het veld mee aan de slag.

3.2. Daarnaast vragen deze leden wat de achterliggende oorzaak van de complexiteit van beide wetten is. De ChristenUnie-fractie vraagt zich af of dit te maken heeft met de neiging van beide wetten om te vertrouwen in complexe protocollen, in plaats van het vermogen van zorgprofessionals om in complexe situaties goed en adequaat te handelen.

Ik ben van mening dat de achterliggende oorzaak van de complexiteit, naast de langdurige parlementaire geschiedenis van beide wetten, is gelegen in het feit dat gaandeweg in de ontwikkeling van de Wvvgz en Wzd steeds meer regels zijn toegevoegd om op die manier de positie van de cliënt en patiënt juridisch te versterken. Deze regels, die vanuit nobele motieven zijn geformuleerd, worden door professionals in de uitvoering echter niet altijd als helpend en deels als wantrouwend ervaren. Daarbij is onbedoeld uit het oog verloren wat de centrale doelen van deze wetten zijn: meer eigen regie voor cliënten en patiënten en het vergroten van de vrijheid in de zorg voor cliënten en patiënten. Daarmee is de nadruk komen te liggen op registratie en verantwoording, met verhoogde administratieve lasten als gevolg. Vanzelfsprekend is verantwoording noodzakelijk – het gaat tenslotte om een fundamentele inperking van grondrechten. Maar de procedurele eisen schieten hun doel voorbij als ze voor de cliënt en patiënt leiden tot verwarring en afleiden van de doelstellingen van de wet, zoals het terugdringen van dwang.

3.3. Voorts vragen deze leden of de complexiteit in wetgeving betekent dat de opleiding verbeterd moeten worden, of dat geconcludeerd moet worden dat de wetten te complex zijn en onvoldoende aansluiten bij de gebruikte werkwijzen in de zorgpraktijk.

Zoals ik in mijn inleiding al heb geschetst ben ik van mening dat het detailniveau (en dus de complexiteit) van de huidige wet- en regelgeving

goed tegen het licht moet worden gehouden. Om de wetten beter aan te laten sluiten op de geëigende werkwijzen in de zorgpraktijk kan het nodig zijn om meer ruimte te creëren voor maatwerk en de inzet van professionele richtlijnen, waarbij zorgvuldigheid van besluitvorming omtrent gedwongen zorg onverminderd gewaarborgd blijft. Tegelijkertijd acht ik het van groot belang dat zorgverleners op de hoogte zijn van de beste manieren om gedwongen zorg te voorkomen. Ik zal met het veld in gesprek gaan om te bezien wat nodig is om professionals beter te equiperen voor de uitvoering van de Wzd en Wvvggz. Tegelijkertijd merk ik op dat in de afgelopen jaren diverse handreikingen zijn geschreven over de Wzd, en veel informatiemateriaal is ontwikkeld om professionals te equiperen. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de alternatievenbundel van Vilans²¹. Ook voor de Wvvggz zijn door de ketenpartners handreikingen en informatieproducten opgesteld om de uitvoering te ondersteunen²².

3.4. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om te reageren op een achttal stellingen die de visie van enkele professionals uit de praktijk weergeven.

Stelling 1: De Wvvggz voegt nauwelijks iets toe aan de rechtsbescherming van de patiënt.

De Wvvggz beoogt de rechtspositie van de betrokkene te beschermen. De rechter, en in crisissituaties de burgemeester, legitimeert vooraf de vormen van verplichte zorg. Bij de daadwerkelijke toepassing van verplichte zorg heeft de betrokkene de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de onafhankelijke klachtencommissie. Ook is de ondersteuning door een advocaat, patiëntenvertrouwenspersoon en familievertrouwenspersoon in de wet vastgelegd. Uit de wetsevaluatie volgt dat de instrumenten die beoogd zijn bij te dragen aan de rechtsbescherming van de betrokkene en het herpakken van de regie, zoals de verschillende schriftelijke informatieverplichtingen en het eigen plan van aanpak, nog onvoldoende uit de verf komen. De opzet en effecten van de Wvvggz worden nader uitgediept in de tweede fase van de wetsevaluatie. Ik verwacht hier daarom in de beleidsreactie nader op te kunnen reflecteren.

Stelling 2: De Wvvggz bevat een aantal bureaucratische aspecten (onbegrijpelijke brieven) die leiden tot schade voor de patiënt.

Zoals bij de stelling hiervoor opgemerkt, zijn de schriftelijke informatieverplichtingen aan de betrokkene bedoeld ter bescherming van de rechtspositie van de betrokkene. Dit is een punt van aandacht. De onderzoekers bevelen aan om de informatievoorziening aan de betrokkene, zowel op inhoud als de wettelijke vormgeving, te vereenvoudigen en meer in te zetten op persoonlijk contact (aanbeveling 6). De brieven zelf zijn door de partijen in ketenverband vastgesteld. Zij hebben al verbeteringen in het taalgebruik aangebracht door een aantal brieven te herschrijven op B1-niveau. Die informatieverstrekking is ook bedoeld voor eventuele (wettelijke) vertegenwoordigers. De wettelijke informatieplicht neemt niet weg dat een zorgprofessional eerst persoonlijk contact met de betrokkene kan hebben en daarna de mondeling gegeven informatie schriftelijk verstrekt. De komende periode zal ik met de betrokken partijen en uitvoerders van de wet, waaronder patiëntvertegenwoordiging, het gesprek aangaan om tot verbetervoorstellen te komen.

Stelling 3: De Wvvggz leidt tot een sterke verzwaring van de administratieve lasten van de geneesheer-directeur en zijn medewerkers.

²¹ <https://www.vilans.nl/kennis/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg>.

²² Website Ketencoördinatieteam Wvvggz | Home (wvvggz-kct.nl).

De onderzoekers constateren dat alle betrokken partijen door de komst van de Wvvgz (en Wzd) een sterke toename van administratieve lasten ervaren. Hoewel het inperken van grondrechten niet zonder zorgvuldige wettelijke procedures kan plaatsvinden en daarmee altijd met administratieve lasten gepaard zal gaan, is het essentieel dat de tijdsbesteding daaraan door zorgprofessionals niet ten koste gaat van de verlening van goede zorg. Onder verwijzing naar mijn algemene inleiding ben ik van mening dat het detailniveau van wetgeving in het licht van het eerste deel van de evaluatie en de tot nu toe opgedane ervaringen met de beide wetten moet worden herbezien.

Stelling 4: De Wvvgz legt een groot beslag op de psychiaters, waaraan al een tekort is.

Dit punt hangt samen met het voorgaande punt over de administratieve lasten voor de geneesheer-directeur en zijn medewerkers. Voor de reflectie op dit punt wordt daarom verwezen naar het voorgaande punt.

Stelling 5: De Wzd is niet uitvoerbaar omdat er een tekort aan ouderenpsychiaters is.

De rollen en verantwoordelijkheden (o.a. zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris) binnen de Wzd worden in de tweede fase van de evaluatie verder uitgediept. In de ouderenzorg geldt dat de functie van Wzd-functionaris over het algemeen bij de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) wordt belegd en niet bij een ouderenpsychiater. In de tweede fase van de evaluatie zal nader op het thema «rollen en verantwoordelijkheden» worden ingegaan. Onderdeel van deze verdieping is dat zal worden gekeken of er aanleiding is het aantal beroepsgroepen dat de rol van Wzd-functionaris kan vervullen moet worden uitgebreid, met bijvoorbeeld de Verpleegkundig Specialist.

Stelling 6: De Wzd leidt niet tot betere zorg en wel tot administratieve lastenverzwaring.

De IGJ stelt in haar toezichtsrapportage «Dwang in de zorg, van wet naar mindset»²³ dat de Wzd ertoe heeft geleid dat zorgaanbieders meer bewust zijn geworden van onvrijwillige zorg, en vaker zijn gaan zoeken naar vrijwillige alternatieven of minder ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg. Daarnaast zag de inspectie ook dat de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp), een belangrijke nieuwe functionaris in de Wzd, steeds beter in beeld is bij zorgaanbieders. De invoering van de Wzd heeft dus wel degelijk positieve effecten gehad. Ik ben van mening dat de kernelementen van de wet (een uitgebreidere definitie van onvrijwillige zorg, methodisch en multidisciplinair werken als uitgangspunt en meer ondersteuning voor cliënten via o.a. de cvp) bijdragen aan betere zorg. De uitdaging ligt erin om de complexiteit van de regelgeving zodanig terug te dringen dat de lastenverzwaring voor professionals waar mogelijk wordt beperkt.

Stelling 7: Veel maatregelen waar cliënten zelf voor kiezen worden in het Wzd-traject getrokken; dit is onnodige bureaucratie.

De Wzd schrijft in artikel 2.2 voor dat het stappenplan moet worden gevolgd indien een wilsonbekwame cliënt en zijn vertegenwoordiger zich niet verzetten tegen het toedienen van psychofarmaca buiten de richtlijn, het beperken van de bewegingsvrijheid of insluiting. Het is een bewuste keuze geweest van de wetgever om juist de meest kwetsbare cliënten-

²³ <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2021/12/08/inspectie-dwang-in-de-zorg-moet-zorgvuldiger>.

groep, die veelal niet in staat is om blijk van instemming of verzet te geven ten aanzien van de geboden zorg, te beschermen tegen ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg. Daarnaast is ook het doel van deze bepaling om het gebruik van offlabel psychofarmaca in met name de ouderenzorg te ontmoedigen. Kort gezegd gaat het hier niet om maatregelen waar een cliënt zelf voor heeft gekozen die in het Wzd-traject worden getrokken. Tegelijkertijd ben ik wel van mening dat de toepassing van dit artikel beter aan zou kunnen sluiten bij de zorgpraktijk, waarbij meer maatwerk voor de praktijk wenselijk is. In de tweede fase van de evaluatie zal dit thema nader worden uitgediept.

Stelling 8: Het is jammer dat de Wvvgz en Wzd uit elkaar getrokken zijn.

Naar aanleiding van de tweede evaluatie van de Wet Bopz zijn de voorbereidingen voor een wetsvoorstel dat de basis was van de Wzd aangevangen. Pas bij de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn de voorbereidingen gestart voor de Wvvgz. Op verschillende momenten in het verleden is dus het parlementaire proces gestart ter introductie van een wettelijk regime voor personen met psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking enerzijds, en een wettelijk regime voor personen met psychische problematiek anderzijds. Dit brede thema, dat ook de rechtsbescherming bestrijkt, wordt nader uitgediept in de tweede fase van de wetsevaluatie en zal ik betrekken bij de beleidsreactie. Ik acht het daarom op dit moment te vroeg om inhoudelijk op deze stelling te reageren.

3.5. Tot slot vragen de leden om te reflecteren op een uitspraak van Alzheimer Nederland, die stelt dat de stem van mensen met dementie onvoldoende is meegenomen in het eerste rapport.

Ik vind het belangrijk dat de Wzd goed aansluit bij de verschillende doelgroepen van de wet, waaronder ook de mensen met dementie en hun naasten. Daarom is het van belang dat hun vertegenwoordigende organisaties goed betrokken worden bij de wetsevaluatie. Op pagina 427 van het rapport staat een overzicht van de kwalitatieve dataverzameling voor de eerste fase van de wetsevaluatie. Hieruit blijkt dat de ervaringen van naasten van mensen met dementie in deze eerste fase zijn meegenomen door middel van interviews, net als de ervaringen van patiënten en naasten met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking. Cliëntenorganisaties, waaronder Alzheimer Nederland, zijn door de onderzoekers uitgenodigd om ervaringen te delen met betrekking tot beide wetten en zijn uitgenodigd voor drie duidingssessies die gedurende de eerste fase zijn gehouden. Ik plaats dan ook kanttekeningen bij de bewering dat de stem van mensen met dementie onvoldoende is meegenomen in het eerste rapport. Uiteraard ben ik bereid om binnen de kaders die een onafhankelijke evaluatie met zich meebrengt de onderzoekers te vragen om ook in de tweede fase het perspectief van patiënten/cliënten en hun naasten (waar mogelijk nog intensiever) te betrekken.

4. Vragen van de 50PLUS-fractie

4.1. De leden van de 50PLUS-fractie zijn van oordeel dat de doelgroep mensen die aan dementie lijden en/of hun familieleden onvoldoende is meegenomen, en vragen of de Minister een toezegging kan doen om deze groep op een grotere schaal kan betrekken door organisaties als Alzheimer Nederland in te schakelen.

Ik vind het belangrijk dat de Wzd goed aansluit bij de verschillende doelgroepen van de wet, waaronder ook de mensen met dementie en hun naasten. Daarom is het van belang dat hun vertegenwoordigende

organisaties goed betrokken worden bij de wetsevaluatie. Op pagina 427 van het rapport staat een overzicht van de kwalitatieve dataverzameling voor de eerste fase van de wetsevaluatie. Hieruit blijkt dat de ervaringen van naasten van mensen met dementie in deze eerste fase zijn meegenomen door middel van interviews, net als de ervaringen van patiënten en naasten met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking. Cliëntenorganisaties, waaronder Alzheimer Nederland, zijn door de onderzoekers uitgenodigd om ervaringen te delen met betrekking tot beide wetten en zijn uitgenodigd voor drie duidingssessies die gedurende de eerste fase zijn gehouden. Ik plaats dan ook kanttekeningen bij de bewering dat de stem van mensen met dementie onvoldoende is meegenomen in het eerste rapport. Uiteraard ben ik bereid om binnen de kaders die een onafhankelijke evaluatie met zich meebrengt de onderzoekers te vragen om ook in de tweede fase het perspectief van patiënten/cliënten en hun naasten (waar mogelijk nog intensiever) te betrekken.

4.2. Voorts uiten deze leden zorgen over aanbieders die locaties waar onvrijwillige zorg wordt verleend ten onrechte niet registreren, omdat aanbieders niet altijd bewust zijn van het feit dat de Wzd gevolgd moet worden. Zij vragen welke maatregelen de Minister neemt om het locatieregister op zo'n kort mogelijke termijn aan de wettelijke maatstaven te laten voldoen.

Ik ben het met de leden van de 50PLUS-fractie eens dat het een onwenselijke situatie is dat zorgaanbieders zich niet altijd bewust zijn van het feit dat er op een locatie toch onvrijwillige zorg wordt verleend en zich bijgevolg ook niet als zodanig registreren. Dit is mede reden waarom ik het van belang acht dat er meer aandacht komt voor het herkennen en erkennen van verzet. Vilans, kennisinstituut voor de langdurige zorg, geeft al aandacht aan dit thema via de Wzd-wijzer, een hulpmiddel dat zorgaanbieders helpt bij bewustwording, het herkennen van gedrag en uitingen die duiden op verzet. De wijze waarop bewustwording en kennis kan worden geïntensiveerd neem ik mee in de gesprekken die ik met het veld ga voeren. Overigens kan de IGJ in dergelijke situaties ook handhavend optreden. Immers, op grond van artikel 20 van de Wzd zijn zorgaanbieders reeds verplicht om alle locaties waar onvrijwillige zorg wordt verleend op te laten nemen in het locatieregister Wzd/Wvvgz.

4.3. De leden van de 50PLUS-fractie vragen welke termijn het kabinet nodig denkt te hebben om de bekendheid van de cvp bij cliënten en mantelzorgers in thuissituaties en in zorginstellingen tot een gemiddelde van 90–100% te brengen. Voorts vragen zij welke acties worden ingezet om de bekendheid van deze functie te verbreden en welke voorlichtingsmogelijkheden hiervoor kunnen worden ingezet.

De introductie van de cliëntenvertrouwenspersoon is een belangrijk verandering met de komst van de Wzd. Het betreft een nieuwe functie die nog moet landen in de langdurige zorg. Dit proces kost tijd en het is lastig in te schatten wanneer de bekendheid op het door de leden van de 50PLUS-fractie genoemde niveau is. Het streven is natuurlijk dat dit percentage zo hoog mogelijk is, zodat cliënten en vertegenwoordigers weten dat ze advies en bijstand kunnen vragen aan een cliëntenvertrouwenspersoon. Zorgaanbieders en cvp-organisaties hebben beide een belangrijke rol om de bekendheid met de cvp te vergroten: zorgaanbieders hebben een wettelijke taak om cliënten te informeren over de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) en de cvp een voorlichtingstaak.

In de reeds genoemde publicatie van de IGJ staat dat de cvp steeds beter in beeld is bij zorgaanbieders. Sinds de inwerkingtreding van de Wzd is er ook door VWS aandacht besteed aan de cvp, onder meer via informatie en

verschillende handreikingen voor cliënten, familie en vertegenwoordigers (te vinden op dwangindezorg.nl) en door Vilans in een recent «Wzd-café». In een vanuit VWS geïnitieerd overleg eind januari jl., met branche-, cliënten- en cvp-organisaties kwamen ook de resultaten van de peiling van Alzheimer Nederland ter sprake. Mede dankzij deze gegevens is afgesproken dat partijen meer aandacht zullen besteden aan de communicatie over de cvp, met als doel om de bekendheid van de cvp te vergroten.

4.4. De leden van de 50PLUS-fractie vragen daarnaast of de regering de toezegging kan doen dat aanbeveling 32 over de toegang van de cvp op zo'n kort mogelijke termijn (de fractieleden noemen de termijn van drie maanden) wordt opgevolgd.

Waar geen toegang wordt verleend aan de cvp en er wel sprake is van onvrijwillige zorg in het kader van de Wzd, is het aan de cvp'en om hiervan melding te maken bij de IGJ. Het is de taak van de IGJ om hierop te handhaven. Vrije toegang voor de cvp, voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor het uitvoeren van zijn of haar taak, is op basis van artikel 58 Wzd al geregeld. Daarnaast worden gesprekken gevoerd met branche-, cliënten- en cvp-organisaties over de toegang van de cvp. Partijen zijn het erover eens dat de toegang niet ontzegd mag worden bij (1) cliënten die onvrijwillige zorg ervaren en een verzoek doen om advies bijstand en (2) voor algemene bezoeken aan zorgaanbieders die de Wzd uitvoeren. Wel is belangrijk dat hierbij afstemming plaatsvindt tussen cvp en zorgaanbieder en dergelijke algemene bezoeken niet onaangekondigd plaatsvinden.

4.5. Tot slot vragen de leden wat de stand van zaken is met betrekking tot de dataverzameling over de Wzd.

De aanlevering van gegevens over de toepassing van onvrijwillige zorg door zorgaanbieders aan de IGJ heeft voor de tweede helft van 2021 plaatsgevonden tot en met 11 februari 2022. Deze aanleveringen zijn voor 75% van de zorgaanbieders succesvol verlopen. Met de overige 25% zijn afspraken gemaakt dat de aanlevering in de maanden februari en maart verder wordt verbeterd, zodat aanlevering over 2021 alsnog plaats kan vinden. Bij de aanlevering over de eerste helft van 2022 (met als deadline medio augustus 2022) is het streven dat de aanleveringen 95–100% correct zijn.