

Kenmerk
DWJZ-3120130

Den Haag
22 juni 2012

Nader rapport inzake de vierde nota van wijziging bij het voorstel van wet, houdende regels ten aanzien van zorg en dwang voor Personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten)

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

1a

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

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

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

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

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

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

1b.

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

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

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

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

1c.

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

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

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

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

1d.

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

2.

Zoals de Raad terecht opmerkt, gaat het bij een register als bedoeld in artikel 14, om de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Daarop zijn de genoemde artikelen van de Wbp van toepassing. Op grond van artikel 16 van de Wbp kunnen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid alleen worden verwerkt als wordt voldaan aan het bepaalde in de Wbp. Voor wat betreft het in artikel 14 van het wetsvoorstel bedoelde register, geldt dat de uitzondering op het verbod om persoonsgegevens te verwerken bedoeld in artikel 21, eerste lid, onderdeel a, van de Wbp, van toepassing is. Het register wordt namelijk bijgehouden met het oog op een goede behandeling en verzorging van cliënten. Bij ministeriële regeling op grond van artikel 14, tweede lid, van het wetsvoorstel, kunnen eisen aan het register worden gesteld, ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van cliënten.

3a.

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

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

3b.

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

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

4.

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

5.

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

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

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

6.

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

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

De opmerking bij onderdeel J met betrekking tot het opnemen van het eerste lid van artikel 8, in artikel 5, is eveneens niet overgenomen. Artikel 5 is een procedurele bepaling over de verplichting een zorgplan op te stellen die geldt voor alle cliënten, dus ook voor hen bij wie nooit sprake zal zijn van onvrijwillige zorg. Het past niet in het uitgangspunt dat zorgplannen in principe vrij horen te zijn van onvrijwillige zorg, om op deze plek al de mogelijkheid van onvrijwillige zorg te introduceren.

Bovendien is de plicht voor de zorgaanbieder om te zorgen voor voldoende alternatieven voor onvrijwillige zorg nadrukkelijk gekoppeld aan artikel 8, omdat daar de mogelijkheid van ernstig nadeel zich voordoet. Dit nadeel mag, binnen de randvoorwaarden die normaal in de zorg gelden zoals de omvang van de indicatie en de aanwezige protocollen en richtlijnen, nooit gelegen zijn in het feit dat de zorgaanbieder aan de mensen op de werkvloer onvoldoende mogelijkheden biedt voor het verlenen van zorg op basis van vrijwilligheid.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner