

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 214

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2013

Tijdens de procedurevergadering van 22 mei jl. heeft u mij gevraagd om een brief waarin de stand van zaken wordt beschreven rond het wetsvoorstel Zorg en dwang alsmede het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. Daarin zou tevens moeten worden ingegaan op de samenhang tussen beide wetsvoorstellen.

Samenhang wetsvoorstellen

Om met de samenhang tussen de wetsvoorstellen te beginnen: zowel in de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel Zorg en dwang (Kamerstuk 31 996, nr. 6) als in de schriftelijke beantwoording van de vragen die in eerste termijn bij de plenaire behandeling van Zorg en dwang zijn gesteld, is uitgebreid ingegaan op de samenhang tussen beide wetsvoorstellen. Graag vat ik dat in deze brief voor u samen.

Het wetsvoorstel Zorg en dwang en het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg zullen in de toekomst de Wet bopz vervangen, waarbij het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg zich specifiek richt op mensen met een psychische stoornis, terwijl wetsvoorstel Zorg en dwang gericht is op mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Het uittrekken van de Wet bopz in twee afzonderlijke regelingen maakt het mogelijk dat de terminologie, bevoegdheden, de verplichtingen van de zorgaanbieder, de rechten van de cliënt en de mogelijke maatregelen zijn afgestemd op de specifieke kenmerken die bij de desbetreffende doelgroep horen. Daarmee wordt de rechtsbescherming vergroot.

Bij het ontwerpen van beide regelingen is vanzelfsprekend zoveel mogelijk gekozen voor dezelfde uitgangspunten en is zoveel mogelijk geharmoniseerd. De belangrijkste gedeelde uitgangspunten zijn:

- De zorg staat centraal, toepassen van dwang is een ultimum remedium (nee, tenzij);

- Beide regelingen zijn persoonsvolgend, in plaats van locatiegebonden;
- De cliënt moet terecht kunnen komen op de locatie en in de zorgvorm waar hij het beste op zijn plaats is;
- De wetten zijn gericht op het beschrijven van een heldere procedure en een zorgvuldig afwegingskader.

Uiteraard is bij het vormgeven van beide wetsvoorstellen ook gekeken naar cliënten met dubbelproblematiek. Indien er sprake is van comorbiditeit, dus het gelijktijdig voorkomen van zowel een psychogeriatrische aandoening als een psychische stoornis of van een verstandelijke beperking en een psychische stoornis, zal de problematiek van de cliënt en de daarbij passende zorg bepalen in welk type instelling hij het beste op zijn plaats is. Indien bijvoorbeeld een cliënt met een psychische stoornis zoveel ouderdomsklachten krijgt dat hij beter passende zorg zou kunnen krijgen in een verpleeghuis dan in een ggz-instelling, dan is het goed denkbaar dat iemand, ondanks zijn psychische stoornis, in een verpleeghuis komt te wonen. Beide wetsvoorstellen laten de praktijk de ruimte om de meest passende vorm van zorg te kunnen verlenen in deze bijzondere gevallen. Om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders niet geconfronteerd worden met meerdere wettelijke regimes, kennen de wetsvoorstellen duidelijke bepalingen die de reikwijdte aangeven en afbakenen ten opzichte van het zusterwetsvoorstel. In het algemeen geldt daarbij dat het wetsvoorstel Verplichte ggz in de psychiatrie van toepassing is en het wetsvoorstel Zorg en dwang in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

Tussen de doelgroepen van beide wetsvoorstellen bestaat echter ook een aantal belangrijke verschillen. Eén van de belangrijkste verschillen is gelegen in het feit dat een groot deel van de mensen met dementie of een verstandelijke beperking zijn wil niet (meer) of onvoldoende kan uiten. Dit maakt de dynamiek tussen zorgverlener en cliënt anders dan die tussen de gemiddelde ggz-cliënt en diens behandelaar. Het bieden van rechtsbescherming aan deze groepen moet daarom op een andere manier worden vormgegeven, bijvoorbeeld door in de besluitvorming over onvrijwillige zorg het multidisciplinaire team een belangrijke rol te geven. Dat team kan alle aspecten van een cliënt en zijn interactie met de omgeving meewegen in het zoeken naar alternatieven, waar de cliënt niet zelf kan aangeven waarom hij reageert zoals hij doet. Daarnaast speelt een belangrijke rol dat de zorg aan mensen met dementie of een verstandelijke beperking levenslang en levensbreed is. Anders dan in de (curatieve) ggz is de zorg niet gericht op verbetering van de stoornis. Dit geeft niet alleen de zorg een ander karakter, maar vraagt ook om een andere omgang met het begrip onvrijwillige zorg. Het inperken van het recht het eigen leven in te richten vormt voor deze cliënten een zware inbreuk op hun dagelijks bestaan en valt daarom onder de definitie van onvrijwillige zorg.

Stand van zaken wetsvoorstellen

Het wetsvoorstel verplichte GGZ, dat in juni 2010 aan de Tweede Kamer is aangeboden, wordt op dit moment gewijzigd. De in het wetsvoorstel geïntroduceerde commissie wordt geschrapt, mede naar aanleiding van vragen van uw Kamer. De wijziging van het wetsvoorstel is voor advies naar de Raad van State gezonden. Zodra het advies van de Raad van State is ontvangen, zal het nader rapport samen met de nota van wijziging en de nota naar aanleiding van het verslag aan uw Kamer worden gezonden.

Het wetsvoorstel Zorg en dwang is op 25 januari 2012 in eerste termijn plenair behandeld. Tijdens deze eerste termijn werd nogmaals duidelijk hoe complex het onderwerp is dat in het wetsvoorstel wordt behandeld, omdat ethische, juridische en zorginhoudelijke aspecten daarin samen-

komen. Uw Kamer heeft mijn voorgangster de mogelijkheid geboden om de inbreng van de Kamer zorgvuldig te wegen. Zij had de Kamer namelijk laten weten dat die inbreng haar sterkte in het idee dat het wetsvoorstel aan kracht kon én moest winnen door de «emancipatiebeweging» vast te leggen die de afgelopen periode is doorgemaakt in het denken over onvrijwillige zorg. Dat is gebeurd in de vierde nota van wijziging. Het nee, tenzij-beginsel is nog duidelijker in het wetsvoorstel verankerd, en naast procedurele bepalingen zijn ook de inhoudelijke afwegingen weergegeven die passen bij een zorgvuldige besluitvorming. Op verzoek van Uw Kamer heb ik de vierde nota van wijziging voorgelegd aan de Raad van State. Zijn advies heeft geleid tot een betere verhouding tussen zorgvuldige besluitvorming enerzijds en lagere administratieve lasten anderzijds, verwerkt in een vijfde nota van wijziging. Deze nota van wijziging is in juni 2012 naar uw Kamer gestuurd. Sindsdien is het wetsvoorstel Zorg en dwang klaar voor voortzetting van de plenaire behandeling. Omdat dit wetsvoorstel zowel afbakt ten opzichte van de wet Verplichte ggz als de Wet bopz, kan het wetsvoorstel Zorg en dwang separaat in werking treden.

Van diverse kanten word ik er herhaaldelijk op gewezen dat er in het veld knelpunten bestaan in het toepassen van de huidige Wet bopz in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. De cliëntenorganisaties hebben u daarover vorig jaar een brief gestuurd, waarin zij aandrongen op spoedige voortzetting van de behandeling. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg wijst op de moeite die zij heeft met het handhaven van een wet die niet past bij deze doelgroepen en bij de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Gezien het grote maatschappelijke belang verzoek ik u, zodra uw agenda dat toelaat, de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Zorg en dwang voort te zetten.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn