
Vergaderjaar 2019-2020

35 370 Zorg en dwang

32 399 Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)

C¹ VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 24 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport ²heeft op 9 juni 2020 overleg gevoerd met minister De Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Blokhuis van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **het verslag van een schriftelijk overleg met de minister van VWS inzake stand van zaken gedwongen zorgwetten (35370 / 32399, letter B);**
- **het verslag van een schriftelijk overleg over de Wet zorg en dwang en over de stand van zaken m.b.t. Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg;**
- **de brief van de minister van VWS inzake Wet zorg en dwang (35370 / 31996, letter A);**
- **de brief van de staatssecretaris van VWS inzake stand van zaken Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (32398 / 32399, letter M);**
- **het verslag van een nader schriftelijk overleg met de minister van VWS inzake toezegging multiproblematiek (32399 / 31996, letter N);**
- **het verslag van een schriftelijk overleg over de Wet zorg en dwang en over de stand van zaken m.b.t. Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (35370 / 32399, nr. 2);**
- **Wet Zorg en dwang (35370);**
- **Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (32399);**
- **Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31996);**
- **Wijziging Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang ter verbetering van de uitvoerbaarheid (35456).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Adriaansens

De griffier van de commissie,

¹ Letter C heeft alleen betrekking op 35 370.

² Samenstelling:

Ganzevoort (GL), Gerkens (SP), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Rombouts (CDA), Bredenoord (D66), Koole (PvdA), De Bruijn-Wezeman (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Wever (VVD), Adriaansens (VVD) (*voorzitter*), Van der Burg (VVD), Gerbrandy (OSF), Van Gurp (GL), Nicolai (PvdD), Van Pareren (FVD) (*ondervoorzitter*), Prins-Modderaar (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten), Pouw-Verweij (FVD), Hermans (FVD) Van der Voort (D66)

De Boer

Voorzitter: Van Pareren

Griffier: De Boer

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: De Bruijn-Wezeman, Gerkens, Van Gurp, Koole, Van Pareren, Pouw-Verweij, Prins-Modderaar, Verkerk en Van der Voort,

en minister De Jonge en staatssecretaris Blokhuis van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 16.05 uur.

De **voorzitter**: Goedemiddag iedereen. In verband met de tijd en de beperkte tijd die we hebben, zou ik graag nu willen beginnen met deze vergadering. Ik heet van harte welkom de minister, de heer De Jonge, en de staatssecretaris, de heer Blokhuis, om in ons midden een aantal vragen te kunnen beantwoorden die nog bij onze Kamerleden leven. Het onderwerp is erg belangrijk. Ik zou ermee willen beginnen dat iedereen zich even kort voorstelt. Ik begin bij mevrouw Prins-Modderaar.

Mevrouw **Prins-Modderaar** (CDA): Greet Prins van het CDA. Ik ben overigens ook voorzitter van Philadelphia Zorg, dan heb ik dat ook maar gelijk gezegd in het kader van allerlei belangen.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Reina de Bruijn-Wezeman, lid van de VVD-fractie.

De heer **Van der Voort** (D66): Peter van der Voort, lid van de D66-fractie en in het andere leven intensivist bij het UMC Groningen.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Arda Gerkens, lid van de SP-fractie.

De heer **Verkerk** (ChristenUnie): Maarten Verkerk, lid van de ChristenUniefractie.

De heer **Koole** (PvdA): Ruud Koole, PvdA-fractie.

De heer **Van Gurp** (GroenLinks): Roel van Gurp, GroenLinks.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (FvD): Nicki Pouw-Verweij, Forum voor Democratie.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan denk ik dat we nu weten wie daar zitten. Ook de ambtenaren van de bewindsliden zitten erbij, zie ik. Heel mooi. Ik zou willen beginnen. We hebben kort tijd. Het lijkt lang, maar het is kort. Ik zou in volgorde van de grootte van de partijen willen beginnen met u de gelegenheid te geven om kort de vragen te stellen die u heeft, dus niet hele lange uiteenzettingen en dan een vraag daartussenin, maar graag vrij concreet uw vragen over beide voorstellen. Ik geef het woord aan mevrouw De Bruijn.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Voorzitter, dank u wel. Ik moet toch even een klein beetje kader aangeven, omdat het hier echt om twee complexe wetten gaat. Ik weet wat een aantal andere fracties zal gaan vragen, dus ik heb geprobeerd om bij hun vragen weg te blijven, zodat ik ze het gras niet voor de voeten zal wegmaaien. Even terug dus naar de wetsbehandeling van de Wzd en de Wet verplichte ggz. Ik moet eerlijk zeggen dat ik toentertijd, tijdens de

wetsbehandeling, de meeste buikpijn had bij de Wzd, de Wet zorg en dwang. Met betrekking tot het stappenplan, het aantal voorgeschreven overlegsituaties, de constatering die werden voorgeschreven, alsmede de toename van het aantal administratieve handelingen had ik echt zoiets van: gaat dit wel werken? Ik denk dat we het allemaal eens zijn met het doel van de wet: het terugdringen van gedwongen zorg en, als die dan toch moet plaatsvinden, deze op een zorgvuldige wijze leveren. Ik denk dat we dat allemaal hebben onderschreven en dat ook vandaag nog doen.

Als ik kijk naar de brieven die we de afgelopen tijd hebben gekregen, ben ik verheugd om te kunnen constateren dat vanuit de praktijkpilots werd aangegeven dat de Wzd op zich aansluit bij de bestaande werk- en denkwijze rond onvrijwillige zorg in de sector. Het stappenplan leidt tot meer bewustwording. In die zin wordt dat doel onderschreven. In tegenstelling tot de verwachtingen is er in veel gevallen geen sprake van onvrijwillige zorg volgens de Wzd. Ik denk dat dat een kader is waar we goed op moeten voortborduren.

Dan kom ik tot een aantal vragen. De eerste vraag is de volgende. Als ik naar de reacties uit het veld kijk, zie ik dat men zegt: het is allemaal wel heel erg veel en heel erg ingrijpend. Het lijkt er af en toe wel een beetje op of die Wzd over alles gaat, terwijl het eigenlijk natuurlijk gewoon een ultimatum remedium is voor de situatie waarin er verzet is en er geen zorg kan worden verleend die wel nodig is om gevaar voor de cliënt of anderen te voorkomen, dus een ultimatum-remediusituatie. Dat brengt mij op de eerste vraag, aan de minister: wordt door het veld het ultimatum-remediumprincipe echt goed onderschreven? Wordt er actief gezocht of er alternatieven zijn die niet leiden tot onvrijwillige zorg? Want dat is natuurlijk de eerste essentie van de wet. Dus kan de minister nog even ingaan op dat ultimatum-remediumbegrip?

Dan de tweede vraag. Er zijn verschillen per instelling. Er zijn instellingen die de zaken al redelijk op orde hebben, terwijl andere daar dus nog mee worstelen. Mijn vraag aan de minister is: wat kan hij er eigenlijk aan doen om degenen die nog worstelen met de implementatie stappen te laten zetten, zodat zij er ook mee kunnen omgaan, zoals de andere instellingen waar dat wel lukt? Kan hij eventueel aangeven waar de verschillen zitten? Waarom krijgt de ene het wel voor elkaar en de andere niet?

Dan mijn derde vraag op dit onderdeel. Ik werd getriggerd door een opmerking in de conceptversie van de reparatiewet Wet verplichte ggz en Wzd. Er werd onder andere voorgesteld om het vereiste te schrappen van de schriftelijk vastgelegde beslissing in het zorgplan voorafgaande aan het verlenen van acute onvrijwillige zorg. Toen dacht ik: hé, waarom hebben wij dit in deze wet zo geregeld? In de WGBO bijvoorbeeld, de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, voor de insiders, is allang het volgende geregeld. Als er sprake is van een acute situatie en het voor de hulpverlener niet mogelijk is om toestemming te verkrijgen, van de cliënt noch van diens vertrouwenspersoon, wordt de arts geacht om te handelen als een goed hulpverlener en alles te doen om in ieder geval te voorkomen dat de cliënt ernstige schade of ernstig nadeel ondervindt. Dan komt bij mij de volgende vraag op, en dat wil ik ook meegeven richting de wetsevaluatie die straks wordt uitgevoerd. Hebben wij in die beide wetten geen dingen gedaan die in de WGBO, maar bijvoorbeeld ook in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, al op een goede manier geregeld waren? Hebben wij er in deze wetten een schepje bovenop gedaan, waarvan we zeggen: kunnen we dat met de wijsheid van nu nog wel goed beargumenteren? Leidt dat ook niet tot onnodige onduidelijkheid voor de hulpverleners, in de trant van: aan welke regeling moet ik me nu houden? Dan kunt u zeggen "de ene is een algemene wet en de andere is een lex specialis", maar dit soort zaken hadden we gewoon goed geregeld in de WGBO. Waarom hebben we gemeend om dat in de Wet zorg en dwang blijkbaar op een andere manier te moeten regelen? Er komt nu reparatiewetgeving, dus op zich kan ik dat wel volgen.

Dan kom ik bij de Wet verplichte ggz. Het nadrukkelijke doel van de Wet verplichte ggz was het terugdringen van dwangzorg en het versterken van de positie van de cliënt. Ik denk dat dit doel

nog steeds breed wordt ondersteund, maar ik zie natuurlijk ook de berichten dat er onwerkbaar bureaucratie zou zijn ontstaan ten gevolge van deze wet. Eerlijk gezegd schrik ik ook wel van al die formulieren op de website dwangzorg, als ik daardoorheen blader. Alhoewel de eerlijkheid natuurlijk ook gebiedt te zeggen dat er heel veel dingen bij zitten die juist de positie van de cliënt moeten versterken, bijvoorbeeld een handvat om een zelfbeschikkingsverklaring op te stellen. Nou, dat was uiteindelijk ook wel het doel van de wet. Maar iedereen loopt nu opeens te hoop tegen de bureaucratie die veroorzaakt zou zijn door die wet. Dan vraag ik me toch af: is er in de ggz niet meer aan de hand? Dat wil ik dus vragen aan de staatssecretaris.

We horen ook allerlei klachten over crisisplaatsen, maar dat was natuurlijk ook al voor het invoeren van de wet een probleem. En dan niet alleen in de ggz, maar ook als het gaat om de ouderenzorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De vraag is: moeten we daar ook niet eerst wat aan gaan doen?

Dan hebben we natuurlijk ook nog de problemen met de wachtlijsten en de mensen met complexe zorgvragen, die helemaal nergens terecht kunnen. Dat leidt bijvoorbeeld weer tot situaties waarbij mensen gaan ontsporen, als ze niet op tijd hulp krijgen. Dan kom je alsnog in crisissituaties terecht en kun je wellicht niet meer tot de patiënt doordringen. Dat is dan aanleiding tot gedwongen zorg. Ik wil toch vooral het accent blijven leggen op het terugdringen van die gedwongen zorg. Dat die administratie nu ineens een enorme toegevoegde bron van frustratie is in een systeem dat toch al niet goed blijkt te werken, kan ik op zich wel snappen. Maar ik denk wel dat we alles op alles moeten zetten om ervoor te zorgen dat we de bescherming die deze wet biedt, niet gaan wegvereenvoudigen omdat we de regels willen vereenvoudigen. Dus daar wil ik ook aandacht voor blijven vragen. En ik wil vooral de staatssecretaris vragen -- dan kom ik bij de laatste vraag, voorzitter -- om toch eens een keer te beschouwen hoe de overige problemen in de ggz wellicht mede aanleiding zijn voor een en ander. Het kan natuurlijk nooit zo zijn dat een slecht, falend zorgsysteem leidt tot meer gedwongen zorg. Dus ik zou graag bij het begin willen beginnen, zodat de regels om uiteindelijk inderdaad die gedwongen zorg terug te dringen ook kunnen gaan werken. Ik wil graag de staatssecretaris vragen om daarop te reflecteren.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw De Bruijn-Wezeman. Dat was een lang verhaal met veel vragen. Mogelijk dat de vragen van volgende sprekers daarmee ook gedekt zijn. Ik zou de volgende spreker willen aankondigen. Dat is mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (FvD): Dank u wel, voorzitter. Omwille van de tijd zal ik het kort houden. Ik sluit me van harte aan bij met name de laatste punten die mevrouw De Bruijn maakte over het terugdringen van drang en dwang en het beperken van bureaucratie, want dat is iets wat wij als partij ook ontzettend belangrijk vinden.

Ik zal mij beperken tot de Wet verplichte ggz. Wij vinden het als partij heel belangrijk dat de professionals uit het veld betrokken worden bij politieke besluitvorming. Het is voor ons een pijnpunt dat er vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een duidelijke oproep is gedaan. Zij hebben aangegeven dat deze wet is verworden tot een bureaucratisch monster -- dat is een directe quote; het zijn niet mijn woorden -- terwijl zij nota bene aan de wieg van deze wet hebben gestaan. Zij hebben gevraagd om de wet op z'n minst uit te stellen. Dat is in onze ogen een heel duidelijk signaal dat zeker serieus genomen moet worden.

Daarnaast is er langere tijd een groot tekort aan psychiaters in de ggz. Nou geeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aan dat er 130 extra fte aan psychiaters bij zou moeten komen als deze wet doorgevoerd wordt. Onze vraag is hoe dit opgevangen gaat worden. Geeft dit niet problemen, juist in combinatie met andere ambitieuze plannen, bijvoorbeeld wat we recent gezien hebben op het gebied van anorexia nervosa? Wij zijn daar absoluut voor, maar ook daarvoor zullen

psychiaters bijgeschoold moeten worden en extra ingezet moeten worden. Wij horen graag van de staatssecretaris hoe dit opgevangen kan worden.

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw Pouw-Verweij. Ik wou graag het woord geven aan mevrouw Prins-Moderaar.

Mevrouw **Prins-Modderaer** (CDA): Een kleine correctie, het is "Modderaer".

De **voorzitter**: Ik probeerde "Modderaer" te zeggen.

Mevrouw **Prins-Modderaer** (CDA): Houd het maar gewoon op "Prins", dan zijn we klaar, toch?

De **voorzitter**: Dat gaat nooit fout, inderdaad.

Mevrouw **Prins-Modderaer** (CDA): Voorzitter. Graag willen wij ook een paar vragen stellen over de beide wetten. Wij zijn wel blij om te zien dat in ieder geval in de reparatiewet die gisteren is ingebracht voor consultatie, het onderscheid tussen inbewaringstelling en de crisismaatregel voor beide wetten, over en weer, gaat gelden. Wij denken dat dat in ieder geval een stap vooruit is. Daar zijn we in ieder geval blij mee. Ik begin daar maar even mee.

Een andere vraag die wij hebben, is hoe er gekeken kan worden dat er niet twee wettelijke regimes in een instelling gehanteerd worden. Want twee wettelijke regimes geven ook twee vormen van procedures en protocollen. Hoe zouden we dat kunnen voorkomen? Het is nu gekoppeld aan de cliënten. Je zou er ook over na kunnen denken om het te koppelen aan een instelling. Dit wordt nog versterkt doordat een aantal ggz-clieuten vanaf 1 januari 2021 overstappen naar de Wlz. Hier zou ik dus graag een antwoord op willen hebben.

Dan wil ik het hebben over de administratieve lasten. Die zijn al een paar keer genoemd. Het blijft een heel heikel punt. Uiteindelijk denken we dat de kern is -- als ik dat zo mag zeggen -- dat er te weinig vertrouwen is in de professional. Daardoor moeten er in heel veel gevallen steeds weer extra experts bij. Dat betekent dat in sommige gevallen vijf mensen moeten gaan besluiten over een bepaalde onvrijwillige zorg. Wij denken dat dat soepeler zou kunnen. Is dat iets wat overwogen wordt? Je kunt bijvoorbeeld altijd de ruimte bieden aan de cliënt en diens vertegenwoordiger, maar het niet meer automatisch verplicht stellen. Dan stel je de vraag dus aan de andere kant. Je hoeft dat niet bij iedereen te doen. Je doet het daar waar het gewenst is. Op dit moment is er een Wvvgg-meldpunt in de gemeente. Op het moment dat het gaat om cliënten waarvoor uiteindelijk de Wet zorg en dwang geldt, dus ouderen of mensen met een verstandelijke beperking, dan gebeurt daar verder niks meer mee. Is het te overwegen om dat meldpunt ook uit te breiden voor deze cliënten?

De laatste vraag wat ons betreft gaat over de crisisdiensten. Terwijl er in de wet- en regelgeving niets is veranderd ten aanzien van de crisisdiensten in relatie tot de BOPZ, merken wij dat de ggz dit wel gebruikt om cliënten vanuit ouderinstellingen en gehandicapteninstellingen niet meer toe te laten. Dat is heel bijzonder, want dat staat helemaal niet in de wet. Het is eigenlijk hetzelfde als ten tijde van de BOPZ en toch gebeurt dat. Daar willen we graag toelichting op.

Daar wil ik het graag bij laten, meneer de voorzitter.

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw Prins. Ik zou graag het woord willen geven aan de heer Van Gurp.

De heer **Van Gurp** (GroenLinks): Dank u wel, voorzitter. Over regeldruk, bureaucratie en het tekort aan crisisplaatsen zijn al vragen gesteld. Ik hoor graag de reactie daarop. Het zijn ook onze

vragen, maar ik wil me beperken tot wat meer specifiek voorligt, in dit geval de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Ik heb eigenlijk maar één vraag. Die sluit grotendeels aan bij de vragen die mevrouw Prins stelt, want die gaat over de samenloop situaties. Wij hebben twee regimes gemaakt. We hebben overigens van meet af aan gevraagd of we zeker weten dat we daar verstandig aan doen. Want die lijken wel veel op elkaar, maar ze zijn op beslissende punten toch net weer iets anders. Wij zeggen daarin trots: de cliënt staat centraal. En dat klinkt ook goed. Het centraal stellen van de cliënt kan ook best wel tot ingewikkeldheden leiden die helemaal niet in het belang van die cliënt zijn. Mevrouw Prins vraagt of we de instelling niet centraal kunnen stellen, niet omdat het om de instelling gaat, maar omdat dat wellicht toch beter zou kunnen werken.

In die richting zit mijn vraag ook. Ik heb het voorstel gelezen dat ter consultatie voorligt. Daarin gaat u daar voor een stukje op in met een voorbeeld vanuit de Wvvgz. U zegt: stel nou dat iemand in dat kader cliënt is en dat de voorliggende problematieken psychiatrisch zijn, en dat er vervolgens iets gebeurt in de crisisachtige sfeer en het dan toch eigenlijk psychogeriatrisch blijkt te zijn. U zegt dan: in zo'n geval moet de verklaring die afgegeven is in het kader van de Wvvgz eigenlijk ook een-op-een voor de Wet zorg en dwang gelden. Mijn vraag is: geldt dat ook andersom? Want dat maakt het wel spannend. Ik stel de vraag en ik zie dat het een interessante vraag is. U zegt nee, maar misschien is het ja.

Wij zijn er ook niet helemaal uit gekomen. Waarom is het niet vanzelf te spiegelen? Dat is omdat het hoogste medische gezag in het kader van de Wvvgz een arts moet zijn en in het kader van de Wet zorg en dwang hoeft dat geen arts te zijn. Maar de logica zou zeggen: zoals je dat de ene kant op kunt regelen, zou je dat de andere kant op ook moeten kunnen regelen. Als je in de ouderenzorg bij iemand zit die iets krijgt dat eigenlijk toch een psychose blijkt te zijn, dan moet het niet zo zijn dat die weer een heel ander circuit in moet. In dit soort situaties -- ik maak het spits in deze vraag -- wringt het wat ons betreft. Ik krijg dus heel graag uw reactie daarop vanuit de gedachte: laten we het in dezen zowel voor de cliënt als voor de beroepsbeoefenaren alstublieft zo eenvoudig en slagvaardig mogelijk maken.

Dat was het.

De **voorzitter**: Dank u wel, meneer Van Gorp. Ik zou het woord willen geven aan de heer Van der Voort.

De heer **Van der Voort** (D66): Dank u wel, voorzitter. Ik wil een aantal vragen stellen die wel raken aan wat er al eerder gevraagd is. De eerste gaat over de rechtsbescherming van cliënten, met name in de Wet zorg en dwang. Die zit in een in overgangsjaar. Een overgangsjaar is altijd een beetje moeilijk te begrijpen, vind ik, want het is niet meer zoals het was, maar het is ook nog niet zoals het wordt. Hoe is het dus met de rechtsbescherming in die zin in dat overgangsjaar? Daar is in de brief die vorig jaar geschreven is, wel wat over gezegd. Maar de rechtsbescherming wordt extra interessant, omdat we nu in de coronatijd nog verdere beperkingen hebben aangebracht voor mensen die dit betreft. Vertrouwenspersonen kunnen bijvoorbeeld niet zomaar de kliniek of instelling in. Ook is de IGJ op afstand. Die kijkt niet ter plekke hoe de situatie is. Ik zou dus heel graag willen weten hoe de rechtsbescherming geborgd is in deze situatie, met name dus in combinatie met de coronatijd waarin we nu zitten. Dat wat betreft de Wet zorg en dwang. Wat betreft de Wvvgz is de administratieve druk al genoemd. Ik zou willen focussen op de briefwisseling die plaatsvindt over de zorg die opgelegd wordt. Ik heb begrepen dat een groot aantal brieven door de geneesheer-directeur geschreven wordt. Enerzijds legt het een enorme druk op die persoon om al die brieven te schrijven en te tekenen. Ik heb begrepen dat er soms hele diensten zijn ingericht die een dagtaak hebben om al die brieven te tekenen. Anderzijds komen die brieven bij een persoon terecht die in een mentaal wankelende situatie verkeert. Ik kan mij voorstellen

dat het best intimiderend kan overkomen als je vijf brieven krijgt. Hoe is dat voor die mensen? Kan het bij bijvoorbeeld paranoïde mensen geen verergering geven van de klachten die er zullen zijn? Ik denk dat het belangrijk is dat wij ons daarvan bewust zijn. Hoe kunnen we daar eventueel nog iets aan doen, opdat het een beetje proportioneel is?

Dit raakt aan de professionele autonomie. In hoeverre kun je daar niet wat meer ruimte aan geven? Het ligt nu op een scheidsvlak tussen het juridische perspectief en de bestaande professionele standaarden en inzichten. Hoe kan daarnaar gekeken worden? Welke verbeteringen zijn hierin nog mogelijk?

Daar laat ik het bij, voorzitter.

De **voorzitter**: Dank u wel, meneer Van der Voort. Ik geef nu het woord aan de heer Koole.

De heer **Koole** (PvdA): Dank u wel, voorzitter. Veel is al gezegd. Het doel van de wetten is natuurlijk heel erg goed: zorgvuldigheid bij het toepassen van dwangmaatregelen en het centraal stellen van de cliënt. Maar in de praktijk zitten er de nodige problemen in. Er is al heel veel gezegd over de toename van de administratieve handelingen.

Willen de bewindspersonen een onderscheid maken tussen de korte en de lange termijn? Er zijn natuurlijk kinderziektes in nieuwe wetten. Die moeten worden hersteld. Het komt bovenop de corona, die hopelijk incidenteel en niet structureel is. Maar er zitten ook zaken in de twee wetten waarvan je denkt: hadden we dat achteraf niet veel minder stringent in detail moeten voorschrijven om te voorkomen dat er zo veel administratieve last uit voortkomt? Als dat op de lange termijn ook in de wetten zelf zit en niet alleen in de aanloopperikelen, verergerd door de corona, dan moeten we misschien overwegen om de wetten zelf te veranderen. Er zijn al reparatiewetten voorgesteld, maar die raken de marge. Ik zou niet willen uitsluiten dat we tot een verdere reparatie moeten komen, waardoor de wetten qua administratieve last voor betrokkenen een stuk minder zwaar worden. Ik denk dat daar heel veel problemen in zitten.

Er zijn al andere problemen genoemd, zoals de multiproblematiek. We hebben te maken met twee wettelijke regimes. Hoe gaat dat precies? Ik noem ook het punt van de thuiszorg. Die valt er nu ook onder. Soms verlenen mensen zorg en kunnen ze niet verder. Dan willen ze met de familie afspraken maken over wat te doen, maar daar hebben ze dan een arts voor nodig. Daardoor ontstaan situaties waarin mensen niet verder kunnen, anders dan een heel formeel stappenplan af te lopen. Is het voor die situatie in de thuiszorg niet mogelijk om onder bepaalde voorwaarden af te stappen van de formele eis van een volledig stappenplan en bijvoorbeeld vervangende beslissingskaders te creëren? Dan kun je het bijvoorbeeld mogelijk maken dat onder bepaalde voorwaarden dingen met de familie worden afgesproken. Er wordt nogal wat geëist. De keuze is dan tussen die hele formele weg of helemaal geen zorg, en daar worden de cliënten ook niet beter van. Ik vraag dus wat extra aandacht voor die situatie in de thuiszorg.

Dank u wel.

De **voorzitter**: Dank u, meneer Koole. Ik geef het woord aan mevrouw Gerkens.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Dank u wel, voorzitter. Gemakshalve sluit ik me aan bij de eerste vraag die de heer Koole stelde. Ook ons komt ter orde dat er geen goede implementatie is van beide wetten. Het laat zich raden of dat gebeurt omdat ze te ingewikkeld zijn of omdat men het niet doet. Het eerste lijkt mij logischer, want ik ga altijd uit van de goede bedoelingen van mensen. Je ziet dat er echt te weinig tijd is voor de uitvoering van die wetten of dat bestuurders of vertegenwoordigers van cliënten nauwelijks op de hoogte zijn van de inhoud ervan. Zo worden Wzd-functionarissen niet of nauwelijks benoemd. Ook zijn zorgverantwoordelijken nog niet benoemd. En als ze benoemd zijn, weten ze eigenlijk niet wat ze moeten doen. Bestuurders zijn

niet of nauwelijks op de hoogte van de wet. Vertegenwoordigers van de cliënten worden er niet of nauwelijks bij betrokken. Ik wil niet zeggen dat het overal slecht gaat; er zijn ook plekken waar het wel goed gaat, maar dat zijn juist de plekken waar men heel veel extra tijd en mensen heeft uitgetrokken voor de implementatie. Dat is aan de ene kant positief, maar het is wel ten koste gegaan van andere taken. Er zit kennelijk iets in de wet waar we nog eens nader naar moeten kijken.

Ik heb een paar praktische vragen. De eerste gaat over de kosten en de vergoeding. De vraag is of een van de bewindspersonen meer duidelijkheid kan geven over schadevergoeding bij onterecht separeren. Onder de BOPZ was dat €50 à €75 per dag. Wij horen dat cliënten nu maar €5 per dag krijgen. Kan daar opheldering over komen?

Over de bureaucratie is al heel veel gezegd. Kan de minister bevestigen dat de cliëntvertrouwenspersoon er is voor iedereen die onder de wet valt en niet alleen voor mensen die onvrijwillig zorg ontvangen in een instelling? Ook daar zijn verschillende berichten over.

Het overgangsjaar komt ten einde. Hoe gaat u daarmee verder? Ik zou niet per definitie willen pleiten voor verlenging, want een beetje druk kan dingen vloeibaar maken, maar de vraag ligt er. Wij hebben ook een beetje zorg over de uitvoering van deze wetten in coronatijd, want we zien dat daardoor niet meer alle benodigde stappen genomen worden. Onder dat mom gebeuren heel veel dingen die eigenlijk niet zouden moeten gebeuren. Die stappen moeten eigenlijk wel uitgevoerd worden. Hoe ziet de minister dat?

Iets wat misschien een beetje offtopic is, maar toch in de voorbereiding van dit gesprek naar voren kwam, is dat vooral bij de gedwongen zorg maar ook in de jeugdzorg en als iemand al jarenlang psychische zorg nodig heeft, dit vaak terug te voeren is op een niet veilige jeugd. Dat zou misschien moeten betekenen dat we daar wat meer aandacht aan moeten besteden, zodat heel veel zorg op latere leeftijd niet nodig is. Dan leven mensen gewoon een gelukkiger leven. Kent de staatssecretaris deze theorieën? Kan daar misschien wat meer onderzoek naar worden gedaan? Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan meneer Verkerk.

De heer **Verkerk** (ChristenUnie): Voorzitter, dank u wel. Ik ben in het verleden jaren lid van de raad van bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis geweest en heb in die functie veel te maken gehad met verplichte zorg, ook in de PG-afdelingen. Als er één ding is wat steeds weer naar voren komt, dan is dat dat het altijd lastig en moeilijk is. Vaak zijn er stresssituaties. Dan heb je heel deskundige medewerkers nodig om daar goed mee om te gaan.

Bij de voorbereiding van deze vergadering heb ik een geneesheer-directeur in de ggz gebeld en een vertegenwoordiger van de raad van bestuur van een stichting voor gehandicaptenzorg. Ik heb gewoon gevraagd: wat vindt u van deze wetten en wat ziet u in de praktijk? Juist omdat ik de zorg goed ken, kan ik de goede vragen stellen. Ik ga die interviews niet samenvatten -- dat kost te veel tijd -- maar ik leg u toch een paar stellingen voor. Wat ik eruit heb gehaald, is dat de Wet verplichte ggz nauwelijks iets toevoegt aan de rechtsbescherming van patiënten. De wet bevat ook een aantal bureaucratische aspecten die leiden tot schade voor de patiënt. Wil de staatssecretaris hierop reflecteren?

Bij de Wzd is het bijzondere dat dit traject ook doorlopen moet worden als patiënten zelf kiezen voor bepaalde maatregelen die hun vrijheid beperken, bijvoorbeeld antipsychotica, een bord op hun stoel of bepaalde hekken rond het bed. Ik wil u vragen om daar ook op te reflecteren, want het leidt tot ontzettend veel bureaucratie en papierwerk. Een ander punt dat zij noemen, is dat de wet eigenlijk niet uitvoerbaar is. Waarom? Het kost relatief veel tijd van psychiaters. Zeker in de ouderenspsychiatrie zijn die er haast niet. Ook in de gehandicaptenzorg valt het niet mee.

Voorzitter. Dit zijn toch een aantal zorgelijke punten, die ik graag naar voren wil brengen. Ik sluit niet uit dat het mogelijk nodig is, zoals de heer Koole zei, dat er meer gebeurt dan simpele reparatiewetgeving en dat er mogelijk een meer fundamentele herziening nodig is.
Ik dank u wel.

De **voorzitter**: Dank u wel, de heer Verkerk. De vragen zijn helder, ook voor de minister en de staatssecretaris, hoop ik. Bent u al in de gelegenheid om hierop te reageren?

Minister **De Jonge**: Laten we dat maar doen, voorzitter. Anders wordt het echt zo'n debatsetting en ik vond het nou juist zo'n heerlijk rustiek gegeven dat wij midden in deze coronacrisis hier zo over kunnen spreken. U moet zich voorstellen dat ik, vanaf het moment dat de crisis uitbrak en vanaf het moment dat ik die verantwoordelijkheid mocht nemen, eigenlijk 24/7 met de aanpak van de crisis bezig ben geweest, in een absurd en moordend tempo. Dat maakt dat het heerlijk is om hier bij deze gelegenheid in alle rust over te spreken. Dat is bijna therapeutisch, zou ik willen zeggen, zeker in deze omgeving. Dus dank allereerst voor de uitnodiging.

De **voorzitter**: We hebben er alles aan gedaan om u zich goed te laten voelen hier.

Minister **De Jonge**: Ja, dank u wel. Het is ook geen debat; het is een gesprek. Dat is zo fijn. Het is ook wel passend, denk ik, bij het moment. Ik ga eerst een aantal algemene opmerkingen maken en daarna ga ik in op de vragen zoals die zijn gesteld.

Allereerst: het moment waarop wij dit gesprek met elkaar hebben -- geen debat natuurlijk, maar een gesprek -- is vanuit het perspectief van de Eerste Kamer wel heel erg vroeg, zou je kunnen zeggen. We hebben de wet aangenomen op 23 januari 2018. Het was mijn eerste wet die ik mocht behandelen en volgens mij geldt dat ook voor collega Blokhuis. We mochten dat samen doen. Ik weet het nog goed. Ik weet namelijk dat ik heel erg koorts had en een heel stripje aan pillen leeg had geslikt om hier te kunnen staan. Het was ook nog eens een heel ingewikkelde wet. En u stelde ook nog eens heel ingewikkelde vragen over die toch al heel ingewikkelde wet, waar een jaar of tien, geloof ik, aan was gewerkt voordat die hier überhaupt terechtkwam. Kortom, ik heb daar mooie herinneringen aan.

Ik kan mij herinneren dat al dit type vragen ook toen eigenlijk wel aan de orde zijn geweest. Maar er zat en zit de hele tijd een soort spanning in, die in de uitvoeringspraktijk nooit is weggegaan. Die is waarschijnlijk ook de reden geweest dat überhaupt het tot stand brengen van die wet zo lang heeft geduurd. Die spanning gaat eigenlijk over het volgende. Aan de ene kant wil je natuurlijk zo veel mogelijk rechtsbescherming bieden voor cliënten. Iedereen is het immers eens over het doel: zo min mogelijk gedwongen zorg als uitgangspunt. Maar hoe dichter je op de weerbarstige uitvoeringspraktijk komt, hoe beter je ook begrijpt dat dat gewoon niet altijd kan. Vrijwillige zorg is gewoon niet altijd mogelijk. Als er dan onvrijwillige zorg nodig is, laat het dan in ieder geval met zo veel mogelijk rechtszekerheid geregeld zijn voor cliënten. Dat is de spanning die iedereen voelt.

Bij een bericht over een onderzoek naar het aantal gedwongen maatregelen of het aantal maatregelen die vrijheidsbeperkend zijn, zonder dat daar afdoende toetsing of controle op is, merk je dat een parlement, of dat nou de overkant is of hier, natuurlijk reageert met: "dat zouden we niet moeten willen; kan daar nou niks wettelijk voor geregeld worden?" En als er een onderzoek is naar de hoeveelheid administratieve lasten die professionals ervaren en het gebrek aan vertrouwen dat professionals ervaren, dan is de reactie stevast van de kant van een parlement, of het nou de overkant is of hier: "ja maar, waarom doen we dat eigenlijk die professionals aan en waarom vertrouwen we niet een beetje meer op die professionals?" Die spanning zit in al onze debatten en zal ook in al onze debatten zitten, aan de lopende band. Dat is niet alleen hier zo, als het gaat over

gedwongen zorg, maar hier speelt dat zeker en misschien wel het allersterkst. Want, ja, we willen zo min mogelijk gedwongen zorg. We weten dat het nodig is, maar we willen het zo min mogelijk. Als het gebeurt, willen we dat het toezicht daarop en de rechtsbescherming daarvan zo goed mogelijk geregeld zijn. En, o ja, we willen ook dat professionals niets ervaren van door ons opgelegde administratieve lasten. Nou, het eerlijke verhaal is dat dat niet altijd samengaat. Die spanning zal altijd voelbaar blijven. Ik wilde dat wel benoemd hebben.

Als u de Handelingen terugleest van dat debat, dan zie je dat ook in de hele debatgeschiedenis terug. Ik weet dat ik er hier toen voor heb staan pleiten om een van de stappen uit de reeds door de Tweede Kamer aangenomen wet te halen. Nou was dat in een periode gebeurd dat ik er zelf nog niet was, dus ik kon dat vrijmoedig doen, zou je kunnen zeggen. Overigens was de Tweede Kamer daar vervolgens weer niet heel erg enthousiast over. Die zei: we hadden die wet al een keer aangenomen; waarom kom je nou nóg een keer langs, om er iets uit te halen dat wij er nou juist in gestopt hadden? Dat ging toen over de positie van de arts en over de vraag of dat op dezelfde manier moest als in de BOPZ. Kortom, het zijn repeterende discussies. Ik vrees dat die nog wel een tijdje repeteren, omdat dat nou eenmaal gewoon de weerbarstigheid is van de uitvoeringssituatie waar de mensen in de zorgpraktijk mee te maken hebben. Die verhoudt zich niet altijd, helaas, tot onze keurige wettelijke indeling die we hadden gemaakt. Ja, jammer: de uitvoeringspraktijk verhoudt zich niet altijd tot de wetten die we hebben gemaakt. Dan zou je zeggen "pas dan die wetten aan", maar waarschijnlijk gaat het je nooit helemaal lukken om de wet helemaal naadloos te laten aansluiten op de uitvoeringspraktijk. Maar dat moeten we wel zo goed mogelijk doen. Dit was ter introductie, maar ik heb nog één algemene opmerking, die ik zeker in deze coronatijd wel gemaakt wil hebben. Die sluit aan bij de opmerking van de heer Van der Voort en de vraag die mevrouw Gerkens daarover heeft gesteld. Want toen gingen we die wet invoeren. We hebben voor een overgangsjaar gekozen, omdat we wisten dat bij de Wet zorg en dwang zo veel uitvoeringsvragen naar voren zouden komen dat je echt met een overgangsjaar zou moeten werken, voordat je de inspectie daadwerkelijk op de minutieuze handhaving van die wet in de uitvoeringspraktijk zou kunnen zetten.

Je moet dus juist ruimte bieden. Dat kon ook, want de rechtsbescherming die deze wet, zodra je ermee aan de slag gaat, biedt, is al beter dan de rechtsbescherming zoals die was. Je voegt dus altijd iets toe, zou je kunnen zeggen, omdat er in de ambulante praktijk helemaal geen sprake was van rechtsbescherming whatsoever als het gaat over beperkende maatregelen die je treft.

Maar we gingen net met dat overgangsjaar aan de slag, en toen brak de coronacrisis uit. In die coronacrisis zie je dat we noodgedwongen de vrijheden van mensen hebben moeten beperken op een manier die zich eigenlijk ook niet meer goed verhoudt tot deze wet; laten we daar maar eerlijk in zijn. De bezoekersregeling is generiek afgedwongen door het kabinet via een aanwijzing aan de voorzitters van de veiligheidsregio's, die vervolgens een noodverordening hebben gemaakt om die bezoekersregeling in de verpleeghuizen gestand te doen. Die bezoekersregeling verhoudt zich goed tot de Wet publieke gezondheid. Die was namelijk noodzakelijk om de verspreiding van het virus tegen te gaan. Maar daarbij zijn de vrijheden van mensen natuurlijk op een geweldige manier beperkt, zonder dat welk stappenplan dan ook doorlopen is. We moeten dus zo snel mogelijk weer terug naar een normalere situatie.

Wij kunnen wel klaar zijn met dat virus, maar dat virus is nog niet klaar met ons. In het nieuwe normaal, of het tijdelijk abnormaal, dat we nu aan het inrichten zijn, zullen we nog wel die afstand moeten bewaren en die 1,5 meter moeten blijven vormgeven, maar we moeten af van een bezoekersverbod zoals dat gold. We zijn dus gekomen met een routekaart et cetera. We doen dat stapsgewijs: zo gaan we natuurlijk al die maatregelen die zijn opgelegd, ook weer versoepelen. Maar we moeten niet ontkennen dat, ook nu nog, in de uitvoeringspraktijk de vrijheden van mensen daadwerkelijk beperkt worden op een manier die zich niet altijd goed verhoudt tot de Wet zorg en dwang. Het is dus noodzakelijk om die routekaart met elkaar af te lopen, samen met

brancheorganisaties en met cliëntenorganisaties, om daar waar de verspreiding van het virus een minder grote bedreiging vormt, zo snel mogelijk weer gewoon de deuren open te zetten en het bezoek weer stapsgewijs te gaan normaliseren. Dat is echt een heel belangrijke taak die we met elkaar hebben. Ook daar zit je telkens natuurlijk met het spanningsveld van medewerkers die daar echt wel buikpijn van hebben, terwijl cliënten en hun verwanten er toch echt naar snakken om elkaar weer gewoon te ontmoeten en te zien. Natuurlijk moet dat veilig, maar dat moet wel weer zo snel mogelijk mogelijk zijn. Dat is een enorme klus voor brancheorganisaties en voor instellingen, maar het moet wel.

Dan wil ik graag de vragen beantwoorden in een aantal blokjes. Ik wil beginnen met de zaken die het meest gaan over de wetsgerelateerde vragen, zoals de vraag waarom de wet is zoals die is. Ten tweede ga ik in op de vragen die gerelateerd zijn aan de uitvoeringsproblematiek en aan de administratieve lasten. Ten derde ga ik in op de samenloop en de multiproblematiek. Ik denk dat dat de blokjes zijn. Ja, toch? Misschien resten daarna nog een aantal overige vragen.

Eerst de vraag waarom er nou eigenlijk twee wetten zijn. Dat was een vraag van de heer Verkerk, meen ik. Een aantal anderen hebben daar toch ook wel op gehint: waarom doen we dat nou eigenlijk zo? Daar is heel lang over gesproken. Van de BOPZ werd juist weer gezegd dat die wel heel erg was toegesneden op de psychiatrische groep die moet worden opgenomen in een instelling, maar dat die eigenlijk weinig aansloot bij de uitvoeringspraktijk van de gehandicaptenzorg. De manier waarop je tot een besluit komt, is ook echt heel erg anders in de gehandicaptenzorg, dus waarom doen we dat nou zo, op die manier, in die ene wet? Dat was de conclusie in een aantal wetsevaluaties van de BOPZ. Vervolgens is die uit elkaar gehaald en heb ik inmiddels het zoveelste debat met uw Eerste Kamer over waarom we die eigenlijk uit elkaar hebben gehaald.

Ik vrees dat als ik met één wetsvoorstel kom ... Dat zeg ik ook in de richting van de heer Koole, die vraagt of ik niet wat fundamenteeler naar die wet zou moeten kijken. Dat wil ik natuurlijk en we gaan die wetsevaluatie goed en grondig doen. Maar als ik op basis daarvan zou besluiten om met één wet te komen, dan denk ik dat u daar aanvankelijk best enthousiast over zou zijn tot ik die ene wet ga maken, in uw Kamer ga bespreken en vervolgens ga implementeren. Dan zal de reactie zijn: "Ja, maar die doelgroepen zijn hartstikke verschillend. Ze zitten in één wet. Sluit die ene wet wel voldoende aan bij de verschillen tussen de cliënten?" Ik denk dat je het nooit echt helemaal goed doet, althans niet in de wetstechnische, juridische vormgeving. Ik denk dat we het vooral zo praktisch mogelijk moeten laten werken in de uitvoeringspraktijk en dat we telkens een scherp oog moeten hebben voor: is het uitvoerbaar voor mensen in de praktijk en biedt het voldoende rechtsbescherming? Dat is eigenlijk het belangrijkste, belangrijker dan de vraag of het in één wet zit of in twee wetten.

Mevrouw De Bruijn vraagt: wordt de wet wel voldoende ervaren als ultimum remedium of wordt de wet in allerlei zorgsituaties opeens erbij gehaald? Daar kan ik geen eenduidig antwoord op geven. Ik denk dat de wet in ieder geval heeft geholpen om er in de uitvoeringspraktijk veel alerter op te zijn dat er eigenlijk sprake is van onvrijwillige zorg. Ik weet nog dat we bij de wetsbehandeling veel voorbeelden daarvan aan de orde hebben gehad: is hier dan sprake van onvrijwillige zorg? Juist omdat in het verleden alleen de opname in een instelling als onvrijwillige zorg werd gezien, denk ik dat er heel veel onvrijwillige zorg in de gehandicaptenzorg en in de verpleeghuiszorg was waarvan we eigenlijk helemaal niet vonden dat het onvrijwillige zorg was. Maar dat was het natuurlijk wel. Het dichtdraaien van de deur omdat oma anders gaat dwalen door de gangen, is wel degelijk onvrijwillig. Dat vindt oma niet per se een goed idee. Althans, als je dat gesprek met haar voert, misschien weer wel, maar je moet er wel over nadenken of er minder ingrijpende alternatieven zijn die dezelfde veiligheid zouden bieden. Dat is, denk ik, een voorbeeld van onvrijwillige zorg die in het verleden als vrij normaal werd gezien. Het is niet per se verboden,

maar je moet er wel met elkaar een gesprek over hebben. Ik denk dat de alertheid inmiddels groter is.

Ik denk ook dat de dingen soms onnodig heel erg groot en ingewikkeld worden gemaakt, terwijl ze eigenlijk vrij natureel zijn en vrij natureel in te passen zouden zijn in de normale gang der dingen. Daar heb ik een vrij intensief gesprek over gehad met de voorzitter van de raad van bestuur van Philadelphia. De wet kan daar overigens heel veel soepeler in zijn dan die nu is en daar werken we ook aan. Alleen, neem bijvoorbeeld het erbij halen van een collega, dus het hanteren van het vierogenprincipe in de eerste stap van onvrijwillige zorg. Dat is toch eigenlijk vrij logisch, zou je zeggen. Dat iemand in een instelling eindverantwoordelijkheid draagt voor alle beslissingen die moeten worden gezien als onvrijwillige zorg, is eigenlijk best heel erg logisch, zou je zeggen. Als je dat voor een langere periode moet voortzetten, is de volgende stap dat je na een maand of zes iemand anders erbij haalt: kijk nou eens van buiten, zouden we dat ook minder ingrijpend kunnen vormgeven dan we nu doen? Dat is vrij logisch. Dat verklaart dat heel veel instellingen, zeker de voorhoede die er al eerder mee aan de slag was, eigenlijk zeggen: ja, wij vinden dat die wet gewoon hoort bij het op een professionele manier vormgeven van je zorg; wij vinden dit gewoon goede zorg zoals we al een tijdje gewend waren te bieden. En sommige instellingen schrikken daar heel erg van: we moeten heel veel mensen opleiden en het is heel erg anders dan we voorheen gewend waren te werken. Dat hoeft niet, maar dat wordt op heel verschillende manieren beleefd. Ik onderschat niet dat het veel vraagt van instellingen. Vandaar ook het besluit om tot het overgangsjaar te komen. Maar dat verklaart, denk ik, de verschillende manieren waarop het wordt beleefd.

Over de reparatiewet heeft u een vrij ingewikkelde vraag gesteld. In de reparatiewet hebben we een aantal evidente verbeteringen willen voorstellen zonder dat we al daadwerkelijk een evaluatie hebben gedaan, zeg ik in de richting van de heer Koole. Het gaat om een aantal evidente verbeteringen die we nu al zien in de praktijk en waarmee we niet willen wachten tot de wetsevaluatie. Het reparatiewetsvoorstel is bij de Kamer ingediend. Daarmee schrappen we het vereiste dat een zorgverantwoordelijke bij acute situaties een schriftelijke beslissing moet nemen over het toepassen van onvrijwillige zorg. De uitvoeringspraktijk heeft gezegd: dat is onhandig, dat moeten we helemaal niet doen.

Mevrouw De Bruijn vraagt of dat niet al op een goede manier was geregeld in de WGBO en hoe die twee zich tot elkaar verhouden. Ik wil met name de juridische kant daarvan graag meenemen bij de wetsevaluatie. Die suggestie doet u zelf eigenlijk ook al. Vooralsnog zeg ik: laten we het vooral praktisch houden. Er is een handreiking gemaakt over de samenloop met de WGBO. Die bestaat al. Volgens mij moeten we het gewoon op die manier doen. Deze extra verplichting die was opgenomen in de Wzd, wordt geschrapt met het reparatievoorstel. Laten we de meer principiële vraag hoe die wetten zich tot elkaar verhouden inderdaad meenemen bij de evaluatie. Dat wat betreft de meer wetstechnische aangelegenheden.

De meeste vragen zijn natuurlijk gesteld over de uitvoeringspraktijk van de administratieve lasten. We wisten dat die eraan zou zitten te komen. Er is vrij stevig -- ik meen een jaar geleden -- op mijn deur gerammeld door eigenlijk de volledige uitvoeringspraktijk, alle brancheorganisaties en alle cliëntenorganisaties. Toen die wet eenmaal was aangenomen en men was begonnen met de voorbereiding van de implementatie, zei men: help, hoe moet dat eigenlijk en hoe zit dat eigenlijk in de praktijk? We hadden samen tal van handreikingen gemaakt, tal van Q&A-sets en een site waar je terecht kon met alles wat je altijd al een keer had willen vragen over de wet. Toch vonden we het nog best wel ingewikkeld voor eigenlijk iedereen om het op een goede manier te doen. Ik ging dat alles toen bespreken met de partijen, dus met de brancheorganisaties. Dat is nu ongeveer een jaar geleden. Toen bleek dat het aantal vragen zo ongelofelijk groot was dat we rond de zomer hebben besloten om van dit eerste jaar een overgangsjaar te maken. We hebben heel veel Q&A's gemaakt aan de voorkant. We hebben enorm ingezet op de informatievoorziening van tevoren. We

hebben de infrastructuur ... Er gaat een alarm af. Is dat mijn spreektijd? Of is er iemand die nu wakker moet worden?

De **voorzitter**: Aan uw spreektijd doe ik nu nog niks. Er zijn veel vragen. Maar ik weet niet waar het alarm vandaan komt.

Minister **De Jonge**: Luisteren de Russen mee? Wat is er aan de hand, voorzitter?

De **voorzitter**: Geen idee.

Minister **De Jonge**: Ik dacht even dat er sprake was van een zeker reflectief moment: je spreektijd zit er nou wel ongeveer op.

De **voorzitter**: Het is gevonden. Het was niet op u gericht, gelukkig.

Minister **De Jonge**: Nee, gelukkig maar. Dat is een hele geruststelling.

De **voorzitter**: Maar probeert u een beetje gecondenseerd te antwoorden.

Minister **De Jonge**: Er is ongelofelijk veel in gang gezet om te helpen en te ondersteunen. Toch zien we ook nu in de uitvoeringspraktijk dat die ondersteuning nog niet klaar is. Er is nog steeds veel te doen en dat gebeurt ook. We proberen ook zo goed als mogelijk te leren van de uitvoeringspraktijk. Daar waar de uitvoeringspraktijk met goede suggesties komt, nemen we die ook over. Misschien voert het te ver om al die suggesties op dit moment te noemen. Een deel van de suggesties hebben we in de reparatiewet gezet en een deel zit in de afspraken die tussen het departement en de brancheorganisaties zijn gemaakt. Maar dat doen we wel telkens met dezelfde spanning waar ik mee begon. Telkens als ik een stapje zou willen maken in de richting van VGN of in de richting van ActiZ en zou zeggen "inderdaad zeg, dit is wel heel erg ingewikkeld", heb ik gelijk een aantal vrij kritische cliëntenorganisaties die over mijn schouder meekijken en zeggen: ja maar hé, die stap staat niet voor niks in de wet. Het gaat telkens om dat evenwicht. De heer Verkerk van de ChristenUnie hintte daarop, maar volgens mij ook de heer Koole: is het nou altijd nodig om die stappen te zetten of zou je ook weleens zonder zo'n stap kunnen? Laten we eens een voorbeeld noemen. Ik word weleens bevraagd over die externe deskundige. Na zes maanden zou je die erbij moeten betrekken op het moment dat je een maatregel na een evaluatie of eigenlijk na de tweede evaluatie zou willen voortzetten. Kan je nou niet zonder die externe deskundige? Waarom moet je nou de hele tijd iedereen laten meekijken? Mevrouw Prins noemde het ook: is dat eigenlijk geen voorbeeld van een gebrek aan vertrouwen in professionals? Toch zou ik dat anders willen bekijken. Als je dat niet doet ... Eerst heb je die eerste stap met het vierogenprincipe. Vervolgens moet daar een klap op worden gegeven door degene die eindverantwoordelijk is bij onvrijwillige zorg. Als je na twee keer evalueren eigenlijk weer met dezelfde mensen om de tafel zit om een maatregel voort te zetten en er geen rechter bij komt kijken, wat bij de BOPZ wel het geval was en bij de Wvggz wel het geval is, dan is het wel verstandig om iets van een externe blik te hebben. Als ik tegen VGN of tegen ActiZ zou zeggen "joh natuurlijk, laten we het schrappen, want het is alleen maar een overbodige administratieve last", dan weet ik zeker wie er de volgende dag op mijn stoep staan en misschien ook wel terecht. Dat zijn namelijk de cliëntenorganisaties, die zeggen: wij vinden dat toch wel een extra check die wij nodig vinden voor de rechtsbescherming. Het is dus niet makkelijk om daar onmiddellijk van af te stappen.

Ik vind wel dat je het zo praktisch mogelijk moet vormgeven. We hebben dat gesprek ook met de sector. Als je bijvoorbeeld een aantal stappen samen zou kunnen nemen of stappen zou kunnen laten samenvallen met het reguliere mdo-schema in je eigen instelling, dan is dat natuurlijk praktisch. Zo heb ik bijvoorbeeld het volgende afgesproken. Eigenlijk zouden na zes maanden al die BOPZ-dossiers moeten worden omgezet naar Wzd-dossiers, maar daarvan hebben we gezegd: neem daar iets meer de tijd voor, dan kun je dat in ieder geval met je gewone cyclus laten meelopen. Dan hoef je geen extra overleggen intern in te plannen om al die Wzd-dossiers om te bouwen. Dat is, denk ik, een hele praktische manier van daarmee omgaan.

Mevrouw **Prins-Modderaar** (CDA): Mag ik daar nog een vraag over stellen?

Minister **De Jonge**: Dat moet u aan de voorzitter vragen.

Mevrouw **Prins-Modderaar** (CDA): Meneer de voorzitter, mag ik daar een vraag over stellen?

De **voorzitter**: Dat mag u, mevrouw Prins.

Mevrouw **Prins-Modderaar** (CDA): Ik kan me heel goed voorstellen dat we de ruimte bieden aan een externe deskundige, als iemand dat zou willen. Voor mij is de vraag namelijk of je dat zou kunnen omdraaien. Nu moet je het altijd doen. Is er ook overwogen om juist ruimte te geven daar waar iemand dat nodig vindt? Als iedereen er tevreden over is, wat is er dan op tegen om het door te zetten, in plaats van dat je dat elk halfjaar opnieuw zou moeten doen? Ik zou het dus willen omdraaien, daar waar het kan. Dat scheelt heel veel overbodige lasten. Ook vertegenwoordigers zeggen soms: ik weet eigenlijk niet waarom we dit zouden moeten doen. Ik hecht zeer aan vrijheid en ruimte voor de vertegenwoordiger en de cliënt, en ik zie het als een ultimatum remedium. Alleen is het nu zo dat iedereen gedwongen wordt om dat gesprek aan te gaan, terwijl heel veel daar helemaal geen behoefte aan hebben. Is dat iets wat overwogen is?

Minister **De Jonge**: Toch weer even terug naar de wetsbehandeling hier in ditzelfde huis een aantal jaren geleden. Ik denk dat deze vraag toen onmiddellijk terzijde zou zijn geschoven door iedereen die op dat moment het woord voerde. Overigens weet ik dat niet voor de vertegenwoordiger van het CDA destijds; dat kan ik me niet helemaal herinneren. Maar daar was toch wel vrij breed juist een heel ander debat aan de orde. Vrij breed was daar aan de orde: bieden we de mensen in de psychiatrie eigenlijk niet veel meer rechtsbescherming door telkens bij de periodieke tussenevaluaties een onafhankelijke rechter te laten kijken, en is die externe deskundige eigenlijk niet veel te slap? Ik zeg het maar even plat. Nu stelt u een hele andere vraag. Zou je die externe deskundige eigenlijk niet weg kunnen laten als iedereen het eigenlijk wel best vindt zo? Dat ontnemt je de mogelijkheid om iemand met een frisse blik te laten kijken of er geen minder ingrijpend alternatief zou zijn. Het ontnemt je ook de mogelijkheid om, daar waar op zichzelf genomen de meest betrokken professionals het misschien wel oké vinden zo, je toch te laten tegenspreken door iemand die daar een andere blik op heeft. Volgens mij ga je dus afbreuk doen aan de rechtsbescherming die u als wetgever juist beoogd heeft. Ik zou bij de evaluatie tot van alles en nog wat bereid zijn, hoor, alleen denk ik wel dat er een vrij bewuste keuze is gemaakt door de wetgever om het juist wel zo te doen en het ook op deze manier te doen. Ik vind wel dat je vervolgens in de uitvoeringspraktijk naar de meest praktische invulling daarvan moet kijken. Als je telkens dezelfde externe deskundige erbij vraagt, wordt dat eigenlijk ook iemand die gewoon bij de zorg betrokken wordt. Ook daar geldt: je moet een frisse blik wel echt een frisse blik laten zijn. Volgens mij moeten we daar in de uitvoeringspraktijk de meest praktische vorm voor kiezen, dus

vooral geen overbodige bureaucratie. Maar hem schrappen of hem facultatief maken? Ik denk dat dat afbreuk doet aan de rechtsbescherming.

Dan de cliëntvertrouwenspersoon. Die is er toch voor iedereen die onder de Wzd valt? Het antwoord is ja, voor iedereen in een instelling sowieso en ambulant als je te maken krijgt met de Wzd, met gedwongen zorg.

Zou je dat stappenplan thuis, of een aantal stappen uit dat stappenplan, dan niet kunnen laten vervallen, was de vraag van de heer Koole. Daarbij geldt eigenlijk een beetje dezelfde redenering. Je zou het kunnen doen, maar dan doe je wel afbreuk aan de rechtsbescherming. Ik denk dat met name de cliënt vertegenwoordigende kant daar sowieso niet enthousiast over zou zijn. Het is ook nogal in strijd met de wetsbehandeling zoals we die in beide Kamers hebben gehad, want daar was met name rechtsbescherming het belangrijkste punt. Het nu laten vervallen van het stappenplan brengt dus een andere discussie op de mat. Moeten we niet voor al die stappen misschien toch de gang naar de rechter maken? Als je ziet hoe ongelofelijk veel handelingen van onvrijwillige zorg er zijn in de gehandicaptenzorg en in de ouderenzorg, dan is dat helemaal onpraktisch, denk ik. Ik denk dat wat we nu hebben gekozen, op zichzelf genomen goed aansluit bij de uitvoeringspraktijk, als we bij de implementatie ervan ook veel oog hebben voor de zorgen uit diezelfde uitvoeringspraktijk. Op die manier probeer ik ermee om te gaan.

De **voorzitter**: Hebt u nog veel tijd nodig, minister?

Minister **De Jonge**: Ik denk dat dat wel meevalt. Ik heb sowieso nog één blokje, maar ik kijk even of ik alle vragen uit dit blokje goed heb beantwoord. Ik denk dat ik dit blokje wel gehad heb. Dan nog even de vragen over de samenloop, want de heer Van Gorp en mevrouw Prins hebben daar vragen over. Mevrouw Prins verwoordde dat als volgt: zou je niet één regime per instelling doen? Toch ook weer even terug naar de wetsbehandeling, want daar is juist gezegd: nee, je moet eigenlijk een regime van toepassing laten zijn op een cliënt waarbij dat regime ook daadwerkelijk past. Als je dan de instelling centraal zou zetten, dan past het weer niet precies voor de cliënt, want het zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat mensen met een psychiatrische stoornis die zeer gebaat zijn bij een plek in de gehandicaptenzorg ... Overigens zijn er meerdere voorbeelden, ook individuele casuïstiek die bij mij voorbij is gekomen, waarin mensen juist in een instelling voor gehandicaptenzorg heel veel beter op hun plek bleken te zijn. Veel van de ingewikkelde casuïstiek waarmee collega Blokhuis te maken heeft, lossen we juist op omdat de gehandicaptenzorg zegt: kom maar bij ons; wij hebben nog wel een plekkie. De structuur van de gehandicaptenzorg blijkt vaak heel erg passend te zijn. Maar als je daarvan zou zeggen "die instelling hanteert de Wzd slechts daar waar het gaat om gedwongen zorg, want dat is nou eenmaal het wettelijke regime dat bij die instelling past", dan doe je de individuele rechtsbescherming van deze cliënt tekort. Dat denk ik althans als ik kijk naar de wetsgeschiedenis zoals die is geweest.

Ik denk dat dat geen oplossing kan zijn. Ik denk wel dat de oplossing zoals die destijds bij de wetsbehandeling aan de orde is geweest, gewoon is: wat is, kijkend naar de cliënt, de voorliggende problematiek waarvoor een onvrijwillige handeling moet worden getroffen, dus waarvoor onvrijwillige zorg aan de orde is? Dan kan het zo zijn dat het regime wisselt. Het kan wel degelijk zo zijn dat aan de ene kant de psychiatrische stoornis het meest deregulerend is voor de cliënt, en daarmee dus onderwerp van onvrijwillige zorg, maar dan is de gang der dingen van de Wet verplichte ggz aan de orde. Het kan ook zijn dat het met name de verstandelijke beperking is die prevaleert en die het meest dominant is in de problematiek die aan de orde is. In eerste instantie is het in die situatie aan de professional om dat te beoordelen. Het klopt dat je dan als instelling voor een aantal cliënten inderdaad twee regimes zou hebben om te hanteren. Maar dat is wel ter beoordeling aan de professional zelf. Ik denk dat ik het niet mooier of makkelijker kan maken dan

dat. Dat is eigenlijk ook mijn antwoord op de vragen van de heer Van Gurp daar waar het gaat over de samenloop in individuele casuïstiek.

Voorzitter, daarmee ben ik, denk ik, door de vragen heen.

De **voorzitter**: Dank u wel, minister, voor deze toelichting op de vragen van onze Kamerleden. Ik zou graag het woord willen geven aan staatssecretaris Blokhuis.

Staatssecretaris **Blokhuis**: Dank u wel, voorzitter. Ik neem het stokje over. Ik ga specifiek in op de vragen die over de Wet verplichte ggz zijn gesteld. Eventjes aansluitend op de inleiding van de heer De Jonge: het is een hele vreemde tijd. Corona doet ons allemaal beseffen hoe het is om voor een deel in onvrijheid te zijn, maar als je met een gedwongen maatregel wordt geconfronteerd, is dat nog wel een tandje extra. Het is goed om ons dat steeds te realiseren. Ik ben ook heel blij dat de Eerste Kamer de positie van de cliënt, van de betrokkene, zoals hij in de wet wordt genoemd, steeds heel nauw voor ogen heeft. De rechtsbescherming van de betrokkene is zeer belangrijk. Die staat op gespannen voet --want daarom is dit debat er, denk ik -- met ingewikkeldheden in de uitvoeringspraktijk.

Om nog even te onderstrepen hoe vreemd de tijd is waarin we zitten: de gewone zorg wordt weer opgepakt, net als allerlei andere gewone agendapunten. Ik had vanmorgen een overleg met de evenementenbranche en de poppodia over het terugdringen van gehoorschade. Dat is een hele vreemde agenda in een tijd dat er helemaal geen popconcerten en evenementen of wat dan ook zijn. Ik heb de mensen gecompimenteerd dat ze überhaupt hierover met me in gesprek wilden op het moment dat er helemaal niks is. Dat vind ik al een overwinning. Eén meneer was zo zelfkritisch dat hij zei: we hebben helemaal niks bereikt in deze periode. Ik zei: man, doe niet zo klein, je hebt honderd procent van je doel bereikt; je hebt geen enkele gehoorschade veroorzaakt en je hebt wel veel tijd om deze agenda verder vorm te geven.

Goed, terug naar het onderwerp, voorzitter. De Wet verplichte ggz is hier in 2018 unaniem aanvaard, waarbij toen ook allerlei vragen gerezen zijn rond de uitvoerbaarheid van de wet en de complexiteit. Dat hebben wij destijds heel bewust onder ogen gezien. Dat was wat mij betreft een mooi en indringend debat, in een pakket samen met de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg. De grote winst in de Wet verplichte ggz is wat mij betreft dat niet meer de opname centraal staat. Het is geen opnamewet maar een behandelwet. Het kan nog steeds op een heel breed draagvlak rekenen dat behandeling waar dan ook, in een kliniek of bij mensen thuis, ambulant, centraal staat. Daar zijn allerlei mogelijkheden voor gecreëerd, maar we zien tegelijkertijd dat als je de rechtsbescherming van de betrokkene optimaal wilt organiseren, er een heleboel ingewikkeldheden achterlangs komen en dat het alle hens aan dek is om dat goed moet elkaar in balans te brengen. Dan gaat het om het belang van de betrokkene, de rechtsbescherming en de belangen van degenen die behandelen en die daar handen en voeten aan moeten geven.

Voorzitter. Een van de dingen waaruit blijkt dat de betrokkene meer in charge is, is dat hij zelf een plan van aanpak mag schrijven om te voorkomen dat hij in de verplichte zorg komt, want het doel is verplichte zorg voorkomen. Dan kan een betrokkene dus zelf een plan schrijven. Heel recent heeft een psychiater aan ons laten zien hoe complex de uitvoeringspraktijk is. Die vertelde: "Ik dacht dat ik de betrokkene, gelet op de wet, moest informeren. Ik heb een brief gestuurd waarin stond dat hij een plan kon schrijven. Die patiënt was al tien jaar bij de ggz in behandeling en die vatte dat op als een belediging, zo van: je bent hier in behandeling; wil je zelf maar eens een plan gaan schrijven." Die patiënt was zo beledigd dat de behandelaar, de psychiater, een doodsb bedreiging van hem kreeg. De reden daarvoor was dus dat de betrokkene een brief kreeg met het verzoek om zelf een plan te schrijven om te voorkomen dat hij in gedwongen zorg zou komen. Daar zie je al dat de praktijk wringt met de bedoeling van de wetgever, want er staat nergens in de wet dat die psychiater in dat geval niet had kunnen bellen met de betrokkene. Hij

had kunnen bellen met de mededeling: we willen voorkomen dat er een gedwongen traject ontstaat; kunnen wij misschien een mooi plan met elkaar maken om dat te voorkomen? Nee, dan komt er een heel mooi opgemaakte brief met allemaal ingewikkeld jargon. Dan gaan er lampen doorbranden. Dat is heel contrair aan de bedoeling van de wet. Daar zijn we het hier in deze zaal, denk ik, allemaal mee eens.

Voorzitter. Niettemin wil ik mijn complimenten uitspreken voor al die partijen die ontzettend hard eraan getrokken hebben. De ketenpartners -- zo noemen we die -- vanuit de ggz, het Openbaar Ministerie en de cliëntenvertegenwoordigers via MIND hebben in de voorbereiding volop meegeholpen om de implementatie zo goed mogelijk te laten verlopen. Er worden crisismaatregelen uitgeschreven en opgelegd. Er komen behandelplannen en zorgplannen. Dus in die zin loopt de wet. Tegelijkertijd hebben we de klachten die voor u ook aanleiding zijn om dit debat te houden, omdat die wet zo complex is en tot zo veel bureaucratie leidt. Mevrouw Pouw haalde zelfs de term "bureaucratisch monster" aan, die zij overigens niet zelf had bedacht, maar die gequoteerd werd uit een commentaar van een van de partijen.

In aanloop naar de implementatie heb ik eind vorig jaar en ook halverwege vorig jaar, dus echt ruimschoots van tevoren, met de betrokken partijen diverse keren uitgebreid van gedachten gewisseld over de knelpunten in de uitvoering. Dat zijn GGZ Nederland als grote koepel van heel veel ggz-aanbieders en de NVvP als koepel van psychiaters, maar ik had ook gesprekken met MIND. En dat waren niet dezelfde gesprekken, want MIND als cliëntenvertegenwoordiger zei: pas alsjeblieft die wet niet aan, want er zit optimale bescherming in van de betrokkene. Dat was de spagaat waarmee wij de implementatie in gingen, wetende dat er ingewikkeldheden zouden volgen. Degenen die met de wet moeten werken, de professionals, de hulpverleners, dus de NVvP en GGZ Nederland, zeiden: pas eind 2021 ga je de Wzd en de Wet verplichte ggz evalueren, dus als we tegen bureaucratie aanlopen, dan moeten we twee jaar lang wachten totdat jullie bereid zijn om eens te kijken of je daar wat in wilt repareren. Toen hebben we gezegd: zo dogmatisch zijn we niet; het staat wel in de wet, maar als er al heel snel evidente verbeterpunten te regelen zijn waar een heel breed draagvlak voor is, dan willen we dat vooruitlopend op de evaluatie doen.

We hebben woord gehouden: de wet is nog maar net van kracht en we hebben al een spoedreparatiewet ingediend bij de Tweede Kamer. Daarmee lopen we zelfs vooruit op de planning die we hadden. Die wet staat geagendeerd. Net als wij dit debat hier hebben, kan de Tweede Kamer daar een schriftelijke inbreng op leveren. Als wij een beetje tempo maken, dan heeft u die wet misschien zelfs al rond het zomerreces, maar dat weet ik niet, want ik ga niet over het tempo van de Tweede Kamer. Dat is de spoedwet. Daar zit dus echt het laaghangende fruit in. Dan gaat het bijvoorbeeld om de vraag wat je doet bij de verlenging van een crisisdienst als er een weekend, een zondag of een feestdag tussen zit. Hoe moeilijk kan het zijn? Tel die niet als een werkdag en ga uit van werkdagen. Dat wordt even geregeld. En nog meer van zulk soort laaghangend fruit -- zo noem ik het maar -- waar een heel breed draagvlak voor is, zit in de spoedwet.

De reparatiewet gaat wel een tandje dieper. Daar moet bijvoorbeeld de Autoriteit Persoonsgegevens wel meekijken. Wij vinden dat er echt een fatsoenlijke consultatie aan gekoppeld moet worden. Dat doen we dus ook. Dat wetsvoorstel gaat zeer binnenkort in consultatie. Wij hopen die in het najaar te kunnen indienen bij de Tweede Kamer. Dan hebben we in één kalenderjaar twee reparatiewetten georganiseerd om overtollige bureaucratie weg te saneren uit de wet, uitgaand van een breed draagvlak. Een eventuele volgende wettelijke slag zou wat mij betreft niet eerder zijn dan na de evaluatie die voorzien is voor eind 2021. Eventuele knelpunten waar we alsnog tegenaan lopen en die misschien nog wel fundamenteler van aard zijn, kunnen we daarin meenemen.

Dat is het spoor van wetgeving, maar terecht hebben woordvoerders ook gevraagd: zit het alleen in wetgeving of ook in andere dingen? Het tweede belangrijke spoor betreft de werkafspraken en

bijvoorbeeld de brieven waar de behandelaren, de psychiaters, mee werken. Ik noemde net al het voorbeeld dat er een brief wordt gestuurd, terwijl je ook een telefoontje kunt plegen. In de stukken die u ook gelezen hebt, in al onze antwoorden op de vragen van de Tweede Kamer, staan ook voorbeelden van brieven en huisregels die keer op keer weer worden gecommuniceerd met de betrokkenen. Ik zeg het even oneerbiedig in de senaat, maar mensen worden er kierewiet van als ze binnen een paar weken steeds hetzelfde pakket aan informatie binnenkrijgen. Dan denken ze: heb ik nou wat gemist; moet ik dit weer allemaal gaan lezen?

Daar kunnen we makkelijk slagen in maken. Daar hoeft je de wet niet voor aan te passen. Je kunt daar met elkaar werkafspraken over maken. Je kunt afspreken dat we simpeler gaan communiceren met beter leesbare brieven. Wij hebben een paar voorbeeldmodellen gemaakt, die bijna een-op-een zijn overgenomen. Maar wij doen een oproep aan de sector: maak die brieven alsjeblieft leesbaar voor de betrokkene, voor de cliënt. Die slag is er te maken. Dat zijn allemaal werkafspraken. Werk niet met ingewikkelde protocollen en brieven, maar met leesbaar materiaal, ook voor de betrokkene. Overtollige brieven die niet voortvloeien uit verplichtingen in de wet, moet je schrappen. Ik wil graag collega De Jonge citeren: "Niet te snappen? Dan schrappen." Dat geldt ook voor werkafspraken. Daar blijven wij ook scherp op. Wij zijn in charge als het gaat om de wetgeving, maar wij kijken ook zeer kritisch naar werkafspraken. Wij denken uiteraard positief kritisch mee met de sector om die zo uitvoerbaar mogelijk te laten zijn.

Het derde belangrijke spoor is de digitale uitvoering. Die is in het debat overigens nauwelijks genoemd. Heel veel informatie moet worden overgeklopt. De communicatie tussen het OM, de ggz en andere actoren gaat allemaal via papierwerk of via mails, die uiteraard beveiligd zijn, terwijl dat via een centraal koppelpunt moet kunnen. Dat wordt ook in gereedheid gebracht. Dat is 1 juli klaar, maar dan moet het nog ingeregeld worden. Ook dat zal leiden tot een lastenverlichting. Er zijn dus drie sporen die leiden tot lastenverlichting. De derde daarvan is de gestructureerde digitale gegevensuitwisseling.

Voorzitter. Mevrouw De Bruijn gaf de aftrap in het debat en stelde de fundamentele vraag of er niet meer aan de hand is in de ggz, wat verklaart dat de psychiaters nu in de pen zijn geklommen om te zeggen: dit is eigenlijk te veel werk en hiermee demotiveert men ons; dan moet je ook niet verbaasd zijn als mensen het vak de rug gaan toekeren. Er is heel veel aan de hand in de ggz.

Daar wil ik ook graag nader over van gedachten wisselen met u. Ik zou hier zo een referaat van een uur kunnen houden over wat er aan de hand is, maar dat staat u mij vast niet toe, voorzitter. Wij hebben gisteren een debat over de ggz gehad in de Tweede Kamer. Een ding waar we telkens tegenaan lopen, zijn wel de wachtlijsten. Dat is echt een pijnpunt waar iedereen die de sector een warm hart toedraagt, enorm tegenaan loopt.

Ik zeg bij zo'n debat wel altijd: laten we ook onze zegeningen tellen in Nederland. Elk jaar ontvangen meer dan een miljoen mensen geestelijke gezondheidszorg. Naast de mensen die vrijwillig mensen ondersteunen, wordt dat gegeven door een klein leger van richting de 100.000 professionele hulpverleners in Nederland. Dat is een enorme massa. Daar gaat enorm veel geld mee gepaard. Toch zien we wachtlijsten, en die zijn niet zo klein ook, al zijn sommige mensen heel goed in overdrijven. Wat wij nu scherp hebben, is dat er een paar diagnosegroepen zijn waarbij de wachtlijsten altijd heel lang zijn. Dan gaat het om mensen met persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve stoornissen, zoals autisme en PDD-NOS. Voor hen zijn de wachtlijsten steevast langer dan de treeknorm van veertien weken. Dan gaat het gemiddeld in Nederland richting de achttien, negentien weken. Dat is gewoon te lang, veel te lang. In sommige regio's is het nog langer. Wij zetten er heel veel effort op om dit over de hele linie te verminderen. Daar kan ik een uitweiding over geven en ik kan de informatie die ik naar de Tweede Kamer stuur -- volgens mij krijgt u die ook automatisch -- ook apart naar de Eerste Kamer sturen. Ik wil wel een paar korte opmerkingen maken over wat we daaraan doen. In elke regio waar wordt samengewerkt op zorgkantoorniveau - dat zijn 31 regio's -- wordt er nadrukkelijk samengewerkt tussen ggz-aanbieders, huisartsen,

politie en andere betrokkenen om met elkaar goede afspraken te maken over wie welk type zorg voor zijn rekening neemt en hoe we wachtlijsten voorkomen.

De regio's die heel goed draaien, kun je met je neus aanwijzen. Er zijn zelfs regio's die tot twee jaar geleden in de rode cijfers stonden qua wachtlijsten en die nu op alle wachtlijsten groen scoren. Er is gewoon een heel goede samenwerking. In andere regio's is de samenwerking minder goed. Daar gaan we naartoe vanuit de inspectie, die de zorgaanbieders onder de loep neemt, en vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit, die de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht houdt. Ik ga die regio's ook bezoeken. Ik heb indringende gesprekken met aanbieders die elkaar soms nog nooit hadden gezien. Ik heb gezegd: wissel elkaars telefoonnummers uit, maar ook elkaars klanten. Dan zie je ook verbeteringen ontstaan. Dat neemt niet weg dat er soms personeelstekorten zijn. Daar wordt ook aan gerefereerd. Ik zal straks ingaan op de vraag van mevrouw Pouw over de behoefte aan meer psychiaters. Maar als de regiotafels -- in jargon noemen we ze "regionale taskforces" -- goed werken, dan zie je dat de wachtlijsten goed worden opgepakt en ook echt teruggedrongen worden. Maar er zijn dus vier diagnosegroepen die altijd voor te hoge wachtlijsten zorgen. Met elkaar veroorzaken die in totaal een wachtlijst langer dan de norm van veertien weken die we met elkaar hebben afgesproken. Dan gaat het dus om 10.000 mensen die langer op de wachtlijst staan dan wij met elkaar hebben afgesproken. Daar is een stuurgroep mee bezig. Die levert eind juni een rapport op waarin ze aangeven hoe ze juist bij die vier diagnosegroepen denken een slag te kunnen maken. Ik heb gisteren met de Tweede Kamer afgesproken dat wij ook vanuit het kabinet direct reageren op aanbevelingen vanuit de stuurgroep om te kijken of we daarop een extra inzet kunnen plegen.

Los daarvan hebben we voor de hoogcomplexe zorg, waar psychiaters ook heel veel mee te maken hebben en waardoor zij vaak met de handen in het haar zitten omdat het heel dure patiënten zijn die soms -- oneerbiedig gezegd -- als een hete aardappel heen en weer worden geschoven, afspraken gemaakt met zorgaanbieders en de zorgverzekeraars met het volgende uitgangspunt. Als er sprake is van hoogcomplexe zorg -- dat wordt heel duidelijk gedefinieerd in werkafspraken -- dan wordt dat geagendeerd in regiotafels en dan is de afspraak dat de deur niet dicht gaat voordat zo'n persoon hulp heeft. Dat noemen wij doorzettingsmacht. Wij garanderen dus hulp voor zo'n persoon. Dat moet in de top van de piramide leiden tot het weghalen van de loden last die er is bij mensen die een hoogcomplexe zorgvraag hebben, tegen wie we tot voorkort zeiden "misschien dat u beter ergens anders heen kan, want wij zijn daar niet zo goed in", om vervolgens over te gaan op generalistische hulpverlening waarvoor we heel veel hulp hebben in Nederland en waarvoor de wachtlijsten veel beperkter zijn. Dat is een heel goede afspraak, waarbij de afspraak ook is dat er geen financiële restricties mogen gelden. Wij nemen een patiënt in behandeling. De aanbieder die daarvoor verantwoordelijk wordt gesteld, mag geen financiële belemmeringen ondervinden. Dat gebeurt door verevening tussen de aanbieders. Zij staan voor elkaar garant zodat zo'n patiënt betaald wordt. Dat vind ik heel mooie afspraken en die bieden ook comfort richting het zorgveld. Daardoor komt er ook meer tevredenheid in het werk.

Aan dat laatste wil ik nog wel een belangrijk aspect toevoegen. Los van de Wet verplichte ggz is er ook de regeldruk in de ggz. Verschillende woordvoerders, onder anderen mevrouw Prins, spraken over de verantwoordingsplicht. Zij zei: geef nou het vertrouwen aan die professional terug. Het vertrouwen in de professional, de hulpverlener, is ook altijd het adagium van GroenLinks. Dat kan bijvoorbeeld door minder eisen te stellen aan de verantwoording. Er zijn twee heel mooie proeven geweest bij Arkin, een grote aanbieder in Amsterdam, en zorgverzekeraar Menzis met een kleinere verantwoordingsplicht onder twee ambulante teams in de stad Amsterdam. Die proef heeft geleid tot een uur minder verantwoording per dag per hulpverlener, terwijl de wereld volgens mij niet is vergaan. Dat geeft veel meer voldoening voor hulpverleners. Zij zeggen: nu kan ik dat uur besteden aan hulp in plaats van aan papieren. Er zijn nu allerlei zorgaanbieders die aan de deur kloppen omdat ze dit ook willen. Zij willen dat ook overnemen. Wij willen de NZa daarover heel

snel een algemene beleidsregel laten opstellen. Dat leidt tot meer arbeidsvreugd bij de hulpverlener en er kunnen meer mensen geholpen worden op een dag. Ze gaan met meer plezier naar hun werk. Die twee teams bij Arkin zijn op dit moment de populairste teams: daar wil iedereen werken. Ik zeg het even gechargeerd, maar hoe moeilijk kan het zijn?

Er is dus veel aan de hand en we zijn met z'n allen volop bezig om het werkplezier te laten bestaan. Psychiaters zijn hoogopgeleid om hoogwaardige hulp te bieden aan mensen met zeer complexe zorgvragen. Dan moet je het ook niet moeilijker maken dan nodig is in de regelgeving. Daar gaat dit debat natuurlijk ook precies over.

Ik haak gelijk even aan op het punt van mevrouw Pouw dat er meer psychiaters nodig zijn, 130 volgens de NVvP, om deze wet uit te kunnen voeren. Daar hebben wij ook gesprekken met hen over gehad. Er zijn in Nederland richting de 4.000 psychiaters. Het is een relatief schaars beroep, al zijn er volgens mij minder Eerste Kamerleden. In het debat over de wet heeft de heer Schnabel gezegd dat er voldoende psychiaters zijn in Nederland, maar dat we het werk soms wat anders moeten verdelen. We moeten zorg soms ook durven afbouwen. We moeten soms ook andere diagnoses durven stellen of opnieuw een diagnose stellen. Dat heeft GGNet bijvoorbeeld gedaan. Dat leidt ertoe dat bij een scan van een kleine hooggekwalificeerde EPA-groep, dus mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, vier op de tien de medicatie volledig kon afbouwen en veel minder zware hulpverlening nodig had. Die psychiaters kunnen hun zorg op andere mensen richten. Het zit 'm dus ook in de herschikking van werk. Ik zou niet willen zeggen dat we dan maar 130 psychiaters extra moeten bestellen. Er zijn natuurlijk psychiaters in opleiding. Ik wil intensief het gesprek met de NVvP blijven voeren: hoeveel mensen hebben we waarvoor nodig? Natuurlijk is het bij ons alle hens aan dek om het werk op alle manieren zo aangenaam mogelijk te laten zijn en de lasten zo beperkt mogelijk te laten blijven.

Voorzitter. Volgens mij heb ik daarmee de vraag over de algemene benadering van mevrouw De Bruijn beantwoord en ook de vraag van verschillende woordvoerders, onder anderen mevrouw Prins, om de professional meer te vertrouwen. Volgens mij heb ik in de slipstream ook de vraag over het versimpelen van brieven en correspondentie meegenomen. Daar wordt nu dus hard aan gewerkt.

Voorzitter. Volgens mij heeft mevrouw Prins een paar hele wijze opmerkingen gemaakt over vereenvoudigingen die mogelijk zijn, ook in de regelgeving. Daar zijn we ook mee bezig in de reparatiewetgeving, bijvoorbeeld wat betreft de second opinion. Is die nou altijd nodig? Moet er altijd weer een extra psychiater aan te pas komen voor een second opinion? Nou, in een aantal gevallen wel. Daarvoor is de wetgeving ook behoorlijk strikt. Als het gaat om zwaardere hulpverlening, is er ook echt een second opinion nodig. Maar als iemand als gevolg van een psychose met een crisismaatregel wordt geconfronteerd, waartoe is besloten door de burgemeester, kun je zeggen dat er ook een psychiater aan te pas is gekomen. Maar moet er dan nog een psychiater aan te pas komen om te constateren dat de psychose is afgelopen en de crisismaatregel weer opgeheven kan worden? Moet er dan een psychiater meekijken om die psychose af te bouwen? Wij zeggen van niet. Dat nemen we mee in de reparatiewet. Zulk soort dingen kun je vrij simpel regelen en dat wordt dan ook in deze tranches van wetgeving waarmee we nu bezig zijn, meegenomen.

Voorzitter. Hetzelfde geldt misschien ook voor minder professionals aan het roer laten zijn als de betrokkene, cliënt of patiënt, daarmee instemt. Daar willen we kritisch naar kijken. Dat zou deel kunnen uitmaken van de reparatiewetgeving.

Dan de vraag van mevrouw Prins over de crisisdiensten. Volgens mij heeft mevrouw De Bruijn daar ook naar gevraagd. Dan gaat het niet alleen over de doelgroep van de Wet verplichte ggz, maar ook over de doelgroep van de wet van de heer De Jonge, de Wet zorg en dwang. Hoe zit dat? Volgens mij zijn de taken helder verdeeld. De crisisdiensten leveren op zich zorg voor mensen die op grond van deze wet voor behandeling in aanmerking komen, maar ze leveren natuurlijk veel

breder zorg. Crisisbedden zijn ook voor niet-verplichte en niet-gedwongen zorg. De crisisdiensten werken allemaal volgens een splinternieuwe module: de generieke module acute psychiatrie. Die is ingeschreven in het register van het Zorginstituut. Daarin staat duidelijk wie welke taken heeft. Wie doet de triage? Dat doet de ggz-crisisdienst. Wie doet de beoordeling als er sprake is van multiproblematiek en als niet heel evident is of nou de licht verstandelijke beperking dominant is, de dementie of toch het psychisch onderliggend lijden? Dan is ook de psychiater als eerste in charge. Het probleem spitst zich nu toe op de vraag wie verantwoordelijk is voor de beoordeling van iemand die onder het Wzd-regime zou vallen. Daar voeren we dus gesprekken over met de sector. Het uitgangspunt zou wel moeten zijn dat de VG- en VVT-sector als eerste verantwoordelijk zijn voor mensen die lijden aan bijvoorbeeld dementie of een verstandelijke beperking. Daar voeren we dus gesprekken over, ook wat betreft de beschikbare bedden. Als daar meer informatie over is, gaan we de Kamers daarover informeren.

Voorzitter. De heer Van Gurp heeft in het kader van wetgeving die we aan het voorbereiden zijn, gevraagd of het niet logisch is dat als iemand een verplichte maatregel vanuit de Wet verplichte ggz is opgelegd, de switch gemaakt kan worden naar de Wet zorg en dwang en vice versa. Ik verstond de vraag zo dat hij vroeg of dat nú al geregeld is. Dat is nu nog niet geregeld, maar we gaan daar een reparatie op doen, zodat het in beide richtingen mogelijk wordt. Een belangrijke kanttekening is wel dat als we van het Wzd-regime naar het Wvggz-regime gaan, er wel een psychiater moet meekijken. Dat is gewoon een wettelijke plicht. Maar de beweging die kant op wordt versimpeld. Dat wordt in de reparatiewet georganiseerd. Beide kanten op wordt het dus veel simpeler.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Gerkens over schadevergoedingen bij onterecht separeren. Klopt het dat die veel lager zijn dan onder het BOPZ-regime? Dat signaal herkennen we niet. Het is zo geregeld dat de klachtencommissie zelf een schadevergoeding kan toekennen. Dat is in de nieuwe wetten geregeld. Er is dus een lager drempelbedrag geregeld. Het is te vroeg om te zeggen of de klachtencommissie anders omgaat met die schadevergoeding dan de rechter deed onder het BOPZ-regime. Wij gaan natuurlijk kijken hoe dat vorm krijgt. De klachtencommissie is onafhankelijk. Zij bepaalt zelf naar redelijkheid de hoogte van de vergoeding. Ik denk dat de vraag hoe zo'n zaak loopt een belangrijk onderwerp is bij de evaluatie. Dat is een antwoord op de eerste vraag van mevrouw Gerkens aan mij.

Mevrouw Gerkens vroeg als tweede naar jeugd die onveilig opgroeit. Het is grappig dat de heer De Jonge deze vraag net naar mij doorschoof. Ik heb namelijk geprobeerd om jeugd ook onder mijn bewind te krijgen waar het om ggz ging, maar dat viel toch onder hem omdat het onder de Jeugdwet valt. Hij is primair verantwoordelijk voor jeugd en ook voor een gezonde start van jeugd. Vervolgens hebben wij allebei wel volop te maken met hoe jeugd gezond kan opgroeien en in het volwassen regime een goede plek kan krijgen. Ik denk dat mevrouw Gerkens ook doelt op situaties waarin iemand rond zijn 40ste kan ontdekken dat hij ten gevolge van een onveilige jeugd enorme psychische schade heeft opgelopen. Het laatste wat we willen, is dat dat zo laat wordt ontdekt. Sterker nog, wij willen niet eens dat het gaat ontstaan en dat onveilige situaties blijven bestaan. Maar daarop is toch echt collega De Jonge in charge. Hij is daar ook volop mee bezig. In het jeugddomein is de minister van VWS bezig met de inrichting van expertisecentra die specifiek naar deze situatie en naar deze materie kijken. De expertisecentra moeten zorgen voor tijdige en passende hulp op de juiste plek. Ze zijn er ook nadrukkelijk op gericht jongeren niet in een situatie te brengen dat zij in een gedwongen setting terecht komen. Je moet zo snel mogelijk de problematiek onderkennen, juist om te voorkomen dat ze in een gedwongen setting komen. In zijn algemeenheid ben ik het dus heel erg eens met mevrouw Gerkens. Preventief jeugdbeleid kan heel veel ellende voorkomen. Het gaat natuurlijk ook breder dan onveilige settings. Hoe eerder je een probleem van onveiligheid onderkent dat kan leiden tot psychische schade, hoe beter het is.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen van de heer Verkerk en dan kan ik afronden, denk ik. Eigenlijk ben ik op zijn eerste vraag al min of meer ingegaan. Hij vraagt waarom de afbouw van zorg zo ingewikkeld is met een second opinion. Ik heb in een ander antwoord al aangegeven dat er typen second opinions zijn die onomstreden noodzakelijk zijn bij zwaardere zorgtrajecten. Dat is rechtstreeks in de wet terechtgekomen naar aanleiding van het debat over Udo D. in de flessenmoord. Daarbij moet zo'n second opinion altijd overeind blijven. Volgens mij is dat ook onomstreden. Maar kijk naar het voorbeeld dat ik noemde, waarbij er sprake is van een crisismaatregel bij iemand met een psychose. Als dat weer wegzakt en zo'n persoon bij wijze van spreken op maandag weer naar het werk kan met stut- en steunwerk, dan moet je niet aan drie, vier, vijf psychiaters gaan vragen hoe ze dat beoordelen. Dat moet één psychiater zelf vanuit zijn professie kunnen beoordelen. Wij willen dat dan ook in de reparatiewetgeving versimpelen. Volgens mij heeft de heer Verkerk ook gevraagd of de rechtspositie van de betrokkene eigenlijk wel verbeterd wordt met de Wet verplichte ggz of dat we aan een dood paard trekken. Gaat het wel zoals we willen? Ik denk dat door de veelheid van maatregelen die zit in de wet- en regelgeving van de Wet verplichte ggz over het versterken van de positie van de betrokkene, wel blijkt dat die positie echt verbeterd is ten opzichte van ...
Gaan we sluiten, voorzitter? Het licht gaat even uit!

De **voorzitter**: Nee hoor.

Staatssecretaris **Blokhuis**: Ik ben toch met mijn laatste antwoord bezig, wat mij betreft. De betrokkene heeft tal van mogelijkheden om zijn positie sterk te houden. Ik noem nogmaals het eigen plan van aanpak om een zorgmachtiging af te wenden. Ik ben daar net op ingegaan. We willen de betrokkene in de regiestand zetten. Maar communiceer daarbij wel heel helder en ga geen ingewikkelde brief schrijven aan iemand die al tien jaar in een zwaar ggz-traject zit. De betrokkene wordt op alle momenten nauwkeurig in stelling gebracht. Dat geldt ook voor zijn omgeving, bijvoorbeeld de familie en de naasten. Zij worden beter betrokken bij het beginsel van wederkerigheid. Er is overleg met de betrokkene, de naasten, de huisarts en de gemeente. Ik denk dat dit overleg goede zorg op zich niet in de weg staat als we dit met elkaar soepel organiseren en niet te veel tijd laten verstrijken.

Voorzitter. Dat was mijn laatste antwoord, wat mij betreft.

De **voorzitter**: Dank u wel, meneer Blokhuis. Ik heb uw toelichting erg op prijs gesteld. Ik merk aan mijn collega-commissieleden dat er geen aanvullende vragen zijn over uw beantwoording. Is dat de juiste conclusie? Ik moet zeggen dat ik ook een beetje naar de tijd kijk. Dat is natuurlijk altijd de spanning die erin zit. Ik dank de minister, de staatssecretaris en hun ambtelijke staf. Excuus, mevrouw Gerkens wil nog iets vragen.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Ik zou nog heel veel willen vragen. Ik hoop dat ik ook namens mijn collega's spreek als ik zeg dat een van de redenen om hier vandaag over te spreken de signalen waren die ons hebben bereikt. We wilden die ook duidelijk maken aan de bewindspersonen. Ik hoop dat dat gelukt is. Zij hebben antwoorden gegeven, maar dit gesprek was niet zozeer een debat als wel een gelegenheid waarbij wij wilden overbrengen dat u geïnformeerd moest worden over deze zaken. We hopen van harte dat u deze signalen mee terug gaat nemen in uw beleid. Misschien dat ze aanleiding geven om bij de reparatiewet nog wat extra's te doen.

De **voorzitter**: Dat waren heel wijze woorden, mevrouw Gerkens. Dank u wel. Deze aanvulling was zeer waardevol. Het was inderdaad geen debat, maar een stuk praten en spreken met elkaar over de bevindingen die wij hebben. Nogmaals hartelijk aan de minister, de staatssecretaris en de

ambtelijke staf die hen ondersteunt. Dank voor uw komst naar ons in deze tijden. We zijn heel blij dat dit zo plaats kon vinden en dat u daar ook tijd voor kon vinden.

Sluiting 17.33 uur.