Spreektekst Ruard Ganzevoort bij de wetsvoorstellen Gedwongen Zorg

Voorzitter,

Ook van onze kant een hartelijk welkom aan de ministers en de staatssecretaris die vandaag met zulke belangrijke wetsvoorstellen hun debuut in deze kabinetsperiode maken in de Eerste Kamer. Mijn fractie spreekt graag de wens uit dat het ons over en weer zal lukken om het debat over de zorg op een hoger niveau te tillen en te laten gaan over dat wat er werkelijk toe doet: het waarborgen van optimale en toegankelijke zorg voor mensen die dat nodig hebben. Het is altijd bijzonder verleidelijk om te vervallen in technocratische en bureaucratische discussies of in gemakzuchtige populistische praat die geen recht doet aan de ingewikkelde werkelijkheid.

Uiteindelijk gaat het immers om de vraag hoe we omgaan met de complexe dilemma’s van de zorg die we willen geven aan mensen die dat nodig hebben en daar soms wel en soms niet om vragen. Het gaat over mensen als mijn moeder die aan het dementeren is en veel nog zelf kan beslissen maar niet alles. Het gaat over de mensen met soms zware verstandelijke en lichamelijke beperkingen waar mijn zus als arts verantwoordelijk voor is en die vaak zelf niet kunnen beslissen wat goed voor hen is. Het gaat over mensen met psychiatrische stoornissen of verslavingen die soms heel goed weten wat ze willen maar dat zelf niet kunnen realiseren of die iets willen dat voor henzelf of anderen problematisch is. Het gaat over mensen die ernstige strafbare feiten plegen of mogelijk opnieuw kunnen gaan plegen onder invloed van hun beperking of stoornis waar we voor henzelf maar vooral ook voor onschuldigen in hun omgeving de veiligheid moeten waarborgen zonder dat we in rigide draconische maatregelen terecht komen.

Het gaat in de zorg altijd over dilemma’s, maar dat is nog veel nadrukkelijker het geval als we spreken over gedwongen zorg. Dat is namelijk een intern tegenstrijdige term. Zorg is principieel het aangaan van een zorgrelatie waarin je fundamenteel gelijkwaardig bent, je de verantwoordelijkheid voor de nood van de ander op je neemt en dan dat doet wat die ander nodig heeft. Op het moment dat daar dwang aan te pas komt, schuurt dat met die gelijkwaardige zorgrelatie en wanneer de ander zich verzet of niet eens kan aangeven dat hij of zij iets niet wil, klemt het des te meer. Tegelijk is er niet aan te ontkomen; niet ingrijpen kan immers leiden tot veel groter leed. Dat is het dilemma van deze wetsvoorstellen. En de kern van onze beoordeling zal dan ook zijn of de dwang zich inderdaad beperkt tot het minimum en of de rechten van degene die gedwongen wordt zo goed mogelijk zijn beschermd. Daarnaast zullen we de vraag moeten stellen of we de manier waarop de dilemma’s worden afgewogen niet zo zwaar wordt georganiseerd dat de goede zorgverlening erdoor in de knel komt.

Mijn fractie is blij dat we de drie wetten in gezamenlijkheid behandelen. Dat heeft weliswaar wat vertraging opgeleverd, maar het betekent ook dat we goed naar de samenhang kunnen kijken. De werkelijkheid van de gedwongen zorg is namelijk complex. Dat begint al bij de vraag welke wet waar en wanneer geldt. Wat doen we met een cliënt met een verstandelijke beperking die ook psychiatrische problematiek ontwikkelt? Wat doen we met het gegeven dat gedetineerden bovengemiddeld vaak een lichte verstandelijke beperking en/of psychiatrische problemen hebben? Wat doen we als iemand met psychotische stoornissen een misdrijf pleegt? Juist deze overlap die in de praktijk strijk en zet is, maakt het moeilijk om een eenduidig wettelijk kader te ontwikkelen.

Daarom is de eerste vraag van mijn fractie aan de regering om ons hierin meer duidelijkheid te geven. Enerzijds is in de discussie vaak gezegd dat de voorliggende problematiek bepalend is voor het te hanteren wettelijk kader. Het zijn persoonsgebonden en niet locatiegebonden wetten. Dat lijkt logisch, maar het is de vraag of het werkbaar is. In de praktijk zien we dat bij de intramurale zorg niet de voorliggende problematiek, maar de institutionele setting bepalend is. Instellingen voor ouderenzorg of voor verstandelijk gehandicapten rekenen met de Wet Zorg en Dwang, ook wanneer cliënten een psychische stoornis ontwikkelen waarvoor gedwongen zorg nodig kan zijn. GGZ-instellingen zullen de Wet Verplichte GGZ inzetten, ook wanneer er een duidelijke psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is. En in de forensische setting zal men het forensische aspect altijd als het voorliggende zien. Oftewel, zo is onze vraag: betekent de opdeling in drie wetten niet feitelijk dat het institutionele kader waarin de zorg geboden wordt, bepalend is voor de reikwijdte en gelding van de drie wetten? Dat is problematisch want bij zowel jeugdigen als volwassenen lijkt het soms van het toeval afhankelijk in welke sector of welk deelgebied iemand terecht komt voor zorg. Bij de volwassen patiënt is de eerste indicatie van het ziektebeeld enorm van belang (en soms wordt dat sterk beïnvloed door de discipline van de intaker). Bij de jeugd-GGZ worden strenge criteria gehanteerd, waardoor veel jeugdigen met een psychische stoornis die het beste zouden kunnen worden behandeld in de jeugd-GGZ, in plaats daarvan in de jeugdzorgplusinstellingen en justitiële jeugdinrichtingen terecht komen. En in de forensische GGZ worden oplegging van een maatregel en plaatsing steeds meer van elkaar losgekoppeld en worden er in de forensische psychiatrische centra door het verminderde aantal terbeschikkinggestelden mensen behandeld op basis van andere rechtsgronden en dus met andere rechtsposities en financieringsvormen. Overplaatsing kan vaak niet snel genoeg plaatsvinden, zodat de voorliggende problematiek lang niet altijd spoort met de instelling waar iemand verblijft. Als dat allemaal zo is, moeten we daar helder en eerlijk over zijn en niet te hoogdravend spreken over persoonsgebonden versus locatiegebonden regelingen. En als het niet zo is, hoe zorgen we er dan voor dat de instellingen in staat en toegerust zijn om een meervoudig wettelijk kader toe te passen? We zien niet voor niets een pleidooi vanuit het veld om de wetten samen te voegen of maximaal te harmoniseren, maar op zijn minst moet dit principe helder zijn. Graag een toelichting van de regering.

Een tweede punt dat bij ons vragen oproept, is de inbedding van deze wetten in effectief beleid. Gedwongen zorg is soms onvermijdelijk, maar komt ook vaak in beeld waar zorgverleners onmachtig zijn andere oplossingen te vinden, bijvoorbeeld door capaciteitstekorten of onvermogen. Het terugdringen van gedwongen zorg moet dan ook doel van beleid en wetgeving zijn en dat betekent er alles aan gedaan moet worden om te zorgen voor voldoende en goed opgeleid personeel, dat warme menselijke aandacht kan geven aan deze kwetsbare mensen in een omgeving die zo is ingericht dat dwang kan worden geminimaliseerd. Dan zijn dwangmedicatie, isolatie en vastbinden minder nodig. Daarom vragen we de regering of ze ons nader inzicht kan geven in de relatie tussen kwaliteit en capaciteit enerzijds en de noodzaak van dwangmaatregelen anderzijds. Op welke wijze is deze relatie tot nu toe onderzocht en hoe wordt dat betrokken bij de evaluatie? Heeft de regering een streefniveau voor het minimaliseren van dwangmaatregelen en wat doet ze er met veldpartijen aan om dat te bereiken? Welke maatregelen worden genomen om de opnamecapaciteit, overplaatsingsmogelijkheden en behandelmogelijkheden bij elk van deze wettelijke regimes op orde zijn? Hoe worden met name in de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicaptenzorg, waar het vooral verzorgenden zijn die ook dwangmaatregelen uitvoeren, de kwaliteit, zorgvuldigheid en professionaliteit gewaarborgd?

Als er dan toch dwangmaatregelen nodig zijn voor het bieden van goede zorg, dan moeten de afwegingen zo zuiver mogelijk maar ook zo praktisch mogelijk gemaakt worden. Daar zit spanning tussen, want er is een enorm spectrum van maatregelen, lopend van bijvoorbeeld het op slot houden van een buitendeur tot gedwongen medicatie. Waar ligt de grens tussen gedwongen zorghandelingen en gewoon gezond verstand in de zorg voor mensen die niet geheel zelf kunnen inschatten wat goed voor hen is. Mijn fractie deelt het uitgangspunt dat elke inperking van de vrijheid van mensen om zorgvuldigheid vraagt en om klacht en beroepsmogelijkheden. Daarom is het uitgangspunt van een zorgplan met duidelijke kaders vooraf een goede keuze. Maar het kan niet de bedoeling zijn dat alles wordt dichtgetimmerd. Als een verzorgende in de psychogeriatrie een wild bewegende of schreeuwende bewoner van de huiskamer naar de eigen kamer brengt omdat anders alle bewoners in de stress schieten, zou ze toch niet eerst een stappenplan moeten doorlopen of een arts moeten bellen? Of soms wel? En buiten de instelling is dat nog ingewikkelder, bijvoorbeeld bij de zorg voor verslaafden en verwarde personen waar een vorm van bemoeizorg soms essentieel is en men ook naar bevind van zaken moet kunnen handelen. En daarom onze vraag aan de regering: hoe gaat u monitoren en evalueren dat de balans tussen rechtsbescherming en uitvoerbaarheid wordt bewaard? Hoe zorgt u ervoor dat de zorgverleners hun werk optimaal kunnen doen en dat de rechten van kwetsbare cliënten optimaal worden beschermd?

Binnen de Wet zorg en dwang bijvoorbeeld zijn het zorgplan en het stappenplan uitgebreid aangeduid, maar dankzij de verschillende wijzigingen is het nu zo dat wanneer de cliënt of diens vertegenwoordiger het niet eens is met de gedwongen zorg, extern advies moet worden gevraagd. Maar dat is – zo vraag ik de minister – toch per definitie het geval bij gedwongen zorg? Dat betekent dat er voor elk zorgplan met elementen van gedwongen zorg altijd extern advies moet worden gevraagd. Nu heeft de minister al gemeld dat dat wordt ingeperkt omdat het op deze wijze niet proportioneel is. Blijkens de brief van 18 december wordt de externe deskundige “uitsluitend betrokken … indien dat noodzakelijk is voor een goede zorgverlening”. Kan de minister dat nog wat preciezer formuleren? We weten dat hiervoor een wetswijziging volgt, maar we willen wel graag weten wat dat inhoudt omdat het direct consequenties heeft voor de aanvaardbaarheid van deze wet. En los van de reikwijdte: hoe wordt die externe advisering georganiseerd? Hoe voorkomt de regering dat hier een leger van bureautjes en medisch adviseurs induikt om tegen grof geld al die externe adviezen te verzorgen? Zijn daarover afspraken gemaakt met het veld zodat bijvoorbeeld instellingen over en weer die externe adviestaak vervullen?

Aansluitend hierbij nog een vraag over de verschillende verantwoordelijken In artikel 2.3 is een en ander geregeld om de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur te garanderen. Heeft de minister overwogen om conform aanbevelingen uit het ZonMW onderzoek de geneesheer-directeur te laten benoemen en controleren door de Raad van Toezicht? Wat heeft die overweging opgeleverd?

En als het gaat om de Wzd is de minister van plan om de functievervulling van de Wzd-arts uit te breiden naar de GZ-psycholoog of de academisch geschoolde orthopedagoog. Daarmee wordt het amendement Leijten door de minister weer teruggedraaid. Als reden wordt aangevoerd de beperkte capaciteit en het gebrek aan meerwaarde als er geen medische dimensies een rol spelen. Nu komt dit nog als afzonderlijk wetsvoorstel terug, maar de vraag is of deze dimensies zo simpel te onderscheiden zijn. Bij veel cliënten met een verstandelijke beperking is sprake van zichtbare en onzichtbare lichamelijke aandoeningen en risico’s, zodat het de vraag is of een gedragskundige hiervoor voldoende kennis in huis heeft. Hoe ziet de minister deze verwevenheid van dimensies en wat betekent dat voor de toewijzing van bevoegdheden?

En een laatste vraag over de verantwoordelijkheden: bij de Wzd en Wvggz krijgt de ambulante context terecht veel aandacht. Toch roept dat ook vragen op. Mantelzorgers vallen buiten de wet en mogen dus een dementerende ouderen of thuiswonend familielid met een psychische stoornis opsluiten terwijl een ambulante zorgmedewerker dat niet zomaar mag. Dan is het voor die zorgmedewerker dus aantrekkelijk om de vrijheidsbeperking door de mantelzorgers te laten uitvoeren. Hoe kunnen indirecte en directe vormen van dwang buiten een instellingscontext worden gecontroleerd, zo wil mijn fractie weten van de regering? Wat zijn adequate vormen van toezicht in dat verband? En wie is de zorgverantwoordelijke? Dat zou in veel situaties wellicht de huisarts zijn, of zien we dat verkeerd? En als het de huisarts is, is deze dan geëquipeerd om deze wetten toe te passen? Of moeten thuiszorgorganisaties die in het kader van Wzd-of Wvggz-zorg met dwangmaatregelen moeten werken daarvoor een Arts gaan inhuren?

Voorzitter, het mag duidelijk zijn dat we wel een positieve grondhouding hebben ten aanzien van deze wetsvoorstellen, maar ook haken en ogen zien die direct voortvloeien uit de fundamentele dilemma’s die nu eenmaal aan gedwongen zorg verbonden zijn. Op onze vragen rond afbakening en overlap, persoonsgebonden of locatiegebonden, capaciteit en professionaliteit, rechtsbescherming en uitvoerbaarheid, verantwoordelijkheden en toezicht, zien we graag de antwoorden tegemoet. Op de overige aspecten zal mijn collega Tineke Strik ingaan.