

Koffeman

Aangeboden wordt drukjacht op wilde zwijnen vanaf aanzichtskansels, in een gebied van Heinrich Graf zu Ortenburg, waar de zwijnenstand 40 keer zo hoog is als wat in Nederland de verantwoorde stand wordt geacht. In de voorwaarden wordt aangegeven dat er geen zeugen geschoten mogen worden. Wie een zeug schiet krijgt een boete van € 600, het waarom laat zich raden. De zeugen zijn de kraamkamers voor de nieuwe populatie en het nieuwe jachtplezier.

Een minister die niet op de hoogte is van het disfunctioneren van haar eigen VWA, een minister die niet op de hoogte is van volkomen scheefgeschoten geslachtsverhoudingen onder zwijnen op de Veluwe, een minister die ernstig dierenleed laat bestaan, die de vijf vrijheden van Brambell negeert voor dieren in de bio-industrie en die pijnlijke ingrepen tolereert vanwege marginale economische motieven, zo'n minister heeft veel uit te leggen, als zij begrippen als duurzaamheid en dierenwelzijn in de mond neemt.

Ik begon mijn betoeg met wat zich in dit huis afspeelde rond de afschaffing van de slavernij. De begroting van Uhlenbeck, de nieuwe minister van Koloniën kwam nog wel met een ruime meerderheid door de Tweede Kamer, maar in de Eerste Kamer liep het spaak. Zijn beleid vond vrijwel algemene afkeuring. Dat kon nog in 1864, toen de Eerste Kamer kennelijk geheel eigen afwegingen maakte, los van coalitiebelangen. De begroting van minister Verburg kreeg in de Tweede Kamer een ruime meerderheid waardoor de uitbuiting van dieren vrijwel ongehinderd door kon gaan, zoals de topambtenaren van LNV op 27 november 2006 aan minister Veerman voorspelden.

De steun in de Tweede Kamer voor de begroting van minister van Koloniën Uhlenbeck, weerhield de Eerste Kamer er in 1864 niet van de begroting af te keuren en de minister naar huis te sturen. Minister Verburg is dan wel geen minister van Koloniën, maar de overeenkomst is wel dat haar beleid staat voor grote onvrijheid van levende wezens en zeer inefficiënte productie van eiwitten. Varkensvoer bestaat volgens de minister voor 70% uit granen. Meer dan 50% van alle graan in de wereld wordt verwerkt tot veevoer terwijl mensen honger lijden. Die mensen hadden dat plantaardige product heel goed kunnen gebruiken om hun honger te bestrijden. Wij gebruiken enorme landoppervlakten in ontwikkelingslanden voor onze veehouderij. Echt, de minister van Koloniën en de minister van LNV, ze hebben meer gemeen dan vaak gedacht wordt.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 17.45 uur tot 18.00 uur geschorst.

Voorzitter: De Vries

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling) (30492).**

De beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Klink**: Mijnheer de voorzitter. Dit wetsvoorstel is op 15 februari 2007 door de Tweede Kamer aangenomen. Het omvat twee afzonderlijke wijzigingen van de wet, namelijk een wijziging van de voorwaardelijke machtiging en een verruiming van de mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling. Met beide veranderingen wordt een betere aansluiting van deze wet op de praktijk beoogd. Het veld heeft dan ook dringend behoefte aan beide wijzigingen, men zit erop te wachten.

Verschillende woordvoerders hebben gevraagd naar het tempo dat wij maken met de kabinetsreactie op het rapport van de derde evaluatiecommissie en het tempo dat wij zullen maken met de indiening van het wetsvoorstel dat daarop geënt zal zijn en dat wij hopelijk nog in deze kabinetsperiode zullen kunnen indienen. Wij hebben in de memorie van antwoord vooruitlopend op het kabinetsstandpunt al aangegeven dat wij de motivering van de evaluatiecommissie voor het maken van een geheel nieuwe wet delen. Ook hebben wij aangegeven, ernaar te streven om nog in deze kabinetsperiode ter vervanging van de Wet BOPZ een nieuwe regeling tot stand te brengen.

In de maanden na de aanbieding van het rapport is het conform de aanbeveling van de evaluatiecommissie zelf bij zo veel mogelijk partijen in het veld onder de aandacht gebracht en is er aan deze partijen gevraagd, er schriftelijk op te reageren, in het bijzonder op de aanbevelingen van de evaluatiecommissie voor een nieuwe regeling. En zoals wij verleden jaar in december in een brief aan de Kamer hebben gemeld, hebben wij een groot aantal uitvoeringsorganisaties en andere instanties die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wet BOPZ, daarna ook nog mondeling geconsulteerd tijdens een conferentie voor genodigden. Ik vermeld dit maar even om aan te geven dat wij in het afgelopen jaar niet stil hebben gezeten, maar op voorstel van de evaluatiecommissie zelf velen hebben uitgenodigd om hun licht op de voorstellen te laten schijnen. Wij waren verheugd over de veelal uitgebreide en diverse commentaren. Mede hierdoor was er meer tijd nodig voor het schetsen van de hoofdlijnen voor een nieuwe regeling en wij hebben er ook nog eens diep over moeten nadenken hoe wij dit allemaal zouden kunnen gieten in een ambitieus, maar ook zorgvuldig tijdschema. Het is ambitieus in die zin dat wij nog in deze kabinetsperiode een nieuwe wet tot stand willen brengen, en zorgvuldigheid is vereist omdat wij het wetsvoorstel in overleg met alle betrokken partijen willen schrijven. Mevrouw Meurs had dit ook aanbevolen, naar analogie van de totstandkoming van de Vreemdelingenwet. Ik was daar in die periode zijdelings bij betrokken; het was inderdaad een vrij goede werkwijze.

Binnenkort, in maart, zal het kabinetsstandpunt aan beide Kamers worden aangeboden, maar wij willen nu graag doorgaan met het wetsvoorstel dat wij nu bespreken, ondanks dat de wet in deze kabinetsperiode totaal herzien zal worden, omdat naar onze mening de slechte aansluiting van de huidige wet op de ontwikkelingen in de psychiatrie zozeer knelt dat de voorgestelde verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling niet zolang kan wachten. Ook met uitbreiding van de mogelijkheden tot voorwaardelijke machtiging is haast geboden om het beoogde effect te kunnen bereiken, ook

Klink

bij degenen die minder gemakkelijk kunnen bepalen wat zij willen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U zegt dat de kabinetsreactie binnenkort komt, maar in de memorie van antwoord staat dat die de Kamer in november 2007 zou bereiken, terwijl wat verderop staat dat het begin dit jaar zal worden. Nu spreekt u van binnenkort; ik zou het prettig vinden om een wat preciezer tijdstip te horen, want het is een breed gedeeld gevoel in deze Kamer dat wij een beetje druk op de ketel moeten zetten. Ik respecteer het overigens zeer dat u in overleg met de partijen in het veld tot een goed afgewogen oordeel wilt komen over hoe het verder zal moeten gaan.

Minister **Klink**: Weest u ervan overtuigd dat de minister van Justitie en ik er eigenlijk vooral met elkaar over praten dat er echt tempo gemaakt moet worden, want ook wij zien met lede ogen aan dat het zo lang duurt. Ik noemde overigens zojuist wel de maand maart, wat toch minder speling geeft dan "in het voorjaar" of "voor de zomer". De stok die de Kamer achter de deur houdt, is ons in ieder geval niet onwelkom.

Met een voorwaardelijke machtiging wordt iemand niet opgenomen, ook al vormt hij in potentie vanwege een geestesstoornis een gevaar. Houdt hij zich niet aan de voorwaarden van de machtiging waarmee dat gevaar moet worden ondervangen, of vormt hij ondanks die voorwaarden nog een gevaar, dan kan hij alsnog gedwongen worden opgenomen. Is er eenmaal een voorwaardelijke machtiging verleend, dan kan de geneesheer-directeur daartoe beslissen; de rechter hoeft er dan niet aan te pas te komen.

Volgens de huidige wet kan een voorwaardelijke machtiging alleen worden afgegeven als het behandelplan, dat een onderdeel is van de voorwaarden, met instemming van de patiënt is opgesteld, en als de patiënt zich bereid heeft verklaard, deze voorwaarden na te leven. Er is al gememoreerd dat de Hoge Raad in 2005 bij een beschikking heeft bepaald dat er geen voorwaardelijke machtiging kan worden afgegeven voor iemand die zich tegen die voorwaarden verzet, zelfs als redelijkerwijze kan worden aangenomen dat de betrokkene ze in de praktijk wel zal naleven. Dit werd daarvoor wel gedaan via een "paraplu-machtiging", maar sinds deze uitspraak is dit niet meer mogelijk.

In de praktijk is er wel een grote behoefte aan; er zijn ook patiënten die vanwege een gebrek aan inzicht in hun ziekte nooit met de gestelde voorwaarden zullen instemmen – "ik ben niet ziek" – maar zich er wel aan zullen houden. Momenteel is gedwongen opname dan de enige mogelijkheid. Daarom wordt er voorgesteld om in plaats van de formulering "met instemming van" te volstaan met de bepaling dat het voldoende is als het behandelplan na overleg met de patiënt is opgesteld en dat de rechter van oordeel is dat redelijkerwijze te verwachten is dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. Er is overigens ook de waarborg dat de voorwaarden in overleg met de patiënt tot stand zijn gekomen; de rechter zal daar natuurlijk op letten en de advocaat zal er ook op toezien. Anders komt er simpelweg geen machtiging tot stand. Uiteraard verdient het de voorkeur dat de betrokkene ermee instemt, dus daar moet naar worden gestreefd. Maar het belangrijkste is uiteindelijk niet of de patiënt zegt dat hij eraan zal voldoen, maar of de verwachting gerechtvaardigd is dat

hij zich in de praktijk daadwerkelijk aan de voorwaarden zal houden.

Een gedwongen opgenomen patiënt kan alleen worden behandeld voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar binnen de inrichting af te wenden. Dit heeft tot gevolg dat patiënten in situaties waarin dat gevaar is geweken, maar het gevaar dat aanleiding was tot gedwongen opname, nog niet is afgewend, niet kunnen worden behandeld, maar evenmin kunnen worden ontslagen. Dit is dus eigenlijk een patstelling, vergelijkbaar met wat de heer Thissen aangaf: je ziet deze mensen soms verkommeren, je ziet dat zij zichzelf leed berokkenen doordat zij niet behandeld kunnen worden. Ook als hulpverlener zou je dan ter wille van de betrokkene toch het liefste ingrijpen, maar hij levert geen gevaar op binnen de instelling, zodat behandeling niet mogelijk is. Met dit wetsvoorstel wordt het mogelijk gemaakt dat een psychiater ook de stoornis kan behandelen, of het daaruit voortvloeiende gedrag dat gevaar oplevert, voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. De verwachting is dat op deze manier langdurige gedwongen opnames kunnen worden voorkomen.

De minister van Justitie en ik zijn van mening dat het wetsvoorstel ook nodig is om beter gebruik te kunnen maken van de mogelijkheden die de psychiatrie tegenwoordig biedt. Mevrouw Dupuis wees terecht op de ontwikkelingen van de medicatie sinds de jaren tachtig. Ook ik heb overigens in die jaren de vakken psychologie en sociale psychologie gevolgd, die met hetzelfde odium kampten dat zij zo beeldend naar voren bracht. Medicatie is veel meer gangbaar geworden, in de wetenschap dat met licht ingrijpen soms grote resultaten bereikt kunnen worden. Toen deze wetgeving tot stand kwam, was dit inzicht nog veel minder doorgebroken. Tot er in lijn met de door de evaluatiecommissie geschetste uitgangspunten een nieuwe wettelijke regeling is opgesteld, kunnen wij er met behulp van deze wetswijziging voor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben en dat zij niet onnodig of onnodig lang gedwongen worden opgenomen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Het verwondert me dat u zich zo vierkant achter de kwalificaties van mevrouw Dupuis opstelt. Met termen als "anarcho-psychiatrie" wekte zij de suggestie dat er maar wat zou zijn aange-modderd in de psychiatrie en dat dit tot ongelooflijk veel ellende zou hebben geleid, wat een weerslag heeft gevonden in de Wet BOPZ. Ik behoor tot de stroming die uitgaat van humanisering van de zorg, van de psychiatrie, en die mensen zo veel mogelijk wil laten deelnemen in de samenleving. U bent het eens met mevrouw Dupuis; betekent dit dat u het niet eens bent met mijn kwalificatie?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter, het wás een zootje!

Minister **Klink**: Ik moet zeggen dat het wel een boeiend zootje was. Ik herinner me dat er in die periode buitengewoon veel stromingen waren, van gestalttherapie tot en met humanistische psychologie, en dan waren er ook nog de meer freudiaans georiënteerden, met een aantal variaties. Het was ontzettend boeiend, maar ik ben wel blij dat sindsdien de hulp op basis van bewezen resultaten tot ontwikkeling is gekomen. Dit heeft tot een

Klink

behoorlijke stroomlijning van de behandeling geleid. Dit neemt niet weg dat ik het met de heer Thissen eens ben dat de hulpverlening humaan moet zijn, een kwalificatie die ik overigens wel aan de huidige geestelijke gezondheidszorg zou willen verbinden. En ik ben het ermee eens dat dwangbehandeling soms vermeden kan worden door juist in een vroeg stadium op een humane manier met mensen om te gaan, met activiteitenbegeleiding, met het brengen van structuur in de dagbesteding, met zorgvuldige bejegening. Dit zijn randvoorwaarden waarmee voorkomen kan worden dat mensen psychotische problemen krijgen waarbij dwangmedicatie en dwangbehandeling noodzakelijk is.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat is dan toch een beweging die uit het "zootje" van mevrouw Dupuis ontstaan is. De humanisering van de zorg heeft ook geleid tot deconcentratie van instellingen, tot multifunctionele eenheden, tot regionale instellingen voor beschermde woonvormen en andere projecten in de samenleving. Schaart mevrouw Dupuis die onder de kwalificatie die zij zojuist bezigde?

De **voorzitter**: Ik moet u nu toch vragen om u tot de minister te richten. Straks, in tweede termijn, kunt u zich tot uw collega's richten.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Volgens mij staat dit niet zo in het Reglement van Orde; dat zal ik er dan maar eens op nalezen, al is dat niet mijn hobby.

De **voorzitter**: Vandaag geldt mijn uitleg daarvan.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Daar leg ik mij uiteraard bij neer, voorzitter.

Minister **Klink**: Voorzitter, mevrouw Dupuis is in staat om allerlei dingen vrijwel digitaal en toch bloemrijk te formuleren, wat een hele kunst is. Een van haar kwalificaties raakte ook een opmerking in de memorie van antwoord over dwangopname en dwangbehandeling. Zij vindt het in het licht van de aanbevelingen van de evaluatiecommissie onbegrijpelijk dat wij in de memorie van antwoord schrijven dat wij de koppeling van opname en behandeling willen verbreken. Ik zal aangeven in welke zin wij deze twee willen ontvlechten, maar ik wijs er alvast op dat wij vinden dat uit een opname eigenlijk sneller behandeling zou moeten voortvloeien. Ik preciseer dit nu alvast maar even, want anders zou het kunnen lijken alsof ik in het begin van mijn betoog in feite alleen maar adstrueer wat mevrouw Dupuis bekritiseert.

Zij plaatst de BOPZ in zijn historische context en wij delen haar analyse grotendeels, zoals zojuist al bleek. Juist daarom willen wij niet verder aanmodderen met de huidige wet, maar een nieuwe wet maken en de huidige wet alvast aanpassen. In de memorie van antwoord hebben wij al enige hoofdlijnen voor die nieuwe regeling geschetst. Mevrouw Dupuis spreekt hierover een oordeel uit dat naar onze indruk althans voor een deel op een misverstand berust. Overigens hebben wij dit misverstand waarschijnlijk wel zelf veroorzaakt door de terminologie die wij gebruiken hebben, al was het maar doordat wij de keerzijde ervan niet hebben aangegeven. In die zin wil ik dus ook wel het boetekleed aantrekken. Het misverstand is dat mevrouw Dupuis uitgaat van de

huidige koppeling, terwijl wij in de memorie van antwoord doelen op de bestaande koppeling die inhoudt dat iemand alleen gedwongen mag worden behandeld als hij gedwongen is opgenomen. Met andere woorden: geen dwangbehandeling zonder dwangopname. Van deze koppeling met de locatie willen wij af, wij willen toe naar een systeem waarin gedwongen ingrijpen mogelijk is, ongeacht de plaats en de positie van de patiënt, opdat die met goede zorg en behandeling buiten een psychiatrisch ziekenhuis geholpen kan worden.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wij praten nu over de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, het gaat om zulke opnemingen. Dat daarbuiten ooit allerlei vormen van dwangmogelijkheden zullen zijn, is een andere zaak. Wij praten nu in de specifieke context van deze wet, en dan is het toch heel vreemd om te spreken van het loslaten van de koppeling van opname en behandeling. Ik denk dat het eenieder wel duidelijk is dat een gedwongen opname een gigantische inbreuk op de privacy en op de persoonlijke integriteit is. In dat licht is iemand een pilletje tussen de lippen stoppen toch een kleinere ingreep. Waarom is het zo ontzettend onhandig geformuleerd?

Minister **Klink**: Ik heb geleerd dat de wetsgeschiedenis mede bepaald wordt door de discussie in deze Kamer; daar maak ik dan ook maar gebruik van. Ik ben het met u eens dat je kunt veronderstellen dat gedwongen opname op zichzelf een grotere inbreuk is dan dwangbehandeling. En dan gaat het erom waarom het meerdere wel zou mogen, terwijl het mindere niet mag. Ik ben het volstrekt met u eens dat dit een wat buitenissige situatie is. Dit heeft natuurlijk te maken met de gronden voor dwangbehandeling. Ik heb willen aangeven dat wij mede op basis van het advies van de derde evaluatiecommissie in elk geval de ont koppeling van locatie en dwangbehandeling in de komende wetgeving willen opnemen. Op dit moment vindt er dwangopname plaats op grond van het externe gevaar dat iemand kan betekenen, terwijl dwangbehandeling gebaseerd is op intern gevaar, gevaar binnen de instelling. Dan ontstaat de vreemde situatie dat die mensen vervolgens niet behandeld kunnen worden. Ik wil dan ook een koppeling van de grond voor dwangopname en de grond voor dwangbehandeling, en niet eens zozeer vanwege het feit van de opname, want dat zou betekenen dat iemand die opgenomen is, altijd doorbehandeld zou moeten worden. Dat zou overkill zijn en daarmee zou zo iemand ook tekort worden gedaan. Ik wil wel dat de grond voor de opname, namelijk het gevaar dat iemand buiten de muren van de instellingen vormt, ook een grond wordt voor dwangbehandeling binnen de muren. Dan is er in ieder geval een koppeling met de gronden die aan de dwangopname ten grondslag liggen. Deze koppeling wordt in dit wetsvoorstel aangebracht. Dus als mevrouw Dupuis het eigenlijk wat zot vindt dat wij er zo lang over gedaan hebben om deze koppeling aan te brengen, omdat er sprake was van een patstelling, ben ik dat volstrekt met haar eens.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Het verontrust mij enigszins als u zegt dat er feitelijk geen verschil is tussen dwangopname en dwangbehandeling, daartoe uitgedaagd door de interruptie van mevrouw Dupuis. Als ik een gevaar voor mijzelf en voor mijn omgeving ben, kan

Klink

dwangopname een heel goede manier zijn om voorlopig een situatie te scheppen die veilig is voor de samenleving en voor mijzelf. Dat is geen schending van mijn lichamelijke integriteit en ik kan zelf aangeven of ik behandeld wil worden. Dat is een fundamenteel verschil. Als u dat verschil niet ziet, wordt het toch een heel ander debat.

Minister **Klink**: Wij willen nu in de wet opnemen dat aannemelijk moet zijn dat het gevaar dat iemand betekent, niet zonder behandeling binnen een redelijke termijn weg te nemen is. Dit betekent dat wij de mogelijkheid scheppen om op deze basis over te gaan tot dwangbehandeling, wat in de regel op dwangmedicatie zal neerkomen, om te voorkomen wat u ook al noemde: afzondering, voorkoming. Ik vind "the right to rot" te harde woorden, zoals u zult begrijpen. Dat willen wij nu juist in een instelling vermijden. Het is net zoals mevrouw Dupuis zegt, namelijk dat het wel een beetje vreemd is dat je met een gedwongen opname een inbreuk mag maken op iemands vrijheid, terwijl er vervolgens alleen dwangmedicatie mogelijk is als de betrokkene intern gevaar oplevert. Wij willen de gronden uniformeren, maar overigens wel met een aantal belangrijke clausules. Je kunt naar de klachtencommissie en vervolgens naar de rechter, en er is een vertrouwenspersoon voor patiënten. Als er een inbreuk op de vrijheid van volstrekt wilsbekwamen wordt gemaakt, gaat er natuurlijk ook een andere afweging een rol spelen. Maar desalniettemin, de gronden voor gedwongen opname en voor gedwongen behandeling trekken wij gelijk.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Betekent dit dat u inderdaad uitgaat van de noden van de persoon in kwestie, zodat er eigenlijk geen sprake is van koppelen of ontkoppelen? Misschien moeten wij de discussie daarover dan maar achter ons laten, want uiteindelijk gaat het toch om de vraag wat in een bepaalde situatie de meest geschikte aanpak is.

Minister **Klink**: Langs die lijnen wordt de nieuwe wetgeving ingericht. Het belang van de betrokken persoon komt daarin voorop te staan. Maar wat is dan nog je grond voor interventie? Het gevaarcriterium zal daarbij belangrijk blijven, op grond van het feit dat je objectiveerbare aanknopingspunten moet hebben voor je afweging, en om te voorkomen dat wordt teruggevallen op het bestwilcriterium.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): De minister gaat een eind met mij mee, maar ik blijf verontwaardigd over die zinsnede. Hij zegt dat ontkoppeld moet worden, maar er was nooit een koppeling. Bovendien is het woord "koppeling" lastig, want het gaat om een logische consequentie: een gevaar, een ernstige psychose, en betrokkene kan door een pil in een betere situatie worden gebracht. Nogmaals, het woord "koppeling" is niet juist in deze context.

Minister **Klink**: Er ontstaat een koppeling tussen twee zaken. Om te beginnen is dat de grond waarop je kunt worden opgenomen, namelijk het gevaar dat je buiten de muren een gevaar vertegenwoordigt. Hetzelfde gevaarcriterium geldt volgens dit voorstel ook voor de intramurale dwangbehandeling. Vervolgens is het de vraag hoe wij de toekomstige wetgeving gaan inrichten.

Dan is het in het belang van betrokkene of je tot dwangbehandeling overgaat en zo ja, in welke gradatie. In het nieuwe systeem vervalt de locatiegebondenheid van die afweging in feite. Aan het adres van de heer Thissen teken ik direct aan dat het inderdaad wel een ultimatum remedium moet blijven. Het is ontzettend belangrijk te weten dat bijvoorbeeld arbeidsmarktschaarste nooit een externe druk mag zijn, waarbij de te behandelen patiënt een soort sluitpost is. Die waarborgen zijn er al, maar ik wil ze wel preciseren.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Om voor dwangmedicatie in aanmerking te komen, hoef je niet ook onder dwang te zijn opgenomen. Ik meen mij zelfs te herinneren dat in de discussie over de zelfbindingsverklaring is gezegd dat daarmee een mogelijkheid is gecreëerd om buiten de instelling min of meer onder dwang/drang medicatie toegediend te krijgen. Dat lijkt mij ook een soort ontkoppeling.

Minister **Klink**: Je ziet die tendens bij de zelfbinding en bij de voorwaardelijke machtiging die wij nu kennen. Daarbij gaan wij toe naar meer zorgmodaliteiten, waarbij de locatiegebondenheid vervalt. Op die basis zullen wij de nieuwe wet inrichten, mede naar aanleiding van de adviezen van de derde evaluatiecommissie.

De heer Thissen en mevrouw Meurs noemden een belangrijk punt: wij moeten wel de nodige waarborgen creëren om een soort chemische dwangbuis te voorkomen. Ik wil daarbij onderscheid maken tussen aan de persoon gelieerde waarborgen en de meer institutionele waarborgen. Als voorbeelden van de eerste soort waarborgen noem ik de patiëntenvertrouwenspersoon, de klachtencommissie en de rechter. Dit zijn heel belangrijke waarborgen, die zeker terug zullen komen in de nieuwe wetgeving. Meer institutioneel is het van belang om de al bestaande prestatie-indicatoren verder te ontwikkelen en te bezien of dit soort verschuivingen daarin kan worden meegenomen, zodat wij ook langs die lijnen inzicht krijgen in een en ander. Verder let de Inspectie hierop. Eventuele ongewenste verschuivingen ontsnappen daarom niet aan onze aandacht. Verder noem ik de richtlijnen die gaandeweg worden ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), waarin waarborgen liggen besloten dat niet te snel wordt overgegaan tot dwangbehandeling.

Mevrouw Dupuis en de heer Thissen vroegen onze visie op het grote aantal separeercellen in Nederland. Wij hebben inderdaad een groot aantal separeercellen in Nederland, wat samenhangt met het grote aantal psychiatrische ziekenbedden dat in Nederland aanwezig is. In tegenstelling tot veel andere landen heeft Nederland relatief weinig ziekenhuisbedden afgebouwd ten tijde van de door mevrouw Dupuis gewraakte antipsychiatrie en daarna. Dat heeft erin geresulteerd dat er relatief veel ziekenhuiscapaciteit aanwezig is in Nederland, en dus ook relatief veel ruimte om te separeren. Ook in onze regelgeving om in aanmerking te komen voor een toelating als psychiatrisch ziekenhuis stond tot voor kort dat het verplicht was om een separeerruimte te hebben. Inmiddels is die regelgeving gewijzigd: een ziekenhuis hoeft niet meer zelf over een separeer te beschikken, mits er afspraken zijn met een ander ziekenhuis over hoe om te gaan met crisissituaties. Dit relatief grote aantal separeercellen heeft eraan bijgedragen dat er relatief veel wordt gesepareerd. Verder durf ik

Klink

de stelling wel aan dat in het verleden separatie als minder ingrijpend werd gezien dan dwangmedicatie. Aantasting van de persoonlijke vrijheid versus aantasting van de lichamelijke integriteit, was het decor waartegen te snel werd gesepareerd. In dat opzicht zie je het tij keren, maar dat heeft te maken met de ontwikkeling in de sfeer van de geneesmiddelen en de mogelijkheden van medicatie. Die zijn veel meer op maat toe te snijden dan in het verleden. Wij faciliteren dit met de huidige wetgeving, die ook milde vormen van dwangbehandeling mogelijk maakt, ook voor diegenen die in het verleden in een patstelling zaten. Zij kwamen te snel in aanmerking voor separatie.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Als het om een humane behandeling gaat, mag ik de mensen die nooit in een PZ zijn geweest erop wijzen dat de aanwezigheid van iemand in een separatiecel een dermate inhumane aanblik oplevert, dat een dwangmedicatie daarbij als een uiterste humaan middel moet worden gezien.

Minister **Klink**: De mogelijkheden voor dwangbehandeling die wij nu creëren voorkomen dat mensen zo snel achteruitgaan dat er niet anders resteert dan de isoleercel. Voor deze mensen kijnt de sociale infrastructuur waarop men extramuraal terug kan vallen, langzamerhand ook weg. Hier vindt een vorm van hospitalisering in optima forma plaats, die wij niet zouden moeten willen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben het eens met mevrouw Dupuis dat er situaties kunnen zijn waarin een heel kortdurend verblijf beter aanslaat dan wekenlang pillen slikken. Het komt mij voor dat de minister al te hoge verwachtingen heeft van medicatie, terwijl vooral medicatie in de psychiatrie heel akelige bijwerkingen kan hebben, wat weer een reden kan zijn voor verzet bij patiënten. In dat kader vroeg ik mij af of de minister nog ingaat op de instelling van de drieschaar, genoemd door het veld.

Minister **Klink**: Daar kom ik nog op terug.

In aansluiting op het grote aantal separaties vragen mevrouw Meurs en de heer Holdijk mij, hoe ik aankijk tegen de stijging van het aantal dwangopnames, rechterlijke machtigingen en dwangtoepassingen in de afgelopen jaren, en de daarbij geconstateerde verschillen in regio's en instellingen. Mevrouw Meurs vroeg naar meer inzicht in de achtergronden van die verschillen, en of de wijzigingen die vandaag worden voorgesteld positief zullen uitwerken op die cijfers. Natuurlijk is het altijd goed om meer zicht te hebben op ontwikkelingen in de praktijk. Wel zijn er nu al enorm veel gegevens. De duiding daarvan is overigens weer een ander punt. De door mevrouw Meurs genoemde cijfers zijn ook ontleend aan deze registraties. Ter verklaring van de groeiende aantallen dwangmaatregelen verwijst de heer Holdijk naar de bevindingen van Niels Mulder. Zonder dat wij dat zelf onderzocht hebben, hebben wij wel de indruk dat psychiaters in toenemende mate gebruik maken van de mogelijkheden die de wet biedt, mogelijk als gevolg van de extra gecreëerde mogelijkheden in de Wet BOPZ, de toenemende bekendheid daarmee en de toenemende bereidheid van hulpverleners om gebruik te maken van de modaliteiten die ik net noemde.

De geconstateerde regionale verschillen zouden te maken kunnen hebben met verschillen in patiëntenpopulaties, de aanwezige voorzieningen en het aantal separatiecellen in de psychiatrische ziekenhuizen. Niet in elke regio is namelijk hetzelfde aanbod voorhanden. Maar ook zal ongetwijfeld hebben meegespeeld dat er verschillen zijn tussen hulpverleners en de bedrijfsculturen van de verschillende instellingen. Ik verwacht dat de wetwijziging die wij vandaag bespreken, zal bijdragen aan meer mogelijkheden voor hulpverleners om in een vroegtijdig stadium in te grijpen. Het aantal gedwongen interventies zal daarmee wellicht niet dalen, maar de ernst en de duur ervan zullen naar verwachting afnemen na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Dat neemt overigens niet weg dat ik ook van mening ben dat wij daar meer greep op moeten krijgen, te meer daar hier het volgende bij meespeelt. Gaat het bij gemeenten als men mensen kent die overlast veroorzaken om hulp aan betrokkenen, of is het in feite het vermijden van maatschappelijk ongerief? Die vraag vind ik van groot belang. Om die reden vind ik het bepleite onderzoek heel zinnig. Het hebben van cijfers is één, maar duiding daarvan is een tweede. Ik zal mij langs de geëigende kanalen ervoor inzetten om dat onderzoek in gang te zetten.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Is dat nadere onderzoek naar geschillen een taak van de Inspectie?

Minister **Klink**: Daar ben ik nog niet uit. Mijn aarzelingen bij de Inspectie zitten hierin dat de Inspectie de komende jaren buitengewoon veel taken krijgt. Wellicht moeten wij naar een andere instantie kijken.

Ik kom nog even terug op de vraag of er geen groot risico bestaat dat met deze wetwijziging te snel naar het middel van dwang wordt gegrepen, wat ten koste gaat van arbeidsintensieve, maar wel succesvolle werkwijzen, zoals het geven van aandacht, een correcte bejegening, een goede dagstructuur, activiteitenprogramma's en dergelijke. Mevrouw Meurs noemde zelf al de dwang- en drangtrajecten, die nu onder leiding van GGZ-Nederland in het veld plaatsvinden, waarmee wordt beoogd het aantal separaties en andere dwangtoepassingen terug te dringen. Zoals gezegd beogen wij met dit wetsvoorstel dat hulpverleners in een zo vroeg mogelijk stadium kunnen gaan ingrijpen. Dat is echter iets anders dan direct naar het zwaarste middel grijpen; met dit wetsvoorstel maken wij het juist mogelijk om met minder zware medicatie in een vroegtijdig stadium te gaan ingrijpen. Toch vind ik het wel essentieel dat goed gemonitord wordt, hoe de praktijk gaat verlopen. Meer concreet heb ik het dan over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, het toezicht van de IGZ en de patiëntenvertrouwenspersonen. Momenteel ben ik in gesprek met de IGZ over het toezicht op de gedwongen zorg, waarbij ik het monitoren zal meenemen. Dit staat los van het onderzoek en de duiding ervan, hoewel er een behoorlijke mate van verwevenheid is. Last but not least: op dit moment is er een richtlijn dwangtoepassing van de NVVP in ontwikkeling, welke richtlijn binnenkort zal zijn gerealiseerd.

De heer Van de Beeten vroeg of wij bereid zijn, de wijziging van artikel 14d over het vrijwillige verblijf van iemand met een voorwaardelijke machtiging nog niet in werking te laten treden, maar eerst in overleg te gaan met de Tweede Kamer over de amendering die heeft

Klink

plaatsgehad in het licht van het debat in deze Kamer. Van mijn kant merk ik op – ik herhaal daarbij wat mijn voorganger in de Tweede Kamer stelde – dat een en ander meer zorginhoudelijk gezien gepaard zal moeten gaan met extra aandacht van de Inspectie en van de patiëntenvertrouwenspersonen voor dergelijke vrijwillige opnames. Ook zal ik in overleg treden met de psychiaters en andere beroepsgroepen om te bezien, of langs die weg nog extra waarborgen zijn in te bouwen voor het op een juiste manier omgaan van de hulpverleners met diegenen die vrijwillig kiezen voor opname, althans voor zover zij een voorwaardelijke machtiging hebben. In reactie op de zorgen van de heer Van de Beeten over de rechtspositie van de patiënt verwijs ik naar wat de minister van Justitie nog zal melden.

De heer Van de Beeten wijst erop dat het niet verdedigbaar is om met een beroep op het zelfbeschikingsrecht van een patiënt in het bijzonder ten aanzien van lichamelijke integriteit hem in een situatie te laten voortleven waarin het hem onmogelijk is om met betrekking tot die overige menselijke vermogens een minimum aan zelfverwerkelijking te bereiken. Iets eenvoudiger: mag je iemand laten zitten in zijn eigen mislukte autonomie? Of moet je mensen naar een niveau van autonomie helpen dat men zich anderszins weigert toe te eigenen? Met andere woorden: is een kleine inbreuk gerechtvaardigd ter wille van het herstel van autonomie? Op zichzelf delen wij die analyse van de heer Van de Beeten. Juist bij de patiënt met psychische stoornissen is het essentieel om die afweging voortdurend te maken tussen enerzijds het recht op zelfbeschikking en anderzijds dat op zelfverwerkelijking. Tijdelijk ingrijpen in het recht van zelfbeschikking is soms nodig vanuit de gedachte om na de behandeling weer iemand maximaal de ruimte te geven ten aanzien van de zelfverwerkelijking. In het nu voorliggende wetsvoorstel en in de gewenste nieuwe regeling geven wij daarvoor de kaders en de ruimte. Het zal wel altijd een afweging blijven tussen het zelfbeschikingsrecht van een persoon en de autonomie die hij daarmee aan de dag legt, en de inschatting van de behandelaar dat behandeling nodig is, waarvoor criteria nodig zijn. Om die reden wees ik op de gevaarstelling, want wij willen ook niet terug naar het bestwilcriterium. Er zijn dus wel grenzen aan wat wij vanuit een paternalistisch motief zouden willen met patiënten en wat wij ons juridisch gezien zouden moeten toestaan. Die afwegingen, die bijna neigen naar ambivalentie, zie je ook terug in de geschriften van de derde evaluatiecommissie.

De heer Van de Beeten vroeg of er een principieel verschil is tussen de positie van psychiatrisch patiënten en zij die aan drugs en alcohol zijn verslaafd. Wij delen zijn suggestie dat er van een principieel verschil tussen beide groepen eigenlijk geen sprake is. Vanuit zorginhoudelijk perspectief vallen alcohol- en drugsafhankelijkheid onder de classificatie van psychische stoornissen. Zodra die verslaving gevaarlijk gedrag veroorzaakt, is toepassing van de Wet BOPZ en de beoogde nieuwe regeling zeer wel mogelijk.

Mevrouw Slagter refereert aan de motie-Voordewind over onderzoek naar de lengte van dwangmedicatie versus noodmedicatie, in relatie tot bijwerkingen. Zij wijst zeer terecht op de onderzoeksproblemen bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Bij het geven van uitwerking aan die motie zijn wij tot dezelfde conclusie gekomen. Wij hebben de Inspectie gevraagd of

zij wil meedenken over de vraag hoe dit het beste kan worden onderzocht. Het is buitengewoon lastig om controlegroepen te realiseren, nog afgezien van de meer principiële vraag of je wel mag experimenteren in deze sfeer. Onze verwachting is dat dit niet eenvoudig zal zijn, maar wij houden de Kamer op de hoogte van de bevindingen van de Inspectie.

Mevrouw Slagter vroeg in dit verband naar het materieel en immaterieel bevorderen van de drieschaar per regio. Vooruitlopend op de nieuwe regeling willen wij via pilots onderzoeken, hoe de door de evaluatiecommissie voorgestelde commissie psychiatrische zorg het beste vorm kan worden gegeven. Met die experimenten geven wij deels invulling aan de taken die worden toegeschreven aan deze drieschaar met betrekking tot de proportionaliteit van dwangbehandeling. Daar gaan wij dus zeker aan werken, maar dan in het licht van het toewerken naar de door de derde evaluatiecommissie bepleite commissie psychiatrische zorg.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind dat prettig om te horen. Toen ik een en ander las, deed mij dat erg denken aan de scen-arts uit de toetsingscommissie euthanasie, maar ik weet niet of die vergelijking terecht is. Ik kan mij een in de geest van die commissie opgezet systeem wel voorstellen.

Minister **Klink**: Ik ook, zij het dat deze commissie in de plaats komt van het OM in de richting van de rechter, terwijl in het geval van de toetsingscommissie euthanasie het OM er nog tussen zit. Maar de figuur is hetzelfde. Het sluit ook aan bij een opmerking in uw betoog, namelijk dat je hier hebt te maken met een onderwerp op het snijvlak van ethische, juridische en sociale vraagstukken. Uit dien hoofde is een breed samengestelde commissie wel van belang.

De heer Thissen vroeg wanneer wij patiënten hebben gevraagd wat zij nodig hebben om zich veilig te voelen. Anders dan wat ik in zijn betoog las, is dat wel gebeurd in de aanloop naar de nieuwe regeling. Ook bij eerdere wetswijzigingen is niet alleen gesproken met hulpverleners, juristen en derden, maar ook veelvuldig met de patiënten, zowel met individuele patiënten, familieleden en organisaties. Ook in de evaluatiecommissies waren patiënten en familieleden vertegenwoordigd. Wij menen dat wij ons maximaal hebben ingezet om samen met patiënten en familieleden te komen tot een wetsvoorstel, en zullen dat ook doen ten behoeve van de nieuwe regeling. Mede daarom ben ik het oneens met de heer Thissen dat het voorliggende wetsvoorstel alleen maar een soort chemische dwangbuis voor hulpverleners levert, en dat het wetsvoorstel de rechtspositie zal verslechteren. Ik heb al aangegeven dat ik wel mijn punt deel dat je voldoende waarborgen en zekeringen moet inbouwen. Wij delen dus zijn zorg, maar er zijn in onze beleving op dit moment voldoende waarborgen.

Ik heb al gemeld dat de dwangbehandeling die wij nu mogelijk maken in feite ook ertoe strekt het escaleren van de slechte toestand van patiënten tegen te gaan. Wij willen met dit wetsvoorstel bereiken dat al eerder kan worden ingegrepen, met lichtere middelen in lichtere doseringen. Tevens kunnen opnames korter duren en is er meer kans dat het maatschappelijke steunsysteem waarover ik sprak in stand blijft.

Ik zie in het maatschappelijk steunsysteem, zeker op het moment dat wij van het locatiegebonden karakter

Klink

van de dwangbehandeling afgaan en gaan werken met de drieschaar, veel meer mogelijkheden voor de afwegingen die rond de machtiging kunnen spelen. In feite was het punt van de heer Van de Beeten in de schriftelijke ronde al hoe tegen het decor van de opvang van de mensen door familie, vrienden enz. de mate waarin dwangbehandeling noodzakelijk kan zijn wordt afgestemd. Welke voorwaarden worden bij machtigingen gesteld? Ook daar zie ik een rol voor de drieschaar. Volgens mij past dit bij de behoefte die de heer Van de Beeten, mevrouw Meurs en mevrouw Dupuis uitten om de inbedding van de patiënt in zijn relaties mee te nemen in het locatieongebonden karakter van de hulp die wij willen aanbieden.

Dat verleidt mij tot een opmerking naar aanleiding van de beschouwing van de heer Van de Beeten over Nussbaum en Rawls. Voor zover ik Rawls altijd zelf bekritiseerde had dat er minder mee te maken dat de mensen in een veil of ignorance met elkaar aan tafel zaten en spraken over regels voor de inrichting van de samenleving. Je wist in die veil of ignorance niet hoe je in het leven zou terugkomen: gehandicapt, ziek, arm, rijk, bijzonder begaafd of niet begaafd. Niemand aan de fictieve tafel van Rawls wist in wat voor een positie hij hier uiteindelijk zou gaan leven. Verondersteld wordt dat je je dan inleeft in de personen die wellicht het slechtst af zijn. Je gaat dan goed in de gaten houden dat de regels voor de inrichting van de samenleving dusdanig zijn, dat vooral de "laagst ingeschaalden" er niet op achteruit gaan. Sterker nog, die krijgen de beste positie. Ik deel niet de opvatting van Nussbaum dat de minst zwakken daar niet aan tafel zaten, zodat er wel regels uit moesten voortkomen die uiteindelijk ten detrimente van hun positie zouden gaan.

Het gaat mij zeer ter harte dat de inschattingen door de mensen te maken hebben met een identificatie waarin je uiteindelijk je eigen belang nastreeft. Als dat eigenbelang prevaleert in de werkelijke wereld, waar je wel weet wie je bent, of je rijk, intelligent, man, vrouw, allochtoon of autochtoon of wat ook bent, doet dat afbreuk aan de identificatie die wij wensen. De motivatie waarom en de gronden waarop je je wilt inzetten voor de ander zijn van belang. De heer Van de Beeten zeg ik dat dit vooral speelt voor de meest kwetsbaren, de psychiatrische patiënten. Wij kunnen met elkaar regels afspreken wat wij willen, maar het zal vooral op de motivatie en de cultuur van de instellingen aankomen. De regels gelden en wij zien erop toe, maar als de cultuur van de instellingen niet zodanig is dat men zoveel mogelijk probeert af te zien van dwangbehandeling om via structuur, begeleiding, bejegening enz. in een vroeg stadium te helpen, hebben wij veel verloren. Ik denk dat wij veel aan de cultuur van de instellingen moeten werken. Graag onderstreep ik dat onze intentie moet zijn om de mensen terug te brengen op het niveau van zelfverwerkelijking c.q. autonomie dat mevrouw Nussbaum voor ogen staat. Nogmaals, ik vind de cultuur van de instellingen buitengewoon belangrijk.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): De minister zou nog terugkomen op de positie van de geneesheer-directeur. Ik heb hem daarover niet meer gehoord. Ik krijg graag nog een korte toelichting.

Minister **Klink**: Ik zie dat ik niet alleen de vraag van

mevrouw Meurs, maar een aantal vragen heb laten liggen. Ik zal bij mevrouw Meurs beginnen.

Mevrouw Meurs stelde dat de geneesheer-directeur op dit moment pas kan opnemen, als de patiënt gehoord is en onderzocht is door een niet-behandelend betrokken arts. De eis van onderzoek vervalt nu en de geneesheer-directeur kan, gehoord de behandelaar, de patiënt laten opnemen. De vraag wat precies de positie van de geneesheer-directeur is en hoe onafhankelijk hij is, is dan ook terecht. Als arts is hij op grond van artikel 1, lid 2, van de Wet BOPZ belast met de zorg voor de algemene zaken op geneeskundig gebied in een psychiatrisch ziekenhuis. De geneesheer-directeur bekleedt geen directeursfunctie in het psychiatrisch ziekenhuis. Evenmin is de geneesheer-directeur betrokken bij de behandeling van de patiënt in kwestie. Zijn taak is om als een iets meer op afstand staande, maar ten opzichte van de instelling als geheel wel centrale persoon voor dit soort beslissingen een goede afweging te maken. De geneesheer-directeur is dus arts, hij is geen directeur. Hij ziet veel van dit soort situaties voorbijkomen en kan daarom beter voor eenheid van beleid zorgen binnen de instelling. Per behandelaar een ander beleid betekent natuurlijk voor de patiënt meer risico's op willekeur. Daarom achten wij de geneesheer-directeur geschikt om onafhankelijk tot beslissingen te komen zoals deze hem in de wet zijn toegekend.

Mevrouw Slagter vroeg naar de harmonisatie van rechtsposities. Daarbij gaat het om dwangmaatregelen in de psychogeriatric, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de jeugdzorg. Zij vroeg allereerst hoe het staat met het wetsvoorstel inzake de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De staatssecretaris is er op dit moment mee bezig. Het is inderdaad de bedoeling om in deze kabinetsperiode een wetsvoorstel voor deze groepen af te ronden.

Er zijn op dit moment inderdaad grote verschillen in de regelingen ter zake van de gedwongen interventies en de jeugdzorg, de jeugd-ggz en de zorg voor jeugdige verstandelijk gehandicapten. Mevrouw Slagter wees er vandaag op en mevrouw Quik-Schuijt stelde dit aan de orde bij de behandeling van het wetsvoorstel inzake de gesloten jeugdzorg. Ook wij vinden dit punt belangrijk. Wij onderzoeken de mogelijkheid tot harmonisatie. Inmiddels zijn met betrokkenen uit de diverse sectoren gesprekken gevoerd om duidelijk te krijgen welke opvoedkundige maatregelen in diverse sectoren nodig zijn en wat de behoeften zijn op het gebied van dwangbehandeling. Daar gaat het om: opvoedkundige maatregelen aan de ene kant en mogelijkheden voor dwangbehandeling aan de andere kant. Het gaat dan uiteindelijk om de behandeling van psychische stoornissen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Eigenlijk wilde ik op dit punt een geruststelling, in de zin dat ten aanzien van de contouren van de nieuwe Wet BOPZ en dwangbehandeling de norm die in gesloten jeugdzorg kan gelden, niet zal gaan gelden. Tijdens het debat in december hebben wij daarover ook onze zorgen uitgesproken.

Minister **Klink**: Wij proberen toch wel de zaken te harmoniseren. Als u praat over de zorg, hebt u ongetwijfeld voor ogen waar uw zorg precies zit en waar u vindt dat er in de jeugdzorg op dit moment meer mogelijkhe-

Klink

den voor interventies zijn dan gerechtvaardigd is. Het is bijna een wedervraag.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): In de gesloten jeugdzorg is gedwongen medicatie gewoon mogelijk, terwijl dit voor een jeugdige met een psychiatrische stoornis in een jeugd-ggz alleen maar kan onder de waarborgen van de Wet BOPZ. Die waarborgen van de Wet BOPZ gelden in de jeugdzorg niet.

Minister **Klink**: Ik ben geneigd – maar dan loop ik vooruit op de nieuwe regeling en op de zoektocht waar wij op dit moment mee bezig zijn – om ook ter zake van de jeugd-ggz aansluiting te zoeken bij de Wet BOPZ in algemene zin en bij de criteria daarin. Die afweging moeten wij echter nog maken. Dat is mijn voorlopige antwoord op dit moment. De harmonisatie zal ook min of meer langs die lijn moeten lopen. Bij de jeugd spelen wel de opvoedkundige aspecten een rol. Voor de jeugdigen zal dus misschien een iets ander regime gaan gelden. Het zijn echter wat prealabele opmerkingen van mijn kant. Ik neem echter de zorgen van mevrouw Slagter mee.

Mevrouw Slagter vroeg ook of het ruimere criterium van dwangbehandeling deel zal uitmaken van de nieuwe wet. Een ding is zeker: in de nieuwe wet zullen wij niet teruggaan tot de beperkte behandelcriteria die wij proberen te herijken. Het zou echter prematuur zijn om nu te stellen dat het criterium voor dwangbehandeling, zoals nu geformuleerd, deel zal uitmaken van de nieuwe wet.

□

Minister **Hirsch Ballin**: Mijnheer de voorzitter. Hartelijk dank voor de behandeling van het wetsvoorstel vandaag in uw Kamer. Het wetsvoorstel betreft twee urgente kwesties en voorziet in een breed gevoelde behoefte. Graag sluit ik mij van achter de regeringstafel aan bij de gelukwensen aan het adres van mevrouw Meurs met haar maidenspeech en haar als altijd doordachte bijdrage aan het debat. Als ik zeg "als altijd" denkt u natuurlijk dat het niet klopt, want het is haar eerste bijdrage aan het debat in de Eerste Kamer. Ik heb echter het genoegen gehad om vele bijdragen van mevrouw Meurs aan het wetenschappelijke en maatschappelijke debat te mogen volgen. Vandaar dat de woorden "als altijd" mij even ontglipten. Dus gelukwensen ermee!

Alvorens in te gaan op de inhoud van het wetsvoorstel, ga ik graag in op de verhouding tussen dit wetsvoorstel en de uitkomst van de derde evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de contouren van de nieuwe regeling. Mijn collega heeft er al iets over gezegd. De evaluatiecommissie heeft daarvoor de aanzet gegeven. Verschillende fracties hebben er vragen over gesteld. Mevrouw Slagter vroeg wie het voortouw zal nemen bij de nieuwe wettelijke regeling. Het is en blijft een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie. Mijn collega en ik hebben echter wel de afspraak gemaakt om de verantwoordelijkheden anders te beleggen dan nu het geval is. Mijn collega van Volksgezondheid blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, de patiënten en de uitvoering van de wettelijke regeling, ook de nieuwe wettelijke regeling, door de geestelijke

gezondheidszorg. De totstandkoming van de nieuwe wettelijke regeling zal primair de verantwoordelijkheid van Justitie zijn, maar wij doen het natuurlijk gezamenlijk. Daarom zal ik in aanvulling op mijn collega nog iets zeggen over de manier waarop wij ons voorstellen die wettelijke regeling vorm te geven. U kunt mij dus ook als eerste aanspreken – en sommigen van u hebben dat al gedaan – op het tempo van totstandkoming van de nieuwe wettelijke regeling. Ik zal straks graag ingaan op de indringende vragen die daarover zijn gesteld, ook door de heer Van de Beeten. Het gaat tenslotte om een ambitieus en belangrijk wetgevingstraject, dat ertoe moet leiden dat de Wet BOPZ in zijn geheel wordt vervangen, zoals ook was voorgesteld door de evaluatiecommissie. Over de wenselijkheid daarvan bestaat ook volstrekt geen verschil van inzicht.

De conclusie van de evaluatiecommissie is dat de Wet BOPZ als locatiegebonden systeem niet bestendig is voor de toekomst en dient te worden vervangen door een nieuwe regeling, waarin het uitgangspunt centraal staat dat passende zorg aan de patiënt wordt geboden, waar die zich ook bevindt. Mijn collega en ik hebben u bericht dat wij deze conclusie delen en dat wij nog deze kabinetsperiode op basis van dit uitgangspunt een nieuwe regeling tot stand zullen brengen.

Ervan uitgaande dat die regeling medio 2010 in het Staatsblad moet staan, zal, als wij uitrekenen wat dit concreet betekent, in het najaar van 2008 een wetsvoorstel voor consultatie gereed moeten zijn. Hiermee ga ik in op een vraag van mevrouw Meurs. Volgens deze planning zou in het voorjaar het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer moeten worden ingediend. Ik wil graag toezeggen dat ik, uiteraard in nauwe samenwerking met mijn collega, mij tot het uiterste zal inspannen om deze planning te realiseren. Ik ben in elk geval blij met het positieve oordeel van mevrouw Meurs over het door de evaluatiecommissie en ook door ons voorgestane nieuwe wettelijke kader.

Dat positieve oordeel blijkt ook uit de bijdrage van mevrouw Dupuis. Zij heeft haar oordeel wel scherp verwoord, maar dat betekent niet dat wij niet kunnen constateren dat wij het op een belangrijk punt eens zijn. Wij moeten toe naar een systeem waarmee op de minst belastende wijze voor de patiënt die niet wil of kan zien dat hij of zij zorg nodig heeft, kan worden voorzien in zijn of haar zorgbehoefte. Dat past ook bij het standpunt van de heer Van de Beeten, die meent dat het zelfbeschikingsrecht van de patiënt niet te ver mag worden doorgevoerd, zonder, zoals mijn collega ook al zei, afbreuk te doen aan de invulling van het gevaarscriterium. De Kamer kan ervan verzekerd zijn dat wij met deze plannen voortvarend aan de slag gaan.

Natuurlijk heb ik begrip voor het dilemma waarvoor de fractie van de Partij van de Arbeid zich gesteld ziet. Terecht is er kritiek op de huidige kaders van de wet, maar wij zullen in ieder geval met deze wet nog even moeten leven. Daarom verheugt het mij dat mevrouw Meurs de noodzaak en ook de winst ziet van aanneming van het wetsvoorstel dat vandaag wordt behandeld. Totdat de nieuwe wet waarover wij met deze Kamer nog uitgebreid komen te spreken in het Staatsblad staat, zullen wij met de huidige wet moeten werken. Tot die tijd zullen wij ook met oog op de zorgbehoefte van de patiënt en de ontwikkelingen binnen de psychiatrie – daarnaar werd met recht en rede verwezen – de

Hirsch Ballin

mogelijkheden van de Wet BOPZ optimaal moeten benutten. Daartoe dient dit wetsvoorstel.

Mevrouw Meurs en mevrouw Slagter vroegen of wij vandaag nog iets specifiekere kunnen ingaan op de uitgangspunten van de nieuwe regeling. Mevrouw Meurs heeft in het bijzonder aandacht gevraagd voor de taken en de positie van de commissie psychiatrische zorg, waarover ook de evaluatiecommissie spreekt. Ik meen dat het goed is om daarover nog iets te zeggen, vooruitlopend op het verschijnen van het kabinetsstandpunt dat, zoals mijn collega al zei, volgende maand verschijnt en in aanvulling op wat mijn collega zei over het beperkte opnamegebonden karakter van de wet.

Daarmee ging hij in op het betoog van mevrouw Dupuis.

De evaluatiecommissie constateerde dat de Wet BOPZ tot op heden best goed – ik vind dat een riskante uitdrukking – heeft gefunctioneerd, maar dat zij in de toekomst niet langer werkt, omdat daarmee wordt uitgegaan van tegenstellingen. Dit werd op allerlei manieren verwoord met terugblikken. Daarmee zei men hoe deze wet heeft gewerkt en hoe zij is ontstaan. De patiënt werd gepositioneerd tegenover de behandelaar, de familie, het Openbaar Ministerie en de zorginstelling. Met die benadering werd dwang geassocieerd met macht van de psychiatrie en de Staat, alsof het daarbij om twee verschillende grootheden gaat, grootheden die tegenover elkaar staan. In het licht van de antipsychiatrie die hoogtij vierde in de periode waarin de Wet BOPZ tot stand kwam, was die zienswijze zeer verklaarbaar. Die zienswijze is mede bepalend geweest voor de zeer gecompliceerde en langdurige totstandkomingsgeschiedenis van de Wet BOPZ. De eerste ontwerpen ervan waren van voor de periode van de antipsychiatrie. Als jong wetgevingsambtenaar bij Justitie heb ik dat fysiek mogen aanschouwen toen ik als derde in de rij verder mocht werken aan het toen reeds aanhangige wetsvoorstel BOPZ. Het eerste concept had namelijk nog de zogenaamde doorslagen. Misschien is in de Handelingen een verklarende voetnoot nodig van het begrip doorslagpapier.

De **voorzitter**: Het zou prettig zijn als u dat wilde uitleggen.

Minister **Hirsch Ballin**: De doorslagen waren de wat moeilijk leesbare afdrukken van het oorspronkelijke concept, omdat die afdrukken waren verkregen door het werken met carbonpapier. Dat concept dateerde namelijk van begin jaren vijftig toen de eerste aanzetten door een wetgevingsambtenaar van het ministerie van Justitie werden gegeven voor de opvolging van de Krankzinnigenwet van 1884.

De Wet BOPZ werd dus geconfronteerd met de opkomst van de antipsychiatrie. Vele nota's van wijziging zijn in de wet verwerkt. De wet is daardoor vele malen gewijzigd en ik meen dat wij nu gekomen zijn bij het einde van de levenscyclus van die wet. Inmiddels staan wij gereed om, rekening houdend met alles wat vanmiddag naar voren is gebracht over belangrijke elementen, een nieuwe wet voor te bereiden. Zoals gezegd hopen wij een dergelijk tempo te kunnen realiseren dat in 2009, 2010 de parlementaire behandeling ervan zal plaatsvinden.

Ons staat dus een regeling voor ogen waarmee de zorgbehoefte van de patiënt in gezamenlijkheid en uitdrukkelijk vanuit het perspectief van de patiënt en de

familie wordt vastgesteld. Dat past bij het pleidooi van de heer Thissen voor patient empowerment. De door de evaluatiecommissie als commissie psychiatrische zorg aangeduide commissie kan ook in onze hogen hierbij een belangrijke rol vervullen. Door de multidisciplinaire samenstelling van die commissie zal naar ons oordeel het uitgangspunt van zorg op maat effectief en op een kwalitatief goede manier kunnen worden gerealiseerd. Op deze wijze is er ruimte om alle facetten van de psychiatrische, vaak meervoudige problematiek te belichten. Zoals de heer Thissen heeft bepleit, zullen de wensen en de voorkeuren van de patiënt een belangrijke rol spelen bij het bepalen van de zorgbehoefte. Door de positie van de patiënt te versterken, kan ook worden voorkomen dat patiënt zorg gaat mijden vanwege slechte ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg. Wij denken aan een model waarmee deze commissie deels de taken vervult die nu worden vervuld door de Inspectie voor de gezondheidszorg, het Openbaar Ministerie en de geneesheer-directeur. Over de precieze taakomschrijving en vormgeving zullen wij de komende maanden in het kader van het wetgevingstraject verder nadenken. Ik breng dit naar voren, zodat duidelijk is dat wij niet nog hoeven te beginnen met nadenken over het kabinetsstandpunt, maar dat wij gereed staan om te starten met de voorbereiding van de nieuwe wetgeving.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U sprak over een commissie psychiatrische zorg. Ik heb het idee dat die commissie net zoets is als die drieschaar waarover is gesproken, maar misschien vergis ik mij. Daarnaast wil ik weten hoe u tot de opstelling van een wetsontwerp zult komen. Vrij Kamerbreed is namelijk aangedrongen op het inschakelen van deskundigen, mede gelet op de kwaliteit van de beantwoording met sommige stukken.

Minister **Hirsch Ballin**: Straks zal ik iets zeggen over de manier waarop wij de wetgeving voorbereiden, maar ik wil alvast zeggen dat daarbij alle beschikbare deskundigheid zal worden aangeboord. Ik hoop evenwel dat mijn reactie van zo-even duidelijk maakt dat wij niet nog hoeven te beginnen met nadenken over de vraag wat wij moeten doen met het evaluatierapport.

Ik wil vervolgens iets zeggen over de zorgen van de heer Van de Beeten. Die betroffen de rechtspositie van de patiënt en de voorwaardelijke machtiging die vrijwillig wordt opgenomen. Bij de vormgeving van de nieuwe regeling zullen wij uitdrukkelijk aandacht besteden aan de vraag of specifieke rechtsbeschermingsregels nodig zijn bij een vrijwillig verblijf van de patiënt met een rechterlijke machtiging. Een vrijwillig verblijf wordt geregeerd door de regels van afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. Die gaan over de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De kern van deze privaatrechtelijke relatie is dat de patiënt op elk moment het verblijf kan beëindigen en dat hij of zij toestemming moet geven voor een behandeling. Aan dat vrijwillige karakter kan een rechterlijke machtiging die betrekking heeft op een ambulante behandeling niets afdoen. Als wij de indruk krijgen dat een vrijwillig verblijf van een patiënt met zo'n machtiging met het beoogde nieuwe stelsel onder druk komt te staan, moeten maatregelen worden genomen. Mijn collega en ik delen de overtuiging dat een patiëntvertrouwenpersoon op dit punt een essentiële functie kan vervullen en de mogelijkheid van alarmering kan gebruiken.

Hirsch Ballin

Mevrouw Slagter en mevrouw Meurs stelden vragen over de totstandkoming van het wetsvoorstel. Mevrouw Meurs noemde ook haar eigen positieve ervaringen met de herziening van de Vreemdelingenwet, waarbij de veldpartijen een actieve bijdrage leverden. Die werkwijze zullen wij op de een of andere manier moeten volgen bij de totstandkoming van deze nieuwe wettelijke regeling. Het is in onze optiek van groot belang dat de organisaties en de deskundigen die op enigerlei wijze deelnemen aan de uitvoering van een regeling, al bij de vormgeving ervan betrokken zijn. Dat draagt bij aan de uitvoerbaarheid van en het draagvlak voor de regeling. Ik heb daarnet al iets gezegd over het proces van totstandkoming. Het begint met de opstelling van een wetsvoorstel dat in consultatie wordt gegeven. Eigenlijk is dat nu de vaste werkwijze bij belangrijke wetgeving van het ministerie van Justitie. Wij hebben onze ervaringen met internetconsultatie in het kader van onze verantwoordelijkheid voor het algemene wetgevingsbeleid met de collega's gedeeld. Wij hebben het als een algemene werkwijze bij de voorbereiding van wetgeving aanbevolen. Eind vorig jaar is er een kabinetsstandpunt over bepaald. Wetsvoorstellen worden op een open manier voorbereid. Er zijn geen geheime stukken; iedereen kan reageren. Daarnaast gaan wij door met het gericht benaderen van deskundigen. Als de consultatiefase voorbij is, worden de resultaten verwerkt. Pas dan krijgt het wetsvoorstel de vorm waarin het in formele procedures aan de ministerraad en de Raad van State wordt voorgelegd.

Ik heb een snelle studie gemaakt van de recente rechtsfilosofische literatuur naar aanleiding van de bijdrage van de heer Van de Beeten. Ik doel vooral op het werk dat ik kon vinden van Martha Nussbaum. Helaas ontbrak de literaturopgave bij de bijdrage van de heer Van de Beeten. In een stuk dat duidelijk raakvlakken heeft met hetgeen de heer Van de Beeten naar voren bracht, wordt verwezen naar "Sex and social justice", een publicatie van Martha Nussbaum uit 1999. In het stuk wordt ingegaan op de vraag of het "veil of ignorance" in overeenstemming is met de gelijke behandeling ongeacht maatschappelijke positie, handicaps en andere beperkingen, en leven in ontwikkelingslanden. Het is een interessant aangrijpingspunt voor het denken over de positieve overheidstaak op het terrein van de gezondheidszorg. Vandaaruit zou in het denken in termen van vrijheden en inspanningen, bijvoorbeeld op het terrein van de zorg, een interessante benadering zijn te geven van de vraagstukken die ons vandaag bezighouden. Ik neem de opmerkingen van de heer Van de Beeten daarover en het begin van een leeswijzer graag ter harte.

Kan hierbij gebruik worden gemaakt van staatscommissies, deskundigencommissies, etc.? Wij zullen de deskundigheid op een andere manier mobiliseren, zoals ik daarnet al heb aangegeven. Als wij nu zouden zeggen dat wij een staatscommissie gaan instellen, dan zouden wij niet onze toezegging gestand kunnen doen om voor het einde van deze kabinetsperiode nieuwe wetgeving op dit terrein tot stand te zullen brengen.

Moet verslaving aan alcohol of drugs onder het toepassingsbereik van de nieuwe wettelijke regeling worden gebracht? Zodra een verslaving gevaarlijk gedrag veroorzaakt, is er alle reden om een verslaving gelijk te schakelen aan een psychiatrische stoornis, en regels voor gedwongen interventies op het terrein van de zorg van

toepassing te laten zijn. De geschiedenis van de verscheidene aanpassingen van de Wet BOPZ biedt hiervoor ook aanknopingspunten. Het zal zeker een plaats krijgen in de opzet van de nieuwe wetgeving.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Hoe ziet u uw optiek bij een ernstige verslaving aan alcohol of drugs dwangbehandeling eruit?

Minister **Hirsch Ballin**: Ik stem in met de aanbeveling van de heer Van de Beeten om ook verslaving aan alcohol en drugs onder het toepassingsbereik van de nieuwe wettelijke regeling te brengen. Hoe dat precies vorm gaat krijgen, in welke situaties nog kan worden aangenomen dat men in staat is om zelf een standpunt in te nemen, is een zaak die in de uitwerking van de wettelijke regeling aan de orde zal komen. Het lijkt ons verkeerd om de scheidslijn zo te trekken, dat dit erbuiten blijft. De huidige wetgeving geeft allerlei aanknopingspunten voor nuanceringen. De bijzonderheden zullen wij een plaats geven in het kabinetsstandpunt rond de opzet van het wetsvoorstel.

Via een amendement van mevrouw Kant is in het wetsvoorstel opgenomen de mogelijkheid van een onbeperkte vrijwillige opname van een patiënt met een voorwaardelijke machtiging. De heer Van de Beeten zei met zoveel woorden dat hij zich niet aan de indruk kon onttrekken dat mijn toenmalige collega van Volksgezondheid Hoogervorst en ik er niet van overtuigd waren, dat met het amendement de vrijwilligheid van een opname van iemand met een voorwaardelijk machtiging goed bewaakt kan worden. Mevrouw Slagter acht de rechten van de patiënt in deze situatie gewaarborgd door de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet beroepen individuele gezondheidszorg. Aanvankelijk deelden mijn toenmalige collega en ik de zorg die de heer Van de Beeten verwoordt. Wij hebben die zorg in de Tweede Kamer ook geuit. Alle argumenten voor en tegen zijn gewisseld. De Tweede Kamer was duidelijk in haar standpunt. Vandaar dat het wetsvoorstel er ligt zoals het er ligt. Een vrijwillige opname is uit behandelingspunt altijd te verkiezen boven een gedwongen opname. Wij verdedigen hier een wetsvoorstel zoals het door de Tweede Kamer is geamendeerd. Ik denk niet dat het zin heeft om hierover weer in discussie te gaan met de Tweede Kamer. Mevrouw Slagter zei terecht dat de rechten van de patiënt door de twee genoemde wetten en de kwaliteitswet worden gewaarborgd. De patiënt kan rekenen op de patiëntenvertrouwenspersoon, die wettelijk de taak heeft gekregen om de belangen te behartigen van personen voor wie een voorwaardelijke machtiging geldt. Ook al is een patiënt vrijwillig opgenomen, dan nog blijft het een patiënt met een voorwaardelijke machtiging. Hij kan dus een beroep doen op de patiëntenvertrouwenspersoon. Wij zullen het uiteraard volgen, maar wij verdedigen het geamendeerde wetsvoorstel graag in deze Kamer.

De heer Holdijk vroeg naar ons commentaar op de brief van de LOC-LPR, een belangenorganisatie van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. In de brief van 9 januari jongstleden wordt gesteld dat de voorgestelde regeling voor dwangbehandeling in het wetsvoorstel zich niet verdraagt met twee uitgangspunten die de evaluatiecommissie heeft geformuleerd voor de nieuwe wet: het respecteren van de wilsbekwame weigering van een behandeling en het vooraf door de rechter beslissen

Hirsch Ballin

over de toelaatbaarheid van dwangbehandeling. Beide elementen staan niet in de huidige Wet BOPZ. De evaluatiecommissie heeft een genuanceerd standpunt geformuleerd. De commissie neemt als uitgangspunt dat meer betekenis moet worden gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Dat betekent dat bij de toepassing van dwang inderdaad rekening moet worden gehouden met wilsbekwaam verzet.

Voorzitter: Timmerman-Buck

Minister **Hirsch Ballin**: Voorzitter. Onderscheid moet worden gemaakt of daardoor gevaar voor de patiënt of gevaar voor derden ontstaat. Als er gevaar voor derden ontstaat, mag dat worden doorbroken. Als weigering van gedwongen behandeling alleen leidt tot gevaar voor de patiënt, is het uitgangspunt dat wilsbekwaam verzet wordt gerespecteerd. Daarbij heeft de evaluatiecommissie wel een kanttekening geplaatst, namelijk dat het uit het oogpunt van de rechten van de mens de vraag is of het honoreren van wilsbekwaam verzet in uitzonderlijke situaties nader geclausuleerd moet worden. Mijn collega en ik zijn van plan om dit uitgangspunt met alle daarbij behorende nuances ook te betrekken bij de voorbereiding van de nieuwe wet ter vervanging van de Wet BOPZ. De huidige Wet BOPZ kent geen vergelijkbaar genuanceerde benadering. Dat neemt niet weg dat in de praktijk de behandelaar nuances kan aanbrengen en wilsbekwaam verzet kan laten meewegen bij een beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan. Wij mogen zelfs zeggen dat hij dat moet doen om te voldoen aan de op hem rustende verplichting tot levering van verantwoorde zorg. De behandelaar heeft tenslotte een wettelijke bevoegdheid en geen wettelijke verplichting om dwang toe te passen. Als de psychiatrische patiënt gemotiveerd aangeeft waarom hij niet vrijwillig een behandeling wil ondergaan, zal de behandelaar zich hiervan rekenschap moeten geven. Dat geldt ook als niet behandelen inhoudt dat er gevaar ontstaat of blijft bestaan voor de patiënt.

De evaluatiecommissie heeft inderdaad een rechterlijke toetsing voorafgaand aan dwangbehandeling als uitgangspunt geformuleerd voor een nieuwe wettelijke regeling. Ook dat uitgangspunt zullen wij hanteren bij de uitwerking van de nieuwe regeling ter vervanging van de Wet BOPZ. Het klopt dat in het huidige systeem van de Wet BOPZ de behandelaar beslist over dwangbehandeling. In dat systeem is ervoor gekozen dat de beslissing tot dwangbehandeling achteraf rechterlijk getoetst wordt. Omdat de mogelijkheid tot dwangbehandeling in de Wet BOPZ gekoppeld is aan gedwongen opname, heeft in alle gevallen een rechter al vastgesteld dat de betrokkene lijdt aan een geestesstoornis die gevaar veroorzaakt. Het is immers de rechter die deze beoordeling maakt in dit kader van de machtigingsprocedure. Dat zal in de nieuwe regeling anders zijn. Daarin kan dwangbehandeling plaatsvinden los van een gedwongen opname. In dat systeem komt de rechter in beeld wanneer de mogelijkheden tot het toepassen van dwang voor de patiënt in kwestie moeten worden vastgesteld.

Wij zijn van mening dat de wettelijke mogelijkheden die dat nieuwe wetsvoorstel creëert kunnen leiden tot een verbetering van de geestelijke gezondheidstoestand van een bepaalde groep psychiatrische patiënten. Daarom willen wij hetgeen in het thans voorliggende wetsvoorstel is neergelegd graag zo snel mogelijk

introduceren. Het gaat erom te voorkomen dat de geestelijke gezondheidstoestand van een patiënt gedurende of als gevolg van een gedwongen opname ongewijzigd blijft of dusdanig verslechtert dat hij zonder behandeling geen uitzicht heeft op ontslag.

Tot zover mijn bijdrage over enkele belangrijke aspecten van het voorliggende wetsvoorstel. Daarbij heb ik, zoals uw Kamer heeft gevraagd, een accent gegeven op de contouren van de nieuwe wettelijke regeling die wij in voorbereiding hebben genomen. Om redenen die gelukkig ook door de sprekers van vanmiddag werden erkend, menen wij dat het van belang is om deze wijzigingen nog aan te brengen in de huidige Wet BOPZ. Ik zie met belangstelling uit naar hetgeen in tweede termijn door de Kamer zal worden opgemerkt.



Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Ik zal het kort houden. Ik heb een vijftal opmerkingen.

Ten eerste heeft in mijn ogen dit debat enige scherpte gemist door met name de verwijzing naar Nussbaum en Rawls. Bij deze auteurs gaat het namelijk om mensen die een zelfbeschikking kunnen realiseren. Bij de groep patiënten in de Wet BOPZ is die zelfbeschikking echter tijdelijk geheel afwezig. Dat is nu juist de rechtvaardiging van de gedwongen opname. Dan vind ik het toch erg verwarrend dat mensen die in aanmerking komen voor een gedwongen opname qua mentale vermogens op gelijk niveau worden gezet met de gemiddelde mens. Het gaat hier echt om zeer zieke mensen. Degenen die wel eens hebben rondgelopen in psychiatrische ziekenhuizen weten ook hoe ernstig het beeld dan is. Dat is niet te vergelijken met een normale persoon met zelfbeschikking.

Het tweede punt is dat met name de minister van VWS ver is meegegaan met de visie van de VVD-fractie. Wij hebben vertrouwen in zijn zicht op de samenhang van dwangopname en dwangmedicatie. Eigenlijk heeft de minister van Justitie dat bevestigd. Dat neemt niet weg dat de ont koppeling zoals genoemd in regel 12 van paragraaf 1 van de memorie van antwoord een raadsel blijft. Mijn fractie blijft bij haar verzoek tot helder denken en helder taalgebruik. Ik vat het nog even samen. Als ik de ministers goed begrijp, zijn zij voor een regeling waarin een koppeling van dwangopname en dwangmedicatie wel mogelijk is, niet als een ijzeren bepaling, maar als een mogelijkheid in het belang van de patiënt. Voor zover het ont koppeling betreft, gaat het toch om een situatie die zich afspeelt buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Dat is niet aan de orde in de Wet BOPZ. Ik verzoek dan ook om vermindering van dergelijke onhelderheden.

Het derde punt gaat erover dat humane behandeling van psychiatrische patiënten uiteraard ons aller wens is. Er is niemand in deze Kamer die dat niet wenst. In dat kader blijf ik benadrukken dat dwangmedicatie heel wat humaner is dan dwangseparatie.

Dan mijn vierde punt. Gezien de kwaliteit van de memorie van antwoord is mijn vraag of er wel voldoende tijd genomen zal worden en of er voldoende geïnvesteerd zal worden om inderdaad deskundigen inzake deze problematiek te horen. Over deze materie moet toch met echte kennis van zaken worden gesproken.

Dupuis

Mijn vijfde en laatste punt gaat erover dat er nu gesproken wordt over de zorgbehoefte van de patiënt. Ik vind dat toch wel een uitermate softe en verhullende term als het gaat over situaties waarin sprake is van een evidente medische indicatie voor toediening van psychofarmaca. Ik zou eerder willen spreken van de morele plicht van de samenleving om mensen die op basis van allerlei criteria gedwongen zijn opgenomen ook te behandelen en zo snel mogelijk weer in een positie te brengen dat zij weer kunnen meepraten over hun verdere behandeling. De term "zorgbehoefte" is daarom niet echt adequaat. Natuurlijk is er sprake van een zorgbehoefte – daarvan is bij alle zieken sprake – maar in dit geval gaat het toch om een echte en evidente medische indicatie, alsmede om de morele plicht van de samenleving om psychiatrische patiënten met tijdelijke, zeer ernstige stoornissen weer zo goed mogelijk in een betere positie te brengen.

□

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil eigenlijk heel graag aansluiten bij de laatste zinnen van mevrouw Dupuis. Daarmee ben ik het volstrekt eens. De samenleving heeft een morele plicht om ernstig zieke mensen te omgeven met een gevoel van veiligheid en geborgenheid. Er moet bij hen geïnvesteerd worden in het vertrouwen dat de zorg die de samenleving weet te organiseren, adequaat is. Indien nodig moet die zorg geleverd kunnen worden via een tijdelijke, gedwongen opname. Daar is niets mis mee.

Ik wil echter veel eerder beginnen. Wij hebben uit humane overwegingen er ooit voor gekozen om mensen met een psychiatrische handicap zo veel mogelijk in de eigen context en in de samenleving op te vangen en een zelfstandig bestaan te laten leiden. Mevrouw Dupuis heeft dat getypeerd als het "zootje van de antipsychiatrie". Wij hebben echter nagelaten meer te doen aan het systeem van maatschappelijke steun. Er is te weinig "outreaching" hulp. Gemeenten werken er nog te weinig breed en voldoende voluit aan om de Wmo adequaat neer te zetten in de samenleving. In die optiek wordt het nog te veel gezien als huishoudelijke zorg. Het is echter ook maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Er moet niet alleen curatieve zorg geboden worden. Er bestaat ook vooral een noodzaak tot preventieve investeringen. Daar zijn wij overigens in dit land überhaupt niet goed in. Hierbij is aan de orde het principe van zelfbeschikking van elke burger in deze samenleving, dus ook de burger met een ernstige psychische handicap. Voordat over die zelfbeschikking, met redenen en waarborgen omkleed, heen gestapt kan worden en naar vormen wordt gezocht voor gedwongen behandeling, willen wij eerst met elkaar het debat voeren over wat er in de samenleving nodig is aan adequate maatschappelijke steunsystemen die meer zijn dan alleen de inbedding van de patiënt in zijn eigen relationele netwerk van familie, vrienden en burens. Ook de overheid dient te acteren met outreachinge hulp die adequaat en professioneel zeer aan de maat is. Die overheid dient daarbij ook haar wederkerigheid te laten zien tegenover elke burger, dus ook een burger die ziek tot ernstig ziek is. Het debat dient dus te gaan over wat er nodig is aan uitgangspunten voor één nieuwe wet in plaats van de Wet BOPZ dan wel voor meerdere wetten in plaats van de Wet BOPZ.

Alles afwegende en gelet op de huidige mogelijkheden van de Wet BOPZ die inderdaad niet adequaat is en niet de mensen de zorg geeft die ze behoeven, vinden wij het niet verstandig om nu over te gaan tot een wijziging van de Wet BOPZ die dwangbehandeling binnen de instelling meer mogelijk maakt. Onze keuze is er in gelegen om veel meer te doen in de samenleving en om zo veel mogelijk te investeren in vertrouwen, ook waar het gaat om mensen met een psychische handicap. Ondanks het feit dat ze die handicap hebben, is het van belang dat ze de regie over hun eigen leven zo veel mogelijk zelf in handen hebben. Mocht het een keer komen tot gedwongen opname, dan dient dat te gebeuren in een vertrouwenwekkende sfeer waarbij sprake is van een vertrouwensrelatie tussen de burger met een psychische handicap en de hulpverlener.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik was mijn betoog in eerste termijn geëindigd met de opmerking dat wij over twee kwesties duidelijkheid wilden hebben. De eerste is duidelijkheid over de nieuwe wet. Ik heb met vreugde gehoord dat de zoon van minister Klink op 11 maart jarig is – ik feliciteer hem daar bij voorbaat mee – en dat wij op die dag ook het kabinetsstandpunt zullen krijgen over de contouren van de nieuwe wet en over het rapport van de derde evaluatiecommissie. Dit geldt temeer daar hij heeft gezegd dat hij wel zo'n beetje wist waarover hij sprak. Dat biedt toch weer perspectieven.

Verder heb ik genoteerd dat eind 2008 het wetsvoorstel gereed zal zijn en dat het in 2009 in de Tweede Kamer behandeld kan worden en daarna, naar ik aanneem, ook in de Eerste Kamer. Medio 2010 zou de wet dan in werking treden. Het is heel ambitieus, maar ik juich dat van harte toe. Ik zal er dan ook graag aan mee willen werken. Naar ik heb begrepen, zullen de conclusies van de evaluatiecommissie uitgangspunt zijn en zal er ook gebruikgemaakt worden van bepaalde deskundigheid zodat er ook sprake zal zijn van inbedding in het veld. Mijn fractie acht dat van groot belang.

De discussie met de burgers via internet vind ik ook een interessant punt. Wel vraag ik mij af hoe dit zich verhoudt tot de mensen die het betreft, zoals de chronisch psychiatrische patiënten. Ergens werden ze ook wel de "Swiebertjes" genoemd, hoewel ik dat eigenlijk een denigrerende term vind. In ieder geval lijken mij dat niet de mensen die zo een-twee-drie via internet zullen reageren. Maar goed, misschien dat daar ook een mouw aan gepast kan worden.

De minister van Justitie neemt het voortouw. Naar ik aanneem betekent dit dat wij hem kunnen aanspreken op een eventueel gebrek aan voortgang. Ik ga er tevens van uit dat wij van hem voortgangsrapportages kunnen verwachten.

De zorgbehoefte van de patiënt, los van de locatie, vind ik zelf een belangrijk uitgangspunt.

Daarnaast is het van groot belang dat de nu voorgestelde uitbreiding van dwangbehandelingsmaatregelen gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van richtlijnen van de beroepsgroep, de prestatie-indicatoren en de acties van de IGZ. Ik ga ervan uit dat wanneer de IGZ daartoe een verzoek bereikt, zij bereid zal zijn om te kijken naar het verschil tussen provincies. Ik vond zelf een interessante verklaring dat het aanbod de vraag schept. Dat is iets wat wij in discussies over markt-

Slagter-Roukema

werking wel vaker hebben gezegd, waarbij wij hebben aangegeven dat dit niet altijd een goede zaak is.

Met genoegen heb ik geluisterd naar de instemming van beide bewindslieden ten aanzien van de drieschaar als een countervailing power voor cliënt, zorgverlener en directie. Het idee om er een jurist, een psychiatrische-zorgdeskundige c.q. arts en een ethicus bij in te schakelen lijkt mij heel goed.

Ten slotte nog een waarschuwing. Let extra op harmoniseren van dwang jeugdzorg, jeugdpsychiatrische zorg en zorg verstandelijk gehandicapten en jeugdig verstandelijk gehandicapten. De waarborgen van de Wet BOPZ lijken ons ten aanzien van dat onderwerp heel belangrijk.

Met minister Klink zeg ik dat wij hier in de Kamer, gezien onze deskundigheid, wel zo'n beetje weten waar wij over spreken. En daarop vinden wij elkaar ook wel.

□

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Mede namens mijn fractie dank ik beide ministers heel hartelijk voor hun uitvoerige antwoorden. Ik moet eerlijk zeggen dat ik in mijn maidenspeech ook een "maidenmotie" had voorbereid, maar door de uitstekende antwoorden van de beide ministers heb ik besloten de motie niet in te dienen. In mijn inleiding heb ik gezegd dat ik een geconditioneerd "ja" zou zeggen tegen deze wetswijziging. Die condities zijn ten volle toegezegd. Mijn fractie zal deze wet van harte steunen omdat wij het buitengewoon belangrijk vinden dat patiënten die de behandeling hard nodig hebben, die ook krijgen en niet verpieteren en verkommeren binnen de instelling.

Minister Hirsch Ballin heeft een ambitieus tijdpad genoemd voor de indiening van een nieuw wetsvoorstel. Hij heeft daarbij ook een aantal uitgangspunten genoemd. Minister Klink heeft dat ook gedaan. Wij zijn zeer verheugd met dit snelle tijdpad. Het is meer dan wij hadden durven hopen. Wij zullen de minister daar de komende periode zeker aan houden. Ook over de uitgangspunten zijn belangrijke toezeggingen gedaan. Voor mijn eigen gemoedsrust wil ik er nog een aantal noemen, wellicht ter adstructie van hetgeen de minister al gezegd heeft, maar ook omdat mijn fractie het belangrijk vindt om dit kader te expliciteren. Naar mijn mening kunnen de uitgangspunten in vier groepen worden samengevat.

1. Het gaat om een gelijkwaardige hantering van de uitgangspunten van de medische indicatie van de patiënt, de zorg van de familie en de veiligheid van de samenleving. Steeds moet de afweging tussen deze drie elementen aan de orde zijn. 2. Het wetsvoorstel biedt een richtinggevend kader voor een zorgvuldige afweging in individuele gevallen tussen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en de noodzaak van dwangtoepassing. In die zin vraag ik om een adstructie van de uitgangspunten van beide ministers omdat het gaat om de individuele noden van patiënten. 3. Het gaat om het vermogen van patiënten om een waardig leven te leiden. Het wetsvoorstel zou dat moeten ondersteunen. Het idee van de vermaatschappelijking en het belang van netwerken willen wij graag onderschrijven. 4. Ten slotte de positie en de bevoegdheden van de door de evaluatiecommissie voorgestelde commissies psychiatrische zorg. Ik denk dat het heel belangrijk is om dat in het nieuwe wetsvoorstel op te nemen. Dan weten de ministers al ongeveer waar

wij in de komende periode op zullen letten als het wetsvoorstel deze kant op komt.

Dan maak ik nog een aantal opmerkingen naar aanleiding van de inbreng van minister Klink. In mijn eerste termijn heb ik om meer inzicht in de verschillen gevraagd. Het is belangrijk om te weten waar die verschillen precies vandaan komen, zodat daarnaar kan worden gehandeld. Ik heb in mijn eerste termijn ook gevraagd naar de positie van de geneesheer-directeur. Deze twee punten wil ik koppelen. Minister Klink heeft gewezen op de cultuurverschillen tussen de instellingen. Ik meen dat deze juist veel te maken hebben met de cultuurverschillen tussen de psychiaters, de directeuren, maar ook tussen de geneesheren-directeuren, die uiteindelijk in dienst zijn van een instelling. Ik wil nog eens de nadruk leggen op het belang van meer inzicht in deze verschillen. Dan kunnen wij beter beoordelen of de geneesheer-directeur als arts en niet-behandelaar daadwerkelijk onafhankelijk oordeelt.

Het is prettig te horen dat de bewindslieden de toepassing van drang en dwang laten monitoren via de inspectie opdat de wet zal werken zoals is bedoeld. Ik kan mij geheel vinden in het uitgangspunt dat minister Klink enkele keren naar voren heeft gebracht: zo vroeg mogelijk interveniëren, zodat minder zwaar ingrijpen mogelijk is.

Ten slotte uit ik nog een wens. Ik hoop dat minister Klink daaraan tegemoet kan komen. Hij heeft aangegeven dat hij pilots zal starten met de commissies psychiatrische zorg. Mijn fractie vindt dat een goed idee, juist omdat je in de praktijk ervaring kunt opdoen met deze commissies en je kunt zien hoe zo'n continu proces van wikken en wegen werkt. Dat zijn toch zaken die je minder makkelijk in een wet vastlegt. Om goed te kunnen werken, hebben deze commissies mensen en middelen nodig. Ik hoor daarom graag de toezegging van de minister dat middelen worden vrijgemaakt om de pilots met de commissies psychiatrische zorg echt te laten werken.

□

De heer **Holdijk** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Ik dank de beide bewindslieden voor hun reactie op onze inbreng in eerste termijn. Ik denk dat in die eerste termijn al genoegzaam gebleken mag zijn dat onze fracties het wetsvoorstel voluit steunen.

Ik wil nog een enkele vraag stellen en opmerking maken over het traject dat de regering zich voorstelt bij de totstandkoming van een nieuwe wettelijke regeling. Ik denk dan vooral aan de procedurele kant daarvan. Het lijkt mij een erg ambitieus streven om medio 2010 een nieuwe wet in het Staatsblad te willen hebben. Het lijkt mij ambitieus omdat behalve de minister van Justitie ook ik mij enige anekdotes kan indenken over de totstandkoming van de Wet BOPZ. Hoe het ook zij, wij hebben daar twintig jaar parlementaire behandeling voor nodig gehad. Nu denken wij in twee jaar tijd een complete nieuwe wet op tafel te hebben. Dat is denkbaar als in de wereld waarin de wet moet werken voldoende unanimiteit, zo niet een unisono geluid zou bestaan. Mij staat bij dat juist in de wereld van de psychiatrie de meningen daarover nog wel eens fors uiteenlopen ondanks alle deskundigheid die wij ons voornemen in te zetten. Ik wil niet zeggen dat het streven té optimistisch is, maar dat het optimistisch is, lijkt mij duidelijk.

Holdijk

Houdt dit voornemen in feite in dat wij vandaag de laatste wijziging van de Wet BOPZ behandelen voordat wij hier met een wetsvoorstel voor een nieuwe BOPZ aan de slag gaan? Mag ik de stand van zaken en de voornemens van de regering zo samenvatten?

De heer **Van de Beeten** (CDA): Voorzitter. Ik dank de beide bewindslieden voor hun uitvoerige beantwoording. Ik zal hen nog voorzien van vindplaatsen Rawls en Nussbaum, maar dat na afloop van het debat. Ik zeg dit mede ter geruststelling van mevrouw Dupuis, alhoewel ik toch nog even op beiden terug moet komen.

Ik heb begrepen dat ik aan een dood paard zou trekken als ik ervoor zou pleiten om toch nog eens met de Tweede Kamer van gedachten te wisselen over de positie van de vrijwillig opgenomen patiënt. Naar ik heb begrepen is dat een weinig productieve bezigheid, dus daar zal ik mij niet aan bezondigen. Ik wacht af op dit punt. Het nieuwe wetsvoorstel zal ongetwijfeld ook aan de positie van deze patiënt opnieuw aandacht moeten geven. Dat zal de regering "on the rebound", een sportterm meen ik, wellicht nog in 2009 aan de Tweede Kamer presenteren. Ik wacht dat met belangstelling af.

Mijn volgende opmerking gaat over de procedurele aanpak van de voorbereiding van de nieuwe wet. Ik heb al eens gepleit voor een staatscommissie. Ik begrijp dat de regering daar niet zoveel voor voelt, maar dat zij wel voelt voor een zeer brede en grondige aanpak. Net als de heer Holdijk meen ik dat dit wenselijk is omdat in het veld verschillende opvattingen leven. Wij moeten niet met de situatie worden geconfronteerd die wij eerder hebben meegemaakt. Ik noem nog maar eens de Wet op de jeugdzorg die deze beide bewindslieden zich ook nog uit andere hoofde zullen herinneren. Je ziet dat zo'n wet vrij gemakkelijk en snel door de Tweede Kamer gaat, maar dan wordt men in de samenleving wakker en komen de grote protesten en ernstige zorgen hier op tafel waar geen amendering mogelijk is. Daarom steun ik het pleidooi van mevrouw Meurs voor een grondige en brede aanpak. Ik moedig de bewindslieden aan om hetgeen zij hier vandaag hebben gezegd, ook in praktijk te brengen.

Minister **Klink** heeft gelijk met zijn opmerking over de sluier van onwetendheid van Rawls, maar de mensen die aan tafel zaten bij Rawls waren wel allemaal van ongeveer dezelfde maatschappelijke statuur in sociaal-economische zin. Dat was een voorwaarde waar Hume al vanuit ging voor het contractsdenken. Die gelijkwaardigheid geldt met name inkomen en bezit. De aanpak van Rawls was er ook op gericht om op basis van het differentiebeginsel ertoe te komen dat de armen die aan tafel zaten er uiteindelijk beter van zouden worden, ook al werden de rijken nog rijker dan de armen minder arm werden. Om maar eens met de heer Lubbers te spreken: de armste rijken en de rijkste armen. Dit was de kerngedachte van de sluier van onwetendheid van Rawls. Daar zaten dus geen gehandicapten aan tafel en hun positie was dan ook zeker geen punt van zorg bij het definiëren van het begrip rechtvaardigheid.

Als mevrouw Dupuis nu zegt dat mijn betoog scherpte aan het debat heeft ontnomen, meen ik dat dit in wezen niet het geval is. Zeker de manier waarop Nussbaum daar vervolgens kritiek op formuleert, maakt duidelijk dat exact de zorg die mevrouw Dupuis heeft, ook door

Nussbaum wordt onderkend. Het debatje in de eerste termijn van de regering over de vraag of vrijheidsbepaling een ernstiger inbreuk is dan het gedwongen toedienen van medicatie, maakt al duidelijk dat je heel snel het risico loopt dat je in rangordes van rechten gaat denken in plaats van in een omgeving van rechten waarbij je soms afhankelijk van omstandigheden het ene recht zwaarder moet laten wegen dan het andere. Dan kan het inderdaad voorkomen dat het separeren een ernstiger inbreuk is dan het toedienen van medicatie, terwijl in andere omstandigheden het tegendeel het geval kan zijn. Dit maakt de problematiek ook zo complex. Dit betekent ook dat je een groot beroep moet doen op de deskundigheid en het inlevingsvermogen van de mensen die in de praktijk met deze wettelijke voorzieningen zullen moeten gaan werken. Daarbij speelt ook de cultuur van waaruit wordt gewerkt een belangrijke rol. Als die cultuur alleen maar is gericht op puur de positie van de patiënt en ook nog eens op een intramurale behandeling en niet op de vraag wat diens perspectief is en hoe wij de maatschappelijke omgeving van de patiënt kunnen inschakelen bij een mogelijke integratie in de samenleving en het realiseren van zijn vermogens, dan hebben wij een groot probleem. De overheid kan hier niet direct invloed op uitoefenen. De structuur van de wetgeving en de impulsen die daarvan uitgaan, kunnen wel een positieve invloed hebben.

Daarbij doet zich dan wel een dilemma voor als de bewindslieden vasthouden aan het gevaarcriterium. Ik wijs erop dat de evaluatiecommissie zegt dat dit gevaarcriterium is opgerekt tot grenzen, omdat er situaties moesten worden opgelost die met dat gevaarcriterium eigenlijk niet meer waren op te lossen. Als dit zo is en de bewindslieden willen er toch aan vasthouden, dan plaatsen zij zich voor een dilemma. Ik ben dan ook zeer benieuwd wat zij op dit punt in de kabinetsreactie op de evaluatie naar voren zullen brengen. Als dit probleem niet adequaat wordt opgelost, zal ook een nieuwe wet geen oplossing bieden voor de problemen waarover wij vandaag hebben gesproken.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Het is verleidelijk om in te gaan op Rawls en alles wat daarmee samenhangt. Ik zal me beperken tot het laatste punt waar de heer Van de Beeten over sprak, het gevaarcriterium, het objectieve aanknopingspunt om al dan niet tot dwangbehandling over te gaan, hetzij binnen de muren van een psychiatrische inrichting, hetzij straks ook daarbuiten. Ik denk dat wij dit debat in het licht van de nieuwe wet nog uitvoerig met elkaar zullen voeren. Hij constateert terecht dat de derde evaluatiecommissie tegen die randen aanzit. Ik zei het zo-even al met betrekking tot zelfbeschikking, ook intramuraal. Onder verwijzing naar het Europese Hof voor de Rechten van de Mens wordt gemeld dat zelfs daar waar iemand wilsbekwaam is er desalniettemin in uitzonderlijke situaties redenen kunnen zijn om daarop inbreuk te maken. Kennelijk is er ook een verder gelegen criterium dan alleen maar het zelfbeschikingsrecht van de persoon in kwestie. Dat kun je in de gevaarstelling zoeken, maar dit wordt natuurlijk ook opgerekt in die zin dat wij allen van mening zijn dat zelfbeschikking niet alleen een maar negatiefrechtelijk aspect in zich draagt – "u blijft van mijn lijf" – maar ook de notie dat je iemand als het ware de condities wil

Klink

meegeven waardoor hij die vrijheid kan verwerklijken. Dan kom je al snel in een schimmige situatie terecht, want kan de overheid bepalen wat het verwerklijken van vrijheid is. Wij kennen uit de geschiedenis de nodige voorbeelden waar de overheid c.q. de behandelaar wel erg ver ging. Toch zullen wij dit debat moeten voeren, want wij kunnen niet weglopen voor die scherpe vraagstelling. Sterker nog, daar zullen wij op de een of andere manier doorheen moeten. Dit is een interessant debat, maar ook een ontzettend belangrijk debat, dat geef ik mevrouw Dupuis na. Als je de mensen in de ogen kijkt om wie het gaat, zie je de teloorgang zich aftekenen. Dan is die vraag behoudens filosofisch ook heel reëel en heel direct en daarmee ook indringend.

Wij hebben uitvoerig gesproken over de koppeling. Ik zal niet herhalen wat ik al heb gezegd. Ik denk dat wij het in grote lijnen eens zijn. De opmerking dat het wat ongelukkig is geformuleerd, trek ik naar me toe. Wij zijn het er in ieder geval over eens dat wij van het locatiegebonden karakter van de zorg af moeten. Tegelijkertijd geldt dat daar waar een persoon gedwongen is opgenomen, het mindere als het ware niet in de weg mag worden gestaan door de criteria die uiteindelijk al golden voor de gedwongen opname, dus ook dwangbehandeling refererend aan het gevaarsettingcriterium.

Ik ben het met mevrouw Dupuis eens dat dwangmedicatie humaner kan zijn dan dwangseparatie. Dit geldt met name voor het traject dat daaraan voorafgaat. Ik sprak zo-even al over de teloorgang, mensen die langdurig worden blootgesteld aan psychoses en de hersenschade die daar het gevolg van kan zijn. Als je dat kunt verhinderen via dwangmedicatie is dat inderdaad een humane stap.

Ik laat het antwoord op de opmerking over het horen van deskundigen graag over aan de minister van Justitie.

De term zorgbehoefte is een gangbare term voor hulpverleners. Ook de rechter toets hieraan. Het begrip kent dus ook harde dimensies waaraan vervolgens ook rechten worden gekoppeld door de rechter. Zorgbehoefte mag echter niet zo worden verstaan dat alleen de patiënt in kwestie zijn behoefte kan definiëren. Ook een medicus of in sommige gevallen de rechter kunnen bepalen wat de zorgbehoefte is. De afweging scharniert om de criteria die daarvoor zijn geformuleerd.

De heer Thissen sprak over de afwegingskaders waar wij voor staan. Ik meen dat die vanmiddag wel helder zijn geworden. Hij zegt dat hij niet voor deze wet zal stemmen omdat er eerst moet worden gekeken naar de voorliggende acties en voorzieningen. Ik kan daar in die zin wel in meegaan dat ook ik heb benadrukt dat zowel in de instelling als daarbuiten de voorwaarden moeten worden gecreëerd voor een maatschappelijke structuur die in feite preventief is. Ik denk dat er met dit wetsvoorstel eerder een bijdrage wordt geleverd aan preventie, zij het in de vorm van dwangmedicatie, dan dat er afbreuk aan wordt gedaan. Ik deel wel met hem dat dit geen alibi mag zijn om andere aspecten van de maatschappelijke structuur te laten zitten.

Ik zal nader moeten bezien in het licht van de begroting in hoeverre wij middelen gaan uittrekken voor de drieschaar. Ik wil graag overgaan tot een pilot, met de samenstelling die mevrouw Slagter in hoofdlijnen aangaf en die samenhangt met het snijvlak van ethiek, recht en zorg. Dat dient erin terug te komen.

Mevrouw Meurs vroeg om meer inzicht in de verschillen. Wij gaan daarnaar onderzoek doen. Ik ben

zeer benieuwd wat daar uit komt. Wat ik zo-even deed, was niet meer dan iets veronderstellen. Een belangrijk onderdeel van de vraagstelling is, of het aanbod zijn eigen vraag schept. Wij gaan dus kijken naar de duiding en de positie van de geneesheer-directeur zal hierbij worden meegenomen. Het zou best zo kunnen zijn dat de professionele houding van betrokkene van invloed is op het aantal dwangopnames, maar dat moet uit de studie blijken.

Interventies moeten inderdaad zo vroeg mogelijk plaatsvinden. Het is belangrijk dat wij in dat opzicht de vinger aan de pols houden. De inspectie is daarbij van belang, maar ook de nadere ontwikkeling van de prestatie-indicatoren zou hierbij kunnen helpen. De inspectie zal er nauwlettend op toezien via de monitor die wij willen. Ik heb het een en ander gezegd over de vrijheidsbeneming en de medicatie. Dit zal nader terugkomen inde afwegingen die wij gaan maken bij de wetgeving naar aanleiding van de derde evaluatiecommissie.

Mevrouw Slagter heeft een vraag gesteld over de harmonisatie met betrekking tot de dwangbehandeling. Wij denken eraan om het criterium van de Wet BOPZ ook te laten gelden in de jeugdzorg. Zeker zullen waarborgen gaan gelden voor een zorgvuldige en deskundige behandeling, in welke sector de behandeling ook wordt uitgevoerd, maar nogmaals, wat ons betreft is de Wet BOPZ maatgevend, ook voor de andere sectoren waarover wij spraken. Voor wat betreft de opvoedkundige maatregelen denken wij aan aansluiting bij de mogelijkheden die de Wet op de jeugdzorg biedt. Als u mij vraagt naar de verhouding tussen de Wet BOPZ en die opvoedkundige maatregelen, zeg ik: dat laat ik graag over aan de nadere behandeling van de wetgeving die toch nog moet komen, want daar zit natuurlijk nog wel de nodige afweging.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Er zijn verschillen geconstateerd tussen dwangopnames en dwanghandelingen. Wij hebben het gehad over de mogelijke achtergronden, maar ik meen dat u nu zei dat er onderzoek naar gedaan wordt. Is al bekend wie dat gaat doen, enzovoort? In eerste instantie was het een constatering van de inspectie. In het persbericht staat dat de inspectie geen onderzoek heeft gedaan naar een verklaring, maar dat zij dat mogelijk wel zou willen doen.

Minister **Klink**: In antwoord op de vragen van mevrouw Meurs heb ik gezegd dat ik dat onderzoek graag tegemoet zie. Wie het gaat doen, is nog een nadere afweging. Het gebeurt wat mij betreft echter wel.

Voorzitter. Ik feliciteer mevrouw Meurs graag met haar maidenspeech in deze Kamer. Het trof mij dat mevrouw Bouwmeester en zij beiden de maidenspeech hielden over de Wet BOPZ; mevrouw Bouwmeester in de Tweede Kamer. Wellicht is er een traditie geboren binnen de Partij van de Arbeid. Aan de andere kant: het sneuvelen van deze wet in de nabije toekomst doet ons vermoeden dat zij waarschijnlijk de laatste in de rij is binnen de PvdA die hierover de maidenspeech heeft gehouden. Desalniettemin: felicitaties van mijn kant.

□

Minister **Hirsch Ballin**: Voorzitter. Ik sluit mij graag aan bij de woorden van dank voor de steun voor het

wetsvoorstel die in de bijdragen in tweede termijn naar voren kwam. Aanvankelijk bestond de indruk dat er in het denken over het onderwerp en het belang daarvan een gebrek aan aansluiting was. Ik ben blij dat die indruk nu is weggenomen. Ik onderschrijf van mijn kant graag wat mevrouw Dupuis zei over de ernst van de psychiatrische problematiek in de instellingen en in de zorg, ten behoeve waarvan deze wet bestaat. Zij kan ervan verzekerd zijn dat bij nieuwe wetgeving hetzelfde geldt, uiteraard ook voor een ander terrein van wetgeving, waar ik de komende jaren samen met de staatssecretaris van Justitie mee bezig zal zijn, te weten de forensische zorg.

Er is dus steun voor ons wetgevingsproject. Mevrouw Slagter noemde het ambitieus; de heer Holdijk gebruikte het woord optimistisch. Ik heb goed kennis genomen van de aanmoediging die naar voren kwam van de kant de Kamer in reactie op wat ik in eerste termijn had gezegd. Zonder verlies van te veel tempo zullen wij goed en met veel zorg de inbreng van deskundigen en belanghebbenden bij het onderwerp van de wetgeving een plaats geven.

Wij zien het als een ambitieuze, maar niet als een onmogelijke opgave. Misschien is het goed om wat dat betreft nog even terug te grijpen op de inderdaad extreem langdurige geschiedenis van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, waarvan ik in verschillende hoedanigheden verschillende fasen heb meegemaakt. Als je op die geschiedenis terugkijkt, kun je constateren dat een wetgevingsproces ook gewoon veel te lang kan duren. Dan krijg je wat hierbij inderdaad speelde, namelijk dat het wetgevingsproces zich voortsleepte en er soms niet maanden, maar jaren verstreken tussen opeenvolgende stappen in het wetgevingsproces. De onderliggende concepties en ideeën over de vraag waartoe de wet moest dienen en waarop hij gericht moest zijn, veranderden. In mijn antwoord in eerste termijn zei ik al dat het allereerste concept van het wetsvoorstel ver lag voor de psychiatriekritiek die eind jaren zestig, begin jaren zeventig zich manifesteerde. Desalniettemin is geprobeerd om met hetzelfde wetsvoorstel verder te gaan. Dat verklaart het oponthoud, maar ook de moeite die het dan kost om het te verwerken. Daarom was het ook zo belangrijk, als ik dat bij deze gelegenheid mag opmerken, dat wat uit de onderscheiden fracties naar voren kwam en wat mijn collega en ik vanachter de regeringstafel hebben gezegd, een hoge mate van convergentie vertoonde. Wij beschikken nu over een heel opmerkelijke mate van eenheid van conceptie over wat de uitgangspunten moeten zijn voor de nieuwe wetgeving.

Uit dat oogpunt vond ik dit debat belangrijk, ook met het oog op de ambitieuze taak die wij op ons hebben genomen. U mag mij inderdaad als aanstaande eerste ondertekenaar aanspreken op de voortgang van het wetgevingsproces. Ik zal dat als een aanmoediging zien, maar ik vond het ook buitengewoon betekenisvol dat er al zoveel kon worden gezegd over de lijnen die aan het wetsvoorstel ten grondslag liggen. Dit geldt voor wat mevrouw Meurs zei in haar bijdrage over de uitgangspunten. Het geldt ook voor de discussie die zich in het bijzonder met de heer Van de Beeten en mevrouw Dupuis ontrolde over Martha Nussbaum en John Rawls. Ik zal desalniettemin nu de verleiding weerstaan om nog meer te zeggen over die discussie. De heer Van de Beeten sprak enkele behartigenswaardige woorden over

de verhouding tussen de Tweede Kamer en de Eerste Kamer als het gaat om een amendement. Ik denk dat de Tweede Kamer vaker wordt geciteerd in de Eerste Kamer, maar als wij nu op de sluier van onwetendheid verder doorgingen met deze discussie tussen regering en Eerste Kamer, denk ik dat de heer Van de Beeten misschien de niet door hem geheel gewenste verrassing zou overkomen dat hij wordt aangehaald in het komende debat in de Tweede Kamer over het burkverbod.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fractie van GroenLinks wordt conform artikel 121 van het Reglement van Orde aantekening verleend dat zij geacht willen worden, zich niet met het wetsvoorstel te hebben kunnen verenigen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de voortzetting van het **themadebat Duurzame ontwikkeling van de landbouw in Europees en mondiaal perspectief** in het kader van de behandeling van **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (XIV) voor het jaar 2008 (31200-XIV) en het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaat van het Diergezondheidsfonds voor het jaar 2008 (31200-F)**.

□

Minister **Verburg**: Voorzitter. Voor ik met mijn inbreng begin, wil ik graag een opmerking maken. Het kan zijn dat ik van tijd tot tijd langs mijn neus wrijf. Dat is deels emotie en deels noodzaak omdat ik vorige week woensdag een kleine ingreep aan mijn oog heb ondergaan. Dat wil nog wel eens leiden tot enige vochtscheiding. Het is geen verkiezingscampagne en er is er ook geen in zicht voor zover ik weet, dus ik kan dit ook niet benutten op de een of andere manier. U weet nu in elk geval waar het mee te maken heeft.

Ik dank de leden van de Eerste Kamer voor hun inbreng in eerste termijn. Ik dank de Kamer ook voor de keuze die is gemaakt om dit debat op een paar thema's toe te spitsen. Dat leidt tot verdieping, tot een aantal zeer interessante gedachtewisselingen en tot goed opgebouwde betogen. Ik dank de Kamer daar zeer voor. Ik feliciteer de leden die hun maidenspeech hebben gehouden vanmiddag. Beide waren van een indrukwekkend gehalte. Ik zal later ingaan op de zaken die zij hebben aangesneden.

Ik heb mijn betoog opgebouwd in een aantal blokken. Ik ga eerst in op het thema innovatie en duurzaamheid, dan op het blok gemeenschappelijk landbouwbeleid en vervolgens ga ik in op een aantal losse vragen dat is gesteld. Als de leden ergens in een blokje de beantwoording van hun vraag missen, hebben zij goede kans dat ik daar later nog op terugkom.

Het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit is in veel opzichten het ministerie van het goede leven. Met de zorg voor gezond en lekker eten en voor