

# 45ste vergadering

Donderdag 3 februari 2000

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Weisglas

Tegenwoordig zijn 138 leden, te weten:

Van den Akker, Albayrak, Apostolou, Van Ardenne-van der Hoeven, Arib, Atsma, Augusteijn-Esser, Van Baalen, Balemans, Balkenende, Barth, Van Beek, Belinfante, Van den Berg, Biesheuvel, Bijleveld-Schouten, Blaauw, Van Blerck-Woerdman, Blok, De Boer, Van Bommel, Bos, Brood, Buijs, Bussemaker, Cherribi, De Cloe, Cornielje, Crone, Van Dijke, Dijkma, Dijkstal, Ditrich, Van den Doel, Duijkers, Duivesteijn, Essers, Eurlings, Feenstra, Geluk, Van Gent, Van Gijzel, Giskes, Gortzak, De Graaf, De Haan, Halsema, Hamer, Harrewijn, Hermann, Herrebrugh, Hessing, Hindriks, Van der Hoek, Van der Hoeven, Hofstra, De Hoop Scheffer, Kamp, Kant, Karimi, Klein Molekamp, Van der Knaap, Koenders, Kortram, Kuijper, Lambrechts, Leers, Luchtenveld, E. Meijer, Th.A.M. Meijer, Melkert, Middel, Van Middelkoop, Mosterd, Nicolai, Niederer, Van Nieuwenhoven, Noorman-den Uyl, Oedayraj Singh Varma, Oplaat, Örgü, Oudkerk, Van Oven, Passtoors, Patijn, Poppe, Rabbae, Ravestein, Reitsma, Remak, Van 't Riet, Rietkerk, Rijpstra, Rosenmöller, Ross-van Dorp, Rouvoet, Santi, Scheltema-de Nie, Schimmel, Schoenmakers, Schreijer-Pierik, Schutte, Smits, Snijder-Hazelhoff, Spoelman, Van der Staaij, Van der Steenhoven, Stellingwerf, Stroeken, Swildens-Rozendaal, Terpstra, Timmermans, Udo, Valk, Ter Veer, Te Veldhuis, Vendrik, Verbugt, Verburg, Visser-van Doorn, Van der Vlies, Van Vliet, M.B. Vos, O.P.G. Vos, Voûte-Droste, De Vries, Wagenaar, Van Walsem, Weekers, Weisglas, Van Wijmen, Wijn, Wilders, De Wit,

Witteveen-Hevinga, Van Zijl, Zijlstra en Van Zuijlen,

en de heren Korthals, minister van Justitie, Zalm, minister van Financiën, mevrouw Borst-Eilers, vice-minister-president, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heren Cohen, staatssecretaris van Justitie, en Vermeend, staatssecretaris van Financiën.

□

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede, dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden Van de Camp, Marijnissen en Dankers, wegens bezigheden elders.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden (uitbreiding tot therapiebaden) (26567).**

Dit wetsvoorstel wordt zonder beraadslaging en, na goedkeuring van de onderdelen, zonder stemming aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Een aantal wijzigingen van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen op technische punten onder meer naar aanleiding van de evaluatie (26527).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Het woord is aan

mevrouw Van der Hoek, die haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Ik vind het een voorrecht dat ik mijn maidenspeech kan houden over een onderwerp dat zo breed leeft in de samenleving. De zaken die de Wet BOPZ behandelt, grijpen diep in in het leven van mensen. Dat blijkt wel uit de vele brieven en telefoontjes die wij hierover als Kamerleden ontvangen. Deze wet is dan ook van groot maatschappelijk belang voor patiënten, voor hun omgeving en voor de uitstraling naar de samenleving. Wij hebben daarbij zowel te maken met het zorgaspect als met de veiligheid. Eigenlijk had de fractie van de Partij van de Arbeid gehoopt dat de situatie van de zogenaamde groep verkommerden en verloederden, die voor het grootste deel uit psychiatrische patiënten bestaat, uit patiënten die geen ziekte-inzicht hebben en uit schizofrene patiënten, een centralere rol zou spelen bij het onderwerp dat wij nu bespreken.

Bij de evaluatie heeft de evaluatiecommissie bovendien aangegeven dat voor de zogenaamde GBGB-groep, degenen die geen bereidheid tonen maar ook geen bezwaar, het criterium van de nodige bereidheid, zoals het in de wet is geformuleerd, niet voldoet. Het Trimbos-instituut heeft kortgeleden na onderzoek aangetoond dat deze groep veel groter is dan de regering veronderstelde. Volgens de Wet BOPZ mogen ernstig verwarde patiënten alleen met een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging worden opgenomen. Blijkens het onderzoek van het Trimbos-instituut gebeurt dat bij deze groep in maar 29% van de

## Van der Hoek

gevallen. De vraag is hoeveel patiënten uit deze groep uiteindelijk tussen wal en schip terecht komen. De minister heeft de Kamer aangegeven dat zij dit onderwerp bij de volgende evaluatie wil behandelen. Dan spreken wij echter over het jaar 2002. De wetswijzigingen die wij nu behandelen, zijn al in 1997 geëvalueerd en worden in het jaar 2000 behandeld. De wetsvoorstellen die in de toekomst aan de orde moeten komen, worden telkens door de regering zonder toelichting naar achteren geschoven. Zie bijvoorbeeld het wetsvoorstel over de voorwaardelijke rechterlijke machtiging bij ambulante dwangbehandeling. Bij de toezeggingenregistratie in februari 1999 wordt gemeld dat het wetsvoorstel in het najaar van 1999 bij de Kamer zal worden ingediend. Bij brief van 7 april werd dit februari 2000. Bij de toelichting van de nu te bespreken wetsvoorstellen geeft de regering aan dat het september 2000 wordt. In de kortgeleden ontvangen brief van 14 januari over een tijdstraject bij de beleidsvisie GGZ wordt zonder nadere verklaring vermeld dat het wetsvoorstel ingediend zal worden in november 2000. De behandeling van het wetsvoorstel over patiënten zonder ziekte-inzicht staat gepland in het jaar 2001.

Dat betekent dat maatschappelijk belangrijke zaken telkens worden opgeschoven en door deze Kamer op een later tijdstip kunnen worden behandeld dan gewenst is. De minister heeft aangegeven wanneer wij deze wetten kunnen verwachten. Zij heeft daarbij summier aangegeven welke onderzoeken en adviezen zij wil aanvragen. Kan de minister aangeven welke stappen voor deze wetsvoorstellen moeten worden genomen? Zij mag dit overigens ook schriftelijk doen. Ik wil nu echter wel reeds horen waarom dit lange tijdspad nodig is. Zijn bepaalde onderzoeken wel nodig? Weten wij nu al niet genoeg? Indien die onderzoeken nodig zijn, kunnen zij dan een sneller tijdspad volgen? Op deze wijze krijgt de Kamer inzicht in het traject en kan zij controle uitoefenen. Voorzitter! Het gaat hier om zulke belangrijke zaken dat wij onszelf – maar ook de regering – moeten dwingen tot snelheid zonder uiteraard de zorgvuldigheid uit het oog te verliezen.

De PvdA-fractie is van mening dat een grote groep patiënten en hun

familie niet zo lang kunnen wachten. De minister kan naar onze mening als het gaat om het gevaarscriterium niet volstaan met een verwijzing naar voorlichtingsbrochures of -bijeenkomsten. In dit kader vraag ik haar of zij van mening is dat hier sprake is van een definitieprobleem of van een informatieprobleem. Mijn fractie is van mening dat hier wel degelijk sprake is van een definitieprobleem. Bij het criterium "de nodige bereidheid" kan niet worden volstaan met een verwijzing naar de volgende evaluatie in 2002. Die hebben wij niet nodig om hierover op korte termijn nog eens fundamenteel van gedachten te wisselen.

Ik ken de minister als zeer betrokken bij juist deze groep. Ik kan mij dan ook niet voorstellen dat zij niet bereid is op korte termijn met de Kamer de discussie aan te gaan over deze problematiek die velen na aan het hart ligt. Want, om wie gaat het hier? Om Melchior – 11 jaar oud – die in een brief vertelt hoe het is om een moeder te hebben die geen medicijnen wil slikken en ook niet gedwongen kan worden opgenomen. Hij schrijft "Mijn moeder staat te schreeuwen op het balkon, soms naakt. Zij zit schreeuwend op het dak van een auto. Kinderen zien haar vol verbazing bezig. De burens bellen vele keren de politie, die vaak aan de deur komt, maar niets kan uitrichten. Toen mijn moeder uit de inrichting kwam, kon niemand haar meer dwingen om medicijnen te nemen. Als dit wel zo geweest was, was mij een hoop narigheid bespaard gebleven. Het zou beter zijn als de wet zou toestaan dat iemand als mijn moeder gedwongen kon worden opgenomen om zich te laten behandelen."

Het gaat om de familie van een schizofrene patiënt die schrijft: "Onze zoon voldoet al jaren aan het sociaal-maatschappelijk element uit het gevaarscriterium, maar men weigert hem op te nemen. Hij moet eerst een ernstig delict plegen."

Het gaat om de ouders van Alexei: "Wij zijn nu 76 en 79 jaar oud en onder behandeling van huisarts en specialist doordat onze zoon zichzelf ernstig verwaarloost. De burens ondervinden veel overlast door geschreeuw, ook 's nachts. Het ziekte-inzicht van onze zoon is minimaal. Wat blijft er nog over van zijn zelfbeschikkingsrecht als hij op straat moet leven?"

Het gaat om die jongeman die met een dik dossier in de hal van de ingang van het Kamergebouw aan het Plein staat. Hij probeert dit tevergeefs aan enkele gehaaste Kamerleden aan te bieden. Ik raak met hem in gesprek, krijg onwillekeurig het dossier mee en weet na het gesprek en oppervlakkige bestudering van het dossier wel wat er aan de hand is. De Hoge Raad heeft in een arrest bepaald – en daarover is jurisprudentie – dat onder gevaar in het gevaarscriterium kan worden verstaan, het gevaar dat iemand maatschappelijk te gronde gaat of zichzelf in ernstige mate verwaarloost. Voor deze jongeman kan dit bijna worden voorspeld, evenals voor dat meisje in Burgum dat niet alleen zichzelf verwaarloost, maar ook bij haar moeder inbreekt en deze op de rand van een zenuwzinking brengt.

Daarom vraagt de PvdA-fractie de minister om op zeer korte termijn te komen met een standpunt over zowel het gevaarscriterium als over het criterium van de nodige bereidheid. Wij zouden dit punt dan tegelijk met het wetsvoorstel ambulante dwangbehandeling kunnen bespreken, dat naar onze mening uiterlijk in september 2000 moet worden behandeld.

Overigens realiseer ik mij terdege dat wij er niet zijn met alleen een mogelijke herformulering van genoemde criteria. Onze fractie heeft in september 1999 tijdens het notaoverleg over de beleidsvisie al aangegeven dat het noodzakelijk is om de maatschappelijke opvang van dak- en thuislozen en verslaafden via een sluitende aanpak en samenwerking van alle instanties te regelen. De verantwoordelijkheid berust uiteraard bij de gemeenten. Het gaat er natuurlijk vooral om dat mensen die zorg nodig hebben, niet aan hun lot worden overgelaten en een goede begeleiding krijgen, ook na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. Daarover heeft onze fractie in september 1999 een kamerbreed gesteunde motie ingediend. Maar het is letterlijk toch te gek om los te lopen dat wij van veel wethouders en hulpverleningsinstanties, maar ook van bijvoorbeeld woningbouwverenigingen moeten horen dat zij niet voldoende greep kunnen krijgen op de grote groep verkommerden en verloederden. De oplossing moet niet alleen worden gezocht bij de opname, maar ook bij de opvang.

## Van der Hoek

Wij moeten ervoor zorgen dat mensen niet op straat hoeven te leven. Die opvang kan worden geboden door een GGZ-instelling, als wordt voldaan aan de mogelijk te herformuleren criteria, maar ook door de maatschappelijke opvang. Mijn fractie dringt er daarom bij de minister op aan om in het kader van de komende Voorjaarsnota en de begrotingsbespreking te zoeken naar extra oplossingen voor de opvang van psychiatrische patiënten en dan in het bijzonder voor de zogenaamde verkommerden en verloederden. In dit verband wijs ik op een brief die ik deze week ontving van de Federatie opvang. In deze brief wordt aangegeven dat de hulpverleningsinstanties bereid zijn samen te werken en dat ook doen, maar dat sommige hulpbehoevenden in geen enkele reguliere voorziening thuishoren of te handhaven zijn. Deze federatie suggereert, een aparte voorziening te creëren waarin GGZ, GGD en politie samenwerken en waarbij een integraal voorzieningspakket is gewaarborgd. Extra oplossingen moeten in dit soort mogelijkheden worden gezocht.

Ik ga kort in op het antwoord op een vraag van de D66-fractie in de nota naar aanleiding van het verslag. Deze vraag betrof het gedwongen ontslag. De PvdA-fractie heeft in een eerdere schriftelijke vragenronde aangegeven dat patiënten ook na een gedwongen ontslag niet onbegeleid op straat mogen worden gezet. De minister geeft aan een en ander te willen evalueren. Kan zij echter aangeven hoe zij deze maatregel wil evalueren? Ik vraag dit, omdat zij in de beantwoording in mei 1999 aangeeft dat dergelijke gegevens niet worden geregistreerd. Kan zij verder garanderen dat patiënten na een gedwongen ontslag of bij een zogenaamde "time-out" verantwoorde begeleiding krijgen? Hoe wordt dit geregeld?

Voorzitter! Ik ga nu in op een aantal voorgestelde wijzigingen. Ik merk daarbij op dat de titel van deze wetswijzigingen enigszins misleidend is, aangezien het niet alleen technische wijzigingen betreft, maar wel degelijk ook inhoudelijke. Een van die inhoudelijke wijzigingen betreft de positie van de klachtencommissie en de behandelaar.

Terecht wordt voorgesteld de klachtencommissie beslissingsbevoegdheid te geven bij omschreven klachten. De PvdA-fractie juicht

dit toe, omdat er dan sprake zal zijn van een onafhankelijker toetsing. In de wet is niet goed geregeld wat de rechtsgevolgen zijn van een beslissing van de klachtencommissie en wat de positie van de behandelaar is. Neem de volgende casus: een patiënt klaagt over zijn gedwongen medicatie; de klacht wordt door de klachtencommissie gegrond verklaard, maar de behandeling wordt toch door de behandelaar voortgezet. Een behandelaar kan hiertoe beslissen, omdat hij er vanuit zijn professionele en medische verantwoordelijkheid van is overtuigd dat de medicatie moet worden doorgezet.

Naar mijn mening is in de wet niet goed geregeld of de beslissing van de klachtencommissie in een dergelijke situatie voldoende rechtstitel oplevert om consequenties te verbinden aan de beslissing waarover werd geklaagd. De regering wijst er in de nota naar aanleiding van het verslag op dat zowel het bestuur als de geneesheer-directeur op de gevolgen kan worden aangesproken en dat er dan sprake is van een onrechtmatige daad. Een en ander moet vervolgens wel aan de civiele rechter worden voorgelegd en die kan hieraan dan zijn of haar eigen interpretatie geven. Bovendien regelt de wet niet de positie van de behandelaar die, in tegenstelling tot de klager, geen beroepsmogelijkheid heeft, maar wel juridisch verantwoordelijk is voor de tuchtrechter of de civiele rechter. Ik vraag de minister een sluitende formulering voor te stellen voor de rechtsgevolgen van een beslissing van de klachtencommissie en de positie van de behandelaar toe te lichten. Kan zij daarbij aangeven hoe een en ander wettelijk kan worden vastgelegd?

Ik vraag verder aandacht voor een omissie in de wet die direct raakt aan de positie van de patiënt. Als een patiënt het niet eens is met de uitslag van het onderzoek van de psychiater, op grond waarvan hij of zij gedwongen is opgenomen, kan deze patiënt op grond van de wet bij de rechter om een deskundigenonderzoek vragen. De rechter kan dan, gehoord de patiënt, een contra-expertise aanvragen. Wij moeten ons realiseren, voorzitter, dat wij het hierbij niet over iemand hebben die een strafbaar feit heeft gepleegd, maar over iemand die op grond van een geesteszieke gedwongen wordt opgenomen op last van de officier

van justitie. De gemeenschap verplicht dus opnemings, de patiënt heeft recht op een contra-expertise – dat staat ook in de wet – gelast door de rechter. Wij vinden dan ook dat de kosten door de gemeenschap moeten worden gedragen. De wetstekst voorziet niet in deze kosteloze contra-expertise. De regering schrijft wel dat in dergelijke gevallen de kosten ten laste van de gemeenschap moeten komen, maar waar vinden wij dat in de wet? Immers, formeel is toepasselijk de Wet tarieven in strafzaken. Dit betekent dat de patiënt de kosten moet dragen. Ik refereer in dit verband aan vergelijkbare zaken, bijvoorbeeld zoals geregeld in artikel 8:36 van de Algemene wet bestuursrecht en artikel 810 Rv inzake kindbescherminszaken, waaraan een soortgelijke clausule kortgeleden is toegevoegd. Daarom heeft de PvdA-fractie een amendement ingediend op dit punt.

Verder wil ik graag een toelichting van de minister op de passage over de mogelijkheid van cassatie. Ik ben het eens met de voorgestelde wetswijziging inzake het creëren van cassatiemogelijkheden, maar ik begrijp niet waarom dit moet worden uitgesteld. De regering geeft aan dat de Hoge Raad hiermee heeft ingestemd, maar ook de klachtenprocedure opnieuw wil bekijken. Dit lijkt mij op zichzelf een goede zaak, maar hangt het een dan samen met het ander? Ik zie dit op het eerste gezicht niet zo. Ik hoor graag de toelichting van de minister.

Er is een nota van wijziging ingediend, de eerste, betreffende patiënten die door de strafrechter zijn veroordeeld voor een strafbaar feit dat hen op grond van hun geestesziekte niet kan worden aangerekend. Op zichzelf kan ik akkoord gaan met deze wijziging, omdat het natuurlijk niet zo kan zijn dat de officier van justitie hier geen opnameplicht kan gelasten en dat mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Ik heb in dit verband echter wel een vraag. Alle psychiatrische ziekenhuizen zijn na wijziging van de wet verplicht deze patiënten op te nemen. Een aantal zijn daartoe goed in staat, maar er zijn ook instellingen die qua veiligheid, scholing van personeel en dergelijke hier nog niet op zijn ingesteld. Is de minister van mening dat de capaciteit van de GGZ-instellingen voldoende is? Ik zou hier graag een

## Van der Hoek

toelichting op willen hebben. Het lijkt mij goed wanneer wordt afgesproken dat de minister hierover overleg voert met GGZ Nederland en eventueel betrokken instellingen en dat zij de vaste commissie voor VWS van de uitkomsten op de hoogte stelt.

Verder heb ik nog een vraag bij de terminologie in de wet waar het gaat om een instelling voor gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Wij kregen een brief van de VNG waarin men aangaf dat bepaalde bewoordingen in de wet niet aansluiten bij de situatie in deze instellingen, zoals de term "geneesheer-directeur". Is dit inderdaad het geval? Als er dan iets veranderd moet worden, geven wij de minister in overweging om aan te sluiten bij de nieuwe wettelijke regeling die momenteel wordt ontwikkeld en waarover in de brief van de minister van VWS van 5 juli 1999 wordt gesproken. Graag horen wij de reactie van de minister hierop.

Op het allerlaatste moment kregen wij nog een tweede nota van wijziging. Daarbij heb ik enkele vragen. Voorzover ik heb begrepen, wordt een en ander niet besproken bij de evaluatie. Door wie wordt de termijn van vijf dagen te beperkend gevonden? Welke termijn wordt, wanneer de wijziging wordt doorgevoerd, dan acceptabel gevonden? Bij de tweede wijziging is mijn vraag of er al een formulier is ontwikkeld, bijvoorbeeld in overleg met de inspectie en het veld.

### Voorzitter: Van Nieuwenhoven

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Mevrouw de voorzitter! Ik ben mij ervan bewust dat de aard van deze wet die zo diep ingrijpt in het leven van mensen bij de behandeling daarvan vaak meer vragen oproept dan direct beantwoord kunnen worden. In een maidenspeech mag men zich de vrijheid veroorloven om daar op een andere manier op te reageren dan in de gebruikelijke politieke bewoordingen. En dan wil ik graag aansluiten bij de woorden die de pas benoemd dichter des vaderlands, Gerrit Komrij, sprak tijdens een interview voor het *Journal*. Gedichten, zo zei hij, zijn ons geestelijk voedsel en kunnen werken als een goed psychiater. Daarom wil ik eindigen met een gedicht van de dichter-psychiater Rutger Kopland – ik ben in goed

gezelschap heb ik ontdekt – die het overigens te druk had om dichter des vaderlands te worden. Hij schreef dit gedicht ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van het psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord in Zuidlaren. Ik heb bij dit gedicht de associatie van al die lange, boomrijke lanen die dit type instellingen omringen en daarbij die ene man, die ene vrouw die daar eenzaam en soms zo verloren loopt. Toch geeft dit gedicht troost op die momenten waarin het bestaan van de mens zo uitzichtloos kan lijken.

Beukenlaan

De gedachte dat deze bomen weten wie ik ben, uit al deze mensen deze toevallige

man, vrouw, deze ene

Ze komen zo langzaam uit het gazon gaan zo langzaam langs het pad verdwijnen zo langzaam

De gedachte dat deze bomen

om mij geven, dat ze op mij

wachten,

dat ze weten dat ik kom.

De **voorzitter**: Ik feliciteer mevrouw Van der Hoek met haar maidenspeech.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

□

De heer **Passtoors** (VVD): Mevrouw de voorzitter! Ik complimenteer mijn collega Annet van der Hoek van harte met haar betrokken maidenspeech en de keuze van haar gedicht. Ik feliciteer haar en wens haar heel veel succes en vooral veel genoegen toe in het echte werk in deze Kamer.

Vandaag bespreken wij de wettelijke implementatie van een aantal aanbevelingen, gedaan bij de evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) in 1997 en besproken in het algemeen overleg van maart 1998. De VVD heeft toen benadrukt dat uit de evaluatie gebleken is dat de Wet BOPZ goed wordt uitgevoerd en voldoet aan de eisen die de Nederlandse samenleving daaraan kan stellen. Dit geldt ook voor de wet, voorzover die van toepassing is op psychogeriatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Voor ons staat het zelfbeschikingsrecht van het individu voorop. Inbreuken hierop vereisen een goede rechtsgrond, een wettelijke basis en

voldoende garanties voor rechtsbescherming van de patiënt. Een aparte groep vormen de verkommerden en verloederden en de dak- en thuislozen. Uiteraard valt de aanpak van deze groepen allereerst onder de openbare geestelijke gezondheidszorg. Indien nodig, is het van groot belang dat de patiënt ervan overtuigd wordt, zo nodig met veel aandrang, dat deze instemt met een opname en een adequate behandeling. Deze drang kan zowel door hulpverleners als door justitie worden uitgeoefend. Interessant hierbij zijn bijvoorbeeld de intensieve en voortdurende inspanningen van een groep vrijwilligers in Amsterdam om deze desolate en zorgmijdende mensen door grote aandrang te overtuigen van de noodzaak om zich te laten helpen.

Als iemand feitelijk wilsonbekwaam is, maar op een (veel) eerder moment uit vrije wil weloverwogen en duidelijk te kennen heeft gegeven zo nodig opgenomen en behandeld te willen worden, ook als hij of zij zich op dat moment in een wilsonbekwame toestand bevindt en zich dan wél verzet, zal hij of zij in dat geval toch behandeld moeten kunnen worden. Een zelfbindingsverklaring, die op een eerder moment gemaakt kan worden, hoeft onzes inziens niet zo ingewikkeld te zijn. Analogie met het donorcodicil is volgens ons goed mogelijk. Ziet de minister kans om dit jaar hiervoor een wettelijke regeling op te stellen? Of zijn er andere mogelijkheden om zo'n verklaring rechtskracht te geven?

Een aparte groep vormen de mensen die niet laten blijken dat zij weten wat er aan de hand is, de zogeheten groep van "geen bereidheid geen bezwaar" (GBGB) of "geen bereidheid geen verzet", zoals de minister het omschrijft. Uit een onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat de omvang van die groep toch veel groter is dan de minister had verwacht. Het gevaarscriterium moet in hun geval doorslaggevend zijn voor een rechterlijke voorlopige machtiging. De Hoge Raad heeft dit gevaarscriterium, dat in het land nog wel eens verschillend werd ingevuld, in een arrest uitgebreid beschreven en uitgewerkt. Collega Dittrich heeft deze interpretatie door de Hoge Raad in een amendement verwerkt. Wellicht komen wij daar straks op terug. De VVD denkt in beginsel positief over dit amendement, maar

## Passtoors

zij wil graag eerst de reactie van de minister op dit amendement vernemen en die reactie wegen.

Ik stap over op een ander punt, voorzitter. Hoe staat het met de regeling van de ambulante dwangbehandeling? De minister heeft er al iets van aangegeven. Kan dat wetsvoorstel eerder dan september aanstaande naar de Kamer komen? Hoe staat het met de uitbreiding van de mogelijkheid van dwangbehandeling voor bepaalde andere geestesstoornissen?

De VVD is tevreden met de bevestiging van de regering dat het verlenen van verlof, behalve verantwoord voor de patiënt, ook voor de samenleving verantwoord moet zijn. Meestal zal het dan gaan over een in alle opzichten verantwoord verlof ter voorbereiding van een verantwoorde terugkeer in de maatschappij.

Voorzitter! Geestelijke gezondheid Nederland plaatst vragen bij de mogelijkheid om via de Wet BOPZ opname te kunnen laten afdwingen door de officier van justitie, een mogelijkheid die hij volgens artikel 37 Wetboek van Strafrecht niet heeft. GGZ Nederland wil deze mogelijkheid liever via het strafrecht dan via de Wet BOPZ vastleggen. Wat vindt de minister hiervan? Wordt er spoed gemaakt met het znodig aanpassen van psychiatrische ziekenhuizen om dergelijke opnames te doen of worden er expliciet instellingen aangewezen voor deze functie? Zijn er wel voldoende mogelijkheden om aan deze vraag te voldoen?

Voorzitter! De wijzigingen die de regering voorstelt, dragen goed bij aan de versterking van de rechtsbescherming van de patiënt: een betere besluitvorming met meer inzicht in de actuele situatie van de betrokkene rondom de verlening van een machtiging en een betere controle op dwangbehandeling. Met de regering acht de VVD het van belang dat de Hoge Raad de mogelijkheid krijgt eenheid te brengen in de interpretatie van de wettelijke criteria, in het bijzonder voor de dwangtoepassing en derhalve cassatie toe te staan. Op welke termijn verwacht de Hoge Raad hiervoor de klachtenprocedure voldoende te hebben gezien? Is nu al in artikel 41, lid 14, bij nota van wijziging de mogelijkheid van cassatie bij de Hoge Raad vastgelegd en gaat dit deel van het artikel op grond van artikel 80 pas later in of

moet dit nog gebeuren? In dit laatste geval is onzes inziens een nieuwe nota van wijziging nu al wenselijk om zodoende later een meestal tijdrovende wetswijzigingsprocedure voor dit punt te voorkomen.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP):  
Mevrouw de voorzitter! Vandaag spreken wij over de wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, in het dagelijks spraakgebruik verworpen tot de Wet BOPZ en zo nu en dan betrap je jezelf en anderen erop dat zij nog korter wordt geformuleerd: de Wet bopz.

Deze zeer gecompliceerde wet kent een lange ontstaansgeschiedenis. Het oorspronkelijke wetsvoorstel werd in 1971 ingediend en het was een typisch product dat sterk door het gedachtegoed van de jaren zestig was beïnvloed, dit in tegenstelling tot de Wet BOPZ zoals zij er nu uitziet. Was in het oorspronkelijke wetsvoorstel in geval van onvrijwillige opname de vrijheid van de patiënt duidelijk ondergeschikt aan de vrijheid van zijn omgeving, in de huidige omstandigheid is dankzij de emancipatie en de verbetering van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt, de weegschaal meer naar de andere kant doorgeslagen.

Hoewel de SGP-fractie zich in het verleden – ik memoreer het feit dat mijn voorganger ds. H.G. Abma, die ik in 1981 in de fractie mocht opvolgen, als voorzitter van de toen nog bestaande bijzondere commissie voor het wetsvoorstel 11270 heeft gefungeerd – en tot op de dag van vandaag altijd zeer betrokken heeft gevoeld bij de ontwikkelingen rondom de Wet BOPZ, kan zij toch niet aangeven welke van de twee uitersten die ik zojuist schetste, haar het meest aanspreekt. Zoals in veel gevallen ligt ook hier de waarheid ergens in het midden. Het gaat er in onze optiek om – ik parafraseer daarbij de brief van 3 april 1998 over de evaluatie van de wet – dat er een juiste balans wordt gevonden tussen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt enerzijds en het recht op noodzakelijke zorg en bescherming van belangen van anderen anderzijds. De regering mag in de nota naar aanleiding van het verslag dan wel schrijven dat het vinden van dat juiste evenwicht in het onderhavige voorstel niet aan de orde is, voor de

SGP-fractie vormt het toch de rode draad die onlosmakelijk door het hele wetsvoorstel loopt en die altijd aanwezig is, hoewel soms onder de oppervlakte.

Tijdens het algemeen overleg van 26 maart 1998 over het kabinetsstandpunt betreffende de evaluatie van de wet is uitgebreid en diepgaand gediscussieerd over een aantal belangrijke vraagstukken rondom de zelfbindingsverklaring, ambulante dwangbehandeling en de uitbreiding van de criteria voor dwangbehandeling van patiënten zonder ziekte-inzicht. Daaruit resulteerde van de kant van de regering de toezegging dat er – misschien mag ik wel zeggen fundamenteel – onderzoek zou komen naar de mogelijke juridische en ethische knelpunten die zich bij deze onderwerpen voordoen. Dit onderzoek zou door de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek, NWO, worden uitgevoerd en had inmiddels toch wel beschikbaar mogen zijn. Ik heb echter horen verluiden dat de totstandkoming van het onderzoeksrapport vertraging heeft opgelopen. Klopt dat en, zo ja, wat is de oorzaak van deze vertraging? Wanneer kunnen wij het rapport werkelijk tegemoet zien?

De volgende stap zou zijn dat de regering na ontvangst van de resultaten van het onderzoek van NWO voorstellen tot wijziging van de Wet BOPZ met betrekking tot bovengenoemde onderwerpen als de zelfbindingsverklaring, ambulante dwangbehandeling en de uitbreiding van de criteria voor dwangbehandeling van patiënten zonder ziekte-inzicht bij de Kamer indient. Ik citeerde zojuist de toezeggingenregistratie die naar aanleiding van het algemeen overleg is opgesteld. Mij dunkt dat het hier om belangrijke onderwerpen gaat. Dit zijn nu juist de thema's die steeds weer opduiken, wanneer het gaat om de knelpunten bij de uitvoering van de wet. Kan de regering nader aangeven over welke andere onderwerpen in het kader van de Wet BOPZ toezeggingen zijn gedaan en welk tijdpad haar daarbij voor ogen staat? Er moet tempo gemaakt worden, uiteraard met behoud van zorgvuldigheid, aldus collega Van der Hoek in haar maidenspeech, waarmee ook ik haar van harte gelukwens. Ik sluit mij uitdrukkelijk bij die visie aan. Ik wil daar beslist

## Van der Vlies

nog meer over vernemen van de minister.

Het gaat vandaag om de aanpassing van de wet op technische punten, onder meer naar aanleiding van de evaluatie. Reeds in het verslag is van diverse kanten opgemerkt dat deze betiteling wat misplaatst lijkt. Het gaat immers ook om inhoudelijke punten. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de beoogde wijziging van het klachtrecht, zoals voorgesteld in artikel 41. Dit nieuwe artikel 41 voorziet in een zelfstandige positie van de klachtencommissie waarbij deze commissie de bevoegdheid krijgt om beslissingen te schorsen, alsmede bindende uitspraken te doen. De SGP-fractie vraagt de regering om nog eens duidelijk uiteen te zetten hoe de bevoegdheid van de klachtencommissie tot het schorsen c.q. het doen van een bindende uitspraak zich verhoudt met de eindverantwoordelijkheid van het bestuur van de instelling. Is het niet zo dat uiteindelijk het bestuur in laatste instantie zal moeten besluiten of onder zijn verantwoordelijkheid een besluit zal worden genomen over wat er gebeurt in reactie op een klacht? Kan de regering nader toelichten waarom de klachtenregeling op basis van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, waarbij de uitspraak van de klachtencommissie geldt als een zwaarwegend advies aan het bestuur, in de BOPZ-instellingen niet de voorkeur verdient?

Voorzitter! In de nota naar aanleiding van het verslag komt de discussie over de drempel van het gevaarscriterium wederom aan de orde. Ik herinner mij dat wij daar bij eerdere discussies uitgebreid bij stil hebben gestaan. De regering schrijft in de nota dat zij hecht aan periodieke voorlichting over de praktische toepassing van het gevaarscriterium, en de jurisprudentie op dit punt. Ook de SGP-fractie hecht daar zeer sterk aan. Kan de minister nader aangeven of en, zo ja, in hoeverre de uitvoering van het voorlichtingsplan Wet BOPZ in dit kader volgens plan verloopt?

Voorzitter! Gelijktijdig aan de nota naar aanleiding van het verslag kwam de regering met een nota van wijziging, op stuk nr. 6. Die voorziet in een opnameverplichting voor psychiatrische instellingen van personen die leiden aan een geestesstoornis en die een strafbaar

feit hebben gepleegd dat hen niet is toegerekend door de strafrechter. De SGP-fractie vindt de argumentatie voor deze wijziging nogal summier, terwijl de impact ervan toch behoorlijk groot is. Het komt immers op mij wat onrechtvaardig over dat een patiënt met psychiatrische problemen die op een wachtlijst staat voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis, dus voor behandeling, wordt gepasseerd door een patiënt, en wel op grond van een uitspraak van de strafrechter, als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht. Natuurlijk wil ik de problematiek van die laatste categorie patiënten niet onderschatten. Maar ik zie hier een soort parallel ontstaan met het verhaal van de dakloze, die bij een politiebureau een ruit ingooit en daardoor verzekerd is van voedsel en onderdak in een politiecel. Graag een reactie van de minister op dit dilemma. De SGP-fractie vraagt zich af of de regering niet te vroeg met dit voorstel tot een opnameplicht komt voor deze categorie patiënten, in het licht van de capaciteitstekorten die er helaas in de psychiatrie toch onmiskenbaar nog zijn. Is het niet raadzaam die eerst zo grondig mogelijk op te lossen, alvorens er een opnameplicht wordt ingesteld? Dat is geen vluchtroute, want de categorie waarover het gaat zou – geen misverstand daarover – op zichzelf geholpen moeten worden. Maar er lijkt verdringing te kunnen ontstaan, wat een slecht feit is. GGZ Nederland heeft op dit punt een uitgebreid commentaar ingestuurd. Uiteraard zal ook de minister daarvan kennis hebben genomen. Ik vraag haar, op de vier daarin genoemde samenvattende conclusies in te willen gaan.

Voorzitter! De landelijke commissie geestelijke volksgezondheid zou afgelopen najaar worden geïnstalleerd. Tijdens het notaoverleg van 27 september jl. over de beleidsvisie GGZ kwam deze commissie ook ter sprake. De SGP-fractie noemde deze commissie in de context van haar bezorgdheid dat er een toename is van het aantal mensen met ernstig psychische en psychiatrische problemen. In deze optiek zijn zaken als de individualisering, vereenzaming, het ontbreken van gemeenschapszin en het gebrek aan een gemeenschappelijke moraal daaraan debet. De ontkerkelijking, de 24-uurseconomie, het tweeverdiener-

schap, de hectiek, of zeg maar gerust de onrust die de huidige dynamische samenleving voor velen toch oplevert, raken onmiskenbaar ook het geestelijk welzijn van burgers. De zorgzame samenleving die het kabinet wenst op te bouwen, waaraan de SGP-fractie op zichzelf steun wil geven, wordt – dat is voor ons een spanningsveld – vaak ook weer ondergraven door maatregelen die impliciet of expliciet de keuzevrijheid van mensen een bepaalde richting instuurt. Dit alles brengt de SGP-fractie tot het gevoelen, dat de oorzaken van de psychische en psychosociale problematiek, die juist via een wet als de Wet BOPZ zo pregnant tot uiting komt, in een breder verband moeten worden bezien. Onderkent de minister dit? In hoeverre acht zij het mogelijk dat, zoals in een milieueffectrapportage, kabinetsbesluiten die het welzijn van de samenleving raken, op hun consequenties voor de geestelijke volksgezondheid worden getoetst? Ligt hier geen taak voor de landelijke commissie voor geestelijke volksgezondheid?

□

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw de voorzitter! Vanaf deze plaats wil ik namens de fractie van D66 allereerst collega Van der Hoek van harte gelukwensen met haar maidenspeech. Ik vond dat zij in haar maidenspeech gevoel en deskundigheid op een prachtige manier combineerde. Zij sloot af met een gedicht van Kopland waar ik even stil van werd. Gelukkig zijn er wat sprekers voor mij geweest, zodat ik nu toch mijn bijdrage kan vervolgen, maar het was een prachtig gedicht, de Beukenlaan.

Het wetsvoorstel brengt een aantal wijzigingen met zich dat nogal technisch van aard is. De fractie van D66 wil bij twee van die wijzigingen opmerkingen maken.

Bij artikel 37a moet aantekening worden gehouden van de geestelijke en lichamelijke toestand van de patiënt om een beter inzicht in het ziekteverloop te geven. De vraag die wij hebben, komt voort uit de praktijk. Welke administratieve rompslomp brengt dit met zich en kan de praktijk dat wel aan, gelet op de hoge werkdruk en het personeelstekort? Op zichzelf staan wij achter de geachte, maar de mensen die in de psychiatrie werken, moeten die

## Dittrich

wel goed ten uitvoer kunnen brengen. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister.

In de nota van wijziging is ingegaan op artikel 37 en de verplichte plaatsing nadat de strafrechter heeft besloten dat iemand moet worden opgenomen. De fractie van D66 wil het niet voor haar rekening nemen dat mensen die van de strafrechter geplaatst moeten worden, toch op straat terecht komen omdat er geen psychiatrisch ziekenhuis is dat hen wil opvangen. Het is wel van belang – mevrouw Van der Hoek heeft dat trouwens ook al naar voren gebracht – te bezien hoe het in de praktijk verloopt. Wij gaan dus akkoord met deze aanvulling op de wet, maar aan de vragen die al gesteld zijn, wil ik de vraag toevoegen of de minister bereid is dit echt te evalueren, opdat wij bijvoorbeeld over twee jaar kunnen lezen hoe het in de praktijk is gegaan en of er zich in de psychiatrische ziekenhuizen waarin iemand verplicht is geplaatst, daadwerkelijk problemen hebben voorgedaan.

Een aantal aspecten van de Wet BOPZ wil ik nader bespreken. Dit is immers een heel belangrijke wet. Zij gaat over het recht op zelfbeschikking, maar ook over het recht van de samenleving om in te grijpen als duidelijk is dat iemand niet meer zelf tot een redelijke behartiging van zijn belangen in staat is en gevaarlijk is voor zichzelf of voor zijn omgeving.

Allereerst wil ik stilstaan bij het gevaarscriterium. In eerdere debatten heb ik daar ook al over gesproken, met de minister van Justitie. Uiteindelijk is er een voorlichtingsbrochure gekomen. Er zijn ook informatiedagen georganiseerd. De regering schrijft in de nota naar aanleiding van het verslag, pagina 4, dat er een nieuwe brochure wordt uitgebracht en dat na die eerste publicatie een duidelijke verbetering is opgetreden. Hoe is die verbetering gemeten? De fractie van D66 krijgt immers nog steeds signalen uit de samenleving, waaruit blijkt dat bij degenen die met een gedwongen opname te maken hebben, de reikwijdte van het gevaarscriterium onvoldoende bekend is. Nog steeds komt het voor dat politiemensen geen gevaarlijke patiënt mee willen nemen omdat zijn menen dat de psychiater toch geen geneeskundige verklaring zal uitschrijven. Soms komt het ook voor dat de psychiater geen geneeskundige verklaring

aflegt, omdat hij meent dat de rechter het daar toch wel niet meer eens zal zijn. Zo lijkt het erop dat mensen elkaars werk zitten te doen en zich niet bij hun eigen taak houden.

Je kunt dan ook constateren dat het in de praktijk nogal eens misgaat. De voorlichtingsbrochure en het organiseren van voorlichtingsdagen lijken mij absoluut belangrijk. Een onderdeel van de misverstanden in de samenleving bij degenen die hiermee te maken hebben, is volgens mij echter terug te voeren op de wetstekst. Daarin staat immers alleen het woord "gevaar"; het is niet verder toegespitst. Het gevaarscriterium is natuurlijk geen statisch begrip en ontwikkelt zich door rechterlijke uitspraken, maar in de loop der jaren heeft de Hoge Raad er wel duidelijkheid in gebracht door de begrippen "gevaar voor zichzelf" en "gevaar voor anderen" in afzonderlijke categorieën uit te splitsen. Deze begrippen zijn echter nog niet terug te vinden in de wetstekst zelf. Na contacten met allerlei mensen uit de praktijk weet ik dat het voor hen een aanmerkelijke verduidelijking is wanneer deze uitsplitsing in de wet teruggevonden kan worden. Daardoor wordt overigens de ontwikkeling niet op slot gedaan. De jurisprudentie kan zich blijven ontwikkelen, maar er wordt wel meer houvast aan de praktijk geboden. Daarom heb ik een amendement ingediend op dit onderdeel, maar daaraan wil ik toevoegen dat het wel belangrijk is dat de Kamer op korte termijn een principiële discussie voert over het gevaars- en bereidheidscriterium, dat in die discussie ook in relatie gebracht moet worden met de problematiek van verkommerden en verloederden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik kan de heer Dittrich geheel en al volgen, maar klopt het dat zijn omschrijving van "gevaar" in dit amendement dezelfde is als die in het model voor de geneeskundige verklaring die moet worden uitgeschreven met het oog op het verkrijgen van een voorlopige machtiging conform artikel 2?

De heer **Dittrich** (D66): Het probleem is dat politiemensen die beoordelen of zij de psychiater inschakelen, niet de modelregeling lezen, maar het wetboek erbij pakken dat op de balie ligt. Zij zien daar

"gevaar" staan en varen dan op het eigen kompas. Het is de bedoeling dat de criteria die door de Hoge Raad zijn geformuleerd, in de wetstekst worden opgenomen. Daarmee worden niet alleen de psychiaters bereikt die een geneeskundige verklaring moeten uitgeven, maar ook bijvoorbeeld de politie en woningbouwverenigingen die de politie moeten inschakelen. Het heeft dus een veel groter bereik.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Is mijn conclusie juist, dat het amendement van de heer Dittrich ertoe strekt om wat geldt voor de geneeskundige verklaring, die een centrale positie inneemt, te verbreden naar de samenleving in totaliteit?

De heer **Dittrich** (D66): De bedoeling staat duidelijk in de toelichting. De stand van de jurisprudentie van de Hoge Raad dient in de wetstekst te worden opgenomen, zodat de gehele praktijk, dus niet alleen psychiaters maar alle anderen die met gedwongen opname te maken hebben, meer houvast krijgen.

Mevrouw de voorzitter! Ik ga nu in op adequate crisisinterventie. Het is duidelijk dat psychisch gestoorde mensen in een crisissituatie snel en zorgvuldig geholpen moeten worden. In de brief van de regering van 12 januari 2000 staat dat dit onder meer betekent dat binnen een op lokaal niveau afgesproken redelijke termijn psychische hulpverlening en opvang moeten worden geboden. Maar wat is een redelijke termijn? Vinden wij het niet bezwaarlijk dat er sprake is van lokale verschillen, dus dat er in de ene gemeente binnen een paar uur crisisinterventie plaatsvindt, maar in de andere na een veel langere tijd, soms met dramatische gevolgen? Kortom, is er niet een taak voor de rijksoverheid weggelegd om hier wat meer stroomlijning in aan te brengen?

In de laatste jaren komt het regelmatig voor dat een psychiatrisch patiënt veel te lang in een politiecel moet verblijven zonder dat er adequaat medisch en psychiatrisch toezicht is. Welke regels gelden hiervoor? Hoelang mag een psychiatrisch patiënt in een cel doorbrengen en hoelang mag het duren voordat een psychiater een bezoek aflegt? Hoe wordt deze problematiek landelijk in de gaten gehouden en hoe worden verbeterin-

## Dittrich

gen gemeten? Welke maatregelen zijn en worden er genomen?

De heer **Passtoors** (VVD): Het probleem zit vaak al helemaal aan het beginpunt; het zit in de beoordeling van de vraag of iemand mogelijk een psychiatrische patiënt is. Immers, anders kom je al niet aan die vervolgvraag toe. Dan blijkt pas later dat het een psychiatrische patiënt was en dat de politie wellicht anders had moeten reageren. Hoe is dat naar de mening van de heer Dittrich op te lossen?

De heer **Dittrich** (D66): Veel dingen zijn nooit 100% op te lossen. Je kunt in de praktijk het volgende constateren. Er is op lokaal niveau sprake van grote verschillen als het gaat om de reactie op een vraag van de politie om psychiatrische hulp, omdat zij iemand opgepakt heeft die wat vreemd doet. Soms is het goed geregeld op lokaal niveau. Dan is er sprake van een soort piketdienst voor psychiaters en kunnen zij snel ter plaatse zijn. Maar soms is dat niet het geval en wij hebben in de praktijk gezien dat dit dramatische gevolgen kan hebben. Dan vind ik dat de regering te gemakkelijk zegt dat het op lokaal niveau maar goed geregeld moet worden. Op zichzelf is dat natuurlijk zo, maar ik vraag mij af of hier niet toch ook een verantwoordelijkheid voor de rijksoverheid ligt om er in elk geval op toe te zien dat het goed geregeld is. En als het niet goed geregeld is, moeten er op de een of andere manier maatregelen worden genomen.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Voorzitter! Het is bekend dat deze zaken op lokaal niveau heel verschillend worden opgepakt door crisisteam of de GGD. In sommige situaties wordt de psychiater of de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige al direct op het huisadres ingeschakeld. Dan kan de zaak dus al ter plaatse worden beoordeeld in plaats van op een later moment op het politiebureau. Is de heer Dittrich er voorstander van dat een dergelijke beoordeling ter plaatse standaard gebeurt? In Amsterdam wordt dat bijvoorbeeld niet standaard gedaan. Daar komt men alleen maar op het politiebureau.

De heer **Dittrich** (D66): Dat is een van de problemen. Men komt in Amsterdam pas als het zo serieus is

dat iemand op een politiebureau zit, terwijl het wellicht veel beter zou zijn om de crisisinterventie te laten plaatsvinden in de vertrouwde omgeving van de patiënt. Mevrouw Van der Hoek vraagt of zo'n interventie niet standaard ingevoerd zou moeten worden. Dat is natuurlijk afhankelijk van de omstandigheden. Ik wil die discussie wel met de regering aangaan, om te kijken of zij daar bepaalde gedachten over heeft. Ik ben eerlijk gezegd niet deskundig genoeg om een volragen antwoord op de vraag van mevrouw Van der Hoek te geven. Ik erken dat het een probleem is waar wij in de praktijk mee te maken hebben. Daarvoor moet op de een of andere manier een goede oplossing gevonden worden.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Er zal eind maart een algemeen overleg over dit onderwerp plaatsvinden. In dat kader kunnen wij hierover verder met de regering van gedachten wisselen.

De heer **Dittrich** (D66): Voorzitter! Mevrouw Van der Hoek heeft daar op zichzelf gelijk in, maar dit probleem heeft natuurlijk alles te maken met de BOPZ en met de brief die de regering in antwoord op vragen van haar en mevrouw Van Vliet van D66 heeft geschreven. Ik denk derhalve dat het belangrijk is om daar nu alvast een signaal voor af te geven.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter! Ik wil de heer Dittrich herinneren aan het feit dat de Riagg's, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, als onderdeel van hun takenpakket 24-uursdiensten hebben waarbij primair een sociaal verpleegkundige en als achterwacht een psychiater beschikbaar zijn. Dan zijn er natuurlijk twee mogelijkheden om die 24-uursdienst van de Riagg te benutten: als de mensen thuis zijn, via de huisarts of diens waarnemer en als de politie erbij komt, via de politie. Daar zijn dus in wezen regelingen voor. Ik ben het er helemaal mee eens dat als het niet goed werkt, wij moeten kijken waar de hiaten zijn, maar de regelingen zijn er natuurlijk wel. Wij komen weer bij het personeel punt terug om te kijken of het nu ook echt feitelijk goed werkt.

De heer **Dittrich** (D66): Wij zijn het

erover eens dat het in de praktijk soms niet goed werkt. Wij hebben op dat punt een verantwoordelijkheid om te kijken hoe dat kan worden opgelost. Ik waag te betwijfelen dat alleen personeelstekort de reden is waarom het niet werkt. Mevrouw Van der Hoek heeft in haar interruptie terecht gezegd dat er in sommige gemeenten bepaalde afspraken zijn gemaakt over het al dan niet ingrijpen. Die beslissing kan als achtergrond een tekort aan personeel hebben, maar het kan ook zijn dat er sprake is van een visie.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Kan die visie ook niet inhouden dat het huis een domein is waar politie en psychiaters niet zomaar mogen binnentreden, ook al is het met de bedoeling om hulp te verlenen? Juist de heer Dittrich heeft daar toch wel een mening over?

De heer **Dittrich** (D66): Zeker! Vandaar dat ik dit probleem en deze vragen naar voren breng. Als de politie op verzoek binnenkomt om te kijken wat er aan de hand is, wellicht vergezeld door een psychiater, liggen daaraan geen strafrechtelijke motieven ten grondslag. De politie doet dat om te kijken of men iemand kan helpen. Dat is een andere beginsituatie dan die waarin de politie aan de deur komt omdat iemand van een strafbaar feit wordt verdacht.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat lijkt mij duidelijk. Ik neem echter aan dat als de persoon in kwestie de deur niet opent voor de politie, hoe hulpverlenend die ook willen zijn, het verhaal ophoudt.

De heer **Dittrich** (D66): Nu daalt mevrouw Hermann wel erg af in de casuïstiek. Wij zijn het eens dat er soms problemen zijn, ondanks allerlei regelgeving. Wij moeten bezien hoe wij deze problemen goed aan kunnen pakken. Daar zijn wij voor. Vandaar dat ik de regering vraag om hierop in te gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zal het amendement van de heer Dittrich zeker steunen. Het is een heel goed amendement. Ik heb echter wel een vraag op het vlak van de duidelijkheid over het gevaarscriterium. Een van de problemen is dat de toets of het bedoelde artikel van de wet van toepassing is, niet plaatsvindt. Ik



## Dittrich

doel dan op de gevallen dat iemand op straat wordt aangetroffen of in een politiecel of in een ziekenhuis terecht komt. In dat geval vindt de bedoelde toets niet plaats. Voelt de heer Dittrich er niet voor om in bepaalde situaties een verplichte toets in te bouwen, zodat serieus gekeken wordt of de wet op bepaalde mensen in bepaalde gevallen van toepassing is of niet? Er zou dan ook een verplicht verslag moeten komen waarin aangegeven wordt waarom in een bepaalde situatie al dan niet is overgegaan tot een verplichte opname.

De heer **Dittrich** (D66): Er vindt echter een toets plaats bij een inbewaringstelling. Als er een geneeskundige verklaring is uitgeschreven, is de burgemeester aan zet om een IBS-verklaring uit te schrijven. Vervolgens vindt er een zitting voor een rechter plaats, waarbij de patiënt aanwezig is, vertegenwoordigd door een advocaat, en de psychiater. Bij die zitting wordt getoetst of de IBS terecht is uitgeschreven. De rechter kan die IBS vervolgens verlengen of opheffen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik doel op een andere situatie, namelijk wanneer een politieagent iemand op straat aantreft of een hulpverlener op de eerste hulp bij een ziekenhuis iemand aantreft. De toets of er sprake kan zijn van opname in het kader van de Wet BOPZ vindt daarbij vaak niet plaats.

De heer **Dittrich** (D66): Ik begrijp dat mevrouw Kant op de voorfase doelt. Daarbij is van belang of de mensen die met gedwongen opname in aanraking komen, bekend zijn met de wet, de strekking van de wet en de verschillende mogelijkheden. De regering zegt door middel van goede voorlichting, periodieke voorlichtingsdagen en brochures, de bekendheid van een en ander te willen vergroten. Ik begrijp in dat geval echter niet wat mevrouw Kant bedoelt met een toets. Het gaat hier om mensen die in een bepaalde praktijksituatie in moeten grijpen. Het gaat er dan om dat de betrokken professionals moeten weten wat zij doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb geen pasklare oplossing voor dit dilemma. Ik hoopte er echter samen met de heer Dittrich uit te komen, die

immers behoorlijk deskundig is op dit punt. Ik doel op een inspanningsverplichting, zodat hulpverleners in bepaalde situaties verplicht zijn om te bezien of opname in het kader van de Wet BOPZ wel of niet aan de orde is. In het geval er niet wordt overgegaan tot opname, zou er sprake moeten zijn van een verslag.

De heer **Dittrich** (D66): Het is een interessant punt, dat echter niet bij dit wetsvoorstel afgehandeld hoeft te worden. Wellicht kan het betrokken worden bij het voorstel van collega Van der Hoek voor een principiële discussie op korte termijn. Ik wil graag onderstrepen dat wij op korte termijn in de Kamer moeten komen te spreken over het gevaarscriterium en alles wat daarmee samenhangt. Politie mensen en geneeskundige hulpverleners hebben een ambtseed of belofte afgelegd waarin zij verklaren dat zij hun werk zorgvuldig zullen doen en ook de wetten en de reikwijdte van wetten in de gaten zullen houden. In die zin is de inspanningsverplichting al geïnstitutionaliseerd. Daarin zie ik dus geen meerwaarde.

Ook in huizen van bewaring en gevangenis is meer dan 10% van de gedetineerden psychisch en psychiatrisch gestoord. Het komt maar al te vaak voor dat een gedetineerde door het lint gaat, dat er geen adequate medische of psychiatrische begeleiding is en dat mensen in een isoleercel worden gestopt. Als zo'n persoon dan later wordt overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis, is er al grote schade aangericht die een desastreus effect kan hebben op de behandeling. Ik heb hierover een schokkende brief ontvangen van een moeder van een psychisch gestoorde dochter die op straat een strafbaar feit pleegde en op zo'n manier in detentie kwam. Uiteindelijk is zij in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen, maar in de detentieperiode die maanden heeft geduurd, was zij enorm achteruit gegaan. Ziet de regering mogelijkheden om dit soort situaties op een of andere manier beter te regelen? Ik heb ook gelezen dat de praktijk ervoor pleit om het verbod op psychiatrische behandeling in huizen van bewaring en in gevangenis nog eens tegen het licht te houden om te bezien of in de praktijk meer kan worden gedaan dan thans met de bijzondere zorgafdelingen mogelijk is.

Voorzitter! Ik maak nu enkele opmerkingen over het ontslag van een psychiatrische patiënt door de geneesheer-directeur. Het is voor ouders meestal een hele toer om hun kind gedwongen opgenomen te krijgen. Vaak gaat daaraan een periode van maanden van ellendige situaties vooraf. De gedwongen opname is terecht met allerlei beschermingswaarborgen voor de patiënt omgeven. Het staat echter in schril contrast met de hele procedure rond de gedwongen opname, dat de geneesheer-directeur zonder toestemming van wie dan ook, een patiënt kan ontslaan. Ik heb hierover schriftelijke vragen gesteld en die hebben veel getallen opgeleverd. Hieruit blijkt in ieder geval dat in twee jaar tijd ruim 3000 inbewaringstellingen door geneesheer-directeuren zijn beëindigd. Zij kunnen dit doen zonder dat zij toestemming hoeven te vragen aan bijvoorbeeld een rechter, een andere psychiater of de inspecteur voor geestelijke gezondheidszorg. Ik vind het heel vervelend te moeten constateren dat niet wordt geregistreerd om welke redenen ontslag wordt verleend en dat daarop ook geen controle wordt uitgeoefend. Wij krijgen als Kamerleden van bijvoorbeeld ouders te horen dat zij, nadat zij maanden hebben gevochten om hun kind gedwongen te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis, plotseling merken dat hun kind weer de straat op is gestuurd. Ook wordt niet geregistreerd hoe vaak patiënten die door de geneesheer-directeur zijn ontslagen, weer op korte termijn gedwongen worden opgenomen. Daarom wil ik de regering vragen de registratie van redenen van ontslag te verbeteren en in de komende evaluatie van de wet bijzondere aandacht te schenken aan die ontslagprocedure. Is de regering bereid alvast te laten meten hoezeer de werklast van de rechter zal toenemen als aan de rechter in specifieke gevallen een preventieve ontslagtoets wordt opgedragen? Ik denk dan met name aan het ontslag op verzoek van de patiënt zelf of het ontslag dat de geneesheer-directeur spontaan verleent, zonder dat hij daarbij anderen inschakelt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Zou het probleem dat de heer Dittrich signaleert en dat ook ik onderken, ook kunnen worden

## Dittrich

veroorzaakt door het feit dat de directe reden voor de opname is vervallen, maar betrokkene niet bereid is aan behandeling mee te werken? Hierdoor komt de instelling met gebonden handen te staan. Zij heeft in zo'n geval eigenlijk geen andere mogelijkheid dan iemand te laten gaan, omdat het opname-criterium is komen te vervallen en bij de patiënt geen bereidheid bestaat om aan een behandeling deel te nemen.

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw Hermann heeft helemaal gelijk. Gedwongen opgenomen patiënten moeten dikwijls in het ziekenhuis meedraaien in een groepsproces. Als zij dit weigeren, wordt het groepsproces verstoord. Verder weigeren zij vaak hun medicatie in te nemen. Dit alles kan een reden zijn voor een inrichting om te kiezen voor een patiënt op de wachtlijst die vrijwillig wil worden opgenomen en gemotiveerd is. Ik kan mij voorstellen dat inrichtingen dit doen, omdat zij vaak te kampen hebben met personeelstekort en alle aandacht willen besteden aan het groepsproces. Ik kan een en ander niet bewijzen, omdat het niet wordt geregistreerd, maar wellicht wordt dan toch de keuze gemaakt om een lastige patiënt weg te sturen en een gemotiveerde patiënt op te nemen. Het probleem wordt hierdoor naar de samenleving teruggeschoven en daarvoor moet een oplossing worden gevonden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik ben het helemaal met de heer Dittrich eens. Helaas kunnen wij hierover vandaag niet verder discussiëren, omdat een en ander geen onderwerp van de beraadslaging uitmaakt. Denkt de heer Dittrich echter dat een preventieve ontslagtoets door de rechter ertoe leidt dat patiënten gemotiveerder aan een behandeling deelnemen?

De heer **Dittrich** (D66): Ik denk niet dat het zo zal gaan. De rechter kan in een preventieve ontslagtoets echter wel nagaan wat de achterliggende reden is voor de geneesheer-directeur om een patiënt te ontslaan. Als een geneesheer-directeur aangeeft dat hij met een patiënt zit opgescheept die eigenlijk niets wil, kan worden onderzocht of overplaatsing naar een andere setting kan leiden tot een betere motivatie van de patiënt. Het is overigens de vraag

of deze beslissing aan de rechter moet worden gelaten, wellicht kan een en ander ook anders worden ingekleed.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): De heer Dittrich stelt terecht de vraag aan de orde of de rechter hier de aangewezen persoon is. Ik kan mij voorstellen dat hier een rol ligt weggelegd voor de inspectie. Op dit moment moet de inspectie immers al worden ingeschakeld als een geneesheer-directeur een patiënt wil ontslaan. Verder wijs ik op de mogelijkheid dat hierbij een vertrouwenspersoon wordt ingeschakeld. Ik wijs op deze andere mogelijkheden, omdat het niet alleen van belang is dat een toetsing plaatsvindt, maar ook dat een patiënt niet onbegeleid en onbehandeld op straat wordt gezet.

De heer **Dittrich** (D66): Ik deel de opvatting van mevrouw Van der Hoek. Ik zie hier drie mogelijkheden, te weten een preventieve ontslagtoets door een rechter, preventieve inschakeling van de inspectie of een second opinion door een psychiater die niet is verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis waar de desbetreffende patiënt wordt behandeld. Tegen een rol van de rechter wordt wellicht het bezwaar ingebracht dat een en ander een te grote werklast met zich brengt. Het is nu niet het moment om deze mogelijkheden uit te werken, maar het ik denk wel dat het belangrijk is dat deze mogelijkheden worden onderzocht.

Voorzitter! De regering stelt dat de inspectie in de praktijk bij elk ontslag eist dat de instelling zorgdraagt voor onderdak en ambulante behandeling. Hieraan wordt in de stukken echter toegevoegd dat dit moet worden gedaan, als dat voor de betrokkene nog noodzakelijk is. Wie bepaalt of die noodzaak er is? Hoe verklaart de minister verder dat in de praktijk dikwijls wordt geklaagd dat patiënten desondanks na hun ontslag aan hun lot worden overgelaten en op straat zwerven?

De heer **Passtoors** (VVD): De heer Dittrich spreekt over een toets bij het ontslag van gedwongen opgenomen patiënten. Licht het niet voor de hand om hierbij aan te sluiten bij de regeling die is gekozen in het wetsvoorstel voor de machtiging. In het wetsvoorstel wordt namelijk

voorgesteld om in zo'n geval een verklaring te eisen van een onafhankelijke psychiater. Is het dan niet voor de hand liggend dat je dat ook doet op andere gronden dan echt genezen zijn? Feitelijk wordt de periode van dwangopname onderbroken.

De heer **Dittrich** (D66): Als iemand moeizaam gedwongen is opgenomen, dan moet die niet zonder dat het wordt gecontroleerd ontslagen worden. Het wordt niet geregistreerd. Ik vermoed dat er dan formeel wordt gezegd: iemand is niet gevaarlijk maar de reden voor de dwangopname is beëindigd. De wet kent niet een reden: iemand is zo lastig, doet niets en wil niet meewerken en daarom sturen wij hem maar weg. Ik zoek naar een mogelijkheid om dat uit te bannen. Het is mogelijk dat iemand zodanig is opgeknapt dat hij niet meer gedwongen opgenomen hoeft te blijven. Daarvoor heb je geen preventieve toets nodig, omdat er al anderen bij betrokken zijn.

Mevrouw de voorzitter! Ik kom te spreken over het meer betrekken van ouders en naasten bij de beslissing omtrent een dwangbehandeling. De Raad voor de volksgezondheid en zorg heeft de vinger op een zere plek bij de dwangbehandeling gelegd. Volgens de wet is een dwangbehandeling uitsluitend mogelijk als zo'n behandeling volstrekt noodzakelijk is om bij een opgenomen patiënt een ernstige gevaarsituatie voor hemzelf of voor anderen tegen te gaan. Het draait om het beveiligingsaspect en niet om de vraag of een patiënt succesvol behandeld kan worden. Dat geeft in de praktijk soms onverteerbare situaties. De patiënt heeft geen ziekte-inzicht, kan ook geen redelijke afweging van zijn belangen maken, maar wordt wel gerespecteerd wanneer hij weigert een dwangbehandeling te ondergaan. Hij heeft wel bezwaren geuit tegen die dwangbehandeling. In de praktijk zie je dat ouders, partners of kinderen van ouders die opgenomen zijn, met lede ogen toezien, hoe hun opgenomen dierbare een behandeling weigert, terwijl die behandeling wel succesvol zou kunnen zijn. Dat alles is terug te voeren op artikel 38 van de wet. Er is sprake van een complex probleem dat vandaag niet op de agenda staat, maar dat ik wel wil voorleggen. Is de regering bereid de regeling van artikel 38 van de wet

## Dittrich

te verruimen zodat er in elk geval in de praktijk vaker overleg wordt gevoerd met de omgeving van een patiënt en toestemming kan worden gevraagd voor dwangmedicatie?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik ben het eens met de vraagstelling. Wij hebben dat spanningsveld in het verleden al vaker aan de orde gehad. Het liep wat vast op het zelfbeschikkingsrecht van betrokkene. Hoe plaatst u dat in uw vraagstelling?

De heer **Dittrich** (D66): U signaleert terecht dat wij daarin zijn vastgelopen. Wij hebben dit probleem al langer onderkend. De psychiatrische patiënt heeft ook zelfbeschikkingsrecht en mag dus ook nee zeggen. Wanneer hij nee zegt, kan hij die belangen misschien niet goed tegen elkaar afwegen. Een behandeling zou wel degelijk succesvol kunnen zijn. Die twee elementen moeten tegen elkaar worden afgewogen. Omdat wij in de praktijk zijn vastgelopen, doen die problemen zich nog steeds voor. Ik vind het schrijnend om met ouders van kinderen die opgenomen zijn te praten en steeds te moeten zeggen dat dat spanningsveld er is. Ik denk dat het belangrijk is dat wij dit bij de kop pakken en het in de Kamer principieel gaan bespreken. Vandaar mijn vraag aan de regering om artikel 38 te verruimen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Bij die vraagstelling heb ik mij aangesloten. Ook ik voel mij aangesproken door signalen uit de praktijk van het leven. Er is maar één oplossingsrichting, namelijk het zelfbeschikkingsrecht in absolute zin verlaten ter wille van de tegemoetkoming aan de stem van betrokkene. De familie zou dan iets te zeggen moeten gaan krijgen.

De heer **Dittrich** (D66): Ik denk dat er nog een tussenoplossing is, maar die moet ik verder uitdenken. Als je aan zo'n patiënt vraagt of hij aan een dwangmedicatie wil meewerken en hij nee antwoordt, kun je niet zeggen: aan dat zelfbeschikkingsrecht doen wij niet. Je kunt echter wel iets inbouwen waardoor de naaste omgeving van de patiënt erbij wordt betrokken, bijvoorbeeld de ouders, waarna weer met de patiënt erover wordt gesproken. Dat wil niet zeggen dat je het zelfbeschikkingsrecht weggooit. Het betekent dat je iets meer structuur biedt in het proces van het nemen van beslissingen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dan zou je de patiënt kunnen beïnvloeden via het inbrengen van de stem van zijn familie, want daarop komt het in de praktijk vaak neer. Als dat in een ultieme fase niet kan leiden tot het meer luisteren naar de stem van de omgeving dan naar de stem van de patiënt blijft het echter een wat vage constructie. Maar goed, u hebt de minister gevraagd erover na te denken en ideeën erover naar voren te brengen en daarbij heb ik mij aangesloten.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik ben het helemaal eens met de visie van de heer Dittrich terzake. Hij heeft een goede voorzet gegeven – en daarvoor hebben wij allemaal onze waardering uitgesproken – inzake de omschrijving van het gevaarscriterium door aan te sluiten bij wat wij daar al feitelijk over afgesproken hebben. In lid 2 van artikel 38, "opstelling behandelingsplan", staat dat er overleg gepleegd moet worden en dat, indien "de behandelende persoon beslist dat de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van de voorgestelde behandeling, de behandelaar overleg pleegt met de wettelijke vertegenwoordiger of", waarna een wettelijke omschrijving volgt aan de hand waarvan men bij familieleden en dergelijke terecht komt. Zou dit een mogelijkheid geven die uitwegen biedt om dit probleem aan te pakken?

De heer **Dittrich** (D66): In de praktijk blijkt vaak dat de behandelende persoon vindt dat geen overleg met de familie hoeft plaats te vinden, omdat het "nee" van de patiënt wordt gerespecteerd. Dan fietst de familie er dus een beetje achteraan. Als ik de regering vraag serieus na te gaan hoe in het kader van artikel 38 een verruiming kan plaatsvinden voor consultatie van de naasten – dat hoeft niet per se familie te zijn; het kan ook een partner zijn – denk ik dat ik op het goede spoor zit. Ik heb echter geen pasklaar antwoord.

De **voorzitter**: Mevrouw Hermann, ik zie dat u weer wilt interrumpen. Is het niet beter dat u dit in uw eigen eerste termijn zelf aan de regering vraagt?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat vind ik een goede suggestie.

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw de voorzitter! Ik ben toe aan mijn afronding. De officier van justitie is niet lijfelijk aanwezig bij behandelingen rond gedwongen opname, inbewaringstelling of rechterlijke machtiging. Vaak moet de psychiater vertellen aan de rechter in het bijzijn van de patiënt en diens advocaat waarom hij vindt dat een gedwongen opname absoluut noodzakelijk is. Daardoor kan de relatie tussen de psychiater en de patiënt onder druk komen te staan. Immers, de patiënt die dat niet wil, kan het gevoel hebben dat hij als het ware wordt aangegeven door zijn eigen behandelaar, zijn psychiater. In sommige delen van het land, bijvoorbeeld in Amsterdam, is indertijd de regeling getroffen dat de officier van justitie die volgens de wet de vordering doet daarbij aanwezig is en aan de rechter vraagt de patiënt gedwongen op te nemen. Daardoor komt de psychiater meer in de rol van deskundige. Helaas heb ik geconstateerd dat die regeling in Amsterdam is afgeschaft en dat de officier van justitie er dus niet meer bij aanwezig is. Ik heb in de evaluatie gezien dat men dit toch wel een goed idee vindt. Mijn vraag is: kan de regering stimuleren dat het openbaar ministerie niet alleen een papieren functie vervult, maar ook lijfelijk aanwezig is bij het nemen van dit soort beslissingen?

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! Ook wij feliciteren mevrouw Van der Hoek met haar maidenspeech. Mevrouw Hermann en de heer Dittrich buigen zich op dit moment over een aantal mogelijkheden die de juridische praktijk kan verschaffen om mensen te helpen. Ik wil vanuit een heel andere praktijkervaring mijn bijdrage leveren. Soms kent de praktijk oplossingen die niet altijd juridisch kunnen worden vastgelegd. Ik waardeer de wetenschappelijk-theoretische benadering van de heer Dittrich zeer, maar er zullen altijd dilemma's blijven, hoe nauwkeurig we ook proberen de wet te regelen.

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen kent in wezen haar oorsprong in 1884. Het is de moeite waard om het taalgebruik en de opvattingen uit die tijd te bestuderen. De wet heette destijds de wet tot regeling van het staats-toezicht op krankzinnigen. Deze wet

## Buijs

heeft het lang uitgehouden, wel 87 jaar. Pas in 1971 kwam een nieuw ontwerp van deze wet tot stand met een nieuwe naam, de Wet BOPZ. Sindsdien is deze wet vele malen onderwerp van discussie geweest. Er volgden vele wijzigingen en aanpassingen. In navolging van de heer Van der Vlies wil ik iets beschouwend bezien hoe zo'n wet moet worden gepositioneerd. Als je de aard van de vele wijzigingen en aanpassingen op je laat inwerken, merk je dat het meestal een reflectie van een discussie was over de gewenste balans tussen het zelfbeschikkingsrecht en de dwang, drang en neiging tot zorg en helpen. Deze discussie staat sterk onder invloed van maatschappelijke opvattingen en kan niet worden afgerond. Het gaat hierbij over opvattingen over rechtsbeginselen, het recht op zelfbeschikking en recht op zorg. Kortom, ook de Wet BOPZ kent een niet aflatende evolutie. De Wet BOPZ is geen doel op zich, maar een middel om de gewenste balans tussen rechtsbescherming en zorg-hulpverlening te faciliteren binnen een daartoe af te dwingen kader.

Al zoekend en evoluerend op weg naar de juiste balans, kan soms de slinger doorslaan in een bepaalde richting waardoor de zichtbaar maatschappelijke gevolgen nopen tot bijstelling. Ik zal dit toelichten. Naar onze mening zijn er op dit moment te veel psychiatrische patiënten en verslaafden die een zwerfend bestaan leiden en/of zich onttrekken aan adequate hulpverlening. Wij hebben dit punt overigens ook ingebracht in de vergadering van 29 mei 1999. Het gaat om zorgwekkende zorgmijders – mevrouw Van der Hoek is hierop al ingegaan – de verkommerden en verloederden. Een belangrijke categorie onttrekt zich aan behandeling. Het Trimbos-instituut constateert dat het niet om een kleine groep gaat. Deze groep wordt de GBGB-groep genoemd; geen bereidheid, geen bezwaar. Het instituut plaatst kanttekeningen bij de functie die de Wet BOPZ in dezen vervult.

Ook de toepassing van dwangbehandeling in verzorgingstehuizen en in de gehandicaptenzorg roept binnen het kader van de huidige Wet BOPZ nogal wat vragen op. Het CDA meent dat bij het morele dilemma tussen respect voor zelfbeschikking en handelen om bestwil van de

patiënt, de wet een keuze voor dat laatste niet in de weg kan staan. Bijstelling van de wet zou dan ook op zijn plaats zijn. Het kabinet heeft aangekondigd te bezien of de mogelijkheden voor dwangbehandeling kunnen worden verruimd voor patiënten die geen ziekte-inzicht hebben. Het Trimbos-instituut, de Gezondheidsraad en de universiteit van Groningen verrichten onderzoek op dit punt. Er wordt een wetsvoorstel verwacht in de loop van 2001. In 2002 volgt waarschijnlijk behandeling. In de tussentijd is er als noodmaatregel nog de inspectie, die in afwachting van nieuwe wettelijke regelingen een werkgroep heeft ingesteld met als taak richtlijnen te ontwikkelen voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, voornamelijk in de reguliere zorg en de gezinsvervangende verzorgingshuizen en instellingen voor gehandicapten.

De heer **Passtoors** (VVD): U wilt het bestwilprincipe toch alleen maar toepassen op degenen die geen inzicht hebben in hun eigen situatie? U wilt dat toch niet oprekken tot "het zou best goed zijn als die, enzo-voorts"?

De heer **Buijs** (CDA): Dat klopt. Dit betekent wel dat als ik als medicus van mening ben dat zorg bieden prioriteit heeft, ik alle mogelijke moeite zal doen om uit die invalshoek elke patiënt de hulp te bieden die deze nodig heeft.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik ben het op dit punt met de heer Buijs eens. Ik heb al aangegeven dat hierover gediscussieerd moet worden. Het kabinet heeft als data 2001 en 2002 aangegeven. Daar de heer Buijs terecht zijn zorg uitspreekt over een aantal categorieën vraag ik mij af of hij ook niet van mening is dat die punten veel eerder dan in 2001 en 2002 in bespreking moeten komen.

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Van der Hoek verklapt hiermee wat ik aan het eind van mijn betoog aan de minister wil vragen. Ik heb het nu even over de richtlijnen die op het ogenblik bij de inspectie in ontwikkeling zijn. Ik denk met name aan de toepassing van de Wet BOPZ op verzorgingshuizen en andere instellingen, niet direct zijnde psychiatrische instellingen.

Mijn fractie waardeert weliswaar de initiatieven van de minister terzake, maar er is al weer veel tijd verloren gegaan. Mevrouw Van der Hoek refereerde daar zojuist ook aan. Wat ons betreft, mag het dus best wel een beetje sneller. Ik denk hierbij aan het verder kunnen toepassen van de richtlijnen van de inspectie over aanpassing van de wet. Wil de minister toezeggen te bevorderen dat de richtlijnen van de inspectie, die nu al in concept gereed zijn, zo snel mogelijk ingevoerd worden?

### Voorzitter: Weisglas

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! Waarom kunnen de technische aanpassingen niet tegelijk met de overige aanpassingen worden doorgevoerd? Ik ga ervan uit dat de minister daarop nog ingaat. Niet alle wijzigingen zijn van technische aard.

Ik steun de opmerkingen van mevrouw Van der Hoek over de klachtencommissies. De positie van de geneesheer-directeur tegenover de klachtencommissie is ook mij niet helemaal duidelijk. Is er een beroepsmogelijkheid? Is er wat de aansprakelijkheid betreft straks sprake van frictie met het voorstel? Ik wil graag dat de minister dit toelicht. Dit geldt ook voor de vraag ten laste waarvan de kosten van bezwaarprocedures komen. Mevrouw Van der Hoek heeft hierover al gesproken. Ik deel de mening van mevrouw Van der Hoek dat het mogelijk moet zijn om de kosten van de bezwaarprocedure van de cliënt voor rekening van 's Rijks kas te laten komen. Het gaat hierbij om een cliënt die een gedwongen behandeling moet ondergaan.

Ik wil in de komende tijd ook met de heer Dittrich van gedachten wisselen over de juridische benadering. Ook hij is op zoek naar meer mogelijkheden, juist om te verhinderen dat mensen vroegtijdig worden ontslagen. Ik wil dat in een wat breder kader bezien. Naar mijn mening gebeurt het namelijk nogal eens dat TBS-patiënten tegen de wil van de behandelaar in eerder door de rechter worden ontslagen. Misschien kan er een praktische oplossing gevonden worden voor de samenwerking tussen justitie en het behandelend circuit.

Ik vat mijn bijdrage samen. Helaas is een groot aantal maatschappelijke en andere factoren aan te wijzen als oorzaak van het feit dat vele

## Buijs

patiënten nog steeds een zwervend en doelloos bestaan leiden. De huidige Wet BOPZ is niet de reden dat er zoveel patiënten rondlopen, maar is er wel mede de oorzaak van dat zij niet adequaat kunnen worden geholpen. Ik zeg met nadruk "mede", want dat ligt natuurlijk niet alleen aan de Wet BOPZ. Er is ook sprake van capaciteitsproblemen. Anderen zijn hier al op ingegaan. Een en ander geeft vele hulpverleners en ook onze fractie een machteloos gevoel. Het is dan ook dringend noodzakelijk dat er, naast maatregelen voor versterking van de eerstelijns-GGZ, zo snel mogelijk een aanpassing van de Wet BOPZ plaatsvindt waardoor de huidige mogelijkheden van dwangbehandeling kunnen worden verruimd. De minister kan en mag zich naar onze mening niet verschuilen achter het feit dat dit, zoals ook in het verslag staat, juridisch en ethisch een moeilijke materie is. Daarvoor is de problematiek te ernstig. In antwoord op de vraag van mevrouw Van der Hoek kan ik zeggen dat ook mijn fractie van mening is dat 2001 nog wel erg lang duurt. De vraag aan de minister is dan ook of een en ander niet wat bespoedigd kan worden, zeker waar bepaalde onderzoeken al afgerond zijn.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter! Namens de fractie van GroenLinks feliciteer ik mevrouw Van der Hoek met haar maidenspeech. Het gedicht van de dichter Rutger Kopland dat zij aan het einde van haar betoog aanhaalde, bracht mij terug naar de jaren vijftig toen ik als student van de hoogleraar psychiatrie Rümke hoorde: als je wilt weten wat er geestelijk leeft in een samenleving, moet je niet naar psychiaters gaan, maar moet je de schrijvers en de dichters lezen. Rümke verwees ons naar Vestdijk met de Anton Wachtercyclus. Ik kan mij voorstellen dat Rutger Kopland, aangezien hij het te druk had om dichter van het jaar te worden, wellicht gevraagd kan worden om dichter van de Kamer te worden.

Ik kom op de Wet BOPZ. Dit is een brede en complexe wet waarvan het hoofddoel is de versterking van de rechtspositie van de patiënt, het scheppen van waarborgen, enerzijds vanuit de rechtsbescherming en anderzijds vanuit de zorg, en het

toedelen van verantwoordelijkheden. Anderen hebben al gezegd dat er veel geschreven en gesproken is over deze wet. Al bij de invoering van die wet is gezegd dat goed bekeken moet worden hoe een en ander zich ontwikkelt. Om die reden is er ook al vrij snel een eerste evaluatierapport gekomen. De regering heeft daar een uitgebreid standpunt over aangeboden aan de Kamer. Dit standpunt is in november 1997 uitgebracht en is begin 1998 besproken. De wezenlijke zaken die op grond van de evaluatie veranderd zouden moeten worden, liggen vandaag nog niet voor. Mijn collega's hebben ook al gezegd dat wij moeten bekijken hoe het zou kunnen met ambulante dwangbehandeling, anders dan na een opname. Wij moeten bekijken hoe wij omgaan met mensen bij wie een ziekte-inzicht ontbreekt, maar voor wie behandeling heel veel goeds zou kunnen brengen. Ook moeten wij kijken naar de mogelijkheden van zelfbinding. De regering heeft ons in dat licht periodes voorgehouden waarvan ik met anderen hoop dat zij bekort kunnen worden. Het gaat immers om het spanningsveld tussen de fundamentele waarden zelfbeschikking en rechtsbescherming, maar ook recht op zorg en recht op maatschappelijke bescherming.

Ik denk dat er nog wel iets te zeggen valt over hetgeen nu voorligt en wat is aangekondigd als technische punten van wijziging onder meer naar aanleiding van de evaluatie. In de nota naar aanleiding van het verslag is overigens al gezegd dat de wijzigingen niet helemaal strikt technisch zijn, maar dat zij ook wel procedureel zijn. Ik loop de onderscheiden punten waarop wijzigingen zijn voorgesteld, na. Ik begin met de wijziging in artikel 5. Daarbij gaat het erom dat er bij verlenging van de voorlopige machtiging sprake moet zijn van een duidelijker onafhankelijkheid in de beoordeling. Dat betekent dat, naast de behandelend psychiater, de geneesheer-directeur als verantwoordelijke aangemerkt wordt. Het is mogelijk dat die geneesheer-directeur dan tevens een ander onafhankelijk psychiatrisch oordeel geeft. Het is ook mogelijk dat een andere psychiater dat doet. Dat verheldert de situatie.

In artikel 16 wordt nog eens met nadruk gekeken naar het behandelingsplan dat erbij behoort

te zijn. Zojuist heb ik in de gedachtewisseling met collega Dittrich al even gesproken over artikel 38, waarin de opstelling van het behandelingsplan wordt beschreven. Ik kom daar straks misschien nog even op terug. Maar het lijkt mij een goede zaak om te verhelderen dat een behandelingsplan altijd bij een opname hoort. Dat sluit ook aan bij de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die in 2000 voor alle opnames in deze sector volledig van toepassing wordt, tenzij er in de feitelijke situatie argumenten bestaan, waardoor de WGBO expliciet niet van toepassing is. Ik hoor van de minister graag nog hoe zij de inwerkingtreding van de WGBO naast de Wet BOPZ beschouwt. Het gaat hier met name over de instemming met behandeling en alle moeilijke problemen daaromtrent.

Een volgende wijziging betreft het punt wanneer de raadsman beschikbaar moet zijn. Nu staat daar "24 uur" in plaats van "uiterlijk vanaf een tijdstip dat". Dat is verhelderend, maar het is een zeer technisch punt.

De dossiervorming komt in artikel 37a aan bod. Dit sluit ook aan bij de WGBO. Het bijhouden van een goed dossier is een zaak van kwaliteit. De toevoeging dat de beëindiging van een behandeling ook ter kennis van de inspecteur gebracht wordt, bevordert eveneens de helderheid. "Middelen en maatregelen" vervangen door "middelen of maatregelen" is een kwestie van schrijven en wij gaan daar natuurlijk mee akkoord.

Voorzitter! Maar dan komen wij bij artikel 41 en de klachtencommissie. Op zich is de fractie van GroenLinks het geheel eens met de versterking van de rechtspositie van de patiënt door het belang van een onafhankelijke klachtencommissie te benadrukken. Hierbij gaat het om klachten op grond van de vijf punten waarover ingevolge de Wet BOPZ geklaagd kan worden, die natuurlijk geheel verschillen van de klachten waarover de klachtencommissie gaat die er ook in een instelling moet zijn op grond van de Wet klachtrecht cliëntenzorginstellingen. Het feit dat de klachtencommissie ex Wet BOPZ een beslissingsstelsel heeft, sluit aan bij die onafhankelijke bescherming van de rechtspositie van de patiënt. Maar het is toch wel moeilijk, want in deze constructie is het mogelijk dat er situaties ontstaan, waarop de

## Hermann

behandelend psychiaters dan wel de geneesheer-directeur kunnen worden aangesproken, waarvan zij vinden dat zij in wezen gedwongen zijn, mee te werken aan een situatie die zij niet echt voor hun verantwoording zouden kunnen nemen. Een voorbeeld van een extreem geval: ik herinner mij een klacht bij een medisch tuchtcollege, omdat iemand die in zo'n situatie was opgenomen, een medepatiënt had vermoord. Daar werd de leiding van de instelling op aangesproken. De klacht is niet toegewezen, omdat de personele bezetting, waarover uitgebreid was geklaagd bij de verantwoordelijke autoriteiten, van dien aard was dat voldoende zorg niet geleverd kon worden. Dat is een conflict van plichten, waarmee wij in dezen rekening moeten houden. Als wij dit soort zaken hier laten passeren, betekent dit dat wij het niet alleen goed in de gaten moeten houden en over een paar jaar moeten evalueren hoe het is gegaan. Neen, wij moeten met de betrokken instellingen de redelijke zekerheid hebben dat aan de noodzakelijke voorwaarden is voldaan.

Deze lijn wil ik ook graag hanteren ten aanzien van de voorgestelde wijziging van artikel 51, omdat die boven de technische en procedurele wijzigingen uitgaat. Als mensen die vanwege hun psychische toestand geïndiceerd zijn voor zorg in een psychiatrisch ziekenhuis, horen zij daar thuis. Maar als het gaat om mensen die daar door de strafrechter worden geplaatst omdat zij een strafbaar feit hebben begaan, is er sprake van een dubbele problematiek. De desbetreffende instelling moet kunnen voldoen aan de voorwaarden voor het leveren van zorg. Ik kijk dan ook met veel belangstelling uit naar de reactie van de minister op de brief van GGZ Nederland aan de minister en in afschrift aan de vaste commissie. Wij mogen immers niet zeggen dat het maar moet kunnen, zonder dat wij ons er van tevoren van hebben vergewist dat aan de noodzakelijke materiële en personele voorwaarden wordt voldaan.

Hoewel de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de eerste ondertekenaar is van dit wetsvoorstel, vind ik het jammer dat de minister van Justitie niet aanwezig is. Ik wil dit onderwerp namelijk graag in relatie zien met de motie op stuk nr. 22 die bij de begrotings-

behandeling van Justitie is ingediend door mijn collega Halsema. Deze motie is aangenomen en betreft het samenspel tussen VWS en Justitie. Daartoe bestaat een gremium dat "permanent overleg VWS en Justitie" heet. De minister van Justitie schrijft over dit gremium dat er veel in beweging is gebracht, dat er twee pilots starten om de overplaatsing naar de GGZ-instellingen te regelen als dat medisch noodzakelijk is en dat voor de ernstige gevallen reeds wordt gewerkt aan een regeling waarin betrokkenen niet binnen het gevangeniswezen zullen blijven. De minister van Justitie geeft voorts aan dat hij met zijn ambtgenoot van VWS zal overleggen over de toekomst en dat zij een gezamenlijke notitie terzake naar de Kamer zou sturen.

De heer **Passtoors** (VVD): Ik loop het risico dat ik wat onaardig ben tegen mevrouw Hermann, maar ik moet wel zeggen dat de Kamer mede bepaalt welke bewindslieden hier aanwezig zijn. Als mevrouw Hermann had gewild dat de minister van Justitie hier aanwezig was, had zij daar gewoon om kunnen vragen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat is juist, maar de laatste nota's van wijziging van het ministerie en de reactie van GGZ Nederland hebben ons pas in de afgelopen week bereikt. Onze voorbereiding was dus nog niet zover gevorderd dat wij een dergelijk verzoek hadden kunnen doen. Daarom vraag ik het nu. Wellicht kan de minister van Volksgezondheid mede namens de minister van Justitie een reactie geven op mijn opmerking.

De **voorzitter**: U zei dat u het jammer vond dat de minister van Justitie niet aanwezig is. Maar nu zegt u: "Daarom vraag ik het nu". U vraagt nu toch niet of de minister van Justitie alsnog komt?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Neen, ik vraag nu aan de minister van Volksgezondheid of zij nader wil ingaan op het overleg dat is gevoerd met de minister van Justitie. Als zij nu aangeeft dat tijdens het overleg bepaalde zaken zijn afgesproken, is dat voor het moment voldoende. De vraag hoe wij omgaan met penitentiair gestraften en de Wet BOPZ, plaats ik graag in het kader van het

genoemde gremium. Het gaat om een aanpak voor de langere termijn.

In de discussie van zojuist is al een paar keer gesproken over het probleem dat mensen die evident zorg nodig hebben, die gezien hun psychische toestand niet krijgen. Waarom niet? Zij vragen er niet om. Als je de zorg aanbiedt, zeggen ze: huh? Dan weet je dus niet of ze ja of nee zeggen, want zij spreken zich niet uit. Het Nederlands heeft daarvoor de zegswijze: wie zwijgt, stemt toe. De Wet BOPZ zegt echter expliciet: als je je niet uitspreekt, dan vinden wij dat je je uitgesproken hebt tegen opname; je toont geen bereidheid. Geen uitspraak doen over bereidheid, wordt dus geïnterpreteerd als "geen bereidheid". Vandaag kunnen wij over deze discussie niet het laatste woord spreken, maar ik hoor toch wel graag van de minister hoe dit probleem naar haar mening met voorrang kan worden aangepakt.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Ook van mijn kant de complimenten en felicitaties aan mevrouw Van der Hoek voor haar betrokken betoog. De inhoud en haar betrokkenheid hebben mij op zichzelf niet zo verrast. Wat mij wel een beetje verrast, is dat zij vandaag pas haar maidenspeech heeft gehouden. Ik heb haar betrokkenheid al meer maanden in deze Kamer mogen meemaken.

In maart 1998 heeft de Kamer met de minister overleg gevoerd over de evaluatie van de Wet BOPZ. Mijn fractie heeft al aangegeven dat deze wet op meer punten gewijzigd zou moeten worden. Andere fracties hebben daar vandaag ook al op gewezen. Ik kom daar straks op terug.

Waarom laten andere belangrijke wijzigingen, die ook uit de evaluatie naar voren zijn gekomen, en het onderzoek zo lang op zich wachten? Andere fracties hebben hier ook al vragen over gesteld en daar sluit ik mij bij aan. Wij hebben hier toch te maken met belangrijke maatschappelijke vraagstukken? Waarom duurt dat allemaal zo lang?

Eerst maak ik een enkele opmerking over de gedane voorstellen. Met de meeste van deze voorstellen en wijzigingen kan mijn fractie zonder meer instemmen. Ik heb slechts op twee punten een



Mevrouw Kant (SP)

aantal vragen. Ik wil graag het commentaar van de minister horen op de kritiek van de GGZ inzake de nota van wijziging, waarin voor psychiatrische instellingen een opnameplicht wordt geregeld van personen die lijden aan een geestesstoornis en die een strafbaar feit hebben gepleegd. De GGZ vindt bijvoorbeeld dat nadere randvoorwaarden nodig zijn zoals beveiliging van afdelingen, bijscholing van werknemers en uitbreiding van capaciteit van speciale plaatsen. Klopt het dat een deel van de volgens artikel 37 geplaatste personen niet zonder problemen in een APZ kan worden opgenomen, bijvoorbeeld vanwege ernstig gedragsstoornis of gevaar voor anderen? Hoe zit het met de capaciteitsproblemen? Ook hoor ik graag een reactie van de minister op de kritiek van de GGZ dat dit eigenlijk opgelost moet worden waar de lacune zit, namelijk in het strafrecht.

De SP-fractie is het met de minister eens dat het bij de klachtenregeling, artikel 41 van de Wet BOPZ, om zeer fundamentele rechten gaat van personen die gedwongen worden opgenomen. Dwangbehandeling, -middelen of -maatregelen grijpen in op de integriteit van betrokkene. Extra rechtsbescherming is hier inderdaad op zijn plaats. Net als anderen vraagt

onze fractie zich wel af hoe de bevoegdheid van de klachtencommissie tot het doen van een bindende uitspraak zich verhoudt tot de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van het bestuur van de instelling inzake de behandeling van een klacht. Anderen hebben daar ook vragen over gesteld. Ik heb geen oplossing voorhanden, maar hier is wel degelijk een dilemma.

Mijn andere punt – mijn fractie heeft er bij de evaluatie ook al voor gepleit en veel fracties zijn daar vandaag op teruggekomen – heeft betrekking op een van de grootste problemen de Wet BOPZ, namelijk het vinden van het juiste evenwicht tussen het recht op zelfbeschikking en bescherming. Met name voor een groep mensen zonder ziekte-inzicht, bijvoorbeeld mensen met schizofrenie of manische depressie, lijkt een zelfbeschikking te ver doorgeslagen. Zij komen tussen wal en schip terecht omdat zij niet duidelijk aangeven of zij opgenomen willen worden. Het kabinet nam tijdens de evaluatie aan dat de groep mensen die zich niet tegen opname verzetten, maar ook geen bereidheid toonde, klein zou zijn. Nu blijkt uit het onderzoek van het Trimbos-instituut dat de groep ernstig verwarde patiënten die niet vrijwillig wil worden opgenomen, maar zich daar ook niet duidelijk tegen verzet, groter is dan altijd is aangenomen. Van

deze groep blijkt bovendien maar 29% gedwongen opgenomen te worden. Het gevolg is dat een grote groep verstoken blijft van zorg. Volgens mij is dat een van de redenen waarom het aantal psychiatrische patiënten dat op dit moment op straat zwerft, toeneemt. Tien jaar geleden keken wij nog op als wij een verwarde zwerver op straat aantroffen. Wij dachten bij zwervers en psychiatrische patiënten op straat aan gebieden overzee, aan de Verenigde Staten en, dichterbij, aan Engeland. Maar inmiddels behoort het tot het normale straatbeeld in onze grote steden. Ook mijn fractie vindt dat er op korte termijn een principiële debat over dit onacceptabele maatschappelijk probleem moet komen.

De zorg voor zieke en kwetsbare mensen hoort voorop te staan. Het moet niet zo zijn dat het recht op zelfbeschikking een zodanig gewicht heeft dat mensen geen noodzakelijke zorg krijgen. Een probleem zit 'm in een te smalle interpretatie van het begrip "gevaar" in de wet. De jurisprudentie heeft inmiddels meer duidelijkheid verschaft: kans op zelfverwaarlozing, de vrees voor maatschappelijke ondergang van de betrokkenen en het niet innemen van medicatie kunnen redenen zijn voor een gedwongen opname.

Toch blijkt in de praktijk dat de wet vaak nog niet in deze situaties wordt toegepast. Daarom is op z'n minst aanpassing van de Wet BOPZ nodig op het punt van de interpretatie van dit gevaarscriterium. Ik ben daarom blij met het amendement van de D66-fractie op dit punt. Mijn fractie zal dat zeker steunen. Wel vraag ik me sterk af – en die vraag is vandaag al door meer woordvoerders opgeworpen – of dit voldoende is voor de groep mensen zonder ziekte-inzicht. Immers, wat is "gevaar" en om welke termijn gaat het? Gaat het om direct gevaar of ook om gevaar op een langere termijn? Dat zijn toch belangrijke punten, waarbij je je kunt afvragen of deze beschrijving wel voldoende is om mensen die nu verstoken blijven van zorg, toch te kunnen opnemen. Zou voor deze groep mensen het gevaarscriterium niet vervangen moeten worden door bijvoorbeeld een beschermcriterium of door het vroegere bestwilcriterium? De discussie daarover zouden wij op korte termijn in de Kamer moeten voeren.

## Kant

Voorzitter! Ik ben toe aan het dilemma dat ik ook al heb aangestipt tijdens een interruptiedebat met de heer Dittrich. Ik heb de indruk dat ik mijn probleem niet helemaal duidelijk heb gemaakt, dus ik ga hierbij in de herkansing. Uiteraard handelen hulpverleners met de beste bedoelingen en met kennis van de wet. Daar gaan wij natuurlijk van uit. Maar het dilemma is dat elke hulpverlener er achteraf op aangesproken kan worden dat hij ten onrechte heeft geoordeeld dat er sprake was van gevaar en dat hij dus ten onrechte heeft besloten dat een opname in het kader van de Wet BOPZ moest plaatsvinden. Wanneer iemand ten onrechte oordeelt dat opname om die reden niet nodig is, blijft betrokkene verstoken van zorg zonder dat iemand daar op aan te spreken is. Dat is het dilemma in deze wet. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop.

Ik kom te spreken over iets wat mijn fractie ook al eerder heeft ingebracht: is het regelen van een soort toetsbare inspanningsverplichting voor hulpverleners en rechters niet een deel van de oplossing? Op die manier is er in ieder geval altijd iemand verantwoordelijk. Kan er bijvoorbeeld niet in bepaalde situaties een verklaring gevraagd worden, waarin duidelijk wordt gemaakt waarom wel of niet tot gedwongen opname is overgegaan en wat de vervolgstappen zijn indien niet tot opname is overgegaan?

Het is onmogelijk te verdedigen dat omwille van het recht op zelfbeschikking – ook voor de groep mensen die door de aard van hun stoornis niet altijd in staat zijn hun eigen situatie adequaat te beoordelen – een groep mensen verkommert en verloedert. Dat is niet te verdedigen; deze mensen hebben solidariteit en bescherming nodig. Ik wil daar binnenkort graag verder over praten, maar hoor vandaag toch graag al een reactie van de minister.

Mijn fractie zou ook graag inzicht hebben in het aantal psychiatrische patiënten dat een zwerfend bestaan lijdt en in de oorzaken hiervan, naast de oorzaken die ik zojuist al geschetst heb. Wat kan de minister hierover zeggen?

Een andere vraag heeft betrekking op iets waardoor wij regelmatig worden opgeschrikt: het sterven van mensen die een zwerfend bestaan lijden op straat. Er lijkt geen inzicht

te zijn in het aantal sterfgevallen. Dat heb ik althans opgemaakt uit het antwoord van de minister op schriftelijke vragen. De inspectie heeft daar geen inzicht in. Heeft de politie hier geen gegevens over? Zo nee, zou het dan geen goede zaak zijn om dit eens serieus te onderzoeken?

De verantwoordelijkheid voor de opvang van en de directe hulpverlening aan mensen in crisissituaties ligt buiten het ministerie van VWS, antwoordde de minister op mijn vragen over de dood van de Arnhemse zwerfer Puntman. De minister verwijst in haar antwoord naar een brief. Daarin zegt zij dat de verantwoordelijkheid van het ministerie op het terrein van de voorwaarden ligt: voldoende middelen, inhoudelijke beleid en wettelijke kaders. Wat dit laatste betreft, vind ik dat de Wet BOPZ zoals die er nu ligt, te weinig mogelijkheden biedt. Dat had ik echter al gezegd. Als de minister vindt dat het ministerie verantwoordelijk is voor het scheppen van voorwaarden, dan zal zij dus ook haar verantwoordelijkheid moeten nemen om de aanpassing van de Wet BOPZ in gang te zetten, zodat de Wet BOPZ niet langer gebruikt kan worden als alibi om niets te doen. De vraag is tevens of de middelen, de andere voorwaarden, toereikend zijn. Zo komen, bijvoorbeeld in Amsterdam, veel psychiatrische patiënten in daklozencentra terecht, zogenaamd als overgangssituatie; er komen echter steeds meer mensen bij. Voor begeleid wonen moet je in Amsterdam drie tot vijf jaar op de wachtlijst staan. Het hoofd van de crisisdienst in Amsterdam Centrum-Oud West, de heer Mulder, vraagt zich vertwijfeld af waar deze kwetsbare mensen in die tijd moeten blijven. "In de tehuizen voor onbehuisden, die niet de deskundigheid in huis hebben voor die begeleiding; er is al jaren geen andere oplossing", aldus Mulder. Hulpverleners zitten vaak met hun handen in hun haar. Dat geldt bijvoorbeeld voor de politie, die vaak niet weet waar zij met mensen in probleemsituaties naar toe moet. Ik krijg graag een reactie van de minister op het voorstel van de Federatie opvang om hiervoor in elke grote gemeente een aparte voorziening te treffen met noodbedden, zodat er altijd een plek is waar men met deze mensen naar toe kan.

Tot slot ga ik in op een geheel ander punt, dat vandaag nog niet aan de orde is geweest. Meerdere keren heb ik in gesprekken met verantwoordelijken voor indicatie voor ouderenzorg vernomen dat een rechterlijke opname in het kader van de Wet BOPZ van een demente oudere is uitgesteld omdat er geen plaats is in een verpleeghuis. In een regio is voor dergelijke gevallen zelfs een speciale regeling op papier gezet. Er is dus een wet die bepaalt dat in noodsituaties kan worden overgegaan tot een rechterlijke opname, maar omdat de rechters weten dat er voor deze demente ouderen geen plek is in het verpleeghuis, wordt die opname uitgesteld. Volgens mij is dit onverantwoord en zeker niet de bedoeling van de wet. Is dit de minister bekend? Wat vindt zij ervan en wat denkt zij eraan te kunnen gaan doen?

De heer **Passtoors** (VVD): Heeft mevrouw Kant aanwijzingen dat rechters op voorhand een andere beslissing nemen dan zij volgens de wet zouden moeten doen?

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, er wordt niet beslist. Ik heb concrete voorbeelden gehoord van situaties waarin iedereen vindt dat er een rechterlijke uitspraak over opname zou moeten komen; die rechterlijke uitspraak wordt echter uitgesteld of niet genomen, omdat men weet dat er na een uitspraak wel een verplichting tot opname bestaat, maar dat er geen plek in het verpleeghuis is.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Enkele woordvoerders hebben opmerkingen gemaakt die verder gaan dan de werkelijke inhoud van het wetsvoorstel. Het is een goede procedure als de minister straks in hoofdlijnen mondeling en overigens schriftelijk op die opmerkingen reageert; uiteraard zal zij wel uitgebreid reageren op datgene wat over het wetsvoorstel zelf is gezegd, evenals op het amendement.

Na de schorsing zal eerst worden gestemd over de wetsvoorstellen inzake de fiscale plannen; daarna gaan wij door met de behandeling van dit wetsvoorstel.



## Kant

De vergadering wordt van 12.20 uur tot 13.05 uur geschorst.

□

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die op de tafel van de griffier ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

### Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, dinsdag bij het begin van de vergadering te behandelen het wetsvoorstel Voordracht ter vervulling van een vacature in de Hoge Raad (26997).

Ik stel tevens voor, van de agenda af te voeren het wetsvoorstel Invoering van de mogelijkheid tot het treffen van bijzondere maatregelen door de ondernemingskamer over zeggenschap in de naamloze vennootschap (25732).

Overeenkomstig de voorstellen van de voorzitter wordt besloten.

De **voorzitter**: Het Presidium heeft een beslissing genomen over de vergaderweken en recessen in het parlementaire jaar 2000-2001.

De recessen zijn als volgt vastgesteld:

- herfstreces 2000: vrijdag 20 oktober t/m maandag 30 oktober 2000;
- kerstreces 2000-2001: vrijdag 15 december 2000 t/m maandag 15 januari 2001;
- krokusreces 2001: vrijdag 23 februari t/m maandag 12 maart 2001;
- meireces 2001: vrijdag 27 april t/m maandag 14 mei 2001;
- zomerreces 2001: vrijdag 6 juli t/m maandag 3 september 2001.

Tevens zal niet vergaderd worden op dinsdag 17 april 2001 en dinsdag 5 juni 2001.

Het woord is aan mevrouw Ross-van Dorp.

Mevrouw **Ross-van Dorp** (CDA): Voorzitter! Ik vraag u het verslag van het algemeen overleg dat gisteren is gehouden over xenotransplantatie op de plenaire agenda te plaatsen.

De **voorzitter**: Ik stel voor, aan dit verzoek te voldoen. U hoort op een later moment wanneer het onderwerp wordt geagendeerd.

Aldus wordt besloten.

---

Aan de orde zijn de **eindstemmingen** over de wetsvoorstellen **Wet inkomstenbelasting 2001 (Belastingherziening 2001) (26727) en Invoeringswet Wet inkomstenbelasting 2001 (26728)**.

De **voorzitter**: Ik geef gelegenheid tot het afleggen van stemverklaringen vooraf.

□

De heer **Reitsma** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Tijdens de laatste algemene politieke beschouwingen heeft de voorzitter van de CDA-fractie, Jaap de Hoop Scheffer, helder aangegeven dat het CDA in de discussie over het belastingplan het kabinet constructief tegemoet wilde treden. Wij zijn overtuigd van het belang dat een dergelijke omvangrijke belastingherziening in de samenleving draagvlak moet hebben. Wij zijn ook overtuigd van de noodzaak om het oude belastingstelsel aan te passen. Ik noem een betere controle door verdere vereenvoudiging. Die doelstelling ondersteunen wij. Vanwege het draagvlak, niet alleen in het parlement maar vooral ook in de samenleving, hebben wij keer op keer gepleit voor voldoende ruimte in de behandeling om hieraan recht te doen. Nog steeds hebben wij zorgen over de vraag of straks zal blijken dat het voldoende is geweest.

Kritiek had de CDA-fractie ook op de inhoud van de belastingherziening 2001. Die kritiek komt voort uit het principe dat wij als christen-democraten recht willen doen aan de mens en zijn onderlinge relaties. Ik doel op aandacht voor gezinsdraagkracht, de kosten voor het opvoeden van kinderen, vrijwilligerswerk en de zorg voor anderen. Het kabinet ging naar onze mening te veel uit van het individu. Een individu bovendien dat vooral fiscaal wordt gewaardeerd als hij of zij betaalde arbeid verricht. Alle niet-werkenden worden te gemakkelijk op één hoop gegooid. Voor ons staat voorop dat mensen daarin

vooral zelf een keuze moeten kunnen maken. De overheid dient zich daarbij neutraal op te stellen, ook in de belastingwetgeving.

Ook met het oog op de toekomst, baarden de voorstellen van het kabinet ons zorgen. Gelet op de invloed van Europa en van de technologische ontwikkelingen vinden wij dat deze wijziging van het belastingstelsel – hoe ingrijpend ook – slechts een tussenstap is naar verdere wijziging.

De betrouwbare overheid is voor ons een belangrijk punt, een overheid die recht doet aan mensen die verplichtingen zijn aangegaan. De eerbiedigende werking schoot in de eerste voorstellen volstrekt tekort. Ook nu nog maken wij ons hierover zorgen.

Aan de hand van deze hoofdpunten van kritiek hebben wij de afgelopen maanden deelgenomen aan de behandeling van de belastingherziening. Op basis van deze hoofdpunten hebben wij ook ons eindoordeel gevormd.

Ik stel vast dat het gezin en de zorg voor de kinderen een belangrijk onderdeel van het debat hebben uitgemaakt en mede door de publiciteit hoger op de politieke agenda zijn gekomen.

De **voorzitter**: Ik zie tot mijn schrik dat de heer Reitsma nu een nieuwe volle bladzijde opslaat. Ik zou hem willen vragen die zoveel mogelijk samen te vatten.

De heer **Reitsma** (CDA): Voorzitter! Ik zal dat proberen, maar mijn fractie hecht eraan dat in deze stemverklaring onze afweging voor de andere fracties, maar ook voor de buitenwereld helder is.

De toegezegde kindernotitie vormt hiervan een voorbeeld. Ook is er een vorm van kinderkorting geïntroduceerd. Onze wens voor een partnerstelsel is echter geen werkelijkheid geworden. Wel is de discussie over de vlaktaks gestart. Dit is een systeem waarvan bekend is dat een partnerstelsel overbodig wordt. Deze discussie kan echter niet worden gevoerd zonder dat daarbij een draagkrachtverdeling tot uitgangspunt wordt. Inkomensafhankelijke regelingen kunnen niet worden afgeschaft, zonder dat daarvoor een alternatief wordt geboden. Dit alternatief heeft de CDA-fractie reeds geboden in haar plan "De moeite waard". De