

Vergaderjaar 2008–2009

25 763

Evaluatie Wet Bopz

Nr. 20

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

² Samenstelling:

Leden: Van de Camp (CDA), De Wit (SP), Van der Staaij (SGP), Kamp (VVD), Arib (PvdA), ondervoorzitter, De Pater-van der Meer (CDA), voorzitter, Çörüz (CDA), Joldersma (CDA), Gerken (SP), Van Velzen (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA), Azough (GroenLinks), Timmer (PvdA), Griffith (VVD), Teeven (VVD), Verdonk (Verdonk), De Roon (PVV), Pechtold (D66), Heerts (PvdA), Thieme (PvdD), Kuiken (PvdA), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Van Toorenburg (CDA) en Anker (ChristenUnie).

Plv. leden: Sterk (CDA), Langkamp (SP), Van der Vlies (SGP), Weekers (VVD), Smeets (PvdA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), Jonker (CDA), Roemer (SP), Jan de Vries (CDA), Halsema (GroenLinks), Dijsselbloem (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van Miltenburg (VVD), Zijlstra (VVD), Fritsma (PVV), Koşer Kaya (D66), Gill'ard (PvdA), Ouwehand (PvdD), Spekman (PvdA), Bouchibti (PvdA), Van Haersma Buma (CDA) en Slob (ChristenUnie).

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 29 oktober 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Justitie² hebben op 2 oktober 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Hirsch Ballin van Justitie over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 mei 2008 inzake aanbieding Derde evaluatierapport Wet Bopz (25 763, nr. 7);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2008 inzake kabinetsstandpunt over de Derde evaluatie Wet Bopz (25 763, nr. 9);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2008 inzake aanbieding van het evaluatierapport observatiemachtiging (25 763, nr. 11);**
- **de brief van de minister van Justitie inzake voortgangsrapportage totstandkomingsproces nieuwe wettelijke regeling ter vervanging van de Wet Bopz (25 763, nr. 12).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

Voorzitter: Smeets**Griffier: Sjerp****Vragen en opmerkingen uit de commissies**

De **voorzitter**: Ik heet van harte welkom de ministers van VWS en van Justitie en de hen vergezellende ambtenaren, evenals de geachte afgevaardigden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Een risicoloze samenleving bestaat niet, maar de overheid heeft als kerntaak te zorgen voor de veiligheid van haar burgers, een veiligheid die ook vaak wel van binnenuit de samenleving komt. Van burgers die elkaar bewust of onbewust in gevaar brengen. Voor dat laatste hebben wij de Wet Bopz. Daarin is getracht een kader te scheppen waarmee aan de ene kant de overheid de mogelijkheid krijgt om mensen die een gevaar zijn voor zichzelf of voor een ander op te sluiten en aan de andere kant tegemoet wordt gekomen aan het recht op

zelfbeschikking van de desbetreffende persoon. Ziekte rechtvaardigt immers niet dat mensen geen zeggenschap meer hebben over zichzelf. In de derde evaluatie van de Wet Bopz is de positie van mensen in de ouderenzorg en de verstandelijkgehandicaptenzorg niet meegenomen. Mijn fractie vindt dit jammer. Immers, zolang er geen nieuw wettelijk kader is, vallen deze sectoren nog steeds wel onder de Wet Bopz. Er lijkt in aanloop naar de nieuwe wet die, naar ik heb begrepen, binnenkort naar de Kamer komt, wel een soort vacuüm te zijn waar het gaat om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in instellingen voor langdurige zorg en het toezicht daarop. Wat de VVD betreft is het gebruik van dwang en drang nooit een normale zaak. Toch wordt in verpleeghuizen meer dan de helft regelmatig gefixeerd. Wij hebben de staatssecretaris daarover de afgelopen dagen in de Kamer en in de media belangwekkende zaken horen zeggen. Zij wil dat er echt iets verandert. Maar hoe rijmt het kabinet die vastberaden opstelling met het voornemen dat fixatie ook buiten instellingen mogelijk moet worden? Het aantal fixaties moet worden teruggedrongen, maar de mogelijkheden om het middel toe te passen worden verruimd. Laat ik duidelijk zijn: de VVD is hier geen voorstander van. Wij willen graag een reactie op deze tweezijdige boodschap van de regering.

De Wet Bopz regelt de gedwongen opname en behandeling van personen die door een psychiatrische aandoening een gevaar voor zichzelf en voor hun omgeving vormen. De totstandkoming van de wet heeft lang geduurd en op sommige punten is de wet echt gedateerd. Toch concludeert de evaluatiecommissie dat de wet op hoofdlijnen functioneert en voldoet aan de oorspronkelijke doelstellingen ervan. Zij komt met 41 aanbevelingen. Ter nuancering moet worden opgemerkt dat die commissie in haar eigen persbericht die 41 aanbevelingen wist terug te brengen tot 10. Maar wat die commissie vooral wil, is een nieuwe opname- en behandelwet. Zij onderbouwt dit door te stellen dat de Wet Bopz te complex is en te veel uitgaat van tegenstellingen. De evaluatiecommissie staat een wet voor die juist uit moet gaan van verbindende regelingen, waarbij passende zorg voor de patiënt het centrale uitgangspunt is.

Afgelopen zomer liep ik twee dagen stage in een tbs-kliniek. Het meest verbijsterende wat ik daar hoorde – en geloof mij, een net rechts meisje hoort veel verbijsterende zaken in zo'n kliniek – was dat volgens de instelling minstens een derde van alle mensen die daar zijn opgenomen, voordat zij hun misdaden begingen een verleden hadden in de ggz, waarbij velen van hen een gedwongen opname onder de Wet Bopz hadden meegemaakt. Wij hebben het hierbij dus over mensen die heel ernstige misdaden hebben gepleegd, terwijl bekend was dat zij de samenleving onveilig maakten. De Wet Bopz heeft bij deze groep dus niet gewerkt. Immers, wij zijn er niet in geslaagd, de samenleving te beschermen en die mensen tegen zichzelf te beschermen. Ik vind het jammer dat de evaluatiecommissie hieraan eigenlijk geen aandacht heeft besteed. Ik wil graag dat de minister dat vandaag wel doet. Is hij het met de VVD eens dat in een positief oordeel over de werking van de Wet Bopz ook meegenomen moet worden de vraag of het voldoende lukt de samenleving te beschermen? Mij bekruipt toch wel heel erg het gevoel dat bij de evaluatie van de wet veel, eigenlijk te veel is gekeken naar de insiders en te weinig naar de outsiders. Maakt de overheid haar belofte aan de samenleving die uiteindelijk heeft geleid tot de Wet Bopz wel waar? Kan een andere wet die belofte misschien meer waarmaken?

De VVD steunt het idee voor de nieuwe wet. In deze wet moet wat ons betreft ook meegenomen worden dat de doelstelling moet zijn om zo veel mogelijk mensen op tijd en goed te helpen. Wij snappen en steunen ook het pleidooi van velen om de aandacht vooral te richten op de kwaliteit van de zorg, juist in een vroegtijdig stadium. Het moet toch ons doel zijn om zo veel mogelijk mensen dwangopname en dwangbehandeling te besparen door ze tijdig en goed te helpen. Deelt de regering deze opvat-

ting en wat gaat zij doen om dit te bereiken? Het lijkt evident dat de ggz voor bepaalde groepen niet voldoende toegankelijk is en niet voldoende in staat is om klantgericht te werken. Te veel mensen verlaten de zorg zonder dat ze zijn genezen. In de voorstellen van de nieuwe wet is een belangrijke plek ingericht voor een commissie psychiatrische zorg. Deze commissie zou de rechtspositie van de cliënt verbeteren. Ik hoor toch geluiden vanuit juist de cliëntenorganisaties dat ze het daar niet helemaal mee eens zijn. Het is de VVD ook niet geheel duidelijk wat de toegevoegde waarde van deze commissie is. In het huidige voorstel komen er naar onze mening te veel professionals in de commissie en veel te weinig cliënten of mensen die het cliëntperspectief kunnen verwoorden. Kan de minister zijn visie op de rol en samenstelling van de commissie psychiatrische zorg geven?

Zoals gisteren in het debat aan de orde kwam, heeft de VVD net als de evaluatiecommissie toch wel zorg over het onafhankelijk toezicht op de toepassing van dwang en drang door de inspectie. Volgens de wet moet de IGZ toezien op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van patiënten, waar ze zich ook bevinden, teneinde deze wettelijke taak behoorlijk vorm te geven. Naast de opdracht die zij ook heeft om patiënten met gedwongen opname extra in de gaten te houden, zou de IGZ volgens mij enorm moeten worden uitgebreid. Maar ja, ik weet niet of dat erg efficiënt is. Er moet dus eigenlijk naast de IGZ een andere vorm van toezicht komen. De VVD denkt dat wij daarvoor wellicht de positie van de patiëntvertrouwenspersonen in de instelling zouden kunnen versterken, bijvoorbeeld door ze niet alleen te laten reageren op individuele klachten, maar door hun ook een lichte toezichthoudende taak te geven als een soort intermediair tussen de patiënten en de inspectie. Uit de quick scan van de PVP blijkt dat instellingen momenteel gevoelig zijn voor juridische klachten van vertrouwenspersonen, maar dat klachten die meer algemeen over de kwaliteit van zorg en bejegening gaan meestal niet of niet serieus in behandeling worden genomen. De instelling zou volgens de VVD de plicht moeten krijgen om jaarlijks te rapporteren over de inhoud van de zaken waarover zij contact heeft met de PVP en de oplossingen die dat oplevert. Graag krijg ik een reactie op dit voorstel.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik deel heel veel van hetgeen u hier naar voren brengt. U vraagt om een andere vorm van toezicht via patiëntvertrouwenspersonen. Gisterenavond is de vraag aan de orde geweest of het IGZ-toezicht wel voldoende is en of je dat niet zou kunnen verbeteren door met ondergrenzen en betere normen te gaan werken. Op het moment dat je dat op orde hebt, zou ik mij kunnen voorstellen dat de behoefte aan andere vormen van toezicht afneemt of zelfs wegvalt.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb altijd moeite met een of/of-model. Helder is in ieder geval wel, dat zoals het nu georganiseerd is, er niemand tevreden over is. De minister is daar gisteren ook vrij duidelijk over geweest. Ik snap het pleidooi voor ondergrenzen dat de minister gisteren hield, maar ik ben er wel terughoudend over. In de zorg blijkt namelijk vaak dat een geformuleerde ondergrens tevens de bovengrens is. Dit terwijl duidelijk is dat toen de minister gisteren sprak over ondergrenzen, hij het vooral had over veiligheid en niet over de toestanden op hygiënisch gebied, over de bejegening en over het feit dat mensen wel of niet buitenkomen.

De **voorzitter**: Ik onderbreek u even; het is namelijk niet de bedoeling dat wij nu het debat van gisterenavond gaan overdoen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Mij werd een heel open, uitgebreide vraag gesteld die toch een antwoord behoefde. Zoals gezegd, vind ik het

of/of-model te rigide. Ik vind dat de minister weliswaar goede stappen zet om te proberen de positie van de IGZ te versterken, maar ik meen dat dit onvoldoende is, omdat het fysiek onmogelijk is dat de inspectie op al die dwangopnames en langdurige isolaties toeziet. Vandaar dat ik in vragende zin het voorstel heb gedaan over versterking van de positie van de vertrouwenspersonen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Daar waar iemand gedwongen behandeld of opgenomen wordt om het gevaar voor zichzelf of zijn omgeving af te wenden, moet er patiëntgerichte zorg geleverd worden en moet er oog zijn voor de rechtsbescherming die tevens geborgd moet zijn. Er is immers geen sprake van een vrije keuze voor een andere zorgverzekeraar of een ander ziekenhuis. Het is daarom zaak om de balans te vinden tussen zorg die voldoet aan de wensen van de patiënt enerzijds en het wegnemen van het gevaar dat de stoornis kan veroorzaken. Het blijft altijd zoeken naar deze balans. De PvdA is dan ook erg blij om te merken dat in de nieuwe wet die balans centraal staat. Want de patiënt is daar uiteindelijk het meest mee gediend en niet met gevechten tussen allerlei partijen. Het is goed dat alle betrokken partijen zich gezamenlijk inspannen om te komen tot een nieuwe Wet Bopz. Draagvlak is uitgangspunt en mijn fractie wil alle betrokkenen die in groten getale hun visie op de nieuwe ontwikkelingen hebben gemaild, zoals patiënten, familie, personeel en instellingen, daarvoor danken. De tegenstellingen blijken heel duidelijk te zijn. De een zegt dat de positie van de patiënt te veel beknot dreigt te worden, terwijl de ander zegt dat juist veel breder moet worden gekeken omdat dit de patiënt ten goede komt.

De PvdA heeft er vertrouwen in dat de ontwikkelingen die gaande zijn in het veld uiteindelijk zullen leiden tot overeenstemming. Dan komt ook het moment waarop de Kamer een nieuwe wettekst voor zich krijgt en daarover gaat discussiëren. Wel vinden wij het jammer dat de voorliggende derde evaluatie in de schaduw komt te staan van het ontwerp van een nieuwe tekst. Het zou eigenlijk mooi zijn geweest als wij eerst de evaluatie uitgebreid hadden besproken en daarna de aanbevelingen. Tegelijkertijd zien wij wel het belang van een zorgvuldige maar toch snelle invoering van de nieuwe wet, omdat het veld daarop wacht. Een nieuwe wet waarbij de patiënt centraal komt te staan en de huidige uitvoeringsproblemen worden weggenomen.

De PvdA deelt op hoofdlijnen de uitgangspunten van de nieuwe wet, zoals die zijn verwoord. Echter, het is nog de vraag of die ook verworden tot wettekst. Zonder dus een blanco cheque te kunnen geven, delen wij de uitgangspunten.

Wij zijn zeer enthousiast over de instelling van een commissie psychiatrische zorg, die met een brede blik zal kijken naar de patiënt. Niet alleen de jurist en de behandelaar maar ook de patiënt en de familie worden erbij betrokken. Wij hopen dat dit leidt tot een gedegen afweging in het kader van zorg op maat. Hoewel het allemaal mooi klinkt en het de ideale oplossing lijkt, moet uiteraard eerst afgewacht worden hoe het in de praktijk uiteindelijk vorm wordt gegeven, maar het idee dat er achter zit vinden wij in ieder geval erg goed. Wel willen wij aantekenen dat de rechtspositie van de patiënt te allen tijde geborgd moet worden.

Ook wij vinden het erg belangrijk dat er regiocommissies komen. Op die manier kan beter aangesloten worden bij de situatie van de patiënt, omdat in de regio alle voorzieningen en instellingen zijn. Daarnaast zijn wij van mening dat er een landelijke commissie moet komen. Een commissie met gezag. Een commissie die enerzijds meekijkt op de werkvloer maar anderzijds ook enige afstand behoudt. Een commissie die signalen op kan vangen en die protocollerend kan werken. Een commissie die in de gaten kan houden of er sprake is van maatwerk én van een zo eenduidig mogelijke invulling van normen.

Belangrijk twistpunt is nog wat uiteindelijk de bevoegdheid wordt van eerdergenoemde commissie. Gaat zij onderzoek doen? Komt zij met een advies aan de rechter of gaat zij ook uiteindelijk beslissen? Mogen mensen achteraf bezwaar maken of moet dat vooraf aan de rechter worden voorgelegd? Wij zien ten aanzien van beide opties voor- en nadelen. Wij wachten graag eerst het advies af van het veld voordat wij er zelf een standpunt over innemen.

Een van de belangrijkste kritiekpunten op de huidige Wet Bopz is dat er heel snel wordt gezegd dat iemand niet in aanmerking komt voor dwang of drang omdat niet wordt voldaan aan het gevaarscriterium. De evaluatiecommissie heeft gezegd dat het eigenlijk veel ruimer ligt dan nu wordt gedacht, maar dat dit bij het veld niet helemaal goed bekend is. Er wordt gezegd dat er een commissie is die veel verder kijkt dan wat er nu wordt gedaan. Er wordt dus ook goed gekeken naar voorliggende voorzieningen. Dat maakt dat straks de beoordeling van proportionaliteit anders is. Punt is natuurlijk wel dat als die voorgestelde commissie er toch niet komt, het probleem van het gevaarscriterium blijft bestaan.

Verder hechten wij aan een goed werkende interne klachtenprocedure. De patiënt of zijn familie moet in eerste instantie zijn klacht kwijt kunnen bij de instelling zelf. Daar moet vervolgens altijd serieus op worden gereageerd, want uiteindelijk willen wij helemaal niet dat de inspectie er aan te pas moet komen. Binnen de instelling moet het dus goed worden georganiseerd. Wij moeten dus ook het vertrouwen hebben dat dit zo is en dat de inspectie daarop controleert.

Ten eerste eens zijn wij het met hetgeen in de brief staat over het wederkerigheidsprincipe. Daar waar de overheid de vrijheid ernstig inperkt, met goede bedoelingen, staat er tegenover dat de beste zorg geleverd moet worden, waaronder preventieve maatregelen en nazorg. Overigens klinkt dat heel mooi, maar het blijkt toch wel iets ingewikkelder te liggen als je naar het veld kijkt. Dat veld is namelijk versnipperd georganiseerd qua financiering en verantwoordelijkheden. Ik hoor hierop graag de reactie van de minister.

Verder vernemen wij nog graag of de cultuurverandering voor de medewerkers nog nadere aandacht krijgt.

Ten slotte verzoek ik de minister om de Kamer over een half jaar te rapporteren over de stand van zaken rond de Wet Bopz. Wil hij dan ook nagaan op welke manier de kinder- en jeugdpsychiatrie daarbij kan worden betrokken? Krijgen de mensen die niet verzekerd zijn, overigens ook zorg?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb aandacht gevraagd voor de outsiders bij de Wet Bopz. Als je kijkt naar de populatie in tbs-klinieken moet je de zure constatering doen dat wij er niet altijd in slagen om een aantal mensen die ziek zijn en tegen zichzelf en de samenleving beschermd moeten worden, adequaat volgens de Wet Bopz op te vangen. Hoe kijkt u daartegenaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als je mensen goed behandelt en je ze goede nazorg garandeert, is de kans op terugval vele malen kleiner. Dan komen ze ook niet in het zogenaamde afvoerputje van Justitie terecht. Het gebeurt nu nog te vaak dat van mensen met heel ingewikkelde psychiatrische problemen die zorg krijgen, op een gegeven moment hun zorg beëindigd wordt zonder dat er goede nazorg wordt gegeven. Daardoor kan het zijn dat iemand alsnog criminele handelingen gaat verrichten. Eigenlijk als gevolg van een psychische beperking kan zo iemand dan bij Justitie terechtkomen. En dat bedoel ik met het afvalputje. Men valt uit de zorg en dan is er nog maar een instelling die onderdak geeft, en dat is Justitie.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U vindt het wel heel zielig voor die mensen maar als ze in een tbs-instelling terechtkomen hebben ze andere

mensen die er helemaal niets aan kunnen doen, iets heel ernstigs aangedaan. Je komt namelijk niet voor een fietsdiefstal in zo'n kliniek. Dus het gaat mij ook om die kant van de samenleving, dus het beschermen van mensen die niet ziek zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik denk dat de gehele Tweede Kamer van mening is dat wij moeten voorkomen dat mensen in een tbs-kliniek eindigen. Uiteraard, waar sprake is van een gevaar voor de samenleving moet te allen tijde de beste zorg geboden worden teneinde te voorkomen dat mensen niet tot zulke daden komen. Dat is ook voor henzelf het beste.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Wij hebben het vandaag over de contouren van een nieuwe wet, waar wij de afgelopen jaren overigens al heel veel over hebben gesproken. Eigenlijk was de teneur de afgelopen jaren steeds dat er meer mogelijkheden moesten komen voor dwangbehandeling. De teneur van het debat van gisteravond was opeens een heel andere; toen zei iedereen dat dwangbehandeling het uiterste redmiddel was. Mijn eerste vraag aan de bewindslieden is dan ook wat eigenlijk het doel is van de nieuwe wet. Ik proef namelijk een zekere tegenstrijdigheid. Misschien heeft die te maken met maatschappelijke ontwikkelingen of met de heftigheid van het debat van gisteravond. Ik meen evenwel dat dit gegeven heel belangrijk is voor de toekomst van de Wet Bopz.

Wij gaan ons niet verzetten tegen een nieuwe wettelijke regeling. Wel hebben wij elke keer aangegeven hoe belangrijk het is om met de voeten op de grond te blijven. Ik bemerk dat iedereen in het veld wordt voorbereid op de komst van een nieuwe wet. Dat is prima en geeft positieve energie, maar juist uit het evaluatierapport en uit hetgeen de onderzoekers hebben opgeschreven, blijkt dat er misschien wel overeenstemming is over de noodzaak van een nieuwe wet maar dat er absoluut geen overeenstemming is over de vraag waar die nieuwe wet dan precies over moet gaan. Ik ben heel bang dat wij nu bezig zijn om in sneltreinvaart een wet in elkaar te stampen zonder daarmee gehoor te geven aan een van de belangrijkste kritiekpunten die in deel drie van het onderzoeksrapport staan. En dat is dat ervoor gezorgd moet worden dat je niet alleen mensen erbij betrekt – dat doet de regering en dat is heel goed – maar je ook alle opvattingen tot hun recht laat komen en dus niet één opvatting laat overheersen. Met name de Stichting Pandora geeft in haar brief heel goed aan het gevoel te hebben dat dit punt in het evaluatierapport niet helemaal tot zijn recht komt. Dit is wat mij betreft immers een van de hoofdpunten van de wet. Wij moeten niet in een sneltrein stappen om ons achteraf te moeten afvragen of wij niet een fout hebben gemaakt. Gelukkig weten de ministers hoe het bij de totstandkoming van de vorige Wet Bopz is gegaan. Naar ik meen, is een van hen destijds zelfs betrokken geweest bij het opstellen van de wetstekst. Laten wij leren van de lessen uit het verleden. Ik hoor hierop graag de reactie van het kabinet.

Voor ons is heel belangrijk dat de wet heel realistisch is en niet een of andere prachtige droomwet die pretendeert dat straks alle problemen in de psychiatrie worden opgelost. Want die problemen blijven bestaan.

Toen ik afgelopen week het rapport zat te lezen, met betrokken ouders sprak en hun problemen hoorde, vroeg ik mij af waar wij eigenlijk mee bezig zijn. Immers, met die prachtige nieuwe wet blijven de problemen bestaan, evenals het feit dat het kind van die ouders zelfmoord heeft gepleegd. Dus ik pleit ervoor om een realistische wet op te zetten.

Er zitten goede elementen in de Wet Bopz. Dat geeft het kabinet ook aan en daar ben ik heel blij mee. Het gevaarscriterium en de positie van de rechter blijven overeind. Uit de brieven blijkt echter dat het gevaarscriterium aan alle kanten wordt opgerekt. Blijkbaar komen er toch meer mogelijkheden voor dwangbehandeling. Ik vind het goed om te onderzoeken hoe het gevaarscriterium werkt en waar men goed mee kan werken in de praktijk. Het gaat echter nogal ver als straks elk risico op

schade een reden kan zijn voor dwangbehandeling. Ik snap dat «acuut gevaar» een te beperkte definitie is. Ik zou dan ook prima uit de voeten kunnen met de definitie «dreigend gevaar». Laten wij dus heel goed oppassen hoe wij het gevaarscriterium gaan hanteren.

Wij hebben een brief gekregen van een aantal organisaties met het advies om de positie van de rechter uit de wet te halen, aangezien er immers een adviescommissie psychiatrische zorg komt die tot een veel betere beoordeling in staat is. Om te voorkomen dat dingen dubbelop worden gedaan, moet alles maar bij de adviescommissie worden gelegd, zo wordt in de brief gesteld. De CDA-fractie hecht echter ontzettend aan de positie van de rechter. Als dingen dubbelop worden gedaan, moet je je misschien afvragen of het dan wel zo logisch is om zo'n adviescommissie psychiatrische zorg te hebben. Het kabinet geeft immers zelf aan, ervoor te willen zorgen dat deze wet lijkt op de wet die wordt gemaakt voor de forensische zorg. Laatstgenoemde wet hebben wij nog niet gezien, maar in de forensische zorg is het nu heel logisch geregeld. Daarin wordt gewerkt met het NIFP. Er is een onafhankelijke psychiater en die adviseert de rechter. Volgens mij werkt dat goed, want het gaat om een professioneel advies waarmee de rechter goed uit de voeten kan. Het is goed om de geneeskundige verklaring altijd te laten opstellen. Als je die wat oprekt tot een breed advies, heb je eigenlijk iets wat wij nu al kennen in de forensische zorg en de tbs.

Ook de rol van de burgemeester staat enigszins ter discussie. Ik vind het prima om alles ter discussie te stellen maar je kunt je afvragen of dit wel past in de lijn van het kabinet om juist een aantal bevoegdheden bij de burgemeester te leggen. Waarom zou de rol van de burgemeester bij de inbewaringstelling er dan ineens uitgehaald moeten worden?

Een heel belangrijk element in de wet is de link tussen dwangopname en dwangbehandeling, waar wij in het verleden ook discussie over hebben gevoerd. Wij vinden het prima dat dwangbehandeling het vertrekpunt wordt. Het is immers wel heel ingewikkeld en vreselijk tijdrovend dat je eerst een dwangopname moet realiseren als je dwangbehandeling in een instelling wilt toepassen. Het heeft echter wel grote consequenties. Ook daar is in het verleden veelvuldig op gewezen. Als je dwangbehandeling als vertrekpunt neemt en niet meer bepaalt of die binnen de instelling of daarbuiten plaatsvindt, dan heeft dat nogal wat gevolgen. De minister heeft gisteravond gezegd dat er in een isoleercel altijd toezicht moet zijn. Hoe gaat hij dat toezicht straks organiseren in de ambulante zorg, waarbij iemand van de thuiszorg bijvoorbeeld, in een thuissituatie moet zorgen voor de toepassing van dwangmiddelen? Ik meen dat wij noch op deze plek, noch in de discussies over de wet, moeten praten over de adviescommissie psychiatrische zorg, maar dat de minister eigenlijk vooral hierop de nadruk moet gaan leggen.

Als ik bekijk wat de adviescommissie psychiatrische zorg allemaal moet doen, dan heeft die het heel druk en kunnen wij volgens mij de rest wel vergeten. Deze commissie mag immers gaan zitten op de stoel van de rechter en van de behandelaar. Wat is straks nog de rol van de behandelaar? Wat kan die straks nog doen? Er is een commissie die hem gaat zeggen hoe hij de patiënt moet behandelen. Wij hebben een technische briefing gehad waarin allerlei linken worden gelegd met de Raad voor de Kinderbescherming. Er wordt gewag gemaakt van een soort consensusmodel, een tribunaal etc. Ik weet niet wat ik mij daar allemaal bij voor moet stellen maar ik vraag mij wel af wat voor een vreemde situatie dit is. Dat wordt wel een heel enge commissie, aangezien die alles gaat overheersen op regionaal niveau. De positie van de geneesheer-directeur van de instelling wordt er uitgehaald. Dit alles terwijl het mijns inziens gaat om professionele zorg, om psychiaters en behandelaars die daarop ook aanspreekbaar zijn. Ik ben heel bang dat die adviescommissie psychiatrische zorg veel te veel taken krijgt en dat wij niet de verantwoordelijkheid leggen waar die hoort, namelijk bij de instelling. Het is prima

om het familieperspectief beter in kaart te brengen, maar dat hoort echter op het niveau van de instelling te gebeuren en niet op dat van de regio. Zo'n regionaal orgaan is toch een heel vreemd orgaan. Verder vinden wij de positie van de verslaafde heel belangrijk. Tot nu toe merken wij echter dat die er elke keer buiten valt. Rechters stellen zich namelijk toch wel eens de vraag of verslaving wel een psychiatrische aandoening is, terwijl elk onderzoek er op wijst dat dit wel het geval is. Dit moet in een nieuwe wet dan ook goed geregeld worden. Van de observatiemachtiging, die vandaag ook op de agenda staat, zijn wij nooit voorstander geweest. Wat ons betreft mag die vandaag worden afgeschaft.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Joldersma, u stelde een vraag aan de minister over het terugdringen van dwang en drang. Bent u net als de Partij van de Arbeid van mening dat het belangrijk is dat er een omslag wordt gemaakt naar behandelen en terugdringen van isoleren?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik zou u willen verwijzen naar wat een vorige woordvoerder van de PvdA heeft gezegd, die steeds pleitte voor meer dwangbehandeling, eerder ingrijpen en het tegengaan van «right to rot». Als ik u gisteravond opeens een heel ander verhaal hoor afsteken, dan weet ik niet meer welke positie de Partij van de Arbeid op dit punt inneemt. Gisteravond wilde u weinig dwangbehandelingen, terwijl u de afgelopen jaren altijd heeft gezegd dat wij juist eerder met dwang moeten kunnen ingrijpen. Daarom vraag ik de regering wat nu precies het doel van die wet is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik weet niet precies op welke dingen in het verleden u allemaal doelt. Wij willen graag dat de aandacht gaat naar behandelen en niet naar opsluiten. De mindset moet om; het moet menselijker. Dat wilden wij ook altijd. Er moet vroegtijdig worden ingegrepen om te voorkomen dat mensen helemaal afglijden. Ik hoor u altijd maar vragen aan de minister wat hij ervan vindt, maar wat vindt u zelf eigenlijk?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): U zei gisteren dat het u niet alleen ging om minder isoleren maar ook om minder dwangmedicatie. Dat kunt u nu niet ontkennen.

De **voorzitter**: Wij gaan hier vanmiddag niet het debat van gisteravond overdoen. Ik stel voor dat mevrouw Joldersma nog even kort ingaat op de vraag en dan is de heer Vendrik aan de beurt.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik meen dat de vraag over behandeling ging. Volgens mij zal een groot onderdeel van de wet over dwangbehandeling gaan. Daar hebben wij het de afgelopen jaren steeds over gehad. Ik heb daar ook geen bezwaar tegen maar ik vind dat je de grenzen van dwangbehandeling goed moet aangeven. Als mevrouw Bouwmeester vindt dat ik niet mijn mening over dit wetsvoorstel heb gegeven of over de contouren die er liggen, dan heeft zij niet goed geluisterd.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik hoop dat ik wel goed heb geluisterd. Ik vind mevrouw Joldersma terecht heel kritisch. Daar prijs ik haar voor, maar nu de politieke vraag. Ik zie twee bewindslieden die een tikje somber naar mevrouw Joldersma zitten te kijken. Wat moeten zij van haar verhaal vinden? Zij willen vanmiddag van haar horen dat zij aan de slag kunnen met die behandelwet. Mag dat van het CDA? Mogen deze bewindslieden verder of moeten zij nu even pas op de plaats maken?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Wij spreken vandaag nog over de contouren van een wet. Ik heb aangegeven dat ik mij wel zorgen maak over de snel-

heid waarmee die wet in elkaar wordt gestampt. Juist dit soort vraagstukken vraagt om een heel fundamentele discussie. Het is prima dat de begeleidingscommissie daar al een aantal dingen voor heeft aangereikt, dat het kabinet op dit punt snelheid wil maken, maar ik geef het kabinet één aandachtspunt mee uit het evaluatierapport, en wel het volgende. De onderzoekers zeggen dat er gelet moet worden op het feit dat mensen het niet eens zijn over wat precies de inhoud van die nieuwe wet moet worden. Zij zeggen dat ervoor gezorgd moet worden dat niet één mening vooropstaat maar dat ook andere meningen worden gehoord. Daarnaast komen er pilots over de commissie psychiatrische zorg. Ik ben daar geen voorstander van. Ik denk dat het mij niet zal lukken om die pilots en die commissie helemaal tegen te houden, tenzij de Kamerleden mij hierin hard gaan steunen. Ik wil echter wel dat beide bewindspersonen goed aangeven binnen welke grenzen die pilots vorm krijgen. Anders krijgen wij straks een vreselijk bureaucratisch moloch. Ik denk daarbij aan een soort reuze-CIZ. Ik maak mij daar zorgen om. Waarom moeten wij zoiets oprichten? Ik zie veel liever dat het geld dat daarin wordt gestopt, wordt gebruikt ten behoeve van de vertrouwenspersonen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Over dat laatste punt kom ik zo te spreken. Dan kunnen onze fracties misschien zaken doen, maar mevrouw Joldersma is vandaag iets machtiger dan ik, vrees ik. Ik wil het echter nog even hebben over het principiële punt. Het kabinet doet aan het parlement het voorstel om de Wet Bopz te gaan vervangen door een behandelwet. Is dat een goede stap? Moeten wij die kant opgaan? Mevrouw Joldersma zei net dat de CDA-fractie zeer terughoudend is als het gaat om dwangopname en dwangbehandeling. Dat vind ik prettig om te horen, want anderhalf jaar geleden toen het ging om de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling, waren mevrouw Joldersma en ik het niet met elkaar eens. Ik steunde toen het kabinet niet, zij wel. Als mevrouw Joldersma vindt dat die behandelwet er mag komen, wat moet daarin dan anders geregeld worden dan nu in de Wet Bopz?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Wij zijn absoluut niet tegen dwangbehandeling. Ik heb mij uitvoerig laten informeren over wat er precies bedoeld wordt met dwangbehandeling. Daar wordt in bepaalde situaties dus gewoon dwangmedicatie mee bedoeld. Dat geldt vooral bij mensen met een psychose. Je kunt niet iedere psychiatrische patiënt maar dwangmedicatie geven want daar knapt hij niet van op. Daar wordt hij alleen maar zieker van. Dat probleem zag ik. Heel vaak lopen mensen met een psychose veel te lang door met dat ziektebeeld. Zij moeten dus eerder die dwangmedicatie krijgen. Ik heb net gezegd dat ik inzie dat de Wet Bopz in de loop van de tijd vreselijk ingewikkeld is geworden. Het is erg goed dat het kabinet zegt dat er één machtiging moet komen: een machtiging Zorg op maat. Ik heb gezegd dat wij nu eigenlijk een voorwaardelijke machtiging gebruiken voor de ambulante zorg. Die machtiging kunnen wij een beetje oprekken en dan heb je de ambulante dwangbehandeling, die met dit wetsvoorstel wordt beoogd. Dat heb ik getoetst bij mensen in de praktijk, niet bij de bobo's die hoog in de organisaties zitten maar gewoon bij psychiaters die werken met de voorwaardelijke machtiging. Zij zeggen dat je die gewenste ambulante dwangbehandeling krijgt als je die machtiging wat oprekt. Het is dus prima dat het kabinet met het wetsvoorstel aan de gang gaat. Gelukkig heet het nu geen behandelwet meer, want dat was het mantra van de afgelopen jaren. Het is nu een wet waarin duidelijk de dwangzorg wordt geregeld. Dwangbehandeling is daarin de centrale kwestie, en niet de dwangopname. Ik heb het kabinet gevraagd rekening te houden met twee basisvoorwaarden, die voor het CDA heel belangrijk zijn: de positie van de rechter en het gevaarscriterium. Het kabinet heeft dat ook in zijn standpunt aangegeven maar uit de voortgangsrapportage krijg ik het gevoel dat het ineens weer alle kanten opgaat. Want een aantal

partijen wil de commissie psychiatrische zorg gigantisch oprekken. Een aantal andere willen die gelukkig inperken. Daar ben ik blij mee. De discussie gaat daarover maar ook over de ambulante dwangbehandeling, want ik maak mij zorgen over het toezicht hierop.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Vanmorgen hoorde ik op de radio de voorzitter van de vereniging Ypsilon, die opkomt voor de belangen van schizofreniepatiënten. Zij sprak over de recente incidenten in de isoleercel van de kliniek in Amsterdam en andere signalen die wijzen op misstanden in de ggz. Ook had zij het over de veranderde handelwijze van de inspectie. Zij zei dat de inspectie vroeger vaker de klinieken bezocht en dat die bezoeken terug zouden moeten komen. Ik ben het met haar eens maar dit wijst er ook op hoe belangrijk patiënten de rol van de inspectie vinden. Vanmorgen fietste ik van Scheveningen naar Den Haag en toen kwam ik toevallig een oud en wijs Kamerlid tegen. Ik laat even in het midden wie dat was. Hij zei dat hij onlangs bij een bijeenkomst was waarin werd gediscussieerd over de wetgeving in Nederland. Eén van de stellingen was om nu eens op te houden met allemaal nieuwe wetten te maken; het zou heel goed zijn als mensen eens gewoon goed hun werk deden. Daar zit heel veel in. Het lijkt mij een goed uitgangspunt om de toekomstige Wet Bopz zo eenvoudig mogelijk te maken. Kunnen de bewindslieden ingaan op het bureaucratievraagstuk in relatie tot de Wet Bopz? Hoe kan deze wet zo eenvoudig mogelijk worden gemaakt om aan het beoogde doel te beantwoorden?

Gisteravond hebben wij gediscussieerd over de misstanden in de ggz en uitgebreid stilgestaan bij de rol van de inspectie. Het antwoord van het kabinet bevredigde de SP niet. Het kwam kort gezegd op het volgende neer. Men moet met minder mensen meer gaan doen, en als de protocollen maar op orde zijn, dan kan er op afstand getoetst en gehandhaafd worden. Ik schat zo in dat dit zal leiden tot meer bureaucratie, meer formalisme en administratieve controles. Maar wordt de zorg hier echt beter van? Het gaat immers niet om de papieren werkelijkheid maar om de echte werkelijkheid. Het is ontzettend belangrijk dat de inspectie haar gezicht laat zien en instellingen bezoekt. De beste manier om inzicht te krijgen in de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg is gaan kijken, natuurlijk ook vaak onaangekondigd. De inspectie moet in de buurt opereren. En wij moeten beseffen dat de inspectie een cruciale rol speelt bij de belangen van patiënten.

Nog belangrijker is de rol van de inspectie bij de behandeling van de moeilijkste patiëntengroep: de mensen met psychische en psychiatrische stoornissen. Bij de technische briefing deze week spraken wij over de rol van de inspectie bij de Wet Bopz. Uit de derde evaluatie blijkt duidelijk dat de inspectie haar rol als belangenbehartiger van de individuele patiënt niet waarmaakt. Ik vroeg de ambtenaren hoe zij de rol van de inspectie zagen. Het bleef oorverdovend stil. De minister zal daar wel op antwoorden. Dus hoe zien beide ministers de rol van de inspectie in de toekomstige Wet Bopz?

De SP is voorstander van een nieuwe wettelijke regeling. Ook zijn wij er voorstander van dat door het wetsvoorstel Zorg en dwang vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg en psychogeriatricie apart worden behandeld. Ik hoor hier graag een reactie op, want het is mij niet helemaal duidelijk wat het kabinet wil; wel of niet onder de Wet Bopz brengen? Ik denk immers dat dit heel andere groepen zijn.

Als het aan de SP ligt, wordt de nieuwe wet een behandelwet in plaats van een opnamewet. Niet het gevaarscriterium moet vooropstaan maar het beschermcriterium. Juridisch is dat heel lastig want je begeeft je op de balans tussen lichamelijke integriteit en zelfbeschikking enerzijds, en het welzijn van de patiënt anderzijds. Als je niet mag behandelen is opname namelijk vaak voor nop, stond onlangs in een artikel van het tijdschrift Psy. Ik denk dat dit juist is.

De SP is voor een multidisciplinaire commissie. De samenstelling van zo'n commissie maakt het mogelijk om een moeilijke zaak van alle kanten goed te bekijken. Prof. Leegemate schreef vanmorgen in Trouw dat hij vreesde voor dubbel werk door de commissie en de rechter. Wat vindt het kabinet hiervan? Hoe worden de rollen verdeeld? Aan de ene kant moet beoordeelen immers heel zorgvuldig gebeuren, maar aan de andere kant moeten wij die bureaucratie niet hebben. Ik ben het met mevrouw Joldersma eens dat die hele landelijke optuiging en dat reuze-CIZ ook een groot risico inhouden, namelijk dat er weer nieuwe bureaucratie komt waar wij niet op zitten te wachten.

Het grootste knelpunt van de Wet Bopz is de praktijk. Dat wordt door alle commissies geconcludeerd en dat is ook een belangrijk punt. Wij ontvangen talloze hartverscheurende verhalen van ouders die het bijvoorbeeld niet voor elkaar krijgen om hun schizofrene zoon te laten opnemen, ook al is hij suïcidaal. En als hij eenmaal is opgenomen, dan gebeurt het geregeld dat hij zo van een gesloten afdeling kan weglopen. Die praktijk moet echt beter. Ook lezen wij dat instellingen lastige patiënten eerder laten gaan dan verantwoord is. Op dat terrein moet dus nog veel gebeuren. Er moet een inhaalslag gemaakt worden. Hoe denkt het kabinet hierover? Hoe gaan wij die inhaalslag maken?

Dan wil ik het hebben over het capaciteitsvraagstuk. Er zijn wachtlijsten in de ggz. Er is een tekort aan psychiaters. Als je iemand tegen zijn wil behandelt, moet er ook capaciteit zijn en toegang tot zorg. Het is bekend dat onvrijwillige zorg kan worden voorkomen als er voldoende vrijwillige zorg voorhanden is. Hoe krijgt het vraagstuk van toegang en capaciteit een plaats in de wet? Moeten wij niet iets op papier zetten over hoe wij dat gaan regelen?

Tot slot denk ik dat het goed is als wij iets opnemen over benchmarking. Zo kunnen wij op een adequate manier vergelijken wat er in regio A en regio B gebeurt. De bedoeling daarvan is niet om te zorgen dat wij eenheidsworst krijgen – het blijft mensenwerk – maar wel om te leren van de verschillen tussen regio's, teneinde zo de wet en de uitvoering daarvan beter te maken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik wil graag dat de heer Van Gerven wat dieper ingaat op zijn visie op de commissie psychiatrische zorg. Immers, aan de ene kant maakt hij zich er net als mevrouw Joldersma zorgen over dat die commissie een soort CIZ wordt. Daar heeft hij zich altijd tegen verzet bij de AWBZ, dus ik kan mij niet voorstellen dat hij nu voor deze commissie is. Aan de andere kant verzet hij zich ook niet tegen zo'n commissie psychiatrische zorg. Wat is dan precies zijn visie op die commissie?

De heer **Van Gerven** (SP): Het is goed dat de patiënt, de behandelaar en iemand die de juridische kant behartigt, in die commissie vertegenwoordigd zijn. Die drie elementen zitten in die commissie. Zo kun je een goede afweging maken of iemand al dan niet gedwongen opgenomen of behandeld moet worden. Dus dat vind ik een goede zaak maar vervolgens gaat het om de praktische uitvoering. Er ligt geen duidelijk afgewogen voorstel. Wij hebben vragen over de rol van de rechter. Mevrouw Joldersma stipte ook de rol van de feitelijke behandelaars aan. Dus wij zijn er nog niet helemaal uit waar het gaat om de precieze invulling, maar wij zijn niet tegen zo'n regionale commissie die snel haar werk kan doen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Nu snap ik het helemaal niet meer. De heer Van Gerven kan niet aangeven wat de toegevoegde waarde van die commissie is, maar hij is er eigenlijk wel voor.

De heer **Van Gerven** (SP): De toegevoegde waarde is dat de belangen van de patiënt en zijn naasten goed vertegenwoordigd zijn door de manier waarop die commissie is samengesteld. Dat vind ik een belangrijk aspect.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik heb de heer Van Gerven gisteravond ook veel horen zeggen over een regionale werkwijze die de inspectie zou moeten hanteren. Moet de inspectietaak op regionaal niveau ook bij die commissie liggen of juist niet?

De heer **Van Gerven** (SP): De commissie is er om toezicht te houden en die moet zich niet bezig gaan houden met de uitvoering. Dat lijkt mij volstrekt helder. Ik ben benieuwd hoe het kabinet de rol van de inspectie gaat invullen. In het debat van gisteravond bleek immers dat het kabinet voorstander is van een steeds verder terugtrekkende inspectie en controle op afstand. De huidige praktijk laat zien dat de inspectie waar wij nu over spreken, haar rol totaal niet kan waarmaken. De inspectie hoort dus niet in de commissie, maar zij heeft wel een buitengewoon belangrijke toezichthoudende taak. En daar zitten die patiënten eigenlijk op te wachten, namelijk dat die taak weer wordt waargemaakt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Gisterenavond heeft de Kamer uitgebreid gedebatteerd over het fixatie- en isolatiebeleid. De kernvraag die ik vandaag aan de orde wil stellen, is wat de schrijnende incidenten die zich hebben voorgedaan nu zeggen over de werking van de huidige Wet Bopz en wat die van de nieuwe wet vragen. Vandaag spreken wij over het wettelijk kader dat aan het fixatie- en isolatiebeleid ten grondslag ligt. Het kabinet wil het wettelijke kader voor dwangopname en dwangbehandeling in de geestelijke gezondheidszorg op een andere leest gaan schoeien. De zorgverlening aan de patiënt moet meer centraal komen te staan en daarbij wordt er gestreefd naar zo min mogelijk gedwongen interventies. In de brief inzake de derde evaluatie worden de contouren van de nieuwe wettelijke regeling geschetst. Op zichzelf steunt de ChristenUnie-fractie de beleidsrichting, de denkrichting die hiermee wordt ingeslagen. Voor mijn fractie dient in de discussie over de wettelijke grondslag voor dwangopname en dwangbehandeling de vraag centraal te staan hoe schrijnende situaties, zoals langdurige isolatie, kunnen worden voorkomen en een cultuur kan worden doorbroken waarin te snel naar de meest extreme vormen van dwangbehandeling wordt gegrepen. Dwangbehandeling mag alleen als uiterst redmiddel worden toegepast. Dit is echter ook het uitgangspunt van de Wet Bopz. Dus welke concrete wijzigingen bevat de nieuwe regeling waardoor incidenten, zoals wij die ook gisterenavond bespraken, beter kunnen worden tegengegaan?

In noodsituaties moet het echter mogelijk blijven om patiënten gedwongen op te nemen of te behandelen. Daarbij is het natuurlijk voortdurend zoeken naar het evenwicht tussen enerzijds de bescherming van de rechtspositie van de patiënt en anderzijds het ultimatum remedium van de gedwongen interventie. Mijn vraag is hoe hieraan in de nieuwe wettelijke regeling vorm wordt gegeven.

De ChristenUnie-fractie hecht veel waarde aan rechterlijke toetsing vooraf. Het gaat immers om ingrijpende maatregelen voor kwetsbare mensen. Wij delen de mening van de bewindslieden dat samenvoeging van de juridische toets en de zorginhoudelijke afweging tot een ongewenste vermenging zou leiden. De rechterlijke machtiging biedt de beste waarborg voor een objectieve en zorgvuldige beoordeling. Als aan alle voorwaarden is voldaan, zou wellicht naar de genoemde tussenvariant kunnen worden uitgeweken. Het is interessant om deze variant in de pilots mee te nemen. Daarbij is wel van cruciaal belang het antwoord op de vraag wat de criteria zijn waaraan wordt getoetst of deze variant werkelijk bruikbaar is.

Kwaliteitstoezicht speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van incidenten. Het is van belang dat er harde normen komen waaraan de IGZ kan toetsen. In hoeverre komt de nieuwe wettelijke regeling hieraan tegemoet en welke rol is daarin weggelegd voor de IGZ?

De commissie psychiatrische zorg moet meer maatwerk mogelijk maken. Dat is op zichzelf natuurlijk een mooi uitgangspunt dat de kwaliteit van de zorgverlening aanmerkelijk zou kunnen verbeteren. Tegelijkertijd heeft de minister aangegeven te willen werken met ondergrenzen en precieze normen waarop de IGZ kan toetsen. Als hiervoor gekozen wordt, mag verwacht worden dat de kwaliteit in instellingen zal verbeteren en dat behandelaars nog beter weten wat er van ze verwacht wordt. Als dat allemaal gebeurt, dan is mijn vraag wat dit betekent voor de rol van die commissie psychiatrische zorg. Wat is uiteindelijk de toegevoegde waarde?

In de praktijk is gebleken dat de kennis van behandelaren en hulpverleners over de Wet Bopz vaak tekortschiet. Behandelaren en hulpverleners weten niet altijd onder welke omstandigheden gedwongen opname wettelijk mogelijk is. Door verschillende partijen is aangedrongen op verbetering. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de verbetering van informatievoorziening over de Wet Bopz aan behandelaren en hulpverleners?

Ten slotte wil ik een woord van waardering uitspreken voor het gekozen proces, waarbij een belangrijke rol wordt toegekend aan de veldpartijen. Het is goed dat er wordt gezocht naar een breed draagvlak, waarbij de uitvoerbaarheid en de praktijkgerichtheid voortdurend in het oog worden gehouden. Tegelijkertijd constateer ik wel dat het proces en de uitkomst daarvan verschillend worden beleefd. Ik denk met name aan de brief van de Stichting Pandora die wij als Kamer hebben ontvangen. Graag krijg ik hierop een reactie van de bewindslieden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De Wet Bopz regelt de gedwongen opname. Het is een complexe wet, zowel qua techniek als in zijn toepassing. Het is nogal wat om bij mensen die ziek zijn, in te breken in hun leven en om dan te zeggen: vanaf nu gaat er wat veranderen in je leven en daar heb je zelf niet meer zo veel over te zeggen. Opsluiten, hetgeen een nog grotere mate van onaangepastheid met zich kan brengen. Daarbij is er tegelijkertijd de tegenstrijdigheid met dwangmedicatie. Want in hoeverre mag je als overheid inbreken in het leven van mensen door te stellen dat zij onder dwang iets zouden moeten ondergaan wat zij zelf misschien wel helemaal niet willen? Wat dat betreft staat mijn fractie sceptisch en vrij negatief tegenover het loskoppelen van de dwangopname van de dwangbehandeling. Als iemand de keuze maakt om zijn medicijnen niet te nemen, is de consequentie ervan dat deze persoon uitgesloten wordt van het vrije verkeer in de samenleving, omdat het een vrije keuze moet zijn om die medicatie niet te nemen. Het gevolg daarvan kan isolatie zijn. Hoewel je dat niet moet willen, moet de mens ook de vrijheid behouden om iets niet te willen, om niet ook nog eens ziek te worden van de bijwerkingen die medicatie kan hebben. Wij vinden ook niet dat wij naar een soort genormaliseerde samenleving toe moeten waarbij je gaat bepalen hoe iemand zijn leven achter de voordeur inricht. Iets anders is natuurlijk wanneer de grens van de wet, vooral waar het gaat om tbs, op een grove wijze wordt overschreden. Dan hebben wij juist een veel strengere toepassing van de tbs-instrumenten voor ogen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Op zichzelf snap ik wel uw redenering die leidt tot uw uitgangspunt dat mensen de vrije keuze moeten hebben om wel of niet medicatie te krijgen. Punt is echter wel dat als ze besluiten dat niet te doen, de consequentie is dat ze opgesloten worden. Waar leg je daarbij dan de grens? Ik vind uw benadering van het probleem dan ook wel wat simplistisch. Je weet namelijk niet altijd van tevoren of het niet

nemen van medicijnen leidt tot gevaar voor de samenleving. Er zijn ook heel veel andere mensen die geen psychiatrische ziekte hebben die ook het recht hebben om bepaalde medicijnen niet te nemen. Moeten die dan ook opgesloten worden?

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is geen simplistische benadering, maar een heel heldere benadering. Het is niet aan de Kamer om te bepalen of iemand op een bepaald moment echt een gevaar vormt voor de samenleving. In het geval iemand zijn medicatie niet gebruikt en daardoor een gevaar vormt voor de samenleving, is er een rol weggelegd voor de commissie psychiatrische zorg. Die bepaalt waar de grens ligt en of de betrokken persoon alsnog opgenomen moet worden. Dan is het vervolgens weer de verantwoordelijkheid van de patiënt om zijn medicatie alsnog te nemen. Als hij dat niet doet, volgt die opsluiting. Ik denk dat dit het meest helder is, aangezien wij dan ook weten waar de grens ligt. Die grens bepaal ik niet, maar wordt op het professionele vlak bepaald. De zorgmachtiging moet de huidige zeven verschillende machtigingen gaan vervangen. Betekent dit echter dat er een op maat gemaakte zorgmachtiging komt of dat er onder die ene zorgmachtiging alsnog zeven machtigingen hangen? Als die ene machtiging louter en alleen een papieren vervanging is, hebben wij er uiteindelijk nog niets aan. Wij staan positief tegenover de commissie psychiatrische zorg. Belangrijk is wel dat voorkomen wordt dat zij dubbel werk gaat doen, in de zin dat hetzelfde werk ook door de rechter wordt gedaan. Zou het dan niet zo moeten zijn dat de commissie het werk doet, het resultaat ervan voorlegt aan de rechter waarna deze kan bepalen of die het oordeel van de commissie overneemt?

Er is nog te weinig duidelijkheid over hoe de klachtenbehandeling geregeld gaat worden. Volgens ons moet die in ieder geval niet ondergebracht worden bij de IGZ, aangezien die belast is met het toezicht. Hoe ziet de minister de klachtenbehandeling het beste tot haar recht komen in de wet?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Ik vervang in dit algemeen overleg onze nieuwe vaste woordvoerder volksgezondheid Jolande Sap, aangezien die nu in de Grote Zaal is om iets te bespreken met de minister van Financiën.

De kern van dit debat is dat het kabinet een voorstel voorlegt aan de Kamer om groen licht te krijgen om de huidige Wet Bopz te veranderen in een nieuwe wet, een behandelwet die al een aantal jaren in discussie is. De fractie van GroenLinks voelt zich buitengewoon schatplichtig aan de zeer tumultueuze en langdurige geschiedenis die aan de totstandkoming van de Wet Bopz vooraf is gegaan. Het idee dat de Staat de mogelijkheid voor zichzelf gecreëerd heeft om mensen tegen hun zin in te behandelen en op te nemen, om medicatie te ondergaan en te isoleren, is griezelig en behoeft buitengewoon goede en precieze regulering. Anderhalf jaar geleden hebben wij in de Kamer nog gesproken over uitbreiding van de mogelijkheden voor dwangbehandeling. Ik meen dat wij toen als enige fractie tegen waren. Ik zeg dat niet voor niets. In dat debat heb ik een e-mail naar voren gebracht van iemand die al jaren in de psychiatrie werkzaam is. Ik zal die e-mail niet opnieuw voorlezen, maar de kern ervan was de volgende. Net zoals er zo veel mensen en zo veel zinnen zijn, zijn er ook zo veel praktijken binnen de psychiatrie. De vraag of er in een concreet geval overgegaan wordt tot dwangbehandeling is sterk afhankelijk van de cultuur. Er zijn afdelingspsychiaters die meestal besluiten of dwangbehandeling wordt toegepast. Er zijn ook psychiaters die dat bijna nooit doen. Er zijn allerlei mengvormen. Dat gegeven alleen al vindt mijn fractie cruciaal. Het betekent namelijk dat wij mogelijkheden creëren die misschien soms in de praktijk helemaal niet nodig zijn en waarover binnen de beroepsgroep heel divers gedacht wordt.

Dat brengt mij meteen op het thema dat de minister van Volksgezondheid terecht als topprioriteit van zijn politieke agenda heeft benoemd, namelijk de kwaliteit van de ggz. Daar valt nog een wereld te winnen. Het is ook van wezenlijke invloed op de vraag of mensen uiteindelijk tegen hun zin opgenomen of behandeld worden. Natuurlijk is er ook altijd een categorie mensen bij wie dwangopname en dwangbehandeling mogelijk moeten blijven, maar dit is volgens mij een fundamentele les. Ik lees dat eigenlijk niet in het stuk van het kabinet. Nu het een voorstel doet voor een behandelwet waarin nieuwe ruimte wordt gecreëerd voor dwangopname en dwangbehandeling, is het des te noodzakelijker om deze les hier opnieuw naar voren te brengen. Ik vraag de minister van VWS daarop te reageren. Over heel veel medicijnen die ook in het kader van dwangbehandeling worden ingezet, is nog helemaal niet zo veel bekend. Er is nog heel veel debat over mogelijk. Er zijn kennelijk psychiaters die in de praktijk nooit gebruikmaken van dwangbehandeling, niet omdat ze geen moeilijke patiënten hebben, maar omdat ze kennelijk andere wegen hebben gevonden dan mensen tegen hun zin te behandelen en een beroep te doen op de rechter om tot dwangbehandeling over te gaan.

Mijn fractie hecht er zeer aan dat dit punt helemaal wordt uitgediept door het kabinet, zeker nu wij een stap gaan zetten op weg naar een nieuwe wet. Ik vind dat verbetering van kwaliteit in al zijn variaties topprioriteit behoort te zijn voor deze minister. Het is namelijk de enige manier om ervoor te zorgen dat de toepassing van de vergaande bevoegdheid die de Staat zichzelf toedicht om mensen tegen hun zin te behandelen, tot het uiterste minimum wordt beperkt. Dat betreft kwaliteit in de zin van zorg, nazorg, betrokkenheid van familie, effectieve behandelmethodes en medicatie, maar ook kwaliteit in termen van intercollegiale toetsing binnen de ggz. Dit behoort leidraad te zijn. Pas als er zicht ontstaat dat deze minister die agenda op orde heeft, kan er wat mijn fractie betreft verder worden gepraat over een mogelijke nieuwe Wet Bopz.

De evaluatiecommissie heeft aangegeven dat de huidige Wet Bopz complex in elkaar zit. Ik wil mij bij voorbaat niet verzetten tegen een opschoonoperatie en het reduceren van complexiteit. Als het puur in de techniek zit, waarbij een aantal juridische constructies worden versimpeld zonder dat de rechtsbescherming van patiënten wordt aangetast, dan kan de minister daar wat mij betreft morgen mee beginnen. Maar volgens mij is dat niet wat in de nieuwe behandelwet wordt voorgesteld. Het loskoppelen van dwangbehandeling en dwangopname zie ik als een uitbreiding van de mogelijkheden om mensen tegen hun zin te behandelen. Waarom kiest het kabinet daarvoor?

Verder wil ik graag een nadere uitleg krijgen omtrent de voorgestelde oprekkings van de mogelijkheid om een beroep te kunnen doen op het vaststellen van wilsonbekwaamheid. Het is namelijk nogal wat als dat een centraal begrip wordt in de wet.

Kortom, het betreft hierbij allemaal heel grote vraagstukken die de rechtsbescherming van patiënten raken. Ik weiger ermee in te stemmen dat een gebrek aan kwaliteit van zorg opgevangen wordt via formele verruiming van mogelijkheden tot dwangbehandeling. Dat kan en mag niet de sluitsom zijn van de nieuwe wet.

Over de commissie psychiatrische zorg kan ik kort zijn. Volgens mij moeten wij dat niet doen. Het zou onverstandig zijn. Ik sluit mij wat dat betreft aan bij de kritische opmerkingen van mevrouw Joldersma op dit punt die ik heel sterk vond.

De heer **Van Gerven** (SP): Uit de praktijk blijkt vaak dat mensen ambulante niet goed behandeld kunnen worden, terwijl dat wel noodzakelijk is. Hoe ziet u dat probleem?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik zou niet zo ver willen gaan dat wij dan als oplossing maar kiezen voor dwangbehandeling. Ik heb net een heel

groot nummer gemaakt van kwaliteit van zorg. Als ik het veld goed kan overzien op basis van de informatie die mij bereikt, valt daar nog een wereld te winnen. De kwaliteitsagenda behoort vooraan te staan, ook als het gaat om mensen die in eerste instantie ambulante behandeling weigeren. Daar valt echt nog een wereld te winnen voordat wij overgaan tot het formaliseren van mogelijkheden tot dwangbehandeling.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben het met u eens dat er nog een wereld te winnen is, maar ook als de zorg op orde zou zijn, kan er wel degelijk een moment zijn waarop mensen de zorg die hulpverleners aanbieden, weigeren. Is het volgens GroenLinks dan denkbaar dat het dan uiteindelijk komt tot een machtiging?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit gaat mij eerlijk gezegd allemaal veel te snel. De consequentie van het EVRM is dat mensen uiteindelijk het recht hebben om behandeling te weigeren, om wat voor reden dan ook. Of dat onverstandig is, is niet relevant. Mensen hebben dat recht en dat mogen ze van mij ook houden. Iets anders is als de consequentie ervan is dat het een onmiddellijk gevaar voor de betrokkene zelf oplevert, dan wel een gevaar voor anderen. Ook dan behoeft het wel grote precisie. Ik zou het nooit voor mijn rekening willen nemen dat wanneer mensen, zonder dat er sprake is van gevaar voor zichzelf of voor anderen, een behandeling weigeren, de overheid zich in de positie plaatst om behandelaars een machtiging te geven om die mensen tegen hun zin te behandelen. Zo ver moeten wij niet gaan in dit land. De wordingsgeschiedenis van de Wet Bopz toont aan dat de rechten van mensen vroeger in dat opzicht veel te weinig werden gehonoreerd.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In feite zegt de heer Vendrik dus dat gebrek aan kwaliteit van zorg niet opgevangen mag worden door uitbreiding van dwangbehandeling. Maar plaatst hij dwangbehandeling en kwaliteit dan niet te veel tegenover elkaar? Goed toegepaste dwangbehandeling zou juist een goede bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van kwaliteit van zorg. Als hij geen uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling wilt, in de zin dat hij niet wil dat er veel te snel naar allerlei extreme vormen van dwangbehandeling wordt gegrepen, dan ben ik het wel met hem eens. Uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling biedt evenwel een groter scala van mogelijkheden die niet allemaal even extreem zijn, juist om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het is niet aan mij om te bepalen wanneer dat het geval is. Ik ben geen psychiater of zorgspecialist. Ik zeg ook niet dat de Wet Bopz opgeruimd moet worden. Die wet bevat reeds mogelijkheden voor dwangopname en dwangbehandeling. Juist met het oog op de recente geschiedenis van de verruiming van de Wet Bopz pleit ik ervoor dat wij elkaar vasthouden in het uitgangspunt dat het echt het ultimatum remedium moet zijn en het een heel zware plicht is van de overheid om voordat die fase intreedt, het zo te organiseren dat niet op basis van dwang behandeld wordt. Ik begrijp dat er in de praktijk heel divers met dwangbehandeling wordt omgegaan. Dat verontrust mij. Kennelijk valt er dus nog een wereld te winnen als het gaat om kwaliteit.

Antwoord van de bewindslieden

De **voorzitter**: Wij zijn toegekomen aan de eerste termijn van de bewindspersonen. Wij hebben nog ruim de tijd, maar er zijn veel vragen gesteld. Ik zal vooralsnog geen limiet stellen aan het aantal interrupties, maar als daar aanleiding toe is, zal ik dit wel gaan doen. Wij zullen tijdens dit overleg ook een tweede termijn houden. De minister van VWS zal als

eerste het woord voeren en daarbij de nadruk leggen op zorginhoudelijke zaken. Vervolgens komt de minister van Justitie aan het woord. Hij zal ingaan op het proces en de opzet van de nieuwe wet en op de juridische aspecten. Ik geef het woord aan de minister van VWS.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik dank u voor deze introductie, alleen al omdat mij daarmee wat tijd is verschaft om mijn papieren te ordenen. Ik dank de leden voor de inbreng in dit debat over opnieuw een belangrijk onderwerp. Ik zeg «opnieuw», omdat wij gisteravond uitvoerig hebben gesproken over de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de dwangtoepassingen. Hierover zullen wij de komende jaren ongetwijfeld vaker te spreken komen. Vandaag is aan de orde de derde evaluatie van de Wet Bopz, maar het is genoegzaam bekend dat de minister van Justitie aan een wetsvoorstel werkt. Hierbij trekken hij en ik gezamenlijk op. Dit wetsvoorstel zal, naar wij hopen, nog in deze kabinetsperiode in het parlement worden behandeld. Parallel aan dit wetgevende proces zullen pilots worden opgezet rond de commissies psychiatrische zorg, door ons kortweg «commissies» genoemd. De uitkomsten van deze pilots zal de Kamer in het voorjaar ontvangen. Zij zullen uiteraard ook betrokken worden bij onze afwegingen en deel uitmaken van de overwegingen die wij met de Kamer zullen uitwisselen, ten einde deze wet samen met de Kamer te realiseren en het wetgevingsproces af te ronden. Tegen de heer Vendrik zeg ik dat wij het wetgevend proces uiteraard niet zullen afronden dan nadat wij ons vergewist hebben van de goedkeuring van de Kamer, want dat is in staatsrechtelijke zin geboden. Dat is maar goed ook; ik hoop dat u geen berustend element in mijn woorden legt. Wij zullen dit echter ook zo doen, omdat wij vinden dat wij van onze kant zorgvuldigheid moeten betrachten. De discussie over het functioneren van de Wet Bopz heeft vele jaren in beslag genomen. Hiernaar verwezen mevrouw Bouwmeester en de heer Vendrik. Mevrouw Joldersma wees erop dat dit tot grote zorgvuldigheid heeft geleid. Wellicht speelde daarbij ook een rol dat mijn collega, minister en jurist Ernst Hirsch Ballin, een van de penvoerders was. Ik weet niet precies of hij de afronding van deze wet heeft meegemaakt als wetgevend jurist bij het ministerie van Justitie, maar het stelt mij gerust dat hij met al zijn ervaring hier aan tafel zit. Bij de invoering van de Wet Bopz is afgesproken dat die wet zou worden geëvalueerd. Er zijn inmiddels twee evaluaties gehouden en wij spreken nu over de derde. Ik vind de rapporten die de derde evaluatiecommissie heeft uitgebracht erg goed. Ik beoog hiermee de opstellers een compliment te geven. Het onderzoek is breed en zorgvuldig uitgevoerd en men heeft met veel partijen gesproken. Daaruit is een advies voortgekomen dat er mag zijn.

De derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz werd dus belast met een brede taak. Behalve het bij een evaluatie gebruikelijke terugkijken op het functioneren van een wet, werd de commissie ook verzocht om vooruit te kijken. Aan haar is gevraagd een advies uit te brengen over de vraag of de huidige wet, na alle aanpassingen ervan en de verbetering van de voorlichting, nog wel op een adequate wijze functioneert. Ook is de commissie gevraagd welke veranderingen volgens haar noodzakelijk zijn. Op 25 mei 2007 is het eindrapport «Voortschrijdende inzichten ...» aan de minister van Justitie en mij overhandigd. Hierin wordt gerapporteerd over de zeer gedegen en grondig uitgevoerde evaluatie. Daaruit komen toch een aantal zwakke punten naar boven bij het functioneren van de wet. Met alle verschillende machtigingen en verschillende termijnen die daarmee zijn gemoeid, is de wet buitengewoon complex geworden. Door de detaillering is de wet eigenlijk niet meer transparant. Voor de mensen in het veld is het daardoor buitengewoon lastig om met de wet te werken. De interne rechtspositie van patiënten is onvoldoende geregeld. Verder zijn er onvoldoende mogelijkheden voor de behandelaar. Daarbij wordt gewezen op beperkte mogelijkheden voor ingrijpen en sancties. Ook bieden de

huisregels te weinig duidelijkheid voor de patiënten. Er zijn wel ontslagregelingen, maar die gaan niet gepaard met een nazorgtraject. Het laatste is niet onbelangrijk. Een aantal actoren heeft in feite een andere invulling gegeven aan hun taak dan in de wet was voorzien. Daarover hebben wij gisteravond gesproken toen het ging over de IGZ. Wij komen heel concreet en pijnlijk tegen dat de werkelijkheid van de precisering van taken niet helemaal bij de wetstekst past. Daarbij ging het gisteren om de inspectie; de heer Van Gerven verwees ernaar. Dit vraagt om een herdefiniëring van de rol of een opnieuw en op een andere manier toerusten van de inspectie. Om het laatste vraagt de heer Van Gerven in feite. Ik kom daarop straks terug als ik spreek over de nieuwe wet die ons voor ogen staat.

Het uitgangspunt van de Wet Bopz is onvoldoende toegesneden op de specifieke problematiek van de minderjarigen.

De commissie levert niet alleen een soort foto van de huidige situatie en een antwoord op de vraag of de huidige wet wel functioneert conform de bedoelingen ervan, maar kijkt ook vooruit. Zij pleit in feite voor wat ik in mijn eigen termen een verbeterd zorgcontinuüm noem tussen intra- en extramurale behandeling. Wij moeten uiteindelijk komen tot een behandelwet in plaats van een opnamewet. Aan het totaal ligt uiteraard de toepassing van dwang ten grondslag, maar vooral moet het continuüm van intra- en extramurale zorg worden verbeterd.

Verder moeten behandeling en nazorg meer in elkaars verlengde komen te liggen. Dit is een tweede zorgcontinuüm waarin volgens de commissie op een betere manier moet worden voorzien. De nazorg dient vervolgens in wederkerigheid ingebed te zijn. Immers, als de gemeenschap mensen van hun vrijheid berooft, staat daartegenover dat de gemeenschap bijvoorbeeld zorgt voor voldoende en adequate huisvesting en inkomsten. Mijns inziens legt de commissie terecht de nadruk op deze wederkerigheid. Dit is echter een uitvloeisel van het feit dat men het zorgcontinuüm van behandelen naar nazorg beter geborgd wil zien dan in de huidige wet. Tegen de heer Vendrik en mevrouw Van Miltenburg zeg ik dat de commissie stelt dat beide punten moeten leiden tot een daadwerkelijke verbetering van de zorg. Dit is een belangrijk streven van de commissie. Wij zullen niet in staat zijn om ervoor te zorgen dat patiënten of gedetineerden in een tbs-kliniek nooit meer een bopz-verleden zullen hebben. Zo'n doelstelling is uiteraard veel te hoog gegrepen en niet reëel, en daarop zullen de heer Vendrik en mevrouw Van Miltenburg ook niet doelen. Ik ben echter met hen van mening dat wij uit dit type ontwikkelingen en deze getalsverhoudingen kunnen opmaken in hoeverre de Wet Bopz en met name de psychiatrische zorg in ziekenhuizen voldoende en toereikend is. Niet voor niets stelt de commissie dat verbeteringen mogelijk zijn.

De commissie concludeert dat de Wet Bopz, ondanks de tekortkomingen en ondanks de vele wijzigingen, min of meer werkbaar is gebleven. Naar aanleiding hiervan vroeg mevrouw Joldersma of wij wellicht toch met de huidige wet uit de voeten kunnen, ook op het punt van de extramurale zorg. Dit zou volgens haar het geval kunnen zijn op grond van het feit dat men een voorwaardelijke machtiging kan afgeven. Mijns inziens kunnen wij inderdaad eigenlijk op deze manier wel met de wet uit de voeten. De commissie zou dit mijns inziens ook niet hebben ontkend als niet andere punten in de wet ook om verbetering vragen. Ik denk aan de rol van het Openbaar Ministerie en wellicht ook aan die van de burgemeester. Ik gebruik het woord «wellicht» omdat er over de rol van de burgemeesters op dit punt een adviestraject loopt bij het Nederlands Genootschap van Burgemeesters. Als ik het heb over te verbeteren punten doel ik ook op de rol van de inspectie, waarover wij gisteren spraken. Verder heb ik de complexiteit van de wet al genoemd. Dit totaal aan problemen rond deze wet, en het feit dat het veld er moeilijk mee kan werken, is mijns inziens voldoende reden om te kiezen voor een nieuwe wet, waarbij wij de rollen

opnieuw bezien. Wij kunnen er daarbij voor zorgen dat er een verschuiving van accenten plaatsvindt tussen opname en behandeling. Ik geef echter graag toe dat deze accentverschuiving ook onder de huidige wet mogelijk is vanwege de mogelijkheid van voorwaardelijke machtiging, al speelt daarbij ook een aantal belemmeringen een rol.

De commissie stelt dus voor om te komen tot een nieuwe en toekomstbestendige regeling, waarbij de zorg voor de psychiatrische patiënt centraal staat en de verschillende maatschappelijke en persoonlijke belangen meer dan op dit moment het geval is met elkaar worden verbonden. Deze zorg zal dus persoonsgebonden moeten zijn, en niet locatiegebonden zoals nu. Bijkomend punt is dat door de samenstelling van de «commissie psychiatrische zorg» de familie- en patiëntenperspectieven zijn geborgd. Bovendien zal door deelname van een jurist aan deze commissie de juridische kant van de zaak zijn geborgd. Door deelname van bijvoorbeeld een maatschappelijk werker kan wellicht ook het element van de samenleving en de nazorg worden geborgd. Ik kom straks te spreken over deze commissie psychiatrische zorg, die wij tot nu toe «de commissie» hebben genoemd. In de komende maanden zullen wij via pilot-projecten werken met verschillende varianten op de samenstelling van deze commissie. Op deze manier zal uiteindelijk het continuüm waarop ik zo-even wees een zekere mate van borging kennen. Ik geef toe dat een en ander een romantische gedachte is als wij denken hiermee alle problemen te kunnen oplossen. Ik zeg de heer Van Gerven graag na dat de wet de werkelijkheid niet direct zal veranderen, zeker niet monocausaal. De werkelijkheid zal zeker niet veranderen alleen doordat wij partijen in het veld een net iets andere rol geven en de rechter laten adviseren door zo'n commissie. De vraag of wij tot verbeteringen kunnen komen, zal met name afhangen van de cultuur in de instellingen. Hiervoor kunnen wij echter wel randvoorwaarden creëren. Wij kunnen de wettelijke en organisatorische condities scheppen voor deze cultuurverandering. Dit lijkt mij van betekenis en daarom zijn wij met dit wetstraject begonnen. Omdat een aantal actoren een andere invulling geeft aan taken dan in de wet is voorzien, stelt de evaluatiecommissie voor om in de nieuwe regeling taken aan een kleinere groep functionarissen toe te delen en deze mensen te laten samenwerken in de genoemde commissie. De evaluatiecommissie adviseert om deze commissie, een nieuwe actor, in te stellen. Deze commissie moet adviseren over de gedwongen zorg en het continuüm waar ik zo-even op doelde.

Zoals is verwoord in het kabinetsstandpunt dat op 30 mei 2008 aan de Staten-Generaal is aangeboden, onderschrijft het kabinet op hoofdlijnen het advies van de derde evaluatiecommissie. De Wet Bopz is werkzaam gebleken, maar tevens moet de conclusie worden getrokken dat het vanuit het oogpunt van toegankelijke en heldere wetgeving niet langer wenselijk is om het te laten bij een aantal verbeteringen van de Wet Bopz. Een nieuwe, toekomstbestendige regeling is inderdaad noodzakelijk. Het is dus de bedoeling dat deze nieuwe wettelijke regeling, ter vervanging van de Wet Bopz, nog tijdens de huidige kabinetsperiode in werking zal treden. Deze nieuwe regeling zal een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn van de minister van Justitie en mijzelf.

Verscheidene woordvoerders hebben gesproken over de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ik kom straks terug op een aantal meer specifieke punten op dit vlak. In algemene zin kan ik echter melden dat voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten en voor psychogeriatrische patiënten een apart wetsvoorstel in voorbereiding is. De Wet Bopz is voor deze sectoren geen adequate regeling gebleken vanwege de aard van de patiënten en van deze typen zorg. Dit wetsvoorstel «zorg en dwang» ligt op dit moment bij de Raad van State.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kom nog even terug op de taak van de commissie. Wat is precies de verhouding tussen enerzijds het advies van

de commissie en anderzijds de behandelaar of behandelaren? Ik maak een brugje naar het ClZ. Stel dat men daar een bepaalde indicatie afgeeft voor zorg of hulp die behoorlijk is afgekaderd. Wat gaat de commissie in zo'n geval adviseren en hoe specifiek zal men daarbij zijn? Hoeveel ruimte is er daarbij nog voor de behandelaar?

Minister **Klink**: In eerste aanleg adviseert de commissie uiteraard de rechter over de vraag in hoeverre dwang in het kader van de behandeling nodig is. Verder doet men dat, anders dan op dit moment, met een behandelplan. Dit is de reden dat deze commissie een andere statuur krijgt dan op dit moment de psychiater heeft. Hiermee worden in feite door de rechterlijke machtiging bekrachtigde kaders meegegeven aan de behandelaars. Het zwaartepunt van de behandeling zal echter uiteraard altijd liggen in de behandelrelatie tussen de psychiater en de patiënt. Er worden echter kaders meegegeven en van een rechterlijke machtiging voorzien.

De heer **Van Gerven** (SP): Wellicht is mijn vraag te gedetailleerd. Toch vraag ik hoe specifiek het behandelplan zal zijn. Ik wil voorkomen dat de commissie de behandelaar een beetje in de weg gaat zitten. De behandelaar moet naar eigen inzicht kunnen behandelen. Ik snap dat hij daarbij de kaders in acht moet nemen.

Minister **Klink**: Ik begrijp uw punt. Enerzijds kun je te ruim definiëren. Dat zal leiden tot een algemene machtiging, waardoor eigenlijk alles mag. Anderzijds kan heel specifiek benoemen wat er precies met een bepaalde patiënt moet gebeuren, leiden tot het op slot zetten van de behandelrelatie. Dat moeten wij voorkomen. Het zwaartepunt van het behandelplan is de vraag, wat de aard is van de dwang die kan worden toegepast in het kader van de behandeling. Vandaar dat de rechterlijke machtiging hiervoor noodzakelijk is.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik schrik van het antwoord van de minister. Ik kan mij voorstellen dat de commissie het behandelplan moet bezien dat is opgesteld door de behandelaar. Het oordeel van de commissie over dit behandelplan zou een rol moeten spelen bij het advies aan de rechter. Dat kan ik mij voorstellen. Daarom heb ik het instellen van deze commissie niet op voorhand afgewezen. Ik heb echter ook gezegd dat ik er reserves bij heb. Nu zegt de minister dat de commissie actief gaat adviseren wat er in het behandelplan moet worden opgenomen. Dat vind ik een heel grote inmenging. Begrijp ik dit goed, of twijfelt de minister nog een beetje?

Minister **Klink**: Ik zeg alleen dat dit zich zal moeten uitkristalliseren. Wij moeten er echter enerzijds voor waken dat de machtiging niet zo ruim wordt dat in feite alles mag, en er anderzijds voor waken dat de behandelrelatie niet wordt gedomineerd door een behandelplan dat bij de rechter wordt neergelegd. Deze twee pijlers zet ik neer. Het een en het ander zal niet gebeuren. Wij kennen nu vele machtigingen; die worden straks geïntegreerd.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik heb uit de stukken begrepen dat er een machtiging op maat komt die gepaard gaat met een zorgplan. Het verzoek om zo'n machtiging wordt gedaan door de regionale commissie. De commissie stelt ook het zorgplan op. Eigenlijk heeft dus de behandelaar niets meer te zeggen over het zorgplan, want dat wordt vastgesteld door de commissie. Op dit moment moet nog een rechterlijke machtiging worden aangevraagd voor de opname. Over de behandeling wordt met de inspectie gesproken. De huidige situatie verschilt dus erg veel van de

situatie die nu wordt voorgesteld. Straks moet je opnieuw naar de rechter als je het zorgplan wilt wijzigen. Dat lijkt mij heel vreemd.

Minister **Klink**: Juist daarom zeg ik dat het zorgplan een zekere breedte zal kennen. Daarin wordt niet vastgesteld hoe stap voor stap de relatie tussen de behandelaar en de patiënt er uit dient te zien. Dat zal niet gebeuren. Daarom ben ik niet bang dat het zwaartepunt zal verschuiven van de behandelaar naar een soort voortraject. Bovendien is dit bijna onmogelijk, want daarvoor zou je de toekomst als het ware moeten neerleggen in een behandelplan dat wellicht voor jaren geldt. Dat zal niet gebeuren. Er komt echter wel een behandelplan waarin bijvoorbeeld de nazorg wordt meegenomen. In zo'n plan staat hoe voor een specifieke patiënt passende nazorg zich kan aftekenen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Deze kwestie vraagt om grote precisie. Ik kan mij niet aan het beeld ontworstelen van een commissie met een veelheid aan taken. Ik probeer mij voor te stellen hoe dit in de praktijk zal werken. Daarbij komt een tamelijk volledig behandelplan in beeld. Ik sluit mij aan bij wat mevrouw Joldersma zojuist zei. Er is een relatie tussen enerzijds de commissie en anderzijds de behandelaar en de patiënt. De commissie adviseert dus niet alleen de rechter. Er bestaat een kans dat er onderhandelingen met de commissie zullen voorkomen. Mijns inziens zullen daarbij heel gekke dingen gebeuren. Ik vind dat de minister geen helder perspectief schetst. Het gaat bij de taken van de commissie kennelijk niet alleen om het adviseren van de rechter over een machtiging in de nieuwe vorm, maar om veel meer. Dat vind ik nogal wat. De minister zei zojuist dat het hem ook gaat om de rechten van patiënten. Wij hebben het echter in dit verband altijd over dwang en een behandelplan dat onder dwang wordt toegepast. Het is nogal wat dat dit zo'n breedte kan krijgen. De minister zegt zelf al dat de machtiging niet te breed mag worden.

De **voorzitter**: Uw vraag is helder. Het woord is aan de minister.

Minister **Klink**: In feite herformuleert de heer Vendrik de balans die ik probeer te zoeken in mijn antwoord. Wij zullen dit uiteraard nader uitwerken in het wetsvoorstel en hierover met de Kamer van gedachten wisselen. Het is echter helder dat wij spreken over een behandelwet en niet meer over een opnamewet. Daardoor komt de machtiging die wij van de rechter vragen, te staan in de sleutel van de behandeling die wij willen. De dwang staat immers ten dienste van de zorg die wij willen verlenen. Tegen die achtergrond wordt de machtiging aan de rechter gevraagd. Dit betekent dat de contouren van de zorg die vervolgens wordt verleend, voor de rechter helder moet zijn. In de commissie zullen ook een behandelaar en psychiater zitting hebben. Centraal staat echter dat de dwang plaatsvindt in het kader van de zorg die een patiënt nodig heeft. Ik ben het volstrekt met mevrouw Joldersma eens dat wij daarbij een balans moeten zoeken. Het zwaartepunt mag niet verschuiven. Het kan ook niet verschuiven. Je kunt immers niet op voorhand definiëren wat er zal plaatsvinden in de weken, maanden of soms zelfs jaren die volgen op de toekenning van de machtiging. Het zwaartepunt zal dus niet verschuiven, maar ik heb het wel over een inkadering.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: De procedure voor het gedwongen opnemen van mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap maakt op dit moment nog deel uit van de Wet Bopz. Bij de inwerkingtreding van de opvolger van de Wet Bopz zal de oude wet uiteraard worden ingetrokken. Dit heeft als consequentie dat de regels voor het gedwongen opnemen van mensen met een psychogeriatrische aandoening of een

verstandelijke handicap moeten worden herzien en een nieuwe plaats moeten krijgen. Het proces hiervoor is ingezet in overleg met betrokken partijen, maar is op dit moment nog niet afgerond. Ik kom hierop straks nog wat meer specifiek terug in het kader van een van de vragen van mevrouw Van Miltenburg.

Ik zal in het kort ingaan op de contouren van de nieuwe regeling. Om te beginnen wordt in de nieuwe wet de koppeling tussen gedwongen opname en behandeling losgelaten. De zorg voor de patiënt komt dus centraal te staan in plaats van de opname. De patiënt met psychische stoornissen moet zorg op maat worden aangeboden, ook als dit gedwongen zorg is. Deze zorg hoeft dus niet per se binnen de muren van de zorginstelling te worden verleend. De nieuwe regeling beoogt de positie van personen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking te versterken en daarmee de kwaliteit van de zorg te verhogen. Een respectvolle bejegening van mensen met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking als onderdeel van kwalitatief goede zorg kan onvrijwillige interventies helpen voorkomen. Als hulpverleners in een vroeg stadium kwalitatief goede zorg leveren, kan in veel gevallen worden voorkomen dat mensen met een psychische stoornis moeten worden geconfronteerd met een gedwongen interventie. Goede zorg leveren houdt ook in dat gedurende het gehele zorgtraject aandacht wordt gegeven en wordt geluisterd naar het verhaal achter het gedrag van de betrokkene. Met de heer Vendrik zeg ik dat de kwaliteit van de zorg toereikend moet zijn, ongeacht of het om gedwongen zorg gaat of om vrijwillige zorg. De kwaliteit van de vrijwillige zorg zal mede bepalend zijn voor het totaal aantal noodzakelijke gedwongen interventies.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Mijn fractie is in principe niet tegen ambulante dwangbehandeling. Ik wil de minister echter nogmaals herinneren aan zijn uitspraak tijdens het debat van gisteren. Toen zei hij dat het erg belangrijk is dat daarop goed toezicht wordt gehouden. De ambulante dwangbehandeling is nog niet uitgekristalliseerd. Wij weten dus niet hoe dit zich gaat ontwikkelen. Ik vind dat hier tot nu toe veel te gemakkelijk overheen is gestapt. Het maakt mijns inziens wel degelijk uit of de dwangbehandeling binnen of buiten de instelling wordt verleend.

Minister **Klink**: Ik ben dit volstrekt met mevrouw Joldersma eens. Als ik één ding uit deze evaluatie van de Wet Bopz heb opgepikt, ook naar aanleiding van de trieste incidenten waarover wij de afgelopen weken hebben gehoord, dan is het wel de noodzaak van een grondige en goede borging van het toezicht op de dwangtoepassingen. Ik heb dit meegenomen met het oog op dit debat, maar ik zal dit zeker ook meenemen bij de vormgeving van de nieuwe wet. Wij hebben gezien dat er op dit punt in de vorige wet een risicovol hiaat is. De inspectie heeft in feite een taak toebedacht gekregen die moeilijk uitvoerbaar is in de vorm en op de manier waarvoor is gekozen in de Wet Bopz. Wij zijn er nog niet uit of de commissie een soort toezichhoudende rol moet krijgen bij de dwangtoepassingen. In de stukken die ik van de inspectie heb gezien, wordt daar een beetje op gemikt. Op het niveau van de individuele gevallen moet de commissie de vinger aan de pols houden. Ook al zouden wij naar zo'n situatie toegaan, dan zitten wij nog steeds met het feit dat wij in de tussentijd met een leemte te maken hebben. Hiermee loop ik vooruit op een punt dat mevrouw Van Miltenburg inbracht. Op dit punt ben ik het zeer met haar eens. Ook de heer Van Gerven vroeg naar de rol van de inspectie op het niveau van de individuele patiënt. Ik heb er de afgelopen weken over nagedacht hoe wij deze leemte wellicht kunnen vullen. Ik zal geen geheim maken van de richting waarin ik daarbij denk. Ik denk inderdaad aan een versterking van de rol van de patiëntenvertrouwenspersonen. Ik sluit echter ook niet uit dat de inspectie zou moeten kunnen vertrouwen op het eerstelijnstoezicht, wat moet worden gehouden door

de raden van bestuur en de raden van toezicht. Dit strookt met de benaderingen waarvoor wij hebben gekozen in de somatische en curatieve sfeer bij ziekenhuizen. Als blijkt dat het toezicht door de raden van bestuur en de raden van toezicht onvoldoende is geborgd, dan moet worden geïntervenieerd. Ik kan mij voorstellen dat wij toch een verplichting in procedurele zin opleggen aan de raden van bestuur casu quo de raden van toezicht om zich bijvoorbeeld per kwartaal te vergewissen van de uitkomsten van de klachten waarmee de patiëntenvertrouwenscommissie is geconfronteerd. Die uitkomsten zouden gewoon op de agenda moeten staan en moeten worden gewisseld met de inspectie. Ook zou men met de inspectie moeten wisselen wat men met deze uitkomsten doet. Op die manier krijgt de inspectie zicht op de mate waarin het eerstelijnstoezicht functioneert en krijgt zij wellicht meer grip op situaties die nu onttrokken zijn aan haar blik. Immers, de inspectie beziet op dit moment vooral vanuit de tweede lijn de vraag of er sprake is van een bovengemiddeld aantal meldingen en een bovengemiddelde lengte van de separatieperiode bij instellingen. Dit betekent dat het toezicht op het niveau van de individuele patiënt tekortschiet. Daarom wil ik bezien of eventueel een additionele regeling nodig is. Uiteraard kennen de accounthouders wel een relatie met psychiaters in ziekenhuizen. Ik laat mijn gedachten hierover op dit moment gaan en ik kom wellicht in de komende tijd met concrete voorstellen op dit punt.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Het is prima dat de minister ingaat op de vraag hoe hij het toezicht wil uitbreiden. Hij gaat echter niet in op mijn punt dat toezicht bij ambulante gedwongen zorg van een andere orde is dan toezicht binnen de instelling. Binnen de instelling kan men de situatie immers dag en nacht bezien. Ik maak mij zorgen over het toezicht bij ambulante gedwongen zorg. Daarover heb ik de minister nog niet horen spreken.

Minister **Klink**: Ik deel de zorg van mevrouw Joldersma op dit punt. Je kunt de persoon volgen en persoonsgeoriënteerd toezicht invoeren. Je kunt het toezicht ook aan de locatie binden, wat op dit moment gebeurt. Immers, dwang kan alleen op locatie in de zorginstelling worden toegepast. Je kunt echter ook de controle op het niveau van de instelling leggen. Dit toezicht moet dan wel toereikend zijn. Een instelling kan zowel intra- als extramurale zorg verlenen. In de nieuwe verhoudingen zal in alle gevallen ook de controle op de extramurale zorg moeten zijn geborgd. Dit is voor ons een belangrijk aandachtspunt wat ik, met erkentelijkheid, zal meenemen bij de afwegingen die wij gaan maken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister wil eerst het toezicht in de eerste lijn en in de instellingen borgen, om daarna pas terug te vallen op het tweedelijnstoezicht. Die lijn kan ik volgen en kan volgens mij iedereen volgen. In het voorbeeld van het Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum Oost in Amsterdam waren echter de klachten door de hele instelling heen bekend. Ook de raad van bestuur was op de hoogte. Ik heb het over de situatie voor de fusie. Met de kennis over deze klachten is niets gedaan. Dit maakt de zaak zo ingewikkeld. Hoe kunnen wij er zeker van zijn dat een raad van bestuur en een raad van toezicht de toegedeelde taak heel serieus nemen? Hoe kan de Kamer daarop vertrouwen? Ik ging hiervan uit, maar nadat dit voorval bekend is geworden, ben ik eraan gaan twijfelen. Hoe kunnen wij er zeker van zijn dat niet alleen wordt gekeken naar het aantal en de duur van de drang- en dwangmaatregelen, maar dat de hele instelling wordt gezien? Patiëntengeluk heeft ook te maken met zaken als de hygiëne. Ik vraag dus hoe de Kamer zeker kan weten dat het interne toezicht goed is. En als wij dit helemaal niet weten, is dan de rol van de inspectie actief of passief?

Minister **Klink**: Hierover hebben wij het gisteravond ook gehad. Voor zover ik het nu kan overzien, kreeg de inspectie zicht op de situatie in het dienstencentrum naar aanleiding van een thematisch onderzoek dat in mei 2008 is gestart. De woorden van mevrouw Bouwmeester vertalend, kunnen wij stellen dat er van een informatielacune bij de inspectie sprake is. Men weet niet in hoeverre er sprake is van wantoestanden als er geen sprake is van een bovengemiddeld aantal dwangmaatregelen of een bovengemiddelde duur. Ik zoek daarom naar een manier om de informatiepositie van de inspectie te verbeteren, nog even afgezien van de vraag wat de inspectie vervolgens met deze informatie doet. Een en ander begint echter met goede informatie. Ik denk er dus over om de instellingen te verplichten, de signalen die van de patiëntenvertrouwenspersonen komen op de agenda te zetten. Ook moet men inzichtelijk maken wat men met deze informatie doet en deze informatie aan de inspectie geven. Op deze manier komt er een extra informatiekanaal dat wordt gevoed door meldingen en klachten die bij de patiëntenvertrouwenspersonen binnenkomen. De inspectie kan daaraan afmeten wat de kwaliteit van de zorg en de stand van zaken in de instellingen is. Op deze manier wordt op een reguliere manier deze informatie geborgd en is de inspectie niet meer afhankelijk van de, ik zal niet zeggen toevallige, maar in elk geval niet permanent gehouden, thematische onderzoeken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit verontrust mij zeer. Anderhalf jaar geleden hebben wij in de Kamer het wetsvoorstel besproken waarmee de mogelijkheden tot dwangbehandeling worden verruimd. De minister heeft de Kamer toen voorgehouden dat het toezicht op de praktijk uiteraard op orde was. Nu hoor ik dezelfde minister zeggen dat het toezicht totaal niet op orde is. Ik dank hem voor zijn eerlijkheid hierover, maar ik schrik er zeer van. Dit is precies waarop ik doelde tijdens mijn bijdrage in de eerste termijn, toen ik het had over de precisie en de zorgvuldigheid die ik van de minister verwacht. Eigenlijk vind ik dit ontluisterend. Ik zal de stukken nog eens goed nakijken, maar misschien is de Kamer op dit punt wel verkeerd geïnformeerd door de minister. Dat is geen procedurele, maar een heel belangrijke kwestie. De Kamer moet de minister immers op zijn woord kunnen geloven. Ik vind dit ontluisterend, juist ook omdat het hierbij gaat over verruiming van dwangbehandeling. Deze verruiming werd, op voorwaarde van een goed toezicht, gepropageerd omdat deze in het voordeel van mensen zou uitwerken. Nu hoor ik dat het eigenlijk een zootje is. Ik vind dit nogal wat.

Minister **Klink**: Ik raad de heer Vendrik aan om de stukken over dit onderwerp in de volle breedte te lezen. Tijdens het debat van gisteren heb ik omstandig aangegeven dat het aantal separaties en dwangtoepassingen afneemt. Bovendien neemt de duur van de separaties af terwijl het aantal dwangbehandelingen is toegenomen. Het aantal dwangtoepassingen neemt af terwijl het aantal dwangbehandelingen toeneemt. Er is dus in feite sprake van een positieve tendens. Bovendien zit de inspectie, meer dan in het verleden, bovenop deze situaties via de thematische onderzoeken die dit jaar gestart zijn en die de misstanden, voor zover zij voorkomen, aan het licht hebben gebracht. De inspectie zal daarop in de komende jaren extra accent leggen in de meerjarenplannen. Het algemene beeld dat de heer Vendrik nu neerzet, klopt dus niet. Dit neemt echter niet weg dat ik de incidenten die wij kennen buitengewoon serieus neem. Dat heb ik gisteren ook al gezegd. Ik neem die in drie opzichten serieus. In de eerste plaats zal de inspectie meer normstellend moeten gaan optreden. De normen zijn nu vaak te vaag en zijn ontleend aan veldnormen. In de tweede plaats moet de informatiepositie van de inspectie worden verbeterd. Daarover heb ik het zo-even gehad. In de derde plaats kan de inspectie in het kader van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving gericht intervensies op basis van de heldere normstelling. Dit

wetsvoorstel ligt op dit moment bij de Eerste Kamer. Ik zie dus over de hele linie positieve ontwikkelingen. Ik zie dat de inspectie meer aandacht voor deze zaken heeft. Bovendien wordt de inspectie toegerust met een beter handhavingsinstrumentarium. Ik heb vervolgens nog behoefte aan een precisering van de ondergrenzen, waarmee een minimum aan veiligheid wordt gedefinieerd. Tegen de achtergrond hiervan zullen de overige kwaliteitsaspecten, zoals de hygiëne, uiteraard niet moeten wegvallen. Deze ondergrens moet inderdaad ook niet als de maximale kwaliteit gaan gelden. De heer Vendrik schetst een beeld door te zeggen: hiervan ben ik onthutst, want de ontwikkeling gaat de verkeerde kant op. Dit beeld klopt niet.

De voorzitter: Ik geef de heer Vendrik de gelegenheid hierop heel kort te reageren. Wij spreken nu over de contouren. Ik zie dat de minister nog een hele stapel papieren voor zich heeft liggen. Ik wil dat er meer aan bod komt dan alleen dit punt.

De heer Vendrik (GroenLinks): Ik had het niet over de huidige situatie, waarin het toezicht door de inspectie wordt verbeterd, maar over de situatie anderhalf jaar geleden. Toen is een belangrijk wetsvoorstel door het kabinet in de plenaire zaal verdedigd. Met dit wetsvoorstel werden de mogelijkheden voor dwangbehandeling verruimd. Daarbij heeft het kabinet verzekerd dat het toezicht door de inspectie op orde was. Uiteraard moest dat toezicht op orde zijn, want anders verruim je de mogelijkheden niet; daarmee zal de minister het eens zijn. Nu hoor ik echter dat op het punt van het toezicht nog een zeer substantieel verbetertraject moet worden ingezet. Dat vind ik onthutsend en niet goed. Dit wekt bij mij twijfels over de manier waarop het kabinet de Kamer informeert over de vraag hoe toezicht en uitbreiding van mogelijkheden voor dwangbehandeling samengaan.

De voorzitter: Ik wijs de heer Vendrik erop dat deze onderwerpen ook gisteravond zijn besproken. Aan het begin van dit algemeen overleg was de heer Vendrik nog niet aanwezig. Ik heb toen gezegd dat ik zal afhaken als het debat van gisteren wordt overgedaan.

De heer Vendrik (GroenLinks): Voorzitter, ik heb het over een debat van anderhalf jaar geleden.

De voorzitter: Ik geef de minister de gelegenheid nog een keer te reageren op dit punt van de heer Vendrik. Daarna vervolgt hij zijn betoog.

Minister Klink: Ook vorig jaar was dit bekend. Sterker nog, er is in 2006 niet voor niets een traject drang en dwang ingezet, teneinde het een en ander te verbeteren in de sector. De heer Vendrik schetst een beeld door te zeggen: wij waren niet bekend met de problematiek die zich nu aftekent. Dit beeld is niet juist. In de tweede plaats had het wetsvoorstel dat vorig jaar aan de orde was, betrekking op mensen die in een instelling aanwezig waren en niet behandeld konden worden omdat zij in de instelling geen gevaar vormden. Door het aannemen van de wet kan men nu wel tot behandeling overgaan als daarmee de verblijfsduur van deze patiënten kan worden verkort. Ik wil niet dat wij deze motieven, die patiëntgeoriënteerd zijn, vermengen met de algemene problematiek rondom het toezicht van de inspectie. Als de heer Vendrik nu zegt dat toen is gesteld dat er rondom de separaties helemaal niets aan de hand was, schetst hij een onjuist beeld. Ik kan dit beeld alleen maar van de hand wijzen, want ik heb de stukken die daarover gaan nu niet bij me. Ik kan dit echter alleen afleiden uit het feit dat in 2006 het genoemde project in gang is gezet. Daarmee werd beoogd om het aantal separaties en de duur ervan te verminderen. Deze zaken waren ook toen bekend.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: In de nieuwe regeling is conform het advies van de evaluatiecommissie een centrale rol weggelegd voor de multidisciplinaire commissie. Deze commissie gaat dus de rechter adviseren over het al dan niet gedwongen behandelen van een patiënt. Er zal eerst met pilots worden geëxperimenteerd om te onderzoeken wat de ideale werkwijze en samenstelling van de commissie is. Wij zullen daarvoor vier regio's kiezen. De pilots worden de komende maanden gehouden. De Kamer zal worden geïnformeerd over de uitkomsten. Over de opzet van de pilots zal ik de Kamer binnenkort, waarschijnlijk in december, informatie doen toekomen.

Ik kom aan de beantwoording van de specifieke vragen die zijn gesteld. Mevrouw Van Miltenburg vroeg naar fixatie buiten instellingen, met name in de verpleegsector. Wij zijn het er allemaal over eens dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen moet worden teruggedrongen. Hierover hebben wij gisteren ook gedebatteerd met de staatssecretaris. Niet alleen moeten deze toepassing worden teruggedrongen in instellingen, maar ook daarbuiten. Wij weten immers dat er buiten aangekeurde instellingen ook mensen in hun vrijheid worden beperkt. De staatssecretaris wil dit zo veel mogelijk terugdringen. Waar fixatie wel nodig is, moet een wettelijk kader worden geboden. Cliënten buiten de bopz-instellingen genieten op dit moment geen rechtsbescherming terwijl dit wel nodig is. Daarop ziet het genoemde wetgevingsproces. Het helemaal verbieden van fixatie buiten instellingen zou ertoe leiden dat bijvoorbeeld mensen in kleinschalige woonvormen moeten worden overgeplaatst. Dat vinden wij een onwenselijke ontwikkeling in het licht van de extramuralisering, van het scheiden van wonen en zorg, en van het tegemoetkomen aan de vraag van mensen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Toch vind ik dit een lastig punt. Op dit moment is fixatie verboden in een instelling die geen bopz-aanmerking heeft. Kleinschalige, met pgb georganiseerde instellingen hebben geen bopz-aanmerking; daar mag niet worden vastgebonden. Thuis mag dit ook niet. Het gebeurt echter toch en daarom gaat men nu zoeken naar een manier om dit te formaliseren. Dit vind ik een rare constructie. Wij moeten ervoor zorgen dat fixatie thuis niet meer voorkomt. Als mensen zo ziek zijn dat zij gefixeerd moeten worden, moet dit onder toezicht gebeuren. Dit heeft de minister gisteren zelf omstandig benadrukt. Wat is het signaal dat hiervan uitgaat? Enerzijds zegt men dat fixatie moet worden beperkt en anderzijds wordt het mogelijk gemaakt om op meer plaatsen te fixeren. Ik wil op z'n minst nu van de minister horen dat het hierbij alleen gaat om kleinschalige instellingen die vaak onder de paraplu van een grotere functioneren. Fixatie moet zeker niet mogelijk worden gemaakt in thuis-situaties.

Minister **Klink**: Hierbij ligt uiteraard een parallel met wat wij beogen met de extramuralisering van de zorg rondom de Wet Bopz. Deze zorg moet niet alleen intramuraal, maar ook buiten instellingen kunnen worden verleend. Deze mogelijkheid kan ook van belang zijn met het oog op de resultaten die je met de zorg wilt boeken. Mensen kunnen ervoor kiezen om zorg in kleinschalige instellingen te ontvangen. De staatssecretaris creëert de wettelijke voorwaarden, opdat de borging gerealiseerd wordt waar mevrouw Miltenburg om vraagt. Dit wetsvoorstel ligt bij de Raad van State en zal worden besproken in de Kamer.

Mevrouw Bouwmeester vroeg wat uiteindelijk de bevoegdheid van de commissie wordt. Ons staat voor ogen, de commissie de bevoegdheid te geven om de rechter te adviseren. Verder moet de commissie knelpunten signaleren bij onvrijwillige zorg. Het moet duidelijk zijn dat deze commissie geen toezichthoudende taak krijgt, maar wel een signalerende.

Deze signalen zal de commissie aan de inspectie melden. Dit kan de wederkerigheid verbeteren, zodat de inspectie meer zicht krijgt op de ontwikkelingen rond dwangtoepassingen.

Mevrouw **Bouwmeester** meldt dat zij enthousiast is over de commissie en over de samenstelling waarvoor voorlopig is gekozen. Zij vraagt of er ook een landelijke commissie zal komen. Bij het beproeven van de commissies willen wij klein beginnen. Wij denken op dit moment niet aan een landelijk overkoepelend orgaan. Ik zal de vraag echter pas definitief beantwoorden als wij de uitkomsten van de pilots kennen. Ik kan mij voorstellen dat daaruit naar voren komt dat voor de eenheid van opereren een landelijk overkoepelend orgaan nodig is. Daarop wil ik nu nog niet vooruitlopen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb gezegd dat ik enthousiast ben over de commissie vanwege de brede samenstelling ervan. Door verschillende disciplines wordt daarbinnen gezocht naar de beste zorg die de patiënt kan worden geleverd. De context wordt dus veel breder dan de huidige. Ik ben het met de minister eens dat dit kan leiden tot kwalitatief betere zorg. Ik wil echter nogmaals opmerken dat dit alleen mogelijk is als de rechtspositie van de patiënt absoluut is geborgd.

Minister **Klink**: Daarover zijn wij het eens. Sterker nog, dat was de reden waarom wij gisteren zo uitvoerig met elkaar hebben gedebatteerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister begint al met antwoorden, maar ik moet mijn vraag nog stellen. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe een en ander zich verhoudt. Hoe kunnen wij wel de vrijheid geven voor de zorg op maat die wij zo belangrijk vinden, maar tegelijk voorkomen dat er in feite een onbeperkte machtiging wordt afgegeven en er wordt gezegd: doe maar wat met de patiënt? Ik ga ervan uit dat het veld zo'n machtiging helemaal niet wenst. Maar wij moeten dit wel inkaderen, voor het geval je het slachtoffer wordt van «best of skills». Naar ik aanneem, wordt dit punt meegenomen in de pilots. Kan de minister naar aanleiding van de pilots heel specifiek op dit punt terugkomen?

Minister **Klink**: Dat doe ik graag.

Er is gevraagd of onverzekerden goede zorg krijgen. Bij de bopz-machtiging is de verzekering niet relevant. Een instelling kan voor iemand die binnen de bopz binnenkomt de verzekering regelen. Dit geldt overigens in het algemeen voor onverzekerden. Als er een behandeling wordt gestart, is het van belang dat de onverzekerde patiënt wordt verzekerd onder alle condities die wij daaromheen in Nederland kennen.

Op de vraag of in de nieuwe wet meer aandacht zal worden besteed aan de kinder- en jeugdpsychiatrie zal ik schriftelijk antwoorden. Over de relatie tussen de jeugd-ggz, de jeugd-LVG en de Wet Bopz kan namelijk een nogal lang betoog worden gehouden.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een heel goed voorstel. Wij krijgen dit van de minister op schrift.

Minister **Klink**: Dat kost weinig moeite, want het staat namelijk al netjes op schrift.

De heer Van Gerven en mevrouw Joldersma vroegen zich af of de commissie een bureaucratische moloch wordt. Ik begrijp de zorgen hierover. Als de evaluatiecommissie veronderstelt dat de voorgestelde commissie volgt wat er in de behandelrelatie van alle patiënten gebeurt en dat zij daarbij ook nog de rechter moet adviseren, speelt het risico dat dit leidt tot een grote administratieve belasting van de instellingen en tot bureaucrativering. Ik meen dat in dit verband het CIZ en Bureau Jeugdzorg zijn genoemd. Dit gevaar is een van de punten die in de pilots zal worden onderzocht. Wij moeten dit inderdaad vermijden.

Mevrouw Joldersma vroeg of de observatiemachtiging wordt afgeschaft. Afschaffen is wellicht niet het goede woord, omdat deze machtiging op een gegeven moment expireert. Zij geldt namelijk tot 31 december 2008, tenzij er bij AMvB anders wordt bepaald. Uit onderzoek blijkt dat er van de observatiemachtiging weinig gebruik wordt gemaakt, zeker na een uitspraak van de Hoge Raad. Met deze uitspraak is het toepassingsbereik namelijk behoorlijk ingeperkt. Om in aanmerking te komen voor een observatiemachtiging moet de behandelaar er bijna zeker van zijn dat er werkelijk sprake is van een psychische aandoening. Een en ander leidt ertoe dat wij de observatiemachtiging zullen laten expireren. Er komt dus geen algemene maatregel van bestuur om de geldigheid te verlengen. Er is ook gevraagd naar de psychische stoornissen die onder de reikwijdte van de nieuwe regeling komen te vallen. Deze vraag is met name gesteld met het oog op de verslaving en de verslavingszorg. In het wetsvoorstel zal worden gekozen voor de internationaal gehanteerde term «psychische stoornis». Met die term is aansluiting gezocht bij de classificatie die hiervoor internationaal geldt. Het handboek van de DSM-IV dat hieraan ten grondslag ligt, biedt een praktische leidraad voor de hulpverleners. Uit het handboek vloeit ook voort dat persoonlijkheidsstoornissen zoals verslaving daarbij passen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vind dit lastig. Wat gebeurt er met mensen die ernstige problemen veroorzaken, maar waarvan niet duidelijk is of daaraan een psychiatrische stoornis ten grondslag ligt? Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat dit gedrag wordt veroorzaakt door een verstandelijke handicap. Ik heb in het verleden vragen gesteld over een man met een verstandelijke handicap die in een winkelcentrum geregeld mensen in elkaar sloeg. Het bleek dat daaraan niets kon worden gedaan. Zulke zaken moeten toch kunnen worden opgelost? Hiervoor is de Wet Bopz toch ook bedoeld?

Minister **Klink**: Ik stel voor dat ik in de tweede termijn terugkom op de reikwijdte in dit opzicht.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Mijns inziens heeft niet iedere verslaafde ook direct een persoonlijkheidsstoornis, maar is verslaving een van de psychiatrische aandoeningen. Wellicht kan de minister hierop in zijn tweede termijn ook terugkomen.

Minister **Klink**: Ik ben blij met de handreiking die mevrouw Joldersma mij hiermee biedt. Ik kom hierop graag terug in mijn tweede termijn. Mevrouw Joldersma heeft een buitengewoon belangrijke vraag gesteld over de positie van de rechter. Onze rechtstraditie verplicht ons, de bevoegdheid om uiteindelijk beslissingen over onvrijwilligerzorg bij de rechter te leggen. Dit staat ook in onze brief. In de pilots zullen wij overigens de samenstellingen van de commissies bezien. Wij zullen ook bekijken in hoeverre wij de commissie en de rechter naar elkaar toe kunnen brengen, zodat advisering en beslissing in elkaars verlengde komen te liggen zonder dat daarbij aan de beslissingsbevoegdheid van de rechter wordt getornd. Daarover zullen wij de Kamer informeren als wij de pilots beschrijven.

Als ik het goed heb begrepen, refereerde de heer Van Gerven aan de benchmark van de commissies. Naar ik aanneem ging zijn vraag niet over de benchmark tussen de instellingen, iets waarover wij tijdens het debat van gisteren hebben gesproken. Daarbij gaat het om de vraag welke instellingen dwangtoepassingen bovengemiddeld goed realiseren. Over de commissies kan ik zeggen dat de ervaringen die daarin worden opgedaan, zullen worden geanalyseerd en wellicht zullen leiden tot een zekere protocollering van de manier van werken. Het werken met goede voor-

beelden kan in dit opzicht behulpzaam zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van de werkzaamheden van de commissies.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer Van Gerven en mevrouw Joldersma een vraag hebben. Ik ga vanaf nu meer letten op het aantal interrupties, want de minister van Justitie moet ook nog aan het woord komen. Ik voorzie dat wij niet op tijd klaar zijn als ik de interrupties niet ga inperken. Het woord is aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik weet niet of er instellingen of commissies voor de benchmark met elkaar moeten worden vergeleken. Tijdens het debat van gisteren werd gesproken over naar ik meen 7000 dwangopnamen. Elders wordt echter gesproken over 18 000 dwangopnamen. Het laatste getal is naar ik meen gebaseerd op een extrapolatie op basis van een onderzoek van jaren geleden bij twaalf instellingen. Het verschil tussen 7000 en 18 000 is behoorlijk groot. Hoe kunnen wij komen tot een sluitend systeem, zodat duidelijk wordt wat er in de praktijk gebeurt in regio A, regio B enzovoort? Het is mij om het even of het daarbij gaat om de commissie of de instelling.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

De heer **Van Gerven** (SP): Het blijkt dat wij geen duidelijk zicht hebben op de aantallen. De inspectie noemt andere aantallen dan de instellingen. Als het goed was, zouden zij op dezelfde aantallen moeten uitkomen. Mijns inziens is er daarom sprake van «onderrapportage», terwijl dat niet mogelijk zou moeten zijn. Hoe lossen wij dit probleem op? Verschillen kunnen ook tot lering strekken.

Minister **Klink**: Ik ben het eens met de formulering die de heer Van Gerven nu kiest. Opnieuw raken wij hierbij aan de informatievoorziening van de inspectie. Dwangtoepassingen moeten worden gemeld. Dit betekent dat de inspectie een toereikend en dekkend beeld moet hebben van de toepassingen en de aantallen. Zij beziet de verschillen bij de meldingen. Als er bij een bepaalde instelling sprake is van een bovengemiddeld aantal meldingen, zal de inspectie gericht onderzoeken in hoeverre er daarbij sprake is van een structurele afwijking. Het is echter ook mogelijk dat zaken niet worden gemeld. Wij hebben immers deze week gezien dat bij Psychiatrisch Centrum AMC/De Meren zelfs een sterfgeval in een separatiecel aanvankelijk niet werd gemeld. Ik hoop dat wij hierbij de rol van de raden van bestuur en van de raden van toezicht opnieuw kunnen activeren, zodat iedereen doet wat er gedaan moet worden, ook krachtens de wet. Daarbij hoort dat er wordt gemeld. De commissies kunnen hierbij een rol vervullen, want als zij zien dat zich hierin verschillende patronen aftekenen, kan deze signalering er uiteindelijk toe leiden dat het toezicht verbetert. Ik noemde in dit verband al de relatie tussen de commissie en de inspectie.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): De minister heeft nog niet geantwoord op mijn vraag over de familievertrouwenspersoon. Hij heeft het wel over de patiëntenvertrouwenspersoon gehad. Wordt de rol van de familievertrouwenspersoon ook in de wet opgenomen?

Minister **Klink**: Dat overwegen wij op dit moment. In de afgelopen maanden is gekeken naar de rol van de familievertrouwenspersoon en de vraag in hoeverre zij een reguliere plaats in de instelling moeten krijgen. De Kamer kan het mijn standpunt hierover nog dit jaar verwachten. De heer Van Gerven heeft gevraagd of het aantal psychiaters toereikend is. Deze vraag is niet direct relevant als wij het hebben over de Wet Bopz, dwangtoepassingen en dergelijke zaken. Ik heb echter zojuist omstandig

betoogd dat de kwaliteit van de zorg van belang is bij het vermijden van dwangtoepassingen. Daardoor is de vraag naar de capaciteit in dit verband dus wel relevant. De verzekeraars hebben in juridische zin een zorgplicht. Zij moeten voldoende zorg contracteren. Dit geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Ik ontvang signalen dat met name bij de jeugd-ggz de wachtlijsten te lang zijn. Minister Rouvoet en ik zijn op dit moment aan het inventariseren wat wij hieraan moeten en kunnen doen. Mevrouw Wiegman vroeg hoe wij schrijnende situaties zoals langdurige separatie in de toekomst willen voorkomen. Ik heb er gisteren al op gewezen dat het op dit moment al usance is om bij dwangmaatregelen rekening te houden met de vraag wat de individuele patiënt verkieselijk vindt: dwangmedicatie of separeren. Ook de evaluatiecommissie maakt hiervan een punt. Ik vind dat met deze voorkeur in de behandel- en zorgplannen uitdrukkelijk rekening moet worden gehouden. Voor zover ik goed ben geïnformeerd, wordt daarmee al rekening gehouden. Verder zullen zich ook in de toekomst schrijnende situaties blijven voordoen. Dit brengt de aard van de problematiek met zich mee. Het valt niet uit te sluiten dat sommige mensen vanwege een zeer ernstige gedrags- of persoonlijkheidsstoornis zo gevaarlijk zijn dat langdurig moet worden gesepareerd. Het lijkt mij een verkeerd signaal om nu te zeggen dat langdurige separatie te vermijden zou zijn. Het moet echter altijd een ultimatum remedium zijn. De heer Van der Vlies heeft dit gisteravond nog eens omstandig benadrukt met de emoties die daarbij passend zijn. Daarom is het toezicht zo belangrijk en hecht ik eraan dat in elk geval het inzicht in de situaties zodanig wordt geborgd dat wij ervan op aan kunnen dat er bij de inspectie voldoende informatie aanwezig is. Ik wees er overigens al op dat het aantal separaties in de afgelopen jaren is afgenomen. Hetzelfde geldt voor de separatieduur. Op die punten zijn er verbeteringen. Ik sprak deze ochtend de heer Keurentjes nog, de voorzitter van de derde evaluatiecommissie. Hij wees mij erop dat hem was opgevallen dat er in de afgelopen jaren wel degelijk sprake is van verbeteringen bij het aantal separaties in psychiatrische inrichtingen, de ernst ervan en de lengte.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mijn algemene vraag was, wat de incidenten ons zeggen over het functioneren van de huidige Wet Bopz en over de wet die wij voor de toekomst nodig hebben. Kan de minister hierop iets preciezer ingaan? Is er een relatie en, zo ja, welke dan? Wat betekent dit concreet, nog afgezien van het toezicht dat beter moet worden geborgd? Vervolgens is het de vraag, welke instrumenten daarvoor moeten worden gebruikt. Ik vind dat de minister in zijn betoog erg veel vooruitwijst naar de commissie. «De commissie gaat dit doen en de commissie gaat dat doen.» Voor mij is het echter nog de vraag of zo'n commissie een toegevoegde waarde heeft. Kunnen dingen wellicht ook binnen de bestaande praktijk, structuren en nieuwe wetstructuur beter worden geborgd?

Minister **Klink**: Waarschijnlijk ben ik onvoldoende helder geweest. Ik wil mij juist niet verschuilen achter de commissie. Ik wil juist niet zeggen dat de commissie in de trajecten dusdanig op individueel niveau zal monitoren dat wij voldoende informatie hebben. Ik vind het van belang dat, voor zover dit gebeurt, deze signaleringsfunctie adequaat wordt uitgeoefend en de daaruit voortkomende informatie wordt doorgesluisd naar de inspectie, teneinde te bezien in hoeverre zij vanuit haar rol van toezichthouder preciezer kan interveniëren. Dit zou dus winst kunnen betekenen. Ik heb het hierbij uitdrukkelijk over «kunnen betekenen». Ik wil hierop niet vooruitlopen. Sterker nog, ik vind dat de informatievoorziening van de inspectie dient te verbeteren, ook als dit geregeld moet worden voor wellicht slechts een korte periode, namelijk totdat de nieuwe wet bopz in werking treedt. Wij kennen nu handhaving op basis van analyses van meldingen, waarbij de inspectie gaat toezien als er sprake is van een

bovengemiddeld aantal separaties of een bovengemiddelde duur van de separaties. Daarbij kan de inspectie op een individueel niveau bepaalde misstanden missen. Uiteraard is het niet mogelijk dat de inspectie elke dag bij alle patiënten langsgaat en onderzoekt wat er precies gebeurt. Om de informatiepositie te verbeteren, wil ik echter de patiëntenvertrouwenspersonen en hun organisatie een rol geven bij de raden van bestuur en de raden van toezicht. Ik denk er verder over om deze raden te activeren door wellicht dwingend op te leggen dat zij deze informatie per kwartaal of halfjaar analyseren en aangeven wat zij daarmee doen. Ook op deze manier kan er dus meer informatie bij de inspectie binnenkomen. Ik zoek dus naar een methode waarbij de inspectie zicht krijgt op de situatie, zonder dat zij wordt overbelast. Daarbij moeten de raden van bestuur en de raden van toezicht, die in eerste aanleg verantwoordelijk zijn voor het toezicht, geactiveerd kunnen worden. Zij moeten het toezicht daadwerkelijk handen en voeten geven en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daarnaast ben ik op zoek, onder andere naar aanleiding van de analyse van de derde evaluatiecommissie. Op dit moment zit er op dit punt in de Wet Bopz een hiaat. Ik verschuil mij dus niet achter de commissie, ik wil niet op een en ander vooruitlopen, maar ik wil borgen dat de informatiepositie van de inspectie op meerdere fronten verbetert.

Mevrouw Wiegman stelde een vraag over de voorlichting. Een van de punten die uit de evaluatie naar voren komt, is het feit dat de Wet Bopz zo complex is dat mensen er moeilijk mee kunnen werken. Wij werken op dit moment met een landelijk informatiepunt aan een betere voorlichting voor de mensen die met de wet moeten werken, zoals behandelaars, medewerkers van de inspectie en wellicht zelfs het Openbaar Ministerie. In aanloop naar het opzetten van een landelijk informatiepunt komt er een website waarop voldoende informatie aanwezig zal zijn.

Mevrouw Agema heeft gevraagd in hoeverre wij bureaucratie kunnen voorkomen. Zij wees daarbij op het wellicht dubbele werk van enerzijds de commissie en anderzijds de rechter. Een van de speerpunten van de pilots zal zijn, te bezien of de nieuwe opzet leidt tot extra bureaucratie en, zo ja, hoe dit kan worden vermeden. Over de uitkomsten van de pilots zal de Kamer in het voorjaar worden ingelicht.

De heer Vendrik heeft terecht een vraag gesteld over de kwaliteit van de ggz. Ik moet wellicht nog iets zeggen over dwangseparaties. De inspectie heeft dit jaar gekeken naar de eerste dag van met name de acute opname. Volgend jaar zal de inspectie opnieuw een thematisch onderzoek doen. Daarbij zullen andere aspecten van de dwangtoepassingen aan de orde komen. Dit geeft aan dat de inspectie, in het verlengde van het meerjarenplan waarover wij vorig jaar hebben gesproken, een werkelijke invulling geeft aan een verbeterd toezicht op kwetsbare groepen, waaronder de mensen die in het kader van de Wet Bopz dwangbehandeling krijgen. Ik weet dat de inspectie hierop veel nadruk gaat leggen en zal blijven leggen. Bovendien is men bezig om een beter inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg. Via de zorgbrede transparantie zal de inspectie instellingen opleggen dat er kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld, zodat er ook langs die lijn voortdurend gemonitord kan worden wat er gebeurt. Verder zijn wij bezig om over de hele linie de kwaliteit van de zorg te verbeteren, van de curatieve zorg tot de geestelijke gezondheidszorg. Hiervan is de Kamer op de hoogte, want hierover hebben wij meermaals gesproken. Ik heb in dit verband al de precisering van de normen genoemd op basis waarvan de inspectie toetst. Daarbij hebben wij gisteren uitvoerig stilgestaan. Ook noem ik het bevorderen van de transparantie via de prestatie-indicatoren die wij voor de zorg over de hele linie ontwikkelen. Dit zijn allemaal impulsen voor de verbetering van de kwaliteit. Zij kunnen tot twee dingen leiden. In de eerste plaats tot minder bopz-opnames. In het verlengde hiervan kan dit in de tweede plaats ertoe leiden dat minder mensen een gevaar voor de samenleving zijn of worden, of uiteindelijk in tbs-instellingen terechtkomen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het is goed om te horen dat de minister ook hierbij zwaar inzet op meer kwaliteit. Wij weten dat er in de praktijk veel alternatieven zijn voor de bopz. Er zijn in het veld heel succesvolle alternatieven ontwikkeld. Hierbij hebben belangenorganisaties en professionals een rol gespeeld. Ook zij zien liever af van dwangbehandeling. Er zijn dus psychiaters die bijna nooit dwangbehandeling toepassen. Is het mogelijk dat de inspectie inzoomt op instellingen die relatief vaak grijpen naar dwangbehandeling? De inspectie zou kunnen onderzoeken hoe het komt dat deze instellingen relatief vaak daarop teruggrijpen en welke rol de alternatieven zouden kunnen spelen bij het voorkomen van deze dwangbehandelingen. Is geborgd dat de inspectie het gesprek aangaat met deze instellingen over het type behandeling en de variëteit van de behandelingen die wordt aangeboden?

Minister **Klink**: Dit is een zeer terechte opmerking. Ik neem echter een iets andere aanvliegroude, namelijk die van mevrouw Bouwmeester. Zij vroeg zich gisteren af waarom de inspectie niet het geheim van de smid in het voetlicht zet van instellingen die met veel minder separeren en dwangmedicatie uit de voeten kunnen. Dit zou vervolgens in de richtlijnen geborgd kunnen worden. In een benchmark zouden de prestaties van deze instellingen kunnen worden gespiegeld met de prestaties van instellingen die minder goed slagen in het voorkomen van separatie. Ik heb gisteren deze handdoek in dankbaarheid opgepakt. De inspectie heeft op dit moment, op basis van het thematische onderzoek dat in mei in gang is gezet, een vrij precies beeld van hoe een en ander in 39 instellingen gaat. Zij heeft mij de eerste bevindingen in concept aangereikt over instellingen die vele malen beter presteren op dit punt dan sommige andere instellingen. Ik vind daarom dat wij hiervoor nu de informatie hebben. Ik ben stellig van plan om de benchmark waarnaar de heer Vendrik vraagt, te realiseren via de aanvliegroude van mevrouw Bouwmeester. Daarmee moeten wij de verbeteringen die zich aan het aftekenen zijn in het kader van de trajecten dwang en drang van de ggz een extra impuls kunnen geven, zodat wellicht zelfs niet de 10% verbetering die hiermee is gemoeid, maar een hoger percentage gerealiseerd kan worden. De trajecten dwang en drang heeft de ggz zelf ingezet. De marges tussen de slechter presterende instellingen en de beter presterende zijn groter dan de 10% die ons voor ogen stond.

Minister **Hirsch Ballin**: Voorzitter. Ik heb na de maidenspeech van mevrouw Bouwmeester melding gemaakt van de architectonische kwaliteiten die haar maidenspeech vertoonde. Zij deed daarmee haar naam eer aan. Als de minister van Volksgezondheid die maidenspeech had meegemaakt, zou hij dit soort vergissingen niet maken.

In aanvulling op wat mijn collega gezegd heeft, ga ik graag in op een paar andere vragen en opmerkingen, waaronder die over de totstandkoming van de nieuwe wetgeving. Ik ga ook in op een paar cruciale vragen die daarbij aan de orde zijn, voor zover er iets op dit moment over te zeggen valt. Ik dank de commissieleden voor hun opmerkingen over de evaluatie. Elke opmerking over de evaluatie is meteen een raadgeving voor de nieuwe wetgeving, en zo vat ik het dan ook op. Degenen die hebben opgemerkt dat de nieuwe wetgeving niet alle problemen oplost, hebben daar gelijk in. Het een is wel nodig voor het ander. Er zijn nu eenmaal bepaalde verbeteringen waarvoor het essentieel is dat wij beschikken over wetgeving die beter aansluit op de veranderingsprocessen die zich aftekenen in de geestelijke gezondheidszorg. Ik doel hierbij met name op een andere verhouding tussen binnen en buiten. Die was echt nog anders toen de Wet Bopz tot stand kwam.

Mijn collega is zo vriendelijk geweest om eraan te herinneren dat ik als jong ambtenaar bij Justitie aan die wet heb gewerkt. Dat is zo. Ik heb ook het einde daarvan meegemaakt. Niet als jong ambtenaar, maar wel – na

enige tijd weggeweest te zijn – als minister van Justitie in het derde kabinet-Lubbers. Toen pas is dat redelijk moeizame wetgevingsproces afgerond. Wie goed kijkt naar de Wet Bopz, ziet dat die alle sporen vertoont van een lange, lange totstandkomingsgeschiedenis. Ik heb ook wel eens melding gemaakt van het eerste concept van de Wet Bopz. Dat trof ik eind jaren zeventig aan in de lade van degene die ik opvolgde als ambtenaar belast met dit onderwerp bij Justitie. Dat was een eerste concept dat in de jaren vijftig was gemaakt met het oog op de vervanging van de Krankzinnigenwet van 1884, de Wet houdende regels voor het staatstoezicht op krankzinnigen, zoals die wet heette. U kunt het zich nauwelijks meer voorstellen, maar het was echt zo. Die concepten waren van die mooie vellen op doorslagpapier die toen werden uitgewisseld tussen de ambtenaren van Justitie en Volksgezondheid. Volksgezondheid zat toen nog bij Sociale Zaken. Ook dat kunt u zich nu niet meer voorstellen.

De wet is in de loop der jaren aangepast. Er is terecht op gewezen dat er voorzieningen met de voorwaardelijke machtiging zijn getroffen, die het mogelijk maken om ook in te spelen op een grotere ambulante factor in de gezondheidszorg. Maar het zijn desalniettemin hulpconstructies. Het zijn een beetje omwegen in de voorwaardelijkheid, zoals toen ook is gezegd bij de behandeling van het betreffende wijzigingsvoorstel. Met de nieuwe wetgeving hopen wij te voldoen aan een aantal van de doelstellingen die door mijn collega al werden verwoord. Ik vind het vanuit het oogpunt van de waarborgen in de rechtspositie van de patiënten, maar ook vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg belangrijk dat wij samen deze nieuwe wetgeving tot stand brengen. Het gaat om de continuïteit, zowel van ambulante als niet-ambulante zorg. Het gaat om de continuïteit van de verschillende vormen van zorg. Het gaat om de overgangen die er zijn tussen een meer of mindere mate van vrijwilligheid. Het gaat om een ordelijk kader voor afgedwongen elementen in de behandeling. Het gaat er ook om dat er geen ongewenste lacunes ontstaan tussen datgene wat er aan psychische zorg wordt aangeboden op basis van deze wet en datgene wat soms nodig is in het kader van wat wij forensische zorg noemen. Mevrouw Bouwmeester omschreef dat iets te ruw als «afvalputje». Maar het was goed bedoeld, dat heb ik aan haar gezicht gezien. Het is dus verder prima.

Het is onze bedoeling om ook in de forensische zorg een hoge kwaliteit van zorg aan te bieden. Dat doen wij ook door veel meer dan vroeger en veel meer dan in die eerdere fases gebruik te maken van de kwaliteit en de deskundigheid in de verschillende takken van de geestelijke gezondheidszorg. Dat behoort tot onze gezamenlijke doelstellingen bij het tot stand brengen van deze nieuwe wetgeving. Het is goed om daar ook in dit stadium van voorbereiding van de nieuwe wetgeving over te spreken. De invulling en de uitwerking vinden nu plaats. Wij volgen daarbij een goede planning en wij betrekken daarbij de mening van de verschillende deskundigen en spelers op dit terrein. Die worden veldpartijen genoemd. Dat is één van die termen die wij aan de sector van VWS te danken hebben. Bij Justitie zeggen wij dat niet zo snel, daar zijn het meer gesprekspartners. Bij VWS zijn het veldpartijen. Op basis van het kabinetsstandpunt en de aanbevelingen van de derde evaluatiecommissie zijn de uitgangspunten in samenspraak met de veldpartijen in zo'n tien bijeenkomsten uitgewerkt en verder verdiept. Die zorgvuldigheid is vereist, want wij hebben het over mensen, over kwetsbare mensen, over de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg en over waarborgen. Wij zijn ons bij het tot stand brengen van deze wetgeving scherp bewust van alle vragen die er zijn, ook over de pijnlijke ervaringen die her en der worden opgedaan. Mijn collega heeft daar eerder over gesproken.

Wij denken dat wij nu een heel eind gevorderd zijn. Wij zullen ook de gezichtspunten uit dit algemeen overleg nog betrekken bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel. Op 9 oktober – dat is precies over een week – is

er over het wetsvoorstel een afsluitende bijeenkomst met de veldpartijen. De resultaten daarvan zullen dan nog worden verwerkt. Wij zijn dan zover dat het wetsvoorstel – laten wij zeggen binnen een maand na nu – in consultatie kan worden gegeven. Dat betekent dat er in het openbaar reacties kunnen komen. Wij hebben bij Justitie de gewoonte om de conceptwetsvoorstellen op onze website te plaatsen. Niet alleen de bekende instellingen en organisaties kunnen reageren, maar iedereen die daartoe de behoefte heeft, kan dat doen op www.justitie.nl. Op de website van mijn collega zal ongetwijfeld een link worden geplaatst, zodat het voor alle veldpartijen goed zichtbaar wordt.

In de tweede voortgangsrapportage van 23 september 2008 hebben wij u bericht over de stand van zaken van het wetgevingsproces. Het is voor ons van heel veel betekenis dat er al zo veel reacties in de consultatie zijn binnengekomen. Wij hopen erop dat degenen die hebben gereageerd dat straks kunnen herkennen.

Er zijn natuurlijk ook nog een paar vragen waar de meningsvorming duidelijk niet over is afgerond. Daar wordt in allerlei publicaties, onlangs nog in de kranten maar ook in de juridische bladen en in de ggz-vakliteratuur, over gesproken. Ik noem bijvoorbeeld de vraag of je beter een rechtsprekend orgaan, een commissie of een combinatie van die twee kunt hebben als besluitvormend orgaan bij deze cruciale beslissingen. De waarborg van de toegang tot de rechter is hier van belang. Dat is ook een vereiste in het kader van artikel 5 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens. Dat is ooit één van de aanleidingen geweest om de vervanging van de Krankzinnigenwet te versnellen, omdat die voor psychiatrische patiënten geen waarborgen kende voor toegang tot de rechter. Dat was destijds terecht een punt van ernstige kritiek en eigenlijk zelfs van onhoudbaarheid van de toenmalige wetgeving. Wij moeten dus ook niet terugvallen in een situatie waarin de rechterlijke waarborg niet effectief aanwezig is. Maar de rechter moet natuurlijk wel kunnen steunen op deskundige beoordeling. Hier geldt dat je het één, een deskundige beoordeling, moet doen, maar het ander, een rechterlijke toets als waarborg voor de rechten en vrijheden van ieder in onze samenleving – ook van mensen met een geestelijke beperking, handicap, aandoening, hoe dan ook – moet verzekerd zijn.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik wil nog even terug naar uw opmerking over een brede consultatie. De bewindspersonen verdienen een compliment dat zij dat breed willen doen en dat zij bij de partijen in het veld een draagvlak willen creëren. Ik heb in eerste termijn al gezegd dat in het onderzoeksrapport heel duidelijk wordt aangegeven dat er grote verschillen in opvattingen zijn en dat ervoor moet worden opgepast dat niet een bepaalde mening wordt doorgedrukt. Daardoor zou de spanning immers alleen maar toenemen. Dat hebben de onderzoekers heel mooi aangegeven. Kan de minister ervoor zorgen dat in de consultatie recht wordt gedaan aan elke opvatting en dat een mening niet wordt doorgedrukt? Dat zou namelijk heel jammer zijn bij zulke ingewikkelde wetgeving die zo fundamenteel ingrijpt.

Minister **Hirsch Ballin**: Ik begrijp het punt dat mevrouw Joldersma naar voren brengt heel goed. Wij zullen het consultatieproces zorgzaam inrichten. Wij zullen er in ieder geval op letten dat iedereen uit de beoordeling kan opmaken op welke manier argumenten, gezichtspunten en zorgen die naar voren worden gebracht, daarin een rol spelen. Wij zijn ons ervan bewust dat deze wetgeving mensen meer raakt dan bijvoorbeeld wetgeving op het gebied van het vennootschapsrecht. Er spelen op een andere manier natuurlijk ook grote belangen bij het vennootschapsrecht, bijvoorbeeld op het punt van toezicht, maar bij deze wetgeving gaat het zozeer om het welbevinden van mensen dat dit ook tot uitdrukking komt

in de manier waarop er op gezichtspunten en dergelijke wordt gerea-
geerd. Wij zijn ons daar dus zeer wel van bewust.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik wil de opmerking van mevrouw Joldersma steunen en wil het eigenlijk nog wat duidelijker stellen. Wij moeten in dit proces niet zoeken naar een wet die volgens een bepaalde groep de mooiste en de beste is, maar wij moeten zoeken naar een tekst die het meeste draagvlak heeft bij al die verschillende partijen. Ik beseft dat een aantal mensen er dan het gevoel aan zou kunnen overhouden dat de wet misschien nog wel iets beter had kunnen worden. Maar als daarnaar zou worden gestreefd, dan zou met dit proces, dat de minister binnen twee jaar wil afronden, eenzelfde weg kunnen worden ingegaan als met de vorige Wet Bopz. Dan zijn we dus weer twaalf jaar met elkaar aan het discussiëren. Ik zou dus zeggen: ga vooral voor het brede draagvlak en niet voor de mooiste oplossingen!

Minister **Hirsch Ballin**: Ik ben het met mevrouw Van Miltenburg eens. Hier zou inderdaad het betere de vijand van het goede kunnen zijn. Wij zullen op die manier praktisch proberen om te gaan met wat er naar voren komt. Het is uiteindelijk natuurlijk ook een beoordeling van de wetgever, van regering en Staten-Generaal samen. Daar waar geen overeenstemming wordt bereikt, zullen wij samen de knopen moeten doorhakken. Wij zullen dus ook het punt van de juridische toets en de zorginhoudelijke afweging en de verhouding tussen deze twee nog nader bekijken, ook naar aanleiding van het consultatieproces.

Mijn collega heeft al gesproken over de verhouding tot het wetsvoorstel inzake de psychogeriatric en de verstandelijkgehandicaptenzorg. Als er nog punten zijn waar ik nader op moet ingaan, hoor ik dat graag. Mevrouw Bouwmeester en mevrouw Agema hebben gevraagd in hoeverre de interne klachtenprocedure door de IGZ wordt gecontroleerd. Wij stellen voor om de beoordeling van klachten in handen te stellen van een regionale onafhankelijke klachtencommissie. De redenen die wij in het kader van de adviestaak van de commissie hebben aangevoerd voor het losweken van taken van individuele zorginstellingen gelden ook voor de klachtbehandeling. De afzonderlijke zorginstelling, vooral in minder grootschalige verbanden, zal bij een regionale benadering en organisatie daarvan minder kwetsbaar zijn. Ook dat is een goede zaak, juist als het gaat om klachtenbehandeling en de betekenis die de klachtenbehandeling heeft voor de betrokkene. Het vertrouwen in een onafhankelijke klachtencommissie zal naar onze inschatting daardoor worden vergroot. Wij zullen dus op dat punt proberen om ook wat verbeteringen tot stand te brengen in verhouding tot de huidige regeling in de Wet Bopz.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kom even terug op een belangrijk punt in de discussie van gisteren: de kwestie-Alex. Het gaat om een patiënt die heel lang is opgenomen, waarbij de familie eigenlijk niet tot een oplossing weet te komen. De oplossing wordt dan uiteindelijk geboden via een tv-uitzending. Wij zeggen allemaal dat dit niet de goede weg is. De inspectie toetst houdt vooral toezicht op het geheel, en minder op het individuele vlak. Hoe wordt die leemte die er nu klaarblijkelijk is, opgevuld? Wij hebben nu wel patiëntenvertrouwenspersonen en andere instanties, maar toch werkt het systeem kennelijk niet. Hoe ziet u dat?

Minister **Hirsch Ballin**: Dat het systeem niet werkt, is misschien een iets te vergaande conclusie, maar het werkt niet altijd. Laten wij het daar maar even op houden. Dat is eigenlijk het punt waar de heer Van Gerven op doelt. Er moet voldoende vertrouwen zijn. Ik heb vanuit dat gezichtspunt ook aangegeven dat het van belang is om in de nieuwe wet die wij nu voorbereiden, verbeteringen tot stand te brengen ten opzichte van de Wet Bopz. Er is op dit moment alleen het vereiste van een onafhankelijke voor-

zitter. De overige leden van een klachtencommissie kunnen aan de instelling zelf verbonden zijn. Dat heeft toch iets van een minstens gedeeltelijke internegebonden structuur. Ik verwacht dat een klachtenbehandeling door een volledig onafhankelijke commissie op gepaste afstand – ik noemde net al de regionale benadering – het gevoel van afhankelijkheid sterk zal verkleinen. Ik zie daarin dus ook een mogelijkheid om niet alleen het vertrouwen groter te maken, maar ook het risico te verkleinen dat de klachtenbehandeling incidenteel wellicht ineffectief blijkt te zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Stel dat de klacht gegrond wordt verklaard, wat voor doorzettingsmacht is er dan om het ook te operationaliseren?

Minister **Hirsch Ballin**: Als er een uitspraak is van de klachtencommissie, dan moet dat gevolgen hebben binnen de betrokken inrichting. Maar als dat zou uitblijven, dan is er een taak voor de inspectie.

Mevrouw Joldersma heeft gevraagd naar de redenen en de doelstellingen die ten grondslag liggen aan de vervanging van de Wet Bopz door een nieuwe regeling. Ik neem aan dat die vraag in mijn algemene inleiding voldoende beantwoord is. Wij willen echt een kwalitatieve verbetering tot stand brengen. Dat doet niets af aan de kwalitatieve inzet die gelijktijdig plaatsvindt vanuit de sector. Integendeel, die twee die moeten hand in hand gaan.

Zij heeft daarbij terecht de nadruk gelegd op de verschillende aspecten kwaliteit van zorg en versterking van de rechtspositie van de betrokkene en de verbinding van die twee aspecten. Het gaat er dus ook om, de voorwaarden te scheppen voor het verlenen van goede zorg. De onderzoekers hebben in het onderdeel Internationale ontwikkelingen van de derde evaluatie geconstateerd dat de mate van rechtsbescherming niet alleen wordt bepaald door het juridische gehalte van de regeling, maar ook door het samenspel tussen de verschillende elementen van de regeling, zoals de aanwezigheid van bepalingen over het recht op behandeling, de kwaliteit van de zorg en de toegang tot maatschappelijke voorzieningen. Ik verwijs naar deel 7 van de evaluatie, blz. 18 en 19. Zij bevelen daarin aan om zulke bepalingen in het wettelijke kader te incorporeren en daarmee het vertrouwen van de betrokkene in de gedwongen zorg en de kwaliteit van de zorg te verhogen. Dat nemen wij ter harte. Naast de algemene doelstellingen die ik zojuist heb omschreven, is dat een van de doelstellingen van de tot stand te brengen nieuwe wetgeving in het licht van de internationale ontwikkelingen.

Wij hebben in navolging van de aanbevelingen van de evaluatiecommissie ook een uitdrukkelijke referentie voorzien aan een aantal basisprincipes: subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit. Daarmee wordt dus ook rekening gehouden met het gezichtspunt van rechtspositie, de kwetsbare positie van mensen, de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg, transparantie in de grondslagen voor gedwongen zorg en behandeling en ook de mogelijkheid om dat, zo nodig, in klachtenprocedures ter discussie te stellen.

Dwang kan alleen in uiterste noodzaak worden ingezet en mag niet uit onmacht worden toegepast. Hoewel het wetsvoorstel zich ook richt op de criteria voor dwang en de procedurele waarborgen bij de aanvraag van een zorgmachtiging, de toepassing en de beëindiging van dwang, is het beleidsdoel om dwang te voorkomen en de duur en intensiteit van dwang tot het noodzakelijke minimum te beperken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U was gisteravond niet bij het debat aanwezig. U stelt hier dat dwang niet uit onmacht mag worden toegepast. Maar daar draaide het nu net gisteren in het debat heel erg om. Wij krijgen namelijk heel veel signalen dat dat wel gebeurt, niet alleen in de psychiatrie maar bijvoorbeeld ook in de ouderenzorg. «Wij hebben het zo

druk, we binden die mensen maar vast.» En daar is nu net het toezicht niet op georganiseerd. Hoe rijmt u dat?

Minister **Hirsch Ballin**: U verwijst naar het debat van gisteravond. Ik was gisteravond in deze zaal voor een gedachtewisseling over de grondwetsherziening. Toen ik nog even op de eerste verdieping langs liep, zag ik dat mijn collega u en uw collega's aan het antwoorden was. Ik kreeg de indruk dat hij een zeer volledig antwoord op alle vragen heeft gegeven. Ik zal dus geen enkele poging doen om dat over te doen, laat staan om dat te verbeteren.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Daar neem ik geen genoegen mee. De minister van Justitie deelt hier mee dat dwang nooit uit onmacht mag worden toegepast, terwijl er zeer veel signalen zijn dat dit wel gebeurt. Wat doet hij dan vanuit zijn positie als minister van Justitie om dat te voorkomen?

Minister **Hirsch Ballin**: U heeft gisteren gesproken over de gebeurtenis waar u nu naar verwijst. Dat debat ga ik uiteraard niet overdoen. Als u nadere vragen heeft, dan zult u die aan mijn collega van Volksgezondheid moeten stellen. Dan zal hij die vragen mede namens mij beantwoorden. Bij de nieuwe wetgeving is uiteraard het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg alleen als uiterste middel kan worden overwogen als de mogelijkheden voor vrijwillige zorg zijn uitgeput. Dat is onze gezamenlijke beoordeling. De beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit heb ik zojuist al omschreven. Het zo veel mogelijk vastleggen en honoreren van de voorkeuren van de patiënt en het zo veel mogelijk betrekken van familie en naasten daarbij behoort tot datgene wat collega Klink en ik hebben meegegeven voor de uitwerking van de nieuwe wetgeving. Mevrouw Joldersma heeft het idee dat de nieuwe wetgeving beter wordt dan de huidige. Ik dank haar hartelijk voor dat vertrouwen.

Mevrouw Joldersma heeft voorts gevraagd welke functionaris in de nieuwe wettelijke regeling zal worden belast met de afgifte van de crisismaatregel. Wordt daarbij de rol van de burgemeester afgeschaft? Men kent uiteraard de huidige regeling en de geschiedenis daarvan. De burgemeester had die positie ook al in de wet van 1884 houdende regelen inzake het staatstoezicht op krankzinnigen. Het is dus een positie van de burgemeester met een lange, lange geschiedenis. Dat betekent niet dat die daarom moet worden afgeschaft. Wij hebben op dat punt ook nog geen conclusies getrokken. Het Nederlands Genootschap van Burgemeesters is door mijn collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties daarover geraadpleegd. Het gaat er natuurlijk ook om hoe de burgemeester zich zal verhouden tot de informatie die hij krijgt en welke procedures in de nieuwe wetgeving voorzien zullen zijn voor een goede gefundeerde beoordeling van deze crisismachtiging, die wij kennen als inbewaringstelling in het nieuwe systeem. Dan zullen wij aan de hand daarvan een conclusie trekken. Die zal worden neergelegd in het wetsvoorstel dat ter behandeling aan de Kamer zal worden aangeboden. Dan zal wel blijken of dat door de regering en de Staten-Generaal een goede keuze wordt gevonden of dat daar nog andere opvattingen over zijn. Wij hebben op dit moment geen reden om meer te zeggen dan wij al in het standpunt naar aanleiding van het evaluatierapport hebben gezegd, namelijk dat ernaar zal worden gekeken. En dat zijn wij nu aan het doen. Mevrouw Joldersma en mevrouw Wiegman hebben vragen gesteld over de Stichting Pandora. Zoals Pandora zelf ook aangeeft, is zij intensief betrokken geweest bij de voorbereidingsbijeenkomsten. Daarvoor zijn wij de stichting ook erkentelijk. Dat zij zich niet in alle opzichten herkent in de weerslag van deze bijeenkomsten, valt niet uit te sluiten. Ik ben zojuist al ingegaan op het belang dat wij hechten aan een goede verwerking van alles wat naar voren is gebracht. Inhoudelijke verschillen van mening zijn

er natuurlijk nog in deze fase. Dat is normaal. Het doel van deze consultaties is tenslotte om op basis van dialoog en een systematische inbreng zo veel mogelijk tot een gezamenlijke visie te komen. Ik sluit niet uit dat er uiteindelijk geschilpunten overblijven. Maar daarvoor geldt dan het democratisch besluitvormingsproces. Dat beslissen wij dan bij de behandeling van het wetsvoorstel.

Ik heb in mijn inleiding al aangegeven waarom er behoefte bestaat aan nieuwe wetgeving op het punt van de voorwaardelijke machtiging. Wij hebben begin 2007 over een aangepaste voorwaardelijke machtiging gesproken en zijn blij dat die wetgeving destijds tot stand is gekomen. Ik heb tijdens de behandeling van dat wetsvoorstel echter ook gezegd dat wij dat niet zagen als het eindstadium maar als een wenselijke tussenstap in afwachting van de voorbereiding van nieuwe wetgeving. De verwachting en hoop van regeringszijde – van mijn toenmalige collega van Volksgezondheid en mij en nu van collega Klink en mij – was en is dat wij de geschiedenis van wijzigingen waarmee de Wet Bopz steeds weer is aangepast maar ook steeds gecompliceerder is geworden, nu kunnen afsluiten door op redelijk korte termijn nieuwe wetgeving tot stand te brengen. Ik kom te spreken over het aspect van de wilsonbekwaamheid in het wetsvoorstel. Wij weten dat dit een punt van zorg is. De heer Vendrik heeft dat terecht naar voren gebracht. Wij zullen daar goed op letten. De evaluatiecommissie heeft een genuanceerd standpunt geformuleerd inzake het honoreren van wilsbekwaam verzet tegen een behandeling. De redenering van de evaluatiecommissie was dat meer betekenis moet worden gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. De commissie redeneerde verder dat bij de toepassing van dwang rekening moet worden gehouden met wilsbekwaam verzet en dat daarbij moet worden bepaald of daardoor gevaar voor de patiënt zelf of voor derden ontstaat. Dat onderscheid moet worden gemaakt. Als gevaar voor anderen, voor derden, ontstaat, zal het verzet doorbroken mogen worden. Als de weigering van de gedwongen behandeling alleen leidt tot gevaar voor de patiënt zelf, is het uitgangspunt dat wilsbekwaam verzet zou moeten worden gerespecteerd. Daarmee heeft de evaluatiecommissie een aantal kanttekeningen geplaatst uit het mensenrechtelijk oogpunt.

Het is de vraag of het honoreren van wilsbekwaam verzet in uitzonderlijke situaties nader geclausuleerd moet worden uit een oogpunt van bescherming van de uiteindelijke lichamelijke integriteit van de betrokkene. Wij hebben gemerkt, ook in de consultaties, dat daar discussie over is.

Misschien is er ook wel spraakverwarring. Misschien is het ook wel niet de gelukkigste benadering om dat in termen van wilsbekwaamheid of niet te zetten. Daar moeten wij ook nog maar eens over nadenken. Het gaat om zoiets als een redelijke waardering van de belangen. Het gaat niet om de vaardigheid om de wil te uiten. Die is in veel gevallen ook bij een ernstig psychiatrisch toestandbeeld nog intact. Er kan daardoor dus ook een zekere beeldvertekening optreden. Dat is het dus ook al niet. Het gaat om het besluitvormingsvermogen van de persoon in kwestie, niet om zijn of haar utingsvermogen. Ik denk dat het goed is als wij proberen om dat als referentiekader te hanteren. Het is dan mogelijk dat het besluitvormingsvermogen van de persoon in kwestie zodanig is aangetast of wordt belemmerd dat wij in een situatie komen die als wilsonbekwaamheid wordt aangeduid. Maar ik zou er echt nog een keer goed naar willen kijken of wij het zo moeten doen en zo moeten omschrijven. Ik begrijp de opmerkingen van de heer Vendrik op dit punt goed. Wij moeten ook rekening houden met de acute psychoses en met andere opvlammende ernstige psychiatrische aandoeningen. Wat op het ene moment geldt, hoeft op het andere moment niet te gelden. Ook dat compliceert de situatie. Ik denk niet dat ik er goed aan doe om nu te proberen op dat punt een conclusie te trekken. Wij hebben de ernst van de discussie daarover begrepen en zullen daar de komende tijd verder over nadenken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vraag mij af of het onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam wel terecht wordt gemaakt. Moet daar niet een wat langere en bredere studie naar gedaan worden? Verzet kan voortkomen uit bijwerkingen. Die bijwerkingen kunnen hetzelfde zijn voor iemand die wilsbekwaam is als voor iemand die wilsonbekwaam is. Waarom zou je beide groepen mensen dan verschillend behandelen? Ik denk dat het niet terecht is om dat onderscheid te maken en verzoek de minister om daar verder onderzoek naar te laten doen.

Minister **Hirsch Ballin**: Of er in het geheel geen onderscheid moet worden gemaakt, is misschien weer het andere uiterste. Ik had het net ook over de mogelijkheid dat de conditie tot besluitvorming op het ene moment anders is dan op het andere moment. Ik zou dus niet willen uitsluiten dat daar een zeker gewicht aan moet worden toegekend. Ik heb de heer Vendrik zojuist al toegezegd dat wij daar verder op studeren. Als dat de portee is van de vraag van mevrouw Agema, dan kan ik zeggen: ja zeker, daar zijn we verder op aan het studeren.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik dank beide ministers voor hun antwoord. Zoals ik al heb aangegeven, vindt de VVD ook dat die nieuwe wet er moet komen, ook omdat die beter aansluit bij de nieuwe situatie waarin wij nu terecht zijn gekomen.

De insteek van de evaluatiecommissie is dat de nieuwe wet een verbindende regeling moet zijn waarin passende zorg voor de patiënt het centrale uitgangspunt is. Ik betwijfel of de eenvoud van dit uitgangspunt wel in die Wet Bopz terug te vinden kan zijn, omdat er toch gewoon tegenstelde belangen in die wet verankerd liggen. Aan de ene kant gaat het om een gedwongen opname, terwijl men aan de andere kant de patiënt die dat overkomt, zo veel mogelijk ruimte wil geven om zelf te kunnen beschikken over wat er vervolgens met hem of haar gebeurt. Dat is dus een soort tegenstelling. Ik denk niet dat ernaar gestreefd moet worden om dat geheel op te lossen.

Ik blijf ook het uitgangspunt dat de zorg centraal moet staan, lastig vinden. Het gaat bij de Wet Bopz immers uiteindelijk om een gedwongen opname. Ik heb beide ministers horen zeggen dat zo veel mogelijk geprobeerd wordt om te voorkomen dat mensen in die situatie belanden, dat zij eerder op zo'n manier door de zorg geholpen worden dat dat niet hoeft. Daarbij staat de zorg altijd centraal, terwijl bij de Wet Bopz uiteindelijk toch een gedwongen opname en vaak ook een gedwongen behandeling centraal staan.

Na de beantwoording van de ministers zijn mijn reserves ten aanzien van de commissie eigenlijk eerder toegenomen dan afgenomen. Ik ben daar nog niet over uit. Ik ben heel erg benieuwd naar de inhoud en uitvoering van de pilots, maar ik heb echt grote reserves.

Ik heb geen antwoord gekregen op de vraag of de overheid haar belofte aan de samenleving die uiteindelijk heeft geleid tot de Wet Bopz wel waarmaakt. De Wet Bopz is er gekomen naar aanleiding van al die mensen die met een verleden in de ggz en vaak ook al met gedwongen opname achter de rug uiteindelijk in de tbs terechtkomen. Op welke manier zou dat kunnen worden teruggedrongen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank beide ministers voor de antwoorden en de toezeggingen. Ik dank vooral de minister van Justitie voor het mooie compliment en ik dank de minister van Volksgezondheid voor de door hem getoonde betrokkenheid met de doelgroep waar wij vandaag over spreken.

Het uitgangspunt voor de Partij van de Arbeid is goede zorg. Dat betekent dat maximaal wordt ingezet op preventie en behandeling. Daarmee kan in

de meest ideale situatie dwang en drang voorkomen worden. Hoe meer er behandeld wordt, hoe groter de kans dat er niet geïsoleerd hoeft te worden. Dat zou het uitgangspunt moeten zijn. Hoe meer wij daarop inzetten, hoe groter de kans dat wij op korte termijn goede resultaten bereiken.

Wij willen allemaal de beste zorg, wij willen dat er tijdig ingegrepen wordt om te voorkomen dat mensen afglijden. Tegelijkertijd willen wij dat er heel voorzichtig wordt omgegaan met het ingrijpen in de persoonlijke vrijheid. De discussie die hier eigenlijk de hele tijd als een rode draad doorheen loopt, betreft het zoeken van een evenwicht naar zorg op maat en de rechtsbescherming van de patiënt. Ik merk dat daar geen volledige duidelijkheid over bestaat, ook in relatie tot de commissie. Wat mag een commissie wel, wat mag een commissie niet? De minister komt in het voorjaar met informatie daarover. Kan hij dan een aantal casussen maken, zodat het voor de Kamer heel concreet wordt? Dan kan duidelijker worden hoe in een bepaald geval zou kunnen worden gehandeld. Het blijft natuurlijk altijd maatwerk.

Een evenwicht tussen zorg en rechtsbescherming blijft dus heel ingewikkeld. Hetzelfde geldt voor de ambulante behandeling. Met een ambulante behandeling kan een opname worden voorkomen. Dat lijkt ons ideaal. Maar tegelijkertijd willen wij ook dat er goed toezicht wordt uitgeoefend op een ambulante behandeling. In theorie kan wel heel goed worden aangegeven hoe de rechtsbescherming wordt geborgd, maar in de praktijk blijft dat lastig. Ook daarop hoor ik graag een reactie.

De minister zal kijken op welke manier hij instellingen actief om informatie kan vragen over de klachten die onder meer van de patiëntenvertrouwenspersonen binnenkomen. Wil hij die informatie te zijner tijd schriftelijk aan de Kamer doen toekomen? Dan wordt het wat concreter.

Mijn allerlaatste vraag is: waar tekenen wij nu voor, waarvoor geven wij nu onze toestemming? Ik hoor links en rechts heel kritische vragen over de commissie. Mijn fractie zegt: ga vooral die pilot in, want dan kunnen wij vanuit het veld bekijken wat wel en niet werkt. Maar als die commissie nu onverhoopt uit de plannen verwijderd wordt, wat betekent dat dan voor de samenhang van het hele nieuwe idee van de Wet Bopz?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U stelt een vraag over het evenwicht tussen de zorg op maat en de rechtsbescherming van de patiënt. Er moet toch ook nog een derde element aan die weging worden toegevoegd, namelijk de bescherming van de samenleving. Vanuit die context wordt immers binnen de Wet Bopz de zorg verleend. Als dat element niet wordt genoemd, dan is het net alsof wij hier gewoon een ggz-debat aan het voeren zijn. Ik neem aan dat u ook bedoelt dat de zorg en de rechtsbescherming in evenwicht moeten zijn met de bescherming van de samenleving.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Uiteraard. Bij de bepaling wanneer mag worden ingegrepen, moet worden gekeken naar het gevaarscriterium, dus de bescherming van de patiënt of van zijn omgeving. Er mag worden ingegrepen als het proportioneel is. Dat kan te maken hebben met een gevaar voor een individu of met een gevaar voor de samenleving. Maar er moet ook worden gekeken naar de manier waarop dan wordt ingegrepen en hoe de rechten van de patiënt goed kunnen worden geborgd. Dus om een lang verhaal kort te maken: uiteraard ben ik het helemaal met mevrouw Van Miltenburg eens. Ik neem aan dat de hele Kamer het daarmee eens is. Dat is immers het uitgangspunt.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Ik ben blij dat beide ministers erkennen dat het gaat om ingrijpende wetgeving waarbij simpelweg geen koehandel aan de orde mag zijn. Het moet gewoon inhoudelijk goed kloppen. De ministers willen graag de snelheid in het traject houden. Wat

mij betreft betekent snelheid: houd het simpel, en dus geen gekke toeters en bellen in het wetsvoorstel.

Ik zie een soort discrepantie als het gaat om de doelstelling van de wet. Aan de ene kant willen wij dwangbehandeling in meer gevallen mogelijk maken om vervolgens dwangbehandeling terug te dringen. Zo komt het een beetje op mij over.

De minister heeft gewezen op het onderdeel internationale ontwikkelingen van de evaluatie. Ik ben het ermee eens dat dit een heel belangrijk onderdeel is. Maar uit de briefing over de Wet Bopz krijg ik de indruk dat toch maar één case uit dat prachtige onderdeel is meegenomen, namelijk het voorbeeld uit Schotland. In Schotland is de forensische en de psychiatrische zorg in één wet gestopt. Dat is gewoon een heel andere situatie dan in Nederland, waar wij gelukkig kiezen voor twee verschillende wetten. Een psychiatrisch patiënt is immers nog geen crimineel.

Ik maak me zorgen over de commissie psychiatrische zorg en heb het gevoel dat het met die commissie nog alle kanten op kan. De pilots komen eraan. Er is al aanbesteed, dus de pilots gaan door. Wij hebben heel erg behoefte aan het stellen van randvoorwaarden aan die pilots. Ik overweeg ook om op dat punt een motie in te dienen.

Beide bewindslieden hebben duidelijk aangegeven dat zij de positie van de rechter er niet uit zullen halen, maar ik heb nog niets gehoord over het gevaarscriterium. Ook daar hoor ik nog graag iets over.

Ik wil ten slotte nog iets zeggen over de ambulante dwangbehandeling. Ik heb gesproken over een voorwaardelijke machtiging. Mensen uit de praktijk geven aan dat het bij het toepassen van dwang en drang heel vaak om een soort onderhandelingspositie gaat. Juist die voorwaardelijke machtiging maakt het mogelijk om tegen een patiënt te zeggen: wij leggen niet van bovenaf op dat jij iets moet slikken. Nee, het achter de hand hebben van een middel, als stok achter de deur, zorgt er nu juist voor dat er in de ambulante behandeling heel veel kan worden gedaan. Dan kan tegen een patiënt worden gezegd: als jij dit niet gaat innemen, dan bestaat de kans dat je gedwongen in een instelling wordt opgenomen. Dat maakt juist het instrument van de voorwaardelijke machtiging heel zinvol.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw Joldersma liet het woord «motie» vallen. Kan zij nader toelichten wat in die motie zou komen te staan?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Dat heb ik net aangegeven. Ik heb de indruk dat er nog heel veel verwarring over de taken van die commissie is. De ministers geven aan dat wordt nagedacht over de samenstelling. Ik heb nog wel heel erg veel vragen over datgene wat die commissie precies gaat doen. Als wij daar geen enkele richting aan geven, dan kunnen die pilots alle kanten op gaan. Daar heb ik geen behoefte aan. Ik zou dus toch een aantal piketpalen willen aangeven waarbinnen die pilots vorm kunnen krijgen. Dan heb ik wel weer vertrouwen en dan zien we in december wel weer die rapportage.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het is goed dat mevrouw Joldersma vragen heeft, maar dat is niet nieuw. De vraag is wat zij in die motie als piketpaal zou willen definiëren.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik ben nog niet overtuigd van de adviseeringsfunctie. Het lijkt erop dat de regering zegt: er zal en er moet een adviseeringsfunctie komen. Dat brengt mij overigens nog op het punt dat de ministers niet zijn ingegaan op de link die er nu al is met de forensische zorg. Daar is die adviseeringsfunctie er ook niet. In het wetsvoorstel rond de forensische zorg en tbs wordt gewoon voorzien in een psychiater die de rechter adviseert. Ik zou een pilot misschien meer willen zien als een experiment. Ik vind het helemaal niet erg om dingen uit te proberen,

maar dan wel binnen bepaalde grenzen. Als je een nieuw wetsvoorstel redelijk snel door de Kamer wil krijgen, moet je dat niet te veel gaan optuigen ten opzichte van de grenzen van de bestaande wet. Dan moet je gewoon de gewenste verbeteringen aanbrengen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het verbaast mij dat mevrouw Joldersma steeds roept dat het zo groot wordt, terwijl wij hier nog helemaal niet weten hoe het precies vorm zal worden gegeven. Zou een uitgangspunt niet moeten zijn dat de kwaliteit van de beoordeling zou moeten verbeteren en dat dat een mogelijk instrument is? Dan is het toch heel goed om dat in een pilot uit te proberen? Mevrouw Joldersma heeft het over systemen, terwijl ik het gewoon over kwaliteitsverbetering heb.

Mevrouw **Joldersma** (PvdA): U zei eerder dat we het niet te theoretisch moeten benaderen. Ik vind kwaliteitsverbetering nogal theoretisch. De mooiste term die wij hier in de Kamer altijd gebruiken is «kwaliteit». En niemand weet vervolgens wat het is! Minister Klink heeft gezegd dat de rol van de rechter gehandhaafd wordt, maar dat zal worden gekeken hoe de positie van de rechter en die van de commissie in elkaar kunnen worden gevlochten. Dan denk ik: dat schuift ook al weer een beetje op. Als je de positie van de rechter wil handhaven, dan is het heel goed om het een beetje in te kaderen. Daarbij moet overigens niet het voorbeeld van Schotland worden betrokken, want daar is sprake van een heel andere situatie. Het is prima om binnen die grenzen alles uit te proberen, maar niet vanuit bepaalde vooronderstellingen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor de beantwoording. De minister van Justitie heeft aangegeven dat als een klacht uiteindelijk niet leidt tot uitvoering, de inspectie aan zet is om te zorgen dat het toch gebeurt. Dat is een belangrijke opmerking. Daar lopen mensen vaak tegenaan. Ik ben ook benieuwd hoe dat in de wet tot uitdrukking zal komen. Ik zie dat dus graag tegemoet. Ik ben ook benieuwd naar de uitkomst van die commissie. Er zijn inderdaad toch nog wel veel vraagtekens.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank allereerst de ministers voor hun antwoorden. Zij lieten daarbij ook wel wat zien van de cultuur van beide departementen die zo verschillend is, met bijbehorend taalgebruik. Ik ben vooral ook blij met de constatering dat de juridische toets en de zorginhoudelijke afweging niet met elkaar moeten worden vermengd. Dat wordt ook geïllustreerd door de aanwezigheid van beide ministers vanuit verschillende departementen. Ik denk dat het goed is om dat ook in de toekomst zo te houden. Ik heb er behoefte aan om de toezeggingen die gisteren tijdens het debat en vandaag tijdens dit algemeen overleg zijn gedaan, op een rij te krijgen. Ik merk dat er nu verschillende sporen lopen: er is het spoor van de totstandkoming van de wet, maar er wordt ook gezegd dat eigenlijk direct moet worden begonnen met het verbeteren van de inspectie. Kan dat nog eens schriftelijk worden uitgewerkt, zodat ook kan worden bekeken wat goede momenten zijn om als Kamer de vinger aan de pols te houden? Ik wil nog bijzondere aandacht vragen voor het punt van het succesvol kunnen terugkeren in de maatschappij. Daarmee kom je op een snijvlak, want daar zijn weer andere departementen en wetten bij betrokken. Ik hoor nu al signalen dat het voor instellingen een enorme zoektocht is om een goede plek te vinden voor mensen die vanuit een Bopz-instelling terug moeten keren in de maatschappij en te maken krijgen met de Wmo om toch weer te kunnen participeren. Er moet sprake zijn van een goede continuïteit. Als er dan toch pilots zullen plaatsvinden, dan is dat in ieder geval een heel aardig punt om in zo'n pilot mee te nemen.

Is er voldoende tijd voor de pilots? Ik houd best van vaart maken, maar pilots vragen ook tijd. Er moet een goed beeld van de uitkomst en de betekenis daarvan voor de wetgeving worden gekregen. De pilots krijgen op dit moment van mij het voordeel van de twijfel. Ik benadruk nogmaals mijn vraag: wat zijn de criteria op grond waarvan wordt getoetst of de variant bruikbaar is? Die criteria wil ik krijgen. Eventueel achteraf, vanuit een pilot als experiment die op een gegeven moment iets oplevert. Maar ik heb de criteria het liefst vooraf. Ik wil eigenlijk dat vooraf wordt gezegd: dit zijn de criteria waarmee de pilots het veld in worden gestuurd en aan de hand daarvan kan ook worden teruggerapporteerd.

Ik ben ten slotte blij met de woorden van de minister van Justitie over de voortgang in de consultatieronde en de manier waarop de organisaties daar blijvend bij betrokken zullen worden. Ik hoop dat dit heel verrassend en goed zal uitpakken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik bedank de bewindspersonen voor hun beantwoording. Wij zullen de voortgang kritisch volgen. Wij zien de pilots met plezier tegemoet en hopen dat daar mooie dingen uit kunnen komen. Het moet immers niet zo zijn dat wij uiteindelijk straks op papier een nieuwe wet hebben, maar dat er in de praktijk inhoudelijk weinig veranderd of verbeterd is. Dat zouden wij met z'n allen natuurlijk niet moeten willen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de minister van Justitie voor zijn verantwoording voor wat hij in de jaren tachtig heeft gedaan. Het klonk nogal ruig, als ik het zo hoorde. Riskant, maar wel eerlijk! Ik vind het fijn dat dat is gebeurd.

Elke toepassing van dwang in de psychiatrie is een nederlaag voor iedereen, inclusief behandelaars die kennelijk geen andere methode zien dan iemand zo veel mogelijk op het rechte spoor te krijgen. Er zijn fundamentele rechten van mensen in het geding. Daarom moeten wij buitengewoon alert zijn op het handhaven van de rechtspositie van betrokkenen, zoals die op dit moment is geregeld in de Wet Bopz.

Ik moet zeggen dat dit debat mij niet heel veel nieuwe helderheid heeft geboden over de precieze inhoud van het volgende wetsvoorstel van de regering. Ik snap – om maar eens even aan te landen bij die commissie – dat de regering zich achter diegene schaaft die vindt dat besluiten over dwangtoepassing multidisciplinair moeten plaatsvinden. Dat snap ik. Maar om dat niet op het niveau van een instelling maar vlak onder de rechter te organiseren in een commissie, die daarmee eigenlijk een compromis wordt tussen een oud Nederlands model en modellen in andere landen, dat vind ik dan weer hoogst ongelukkig. Het is mijn taxatie dat het kabinet daar niemand blij mee maakt. Mij in ieder geval ook niet! Ik vind de reikwijdte en de opdracht van de commissie niet heel erg scherp omlijnd. Volgens mij geldt in alle kwesties die de Wet Bopz aangaan, de noodzaak van uiterste precisie. Die vind ik, eerlijk gezegd, tot op heden ontbreken. Ik ben er dus niet stuk van.

Wat ik wel goed vind – om bij dezen nog maar even een akkefietje tussen mij en de minister van VWS te beslechten – is dat hij flink gas geeft als het gaat om het verbeteren van toezicht. Ik sloeg aan op het feit dat dit eigenlijk anderhalf jaar geleden niet zozeer was beloofd, als wel dat toen aan de Kamer is meegedeeld dat het wel goed zat en dat er dus wel kon worden overgegaan tot een verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Dat was de reden voor mijn irritatie, en niet het debat van gisteravond en ook niet de voornemens voor de verdere toekomst. Die steun ik zeer. Dat lijkt me allemaal van groot belang.

Er komen nu pilots. Dan moet ik altijd even heel goed nadenken over de vraag waar die dan precies in gaan landen. Als ik het goed begrijp, zijn die pilots politiek niet meer relevant voor de keuze die het kabinet nu maakt om met de nieuwe wetsvoorbereiding te gaan starten. Die nieuwe wet

komt er sowieso. De vraag is dan: waar doen wij dan precies die pilots voor, waar landen die dan in dat wetsvoorstel?

Minister **Klink**: Voorzitter. Mevrouw Van Miltenburg heeft opnieuw gevraagd of de gedwongen behandeling centraal staat. Ik weet niet zeker of ik haar goed begrepen heb, maar één ding staat natuurlijk vast: het blijft wel gaan om gedwongen behandeling, intramuraal of extramuraal, met alle waarborgen die daaromheen gesponnen zullen dienen te worden, ook met betrekking tot het toezicht of de dwangtoepassing rechtmatig gebeurt en binnen de kwaliteitsmaatstaven die wij daarvoor hebben vastgesteld. Of het nu in verpleeginrichtingen plaatsvindt of in het kader van de Wet Bopz, die waarborgen zullen wettelijk verankerd dienen te zijn. Het onderscheid tussen verpleeginrichtingen en de Wet Bopz is nu nog moeilijk te maken, omdat een en ander juridisch in elkaar gevlochten is. De staatssecretaris zal die waarborgen voor de verpleeghuizen echter in een apart wetsvoorstel verankeren. Vervolgens zullen wij die waarborgen institutioneel ook daadwerkelijk moeten toepassen. Daarover hebben wij gisteren en vandaag al verschillende keren gesproken.

Mevrouw Bouwmeester wil dat maximaal wordt ingezet op preventie en goede zorg. Hoe eerder en beter er wordt behandeld, hoe minder er sprake zal hoeven te zijn van isoleren. Daar ben ik het natuurlijk mee eens. Daarom heb ik ook in de richting van de heer Vendrik aangegeven dat de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in bredere zin mij na aan het hart ligt. Daarom moeten wij die indicatoren ook ontwikkelen over de hele linie, ook met betrekking tot gedwongen behandeling. Maar goed, daar hoef ik niet opnieuw over uit te wijden. Ik verwijs naar datgene wat ik daarover gisteren heb gezegd.

Mevrouw Bouwmeester heeft voorts een vraag gesteld over het tijdig ingrijpen en de persoonlijke vrijheid. In hoeverre is daar sprake van een dilemma? Ja, dat kan zich soms aftekenen. Met name bij mensen met ernstige psychische stoornissen betekent tijdigheid natuurlijk wel dat je eerder in het leven ingrijpt in termen van dwangbehandeling. Ik wil op dit punt nog een kanttekening bij het betoog van mevrouw Joldersma plaatsen. Het moet niet zo worden gelezen alsof de extramuralisering van de dwangbehandeling ertoe zal leiden dat er per se altijd meer dwang zal plaatsvinden. Het is het van binnen naar buiten plaatsen van een en ander. Het is niet het laagdrempeliger maken van de dwangbehandeling. Wij hopen nu net dat op het moment dat het extramuraal kan, de intensiteit van de dwang minder is, zodat het succes van de behandeling vervolgens groter is. Wij zijn in feite op zoek naar die combinatie. Dat lijkt mij in ieder geval een nastrevenswaardige route. Mevrouw Joldersma ontkent dat overigens niet, maar zij heeft wel gevraagd waarom daarvoor niet de voorwaardelijke machtiging wordt gebruikt, omdat dat instrument al aanwezig is. Ik heb daarvan al aangegeven dat dit in het kader van het zorgcontinuüm niet wenselijk is. Dat hangt inderdaad ook samen met de commissie. Dat zijn de doelstellingen van het wetsvoorstel dat wij beogen.

Mevrouw Bouwmeester en mevrouw Wiegman hebben gevraagd of in de pilots concrete casussen kunnen worden meegenomen. Dat lijkt me een goede zaak. Wij zullen aangeven wat zich heeft voltrokken in de casussen die in het kader van de pilots zijn bestudeerd.

Mevrouw Bouwmeester wijst er terecht op dat het toezicht in het kader van de huidige Wet Bopz ontoereikend is geregeld. Daarin zijn althans de mogelijkheden van de inspectie overschat. Ik denk dat wij die fout niet opnieuw moeten maken. Sterker nog, dat is een van de belangrijke criteria waar wij aandacht aan zullen geven bij de totstandkoming van het wetsvoorstel. Daar zal de Kamer de nieuwe wet ook op toetsen.

Er is voorts gevraagd naar de samenhang in de werkwijze van de commissie. Wij beogen nu net meer samenhang te geven tussen het opstellen van het behandelplan en de juridische advisering en het punt

van de nazorg. Vandaar die familie- en patiëntoriëntatie die in feite belichaamd dient te zijn in de commissie, zodat ook die nazorg en de continuïteit van zorg beter geborgd zijn.

Ik heb al gesproken over het terugdringen van de dwangbehandelingen en de intensiteit. Ik denk niet dat hier meer dwangbehandelingen uit zullen voortkomen.

Mevrouw Joldersma heeft aangegeven dat er randvoorwaarden moeten worden gesteld aan de pilots. Wij zullen de Kamer uiterlijk december over de pilots informeren. Daarin zullen wij de onderzoeksvragen nader uiteenzetten. Die hebben te maken met de samenstelling van de commissie, de werkwijze van de commissie en de toetsingspunten. Daar komen onder andere de administratieve lasten in naar voren, maar ook de mate van tevredenheid bij de rechter en bij bijvoorbeeld de patiënten en de familie. Die zaken nemen wij mee. Wij zullen die tijdig aan de Kamer zenden, zodat zij kan kijken in hoeverre daaruit randvoorwaarden zijn af te leiden die weer van betekenis zijn voor het functioneren van de commissie in de nabije toekomst.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dan hoor ik graag de toezegging van de minister dat er tussen het tijdstip waarop die informatie naar de Kamer wordt gestuurd en de start van de pilots nog zo veel ruimte is dat wij daar ook nog met elkaar over van gedachten kunnen wisselen. Ik heb wel eens meegemaakt dat er zo'n brief naar de Kamer kwam terwijl de pilot al een week eerder van start was gegaan. Dan heb je als Kamer niet zo heel veel sturingsmacht meer.

Minister **Klink**: Als je kijkt naar de periode waarin wij die pilot willen realiseren, dan is het allemaal buitengewoon krap. Die tijd is krap, omdat wij de resultaten daarvan willen meenemen in de conceptwetsvoorstellen en de toelichtingen die daarbij horen. Ik zal kijken of ik aan de vraag van mevrouw Van Miltenburg tegemoet kan komen. Ik zal de Kamer dat laten weten.

Mevrouw Joldersma heeft gesproken over positie van de rechter. Wij hebben in de brief vrij duidelijk aangegeven dat de rechter uiteindelijk beslist en dat daar de beslissingsbevoegdheid blijft liggen. Dat is redelijk uitvoerig uiteengezet.

De heer Van Gerven heeft gewezen op het feit dat de inspectie aan zet zal moeten zijn wanneer blijkt dat een klacht uiteindelijk niet heeft geleid tot actie. Dat is op dit moment niet zo. Op dit moment dient iemand naar de rechter te gaan als er niets gedaan wordt met de uitkomst van een klachtencommissie. Wij kunnen overwegen om de inspectie daar eventueel een rol in te geven. Dat is een nadere afweging die zal moeten plaatsvinden.

Mevrouw Wiegman heeft terecht opgemerkt dat er verschillende sporen lopen. Ik zal inderdaad nu al gaan kijken hoe ik het spoor van de inspectie kan verbeteren, omdat daar lacunes zijn geconstateerd. De noodzaak van continuïteit is juist een van de punten die meegenomen zal worden in de pilot. Er zou een commissie moeten komen om het zorgcontinuüm te realiseren. Wij gaan kijken in hoeverre wij dat in de pilot kunnen meenemen als een van die toetsingscriteria. De pilots krijgen op dit moment van mevrouw Wiegman het voordeel van de twijfel. Dat is in elk geval heel wat. De uitkomsten zullen haar wellicht nog verder overtuigen. Mevrouw Agema heeft aangegeven dat zij de voortgang kritisch zal volgen. Ik begrijp die opmerking heel goed, gegeven het feit dat wij tegen lacunes in de huidige Wet Bopz zijn aangelopen. Die moeten wij echt zien te vermijden.

De heer Vendrik heeft het mooi geformuleerd: elke toepassing van dwang in de psychiatrie is een nederlaag voor iedereen. Vanuit die denkrichting dienen wij ook naar de structuur van de wet, de institutionele borging van de waarborgen en de feitelijke praktijk te kijken. Ik noemde al de cultuur in

de instellingen. Die is minstens zo belangrijk als datgene wat wij hier aan regels neerleggen. Bij die cultuur past inderdaad het gevoel dat het een nederlaag is. Dat wordt ook vaak ervaren als zodanig. Ik heb de uitkomsten van de patiëntenvertrouwenspersonen en de quick scan ook gezien als een illustratie van het feit dat het toepassen van separatie of dwangmedicatie in het veld ook als een nederlaag ervaren wordt. Aan ons is de taak om de voorwaarden te creëren waarbij dat zo min mogelijk hoeft. Wij zullen de reikwijdte en de opdracht van de commissie nader preciseren, mede naar aanleiding van de uitkomsten van de pilots. Wij zullen de Kamer daarover inlichten. Ik heb nu niet paraat wat vorig jaar aan de Kamer is gemeld in het kader van het wetsvoorstel dat dwangbehandeling mogelijk maakte, ook als er geen gevaar in de instelling was. Ik zal de stukken er zeker nog eens op nalezen.

Minister **Hirsch Ballin**: Voorzitter. Ik dank de Kamerleden voor de reacties in tweede termijn op de hoofdpunten van mijn antwoord. De heer Vendrik heeft een opmerking gemaakt over mijn activiteiten op dit terrein in de jaren tachtig. Ik heb niet de indruk willen wekken dat de Wet Bopz het enige is waarmee ik in die periode bezig ben geweest.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Nee, maar het is natuurlijk wel allemaal verjaard!

Minister **Hirsch Ballin**: Ik dank de heer Vendrik voor zijn begrip. Dat past helemaal bij de behandeling van dit onderwerp. Bij deze wetgeving spelen zorgvuldigheid en begrip voor de verscheidenheid van situaties een grote rol. Er is gesproken over de verhouding tussen het gevaarscriterium en het schadecriterium. Als ik in dit opzicht openhartig terugkijk naar de totstandkoming van de Wet Bopz, dan doen wij er goed aan om op dat punt tot een herijking te komen. Dat past trouwens ook in de ontwikkelingen. De wereld heeft niet stilgestaan, het denken over de geestelijke gezondheidszorg zeker ook niet. In de aanbeveling Concern and Recommendation 10 van 2004 van de Raad van Europa «concern and protection of human rights en dignity for persons with mental disorder» wordt stelselmatig de terminologie «significant risk of serious harm» gebruikt. Dat is dus een significant risico op ernstige schade. Dat is een van de redenen om dat te doen. Het leidt waarschijnlijk ook tot een grotere mate van eerlijkheid en transparantie. Dan wordt duidelijker in welke situatie je wel en niet de maatregelen neemt. Als alles op de gevaarstelling wordt afgestemd, dan is er toch sprake van een soort negeren van de omgevingsfactoren. Ik wil met deze ontboezeming overigens niet met ingang van heden de toepassing van de Wet Bopz onklaar maken, maar ik denk dat wij er goed aan doen om in de nieuwe wetgeving op dit punt een andere benadering te kiezen. Ik hoop dat daarmee recht wordt gedaan aan de gezichtspunten die naar voren zijn gebracht over de nieuwe wetgeving.

Mevrouw Van Miltenburg heeft gesproken over de beveiliging van de samenleving. Gaan wij dat waarmaken? Ja, maar daarbij gaat het niet alleen om de bouw en de inrichting van de instellingen, maar het gaat om het hele proces. Het gaat bijvoorbeeld om de mogelijkheid van het begrenzen en structureren van gedrag, om regulerende maatregelen en om het klimaat waarin onvoorspelbaar of agressief gedrag naar voren kan komen. Dat zijn allemaal factoren die bij het aspect van beveiliging en ook bij het aspect van schade voor derden een rol spelen. Daarvan zijn wij ons zeer bewust bij de opzet van deze wetgeving. Het is onvermijdelijk bij dit soort wetgeving dat zij in hoge mate een abstraherend karakter draagt ten opzichte van de enorme verscheidenheid van situaties waarop deze wet van toepassing is. Ik denk wel dat wij met deze benadering op het goede spoor zitten. Ik kan de Kamer verzekeren dat daarbij het aspect van veiligheid niet uit het oog wordt verloren.

Dat geldt ook voor de regeling van het ontslag die wij nu voorbereiden in de wetgeving. En dat geldt eveneens voor de overgang die soms moet worden gemaakt naar andere vormen van zorg. Dat is ook een kenmerkend verschil met de wetgeving zoals die in de jaren zeventig en tachtig is geredigeerd. Die leek echt een soort waterscheiding te kennen tussen binnen en buiten, tussen opgenomen zijn en ontslagen zijn. In die wetgeving werd een enorm accent gelegd op de opnemings- en het ontslag, alsof het allemaal in drie fasen is in te delen: voor opnemings-, tijdens de opname en na ontslag. Wij hebben nu veel meer oog gekregen voor de noodzaak van en de behoefte aan continuïteit in de zorg. Dat is een van de belangrijke punten in de opzet van deze wetgeving. Ik verwijs ook naar de woorden van mijn collega daarover aan het begin van zijn antwoord. Ik kom te spreken over de internationale ontwikkelingen. Wij gaan natuurlijk niet één op één overzetten uit een ander land, maar wij kijken wel naar de ervaringen elders. Ook de aanbevelingen van de Raad van Europa spelen op dit terrein een belangrijke rol.

De **voorzitter**: Ik zie dat er nog een paar vragen zijn. Het woord is aan mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb nog een korte vraag aan de minister van VWS. Ik heb hem een paar keer horen zeggen «ik overweeg». Dat is een positieve ontwikkeling, maar als Kamerlid moet je scherp zijn. Het gaat mij om het toezicht op de raad van bestuur. Wat voor klachten worden er gemeld, intern via het interne protocol en via de patiëntenvertrouwenspersonen? De minister zei: ik overweeg dat ze een actieve informatieplicht aan de inspectie krijgen. Wil hij te zijner tijd zijn beslissing aan de Kamer laten weten? Kan hij dat toezeggen?

Minister **Klink**: Ik doe dat heel graag. Ik laat u dat binnen zeer afzienbare tijd weten. Ik wil daarover nog overleg voeren met het veld, maar ik beoog om daarover binnen drie, vier weken een brief aan de Kamer te zenden.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik heb een vraag gesteld over de link met de forensische zorg en de wijze waarop het in de tbs is geregeld. Er is gezegd dat het gesynchroniseerd zou worden. Of wordt de wet inzake de forensische zorg op een heel andere leest geschoeid? Kan een van beide ministers daarop ingaan?

Minister **Klink**: Als je als eerste bewindspersoon antwoord geeft, heb je het voordeel dat je het aan je collega mag overlaten. Het is dan altijd een beetje pijnlijk om de vraag weer terug te geven. Dat zal hij dus ook niet doen.

Minister **Hirsch Ballin**: Nee, ik deed zelfs al een poging om te antwoorden. Het gaat inderdaad om een afstemming tussen beide wetsvoorstellen. Dat is een afstemming in de tijd, in het opzetten ervan en in het proberen te voorkomen dat er ongewenste gaten vallen tussen de toepassing van de ene wet en de andere.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Dat is een beetje vaag. Het ging mij nu juist om het cruciale punt. In de tbs en in de psychiatrische zorg in gevangenen geeft het NIFP tot nu toe advies aan de rechter. Bij de tbs is het een pro Justitia rapportage. Anders wordt het straks gewoon een soort verdiepende analyse op de risicoanalyse. Dat doet gewoon een verstandige psychiater. Die vinden wij daar deskundig genoeg voor. Hoe verhoudt zich dat straks met de nieuwe wet? Gaat u de rol van de psychiater daar ook anders inrichten via een of andere multidisciplinaire commissie? Wij zeggen immers dat beide adviesfuncties op een vergelijkbare manier

moeten worden ingericht. Het is iets anders met die verlofcommissie. Daar zit de rechter niet bij, dat is gewoon het advies dat aan het departement wordt gegeven.

Minister **Hirsch Ballin**: Ook bij de forensische zorg is indicatiestelling nodig. Dat geldt zowel voor iemand voor wie een terbeschikkingstelling is uitgesproken als voor andere onderdelen van de forensische zorg. Dat geldt dus ook voor de geestelijke gezondheidszorg die wordt aangeboden door of onder regie van justitie in het kader van preventie, van voorwaarden die worden verbonden. Wij komen nog te spreken over het voorwaardelijk werken als algemeen patroon op het terrein van justitie. Dat wordt door collega Albayrak en mij voorbereid. Dat is een van de manieren waarmee wij de afstemming tussen de verschillende vormen van forensische zorg willen optimaliseren. Dat is niet alleen de zorg in tbs-kader maar ook die in het gevangeniswezen, in de justitiële jeugd-inrichtingen en ook daarbuiten in voorwaardelijke context.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb nog een laatste vraag over de pilot met de commissie. Als die pilot van start gaat, is er dus een multidisciplinair clubje dat een advies geeft, enzovoorts. Maar is dan ook meteen verondersteld dat als een behandelaar van een instelling inderdaad een voorstel tot dwangbehandeling of dwangopname doet, dat binnen de instelling ook op die manier gebeurt? Dat zou ik dan logisch vinden. Wordt dat dan ook geregeld? Is dan ook onderdeel van de pilot dat het voor-nemen tot het besluit ook geregeld wordt in overeenstemming met patiënten en familie bijvoorbeeld of met andere zorgverleners die daarbij betrokken moeten worden? Gaat dat één op één samen?

Minister **Klink**: De kern is dat de familie en de patiënt een rol gaan spelen bij de opstelling van het behandelplan, juist om draagvlak voor een en ander te krijgen. Misschien ook een beetje ter correctie van mijzelf in eerste termijn: het is wel de behandelend arts die in feite dat behandelplan mede opstelt. In eerste aanleg is er dus niet direct een discrepantie tussen wat er in de instelling zal gebeuren en het advies dat gegeven wordt. Dat kan natuurlijk daarna wel gebeuren op het moment dat artsen wisselen van positie, enzovoorts. Maar dat geldt nu ook voor het behandelplan. Ook dat is in feite een kader dat aan de artsen wordt meegegeven. De heer Vendrik vraagt of familie- en patiëntenperspectief daarin meegenomen worden en of daarbij een zekere paralleliteit met de behandeling die al plaatsvindt, gewaarborgd is. Het antwoord daarop is: ja.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie,
Arib

De adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Sjerp