

Voorzitter

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het einde van deze editie.)

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regeling van het conflictenrecht betreffende het goederenrechtelijke regime met betrekking tot zaken, vorderingsrechten, aandelen en giraal overdraagbare effecten (Wet conflictenrecht goederenrecht) (30876);**
- **het wetsvoorstel Regeling van de taken en bevoegdheden, alsmede het beheer en beleid van de Kustwacht voor de Nederlandse Antillen en Aruba (Rijkswet Kustwacht voor de Nederlandse Antillen en Aruba) (30531, R1810);**
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet milieubeheer in verband met de implementatie van richtlijn nr. 2006/21/EG van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 15 maart 2006 betreffende het beheer van afval van de winningsindustrieën en houdende wijziging van Richtlijn nr. 2004/35/EG (PbEU L 102) (31139).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: Ingekomen is een beschikking van de voorzitters van de Eerste en van de Tweede Kamer der Staten-Generaal houdende aanwijzing van:
- de heer A.J.W. Boelhouwer tot lid van de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad;
- mevrouw A. Timmer tot plaatsvervangend lid van de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad.

Deze beschikking ligt op de Griffie ter inzage. Ik stel voor, de beschikking voor kennisgeving aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling) (30492).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Vandaag ligt er weer een wijziging van de BOPZ voor. Dit is de vierde in vijf jaar. Namens de VVD-fractie nam ik bij alle wijzigingen deel aan de plenaire behandeling. In 2002 ging het over de voorwaardelijke machtiging en de observatie-machtiging, in 2005 over de klachtenregeling, in 2006 over de zelfbinding en nu, in 2008, opnieuw over de voorwaardelijke machtiging en eindelijk ook over de dwangbehandeling. Bij alle gelegenheden heeft mijn fractie betoogd dat de wijzigingen een gevolg waren van het feit dat de wet een wanproduct van de jaren tachtig is. De vele wijzigingsvoorstellen – vóór 2002 was er ook nog een flink aantal – bleken steeds weer nodig om diverse problemen aan te pakken die alle door de wet zelf waren gecreëerd. Ze waren echter nooit van dien aard dat deze problemen voortvarend werden aangepakt. Steeds ging het om gemillimeter in de marge.

De BOPZ komt voort uit de anarchistische jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw. Dit anarchistische karakter betrof in het bijzonder de psychiatrie, waarin hulpverleners en patiënten naar huidige inzichten het spoor bijster waren. Dit geldt voor zowel de wetenschappelijke inzichten in geestesstoornissen als de ethisch-juridische bejegening van psychiatrische patiënten. Men dacht toen volledig ten onrechte dat geestesstoornissen te wijten waren aan een disfunctionerende samenleving. Inmiddels is er consensus over de opvatting dat geestesstoornissen in veel, zo niet de meeste gevallen, veroorzaakt worden door chemische stoornissen in de hersenen. Deze vaststelling is van groot belang. Deze stoornissen zijn immers in een groot aantal gevallen goed te bestrijden met werkzame, dus bewezen effectieve medicatie. Depressie, bipolaire stoornissen (wat vroeger manische depressiviteit heette), maar ook psychosen kunnen adequaat worden bestreden, dit tot heil van de patiënt, om het ouderwets te zeggen.

Het probleem waarop onze fractie al zo vaak heeft gewezen – dit in navolging van de praktijk, van "het veld" – is dat niet iedereen die lijdt aan een van deze stoornissen dat ook zelf inziet, en daardoor niet instemt met behandeling. Dit geldt juist ook als sprake is van evident disfunctioneren. In extreme situaties van gevaar voor zichzelf en/of anderen is dan gedwongen opname mogelijk, met de waarborgen die in een rechtsstaat passen. En nu dan het grote probleem: gedwongen opname is onder voorwaarden toegestaan, maar deze zeer grote, maar soms noodzakelijke inbreuk op de rechten van een zieke burger kan niet logischerwijs worden gevolgd door de veel minder grote inbreuk van een gedwongen medicamenteuze behandeling. Dit staat de wet niet toe. Deze ongerijmdheid in de wet is met hangen en wurgen in de loop der tijden een beetje gemitigeerd en ook vandaag weer hebben wij te maken met een poging deze inconsistentie uit de wet te verzachten. Maar het kernpunt blijft: gedwongen behandeling na gedwongen opname is slechts in een beperkt aantal extreme gevaarsituaties mogelijk. Daarom heeft Nederland meer isolatiecellen in gebruik en nodig dan enig ander democratisch westers land. Wij laten onze geestesgestoorden therapeutisch in de steek omdat wij hun een wilsbekwaamheid toeschrijven die zij op het moment van een episode van ziekte niet hebben. Dit heeft als gevolg dat opsluiting in de isoleercel de enige overgebleven optie wordt, een heel wat minder humane behandeling dan het onder enige dwang toedienen van effectieve medicatie. Ik heb het dan natuurlijk niet over lobotomie, maar over echte medicatie.

In ons voorlopig verslag heeft de VVD-fractie daarom zonder meer kunnen instemmen met het voorliggende wetsvoorstel, waarin de mogelijkheid van dwangbehandeling na gedwongen opname iets wordt vergroot. Ook de wijziging van de voorwaarden voor de voorwaardelijke machtiging achten wij nuttig. Maar wij blijven verontwaardigd over het halfzachte karakter van deze voorstellen, en die verontwaardiging groeit bij elk nieuw wetsvoorstel dat weer een detail regelt, maar niet de zaak zelf principiële op orde brengt. Hierover hebben wij in onze bijdrage aan het voorlopig verslag opnieuw vragen gesteld en kritische opmerkingen gemaakt. Opnieuw. Dit was ook het geval bij de vorige vier behandelingen van wijzigingen in de BOPZ. En weer komt een wetsvoorstel hier binnen, dat vlees noch vis is,

Dupuis

gepriegeld in de marge, zonder visie, zonder blijk van inzicht in de urgentie van het door ons geschetste probleem.

Maar het is nog erger. De ministers begrijpen er niets van. In de memorie van antwoord staat doodleuk als antwoord op onze verzoeken om een integrale, goede regeling voor gedwongen behandeling na gedwongen opname het volgende. Ik citeer: "Ook wij menen dat in de eerste plaats de psychiatrische patiënten, maar zeker ook de samenleving baat zullen vinden bij een wettelijke regeling, waarin de koppeling tussen opname en behandeling wordt losgelaten en waarin de zorg, de behandeling en de beveiliging van en voor de patiënt centraal staat."

Het gaat nu juist erom de koppeling van die twee wel te realiseren, een koppeling die er nu niet is en alle problemen veroorzaakt! Hoe kunnen de ministers dit voor hun rekening nemen? Hoe kan dit opgeschreven worden? Het ontbreken van die koppeling is juist het basale probleem! Over deze onzin heeft men dan ook nog vier maanden gedaan.

Overigens, ook de derde evaluatie van de BOPZ van april 2007 spreekt in dezelfde termen als wij. Hebben de ministers daarvan geen kennis genomen, of zijn zij de inhoud van die evaluatie vergeten? Eindelijk begrijpt de VVD-fractie waarom wij tegen een muur praten als het over de BOPZ gaat. Eindelijk begrijpen wij waarom er maar niets verandert. Op het ministerie is men het spoor geheel bijster en snapt men helemaal niet meer wat nu het probleem is waarmee velen al zoveel jaren worstelen, namelijk dat wij een onwerkzame en voor de patiënt onheilzame wet op de opname in psychiatrische ziekenhuizen hebben, juist vanwege het gebrek aan koppeling tussen gedwongen opname en gedwongen behandeling.

Mevrouw de voorzitter. Het is te gek voor woorden. Wij eisen van de ministers dat zij orde op zaken stellen in hun departementen, zodat dit soort onzin niet meer in een memorie van antwoord te lezen valt. Het is niet alleen een drama dat zoveel onverstand hier zijn gang kan gaan; wij vinden dat deze buitensporige onkunde ook te interpreteren is als een teken van minachting van het parlement. Ook wij behoren tot het parlement en wensen niet met zulke evidente onzin geconfronteerd te worden. En zeker niet ten aanzien van een probleem dat al jaren voortsleept.

Mijn fractie vraagt om een expliciet commentaar van de ministers op de door ons gewraakte passage, want wij nemen dit hoog op.

□

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Er worden bij de zoveelste wijziging van de Wet BOPZ weer twee wijzigingen voorgesteld. De eerste wijziging is de aanpassing van de voorwaardelijke machtiging. Met de tweede wijziging wordt de mogelijkheid tot behandeling binnen een psychiatrische instelling verruimd. Organisaties van rechters, advocaten, ggz-instellingen, familieleden van mensen met schizofrenie of psychose en van artsen en psychiaters staan grotendeels positief tegenover de voorstellen. Zonder enige uitzondering zijn alle cliëntenorganisaties daarentegen niet voor het verruimen van de mogelijkheden tot dwangbehandeling.

In de Tweede Kamer was een grote meerderheid voor beide voorstellen. Alleen onze GroenLinks-fractie was tegen. Het hoofdargument was de zelfbeschikking.

Inmiddels hebben wij in juni 2007 de langverwachte evaluatie BOPZ ontvangen. Op basis van deze evaluatie zal een eventuele grondige aanpassing van de BOPZ dan wel nieuwe wet- en regelgeving komen. De echte discussie, waar wij al zo lang op wachten, moet dus nog komen. Vooruitlopend op de echte discussie worden weer twee wijzigingen van de BOPZ voorgesteld. Vanuit de praktijk, ook door cliëntenorganisaties, is gepleit voor een behandelwet, die de BOPZ zou moeten vervangen en waarin waarborgen zijn ingebouwd in de lijn van zelfbeschikking en integriteit van het lichaam, waar mensen met een psychische handicap ook recht op hebben. Onze Eerste Kamercommissie heeft lang geprobeerd het eerst over de conclusies en nieuwe aanbevelingen van de evaluatie BOPZ te hebben en vervolgens te bezien welke wijzigingen van de BOPZ of welke nieuwe wet- en regelgeving nodig zou zijn.

Dit proces verdient niet de schoonheidsprijs. Met de Wet BOPZ is in 1994 het bestwilcriterium afgeschaft en het gevaarcriterium ingevoerd. Mensen kunnen alleen nog gedwongen opgenomen worden als hun geestesstoornis gevaar oplevert voor henzelf of anderen. Ook dwangbehandeling is alleen toegestaan om gevaar voor de cliënt of anderen te voorkomen.

Sinds een paar jaar is er het debat over de vraag of de nadruk op zelfbeschikking van patiënten altijd in hun belang is. Er wordt wel gezegd dat je in Nederland het "right to rot" hebt. Het aantal verstandelijk en psychisch gehandicapten dat op straat verkommert neemt toe. Regelmatig horen wij van ouders, vrienden en familie van mensen met een psychische handicap dat zij machteloos moeten toezien hoe het misgaat, met hun zoon, dochter of dierbare, omdat zij bijvoorbeeld geen medicijnen slikken. Deze groep belandt steeds vaker in een politiecel.

Ook binnen instellingen zijn de gevolgen van gedwongen behandeling merkbaar. Zo wordt er in Nederland – mevrouw Dupuis wees er al op – veel vaker gebruik gemaakt van separeercellen dan in enig ander land. Dat is geen behandel-effect, maar vaak een traumatische ervaring. Men zal merken dat ik van een wat andere kant aanvlieg dan mevrouw Dupuis. Voor de zorgverleners is het zeer frustrerend om te zien dat mensen langzaam wegzakken in een situatie waarin zij verkommeren of een gevaar worden, om dan pas te mogen ingrijpen. Daartegenover worden veel mogelijkheden die wel wettelijk toegestaan zijn onvoldoende benut. Uit succesvolle projecten binnen instellingen blijkt dat het grote aantal separeringen ook teruggebracht kan worden door bijvoorbeeld het aanstellen van een agressiecoach. Behandelen onder dwang is ingrijpend, soms zelfs traumatisch voor de patiënt en minder effectief omdat het – dit is de kern van mijn betoog – de vertrouwensrelatie tussen een burger met een psychische handicap en de behandelaar ernstig aantast.

De angst bestaat dat door het uitbreiden van de mogelijkheden behandelaars gemakkelijker gebruik maken van dwang dan van het zorgvuldig opbouwen van een vertrouwenwekkende relatie tussen henzelf en de burger met een psychische handicap. Juist vanwege die angst, juist vanwege die psychische handicap, hebben deze mensen al vaak last van onzekerheden, waanbeelden, angsten enzovoort. Dat wordt alleen maar

versterkt door dwangbehandeling. Het gevaar dat mensen zich afzetten en geen gebruik meer willen maken van de vele mogelijkheden die de psychiatrische zorg in zich herbergt, wordt alleen maar groter.

Vanuit de psychiatrische praktijk wordt aangedrongen op uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Dit pleidooi wordt heel breed gedragen. Je hoort wethouders in de grote steden ook vragen wat zij moeten doen met al die verkommerden, al die verloederen, al die gekken op straat, of er niet veel meer dwangopnamen en dwangbehandelingen kunnen zijn en of mensen niet kunnen worden gedwongen om behandeld te worden, waardoor de samenleving vanuit het oogpunt van openbare orde en veiligheid minder last heeft van mensen die een ziektebeeld hebben, die een psychische handicap hebben.

Als patiënten zich verzetten tegen hun behandeling, maar er verder geen acuut gevaar is, kunnen zij lange tijd in een instelling verblijven zonder dat zij worden behandeld. Dat is het gevolg van de Wet BOPZ. Het kabinet ziet dwangbehandeling als uiterste middel en wijst ook op succesvolle dwang- en drangprojecten. Het kabinet is van mening dat zich altijd situaties zullen voordoen waarin alleen dwang een oplossing biedt.

Naast het afwenden van gevaar stelt het kabinet voor om het ook toe te staan als voldoende vaststaat dat zonder die behandeling de betrokken patiënt onaanvaardbaar lang opgenomen blijft, omdat het gevaar dat de stoornis van de patiënt oplevert, niet wordt weggenomen. Wanneer is met een burger gepraat die een psychische handicap heeft? Wanneer heeft het kabinet of hebben deze ministers aan mensen zelf gevraagd wat zij nodig hebben om zich veilig te voelen? De ministers gaan wel in op uitspraken van politiefunctionarissen, wethouders van grote steden, raadsleden en Kamerleden die ervoor pleiten dat de samenleving zich veilig moet voelen, maar wanneer is de vraag centraal gesteld wat mensen met een psychische handicap nodig hebben om zich veilig te voelen, om op een vertrouwenwekkende manier behandeld worden in een ziektebeeld? Wat is er nodig om mensen zich veilig te laten voelen en mensen uit te nodigen om in te gaan op de behandeling?

Ik heb als voorzitter van de Taskforce Vermaatschappelijking ggz in januari 2002 het advies Erbij horen aangeboden aan minister Els Borst. Kort daarna viel het kabinet en het rapport is nooit behandeld. Uit humane overwegingen is ooit besloten om grootschalige psychiatrisch-medische centra af te bouwen en om te zetten in kleinere eenheden midden in de samenleving. Ook mensen met een psychische handicap willen erbij horen. Vandaar de titel van het advies. Bovendien is besloten om bij opname meteen te beginnen met resocialisatie en dus gerichtheid op een bestaan buiten de inrichting en in de eigen vertrouwde omgeving. Daarvoor is nodig een sterk netwerk van bestaande maatschappelijke steunsystemen in stad, buurt en wijk en vooral natuurlijk ook outreachende hulp. Ook nodig is nabijheid en integrale kijk op mensen. Daar gaat het uiteindelijk om: een relatie tussen burger, cliënt zo u wilt, en hulpverlener, waarbij beiden zich verantwoordelijk voelen. Een relatie waarbij hulpverleners zich gesteund en gedragen voelen om te investeren, te verleiden en via eventuele drangmaatregelen de cliënt de hulp te bieden die hij nodig heeft en als het kan, te voorkomen dat via dwang moet worden ingegrepen met gedwongen opname en vervolgens gedwongen behandeling.

Veel mensen met een psychische handicap voelen zich in relatie tot de ggz-hulpverlening wantrouwig en onzeker en zelfs soms heel angstig. Diagnoses zijn niet zelden globaal of algemeen, of niet precies of voor de cliënt niet herkenbaar, met als gevolg het onbegrip over de voorgestelde behandelwijze of medicatie. De worsteling is tussen ingrijpen bij zware ziekte en zelfbeschikking. Ik voel heel erg voor patiënt empowerment, ook en vooral in de psychiatrie.

Wij komen dan ook tot een conclusie. De wetswijziging verslechtert de rechtspositie van alle ggz-cliënten. Zij lost het probleem niet op, namelijk tal van cliënten die hulp nodig hebben en geen hulp krijgen. Zij biedt hulpverleners een handreiking om minder te investeren en te kiezen voor de "makkelijke" route van dwang. Zij biedt weinig cliënten herstel, maar een chemische dwangbuis en toenemende eenzaamheid. Een groot gevaar is dat er straks cliënten zijn die echt hulp nodig hebben, maar die de zorg nog meer zullen gaan mijden. Wij willen echt een antwoord op de vraag wat mensen met een psychische handicap nodig hebben om zich in de samenleving erbij te voelen horen, om zich veilig te weten en om in een recht van zelfbeschikking zelf met hun hulpverlener in een vertrouwenwekkende relatie te bepalen welke medicatie of welke behandeling nodig is. Er moeten weer eens draadjes gesponnen worden met burgers die wij naar de marge hebben gemanoeuvreerd.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mevrouw de voorzitter. Vandaag bespreken wij de zoveelste, volgens mijn papieren de veertiende wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Voor mij is het de vierde keer dat ik hierover het woord voer. Tijdens de ontstaansgeschiedenis van 22 jaar en sinds de inwerkingtreding op 17 januari 1994 is de wet bijna non-stop onderwerp van discussie geweest. Kernonderwerpen in deze discussie zijn steeds geweest het recht op zelfbeschikking, de veiligheid van patiënt en maatschappij, die op gespannen voet met elkaar kunnen staan, en de rol die wilsbekwaamheid dan wel -onbekwaamheid moet spelen. Het doel van de huidige BOPZ is om gevaar ten gevolge van een geestesstoornis af te wenden en om de patiënt die niet bereid is opgenomen te worden, in zijn rechtspositie te beschermen. Er bestaat een sterke koppeling tussen opname en behandeling. Echter, door alle aanpassingen in de loop van de tijd is de BOPZ ingewikkeld en onduidelijk geworden, een echte lappendeken. Daarom besloot de commissie VWS op 20 maart 2007, het voorbereidend onderzoek uit te stellen totdat de derde evaluatie van de BOPZ zou zijn afgerond. De commissie oordeelde dat het onwenselijk was, medewerking te verlenen aan weer een volgende wijziging van de BOPZ, voordat het rapport van de commissie openbaar zou zijn en voordat het kabinet zijn standpunt over vervolgstappen bekend zou hebben gemaakt.

Wij deden dat met tegenzin omdat het veld had aangegeven, de vandaag voorliggende wijzigingen belangrijk te vinden, overigens als interim-oplossing, in afwachting van wetgeving die consistent is en beter afgestemd op de huidige praktijk en organisatie van de ggz. Hoewel het verdere traject nog grotendeels in nevelen is gehuld – er wordt bijvoorbeeld gesproken van een tentatief tijdschema waaruit zou blijken dat de

Slagter-Roukema

totstandkoming van wijzigingswetgeving nog geruime tijd op zich zal laten wachten – is deze Kamer toch in september gestart met het voorbereidend onderzoek. Wij hebben toen een aantal fundamentele en indringende vragen gesteld.

De memorie van antwoord die eind december is verschenen als product van twee ministeries, geeft lang niet op al deze vragen een adequaat antwoord. Mijn fractie betreurt dat, want dat belooft niet zoveel goeds voor de toekomst. Juist met het oog op een toekomstbestendige behandelwet is deskundigheid op de ministeries ten aanzien van dit moeilijke onderwerp, op het snijpunt van recht en veiligheid, ethiek en geestelijke volksgezondheid, onmisbaar. Delen beide ministers mijn mening en kunnen zij aangeven wie van beiden het voortouw en de coördinatie op zich gaat nemen, zodat in ieder geval duidelijk is wie erop is aan te spreken als vorderingen weer uitblijven? Zijn de ministers ook van plan zich bij te laten staan door een deskundigencommissie en denken zij in dat verband bijvoorbeeld aan een staatscommissie? Wat dat betreft sluit ik mij volledig aan bij de kritiek van mevrouw Dupuis. Als je ziet hoe de memorie van antwoord geformuleerd is, belooft dat nog niet zoveel goeds. Mijn fractie wil vandaag absoluut duidelijkheid over de manier waarop en de richting waarin een nieuwe Wet BOPZ in de steigers wordt gezet. Wij hebben met instemming de conclusies gelezen uit het rapport Voortschrijdende inzichten van de commissie die de derde evaluatie uitvoerde, en vernemen graag van de ministers of zij deze conclusies als uitgangspunt nemen voor de contouren van een nieuwe wet. Het is inmiddels begin 2008 en tot nu toe hebben wij nog niet het toegezegde kabinetstandpunt hierover kunnen bemachtigen, dus misschien kan vandaag toch mondeling een tip van de sluier worden opgelicht. Ook is voor ons het tijdpad van belang. Hoe ambitieus dat ook klinkt, het moet deze kabinetsperiode toch lukken.

De voor ons liggende wetswijziging verruimt de mogelijkheid tot het verlenen van een voorwaardelijke machtiging, een machtiging waarin de voorwaarden worden vermeld waaronder een psychiatrische patiënt niet wordt opgenomen. De machtiging legitimeert tot gedwongen opname bij niet naleving van de voorwaarden of bij een gevaarsituatie die ondanks naleving van de voorwaarden blijft bestaan. De voorgestelde wetswijziging moet het mogelijk maken om een voorwaardelijke machtiging ook te verlenen voor personen die niet uitdrukkelijk kunnen of willen instemmen met de voorwaarden. Voldoende is dat de rechter van oordeel is dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. Daarnaast worden de mogelijkheden verruimd voor dwangbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Dwangbehandeling kan ook worden toegepast voor zover aannemelijk is dat zonder gedwongen behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.

De fractie van de SP heeft bij het voorbereidend onderzoek een aantal vragen gesteld die niet of onvoldoende beantwoord zijn. Ik ga daar nu verder op in. Een eerste vraag betrof de harmonisatie van dwangmaatregelen in de psychogeriatric, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de jeugdzorg. Hoe staat het met het wetsvoorstel dat dit regelt ten aanzien van de eerste twee groepen? Komt dat ook in deze kabinetsperiode rond? Harmonisatie van de regels ten aanzien van dwang

in de jeugdzorg is ook dringend gewenst, zoals bleek tijdens het debat over gesloten jeugdzorg dat wij op 18 december met de minister van Justitie en die voor Jeugd en Gezin voerden. Mijn fractiegenoot Quik-Schuijt stelde toen vast dat in de gesloten jeugdzorg dwangbehandeling mogelijk is die in een jeugdpsychiatrisch ziekenhuis zelfs met een BOPZ-maatregel niet mogelijk is. Hoe staat het met de wettelijke regeling die gevraagd werd met de motie-Çörüz, 30644, nr. 19? Ik wijs hierbij ook op een artikel in het Nederlands Dagblad van 31 januari, waarin vermeld wordt dat psychiaters soms jaloers kijken naar de gesloten jeugdzorg, waar vanaf dit jaar kinderen wel medicatie kan worden voorgeschreven en onder dwang kan worden toegediend, terwijl dat bij jongeren met gedragsstoornissen en een extra psychiatrische stoornis niet mogelijk is. Dit is volgens mijn fractie een ongewenste ongelijkheid en een ongewenste ontwikkeling. Ook vragen wij ons af of de kans bestaat dat deze ruimere mogelijkheid van dwangtoepassing de nieuwe norm wordt voor de opvolger van de BOPZ. Graag krijg ik hierop commentaar van de ministers.

Met dit wetsvoorstel wordt de mogelijkheid om dwangmedicatie te geven binnen een psychiatrisch ziekenhuis verruimd. Op verzoek van de Tweede Kamer hebben de ministers in antwoord op de motie-Voordewind toegezegd om onderzoek te doen naar de noodzaak van de lengte van dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen. Ik kan mij voorstellen dat hiernaar gevraagd is, maar vraag mij wel af hoe dit te onderzoeken is. Dubbelblind placebo gecontroleerd? Het gaat wel om een heel kwetsbare groep, waarmee niet te experimenteren valt, want hoe zit het dan met de zelfbeschikking en het informed consent? Toch is het belangrijk om met name de effecten van dwangbehandeling op de langere termijn te monitoren en daarom heeft het veld, de mensen die ermee moeten werken, gevraagd om per regio een zogenaamde drieschaar in te mogen stellen die kan adviseren over noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit van de dwangbehandeling. Zeker bij langduriger dwangbehandeling kan dit adviserend orgaan fungeren als counter-vailing power voor de cliënt, zorgverlener en directie van de instelling. De ministers hebben dit orgaan wel met de mond toegejuicht, maar gezegd er geen middelen voor te hebben. Ik meen dat het voor het veld heel belangrijk is dat zij die wel beschikbaar stellen. Wij hebben er allen belang bij dat er een goede monitor is.

Verschillende fracties hebben gevraagd of het aantal dwangbehandelingen zou kunnen toenemen met verruiming van de mogelijkheid daartoe. De memorie van antwoord is daar niet duidelijk over. Enerzijds wordt op bladzijde 5 gezegd dat het aantal dwangbehandelingen, separeren, sterk is afgenomen, anderzijds wordt op bladzijde 8 gezegd dat het aantal separaties in Nederland sinds 2002 licht is afgenomen. Van belang lijkt mijn fractie in ieder geval met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zowel de aantallen dwangbehandelingen als de eventuele verschuiving van separeren naar medicatie en de effecten daarvan, waaronder verkorting van de opnametijd, te monitoren. Ik neem aan dat dat een taak van de IGZ blijft. Is overigens al duidelijk wat maakt dat er zulke grote verschillen zijn tussen provincies in gedwongen opnames en dwangtoepassingen?

Dan heb ik nog een vraag over de consequenties van de aanneming in de Tweede Kamer van het amendement-Kant, 30942, nr. 10. Collega Van de Beeten stelde er

Slagter-Roukema

tijdens het voorbereidend onderzoek vragen over. Als een patiënt bij een dreigende decompensatie tijdens een voorwaardelijke machtiging zelf verzoekt om een tijdelijke opname mag ten gevolge van het aannemen van dit amendement de duur van het vrijwillig verblijf in een psychiatrische instelling niet beperkt worden. Collega Van de Beeten stelt dan de vraag of dit niet het risico in zich kan bergen dat de behandelaar of de instelling misbruik maakt van de situatie en aan de vrijwillig opgenomene waarborgen onthoudt. Wij denken dat een vrijwillige opname uit behandeloogpunt te allen tijde te verkiezen is boven gedwongen opname onder het BOPZ-regime en dat het de situatie van de patiënt niet ten goede komt als een limiet aan de duur van de vrijwillige opname wordt gesteld. De rechten van de patiënt worden in deze vrijwillige situatie gewaarborgd door de WGBO en de Wet BIG. Graag krijg ik van de ministers de bevestiging dat dit in feite ook al gold voor deze wetwijziging, want sinds de invoering van de voorwaardelijke machtiging laten mensen zich regelmatig vrijwillig opnemen. Ons hebben geen signalen bereikt dat hierdoor problemen zijn ontstaan. Wij krijgen hierop graag een toelichting van de ministers.

Tot slot, een van de vorige wetwijzigingen van de BOPZ betrof de introductie van de observatiemachtiging. Onder de kop "Verplichte observatie helpt Swiebertjes geen spat vooruit" las ik vorige week de mislukking van de introductie van dit instrument in de krant. Een directeur die ermee moest werken zegt: "al bij de invoering dacht ik: dat wordt niets". Het veld dat ook met de voorliggende nieuwe instrumenten moet gaan werken, drong aan op snelle behandeling en invoering van deze wet. Laat ze onder de voorwaarden die ik vandaag genoemd heb, strikte monitoring en duidelijkheid over de nieuwe wet, maar snel aan de slag gaan. Wij hebben ze allang genoeg laten wachten! Ik zie uit naar de verdere discussie.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Meurs, die haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Dit wijzigingsvoorstel stelt onze fractie voor een lastig dilemma. Het voorstel biedt belangrijke mogelijkheden voor een betere behandeling van patiënten met een psychische stoornis. Mijn fractie wil dit graag steunen. Maar ... instemmen met de voorgestelde wijzigingen betekent tegelijkertijd dat wij meewerken aan de verdere onoverzichtelijkheid en ontoegankelijkheid van de BOPZ. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van wetgeving is dit een slechte zaak. De Wet BOPZ lijkt steeds meer op een lappendeken waarin alleen doorgewinterde juristen de weg nog kennen. Mijn inbreng van vanmiddag zal daarom niet alleen betrekking hebben op het wijzigingsvoorstel dat voorligt, maar ook op het belang en de noodzaak van een nieuwe wettelijke regeling.

De Wet BOPZ is sinds 1994 meerdere keren gewijzigd, zoals eerder is gezegd, maar voor mij is het de eerste keer dat ik de wijziging meemaak. Het feit dat de wet primair een opnamewet is, komt steeds meer ter discussie te staan. De nu voorgestelde wijzigingen rekken dit beginsel verder op. De behandelingsmogelijkheden, met name als sprake is van een voorwaardelijke machtiging, worden verder uitgebreid. Hoe belangrijk

deze wijziging voor de praktijk ook is, het is de zoveelste reparatie binnen een wettelijk kader dat eigenlijk niet meer past bij de inzichten in de behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis en bij de maatschappelijke opvattingen daarover.

Wij hebben alle redenen om ons zorgen te maken. De noodzaak om snel tot een fundamentele herbezinning van de BOPZ te komen, wil ik graag toelichten aan de hand van het laatste overzicht van de Inspectie voor de gezondheidszorg over de werking van de BOPZ. De laatste vijf jaar is sprake van een forse groei van het aantal dwangopnames, ook al is de laatste jaren een zekere vertraging in die groei waar te nemen. De cijfers confronteren ons met het feit dat er jaarlijks meer dan 15.000 gedwongen opnames zijn en dat het aantal rechterlijke machtigingen van 2002 tot 2006 een groei van 40% laat zien. De Rotterdamse psychiater Niels Mulder sprak bij zijn aantreden zelfs van een "een epidemie van dwangopnamen" en constateerde een verminderde maatschappelijke tolerantie voor mensen die op drift zijn geraakt.

Een verontrustend gegeven daarbij is dat de verschillen tussen de provincies en tussen de instellingen groot zijn. De inspectie geeft aan dat het niet duidelijk is waar deze verschillen vandaan komen. Mogelijke verklaringen zijn de demografische en sociaal-culturele verschillen en de manier waarop de zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening is georganiseerd.

Net als bij dwangopnames is ook het aantal dwangtoepassingen gestegen, hoewel beduidend minder dan het aantal opnames. De stijging komt geheel voor rekening van het aantal middelen en maatregelen.

In het kader van mijn werk aan de Erasmus Universiteit heb ik het genoeg om veel gasten uit het buitenland te mogen uitleggen hoe de Nederlandse gezondheidszorg in elkaar zit. Dat is geen eenvoudige opgave en onze gasten verwonderen zich over ons hybride stelsel van publiek-private partijen. Zij zijn ook vaak jaloers op de manier waarop wij een en ander hebben geregeld. Als het echter over de geestelijke gezondheidszorg gaat, zijn zij zonder uitzondering verbijsterd. Nederland is koploper in West-Europa als het gaat om het aantal dwangopnamen. Onze ziekenhuizen kennen zonder uitzondering separatierruimten, en separeren wordt veelvuldig ingezet. Ook uit het inspectieoverzicht blijkt dat separatie het vaakst wordt ingezet bij dwangtoepassing. Voor onze gasten is dat onbegrijpelijk, en het kost ons altijd grote moeite om uit te leggen waarom dat zo is en hoe de Wet BOPZ werkt.

Ik zal de eerste zijn om aan te geven dat het gevaarlijk is om zonder nadere uitleg internationale vergelijkingen te maken, maar toch vragen deze observaties om nader onderzoek en vooral om het fundamenteel doordenken van de wijze waarop wij met de behandeling en bescherming van mensen met een psychische stoornis omgaan. Die koploperspositie moeten wij natuurlijk zo snel mogelijk kwijtraken. En dat gaat echt niet lukken met een reparatiewetje.

Het is naar het oordeel van mijn fractie van het allergrootste belang om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van de verschillen tussen de regio's en tussen de instellingen. Het zijn de ervaringen en de lessen uit de praktijk van alledag die moeten bijdragen aan een regeling die enerzijds ruimte laat voor verschillen, maar anderzijds voldoende eenduidig is en de bescherming garandeert van patiënten die al in een kwetsbare positie

Meurs

verkeren. Ik zou graag van de ministers vernemen hoe zij aankijken tegen deze verschillen en of zij met mijn fractie en die van de SP van mening zijn dat meer inzicht in de achtergrond van deze verschillen dringend gewenst is. Ook wil mijn fractie van de ministers vernemen of zij verwachten dat de wijzigingsvoorstellen die vandaag voorliggen, een positieve invloed zullen hebben op deze toch dramatische cijfers.

Met de voorliggende wetswijzigingen worden de mogelijkheden voor intramurale dwangbehandeling verruimd. Het wordt mogelijk dwangbehandeling toe te passen als voldoende vaststaat dat de patiënt anders te lang opgenomen moet blijven omdat het gevaar veroorzaakt door zijn ziekte, niet wordt weggenomen. Nu verblijven deze patiënten te lang in het psychiatrisch ziekenhuis zonder dat er een duidelijk vooruitzicht is dat zij kunnen terugkeren in de samenleving. Met de wetswijziging kan voor deze patiënten een intramurale behandeling worden gestart die terugkeer met medicatie wél mogelijk maakt.

Deze verruiming is in feite het meest principiële punt. Het betekent dat de autonomie van de patiënten wordt ingeperkt met het argument dat zij door die inperking later meer mogelijkheden zullen hebben om autonoom te functioneren. De argumenten zijn dat door deze wijziging wat gedaan kan worden aan de verschrikkelijke situatie van patiënten die in de instelling verblijven, die geen uitzicht op verbetering hebben en die te ziek zijn om ambulante begeleid te worden zonder medicatie. Mijn fractie erkent volledig de schrijnende situatie van patiënten die op de afdeling verblijven en daar een uitzichtloos bestaan leiden ver van familie en verwanten, zonder dat er actief iets aan die omstandigheid wordt gedaan.

Iemand tegen zijn wil behandelen is en blijft echter een verstrekende maatregel. Naar aanleiding van de schriftelijke vragen van mijn fractie heeft de minister aangegeven het met ons eens te zijn dat gedwongen behandeling uitsluitend als een ultimatum remedium gaat werken en dat eerst alles in het werk wordt gesteld om de patiënt te motiveren om vrijwillig mee te werken aan zijn behandeling. Wij weten dat aandacht, bejegening, een goede dagstructuur en een activiteiten- en begeleidingsprogramma belangrijk zijn voor het welbevinden van patiënten. Wij vroegen de minister of er niet toch een groot risico bestaat dat met deze wetswijziging te snel naar het middel "dwang" gegrepen zal worden ten koste van de hiervoor genoemde, wellicht meer arbeidsintensieve werkwijze. In zijn antwoord verwijst de minister naar de projecten dwang en drang in de psychiatrie en naar de aandacht die er in het veld is voor dit precaire evenwicht tussen zelfbeschikking en plicht tot behandelen. Het antwoord van de minister bevredigt mijn fractie nog niet helemaal. Tekorten op de arbeidsmarkt, die naar verwachting alleen nog maar zullen toenemen, kunnen een arbeidsintensieve benadering onder druk zetten. Kan de minister aangeven welke mogelijkheden hij ziet om het gebruik van dwang en drang te monitoren, zodat het daadwerkelijk als ultimatum remedium wordt ingezet?

Graag zou ik ten aanzien van een tweede wijzigingsvoorstel de minister een toelichtende vraag stellen. Deze wijziging beoogt een vereenvoudiging van de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke machtiging. Vereenvoudiging is natuurlijk altijd een goede zaak. In de huidige regeling kan de geneesheer-directeur een patiënt pas

opnemen als de patiënt is gehoord en onderzocht door een niet bij de behandeling betrokken arts. Met het voorstel vervalt de eis van een onderzoek en kan de geneesheer-directeur, gehoord de behandelaar, de patiënt opnemen. In antwoord op de vraag van mijn fractie hoe met deze vereenvoudiging van de procedure voorkomen kan worden dat patiënten te snel worden opgenomen, verwijzen de ministers naar het gegeven dat de criteria in de wet staan en naar de extra waarborg die met deze wijziging wordt beoogd: het is niet de behandelaar die de patiënt kan doen opnemen maar de geneesheer-directeur. Maar is de geneesheer-directeur als derde partij wel voldoende onafhankelijk? Kan de minister bij zijn beantwoording aangeven hoe hij aankijkt tegen de positie en rol van de geneesheer-directeur en hoe zijn onafhankelijk optreden kan worden geborgd?

Ik begon mijn bijdrage met de constatering dat mijn fractie zich voor een ingewikkeld dilemma geplaatst ziet: meegaan met dit voorstel betekent meewerken aan de lappendeken die de Wet BOPZ geworden is, tegenstemmen betekent dat mensen die dat hard nodig hebben, verstoken blijven van zorg, bescherming en begeleiding. Mijn fractie wil voor deze wetswijzigingen stemmen, maar die steun willen wij conditioneren. Ten eerste vertrouwen wij op een bevredigend antwoord op de zorgen die ik zojuist heb verwoord. Ten tweede pleiten wij voor het met spoed werken aan een geheel nieuwe wettelijke regeling.

De ministers geven in hun antwoord op onze vragen aan dat zij vooruitlopend op het kabinetsstandpunt over de evaluatie van de Wet BOPZ streven naar een nieuwe regeling ter vervanging van de wet. Overigens zitten wij met smart te wachten op dit kabinetsstandpunt. Mijn fractie ondersteunt dit streven van harte en wil een stap verder gaan: kunnen de ministers toezeggen dat zij in deze kabinetsperiode met een wetsvoorstel ter vervanging van de huidige Wet BOPZ zullen komen? Als het antwoord bevestigend is, wil mijn fractie graag een duidelijke indicatie van het tijdpad dat de ministers voor ogen hebben, zodat wij hen daar ook aan kunnen houden.

De evaluatiecommissie heeft naar het oordeel van mijn fractie een uitstekend inhoudelijk kader ontwikkeld voor een nieuwe wettelijke regeling. Dit kader laat zien dat het niet gaat om het oppoetsen van de huidige wet, maar dat er ten principale gekeken moet worden naar de uitgangspunten van de wet. Een van de centrale uitgangspunten moet zijn een wet die is toegesneden op de noden van de persoon en niet, zoals nu het geval is, gebonden is aan een locatie. In hun beantwoording geven de ministers aan dat zij een nieuwe wet niet willen aanduiden als een behandelwet. Niet zozeer de behandeling moet centraal staan, als wel de zorgbehoefte van de patiënt en de veiligheid van de samenleving. Mijn fractie is het daarmee eens. Het gaat immers niet alleen en niet altijd om behandeling. Begeleiding en/of verzorging kunnen evenzeer aan de orde zijn evenals bemoeizorg.

Met deze opmerkingen gaan de ministers reeds in op enkele uitgangspunten die zij van belang vinden voor de nieuwe wet. Kunnen de ministers in hun beantwoording vandaag nog wat specifiek ingaan op de voor hen leidende uitgangspunten? Graag verwijs ik hierbij naar het werk van de ethicus Jeanette Pols. Zij houdt een pleidooi – ik wil haar daarin graag volgen – voor het ontstijgen van de dichotomie autonomie en dwang, en wil veeleer uitgaan van de relaties die mensen onderhou-

Meurs

den en de afhankelijkheden die daar bij horen en van de mogelijkheden die zij hebben om in filosofische zin een goed leven te leiden. Zo'n benadering kan betekenen dat het voor sommige patiënten belangrijk is dat hulpverleners zich met hen blijven bemoeien, niet als vorm van controle of inperking van autonomie maar als noodzakelijke steun. In de woorden van Jeanette Pols: "Het betekent iemand niet in zijn eentje laten zitten met de brokstukken van zijn of haar mislukte autonomie. Het betekent op de deur blijven kloppen en zo veel mogelijk doen om de patiënt overeind te houden."

De evaluatiecommissie pleit ook voor het instellen van commissies psychiatrische zorg. Onze vraag is hoe de ministers aankijken tegen de taak en positie van deze commissies.

Mijn fractie wenst in deze kabinetsperiode niet alleen een wetsvoorstel dat toegesneden is op de wensen van de persoon met inachtneming van zowel zijn veiligheid als de veiligheid van de samenleving. Wij hebben ook nog wat noten op onze zang bij de totstandkoming van de nieuwe wet. Het is nog niet zo lang geleden dat deze Kamer uitgebreid gediscussieerd heeft over de relatie tussen beleid en uitvoering en over het belang van de betrokkenheid van veldpartijen bij het wetgevingsproces. Juist die betrokkenheid kan de uitvoerbaarheid van wetgeving vergroten. Dit principe geldt bij uitstek voor de te maken nieuwe wet. Er worden op lokaal niveau veel experimenten en projecten uitgevoerd, die leiden tot nieuwe inzichten en werkvormen. Het wetenschappelijk onderzoek staat evenmin stil. Het is van belang de inzichten over de werkbaarheid van bepaalde interventies in het geheel te betrekken. Juist omdat bij de nieuwe wet een goede balans gevonden moet worden tussen verschillende beginselen, is het van groot belang om gedurende het proces zelf te zoeken naar vormen van raadpleging van en consensusvorming met veldpartijen. Het ministerie van Justitie heeft reeds ervaring opgedaan met een wetgevingsproces waar veldpartijen aan bijdragen. Ik doel daarbij op de herziening van de Vreemdelingenwet. Ik heb het genoegen gehad deel te nemen aan de evaluatie ervan. Een van de centrale conclusies was dat bij de totstandkoming van die wet een externe projectleider en intensieve raadpleging en betrokkenheid van alle partijen in het veld in belangrijke mate hebben bijgedragen aan een wet die uitvoerbaar is en gedragen wordt door degenen die ermee moeten werken of ermee te maken hebben. Delen de ministers de mening van mijn fractie en willen zij toezeggen dat bij de totstandkoming van de onderhavige nieuwe regeling de veldpartijen actief worden betrokken?

Mijn fractie is van mening dat de voorgestelde wijzigingen bijdragen aan een betere behandeling en begeleiding van patiënten. Wij willen het voorstel dan ook graag steunen. Wij blijven evenwel bezorgd over de grote aantallen dwangopnamen en -toepassingen. Daarom heb ik gevraagd naar waarborgen, alsmede verzocht om meer inzicht in de verschillen die er in de praktijk blijken te zijn. In mijn bijdrage heb ik de nadruk gelegd op de noodzaak en de urgentie van de nieuwe regeling. Ik wacht met belangstelling het antwoord van de ministers af.

De **voorzitter**: Mevrouw Meurs, ik feliciteer u van harte met uw maidenspeech over een wetsvoorstel waarvan het onderwerp u niet vreemd is, gelet op uw kennis over en ervaring in de zorgsector.

U studeerde sociologie aan de Nederlandse Economische Hogeschool, thans de Erasmus Universiteit, en aan de Rijksuniversiteit Leiden. Aan die laatste universiteit was u vervolgens gedurende een aantal jaren verbonden als wetenschappelijk medewerker, totdat u in 1982 onderzoeker en adviseur werd van de Nederlandse Spoorwegen. Weinigen zullen van dat laatste feit op de hoogte zijn. Vanaf 1984 was u gedurende vier jaar onderzoeker en afdelingshoofd bij het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, thans bekend als het Trimbos-instituut. Voordat u in 1996 terugkeerde in de universitaire wereld bent u gedurende tien jaar werkzaam geweest als organisatieadviseur en als partner bij Adviseurs voor Organisatiewerk bv. In 1996 werd u benoemd tot bijzonder hoogleraar management en organisatie in de gezondheidszorg aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam; dat is een hele mond vol. U combineerde dat met uw lidmaatschap van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, waarvan u begin dit jaar, na tien jaar, afscheid heeft genomen.

U bent een zeer actieve vrouw, vooral in de zorgsector. Zo bent u onder andere voorzitter van het welbekende ZonMw, lid van de raad van toezicht van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en lid van de raad van toezicht van de Alysis Zorggroep. Dat u bepaald geen onbekende in de zorgsector bent, heeft u mede te danken aan uw publicatie "Health care governance" uit 1999, die handelt over bestuur, toezicht en verantwoording in de gezondheidszorg. Deze publicatie staat onder uw vakgenoten ook wel bekend als "het blauwe boekje". De invloed ervan op bestuurlijke verhoudingen binnen vele zorginstellingen wordt minstens zo groot geschat als die van de code-Tabaksblad in de meer commerciële ondernemingswereld.

In partijpolitiek verband maakt u zich verdienstelijk als lid van het curatorium van de Wiardi Beckman Stichting. Als lid van de PvdA-fractie hebt u vandaag voor het eerst het woord gevoerd in een plenaire vergadering van deze Kamer. Ik ben ervan overtuigd dat uw kennis en ervaring niet alleen voor uw fractie maar voor de gehele Kamer een ware verrijking is. Ik wens u heel veel succes met uw werkzaamheden.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Holdijk** (SGP): Voorzitter. Namens de fracties van de SGP en de ChristenUnie wil ik vanaf deze plaats mevrouw Meurs gelukwensen met haar maidenspeech. Het is duidelijk dat zij wist waarover zij sprak. Als opvolgend spreker heb ik het idee dat mijn bijdrage wat mager zal afsteken bij de hare. Daarom laat ik mijn felicitaties voorafgaan.

Het schijnt dat na een moeizame en langdurige, meer dan twintig jaar vergende parlementaire behandeling, de in 1992 tot stand gekomen en in 1994 in werking getreden Wet BOPZ alweer zijn langste tijd heeft gehad. Mevrouw Dupuis en mevrouw Slagter wezen daar ook al op. Na de eerste evaluatie heb ik intussen hier vier wijzigingsvoorstellen behandelt. Vandaag ligt de vijfde wijziging voor. Ondanks deze en daaraan voorafgaande aanpassingen lijkt het erop dat de wet geen lange levensduur beschoren is. In het rapport "Voortschrij-

Holdijk

dende inzichten" van de derde evaluatiecommissie Wet BOPZ wordt aanbevolen om tot een geheel nieuwe wet te komen. Het kabinet blijkt de motivering van die aanbeveling te delen. Het verklaart zelfs ernaar te streven nog gedurende deze kabinetsperiode een nieuwe regeling tot vervanging van de wet tot stand te brengen. Is het dan wel zo opportuun om vandaag nog een wijziging van de bestaande wet te behandelen? Wij delen de opvatting van het kabinet dat het gebrek aan aansluiting van de wet op de ontwikkelingen in de psychiatrie ertoe noopt de regeling van dwangbehandeling en voorwaardelijke machtiging aan te passen. Wij zijn het eens met de commissie dat de voorgestelde uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging een waardevolle toevoeging aan het instrumentarium van de Wet BOPZ is. Wij achten de kans niet gering dat een compleet nieuwe wet nog wel eens even en mogelijk ettelijke jaren op zich zou kunnen laten wachten. Hoe is het trouwens gesteld met het kabinetsstandpunt over het rapport van de evaluatiecommissie, waaromtrent de regering in de memorie van antwoord betreffende het onderhavige wetsvoorstel op 18 december 2007 mededeelde dat dit standpunt "nog in dit najaar" naar beide Kamers zou worden gezonden? Ik hoop dat daarover enige tekst en uitleg te geven valt, zodat ik enig zicht krijgt op wanneer dat kabinetsstandpunt werkelijk gaat verschijnen.

Terugkerend naar het voorliggende wetsvoorstel, voor ons is de relevantie ervan nog eens onderstreept door het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in november 2007 uitgebrachte "Tabellenboek Wet BOPZ 2002-2006". Daaruit blijkt onder meer dat het aantal dwangopnames in de periode 2002-2006 met ruim 30%, bijna 40% is gestegen, van ruim 13.000 in 2002 tot ruim 17.000 in 2006. In totaal werden in die jaren ruim 37.000 mensen tegen hun wil opgenomen in een inrichting. Een verklaring voor de toename kan de inspectie niet geven. Het zou kunnen dat er de laatste jaren meer mensen zijn gekomen met grote psychische problemen die een ernstig gevaar vormen voor zichzelf of voor een ander. Er is echter ook de tendens te signaleren, zeker in de grote steden, dat bemoeizorgteams zich zijn gaan bezighouden met een groep mensen die wij vroeger aan hun lot overlieten. De andere kant van de medaille is de trend om afwijkend gedrag, zeker als dat gepaard gaat met min of meer overlast, minder te accepteren. Uit onderzoek van prof. Mulder van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam zou blijken dat psychiaters minder vaak de "harde" criteria, als neiging tot zelfmoord en agressie tegen anderen aankruisen en vaker een "zacht" criterium zoals maatschappelijke teloorgang. Welke relevantie heeft dit gegeven voor het wetsvoorstel dat wij thans bespreken?

Wat betreft de voorwaardelijke machtiging, deze is een alternatief voor een machtiging die rechtstreeks strekt tot opname. Nu volgens het voorstel niet meer de instemming van de wilsonbekwame patiënt met de totstandkoming van het behandelingsplan nodig is, maar de verwachting van de rechter dat de patiënt de voorwaarden in de praktijk, dus buiten de instelling, zal naleven, zal het nauw luisteren of er nog werkelijk sprake is van vrijwilligheid. Er moet daarom naar onze opvatting sprake zijn van een toetsbare inspanningsverplichting van de behandelaar om toestemming van de patiënt te krijgen. Dat moet vooropstaan. De behandelaar zal zich

op zijn integriteit als zorgverlener aangesproken moeten weten.

Wat betreft de dwangbehandeling, deze is thans alleen mogelijk als er een (onmiddellijk dreigend) gevaar binnen de inrichting is dat moet worden afgewend. Wie zich tegen behandeling verzet, blijft onbehandeld, óók als met een interventie zijn toestand sterk kan verbeteren, hetgeen voor hem een langere, zelfs onaanvaardbaar lange opname kan betekenen. Wat de voorgestelde regeling van de dwangbehandeling betreft, zou de evaluatiecommissie met de regering van mening verschillen, als wij althans het commentaar op het voorstel van de stichting LOC-LPR van 9 januari jongstleden moeten geloven. Er zou geen recht worden gedaan aan het door de evaluatiecommissie geformuleerde uitgangspunt dat dwangbehandeling bij patiënten die wilsbekwaam zijn, niet mogelijk moet zijn. Ook een tweede uitgangspunt, namelijk dat de rechter vooraf zou dienen te beslissen over de toelaatbaarheid van dwangbehandeling, zou miskend worden, aangezien het in het voorliggende voorstel de behandelaar en eventueel de geneesheer-directeur is die deze beslissing bevoegd kan nemen. Op beide punten zien wij graag een commentaar van de regering tegemoet.

□

De heer **Van de Beeten** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Naast mijn persoonlijke gelukwensen geef ik mevrouw Meurs ook de gelukwensen van mijn fractie, namens wie ik vandaag mag spreken. Ik zal vooral reflecteren op de toekomstige wetgeving over psychiatrische patiënten, in het bijzonder de rechtsgrondslagen voor nieuwe wetgeving en de rechtspolitieke oriëntatie daarvan. Daarbij maak ik overigens meteen de kanttekening dat ik uit het evaluatierapport niet heb begrepen dat het noodzakelijkerwijs een nieuwe BOPZ moet worden, maar dat het ook nieuwe wetgeving kan zijn in de vorm van een behandelwet naast een bestaande BOPZ dan wel een deels uitgekilde BOPZ. Ik neem aan dat wij straks van de bewindslieden nog iets te horen krijgen over die vormgeving. De reflectie wil ik doen aan de hand van een recent boek van de Amerikaanse rechtsfilosofe Martha Nussbaum, getiteld "Grensgebieden van het recht. Over sociale rechtvaardigheid". Overigens teken ik daarbij meteen aan dat dit voor een belangrijk deel mijn eigen reflectie van dat boek zal zijn omdat collegae in de fractie toch wel beklemtoond wilden zien dat men in de CDA-fractie dit boek niet allen heeft gelezen.

Alvorens tot die reflectie over te gaan, wil ik stilstaan bij een specifiek onderdeel van het wetsvoorstel, en dan niet zozeer bij hetgeen de bewindslieden hebben voorgesteld aan de Tweede Kamer, als wel bij de wijziging die in dit voorstel is aangebracht door het amendement op stuk nr. 10. Deze wijziging heeft de regering voorgesteld bij de nota van wijziging op stuk nr. 8. Het voorstel is om de vrijwillige opname te beperken tot een maximum van drie etmalen. Daarna zou de rechtsbescherming die uit het systeem van de wet voortvloeit van toepassing moeten zijn. Deze maximering is door de Tweede Kamer geschrapt. In het voorlopig verslag hebben wij al opgemerkt dat dit ons zeer bezwaarlijk voorkwam. Ook de redengeving in het amendement, namelijk dat het paradoxaal is om het zelfbeschikkingsrecht met betrekking tot vrijwillige opname te beperken, kon onze fractie niet overtuigen.

Van de Beeten

Op onze kritiek is door de bewindslieden bij memorie van antwoord opgemerkt dat op een andere wijze bewaakt moet worden of werkelijk sprake is van vrijwilligheid. Daarbij wordt verwezen naar de rol die de patiëntenvertrouwenspersoon kan spelen, aangezien deze de expliciete taak heeft om de patiënt met een voorwaardelijke machtiging bij te staan bij het uitoefenen van diens rechten. Ook bij de vrijwillig opgenomen patiënt zou deze patiëntenvertrouwenspersoon een dergelijke bewakingsrol kunnen vervullen.

Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat dit antwoord ook de beide ministers zelf niet geheel zal overtuigen. Een rechtstreekse grondslag voor optreden van de patiëntenvertrouwenspersoon in de bestaande wet bij vrijwillige opname heb ik in ieder geval niet aangetroffen en zelfs als dat wel het geval zal zijn, lijkt mij nog steeds dat de rechtsbescherming die de wet biedt met betrekking tot deze vrijwillige opname dan onvoldoende geregeld is.

Dit plaatst ons voor een lastige afweging. Weliswaar is er in de bestaande wet op dit punt ook geen voorziening te vinden, maar het is niettemin wel een wijziging die een duidelijke verbetering van de rechtsbescherming van een vrijwillig opgenomen patiënt met zich brengt. Het wetsvoorstel bevat voor het overige wijzigingen die de volle instemming van de CDA-fractie hebben. Anderzijds is het ontbreken van rechtsbescherming bij vrijwillige opnemingen een buitengewoon zwaarwegend punt. Nu doet zich de situatie voor dat het wetsvoorstel in het artikel II de mogelijkheid biedt tot inwerkingtreding van verschillende onderdelen op onderscheiden tijdstippen. De vraag van de CDA-fractie aan de beide bewindslieden is dan ook of zij bereid zijn om de wijziging van artikel 14d nog niet direct in werking te laten treden, maar eerst in overleg te treden met de Tweede Kamer over de amendering die heeft plaatsgehad in het licht van het debat in deze Kamer. In dit verband is het wellicht nuttig dat de bewindslieden ook vandaag in deze Kamer de ratio van het voorstel in de nota van wijziging nog eens toelichten, ook ten behoeve van de andere fracties in deze Kamer.

Dan het boek "Grensgebieden van het recht". Nussbaum draagt dit boek op aan John Rawls die in de jaren zestig zijn theorie over rechtvaardigheid ontvouwde. Die theorie kenmerkt zich door een sterk procedurele inslag. De in procedures neergeslagen waarborgen van due process moeten bijdragen aan rechtvaardige uitkomsten. Justice as fairness. Nussbaum analyseert op fascinerende wijze hoe Rawls op basis van contractstheorieën en een Kantiaans persoonsbegrip tot zijn theorie over rechtvaardigheid is gekomen en waarom dat leidt tot rechtspolitieke principes die sterk de nadruk leggen op de weg waarlangs maatschappelijke problemen worden opgelost in het recht, meer dan op de uitkomsten van die processen.

En al direct bij de grondslag die Rawls zoekt in het contractsdenken formuleert Nussbaum fundamentele kritiek. Zij wijst erop dat in het gedachte-experiment, waarbij men de basis voor een welgeordende samenleving vindt in een contract tussen burgers van die samenleving van meet af aan uitsluiting optreedt. Dat is al het geval waar verondersteld wordt dat tussen de burgers die participeren in het contract geen al te grote verschillen in inkomens en bezit mag bestaan, noch in opleiding. In de oorspronkelijke contractstheorieën was bijvoorbeeld plaats voor vrouwen als deelnemers aan het

maatschappelijke en politieke besluitvormingsproces. Een ander aspect dat tot uitsluiting leidde, is dat het contract per definitie gezien wordt als een fenomeen binnen een nationale samenleving. Het sluit mensen buiten die samenleving daarvan uit. Een volgend aspect is dat een wezenlijk kenmerk van het contractsdenken is dat de deelnemers wederzijds voordeel genieten van die samenwerking. Mensen die niet in staat zijn tot met name economische productiviteit en dus niet in staat zijn om anderen voordeel te bieden, worden uitgesloten. In latere fases van de theorievorming en met name door de rechtspraak is het productiviteitsdenken het aangrijpingspunt geweest om de ongelijkheid van vrouwen en in de Verenigde Staten van Afro-Amerikanen te bestrijden. Het viel immers niet vol te houden dat zij, bij volledige integratie in de samenleving en uitoefening van alle daarbij behorende rechten, niet ook voordeel aan hun medeburgers zouden kunnen opleveren.

Vervolgens bespreekt Nussbaum het persoonsbegrip dat Rawls impliciet hanteert. Dat is Kantiaans, omdat ook Rawls de mens niet ziet als instrument, maar als doel in zichzelf. Het is ook Kantiaans in de zin dat Rawls uitgaat van een mens die rationale keuzes kan maken en wel ten behoeve van diens eigen levensplan. Om deze mens tot zijn recht te laten komen, is een welgeordende samenleving nodig op basis van een theorie over rechtvaardigheid die door procedurele waarborgen die mens in staat stelt zijn levensloop uit te voeren. Uitvoerig betoogt Nussbaum dat dit persoonsbegrip geen rekening houdt met al uit het gewone leven volgende verschillen. Kinderen en ouderen zijn sterkere mate van anderen afhankelijk dan volwassenen in de kracht van hun leven. Ieder mens loopt ten minste het risico door ziekte of ongeval tijdelijk of chronisch gehandicapt te raken. Vrouwen zijn niet in dezelfde positie als mannen omdat zij kinderen baren en op die enkele grond andere behoeften hebben en op andere wijze hun levensplan moeten inrichten. Voor gezonde ouders met gehandicapte kinderen geldt hetzelfde.

Voortbordurend op het uitsluitende karakter van het contractsdenken op het beperkte persoonsbegrip van Rawls formuleert Nussbaum dan haar fundamentele kritiek. Zij wijst erop dat Rawls' theorie over rechtvaardigheid vier categorieën rechtssubjecten buitensluit als fundamentele partners in de samenleving als rechtsorde: mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap, mensen in andere landen – in het bijzonder ontwikkelingslanden – toekomstige generaties en, zoals zij dat aanduidt, niet menselijke dieren. Het is jammer dat de heer Koffeman nu niet aanwezig is, want dat begrip van Nussbaum heeft te maken met haar sterk integrale manier van denken over mensen als een in lichamelijke zin dierlijk verschijnsel. Dat leidt zowel voor de Partij voor de Dieren als voor het CDA tot een interessante beschouwing over de betekenis van rechtvaardigheid inzake de omgang tussen mens en dier. Voor mijn beschouwing van vandaag is echter vooral van belang de aandacht die Nussbaum vraagt voor de positie van mensen met een mentale handicap, zoals zij dat noemt.

Voor de genoemde categorieën geldt met name dat zij noch in termen van het door Rawls gehanteerde persoonsbegrip, noch als deelnemers in het op wederzijds voordeel gerichte maatschappelijke verkeer meetellen. In de kern is dit een gevolg van het feit dat Rawls uitsluit dat in het recht medemenselijke welwillendheid, compassie zo men wil, een rol van betekenis

Van de Beeten

heeft te spelen, althans op het niveau waarop de grondbeginselen van een rechtvaardige samenleving worden geformuleerd. Dat is precies waar Nussbaum uitdrukkelijk afstand van neemt, zoals zij ook afstand neemt van het Rawlsiaans/Kantiaanse persoonsbegrip.

Wanneer zij komt te spreken over de positie van met name geestelijk gehandicapte patiënten, voert Martha Nussbaum drie kinderen uit haar omgeving op. De ene, Sessa, dochter van een vriendin, is door een aangeboren hersenverlamming en ernstige mentale retardatie niet in staat om te lopen, te spreken of te lezen. Haar neef Arthur heeft het syndroom van Asperger, een autistische stoornis die gepaard gaat met hoogbegaafdheid. Jamie is de zoon van een andere vriendin en heeft het syndroom van Down. Zij laat zien hoe deze kinderen leven, opgroeien, verzorgd worden door hun ouders en anderen in hun sociale omgeving en daarin in volle zin van het woord menselijke wezens zijn. Nussbaum betoogt overtuigend dat een theorie over rechtvaardigheid zoals Rawls die ontwikkelde, met de nadruk op gelijke kansen, wederzijds voordeel van samenwerking en due process, geen recht doet aan juist deze kinderen.

Deels daartegenover, deels met incorporatie van elementen uit Rawls theorie, formuleert Nussbaum haar vermogensbenadering. Deze gaat ten eerste uit van de menselijke waardigheid als grondslag voor iedere theorie over rechtvaardigheid. Ten tweede gaat de benadering ervan uit dat de menselijke persoon tien essentiële vermogens moet kunnen verwerkelijken om recht te doen aan die menselijke waardigheid. Vermogens die deels ook terug te vinden zijn in fundamentele vrijheidsrechten en in sociale grondrechten. Kort samengevat: leven, gezondheid, lichamelijke onschendbaarheid, zintuiglijke waarneming, verbeeldingskracht en denken, gevoelens voor je omgeving, ook in sociale relaties, praktische rede om het goede te kunnen doen en je levensweg te bepalen, sociale banden, leven met en zorg voor de natuur om je heen, spel, vormgeving van de eigen omgeving zowel in politieke als materiële zin.

Het gaat mij er niet om, deze lijst essentiële vermogens tegen het licht te houden, maar wel de zienswijze van Nussbaum met betrekking tot de vermogensbenadering. Zo beklemtoont zij dat het ene vermogen niet voor het andere kan worden uitgeruild. Met andere woorden: om te kunnen spreken van een gerealiseerde menselijke waardigheid dient een rechtvaardige samenleving op ieder van die tien vermogens haar leden in staat te stellen een minimum van ieder vermogen te realiseren. Een beetje minder lichamelijke onschendbaarheid ten gunste van het genieten van spel en recreatie is dus geen acceptabele uitwerking van rechtvaardigheid. Maar omgekeerd is het evenmin zo dat als vanwege de bijzondere omstandigheden waarin een mens verkeert, hij een bepaald vermogen niet uit zichzelf kan realiseren, daarmee voor de samenleving iedere verplichting eindigt. En evenmin is het zo dat er geen samenhang zou kunnen bestaan tussen de manier waarop in een rechtvaardige samenleving het ene vermogen wordt ondersteund door op het andere vermogen een beperking toe te passen. Het gaat Nussbaum er steeds om dat naar de persoon en zijn bestaan wordt gekeken in al zijn op deze tien vermogens terug te voeren aspecten.

Op het oog lijkt deze vermogensbenadering verwant met de benadering waarin in toenemende mate psychiatrische patiënten worden geïntegreerd in de

samenleving. Dat is echter niet het geval. Sprekend over Arthur, de jongen met het syndroom van Asperger, beschrijft Nussbaum hoe het met die jongen in het regulier onderwijs de verkeerde kant opging en hij pas na plaatsing op een school voor speciaal onderwijs volledig opbloeide. Op grond van dit voorbeeld zou ik zelf geneigd zijn om aan de lijst van tien vermogens toe te voegen: het vermogen om op een veilige manier te leven, en dan veilig in een zeer ruime zin van het woord. Voor sommige psychiatrische patiënten geldt dat zij tijdelijk of permanent in een veilige, niet in de gewone samenleving geïntegreerde omgeving moeten kunnen leven om veilig te zijn.

Evenmin is het zo dat de vermogensbenadering leidt tot enkel aanspraken op de overheid. Wel stelt Nussbaum dat de overheid niet simpelweg kan zeggen dat een rolstoelafhankelijke burger dezelfde kansen heeft als een valide burger wanneer in de publieke ruimte geen voorzieningen voor rolstoelgebruikers voorhanden zijn. Voor sommige vermogens geldt dat de overheid inderdaad kan volstaan met bieden van gelijke kansen, voor andere zal zij ook een bijdrage moeten leveren aan speciale voorzieningen bijvoorbeeld in het onderwijs. En steeds geldt voor Nussbaum dat het niet de overheid is die de rol van ouders, familie, de sociale omgeving van geestelijk gehandicapten overneemt, maar deze wel ondersteunt en faciliteert. Zij vindt het onaanvaardbaar dat hoogopgeleide ouders met een goed inkomen wel voorzieningen voor hun gehandicapte kind kunnen organiseren, maar laagopgeleide ouders met een gering inkomen niet. Dat is in de opvatting van Nussbaum geen kwestie van gelijkheid of ongelijkheid, maar van onvoldoende recht doen aan de vermogens van het laatstbedoelde kind.

Dit alles brengt mij tot een aantal opmerkingen over de vraag waar het met de Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen heen moet dan wel met een eventuele nieuwe behandelwet.

In het voorlopig verslag heb ik al de vraag aan de orde gesteld of de dichotomie tussen het gevaarcriterium en het zelfbeschikkingsrecht niet aan een fundamentele heroverweging toe is. In het licht van de beschouwingen van Martha Nussbaum heeft die vraag in feite alleen maar aan scherpte gewonnen. Het is mijns inziens niet goed verdedigbaar om met een beroep op het zelfbeschikkingsrecht van een psychiatrisch patiënt, in het bijzonder zijn lichamelijke integriteit, hem in een situatie te laten voortleven waarin het hem onmogelijk is om met betrekking tot die overige menselijke vermogens een minimum aan zelfverwerkelijking te bereiken als dat met vormen onder drang of dwang toegepaste medicatie juist wel kan.

Ik voeg daar onmiddellijk aan toe dat dit geen pleidooi is voor herstel van het bestwilcriterium. Dat functioneerde onder sociaal en medisch, met name farmacologisch, volstrekt andere omstandigheden dan waarmee wij nu van doen hebben. Het is evenmin een pleidooi om elementen als gevaarcriterium en zelfbeschikkingsrecht bij het oud vuil te zetten. Zie de beschouwingen van Martha Nussbaum waarin deze begrippen onverminderd hun rol spelen. Het is wel een pleidooi voor een grondige herijking en hopelijk verrijking van ons denken over de manier waarop in een rechtvaardige samenleving ook psychiatrische patiënten een menswaardig bestaan kunnen leiden, al zal dat zeker niet steeds en zeker niet in alle gevallen mogelijk zijn.

Van de Beeten

Het is ook een pleidooi voor – alvorens tot nieuwe wetgeving over te gaan – een grondige discussie met het veld over de praktijk van alledag en wat de werkers in het veld, in het licht van de vermogensbenadering van Nussbaum, wenselijk of nodig vinden. Eerder heb ik al gepleit voor een brede staatscommissie die tot taak zou kunnen krijgen een voorontwerp van wet op te stellen die dan voorwerp van een breed debat kan zijn. Die gedachte zou ik nog eens in het midden willen leggen.

Ik zou daarbij tot slot een niet onbelangrijke kanttekening willen maken. Mijns inziens zou de gedachtevorming zich niet moeten beperken tot psychiatrische patiënten. Ik denk ook aan drugs- en alcoholverslaafden, en dan niet alleen aan diegenen die ook psychiatrisch patiënt zijn of zijn geworden. Ten minste moet de vraag worden gesteld of er een principieel verschil is tussen de positie waarin psychiatrische patiënten verkeren en zij die aan drugs en alcohol verslaafd zijn. Dit betekent ook dat een eventuele behandelwet in ruimere kring moet worden voorbereid dan alleen in de sfeer van de psychiatrische zorg.

Ik wacht met belangstelling de reactie van de bewindslieden af.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

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

De **voorzitter**: Ik heet de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit van harte welkom in deze Kamer.

□

De heer **Schaap** (VVD): Voorzitter. Het is een genoegen vandaag een bijdrage te mogen leveren aan het debat over de ontwikkelingen in de Nederlandse land- en tuinbouw. Ik wil dit graag doen vanuit een mondiale en Europese context. Ik zal mij hierbij beperken tot enkele hoofdthema's en hoop van de minister te vernemen hoe zijn hiermee in haar beleid denkt om te gaan.

Toen ik in de jaren zestig de hogere landbouwschool doorliep moesten wij een boek bestuderen met als intrigerende titel: Landbouw en platteland in een stroomversnelling. Als aankomende agrarische ingenieurs moesten wij weten in wat voor kaders onze landbouwkennis thuis hoorde. De ooit zo traditionele sector werd in die tijd al danig met beleid op de schop genomen: cultuurtechnisch, technologisch en sociologisch. Het ging om het realiseren van doelstellingen die waren ingegeven door ervaringen uit de Tweede Wereldoorlog; met name de schrik van de hongerwinter – dus voedseltekorten – snelle technische ontwikkelingen die op gang begonnen te komen, maar ook door de marktordening van de toenmalige EEG die de Nederlandse land- en tuinbouw grote kansen bood. De politiek

intervenierde zwaar in de agrarische sector, dit ook nog met veel doorzettingsmacht. Termen als zelfvoorziening, schaalvergroting, exportbevordering, een evenwichtig markt- en prijsbeleid voor strategische producten en structuurbeleid domineerden het denken en het beleid. Een krachtig en doelgericht ministerie, grote investeringen in onderwijs, onderzoek en voorlichting, alsmede een publiekrechtelijke organisatie van de agrarische sector vormden het fundament van min of meer beheerste ontwikkelingen in deze sector.

De stroomversnelling is er gekomen en niet meer verdwenen. Onze agrarische sector heeft onvoorstelbaar geprofiteerd van het nationale en Europese beleid; het importland werd mondiaal de tweede exporteur. Voedselschaarste hebben wij in Europa sindsdien niet meer gekend. Er dienden zich echter ook ontwrichtingen aan als gevolg van het succesvolle beleid. Niet alleen leden natuur en milieu schade, ook deden zich al snel vormen van marktverstoring voor. Met behulp van compenserend en corrigerend beleid zijn veel van deze ontwrichtingen intussen ook weer rechtgezet. Hoeveel kritiek er ook op de sector wordt geleverd, op het gebied van productiviteit, de bijdrage aan de Nederlandse economie, voedselveiligheid, diergezondheid en dierwelzijn, alsmede het produceren binnen de randvoorwaarden van natuur en milieu, behoort de Nederlandse agrarische sector tot de wereldtop. Ik zeg dit maar, omdat de moties van treurnis over deze sector zo menigvuldig en luidruchtig zijn, dat enige correctie van dit beeld en het temmen van de verbeeldingskracht van criticasters geboden zijn. Daarmee is de noodzaak van verdergaande veranderingen echter niet van de baan en is ook inbreng van de politiek in deze marktsector nog altijd nodig. En dit binnen ontwikkelingen die nog altijd het karakter van een stroomversnelling hebben. De VVD-fractie vindt een nadere bezinning vanuit het perspectief van markt en overheidsbeleid wenselijk. Het gaat daarbij om zaken als marktordening en structuurontwikkelingen, maar ook om kansen die de technologie de agrarische sector biedt.

Allereerst wijs ik op een opmerkelijke omslag vanuit de context van de markt. Jarenlang kenmerkte de agrarische markt zich door mondiale structurele overschotten, die ook nog eens de prijzen en dus de agrarische inkomens bedierven, naast regionale tekorten als gevolg van allerlei ontwrichtingen. Gesteld moet worden dat het Europese markt- en prijsbeleid door bescherming van de interne markt en gesubsidieerde exporten danig heeft bijgedragen aan deze marktverstoringen. Er lijkt zich nu een kentering voor te doen, wellicht in structurele zin. Mondiaal dreigen weer voedseltekorten; in ieder geval verdwijnen de voorraden en lopen ook de prijzen van de belangrijkste producten op. De oorzaken zijn gecompliceerd. Mogelijk is een groeiende vleesconsumptie als gevolg van economische ontwikkelingen in vooral Azië hieraan debet. Wellicht draagt ook de productie van biobrandstoffen hieraan bij. De eerstgenoemde oorzaak bevat een wonderlijke paradox: welvaart die tekorten scheidt, met name in minder welvarende regio's. Hoe hierop te reageren? Oplopende prijzen hebben zoals gesteld een nadeel, namelijk het effect op de voedselvoorziening van de allerarmsten. Zij hebben ook een voordeel; zij werken namelijk stimulerend op de productie en op de capaciteit van de sectoren om te investeren in productiviteit.