

De heer Dittrich (D66)

© M. Sablerolle – Gouda

weinig procedures over gevoerd, zoals de initiatiefnemers zelf hebben opgemerkt.

De heer Van der Staaij heeft gevraagd naar cijfers over het handhavingsbeleid ten aanzien van zondagsarbeid. Die zijn er en die zijn zelfs al op 27 april jl. aan de Kamer verstrekt. Uit het onderzoek van de Arbeidsinspectie is gebleken dat 3% van de bedrijven met zondagsarbeid de standaardnorm van vier vrije zondagen per dertien weken overschrijdt. Kortheidshalve verwijs ik naar dit onderzoeksverslag van de Arbeidsinspectie.

Ik meen de vragen van de heer De Wit al impliciet te hebben beantwoord.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Wij zullen proberen dit initiatiefvoorstel morgen af te handelen.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging) (27289).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Dittrich** (D66): Voorzitter. Het wetsvoorstel introduceert de voorwaardelijke machtiging in de psychiatrie. D66 steunt het concept van de voorwaardelijke machtiging, want het biedt een alternatief voor een gedwongen opname in situaties waarin de betreffende psychiatrische patiënt een gevaar vormt voor zichzelf en zijn omgeving, maar waarin de verwachting leeft dat dat gevaar buiten de inrichting kan worden afgewend, zolang de betrokkene maar de gestelde voorwaarden naleeft. Die voorwaarden zullen vaak het medicijngebruik tot onderwerp hebben. De patiënt hoeft dan niet te worden opgenomen, maar kan thuis worden behandeld. Dat biedt veel voordelen. Een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis is namelijk zeer ingrijpend. Kan een patiënt thuis behandeld worden, dan heeft dat de voorkeur. Houdt hij zich niet aan de afgesproken voorwaarden, zoals die zijn vastgelegd in het behandelingsplan, dan zal alsnog een gedwongen opname moeten volgen.

De wet kent nu al de mogelijkheid om patiënten die een geestesstoornis hebben en die gedwongen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, onder voorwaarden te ontslaan. In de praktijk leidt dit vaak tot een papieren opname, in de rechtspraak ook wel met de term ''paraplumachtiging'' aangeduid. Het eigenlijke doel van zo'n machtiging is niet om de patiënt op te nemen maar om hem onder voorwaarden een behandeling buiten de inrichting op te leggen. De rechters voelden zich genoodzaakt tot deze oprekking van de wettelijke bepalingen omdat zij zagen dat de Wet BOPZ voor sommige patiënten te star was. Het was ofwel een gedwongen opname, ofwel een afwijzing van de vordering. Voor de patiënten die thuis behandeld kunnen worden, maar wel de stok achter de deur van dwangopname nodig hebben, biedt de huidige weg te weinig mogelijkheden. Daardoor is jurisprudentie ontstaan die eigenlijk indruist tegen de bedoeling van de wet. Daarom vindt mijn fractie het een goede zaak dat de regering met dit wetsvoorstel is gekomen. Het komt immers tegemoet aan een behoefte in de praktijk. Ik koppel hieraan wel de vraag of wij ervan uit mogen gaan dat de paraplumachtiging na aanvaarding van dit wetsvoorstel wordt teruggebracht tot die situaties waarin een patiënt al was opgenomen in een inrichting maar in het kader van het resocialiseren weer naar huis gaat op grond van een voorwaardelijk ontslag. Op die manier wordt tegemoetgekomen aan de oorspronkelijke bedoeling van de wet. Wil de regering toezeggen dat de inspectie toezicht gaat houden op de ontwikkelingen rond de paraplumachtiging na aanvaarding van dit wetsvoorstel?

Voorzitter. Wat betreft de oprekking van het gevaarscriterium schrijft de regering heel stellig dat er met de introductie van de voorwaardelijke machtiging geen risico bestaat dat meer patiënten onder het bereik van de Wet BOPZ zullen vallen. Ik ben daar echter nog niet zo zeker van. Kan niet het mechanisme ontstaan dat er sneller een voorwaardelijke machtiging wordt opgelegd omdat men ervan uitgaat dat de patiënt toch niet wordt opgenomen in een inrichting? Kan een adequatere behandeling van patiënten in hun thuissituatie met extra aandacht niet veel preventiever werken dan de voorwaardelijke machtiging zoals de regering die nu voorstelt? Ik heb brieven gelezen van organisaties als

Labyrint en Pandora die bevreesd zijn voor een zeker afglijden.

Mevrouw de voorzitter. De fractie van D66 heeft nog een groot aantal vragen over de uitvoering van het behandelingsplan, een centraal punt van dit wetsvoorstel. Hoe interessant de voorwaardelijke machtiging er op papier ook uitziet, het wil nog niet zeggen dat het in de praktijk ook zo zal gaan werken. Een voorwaardelijke machtiging kan alleen maar verleend worden wanneer het behandelingsplan goed in elkaar zit. Door de nota van wijziging is duidelijk geworden dat de behandelaar in de zin van het wetsvoorstel de psychiater is die verantwoordelijk is voor de behandeling. De concrete werkzaamheden ter uitvoering van dat behandelingsplan kunnen onder verantwoordelijkheid van die psychiater/behandelaar worden uitgevoerd door bijvoorbeeld een ambulant werkende sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Wordt degene die het feitelijke werk doet en die dus veel contact zal hebben met de psychiatrische patiënt die thuis blijft wonen, ook met naam en toenaam in het behandelingsplan genoemd? Mijn fractie zou daar voorstander van zijn om te voorkomen dat er op een bepaald moment een soort van anonimisering optreedt en de patiënt eigenlijk niet weet wie nu formeel de psychiater is die als behandelaar wordt aangeduid.

Wat betreft het daadwerkelijk zien en behandelen van de patiënt adviseert de Raad van State in de wet op te nemen het minimumaantal contacten dat nodig is in de relatie tussen de patiënt en de behandelaar. Onder meer op vragen van de D66-fractie antwoordt de regering dat zij dat niet wil omdat dit van geval tot geval zal verschillen. Dat antwoord overtuigt mijn fractie in ieder geval niet. Door verankering in de wet dat er in elk behandelingsplan een minimumaantal behandelcontacten moet worden vastgelegd, geeft de wetgever aan dat die behandelcontacten tot de essentialia van het behandelingsplan behoren en dat daarop niet mag worden gekort. Het geeft de patiënt de mogelijkheid om de verantwoordelijke psychiater erop aan te spreken wanneer het aantal niet gehaald wordt, bijvoorbeeld vanwege personeelstekort of drukte. Houdt de behandelaar zich niet aan de afspraken neergelegd in het behandelingsplan, dan kan dat repercussies hebben op de gezondheidstoestand van de patiënt.

De heer **Buijs** (CDA): Wilt u het aantal contactmomenten ook limiteren in de tijd? Is een contact van één minuut ook een contact? Wilt u dat ook nog nader detailleren?

De heer **Dittrich** (D66): Ik proef uit uw vraagstelling dat u het te grote detaillering vindt als in de wet wordt opgenomen dat in een behandelingsplan het minimumaantal contactmomenten moet staan?

De heer **Buijs** (CDA): Ik vraag mij af of het onze taak als wetgever is om dit soort directieven uit te zenden richting de behandelsector. Daarom vraag ik of u wat preciezer kunt zijn als u spreekt over een contactmoment. Heeft u daarbij dan ook een bepaalde duur voor ogen?

De heer **Dittrich** (D66): Mijn voorstel is om in de wet op te nemen dat in elk behandelingsplan een minimumaantal behandelcontacten moet staan. Dat kan dan niet even een telefoontje zijn, de behandelaar moet de patiënt natuurlijk wel even zien, maar verder moet dat maar in elk behandelingsplan uitgewerkt worden. Dat hoef je natuurlijk niet in de wetstekst op te nemen. De wetgever moet volgens ons wel het signaal geven dat in elk behandelingsplan dat minimumaantal behandelcontacten moet staan. Gelukkig staan wij daar niet alleen in, want sommigen in de psychiatrie wensen dat eveneens, dus net als de Raad van State.

De heer **Buijs** (CDA): Zou het niet wenselijk zijn om dat wat algemener te omschrijven, bijvoorbeeld ''volgens de bestaande protocollen''? Het is maar een suggestie, want ik begrijp wat u wilt en die gedachte ondersteun ik, maar ik vind wel dat wij als wetgever dit soort zaken toch niet al te gedetailleerd moeten willen regelen en beschrijven.

De heer **Dittrich** (D66): Ik denk inderdaad dat wij niet al te gedetailleerd moeten zijn. In het amendement dat ik samen met collega Hermann heb ingediend, staat niet meer dan dat in de wetstekst moet worden opgenomen dat in elk behandelingsplan het minimumaantal behandelcontacten moet staan. Vervolgens moet dat in elk individueel behandelingsplan verder worden uitgewerkt. Voor de ene patiënt kan dat wellicht eens in de week zijn, voor de andere misschien wat vaker. Dit moet natuurlijk in iedere persoonlijke relatie verder bekeken worden. Dus als wetgever geef je alleen het signaal af. In het behandelingsplan zijn die behandelcontacten essentieel. Doordat het minimumaantal wordt aangegeven, wordt voorkomen dat de inhoud van het behandelingscontact ingrijpend zal veranderen door onvoorziene omstandigheden aan de kant van de behandelaar door bijvoorbeeld een te grote werkdruk of ziekteverzuim. Dat is de opzet.

De heer **Passtoors** (VVD): Die hele specifieke situatie is makkelijk te omzeilen, want er kan worden gesproken over ten minste eenmaal per maand. In het plan kan dan verder een gedetailleerd verhaal worden opgenomen. Zo wordt aan de wet voldaan. Ik vraag echter aandacht voor de andere kant. Stel dat het om welke reden dan ook fout loopt. Dan verkeert de patiënt in het nadeel. Het kan dan voorkomen dat de patiënt gedwongen moet worden opgenomen doordat de behandelaar afwezig is en niet wordt voldaan aan de voorwaarden.

De heer **Dittrich** (D66): De heer Passtoors geeft hiermee een verkeerde voorstelling van het wetsvoorstel. Als niet aan de inhoud van het behandelingsplan wordt voldaan, wordt de patiënt niet automatisch van huis gehaald en naar een inrichting gebracht. Nee, daarvoor is een voorstel nodig van de behandelaar. Die heeft in het voorstel van de heer Passtoors dan zelf verzuimd te voldoen aan de inhoud van het behandelingsplan en zal dan natuurlijk niet voorstellen dat de patiënt in een inrichting moet worden opgenomen. Bovendien is daarvoor een second opinion van een andere psychiater nodig. Die zal erop wijzen dat de behandelaar zich moet houden aan de gemaakte afspraken.

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil de heer Dittrich nog een mogelijke situatie voorleggen. Een goede psychiater komt na twee behandelingen – terwijl er acht zijn voorzien in het amendement van de heer Dittrich – tot de conclusie dat het goed gaat

met de patiënt. Hij ziet dan ook geen reden meer om de frequentie van terugkomen die belastend is voor de patiënt en voor hem, te vervullen. Mag hij op grond van die diagnose het behandelplan naast zich neerleggen?

De heer **Dittrich** (D66): Nee, hij kan het plan wijzigen zoals in de wet is geregeld. Dit betekent wel dat hij een wijzigingsvoorstel moet indienen. Dit is bedoeld ter bescherming van de patiënt. De heer Buijs moet zich voorstellen dat de patiënt en de behandelaar om de tafel gaan zitten en afspraken maken. Als zij allebei van mening zijn dat het goed gaat en dat de inhoud van de contacten kan veranderen of dat die minder frequent kunnen zijn, dan kunnen zij dit samen overeenkomen, maar zij moeten het wel voorleggen. Dit is ter bescherming van de patiënt, want anders kan wellicht de situatie ontstaan dat psychiaters die het erg druk hebben door personeelstekort of anderszins, tegen een patiënt zeggen: met u gaat het zo goed, ik wil mijn tijd aan een ander besteden. Dit kan ten koste gaan van de patiënt. Die moet dus worden beschermd.

Mijn vraag is wel in hoeverre een patiënt een behandelaar juridisch aansprakelijk kan stellen als hij als gevolg van een toerekenbare tekortkoming van de behandelaar toch moet worden opgenomen. Ik hoop dat de regering hierop wil ingaan en dan met name de minister van Justitie. Tevens is de vraag aan de orde of er een soort juridiserende werking uitgaat van het behandelingsplan zoals de regering dit heeft voorgesteld in het wetsvoorstel.

Uiteraard is ook de kwaliteit van de contacten van belang. Onverlet blijft dat elk behandelingsplan verschilt naar gelang de patiënt zich in een andere situatie bevindt. Daarom heeft D66 samen met de fractie van GroenLinks een amendement ingediend conform het oorspronkelijke voorstel van de Raad van State. In de tekst van dit amendement staat dat de patiënt ook ''gezien'' moet worden. Dit woord kennen wij ook in andere wetgeving. Alleen telefonische contacten zijn dus onvoldoende.

Ik heb ook nog vragen over de te stellen voorwaarden. In het behandelingsplan moeten de voorwaarden staan die de behandelaar met de patiënt heeft afgesproken. De regering stelt echter dat niet alle voorwaarden kunnen worden opgenomen en verwijst bijvoorbeeld naar de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging. Volgens artikel 14a, lid 7, kan dit niet worden opgenomen. Mijn vraag is in hoeverre een straatverbod geldig kan worden afgesproken. Mag bijvoorbeeld de voorwaarde dat de betrokkene zich niet in de omgeving van een centraal station ophoudt, worden opgenomen? Tot hoever en hoelang kunnen dat soort gebiedsbeperkingen worden opgenomen zonder in strijd te komen met artikel 5 van het Europese verdrag voor de rechten van de mens? Bedacht moet worden dat de patiënt formeel natuurlijk vrijwillig akkoord gaat met dat soort voorwaarden, maar – de regering stelt dat ook zelf – dat er in feite sprake is van drang. In hoeverre kunnen dat soort voorwaarden worden opgenomen? Ik denk dat dit voor de praktijk een belangrijke vraag is.

Duidelijk is dat er in de praktijk goed toezicht moet zijn op de patiënt en dat moet worden gecontroleerd of hij de voorwaarden naleeft. De situatie in de gezondheidszorg, gecombineerd met de krapte op de arbeidsmarkt, baart de fractie van D66 op dat punt zorgen. Hoe kan worden voorkomen dat patiënten met een voorwaardelijke machtiging die op basis van een behandelingsplan thuis wonen, de dupe worden van onvoldoende toezicht? Wanneer het gevaar toch niet buiten de inrichting kan worden afgewend, zullen zij gedwongen worden opgenomen, ook al leeft de patiënt de voorwaarden na. Dat is logisch.

Ter bescherming van de patiënt is een second opinion van een niet bij de behandeling betrokken psychiater ingebouwd. Daar is mijn fractie het mee eens. Hoe gaat het echter bij spoedeisende situaties? Kan er, terwijl er al een voorwaardelijke machtiging is verstrekt en er thuis desondanks een acute dreigende situatie ontstaat, door de burgemeester een inbewaringstelling worden afgegeven? Kan zo'n inbewaringstellingsprocedure wellicht niet samengaan met de voorwaardelijke machtiging die al is verstrekt? Hoe wordt verder verzekerd dat een patiënt die thuis in een acute dreigende gevaarlijke situatie komt te verkeren, ook echt binnen heel korte tijd, binnen enkele uren, wordt opgenomen?

In verband met het belang van controle en toezicht wil mijn fractie graag een reactie van de regering op de volgende casus. Deze casus zal de minister van Justitie bekend zijn, want hij is al vaker aan de orde gesteld. In Groningen is Tjirk van Wijk vermoord door een zeker Dirk de V. die met voorwaardelijk ontslag uit een TBS-kliniek in de samenleving was teruggekeerd. De rechter had in de TBS-beschikking de voorwaarden waaraan deze Dirk de V. moest voldoen, opgenomen. Een van die voorwaarden was dat hij geen alcohol mocht drinken en geen drugs mocht gebruiken. In de beschikking was ook met naam en toenaam iemand aangewezen als behandelaar. Deze behandelaar moest Dirk de V. hierop controleren. Hij constateerde op een gegeven moment dat de voorwaarden werden overtreden en dat Dirk de V. wel alcohol en drugs gebruikte. De door de rechtbank vastgestelde voorwaarden werden dus overtreden, maar desondanks heeft die behandelaar ervoor gekozen om dat niet te melden. Kennelijk schatte hij de situatie niet als explosief in. Wij weten allemaal hoe tragisch het is afgelopen en Tjirk van Wijk in Groningen is vermoord.

Over deze gruwelijke zaak en de wijze waarop de hulpverlenende instanties hebben samengewerkt, zijn voor het zomerreces schriftelijke en mondelinge vragen gesteld. Ik haal dit voorbeeld nu nogmaals aan, omdat deze problematiek zich ook kan voordoen bij patiënten met een voorwaardelijke machtiging. Hoe kan worden voorkomen dat een behandelaar bij overtreding van de voorwaarden toch besluit dat er geen gedwongen opname hoeft te komen? Neemt de behandelaar die ruimte, dan interpreteert hij de door de rechter opgelegde voorwaarden uit het behandelingsplan. In dat geval zal er volgens het voorstel van de regering ook geen second opinion worden aangevraagd. De patiënt zal in dergelijke situaties waarschijnlijk niet zelf aan de bel trekken.

Welke ruimte heeft de behandelaar om af te wijken van de vastgelegde voorwaarden? Welke stappen kunnen de naasten en de familieleden ondernemen om in zo'n situatie een gedwongen opname te bewerkstelligen? In de praktijk hebben zij niet altijd contact met de behandelaar,

bijvoorbeeld omdat de patiënt dat niet wil of omdat de patiënt en de behandelaar het gevoel hebben dat anders de vertrouwensrelatie wordt verstoord. Zijn er nog andere mogelijkheden voor de naasten en de familie in het kader van de reeds verstrekte voorwaardelijke machtiging of moeten zij hun toevlucht nemen tot het aanvragen van een voorlopige machtiging? Mijn fractie lijkt die laatste weg erg omslachtig. Hoe groot schat de regering het risico in dat de behandelaar overtredingen van de voorwaarden door de patiënt door de vingers ziet, omdat hij zijn vertrouwensrelatie niet op het spel wil zetten? Hoe wordt verder in de praktijk gecontroleerd dat dit soort situaties zich niet voordoen?

Ik heb een vraag over de wijzigingen in het behandelingsplan. Mijn fractie vindt de in de nota van wijziging vermelde nieuwe redactie van artikel 14b, derde, vierde en vijfde lid, nog steeds onduidelijk. Volgens de regering is het mogelijk dat het behandelingsplan zonder rechterlijke tussenkomst wordt gewijzigd, als de patiënt en de behandelaar het daar samen over eens zijn. Overigens blijkt dit niet onomwonden uit de vastgestelde wetstekst. Mijn fractie vindt dat de rechter zich ook over wijzigingen van het behandelingsplan moet kunnen uitlaten. Wijzigingen, ook als beide partijen het ermee eens zijn, hebben wat ons betreft rechterlijke goedkeuring nodig. Dit kan de hulpverlener, maar ook de patiënt beschermen. Daarom hebben wij, samen met de fractie van GroenLinks, een amendement ingediend op artikel 14a, derde lid.

Wij vinden dat de patiënt ook zelf een voorwaardelijke machtiging moet kunnen aanvragen. Mijn fractie heeft zich erover verbaasd dat de patiënt niet zelf om oplegging van een voorwaardelijke machtiging kan vragen. De redenering van de regering om dat nu niet te regelen, overtuigt ons niet zo. Het is goed mogelijk dat een patiënt wel het nut en de noodzaak van een behandeling inziet, maar dat hij liever niet opgenomen wil worden. In plaats daarvan zou het kunnen dat hij thuis ambulant behandeld wil worden. Toch kan hij er twijfels over hebben of hij in een bepaalde gemoedstoestand de met hem afgesproken voorwaarden nog wel in acht zal nemen. Om hem tegen zichzelf te beschermen en om hem een stok achter de deur te geven voor gedwongen opname in een dergelijke situatie, moet het toch mogelijk worden dat de patiënt zelf een voorwaardelijke machtiging aanvraagt. Ik denk dat dit psychologisch te verkiezen is boven het voorstel van de regering, waarin de patiënt zich zou moeten wenden tot de officier van justitie en maar moet hopen dat de officier ambtshalve die vordering zal instellen. In de beleving van patiënten wordt de officier toch vaak vereenzelvigd met het strafrecht. Daarom zal in sommige situaties voor een patiënt, die voelt aankomen dat het misschien wat minder zal gaan met hem, de stap naar de officier van justitie wat te groot zijn. Wij hebben op dat punt, samen met de fractie van GroenLinks, een amendement ingediend.

De heer **Buijs** (CDA): Mijn fractie staat sympathiek tegenover dit amendement, maar ik heb wel een vraag. De regering heeft aangekondigd dat zij zelf met een zogenaamd zelfbindingsvoorstel wil komen. In hoeverre loopt uw amendement nu vooruit op het zelfbindingsvoorstel dat de regering voor ogen staat?

De heer **Dittrich** (D66): Nu wreekt zich dat zowel u als ik het voorstel van de regering inzake de zelfbinding niet kennen. Ik kan eigenlijk niet goed beoordelen in hoeverre dit amendement daarop vooruitloopt of in welke zin het daarmee wellicht in strijd is. Maar de fractie van D66 staat op zich heel positief tegenover zelfbindingscontracten, hoe ingewikkeld die vanuit juridisch oogpunt ook kunnen zijn. Zoals u weet, verschillen de meningen hierover in juristenland nogal. Maar wij zien wel graag dat de regering snel met voorstellen over een zelfbindingscontract komt.

De heer **Buijs** (CDA): Wat dat betreft zitten wij helemaal op een lijn. Maar u noemde net een woord dat mij fascineert. U sprak over een ''zelfbindingscontract''. In uw amendement lees ik niets over enigerlei vorm van contract. Ik zie het toch vooral als een vorm van zelfbinding. Zou het niet wenselijk zijn om aan dit amendement toe te voegen dat er sprake moet zijn van een contract?

De heer **Dittrich** (D66): In het wetsvoorstel staat welke personen een voorwaardelijke machtiging kunnen vragen. Het vreemde is dat iedereen dit kan, behalve de patiënt zelf. De fractie van D66 vindt dat een patiënt ook een eigen keuze moet hebben en dat hij dit zelf moet kunnen doen. U vindt dat er in het amendement zou moeten staan dat deze machtiging op basis van een contract geregeld wordt. Dat betekent dat pas als de patiënt een contract of een behandelingsplan heeft ondertekend met een behandelaar, dit verzoek kan worden ingediend. Maar dat is logisch; dat hoeft niet eens in het amendement te staan. De wettelijke regeling bepaalt dat een voorwaardelijke machtiging wordt aangevraagd nadat er allerlei documenten zijn. De rechter moet immers bekijken wat er in het behandelingsplan staat om te beoordelen of hij het daarmee eens is. Dat huiswerk moet al gedaan zijn. Het is dus niet noodzakelijk om dit contract in het amendement op te nemen.

In de publiciteit heeft met name het punt van de dwangbehandeling aandacht gekregen. Het is een wijd verbreid misverstand dat een patiënt die eenmaal gedwongen wordt opgenomen, ook daadwerkelijk wordt behandeld. In de huidige wet geldt namelijk voor behandeling een extra zware eis: pas als de patiënt een ernstig gevaar vormt, kan hij tegen zijn wil in de inrichting behandeld worden. Op zich is het logisch dat er voor dwangbehandeling een extra eis geldt. Het inspuiten van medicatie tegen de wil van de patiënt is bijvoorbeeld een verregaande inbreuk op de lichamelijke integriteit, en wij hebben altijd veel begrip gehad voor de organisaties die daarop wijzen. Er zijn echter patiënten die nauwelijks inzicht in hun ziekte hebben, die wel gedwongen opgenomen zijn maar die zich niet laten behandelen. In veel van die gevallen leidt de opname nergens toe. Ook het separeren van deze patiënten als zij lastig gedrag vertonen, is een onmenselijke situatie. Sommige patiënten zijn na het toedienen van medicatie beter in staat om de zaken op een rij te zetten; zij zijn blij dat zij op eigen kracht kunnen besluiten om aan een behandeling mee te werken. Het is een lastige keuze, maar wij zijn van mening dat het schrappen van het woord ''ernstig'' tot een betere situatie leidt, gelet op de knelpunten

in de praktijk. Wij gaan ervan uit dat als het amendement-Van der Hoek c.s. wordt aangenomen, de regering de gang van zaken in de praktijk goed zal laten monitoren door de inspectie.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Het verbaast mij deze woorden van de D66-fractie te horen. Bij de behandeling van de wet over geneeskundige behandelings-overeenkomsten en bij eerdere behandelingen van de Wet BOPZ heeft met name D66-woordvoerder Kohnstamm de nadruk gelegd op de grondrechten, terwijl het argument van de heer Dittrich van praktische aard is. Ook gedwongen opgenomen patiënten hebben grondrechten en het verbaast mij dat die rechten zo gemakkelijk terzijde worden geschoven uit de praktische overweging dat een en ander voor veel mensen zo goed kan uitpakken.

De heer **Dittrich** (D66): Het behoeft mevrouw Hermann eigenlijk niet zo erg te verbazen, want de Grondwet is voor mensen geschreven. Wetten zijn er voor mensen, mensen zijn er niet voor wetten. In de Grondwet staat dat op elk grondrecht bij wet in formele zin, uitzonderingen kunnen worden gemaakt. Bij het maken van een dergelijke uitzondering moeten natuurlijk belangen worden afgewogen. Mevrouw Hermann zegt dat Jacob Kohnstamm bij de behandeling van de wet in het begin van de jaren negentig nadrukkelijk gewezen heeft op het vrijheidsrecht, het recht van lichamelijke integriteit. Zij mag echter niet vergeten dat vanaf 10 januari 1994 de Wet BOPZ in werking is getreden. Wij hebben met de werking van die wet ervaring opgedaan en er zijn meerdere evaluatierapporten verschenen. Uit de praktijk blijkt dat het ouders en familieleden vaak enorm veel moeite kost om iemand gedwongen op te nemen. Als iemand eindelijk opgenomen wordt, hebben betrokkenen de verwachting dat aan een behandeling begonnen kan worden. Als de patiënt op dat moment met zijn armen over elkaar zit en niet meewerkt, is er geen behandeling mogelijk. Met het indienen van het amendement-Van der Hoek c.s. wordt de materie niet praktisch benaderd, maar wordt aangetoond dat er aandacht is voor de noden in de samenleving. Bij gedwongen opnamen worden allerlei veiligheidsvoorschriften en waarborgen in acht genomen. Als iemand toch wordt opgenomen, moet het mogelijk zijn om iemand te behandelen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Deze geluiden zijn niet nieuw. De conclusie in het evaluatierapport van het Trimbos-instituut van november vorig jaar is echter dat er geen sprake is van consensus. Men zegt: hou nu alsjeblieft even je kaarten voor de borst, doe eerst nader onderzoek en ga in nader overleg. De correspondentie tussen de Nederlandse vereniging van psychiatrie en de minister geeft aan dat ook de psychiaters, in de eerste ronde wat ruimhartiger dan in de tweede, daaraan graag meedoen.

De **voorzitter**: Mevrouw Hermann, dit is geen interruptie meer.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Waarom nu dit amendement? Waarom wacht u niet even?

De heer **Dittrich** (D66): Omdat wij al zo lang wachten en zien dat psychiatrische patiënten soms in schrijnende situaties komen te verkeren wanneer ze in een inrichting zijn opgenomen maar niet kunnen worden behandeld vanwege die extra zware wettelijke eisen. Mensen moeten soms dagenlang in een separeercel worden opgesloten. Dergelijke mensonterende situaties kunnen worden voorkomen door gedwongen medicijnen toe te dienen waardoor mensen op een bepaald moment weer zélf kunnen besluiten om mee te werken aan de behandeling. Als u zegt dat er weer moet worden gewacht op een volgend onderzoek, voorspel ik dat na afronding daarvan mensen weer vóór of tégen zullen zijn. Het is nu eenmaal een moeilijke afweging. Mijns inziens kan er niet worden gewacht totdat er op dit punt consensus bestaat. Dan zijn wij wellicht tien jaar verder. Op een gegeven moment dient de wetgever zijn verantwoordelijkheid te nemen als dergelijke ernstige misstanden worden geconstateerd. Dan moet men een knoop durven doorhakken.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Nog even...

De **voorzitter**: De laatste keer!

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U klinkt heel boos, maar...

De **voorzitter**: Ik vind dat u in eerste termijn uw eigen mening in uw eigen bijdrage moet verwoorden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Heel kort. De nota naar aanleiding van het verslag geeft duidelijk aan hoe de regering hierover denkt. Waarom dan deze haast?

De heer **Dittrich** (D66): Voorzitter. Ik meen dat ik het antwoord op die vraag al heb gegeven. Het wordt echt tijd dat er in dergelijke echt schrijnende situaties wat méér mogelijk wordt qua behandeling. Als wij moeten wachten op een wetsvoorstel van de regering – ik denk aan de Raad van State; wij weten allemaal hoeveel tijd wetgeving vergt – zijn wij wellicht weer een paar jaar verder. Kijk ik naar de noodsituaties die zich in inrichtingen voordoen, dan denk ik dat het een goede zaak is dat wij nu, als Kamer, de verantwoordelijkheid nemen. In elk geval hebben wíj die keuze gemaakt.

Voorzitter. Vervolgens richt ik mij op de hardnekkige zorgmijders zonder ziekte-inzicht. De voorwaardelijke machtiging is voor patiënten die een psychiatrische stoornis hebben – en die op grond daarvan een gevaar vormen, voor zichzelf, voor anderen of voor hun omgeving – en bij wie dat gevaar kan worden afgewend door middel van behandeling thuis. Een behandelingsplan met adequate afspraken kan alleen door de patiënt met zijn behandelaar worden geschreven wanneer die patiënt ook enig ziekte-inzicht heeft. Heeft hij dat niet, dan zal hij zich niet zo snel laten verleiden tot het maken van allerlei afspraken rond medicatie, toezicht enz. Nu is er in de samenleving een groep mensen die geen enkel ziekte-inzicht hebben en die wars zijn van elke vorm van hulpverlening. Soms leven zij aan de zelfkant van de samenleving en gebruiken zij drugs en alcohol. Een paar maanden geleden heeft mijn fractie een werkbezoek gebracht aan de gemeente Heerlen, die met de handen in het haar zit. Een kleine maar harde kern van verslaafden maakt daar het station en omgeving onveilig en is er niet toe te bewegen naar een gebruikersruimte te gaan. Deze zogenaamde hardnekkige zorgmijders staan niet open voor

welke vorm van hulpverlening dan ook. Het vermoeden bestaat dat zij een psychische stoornis hebben in de zin van de BOPZ, maar echt duidelijk is dat niet. Wat moet er nu worden gedaan met deze groep mensen?

De collega's Van der Hoek en Passtoors hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt dat ook deze groep gedwongen kan worden opgenomen, terwijl het toch gaat om mensen van wie niet vaststaat dat zij een psychische stoornis hebben. Het amendement voorziet in gedwongen opname ter observatie voor een periode van maximaal drie weken. Voorzitter. Mijn fractie heeft uitvoerig over dit amendement gesproken. Op zichzelf waarderen wij het dat gezocht wordt naar een oplossing voor deze groep. Echter, wij vinden de gekozen oplossing geen goede. Een gedwongen opname is nu eenmaal een ernstige inbreuk op de vrijheidsrechten die iemand heeft. Om iemand van wie niet eens vaststaat dat hij een psychische stoornis heeft van zijn vrijheid te beroven en in een psychiatrisch ziekenhuis te laten onderzoeken tegen zijn wil, gaat ons te ver. Want wat als na verloop van drie weken tijdens dat onderzoek blijkt dat die persoon geen stoornis heeft? Hij wordt dan weer naar huis gestuurd, maar hij is dan wel maximaal drie weken van zijn vrijheid beroofd. Dat kan zelfs nog langer zijn, want als de officier van justitie voor het eind van die drie weken een andere machtiging aanvraagt, komen er nog eens twee weken bij. Dus in totaal vijf weken kan iemand op de titel van een observatiemachtiging van zijn vrijheid zijn beroofd. Het amendement geeft ook geen antwoord op de vraag wat er moet gebeuren als de persoon zich niet wil laten onderzoeken. Wil de PvdA – ik kijk met name mevrouw Van der Hoek aan – dat zo'n persoon medicijnen ingespoten krijgt tegen zijn wil, terwijl niet eens vaststaat dat hij een psychische stoornis heeft of een gevaar vormt? Het resultaat kan wel eens zijn dat mensen die met een observatiemachtiging gedwongen zijn opgenomen, zo'n angst en zo'n wantrouwen en zo'n haat tegen hulpverleners zullen opbouwen dat hun situatie eigenlijk alleen maar verslechtert. Wij denken dan ook dat het voorstel, hoe goed bedoeld ook, toch de deur van misbruik open zet. Volgens ons komt het ook in strijd met onder andere artikel 5 van het Europese verdrag voor de rechten van de mens.

Het is een op zich heel belangrijk onderwerp dat in het amendement wordt aangesneden, maar het heeft ons verbaasd, waar de indieners van het amendement maandenlang de tijd hebben gehad om het amendement aan allerlei organisaties toe te sturen, dat zij het niet aan de Raad van State hebben voorgelegd. Nu ontstaat de rare situatie dat de Raad van State het regeringsvoorstel heeft becommentarieerd en allerlei wijze opmerkingen heeft gemaakt, maar dat dit heel essentiële onderdeel dat eigenlijk wel een beetje losstaat van het wetsvoorstel, niet door de Raad van State is bekeken. Mijn fractie had toch echt wel behoefte aan een heel goed juridisch advies van de Raad van State.

Dat wil overigens niet zeggen dat mijn fractie geen problemen ziet met deze groep van hardnekkige zorgmijders. Wij vragen wel aan de regering om die problemen ook echt aan te pakken en met voorstellen te komen. Zelf denk ik – dat blijkt ook uit gesprekken die je kunt voeren met gemeentebesturen – dat er heel veel mogelijk is op het gebied van ambulante hulpverlening, met ontzettend veel hardnekkige hulpverlening, maar dan op straat en op een onorthodoxe manier. Dat wordt ook wel outreaching genoemd. Ga naar het station, ga naar de tunnels waar mensen zich ophouden en probeer mensen echt op een creatieve manier te bereiken, maar zoals het voorstel nu in het amendement is verwoord, gaat het ons echt te ver.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik deel de analyse van de heer Dittrich op dit punt grotendeels, alleen op het eind heb ik toch nog een vraag aan hem. Wat hij voorstelt, is natuurlijk fantastisch. Wij zouden allen graag willen dat wij daar iets aan kunnen doen. Het probleem is echter dat op dit moment de mogelijkheden en middelen er niet zijn. Zijn fractie is daarvoor medeverantwoordelijk. Welke voorstellen kunnen wij dus verwachten voor extra uitgaven en potjes voor deze belangrijke vorm van zorg, die hij zelf beschrijft?

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw Kant begint dan altijd meteen over extra geld te praten, over extra potjes en over extra geld. In de praktijk blijkt echter dat in sommige gemeentes diverse hulpverleningsinstellingen niet goed genoeg samenwerken. Dat is niet de verantwoordelijkheid in Den Haag, maar op lokaal niveau. Je kunt dus heel veel meer bereiken in het hulpverleningsaanbod aan deze moeilijke groep door beter samen te werken, door een creatieve manier hulp aan te bieden en persoonlijke contacten aan te knopen. Dat kost veel tijd en energie, maar het kan. Er zijn ook projecten die uitwijzen dat dit resultaat heeft. Ik wil hier helemaal niet doen alsof dan iedereen ineens geholpen is en bereikt wordt, maar er zijn resultaten te behalen. Ik vind het te veel een Pavlov-reactie om meteen te zeggen dat er extra geld en extra mensen bij moeten, want dat is ook heel moeilijk te regelen.

Mevrouw **Kant** (SP): Op het punt van de afstemming en het niet goed samenwerken kom ik straks ook zelf met een voorstel, maar dat mag niet bij interruptie. Ik zal dat dus nu niet doen. Maar los van het feit dat je het anders moet organiseren, zodat er ook mensen verantwoordelijk voor zijn dat er inderdaad iets gebeurt, hoe je het ook wendt of keert, er zijn op dit moment veel te weinig mogelijkheden om dat wat de heer Dittrich beschrijft daadwerkelijk in de praktijk te doen. De hele sector zegt het; ik ben het echt niet alleen die hier vraagt om extra geld. De GGZ heeft geld gevraagd om eindelijk iets aan het wachtlijstprobleem te kunnen doen. Het blijkt dat het geld daarvoor er dit jaar gewoon niet komt, terwijl het wel nodig is. Nu kunt u wel zeggen: dit is een Pavlov-reactie, maar dat is het niet. Het is een noodkreet uit het veld. Daar moet men het geld hebben om datgene te kunnen doen wat u wilt.

De heer **Dittrich** (D66): Toevallig hoorde ik de minister gisteren in het vragenuurtje antwoorden: wacht nu eens tot Prinsjesdag en op de kabinetsstukken. Laten wij dus eerst eens zien wat er in de begroting staat. U beweert nu wel met stelligheid dat er geen extra geld naar de GGZ gaat, maar ik kan niet beoordelen of dat zo is.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar vindt de fractie van D66 wel dat het geld er moet komen? Als het niet beschikbaar wordt gesteld, kunnen wij dan

iets bij de algemene beschouwingen verwachten?

De heer **Dittrich** (D66): Daar kan ik nu niets over zeggen, want wij willen graag tot een integrale afweging kunnen komen. Het is veel te gemakkelijk zoiets zomaar te roepen. Het debat dat wij vandaag voeren gaat bovendien niet over het vrijmaken van extra geld. Daarover kun je beter spreken bij een begrotingsbehandeling. Nu gaat het om wetgeving.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik wil de heer Dittrich puur voor mijn informatie en in verband met mijn standpunt ten aanzien van de observatiemachtiging een vraag stellen. Hij zei dat het amendement in strijd met artikel 5 van het EVRM zou kunnen zijn. Dat onderbouwde hij niet. Ik ben wel in die onderbouwing geïnteresseerd. Ik wil graag weten waarom deze machtiging wel en de andere niet in strijd zou kunnen zijn met artikel 5 van het EVRM.

De heer **Dittrich** (D66): Op welke overige machtiging doelt u?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De gewone machtiging, de machtiging voor gedwongen opname.

De heer **Dittrich** (D66): Het grote verschil met de observatiemachtiging is dat het daarbij niet gaat om psychiatrische patiënten. Er is een psychische stoornis vastgesteld en er is vastgesteld dat de mensen met deze stoornis een gevaar voor zichzelf vormen: daarover staat een bepaling in de artikelen 1 en 2 van de BOPZ. Het amendement betreft mensen voor wie een ernstig vermoeden van stoornissen geldt. Het is mogelijk dat die mensen geen stoornis hebben. Ik ben bang dat het net van de wet over de te veel groepen wordt uitgeworpen en dat daardoor iedere burger daarin verstrikt kan raken.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat begrijp ik, maar met welk element van artikel 5 EVRM zou dat in strijd zijn?

De heer **Dittrich** (D66): In artikel 5 EVRM staat dat bij wet inbreuk mag worden gemaakt op het grondrecht vrijheid van beweging nadat rechtmatige detentie heeft plaatsgevonden. Mijn stelling is dat slechts het vermoeden dat bepaalde mensen een psychische stoornis hebben en gevaar lopen, onvoldoende is om aan de norm van artikel 5 tegemoet te komen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De heer Dittrich erkent het probleem, maar wijst het volgen van de route van het amendement vooralsnog af. Hij doet een beroep op de creativiteit van de partijen in het veld. Ik had gehoopt dat de fractie van D66 het begin van een oplossingsrichting zou kunnen aangeven. Daar hebben wij naar gezocht en ik zeg in alle oprechtheid die niet te hebben gevonden, maar misschien kent de heer Dittrich een oplossingsrichting.

De heer **Dittrich** (D66): Een van de oplossingsrichtingen zou zijn het verlenen van een andere, een minder statische manier van hulpverlening. Ik heb gesproken over meer samenwerking en outreaching contact. Dus de straat op en mensen benaderen en individuele contacten aangaan. Dat is een oplossingsrichting. Ik zeg er meteen bij dat dit niet een oplossing voor alle gevallen is. Verder heb ik de regering gevraagd met een voorstel te komen nadat de desbetreffende onderzoeken zijn afgerond. Ik vind dat voor zo'n fundamentele discussie de koninklijke weg bewandeld moet worden en dat de regering het voorstel aan de Raad van State en andere instanties moet voorleggen. Met onder andere de afgewogen mening van de Raad van State kunnen wij dan een oordeel vellen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik zal mij straks bij de vraag van de heer Dittrich aan de regering voegen om met een denkproces en een oplossingsrichting te komen. Ziet hij echter niet dat als partijen betrokkene benaderen, hoe ook georganiseerd en hoe ook vervuld van intenties, al snel de vraag om enig mandaat of enige machtiging om de hoek kan komen kijken? Dat is voor mij het punt en hier moeten wij het proces een stap verder helpen.

De heer **Dittrich** (D66): In mijn ogen is het probleem dat als je het te gemakkelijk maakt om de machtiging te realiseren – ik denk aan het voorstel van de leden Passtoors en Van der Hoek – je de druk voor hulpverleners om creatieve oplossing te bereiken door contacten op straat als het ware in de kiem smoort. Er zal misschien al gauw gedacht worden: als het niet lukt, hebben wij de machtiging. Het is echter belangrijk dat je mensen buiten de kliniek kunt bereiken.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Voorzitter. Ik zal de heer Dittrich in mijn eerste termijn uitvoerig antwoorden, want daar leent een interruptie zich niet voor. Hij suggereert dat het enigszins lichtvaardig is om een observatiemachtiging in te voeren. Heeft hij zowel in de tekst als in de toelichting gezien dat er zeer zorgvuldig een geneeskundige verklaring en een rechterlijke uitspraak aan de desbetreffende machtiging ten grondslag moeten liggen? Die zaken zijn volledig in overeenstemming met de huidige tekst van het wetsvoorstel BOPZ.

Voorzitter: Weisglas

De heer **Dittrich** (D66): In de tekst van het amendement staat dat het gaat om mensen over wie een ernstig vermoeden van een psychische stoornis in de zin van de wet aanwezig is. Tegelijkertijd verklaart u echter de geneeskundige verklaring van toepassing. Dat is op zichzelf al vreemd, omdat er in de andere situaties in de geneeskundige verklaring wordt aangeduid welke psychische stoornis er is, terwijl het in uw amendement gaat om een vermoeden. Er is daarin dus onzekerheid of er überhaupt wel een stoornis is.

Daarnaast gaat het bij de machtigingen volgens uw voorstel, in tegenstelling tot bij de andere machtigingen, niet om mensen van wie vaststaat dat zij een stoornis hebben en dat zij vanuit die stoornis een gevaar vormen. Volgens uw voorstel gaat het om een vermoeden en op basis daarvan wilt u hen drie weken lang opsluiten en hen onderzoeken. Mijn stelling is dat dit misbruik uit kan lokken, hoewel dat niet altijd zal gebeuren. Als wetgever moet je zo zorgvuldig handelen dat je dat echt voorkomt. Het kan dus gebeuren dat iemand gedurende drie weken van straat wordt gehouden, omdat bijvoorbeeld de gemeente vindt dat het heel erg lastig is dat die persoon onaangepast gedrag

vertoont. Zo iemand kan niet behandeld worden, want dat regelt u niet, maar kan slechts geobserveerd worden. Op een gegeven moment kan de psychiater tot de constatering komen dat er toch geen sprake is van een psychische stoornis, maar van een eigen keuze van iemand om onaangepast gedrag te vertonen. Dan ben je wel drie weken beroofd geweest van je vrijheid.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik heb nog een eerste termijn, waarin ik heel uitgebreid in zal gaan op wat de heer Dittrich heeft aangegeven. Maar nu bestrijd ik al de karikatuur die hij maakt van mijn voorstel, met name als het gaat om zijn suggesties van overlast en willekeurig oppakken.

De heer **Dittrich** (D66): Het is echt niet mijn bedoeling om een karikatuur van uw voorstel te maken. Ik wijs alleen op de mogelijkheid dat er misbruik wordt gemaakt van het voorstel. Ik vind dat het amendement een te grote groep mensen binnen het bereik van de BOPZ trekt. U werpt als het ware een net over een groep mensen om ze binnen het bereik van de wet te trekken. Ik ben bang dat anderen onbedoeld ook in dat net verstrikt raken.

Er is gevraagd of er een rol is weggelegd voor de patiëntenvertrouwenspersoon bij patiënten die thuis met een voorwaardelijke machtiging worden behandeld. De regering antwoordde dat de patiëntenvertrouwenspersoon er is voor patiënten die zijn opgenomen en intramuraal behandeld worden. In de nota naar aanleiding van het verslag schrijft de minister dat zij met de stichting Patiëntenvertrouwenspersoon contact zal opnemen om te zien of de rol van die patiëntenvertrouwenspersoon kan worden uitgebreid. Wat is de uitkomst van dat beraad geweest? Leidt dit ertoe dat ofwel het wetsvoorstel wordt aangepast, ofwel dat er een ander beleid komt op dit punt, zodat die patiëntenvertrouwenspersoon zich kan gaan bezighouden met mensen die thuis worden behandeld?

Voorzitter. Wij hadden in onze inbreng gevraagd, wat de bevindingen van de inspectie zijn bij het toezicht op de naleving van de BOPZ-regels. De regering antwoordde dat de inspectie de ziekenhuizen in staat acht om zelf voldoende verantwoordelijkheid te dragen voor een juist behandelbeleid en het daarbij passende verlof- en ontslagbeleid. Dit antwoord staat echter op gespannen voet met de werkelijkheid. Ik wil dat met een voorbeeld verduidelijken.

In een psychiatrisch ziekenhuis bij Heerlen was een suïcidale vrouw met een machtiging gedwongen opgenomen. Tijdens het carnavalsweekend besloot de psychiater dat de vrouw met weekendverlof naar huis mocht, ondanks de waarschuwingen van haar zoon dat zijn moeder suïcidaal was. Het verlof duurde tot maandagochtend 9.00 uur. Volgens artikel 58, lid 4, van de Wet BOPZ is de geneesheer-directeur gehouden om meteen – ''onverwijld'' staat er in de wet – aan de inspectie en de officier van justitie te melden wanneer een patiënt ongeoorloofd afwezig is en niet tijdig is teruggekeerd van weekendverlof. In dit geval werd pas woensdag aan het eind van de middag alarm geslagen door het ziekenhuis. Toen is de politie gaan kijken bij het huis van de vrouw. Die bleek zichzelf gedood te hebben. Had het ziekenhuis wel keurig op maandagochtend alarm geslagen, wellicht was dan het leven van deze vrouw gered geweest. De zoon heeft nu gerechtelijke stappen tegen het ziekenhuis ondernomen.

Naar aanleiding van die kwestie heb ik schriftelijke Kamervragen aan de minister gesteld. Ik heb gevraagd of het vaker voorkomt dat psychiatrische ziekenhuizen dit soort regels, die wij hier hebben afgesproken, niet naleven. In april 2001 heeft de regering toen geantwoord dat de meldingen inderdaad niet consequent worden gedaan. Het toezicht op de handhaving van artikel 58 is in de praktijk niet goed mogelijk en heeft de afgelopen jaren ook geen prioriteit gekregen bij de inspectie, aldus de regering. Daarom zijn deze meldingen ook nog niet geregistreerd in het registratiesysteem BOPZIS, dat wij hebben ingesteld en dat ook voor de inspectie geldt. Meldingen aan het openbaar ministerie worden nauwelijks gedaan en het openbaar ministerie houdt helemaal geen registratie bij. Wij hebben reacties gekregen waaruit blijkt dat psychiatrische instellingen twijfelen aan het nut van dat soort meldingen, omdat patiënten vaak op eigen gelegenheid, zij het te laat, terugkeren. De fractie van D66 vindt een dergelijke houding laks en niet aanvaardbaar. De verplichting om onverwijld een ongeoorloofde afwezigheid te melden, is er ter bescherming van de patiënt. Daarom is het ook in de wet opgenomen. Dat blijkt ook uit de wetsgeschiedenis. Ik heb zojuist het voorbeeld gegeven van de vrouw uit Heerlen. Als in dat voorbeeld de wettelijke verplichting wel was nageleefd, had er wellicht een mensenleven gered kunnen worden.

Wij vinden het dan ook verkeerd dat het niet naleven van de meldingsplicht gedoogd wordt. De regering heeft zelf een nota uitgebracht waarin de strijd wordt aangebonden met het gedogen. Ik roep de regering dan ook op om onomwonden te verklaren dat alles in het werk wordt gesteld om ervoor te zorgen dat de meldingsplicht uit artikel 58 BOPZ ook echt gehandhaafd wordt en dat maatregelen worden genomen tegen die instellingen die zich daar niet aan houden. Ik heb van verschillende geneesheer-directeuren gehoord dat zij wel aan die meldingsplicht willen voldoen, maar dat zij daar te weinig personeel voor hebben, waardoor zij als zij zich met de meldingsplicht bezig gaan houden, andere zorgtaken niet zouden kunnen verrichten. Kortom, dat zijn grote knelpunten. Wij zien die knelpunten ook wel, maar het is óf het een óf het ander. Of je handhaaft de wet, of wij moeten met zijn allen besluiten dat deze regelgeving niet zodanig belangrijk is, maar dan moeten wij ook de wet weer aan gaan passen. Mijn fractie is daar overigens geen voorstander van.

Tot slot wil ik nog even iets zeggen over DNA in de toekomst. Het is in de zeer nabije toekomst al mogelijk om uit het DNA van een persoon af te leiden of in de genen van die persoon zit opgesloten dat hij een verhoogd risico heeft op een psychische stoornis of een gedragsstoornis. Vroeger of later komt de ontwikkeling op ons af dat men bij beslissingen in de psychiatrie of in het TBS-recht gebruik gaan maken van de kennis van de genetische kaart van een patiënt. Ik vind dat er nu reeds voor gepleit moet worden dat, als uit het DNA-onderzoek volgt dat een persoon zo'n verhoogd risico loopt, de wetgever zodanig maatregelen neemt dat iemand altijd de mogelijkheid heeft om op basis van gedrag, uitlatingen en dergelijke aan te tonen dat hij in de samenleving kan terugkeren. Het mag toch niet zo zijn dat een genetische kaart

bij beslissingen in bijvoorbeeld de psychiatrie en het TBS-recht, tegen iemand gebruikt gaat worden? Ik hoor graag de visie van de regering over dit onderwerp.

De conclusie van mijn fractie is dat zij het concept van de voorwaardelijke machtiging ondersteunt, maar dat er nog een groot aantal vragen zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Volgens mij is het punt van de heer Dittrich over DNA enigszins buiten de orde, maar dat terzijde. Begrijp ik goed dat de heer Dittrich aanwijzingen heeft dat de regering met zoiets bezig is? Ik ondersteun zijn oordeel dat DNA niet op die manier mag worden gebruikt.

De heer **Dittrich** (D66): Uit Amerikaanse literatuur over dit onderwerp blijkt dat op basis van DNA een verhoogd risico op psychiatrische aandoeningen kan worden aangetoond. In Amerika, dus nog niet in Nederland, gaat men ervan uit dat het in de toekomst met behulp van de genetische kaart veel makkelijker zal worden om te beoordelen of iemand terug kan keren in de samenleving. Deze ontwikkeling komt ook in Nederland en Europa, omdat we steeds meer met DNA gaan werken. Hoewel ik geen enkele aanwijzing heb dat de regering van plan zoiets te doen, is het als wetgever belangrijk van tevoren een visie te ontwikkelen en een heel helder signaal af te geven.

□

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Voorzitter. Met het wetsvoorstel voorwaardelijke rechtelijke machtiging zet de regering een stap in de richting van behandeling van patiënten buiten het psychiatrisch ziekenhuis. De PvdA-fractie stemt in met de gedachte en de intentie achter dit voorstel. Met name het feit dat behandeling kan plaatsvinden buiten de muren van de instelling, in de eigen omgeving spreekt ons erg aan. Bovendien vindt nu een juridische verankering plaats waardoor de gedoogsituatie – als we het zo mogen noemen – van de paraplumachtiging in deze kwestie kan verdwijnen. Hoewel er in kringen van cliëntenorganisaties anders over wordt gedacht, vindt mijn fractie dat het voorstel de patiënt meer mogelijkheden en vrijheden geeft. In de huidige situatie is het enige alternatief immers gedwongen opname; dat moet zoveel mogelijk worden voorkomen.

Wel zijn er nog enkele fundamentele bezwaren bij mijn fractie, met name tegen de afspraken. Er is sprake van een contract dat partijen bindt aan gemaakte afspraken. De vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar is daarbij in het geding. Hoe kan deze vertrouwenrelatie bestaan en groeien, als er op de achtergrond speelt dat, bij het niet nakomen van de afspraken, diezelfde behandelaar kan besluiten tot gedwongen opname? Daarom is mijn fractie van mening dat degene die besluit tot gedwongen opname omdat afspraken niet zijn nagekomen, niet de behandelaar moet zijn. Het moet wel iemand zijn die deskundig kan oordelen over de situatie en die ervaring heeft met de Wet BOPZ. De geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis is hiervoor de geschikte persoon, zo vinden wij. Deze kan een onafhankelijk oordeel geven over de ontstane situatie, terwijl de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar intact blijft.

Daarom heb ik een amendement ingediend, medeondertekend door de heren Passtoors en Van der Vlies, inhoudend dat het besluit tot een gedwongen opname wordt genomen door de geneesheer-directeur van de GGZ-instelling waar de patiënt in het voorkomende geval van opname wordt opgenomen.

De heer **Dittrich** (D66): Naar aanleiding van uw amendement op stuk nr. 14 wil ik het volgende vragen. In het geval dat iemand gedwongen moet worden opgenomen met een voorwaardelijke machtiging, is er eerst iemand nodig voor de geneeskundige verklaring, vervolgens wordt de behandelaar erbij betrokken die een rol speelt in het behandelingsplan. Als er een besluit wordt genomen tot gedwongen opname, is voorts een second opinion nodig van een niet bij de behandeling betrokken psychiater. En nu wordt dan ook nog de geneesheer-directeur geïntroduceerd als vierde persoon die bij het nemen van deze beslissing tot machtiging betrokken is. Is die belading niet te zwaar, vergeleken met die bij de andere machtigingen die in de wet geregeld zijn?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Oppervlakkig gezien lijkt dat misschien zo. Alle patiëntenorganisaties waarmee wij hebben gesproken, hebben evenwel het volgende aangegeven. De patiënt gaat afspraken aan met de behandelaar die er natuurlijk niet alleen is als een soort van politieagent, maar ook om de patiënt te begeleiden en om daarmee een vertrouwensrelatie op te bouwen. Als van tevoren bekend is, zoals in het kader van het voorliggende wetsvoorstel, dat een behandelaar dan ook als het ware de boeman is die deze patiënt gedwongen kan doen opnemen, kan vanaf het begin de op te bouwen vertrouwensrelatie niet ideaal zijn. Vandaar dat wij er voor zijn om een onafhankelijk iemand in te schakelen die goed bekend is met de BOPZ en weet wanneer hij tot gedwongen opname moet besluiten.

De heer **Dittrich** (D66): Als iemand vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, kan de behandelaar van betrokkene ook op een gegeven moment besluiten dat het beter is de vrijwillige opname om te zetten in een gedwongen opname. Dan zou dat probleem ook spelen. Dat is soms ook al het geval in de praktijk. Het is de vraag waarom in dit kader waarin meer sprake is van vrijwilligheid zo'n extra zware eis wordt gesteld, terwijl dat niet geldt in de andere situaties. Dan wordt het systeem van de wet toch een beetje verward?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik vind dat er een fundamenteel verschil is. Hier is sprake van een ambulante situatie waarin iemand op een normale manier in de eigen omgeving functioneert. De achterliggende gedachte is dat zo iemand ook in die omgeving moet kunnen blijven. Er moet dus een optimale situatie worden gecreëerd. Wij hebben nu de gelegenheid om met dit wetsvoorstel de ideale situatie zo goed mogelijk te benaderen. Gepoogd moet worden de vertrouwensrelatie van meet af aan op deze manier op te bouwen. Volgens mij kan dat niet anders dan door een andere, onafhankelijke behandelaar bij wijze van spreken als stok achter de deur te laten fungeren.

De heer **Buijs** (CDA): Ik was aanvankelijk positief gestemd over dit amendement, want het was ook een van onze opties om in plaats van

een persoon, niet-zijnde de behandelaar, uitdrukkelijk te vermelden dat het de geneesheer-directeur moet zijn. Heb ik goed begrepen, mevrouw Van der Hoek, dat u in antwoord op vragen van collega Dittrich nu stelt dat deze niet in plaats komt van, maar extra wordt toegevoegd?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nee. In de situatie waarin de afspraken niet worden nagekomen, moet niet de behandelaar degene zijn die moet zeggen dat de patiënt gedwongen wordt opgenomen. Iemand van buitenaf moet beoordelen of die situatie moet leiden tot gedwongen opname.

De heer **Buijs** (CDA): Dan begrijpen wij elkaar goed en komt de geneesheer-directeur in plaats van degene die de regering voorstelde.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): De geneesheer-directeur komt dan in plaats van de behandelaar.

De heer **Dittrich** (D66): Dit antwoord roept weer een andere vraag op. De patiënt weet dan toch dat het de behandelaar is die tegen de geneesheer-directeur heeft gezegd: hij houdt zich niet aan de voorwaarden en moet gedwongen worden opgenomen? Waarom denkt u dat als de geneesheer-directeur de beslissing neemt, de vertrouwensrelatie met de behandelaar niet wordt geschaad en dat dit wel het geval zal zijn als de behandelaar het gewoon kan uitleggen aan de patiënt?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik denk dat psychologische factoren hier ook een rol spelen. Een behandelaar kan een vertrouwensband opbouwen met een patiënt, maar iemand buiten die relatie zou er best ook eens naar kunnen kijken en de vraag aan de orde kunnen stellen of gedwongen opname wellicht nodig is. Je biedt op die manier een extra zekerheid in dat die relatie in stand kan blijven.

De heer **Dittrich** (D66): Maar die zekerheid wordt toch ook geboden door de second opinion van de andere onafhankelijke psychiater?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ja.

De heer **Dittrich** (D66): Daar bovenop krijg je dan nog de mening van de geneesheer-directeur?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ja, ik vind dat alleszins gerechtvaardigd in een nieuwe situatie. Op deze manier wordt ook tegemoetgekomen aan bezwaren die in patiëntenkringen leven.

Voorzitter. De patiënt kan in de situatie van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging niet terugvallen op een patiëntenvertrouwenspersoon. Dat is wel mogelijk bij opname in een kliniek. Juist bij een regeling als de voorwaardelijke rechterlijke machtiging is het van groot belang dat de patiënt zich kan laten bijstaan in de eigen omgeving. Dan kan ook in veel gevallen worden voorkomen dat de patiënt – bijvoorbeeld in een dreigende crisissituatie – het zicht op afspraken verliest en onnodig wordt opgenomen. Ik ben van mening dat dit wetsvoorstel niet kan worden aangenomen als dit onderdeel niet goed is geregeld. In het verslag heeft mijn fractie suggesties gedaan waar dit in de wet moet worden geregeld. De heer Dittrich stelde net een vraag over de besprekingen tussen het ministerie en de patiëntenvertrouwenspersoon. Ik heb begrepen dat de onderhandelingen zijn afgebroken, mede vanwege de vraag waar de patiëntenvertrouwenspersoon moet worden gesitueerd in een ambulante setting. Is dit waar? Wanneer het amendement over de geneesheer-directeur wordt aangenomen, is dat bezwaar volgens mij weggenomen. Dan kan er worden aangehaakt bij diezelfde GGZ-instelling waar de geneesheer-directeur is benoemd. Graag hoor ik de mening van de minister hierover.

Een derde bezwaar tegen het wetsvoorstel betreft de formulering dat de rechter ambtshalve kan beslissen anders dan de vordering van de officier van justitie. Dit is niet in lijn met hetgeen elders in de Wet BOPZ is geregeld en is overigens ook strijdig met de gebruikelijke en in een rechtsstaat passende verdeling. Het is naar mijn mening niet consistent om de rechter alleen op dit punt meer vrijheid te geven dan bijvoorbeeld bij de voorlopige machtiging het geval is. Daarom heb ik een amendement ingediend, medeondertekend door de heren Passtoors en Van der Vlies, waarbij de regeling in overeenstemming wordt gebracht met de Wet BOPZ. Kortheidshalve verwijs ik naar de zeer uitgebreide toelichting bij dit amendement.

De heer **Dittrich** (D66): Bij de behandeling van het afgeven van zo'n machtiging zijn de rechter, de patiënt met zijn advocaat en een psychiater aanwezig. Stel dat tijdens zo'n gesprek blijkt dat – ondanks het feit dat er een behandelingsplan is en men eerst koerste op een voorwaardelijke machtiging – de patiënt zelf zegt niet zeker te zijn of hij zich wel aan de afspraken kan houden en de voorkeur zegt te geven aan een voorlopige machtiging. Waarom moet dan een omslachtige weg worden gevolgd zoals mevrouw Van der Hoek dat voorstelt in het amendement? Het is toch veel praktischer om, waar iedereen bij zit, te besluiten tot een voorlopige in plaats van een voorwaardelijke machtiging?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Dat is merkwaardig, want de patiënt kan dan ook zeggen dat hij vrijwillig wil worden opgenomen. Dan is er toch helemaal geen voorlopige machtiging nodig?

De heer **Dittrich** (D66): Als hij er niet zeker van is dat hij wel goed zal meewerken aan de behandeling of dat hij niet na een paar dagen weg zal gaan, is het toch nodig om hem gedwongen op te nemen. Iedereen is dan aanwezig en daarom is het volgens mij belangrijk dat er een ambtshalve ''omklapping'' mogelijk is. U gaat het op een heel bureaucratische manier organiseren. Kunt u dan uitleggen wat het voordeel daarvan is?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Als oud-rechter zult u veel beter dan ik weten dat de officier van justitie vordert en dat de rechter volgens de huidige wet ambtshalve nooit verder kan gaan dan de officier van justitie vordert, want dan moet hij in feite toch terugverwijzen naar de officier. Wellicht is uw voorbeeld minder gelukkig, want als de patiënt dan toch opgenomen wil worden, is er verder geen rechterlijke machtiging nodig en zou je kunnen spreken van een vrijwillige opname.

De heer **Dittrich** (D66): Iemand kan ook zelf een machtiging vragen!

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ja,

maar vindt u het correct dat er dan een andere situatie gaat ontstaan waarin de rechter in feite veel meer mogelijkheden krijgt om zaken ambtshalve te beslissen zonder dat dit is gebaseerd op een vordering van de officier van justitie?

De heer **Dittrich** (D66): Mijn antwoord daarop is ''ja'' omdat de patiënt met zijn advocaat er toch bij is en het heel praktisch is om ter plekke te kunnen bezien wat nu het best bij de patiënt past. Volgens uw amendement kan dat niet, want dan zou er een nieuwe procedure moeten worden gestart, waardoor de mensen weer terug moeten komen, enz. Dat zou wel eens tegen de belangen van de patiënt kunnen zijn.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ja, maar net hebt u gewaarschuwd voor een aantal zaken die wat willekeurig kunnen uitpakken. Dat kan volgens mij in deze situatie ook best gebeuren, zeker als het gaat van een lichtere naar een zwaardere maatregel. Ik ken geen enkele situatie waarin dat met zoveel vrijheden door de rechter gebeurt. Ik zou het dus in lijn willen houden met hetgeen juridisch gebruikelijk is, maar ik hoor graag de opvatting van de regering daarover.

Bij de rechterlijke machtiging heb ik nog een opmerking over de rol van de familie. Ik ben het eens met de regering dat die rol niet formeel wordt vastgelegd, maar in de praktijk merk ik wel dat de familie vaak vergeten of genegeerd wordt. Ik pleit ervoor dat die niet wordt vergeten en er actief bij wordt betrokken. Dat kan ook heel positief uitwerken.

Op een tweetal andere artikelen heb ik ook een amendement ingediend omdat ik in de praktijk veel schrijnende situaties tegenkom waarbij patiënten en hun familie, maar ook behandelaars in een uitzichtloze situatie terechtkomen. Ik doel op de bepaling van artikel 38 van de wet waarin staat dat na een BOPZ-opname niet tot gedwongen behandeling kan worden overgegaan, tenzij ernstig gevaar is aangetoond. In de praktijk verhindert dit de noodzakelijke behandeling. Ik citeer uit een van de vele brieven die ik dagelijks over dit onderwerp krijgt. Een ex-patiënt schrijft mij: ''Een psychotisch mens is niet wilsbekwaam op dit punt. Weigering van medicatie hoort bij het ontbreken van ziekte-inzicht en het leven in een waanwereld. Het niet toedienen van medicatie is onmenselijk. Gedwongen medicatie had mij en mijn omgeving zeer veel zeer ernstig leed kunnen besparen. Ook het behandelend personeel zal met lede ogen hebben toegezien. Een psychotisch mens herwint zijn vrijheid pas als hij of zij uit de psychose raakt. Hiervoor is een tijdelijke gedwongen onvrijheid eerst nodig. Ik leef nu weer als een ''normaal'' mens met een baan, een flat, vrienden en familie en met het weten dat het zo erg niet had hoeven zijn. Deze wetswijziging is hard nodig.''

Het is ook een onlogische situatie. Immers, de patiënt wordt al opgenomen op grond van het gevaarscriterium dat op zichzelf al moet voldoen aan strenge voorwaarden. Eenmaal opgenomen, moet dan nog eens opnieuw worden voldaan aan een nog strenger criterium. Ook voor mijn fractie staat voorop dat de rechtsbescherming en de zelfbeschikking van de patiënt een groot goed is en niet voor niets leidend is in de Wet BOPZ, maar het kan niet de bedoeling zijn dat waar adequate medicatie of behandeling mogelijk is voor bepaalde aandoeningen, die niet mogen worden toegediend terwijl is bewezen dat de behandeling helpt.

In deze discussie is de integriteit van het menselijk lichaam ter sprake gebracht. Ook in eerdere debatten over de BOPZ was dit een belangrijk gegeven en terecht; er moet zorgvuldigheid worden betracht in een situatie waarin iemand tegen zijn of haar wil is opgenomen. Ik vraag echter: wat is schadelijker voor de integriteit van het menselijk lichaam: iemand in verwarde of psychotische toestand in een separeercel laten zitten, alleen met zijn of haar wanen en zonder begeleiding, of iemand via medicatie tot rust brengen waarna een gesprek mogelijk is en rustig besproken kan worden wat de verdere behandeling of begeleiding inhoudt?

In het buitenland kijkt men met verbazing naar onze situatie. Daar kent men separeercellen niet of nauwelijks meer. Daar kent men de zogenaamde treatment orders.

Natuurlijk vind ook ik dat wij niet terug moeten naar de oude Krankzinnigenwet. Sommigen vrezen platspuiten, maar de tijden van One flew over the cuckoo's nest zijn echt voorbij. Daarom heb ik een amendement ingediend, medeondertekend door de heren Passtoors, Dittrich en Van der Vlies, dat beoogt het woord ''ernstig'' in artikel 38 te schrappen. Naar mijn mening blijft er ook na het schrappen van het woord ''ernstig'' voldoende rechtsbescherming over voor de patiënt. Immers, de behandelaar kan niet zomaar overgaan tot ongebreidelde dwangbehandeling. Er moet net als nu bij de beoordeling worden voldaan aan het begrip ''voorzover noodzakelijk'', zoals dit ook in het wetsvoorstel is opgenomen. Het begrip ''gevaar'' is al beoordeeld ten tijde van de opname.

Ook voor artsen en verpleegkundigen is het veel zinvoller om op deze manier te kunnen behandelen in plaats van mensen onbehandeld weer naar huis of zelfs de straat op te sturen. Ik hoor vaak van verpleegkundigen en artsen dat zij hun vak willen uitoefenen om waar mogelijk te kunnen genezen en te begeleiden en niet om mensen in een separeercel op te sluiten.

Zoals gezegd: heel vaak zeggen patiënten achteraf dat zij op dat moment niet in staat waren om hun eigen situatie te beoordelen. Belangrijk is dat goed wordt geëvalueerd hoe dit in de praktijk uitwerkt. Ik sluit mij wat dit betreft aan bij de heer Dittrich.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Het probleem dat mensen die gedwongen zijn opgenomen, behandeling weigeren, is een reëel probleem. Mevrouw Van der Hoek kent echter net als ik niet alleen de brieven van mensen die schrijnende toestanden bespreken, maar ook de jurisprudentie. Die jurisprudentie geeft heel duidelijk aan dat er juist van ernstig gevaar kan worden gesproken als het niet kunnen behandelen leidt tot duidelijke achteruitgang en verslechtering van de patiënt op langere termijn. Gaat het niet veel meer om de interpretatie van het criterium ernstig gevaar, niet alleen als acuut gevaar, maar wel degelijk ook als achteruitgang en onbehandeld laten van mensen in een slechte toestand dan om het schrappen van dit woord?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik zal niet ontkennen dat zich situaties hebben voorgedaan waarin met een andere interpretatie wel behandeld had kunnen worden. Ik heb de afgelopen jaren toen ik mij bezighield met mijn gedachtevorming

over dit onderwerp, soms heel diepgaande discussies gehad met behandelaars, maar ook met ex-patiënten, mensen die nu in patiëntenraden zitten. Zij zeggen dat het begrip ernstig zo'n barrière opwerpt, dat men echt met gebonden handen staat doordat men nog eens een keer over het gevaarsbegrip – dat al ernstig is – moet heen gaan. De heer Dittrich wees zojuist op de discussie die dertig jaar geleden over dit onderwerp is gevoerd en waarin zelfbeschikking en rechtsbescherming terecht leidende begrippen waren. In de jaren nadien is echter de medicatie zozeer verbeterd dat er veel meer mogelijkheden zijn om mensen te behandelen. Het begrip ''ernstig in gevaar'' blijkt in de praktijk de bottleneck te zijn die het onmogelijk maakt om van die nieuwe mogelijkheden gebruik te maken.

Wij zullen moet bezien hoe een en ander in de praktijk uitwerkt, maar dat betekent niet dat door dit voorstel afbreuk wordt gedaan aan de rechtsbescherming van de patiënt. Uiteindelijk moet immers worden aangetoond dat een behandeling volstrekt noodzakelijk is. In gesprekken met artsen is mij duidelijk geworden dat natuurlijk eerst moet worden geprobeerd om mensen zover te krijgen dat zij vrijwillig een behandeling ondergaan. Zo heb ik met psychiaters gesproken die zeiden dat zij zich ''de tong blauw praten'' om mensen zover te krijgen. Ik ben er dan ook van overtuigd dat in de meeste klinieken niet lichtvaardig wordt overgegaan tot het toedienen van medicamenten. Ik zei al dat men geen patiënten meer platspuit. Niet alleen de behandelingsmethoden in de GGZ zijn namelijk veranderd, maar ook de attitude van heel veel behandelaars. Met het oog daarop denk ik dat ik met dit voorstel geen inbreuk maak op de rechten van de patiënt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De regering is overduidelijk met dit onderwerp bezig en heeft inmiddels ook een groot aantal voornemens aangekondigd. Verder is er nog steeds geen duidelijke overeenstemming en dat roept de vraag op of het niet beter is om het gezegde ''in dubiis abstine'' te volgen. Wij moeten immers met dit soort heel ernstige zaken voorzichtig omgaan. Moderne medicatie kan heel goede resultaten opleveren, maar u kent toch zeker ook alle bijwerkingen en negatieve effecten? U weet toch ook dat er nog veel te weinig bekend is over de effecten van het toedienen van medicatie aan mensen die dat niet willen? Het effect is in zo'n geval heel anders dan wanneer de patiënt zijn medicatie vrijwillig inneemt. Dat heeft te maken met therapietrouw en de geestelijke instelling van de patiënt. Al met al houd ik eraan vast dat het te vroeg is om dit voorstel nu door te zetten.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): De praktijk en de vakliteratuur leren mij dat er inmiddels een heleboel kennis is. Vooral de laatste tien jaar is er heel veel bekend geworden over zaken die te maken hebben met het toedienen van medicatie. Ik ben natuurlijk ook een tegenstander van het toedienen van medicatie tegen de wil van de patiënt. Er zijn echter situaties waarin het beter is om hier wel voor te kiezen. Ex-patiënten geven soms ook zelf aan dat zij het op het moment zelf niet wilden, maar dat zij achteraf heel blij zijn dat het wel is gebeurd.

Ik heb een lijstje opgesteld van alle toezeggingen die de regering de afgelopen drie jaar heeft gedaan. Er zitten hier heel goede maatregelen bij, maar dat neemt niet weg dat de regering de uitvoering van die toezegging steeds maar weer vooruit heeft geschoven. Zo spreken wij veel later dan gepland over dit wetsvoorstel. Onderzoek betekent een vertraging van zeker twee à drie jaar en als wij er dan ook nog eens zelf over willen praten, verliezen wij vier à vijf jaar en dat laat de huidige situatie niet toe. Er is soms immers sprake van noodsituaties, waarin het woordje ''ernstig'' een barrière vormt voor een goede behandeling. Al met al denk ik dat wij ons niet nog meer vertraging kunnen veroorloven. Deze wet zal verder altijd het onderwerp zijn van maatschappelijke discussies en ook in deze Kamer zullen er altijd voor- en tegenstanders zijn.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Maar het is toch vreemd dat ik, als woordvoerder van een oppositiepartij, tegen een woordvoerder van de grootste regeringspartij moet zeggen dat u beter kunt wachten tot de regering zich daar heel duidelijk over uitspreekt.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): U weet dat wij als Kamerleden het recht van amendement hebben. Wij mogen zelf ook iets indienen, als wij vinden dat een aantal zaken gewoon te lang duurt. Ik vind dat daar in dit geval sprake van is. Onderzoek mag blijven plaatsvinden. Ik heb niet voor niets gevraagd om goede evaluatie en monitoring. Maar ik ben ervan overtuigd dat het slechten van deze dubbele horde alleen maar voordelen voor patiënten heeft, zonder dat hun rechten worden aangetast.

De heer **Buijs** (CDA): Ik neig ertoe om dit amendement te ondersteunen, hoewel ik het buitengewoon slecht onderbouwd vind. Ik zie het dan ook meer als een signaal aan weldenkende psychiaters, die daar op een verstandige wijze gebruik van zullen maken. Ik ben een beetje ontgoocheld door uw voorbeeld. Ik ken namelijk de tegenovergestelde situatie ook. Dwangmedicatie wordt in het algemeen, ook in de psychiatrische wereld, gezien als het falen van de behandeling. Het aantal mensen dat suïcidaal is na ontslag met toegepaste gedwongen medicatie is groot. U weet dat psychiaters slechts in uiterste noodzaak willen overgaan tot dit soort vormen van behandeling. Ik denk dan ook dat dit amendement meer moet dienen als een signaal aan de psychiatrische sector. Men moet uitkijken. Het signaal ''gevaar'' moet eenduidig geïnterpreteerd worden. Daar ligt het probleem. Er zijn heel grote verschillen in de toepassing van de dwangbehandeling in de regio's. De psychiatrie in de ene regio is veel banger voor processen dan voor dwangmedicatie, terwijl dat voor de andere regio niet geldt. Via uw amendement roep ik de psychiaters op om tot uniformiteit en protocollering te komen en om niet bang te zijn om de verschillen tussen de regio's te vergelijken. Ik roep op tot benchmarking, zij het met pijn in mijn hart.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): U kunt dat straks in uw eigen termijn ook benadrukken. U heeft natuurlijk gelijk dat in verschillende psychiatrische klinieken verschillende interpretaties worden gehanteerd. Maar ik heb net aangegeven dat bij weigering van de behandeling een patiënt ook echt niet behandeld wordt. Kortgeleden heb ik vier dagen meegelopen met de Amsterdamse

politie. Ik heb daar een aantal dossiers kunnen inzien en toen bleek mij dat er mensen zijn die onbehandeld weer op straat komen. Dat is niet altijd aan de psychiatrie te wijten. De psychiatrie staat soms ook met gebonden handen. Ik ben het met u eens dat patiënten nooit zonder begeleiding gelaten kunnen worden. Dat is een belangrijk punt, ook in het kader van het voorwaardelijk ontslag en het niet nakomen van de regels, waar de heer Dittrich op doelde. De sector moet daar altijd zeer alert op zijn en gewoon de wet naleven. Maar het gaat hier om een situatie waarin iemand niet kan worden behandeld en bijvoorbeeld noodgedwongen in de separeercel moet worden opgesloten. Dat is het alternatief van het niet kunnen behandelen, terwijl de mogelijkheden er wel zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb aangegeven waarom ik er toch toe neig om dit amendement te ondersteunen. Dit wordt een semantische discussie. In de laatste zin staat ''voorzover volstrekt noodzakelijk''. U schrapt ''ernstig'', maar dan moet u ''voorzover volstrekt noodzakelijk'' weer omschrijven.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nee, nee, dat is een begrip, dat is duidelijk.

De heer **Buijs** (CDA): De zinsnede ''voorzover volstrekt noodzakelijk'' kan toch verschillend worden uitgelegd? Ik hecht er dan ook aan dat psychiaters eenduidige protocollen opstellen, dat zij afgestemd optreden en dat zij dwangmedicatie af en toe, helaas maar noodzakelijk, toepassen. Ik ben het op dat punt met u eens.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mijn vraag richt zich op een ander aspect van het verhaal van mevrouw Van der Hoek. Zij begon deze passage met de woorden: tot zover de voorwaardelijke machtiging en ik maak van de gelegenheid gebruik om dit amendement in te dienen. Doet zij met deze woorden geen onrecht aan de strekking van haar amendement? Ik zie namelijk een duidelijke relatie tussen haar amendement en het onderwerp van voorwaardelijke machtiging: als iemand met een voorwaardelijke machtiging zich niet houdt aan het behandelingsplan, moet het niet alleen mogelijk zijn om die persoon op te nemen maar ook om tot behandeling over te gaan. Het is in dat geval toch essentieel dat de criteria gelijk zijn?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): U hebt daar gelijk in. Een en ander hangt met elkaar samen. Ik heb het niet juist uitgelegd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het amendement hangt meer met het wetsvoorstel samen dan u zo-even suggereerde?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ja, daar hebt u gelijk in.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mevrouw Van der Hoek betrekt de stelling dat het separeren van mensen eindeloos kan doorgaan omdat er in die gevallen niet behandeld kan worden. Ik heb dat toch goed gehoord?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Dat blijkt vaak in de praktijk.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat is uw motief?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik heb dit voorbeeld gebruikt bij mijn betoog over de integriteit van het menselijk lichaam. In tegenstelling met het buitenland, waar op een andere manier wordt behandeld, hebben verpleegkundigen in de Nederlandse praktijk vaak geen alternatief voor het separeren van patiënten die ''gevaar'' opleveren. Ik geef u dat te doen. Ik heb van verpleegkundigen gehoord dat zij liever gewoon hun vak uitoefenen dan gebruik te maken van de separeercel.

Mijn tweede amendement, dat medeondertekend is door de heer Passtoors, is ingediend om een ander, zeer schrijnend probleem aan de orde te stellen. Ik kan dit probleem illustreren aan de hand van honderden praktijkvoorbeelden die mij in werkbezoeken, telefoontjes en brieven worden aangereikt. Het betreft de situatie van mensen die door de werking van de huidige wet volkomen tussen wal en schip geraken. Zij kunnen niet worden opgenomen op grond van het huidige gevaarscriterium. Deze categorie patiënten heeft geen ziekte-inzicht, laat zich totaal niet benaderen – ook niet via drang- of bemoeizorg – en kan op geen enkele manier via de zogenaamde ''vermaatschappelijking'' worden bereikt en begeleid. Deze mensen zwerven op straat of kwijnen weg achter hun eigen voordeur. Ik citeer uit de brief van een pastoor uit Noord-Brabant: ''Uit mijn pastorale praktijk en anderszins heb ik de ervaring dat zulke geesteszieke mensen al veel te lang lijden onder de oude ''tolerante'' wet, en met hen hun naaste omgeving die helemaal niks kan doen. Hoeveel goedwillende ouders en anderen hebben moeten aanzien dat hun kind niet geholpen ''mocht worden'' en naar de verdommenis ging.'' En dat voor een pastoor! ''Zij stonden machteloos en waren intens verdrietig. Hoe eerder die wet is gewijzigd, hoe beter, ten bate van alle betrokkenen.''

Ik hecht eraan, nogmaals te benadrukken dat ik er in principe van uitga dat mensen in de maatschappij op een normale manier, eventueel met de nodige begeleiding, kunnen functioneren. Dwangopname moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Ik heb zelf in 1999 de motie over de taskforce vermaatschappelijking ingediend. Het door mij en de heer Passtoors voorgestelde instrument van de observatiemachtiging is echter niet tegenstrijdig met het streven naar vermaatschappelijking. Wij moeten alles op alles zetten om van de vermaatschappelijking een succes te maken, maar ook hulpverleners en behandelaars die alles proberen om mensen uit de kliniek te houden, erkennen dat een bepaalde categorie niet kan worden bereikt via de huidige wet.

Voorzitter: Biesheuvel

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Als tegenwerping wordt wel gezegd dat wellicht geen goede interpretatie wordt gegeven van het huidige begrip ''gevaar''; mensen zouden best opgenomen kunnen worden als de psychiater de wet en de uitleg daarvan juist beoordeelt. Ik realiseer mij dat dit voorkomt en daar heb ik kritiek op. Ik heb in de afgelopen jaren heel wat psychiaters gesproken, in Zeeland, Friesland, Groningen, Brabant enz., die de wet soepel interpreteren en zich afvragen wat in dezen de geest van de wet is, mede gelet op uitspraken van de Hoge Raad. Zij geven aan dat er een doelgroep is die tussen wal en schip

valt. Een rechter zei mij kortgeleden: ik krijg mensen te beoordelen die ik met bloedend hart terug moet sturen, wetend dat ik ze misschien een jaar later in een crisissituatie terugzie. Voorzitter. Dat is de kern van het probleem. Het gaat in feite maar om een kleine groep mensen. Ik hecht eraan, nogmaals aan te geven dat het niet gaat om 90 tot 95% van de groep mensen die heel goed met of zonder medicatie een plaats in de maatschappij hebben gevonden of gaan vinden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ondanks alle goede woorden die u gebruikt, zie ik een verschil tussen datgene wat u zegt en de inhoud van uw amendement. Met het voorbeeld van de rechter dat u geeft, bent u niet bezig met wat uw amendement kan bijdragen, maar met de criteria van de BOPZ op dit moment. Ik kan dit voorbeeld niet rijmen met uw amendement. Dat mag u mij even uitleggen.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Dat zal ik doen want ik hecht eraan het goed te verwoorden en duidelijk te maken. Bij observatiemachtigingen hebben wij het over een ernstig vermoeden van een geestesstoornis die gevaar voor iemand zelf met zich brengt. Zo is het verwoord in het wetsvoorstel. Het betreft vaak mensen die al jaren bij de hulpverlening bekend zijn. Voor mij is een bekend voorbeeld iemand die op een kamer zit, zichzelf steeds meer verwaarloost, niemand erin laat, ook niet de huisarts of de GG&GD, terwijl bekend is dat er in die kamer wapens aanwezig zijn. De ouders hebben al twee, drie keer bij de rechter geprobeerd om opname te bewerkstelligen. Vervolgens is het gevaarscriterium van belang en wordt gesteld dat er geen gevaar is voor de persoon zelf of zijn omgeving, althans volgens de uitleg van de wet. Er zijn mensen die zich totaal niet laten benaderen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik keer even terug naar het amendement. Wat u wenst, is dat dergelijke mensen drie weken worden opgenomen. Ook ik heb contact met mensen van de praktijk en zij zeggen mij: ik kan dergelijke mensen wel drie weken opnemen, maar in een zo korte periode kan ik onmogelijk een diagnose stellen; daar heb ik maanden en maanden voor nodig. In hoeverre denkt u nu dat zo'n opname van drie weken helderheid kan bieden?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Het gaat erom dat deze mensen op geen enkele manier benaderbaar zijn. Een aantal maanden geleden werd in Groningen een mevrouw dood in haar huis gevonden, terwijl al jaren werd gezegd dat het met haar niet goed ging. Zelfs de huisarts kon er niet in. Die mevrouw kon niet worden opgenomen en ook kon niet worden vastgesteld wat er met haar aan de hand was. Wanneer je zo iemand een periode binnen de muren kan krijgen, ontstaat de mogelijkheid om een eerste onderzoek te doen. Dat geldt ook voor mensen met allerlei stoffen in hun lichaam. Je kunt dan een aantal zaken onderzoeken waarna een eerste diagnose kan worden gesteld. Is er op een gegeven moment reden om iemand langer in de kliniek te houden – dan moet de wet verder in werking treden – dan is er een mogelijkheid voor de officier van justitie om verlenging aan te vragen. Er is ook nog een mogelijkheid om over te gaan tot een voorlopige machtiging of tot het nieuwe instrument van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. Het gaat erom dat je een man of vrouw die op straat zwerft of achter de voordeur blijft, even kunt bereiken of uit de omgeving kunt halen, een omgeving die soms bedreigend kan zijn en waarin iemand wordt onderdrukt. De heer Dittrich heeft zojuist Heerlen genoemd. Ik ben daar ook een paar keer geweest. Sommige mensen zitten in een situatie waaruit zij moeilijk kunnen loskomen.

De **voorzitter**: Misschien is het goed als mevrouw Kant de vraag verduidelijkt en mevrouw Van der Hoek er iets korter op antwoordt. Er zijn nog een paar mensen die willen reageren. Ik moet ook nog een beetje aan de tijd denken.

Mevrouw **Kant** (SP): Over veel dingen zijn mevrouw Van der Hoek en ik het eens. Het gaat juist om die drie weken en de vraag of het mogelijk is om in die periode iets vast te stellen. Als mensen drie weken zijn opgenomen en in die drie weken is niet vast te stellen dat er sprake is van een gevaar of van een psychische stoornis, wat dan? Is er dan niet meer schade berokkend? Daarom worstel ik zo met het amendement. De vraag die mevrouw Van der Hoek nu beantwoord heeft, heeft zij evenals ik natuurlijk voorgelegd aan mensen die er verstand van hebben. Daarbij heeft zij ook gehoord dat het heel moeilijk is om dat binnen drie weken vast te stellen.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Maar dan is er nog een mogelijkheid op vordering van de officier van justitie om twee weken verlenging aan te vragen. Daar moet dan weer een geneeskundige verklaring aan ten grondslag liggen. Dan kan eventueel ook nog een verlenging worden aangevraagd via bijvoorbeeld een voorlopige machtiging. Dat kan. Alle mogelijkheden in de wet kun je daarbij gebruiken.

De heer **Buijs** (CDA): Ik was al tegen dit voorstel, want ik vind het een belachelijk voorstel.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Belachelijk ten opzichte van de ouders die hun kinderen...?

De heer **Buijs** (CDA): De voorbeelden die mevrouw Van der Hoek noemt, slaan als een tang op een varken. In het eerste voorbeeld van iemand met wapens op de kamer is er wel degelijk een gevaarscriterium. Dus waar praten wij over? Maar laten wij het eerst eens hebben over de criteria die zij stelt. Zij zegt dat het een groep zorgmijders is, zonder ziekte-inzicht bij wie sprake is van een ernstig vermoeden van een stoornis van de geestesvermogens. Ik kan haar verzekeren dat er heel veel mensen zijn, niet op kamertjes, die gewoon vrij rondlopen en waarschijnlijk ook in de politiek, die dezelfde kenmerken hebben.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Op wie doelt u?

De heer **Buijs** (CDA): In algemene zin, niet specifiek Nederlands en zeker niet van uw partij.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Toch geen collega-parlementariërs, mag ik hopen?

De heer **Buijs** (CDA): Nee.

Mevrouw Van der Hoek zegt dat een observatiemachtiging is bedoeld voor lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en aanvullend

onderzoek alsof dit niet extramuraal kan gebeuren. Dat gebeurt nu in een psychiatrisch ziekenhuis met inschakeling van de extramurale huisarts, internist of wie dan ook. Mevrouw Van der Hoek is in een psychiatrisch ziekenhuis dus aan het verkeerde adres voor deze observatie, tenzij zij zegt dat men de (geestelijke) gezondheidstoestand van de desbetreffende persoon moet onderzoeken. Ik kan haar verzekeren dat een psychiater bij de Riagg dat ambulant even goed kan als wanneer iemand opgenomen is. Ik kan haar ook verzekeren dat gezien de vertrouwensrelaties de andere behandelaars, zoals de huisarts, ook bekend zijnde bij andere behandelaars in de eerste lijn, dat veel beter kunnen. Alle argumenten die de heer Dittrich op juridisch gebied heeft genoemd, steun ik ook.

Ik denk ook – daarmee kom ik op de capaciteit, mijn laatste argument – dat dit contraproductief is. Mevrouw Van der Hoek weet dat er een gigantische wachtlijst is voor klinische opnames. Zij gaat hiermee de hele setting nog verder vervuilen. Zij werkt dus gewoon contraproductief.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Als ik hier twee jaar bezig ben geweest met een hersenspinsel en als dit in de praktijk heel goed kan worden opgelost, heb ik twee jaar werk voor niets gedaan. En ach, dat gebeurt wel eens vaker. Daar zitten wij ook niet zo mee. Laat de heer Buijs maar eens meegaan met de rijdende psychiater in Amsterdam op de fiets, of in Rotterdam of zelfs op het platteland. Misschien is bij hem in Zeeland alles goed geregeld. Ik ben in Leiden en omgeving geweest, niet alleen de stad, maar ook de zeven gemeentes eromheen. Daar heb ik deze praktijkgevallen gehoord. Daarbij werden oprechte pogingen gedaan, juist door psychiaters. Zij probeerden mensen op straat te behandelen en deden veel moeite om ze echt te kunnen vastpakken. Voor die psychiaters heb ik veel respect. Zij weten vaak op een heel goede manier mensen te bereiken. Juist zij geven aan dat er een categorie is die ze niet kunnen bereiken en die ze niet op straat kunnen onderzoeken. Soms is er het ernstige vermoeden dat er wel degelijk sprake is van een psychische stoornis. Dat vermoeden is niet gerezen omdat de buurman of de wethouder heeft gezegd dat iemand een beetje raar doet en dat die maar moet worden opgepakt. Zojuist heb ik al iets gezegd over het maken van karikaturen. De heer Buijs had het over ''belachelijk''. Daarmee deed hij echter geen recht aan al degenen die proberen de bedoelde groep mensen op een goede manier te bereiken. Daarmee doet hij ook geen recht aan de positie van de mensen waarom het gaat. Het is namelijk gebeurd, mijnheer Buijs, dat mensen geen behandeling kregen, omdat er daarvoor geen mogelijkheden waren. Welnu, ik heb die mensen kortgeleden nog gezien. Ik trof ze helaas aan in een politiecel in Amsterdam. De crisisdienst moet alle moeite doen om die mensen een plaats te kunnen bezorgen. Straks kom ik nog te spreken over de capaciteit. Opmerkingen daarover passen beter in het deel van mijn betoog dat nog komt.

De heer **Buijs** (CDA): Het woord ''belachelijk'' had niet betrekking op uw inzet. Die ken ik. Ik weet dat uw inspanningen zeer gemeend zijn. Het woord heb ik gebruikt in een opwelling. Het gaat mij om de praktijk. Ook ik heb enige ervaring en dan vind ik dat een en ander niet klopt met uw voorstelling van zaken. Ik heb zeker met het gebruik van het woord ''belachelijk'' niet willen bedoelen dat de inzet van al die ambulante verzorgers als belachelijk zou moeten worden gekwalificeerd. Ik heb het over de methodiek en het instrumentarium die nu worden aangereikt. Die vind ik belachelijk.

U sprak over de vermaatschappelijking van de zorg. Hulde voor uw inzet! Ik wijs er echter op dat tot op heden de capaciteit nog steeds ver onder de maat is. Straks moet u mij eens uitleggen of dit niet werkelijk de oorzaak is van het feit dat nog veel mensen op straat zwerven. Hulde voor uw inzet, maar daarna is het doodstil geworden.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik kom straks in mijn betoog nog uitgebreid op dit punt terug.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik heb enkele korte vragen naar aanleiding van de tekst van uw amendement. U wilt volgens het amendement een observatiemachtiging indien het ernstige vermoeden bestaat dat stoornis aan de geestesvermogens voor de betrokkene gevaar veroorzaakt. Dat is de huidige omschrijving van artikel 20 BOPZ voor de IBS. Waarom is dit verhaal dan nog nodig?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Hiermee wordt ook vooruitgelopen op de rest van mijn betoog. Ik zal dit punt nog in een uitgebreide setting behandelen. U kunt er dan nog een vraag over stellen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mijn tweede vraag betreft de opmerking over mensen zonder ziekte-inzicht. Wij hebben in Nederland het recht op niet-weten, ook het recht op niet weten als men ziek is – Sylvia Millecam. Dat is echter iets anders dan wilsonbekwaam zijn. Verwart u deze begrippen niet met elkaar?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nee. Ik vind ook dat mensen in heel veel situaties het recht hebben op het niet weten ziek te zijn. Als mensen op straat willen zwerven dan wel hun leven op een andere dan de gebruikelijk manier willen inrichten, zeg ik: no problem. Het is jammer als dat ernstige gevolgen heeft, maar mensen heb dit recht. De essentie van deze wetswijziging betreft echter het aangeven van een grens, het aangeven van het moment waarop sprake is van het ernstige vermoeden van een geestesstoornis. Daardoor zou de hulpverlening die al jaren met een bepaalde mijnheer of mevrouw heeft te maken, kunnen ingrijpen, omdat dan geldt: als wij nu niet ingrijpen, zou dat wel eens heel ernstige gevolgen kunnen hebben.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Maar het gaat niet om de intenties, maar om uw taalgebruik. U schrijft ''zonder ziekte-inzicht''. Maar bedoelt u dan mensen die niet in staat zijn om te beoordelen wat zij mankeren, oftewel wilsonbekwamen? Zo ja, waarom schrijft u dat dan niet?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Als men zich wel realiseert dat men ziek is, zou men wellicht eerder hulp gaan vragen. ''Zonder ziekte-inzicht'' heeft te maken met een situatie waarin er wel degelijk een ernstig vermoeden is van het bestaan van een geestesstoornis, waardoor iemand een gevaar voor zichzelf is.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Maar een geestesstoornis is toch niet hetzelfde als wilsonbekwaam zijn?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Maar ik heb het ook niet over wilsonbekwamen; dat aspect brengt u naar voren.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat is wat u beschrijft.

Over de gedwongen opname zegt u dat er dan verder onderzoek kan plaatsvinden. Maar als de betrokkene niet meewerkt, kunt u toch niets doen? Immers, ook lichamelijk onderzoek en zeker een nader psychiatrisch onderzoek kunnen toch niet tegen de wil van betrokkene worden verricht, ook al is hij of zij gedwongen opgenomen?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Iemand is natuurlijk wel opgenomen op grond van de Wet BOPZ. Alle zaken die in de wet staan, zullen met de nodige in diezelfde wet genoemde waarborgen worden omkleed. Ik ga dus helemaal niet buiten de wet om. Er wordt telkens gesuggereerd dat ik nieuwe dingen verzin. Maar dat geldt ook voor iemand die met een IBS is opgenomen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Maar die kan toch niet lijfelijk onderzocht worden, laat staan dat hij of zij kan worden gevraagd om mee te werken aan een psychiatrisch onderzoek, zonder uitdrukkelijke instemming?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): We hebben het net gehad over een situatie waarin iemand is opgenomen in een kliniek. Op dat moment zal natuurlijk worden geprobeerd om het gesprek aan te gaan en zal natuurlijk worden bekeken welke mogelijkheden er zijn om iemand toch te bewegen om onderzoek te laten plaatsvinden. Verder is sprake van een voorstel conform de wet.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Het doel is volgens u om mensen na onderzoek een adequate behandeling en/of begeleiding te kunnen geven. U zult het met mij eens zijn dat dat duidelijk het bestwilcriterium is.

Observatieopname zou zo goed kunnen werken voor mensen die onder invloed zijn van middelengebruik. Mensen die zwaar onder invloed zijn van middelengebruik zijn in de loop van een paar weken in het geheel niet in staat om daarover rustig na te denken. Integendeel, het afkickproces maakt dat ze er alleen nog maar veel beroerder aan toe zijn. Ziet u dat niet te zonnig in?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Wat is het alternatief? Dat is dat je voor die kleine doelgroep helemaal niets doet, of blijft doorgaan in de huidige situatie. Vindt u dat een goed alternatief? Vindt u het acceptabel dat deze doelgroep op straat blijft zwerven en hoe langer hoe meer verkommert en verloedert? Moet iemand als toekomstperspectief krijgen om op een heel vervelende manier te eindigen – ik heb net weer een heel vervelend voorbeeld gezien van iemand die ik twee jaar op de voet heb gevolgd – of vindt u dat de maatschappij dit niet moet accepteren? De rechter moet aan de hand van een geneeskundige verklaring een oordeel vellen. Wij gaan niet over één nacht ijs. Wij gaan niet zomaar mensen oppakken.

De heer **Dittrich** (D66): Het amendement spreekt over een observatiemachtiging, maar uit uw antwoorden en ook uit de toelichting blijkt dat het helemaal niet bij observatie blijft, maar dat u ook gedwongen medicijnen in wil spuiten. In de toelichting zegt u namelijk dat beantwoording van de vraag of iemand zichzelf verwaarloost als gevolg van een psychische ziekte, afhankelijk is van lichamelijk onderzoek, alsmede laboratorium- en ander aanvullend onderzoek. Bedoelt u met lichamelijk en laboratoriumonderzoek het verkrijgen van bijvoorbeeld bloed tegen de wil van de patiënt?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik denk...

De heer **Dittrich** (D66): Het gaat niet om wat u denkt, maar om wat er staat.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Op het moment dat iemand gedwongen wordt opgenomen, bijvoorbeeld op grond van een voorlopige machtiging of een IBS, zullen er ook onderzoeken plaatsvinden. Bij deze observatiemachtiging gaat het erom dat iemand kan worden geobserveerd om te kijken of er sprake is van een geestelijke stoornis. Eenmaal in de kliniek zal daar onderzoek naar moeten worden gedaan. In de verdere behandeling – daarop heb ik gedoeld toen ik mevrouw Hermann beantwoordde – zullen er op grond van de wet aanvullende maatregelen kunnen worden genomen. Dan kunnen via de normale rechtsgang zaken worden verlengd. Ook als er een vermoeden is van een geestelijke stoornis, mag niet zo maar worden behandeld. Dat heeft te maken met de lichamelijke integriteit. Je mag iemand niet zomaar iets laten doen waar hij tegen is. Daarom moet er een mogelijkheid zijn om verlenging aan te vragen, zodat via een voorlopige machtiging een aantal zaken kunnen worden geregeld.

De heer **Dittrich** (D66): U heeft nu een lang antwoord gegeven, maar niet op mijn vraag. Die is heel eenvoudig. U regelt een observatiemachtiging voor drie weken, plus in bepaalde situaties twee weken verlenging. Mijn vraag aan u is of iemand gedurende die drie weken gedwongen mag worden behandeld of niet.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nee, als er sprake is van een echt gedwongen behandeling, zijn andere maatregelen nodig.

De heer **Dittrich** (D66): Wat bedoelt u dan in de toelichting van uw amendement met een lichamelijk onderzoek dat iemand moet ondergaan?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Als je op een gegeven moment iemand opneemt die duidelijk een gevaar voor zichzelf is en als dat het gevolg is van verwaarlozing of van ziekte of iets anders, waarom zou je zo iemand dan niet kunnen onderzoeken? Dat lijkt mij een merkwaardige situatie.

De heer **Dittrich** (D66): Dat onderzoek is dan meer een goed gesprek met iemand voeren, want veel meer mogelijkheden biedt het amendement niet voor een observatie van een patiënt.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Bij een gedwongen opname moeten er wel mogelijkheden zijn voor een lichamelijk onderzoek om vast te kunnen stellen of er inderdaad sprake is van bijvoorbeeld een geestelijke stoornis. Lichamelijk onderzoek kan echter niet plaatsvinden op straat. Wij hebben de mogelijkheid van een gedwongen opname om te kunnen kijken of er

inderdaad sprake is van een situatie die op straat niet kan worden gecontroleerd.

De heer **Dittrich** (D66): Als die patiënt nu tijdens de observatiemachtiging van drie weken zegt dat hij niet mee wil werken aan een lichamelijk onderzoek, welke mogelijkheden heeft een psychiater volgens uw amendement en uw toelichting dan om het toch toe te passen?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik denk dat er mogelijkheden zullen zijn om te kunnen vaststellen of een patiënt een gevaar voor zichzelf is. Op het moment dat dat niet kan via een onderzoek is een observatiemachtiging niet noodzakelijk. Ik denk echter dat er zich situaties zullen voordoen dat de patiënt op een gegeven moment moet toestaan dat er lichamelijk onderzoek wordt gedaan. Waar hebben wij het nu anders over?

De heer **Dittrich** (D66): Maar wat is het nu? U zegt eerst dat het niet kan, vervolgens antwoordt u heel lang en nu zegt u weer dat het toch wel kan. Zegt u nu gewoon of het wel of niet kan: lichamelijk onderzoek tegen de wil van de patiënt gedurende drie weken observatie.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Het gaat wel altijd om een gedwongen opname. In bepaalde situaties zal het dan noodzakelijk zijn.

De heer **Dittrich** (D66): Als de patiënt het niet wil, moet het dus toch?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Dat is nu toch ook zo? Er zal natuurlijk aan de letter van de wet voldaan moeten worden. Nu is er ook sprake van gedwongen opname van psychiatrische patiënten waarbij bepaald onderzoek nodig is.

De heer **Dittrich** (D66): U geeft nu zelf heel duidelijk het verschil aan. In de huidige situatie gaat het om mensen van wie vaststaat dat ze een psychische stoornis hebben, op basis waarvan ze echt een gevaar voor zichzelf zijn. Dan mag het, onder omstandigheden. U regelt nu met een amendement iets voor een heel andere groep, van wie het niet vaststaat. U zegt ook zelf in de toelichting op het amendement dat er sprake moet zijn van een vermoeden en dat de mensen dan geobserveerd moeten worden om te zien of ze een stoornis hebben en of ze wel een gevaar vormen. Daarbij gaat het om een heel andere groep. U werpt het net van de wetgeving dus nu wel heel erg ver uit.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nee, want iemand die inbewaringstelling ondergaat, kan ook nu op basis van artikel 20 opgenomen worden op grond van een ernstig vermoeden, zoals mevrouw Hermann zojuist zei. In zo'n geval komt er ook nadere regelgeving aan te pas, bijvoorbeeld verlenging van de inbewaringstelling. Dat staat allemaal precies in de wet omschreven.

De heer **Dittrich** (D66): In de wet staat ook heel precies dat het gevaarcriterium bij de inbewaringstelling onverkort moet gelden. Het moet dus bij inbewaringstelling gaan om een psychische stoornis of een ernstig vermoeden van een psychische stoornis...

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Daar gaat het dus ook om een ernstig vermoeden.

De heer **Dittrich** (D66): Inderdaad, maar ook het gevaarscriterium moet gelden. In uw amendement is er helemaal geen sprake van gevaar, maar alleen van een vermóéden van gevaar. Dat is een groot verschil.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik bestrijd ook niet dat het om een andere categorie gaat. Anders zou er geen probleem zijn en zouden wij de mensen waar ik op doel, ook op grond van de huidige wetstekst kunnen opnemen. Punt is dat wij het hebben over gedwongen opname, niet over vrijwillige opname. Er moet in dat verband ook een geneeskundige verklaring worden opgesteld. Hoe kan men nu een dokter zijn werk laten doen als hij de patiënt niet kan onderzoeken? Dat geldt ook voor een dokter in een algemeen ziekenhuis. Wij hebben het over de noodzaak van onderzoek dat elders niet kan worden gedaan.

De heer **Dittrich** (D66): Nu haalt u weer twee dingen door elkaar.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nee, ik haal geen dingen door elkaar.

De heer **Dittrich** (D66): Bij die observatiemachtiging gaat het om iemand die buiten een kliniek is. Er moet dan eerst volgens uw amendement een geneeskundige verklaring zijn, maar u zegt nu zelf dat zo iemand dan eerst opgenomen moet zijn om geobserveerd te worden, en dat er daarna een geneeskundige verklaring komt. Als die er van tevoren moet zijn, rijst de vraag hoe een geneeskundige verklaring kan worden afgelegd als betrokkene nog niet onderzocht is.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Diezelfde vraag kan ik u stellen als het gaat om de situatie van inbewaringstelling.

De heer **Dittrich** (D66): Maar u regelt dit in een amendement.

De **voorzitter**: Ik heb niet de indruk dat wij op dit punt veel verder komen. Ik verzoek de heer Dittrich om te volstaan met nog slechts één interruptie.

De heer **Dittrich** (D66): Mijn vraag aan mevrouw Van der Hoek is of ik het goed zie dat zij ogenschijnlijk een observatiemachtiging voor drie weken regelt, maar dat die met twee weken kan worden verlengd tot vijf weken als een officier een andere machtiging wil indienen. Wat nu als na drie, vier of vijf weken iemand toch geen psychische stoornis blijkt te hebben en naar huis gaat? Betekent dit dan dat iemand drie, vier of vijf weken gewoon van zijn vrijheid is beroofd?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Het gebeurt nooit lichtvaardig. Er staat uitdrukkelijk in de observatiemachtiging dat er een geneeskundige verklaring moet komen, ook weer bij verlenging met twee weken, en dat de rechter het moet beoordelen. Het is dus geen lichtvaardige maatregel. Ik kom straks ook nog op jurisprudentie van het Europese Hof. Wij hebben het dus niet over ''zomaar een vermoeden'', bijvoorbeeld dat iemand denkt dat zijn buurman wat raar doet. Het gaat erom dat er wel degelijk een ernstig vermoeden is. In de praktijk kan eenieder gevallen noemen van mensen met een psychische stoornis die gevaar voor henzelf veroorzaakt. Dat dit het geval is, moet ook aangetoond worden. En als dat is

aangetoond, is er dus wel degelijk reden om iemand op te nemen.

Gelet op de huidige situatie durf ik deze wijziging aan. De praktijk leert immers dat er wel degelijk sprake is van dreiging van gevaar voor betrokkene zelf. Ik weeg dit af tegen de betrekkelijk korte tijd dat iemand inderdaad zoals u zegt van zijn vrijheid is beroofd, maar dan wel op grond van een geneeskundige verklaring en toetsing door de rechter.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij zijn het erover eens dat er problemen en ongewenste situaties zijn waarvoor oplossingen nodig zijn. Wij zijn het er niet over eens dat wat u nu voorstelt een oplossing is.

Ik wil terug naar mijn eerdere vraag over het geval dat er na drie weken opname geen duidelijkheid is over de psychische stoornis. Mensen uit de praktijk zeggen dat dit heel vaak het geval zal zijn, omdat het allemaal veel te complex is om in drie weken te kunnen vaststellen. U zegt: in dat geval kan worden overgegaan tot verlenging met twee weken, zodat het onderzoek vijf weken kan duren. Ook dat is vaak nog een veel te korte periode om een diagnose te kunnen stellen of een duidelijk beeld te kunnen krijgen van de problemen van de patiënt. In antwoord op mijn vraag zei u daarstraks: ja, maar dan kan men daarna overgaan tot een voorwaardelijke machtiging.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Bijvoorbeeld, maar ook een voorlopige machtiging is mogelijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, maar dan moet het op dat moment wel mogelijk zijn geweest om een diagnose te stellen, terwijl ik juist zeg dat dat vaak niet mogelijk is. Het voorbeeld dat u noemt, klopt dus niet. Het gaat mij om die situatie waarin het binnen vijf weken niet mogelijk is gebleken een juiste diagnose te stellen. Het gaat dus om het geval dat iemand vijf weken ter observatie opgenomen is geweest, maar er niets kon worden vastgesteld. Wat moet er dan met zo iemand gebeuren?

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u hierop kort antwoordt, mevrouw Van der Hoek, en dan uw betoog vervolgt. Kunt u mij aangeven hoelang u nog nodig denkt te hebben? U had ongeveer een kwartier of twintig minuten spreektijd opgegeven. U bent natuurlijk veel geïnterrumpeerd, maar zo langzamerhand ben ik het zicht kwijt op de tijd die u nog nodig denkt te hebben.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Als ik niet meer word geïnterrumpeerd, denk ik nog een minuut of vijf nodig te hebben.

Ik denk dat er een situatie kan ontstaan waarin er wel degelijk een diagnose kan worden gesteld en de behandelaar de patiënt heeft kunnen bereiken binnen de periode van drie of vijf weken die hij hem binnen de muren heeft. Ik ben ervan overtuigd dat er situaties zijn waarin iemand ertoe kan worden gebracht om zelf in te stemmen met behandeling. Dat is het grote verschil met de huidige situatie waarin mensen helemaal niet worden bereikt, pas in een crisissituatie worden opgenomen en dan ineens wel behandeld kunnen worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Het spijt mij, voorzitter, dat ik er weer naar moet vragen, maar ik heb die vraag nu tot drie keer toe gesteld zonder er een antwoord op te krijgen. Mij gaat het om situaties waarin niet geldt wat mevrouw Van der Hoek stelt; situaties waarin mensen vijf weken opgenomen zijn geweest zonder dat men na die periode weet wat er met die patiënten aan de hand is. Dan moet er dus iets gebeuren.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Dat heb ik u net uitgelegd. Ik refereer aan een inbewaringstelling. Dan is er sprake van een soortgelijke situatie: iemand is opgenomen en er is een verlenging nodig van een bepaalde maatregel. Bijvoorbeeld omdat er geen sprake meer is van een ernstig vermoeden van gevaar kunnen mensen dan na een bepaalde tijd weer worden ontslagen, en terecht. Dat kan hier ook gebeuren. Juist omdat de opname kortdurend is, moet er sprake zijn van een ernstig vermoeden, getoetst door de rechter. U herhaalt uw vraag, maar ik blijf ook herhalen dat het niet een kwestie is van het zomaar van straat oppakken of uit huis halen van iemand. Er kan wel degelijk aanleiding zijn voor een rechterlijke toets. Het kan inderdaad gebeuren dat mensen na drie weken worden ontslagen, maar dan is in ieder geval de situatie, waarin sprake was van het ernstige vermoeden dat de patiënt een gevaar is voor zichzelf en de omgeving, getoetst door de rechter. In Nederland wordt niemand zomaar opgepakt. Niemand hoeft bang te zijn dat hij zomaar drie weken van zijn vrijheid wordt beroofd. Dat kan ook met dit wetsvoorstel niet. Ik hecht eraan te benadrukken dat het uiteindelijk om een kleine groep gaat en dat 90 tot 95% van de mensen met of zonder medicatie hun plaats in de maatschappij hebben gevonden of gaan vinden. Het gaat om mensen die niet benaderbaar zijn. Deze observatiemachtiging is ook geschreven conform de procedure van de Wet BOPZ. De rechter moet dus op grond van een geneeskundige verklaring een oordeel vellen over het verzoek tot opname. Dit is dus geen Ceausescu-methode, zoals mij via de pers door sommigen is verweten, maar een zorgvuldige procedure.

De vraag is opgeworpen of de observatiemachtiging zich wel verdraagt met artikel 5 van het EVRM. Ik refereer in dit verband aan het arrest van 5 oktober 2000 van Varbanov tegen de staat Bulgarije, het laatst verschenen arrest van het Europese Hof op dit gebied. Daarbij ging het om een gedwongen observatieopneming. In zijn uitspraak heeft het Hof niet gezegd dat een gedwongen opneming ter observatie sowieso niet acceptabel is. Als dat wel het geval was geweest, had de klacht van deze Bulgaarse patiënt toegewezen kunnen worden en zou de uitspraak een stuk korter zijn geweest. Het Hof wees de observatiemachtiging als zodanig niet af. Het heeft nauwkeurig aangegeven wanneer gedwongen opneming toegestaan is. Essentieel is dat de gedwongen opname niet willekeurig mag zijn en dat daarom de verklaring van een medisch deskundige beschikbaar moet zijn. Als de patiënt niet wil meewerken, baseert die deskundige zich desnoods op een dossier, maar een daaraan voorafgaande waardering van de situatie door een psychiater is onmisbaar. Voor de goede orde verwijs ik naar de paragrafen 46 t/m 48 van het Varbanov-arrest. De voorgestelde observatiemachtiging past binnen deze eis. Uit het nieuwe artikel 14h, lid 4, gelezen in relatie tot met artikel 5 van de Wet BOPZ, volgt dat de rechter niet mag toestemmen in een observatiemachtiging als de vordering van de officier van justitie

niet vergezeld gaat van een door een psychiater opgemaakte geneeskundige verklaring. Uit die verklaring dient ook te blijken dat er een ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestesvermogens van de patiënt gevaar kan opleveren. Op grond daarvan kan de patiënt maximaal drie weken worden opgenomen; die periode kan eventueel worden verlengd. Geconcludeerd kan worden dat er door inschakeling van de psychiatrische deskundigheid voldoende waarborgen zijn dat de opname niet willekeurig is. Er is dan ook geen strijd met het EVRM. In dit verband verwijs ik ook nog even naar de aansluiting bij artikel 20 van de Wet BOPZ. Als de observatiemachtiging niet kan vanwege onverenigbaarheid met het EVRM, kan ook de inbewaringstelling niet. Terecht bepaalt het EVRM dat willekeurige opnames niet mogen. Vanzelfsprekend respecteer ik ook de zelfbescherming en de zelfbeschikking. Ik heb echter eens een brief van een vader gehad waarin hij zich afvroeg wat er van de zelfbeschikking van zijn zoon overblijft als hij op straat zwerft, zichzelf verwaarloost en zichzelf misschien iets aandoet.

De heer **Dittrich** (D66): U merkt wel aan de reacties van de collega's dat er enorm veel vragen zijn over uw amendement. Waarom hebt u dit amendement wel aan allerlei organisaties voorgelegd en niet aan de Raad van State? Dan hadden wij hier op basis van een ordentelijk advies van die Raad van State kunnen discussiëren. De Raad van State had dan ook het arrest dat u zojuist aanhaalde kunnen vergelijken met artikel 5 EVRM en met jurisprudentie van de Hoge Raad.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Wij praten hier over het inschrijven in de Wet BOPZ met een aantal waarborgen via de rechter en de geneeskundige verklaring. Overigens dacht ik dat wij het wetsvoorstel in mei zouden behandelen en daarom heb ik die mogelijkheid vanwege de tijd niet benut. Ik ben er nog steeds van overtuigd dat er sprake is van een goede inbedding in de BOPZ. Bovendien is er dan nog dat Varbanov-arrest waaruit blijkt dat er geen sprake is van tegenstrijdigheid met het EVRM. Door het uitstel van de behandeling is dat tijdsargument wel anders komen te liggen, maar dat kon ik toen niet voorzien. Bovendien wil ik nog wel de reactie van de regering afwachten. Na overleg met de mede-indiener van het amendement, de heer Passtoors, zal ik er in tweede termijn op terugkomen. Ik wil toch graag eerst de reactie van de regering horen, met name als het gaat om dat arrest, want het belangrijkste argument van de regering is toch dat het strijdig zou zijn met artikel 5 EVRM.

De heer **Dittrich** (D66): Mag ik uw antwoord dat zo interpreteren, dat u de mogelijkheid openlaat om de behandeling van het wetsvoorstel door te laten gaan, dat uw amendement er als het ware wordt uitgelicht en wellicht later in een andere vorm en op een ander moment in de Kamer weer naar voren komt?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik heb het amendement ingediend en dat is ook mijn recht als parlementariër. Ik houd dat uiteraard overeind, maar ik wil wel de beantwoording van de regering afwachten.

De heer **Dittrich** (D66): U bent het wel met mij eens dat het wat ongelukkig is dat de Raad van State daar niet over heeft kunnen adviseren?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Er zijn wel vaker amendementen die zonder de Raad van State te hebben gepasseerd hier worden aangenomen. Op zich is dat ook niet zo noodzakelijk als je ervan overtuigd bent dat deze observatiemachtiging past binnen de BOPZ en het Europees recht. Ik ben natuurlijk niet doof voor argumenten van collega's en uiteraard ook niet van de regering, dus ik zal mij hierover in tweede termijn nader uitlaten!

De **voorzitter**: Wilt u nu afronden?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik zal heel kort afronden. In de richting van de heer Buijs moet ik nog zeggen dat het inderdaad een en-en-verhaal is. Je bent er niet met het indienen van wetswijzigingen. De PvdA-fractie heeft de afgelopen jaren op verschillende manieren geld proberen vrij te krijgen en zal dat weer doen bij de algemene beschouwingen. Het gaat erom dat mensen op een goede manier moeten kunnen worden opgevangen en dat geldt natuurlijk niet alleen voor de GGZ-sector. Mensen moeten niet voor langere tijd in politiecellen worden opgevangen naar in speciale voorzieningen en daarvoor is ook geld nodig. Ik wijs nog maar eens op de wachtlijsten en de dak- en thuislozenzorg. Wij zullen er dus in ieder geval op terugkomen, maar mijn vraag aan de minister van VWS nu is hoe zij dat voor de nabije toekomst denkt op te kunnen lossen.

Ik heb een aantal wijzigingen voorgesteld die op korte termijn een oplossing kunnen bieden voor dringende maatschappelijke problemen of daaraan in ieder geval tegemoet komen. Die moeten uiteraard worden geëvalueerd, maar mijn fractie wil de vierjaarlijkse evaluatie die binnenkort verschijnt, graag gebruiken voor een fundamentele discussie over de werking van de Wet BOPZ. Er moet een evenwicht worden gevonden tussen de noodzakelijke rechtsbescherming en het recht op zelfbeschikking van de patiënt enerzijds en een doeltreffende behandeling anderzijds, opdat de patiënt zo kort mogelijk hoeft te worden opgenomen en goed en volop kan participeren in de maatschappij.

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw Van der Hoek heeft de minister een vraag gesteld over geld voor de geestelijke gezondheidszorg en opvang. Ik wil die vraag graag aan haar stellen. Wat wil de fractie van de PvdA? Kunnen wij daarvoor extra geld verwachten?

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Mevrouw Kant heeft gezien dat wij een aantal moties hebben ingediend en gehoord wat wij hebben gezegd bij de behandeling van de voorjaarsnota. Wij wachten nu het antwoord van de regering af. Verder zullen wij dit onderwerp bij de algemene beschouwingen over de miljoenennota zeker aan de orde stellen.

Voorzitter: Weisglas

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De commentator van het Dagblad Trouw schreef op 18 augustus jl. dat: ''...de visie op psychiatrische patiënten op en neer golft met de last die de samenleving van zwaar gestoorde mensen heeft. Dat lijkt een cynische constatering, maar de discussie die nu gaande is over het gemakkelijker gedwongen

opnemen van mensen en onder dwang toedienen van medicijnen is wel degelijk ingegeven door de toegenomen overlast van psychotische mensen op straat.''

Wij spreken vandaag opnieuw over wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, in het dagelijks spraakgebruik ook wel kortweg de Wet B, O, P, Z en – nog wat slordiger – de Wet BOPZ genoemd.

Bij een zeer gecompliceerde wet als deze kan een terugblik op de – in dit geval lange – ontstaansgeschiedenis verhelderend werken. Het geeft een uitstekend beeld van de golfbeweging zoals de commentator in Trouw ook schetst. Het oorspronkelijke wetsvoorstel uit 1971 ademde nog typisch het gedachtegoed van de jaren zestig. Dit in tegenstelling tot de Wet BOPZ zoals die er nu uitziet. Was in het oorspronkelijke wetsvoorstel in geval van onvrijwillige opname de vrijheid van de patiënt duidelijk ondergeschikt aan de vrijheid van zijn omgeving, thans is dankzij de emancipatie en de verbetering van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt de weegschaal in de in de jaren tachtig en begin negentig tot stand gebrachte wet meer naar de andere kant doorgeslagen. Een soort pendulebeweging.

Hoewel de SGP-fractie zich in het verleden – ik memoreer het feit dat mijn gewaardeerde voorganger ds. H.G. Abma jarenlang als voorzitter van de toenmalige bijzondere commissie voor wetsvoorstel 11270 heeft gefungeerd – maar ook tot op de dag van vandaag altijd zeer betrokken heeft gevoeld bij de ontwikkelingen rond de Wet BOPZ, kan zij niet zeggen welke van de twee uitersten haar nu het meest aanspreekt. Zoals in veel gevallen ligt ook hier de waarheid ergens in het midden. Het gaat immers om het zoeken naar de juiste balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt enerzijds en het recht op noodzakelijke zorg en bescherming van belangen van zichzelf en andere personen anderzijds. Dat is een kwestie van zorgvuldig aftasten en fijnzinnig afstemmen, want die precaire balans kan maar al te licht verstoord raken, hetgeen uiteindelijk weer ten nadele van de patiënt zelf uitwerkt. Dat moet vanzelfsprekend worden voorkomen.

Uit het voorliggende wetsvoorstel spreekt de zoektocht naar het optimum bij de invoering van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. Zowel de reacties in de media als de vele ingediende commentaren illustreren overduidelijk dat het niet onomstreden is of met dit wetsvoorstel en de daarbij reeds lang tevoren aangekondigde amenderingen het optimum daadwerkelijk onder handbereik is gekomen. Dat geeft naar de mening van de SGP-fractie temeer het belang aan van een zorgvuldige gedachtewisseling tussen Kamer en kabinet tijdens de plenaire afronding van dit wetsvoorstel. Immers, juist bij een ingewikkelde wet als de BOPZ die een weerbarstige en complexe materie en de daarbij gegeven verschijnselen in onze samenleving probeert tegemoet te treden en die tot nog toe tot vele interpretatieproblemen aanleiding heeft gegeven, dient de wetsgeschiedenis aan de nodige helderheid bij te dragen.

Uiteraard moet eerst de vraag worden gesteld of er wel een probleem is. Dat probleem is er, maar waardoor is het ontstaan? Als je mensen uit het veld spreekt, stuit je allereerst op de indringende constatering dat het in ieder geval ook gaat om een capaciteitsvraagstuk in de GGZ. Vervolgens blijkt dat het ook van het grootste belang is dat er heldere criteria vigeren, bijvoorbeeld over het gevaarscriterium. Hoe wordt daar bijvoorbeeld in de verschillende regio's mee omgegaan? Er is hierover in interrupties gesproken door collega's die daar veel meer bij waren en zijn betrokken. Zij weten waarschijnlijk dan ook meer, maar dat neemt niet weg dat ook mij die signalen bereiken. Zo wordt er gezegd: zorg ervoor dat er heldere criteria komen en uniformiteit en laten wij, verondersteld dat die capaciteitsproblematiek van lieverlee tot een oplossing is gebracht, daarna eerst bezien hoe een en ander zich precies in de praktijk ontwikkelt.

Er is wel degelijk een probleem en dus wordt deze discussie terecht gevoerd. De essentie van dit wetsvoorstel is de voorwaardelijke rechterlijke machtiging en dat instrument is een in beginsel door de SGP-fractie te accepteren instrument. Dit instrument voorziet immers in een oplossing voor het vacuüm tussen de vrijwillige ambulante behandeling en de onvrijwillige intramurale opneming. Het is een maatregel waarbij sterke drang op de patiënt wordt uitgeoefend om een behandeling te ondergaan in de eigen thuissituatie. Een eventuele gedwongen opname in een psychiatrische inrichting fungeert daarbij als stok achter de deur.

Tijdens de schriftelijke voorbereiding zijn de juridische aspecten van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging reeds uitgebreid aan de orde geweest. In mijn bijdrage aan de plenaire afronding zal ik daarom het accent leggen op een aantal infrastructurele consequenties van het voorliggende wetsvoorstel. De regering heeft op vragen van mijn fractie nog eens duidelijk gesteld dat de voorwaardelijke machtiging alleen aan de orde is bij personen die op basis van de huidige regelgeving voor een gedwongen opname in aanmerking komen. Ik concludeer daaruit dat de inwerkingtreding van deze maatregel ertoe zal leiden dat de capaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen beter kan worden benut. Anderzijds constateer ik ook dat als gevolg van dit voorstel de gemiddelde zorgzwaarte in de psychiatrische inrichtingen sterk zal toenemen. De daar beschikbare capaciteit wordt immers voor daartoe meer geëigende gevallen ingezet. Dat zou althans een gevolg van deze operatie moeten zijn en dat betekent een verzwaring van de gemiddelde zorgzwaarte.

De SGP-fractie vraagt zich af of de menskracht en de middelen van de huidige instellingen daarvoor voldoende geoutilleerd zijn. De capaciteit schiet op dit moment namelijk schromelijk tekort. De voorbeelden van Amsterdam hebben royaal de media gehaald in de achterliggende maanden. Dat moet veranderen. In de komende tijd zullen wij daar zeker over komen te spreken; dat moge duidelijk zijn. Kan de minister aangeven hoe zij de door mij geschetste toename van de gemiddelde zorgzwaarte in de intramurale GGZ-instellingen ten gevolge van de introductie van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging denkt op te kunnen vangen?

Ook in de sfeer van de ambulante behandelmogelijkheden zal de invoering van een voorwaardelijke rechterlijke machtiging ongetwijfeld zijn weerslag hebben. In de stukken wordt slechts vrij summier op deze consequenties ingegaan. Vandaar dat ik de minister expliciet vraag om aan te geven hoe de formele en

informele ambulante behandelstructuur rond de patiënt – ik denk daarbij zowel aan de behandelaar en de overige hulpverleners als aan de familie en de omgeving – moet zijn georganiseerd en gemobiliseerd. Hoe wordt het toezicht daarop vorm gegeven? Zijn er algemene beleidslijnen voor bijvoorbeeld depotmedicatie met regelmatige controle?

De SGP-fractie hecht er sterk aan dat de ambulante behandelinfrastructuur adequaat toegerust is om patiënten met een voorwaardelijke rechterlijke machtiging verantwoord op te kunnen vangen. Gezien de huidige situatie binnen de GGZ ben ik daar niet zo zeker van. De uitvoering van het voorliggende wetsvoorstel mag toch niet vanwege tekortschietende ambulante behandelmogelijkheden en een inadequate steunstructuur in goede bedoelingen blijven steken. Welke extra maatregelen wil de minister nemen om het formele en informele hulpaanbod buiten de inrichting zodanig te verbeteren of te stimuleren dat de doelstelling van het voorliggende wetsvoorstel binnen bereik komt?

Ik vervolg mijn betoog aan de hand van de ingediende amendementen. De toelichtingen op de amendementen op de stukken nrs. 10 en 11 van de collega's Dittrich en Hermann – ik ga ze in volgorde van nummer af – spreken voor zichzelf. De SGP-fractie kan zich daarin vinden. Uiteraard zijn wij benieuwd naar de reactie van de regering. Over het amendement op stuk nr. 12 van dezelfde collega's heeft de SGP-fractie nog twijfels, met name over de huidige overbelasting van de rechterlijke macht. De beoogde wijziging van het wetsvoorstel lijkt aan die belasting nog een component toe te voegen. Daar moet een heldere meerwaarde tegenover staan. De directe meerwaarde voor de patiënt en zijn omgeving is mij nog niet in alle opzichten duidelijk.

Het amendement op stuk nr. 13 van de collega's Van der Hoek en Passtoors is wel een zeer pregnante illustratie van hetgeen ik aan het begin van mijn betoog schetste, namelijk de zoektocht naar de juiste balans tussen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt enerzijds en het recht op noodzakelijke zorg en bescherming van belangen van andere personen anderzijds. In het circuit van de dak- en thuislozen is inderdaad sprake van een toenemende groep mensen zonder ziekte-inzicht, die elke vorm van hulpverlening en behandeling steevast afwijst. Daarnaast valt ook niet te ontkennen dat er velen zijn, die eenzaam in hun thuissituatie verkommeren. Dat zijn intrieste situaties, waar deze mensen zich in bevinden. Vaak kan alleen een ingreep van buitenaf daar enige verandering in bewerkstelligen. De SGP-fractie voelt wat dat betreft veel sympathie voor hetgeen de indieners van dit amendement beogen. Het gaat dan in de eerste plaats om het bestwil van de patiënt zelf, maar in de tweede plaats ook om de naaste omgeving, die vaak met een ernstig mentaal of fysiek probleem te maken heeft. Die omgeving kan ook de nodige overlast ondervinden.

Maar is dit wijzigingsvoorstel wel voldoende gerijpt? Collega Dittrich heeft aan de indieners ervan gevraagd waarom zij geen advies aan de Raad van State hebben gevraagd. Dat is niet de meeste gebruikelijke weg. Ik zeg niet dat het een onbegaanbare weg is, maar ik herinner mij dat ook collega Dittrich in de loop der jaren wel amendementen heeft ingediend waaraan geen advies van de Raad van State was toegevoegd. Wij moeten niet selectief winkelen. Ik verdedig niet de indieners van het amendement, want dat moeten zij zelf doen. Ik maak alleen deze kanttekening omdat iemand het toch even hardop moet zeggen.

De heer **Dittrich** (D66): De indieners hebben over dit onderwerp vragen gesteld aan de regering. Het antwoord daarop was dat een en ander niet past in het raamwerk van het wetsvoorstel, dat er daarvoor een andere procedure moet worden gevolgd en dat onderzoek nodig is. Toch is er een amendement ingediend. Het voorbeeld dat u noemt, is niet juist. In de gevallen waarin de regering mij op die manier heeft geantwoord – ik weet precies waarop u doelt – heb ik een initiatiefwetsvoorstel opgesteld om zelf via de Raad van State de koninklijke weg te bewandelen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb de stukken uiteraard gelezen en u behoefde mij dan ook niet toe te lichten op dit punt. Zowel de Kamer als individuele leden hebben het volste recht om op elk tijdstip een voorliggend wetsvoorstel te amenderen. Leden kunnen een amendement indienen – het is weliswaar de vraag of dat wijsheid is – zonder het advies van derden in te winnen.

Ook bij de SGP-fractie leeft de vraag of het voorstel in het amendement op stuk nr. 13 voldoende is gerijpt. Op het welles-nietesspelletje over de mogelijke strijdigheid met artikel 5 van het EVRM heeft mevrouw Van der Hoek haar visie gegeven. Los daarvan is dwangopname van een bepaalde categorie enorm ingrijpend. Mijn fractie vreest niet voor het ontstaan van situaties zoals in het voormalig Oostblok, maar een grondige bestudering van deze complexe problematiek is wel gewenst. Ik ben dan ook benieuwd naar de reactie van de regering op dit amendement. De SGP-fractie juicht het toe als de regering in ieder geval met de doelstelling van dit amendement aan de slag gaat, want het is onwenselijk dat een groep mensen die behoefte heeft aan psychiatrische zorg en uiteindelijk een gevaar voor zichzelf vormt, in de kou blijft staan. Wij moeten met elkaar een verantwoorde oplossing voor dit probleem zoeken. Gelet op de noodzakelijke zorgvuldigheid bij dat proces, vraag ik de regering om een beschouwing ten aanzien van de rijpheid van het voorstel. In dit kader vraag ik ook aandacht voor de asielfunctie van de openbare GGZ. Het is belangrijk dat de capaciteit daarvan voldoende is toegerust om de toenemende problematiek van verkommerden en verloederden op te vangen. Zijn de ministers bereid om de Kamer over dit onderwerp een notitie te doen toekomen?

Namens de SGP-fractie heb ik de amendementen op de stukken nrs. 14, 15 en 16 medeondertekend. Aan de verdediging van deze amendementen door mevrouw Van der Hoek heb ik niets toe te voegen. De SGP-fractie is van mening dat het schrappen van het woord ''ernstig'', zoals voorgesteld in het amendement op stuk nr. 15, een verruiming betekent van de mogelijkheden om patiënten in situaties van gevaar onder dwang te behandelen. Dit wijzigingsvoorstel biedt meer mogelijkheden om uit impasses te geraken. Ik ga ervan uit dat hulpverleners verstandig met deze bepaling zullen omgaan. De trefwoorden voor de houding van de hulpverlener ten aanzien van de

patiënt waren indertijd immers: behoedzaamheid, terughoudendheid en vertrouwenwekkendheid. Daar blijft het wat ons betreft qua uitgangspunten om gaan. Naast het feit dat bij hen een gedeelte van de onmacht die zich in bepaalde situaties evident voordoet, wordt weggenomen, staat – en dat is de keerzijde van de medaille – begrijpelijkerwijze de vrees van cliëntenorganisaties dat patiënten eerder ''platgespoten'' worden.

Het amendement op stuk nr. 17 van mevrouw Hermann kan vooralsnog eveneens op de instemming van mijn fractie rekenen, maar ook wat dit betreft vernemen wij graag eerst het oordeel van de ministers voordat wij tot een eindbeoordeling komen.

Voorzitter. Het geheel overziende, komt mijn fractie tot de conclusie dat als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel en een aantal amendementen het tij meer en meer lijkt te kenteren. Dat lijkt ons een goede en te verantwoorden ontwikkeling. Het zware accent op het zelfbeschikkingsrecht van de psychiatrische patiënt – dat accent vormde in de discussie van 1992 de leidraad; ik was erbij – heeft op majeure wijze in de praktijk doorgewerkt, hetgeen heeft geleid tot onmogelijkheden die zich hebben vertaald in een gevoel van machteloosheid, daar waar men voor betrokkene het goede zoekt maar door wet- en regelgeving wordt tegengehouden. Dat accent wordt nu wat omgebogen in de richting van een proactieve houding van hulpverleners versus de psychiatrische patiënt die erop is gericht erger te voorkomen.

Voorzitter. De laatste jaren hebben allerlei voorvallen, met soms levensbedreigende situaties, overduidelijk de noodzaak aangetoond om het genoemde zelfbeschikkingsrecht in bepaalde situaties en uiteraard onder strikte condities ondergeschikt te verklaren aan het belang van de noodzakelijke zorg ten behoeve van de patiënt en de bescherming van zijn belangen en die van zijn omgeving. Er zijn vooraanstaande deskundigen die bepleiten dat wij terugkeren naar het oude ''bestwilprincipe''. Ik verwijs naar het oordeel van psychiater Höpper, weergegeven in NRC Handelsblad van 16 augustus 2001. De fractie van de SGP heeft belangstelling voor die discussie, zonder daaraan nu al een politiek oordeel te verbinden. Wat is de visie van de regering hierop?

Voorzitter. Tijdens het algemeen overleg van 26 maart 1998 over het kabinetsstandpunt betreffende de evaluatie van de Wet BOPZ is uitgebreid en diepgaand gediscussieerd over een aantal belangrijke vraagstukken rondom ambulante dwangbehandeling, de uitbreiding van de criteria voor dwangbehandeling voor patiënten zonder ziekteinzicht, en de zelfbindingsverklaring. De SGP-fractie heeft voorliggend wetsvoorstel geïnterpreteerd als een uitwerking van het eerste vraagstuk, de ambulante dwangbehandeling. Het amendement van mevrouw Van der Hoek en de heer Passtoors geeft min of meer handen en voeten aan het tweede element, de dwangbehandeling voor patiënten zonder ziekte-inzicht. Resteert het aspect van de zelfbindingsverklaring. Ik herinner eraan dat de toezegging is gedaan dat de Wet BOPZ op dit punt wordt herijkt, aangevuld enz. Echter, deze zomer heb ik uit berichten in de media moeten opmaken dat de minister wat dit betreft twijfelt. Zijn die berichten juist en, zo ja, wat zijn dan de redenen?

□

De heer **Buijs** (CDA): Mijnheer de voorzitter. Ik zal toelichten hoe ik mijn bijdrage wil opbouwen. Het stellen van een diagnose is niet altijd even gemakkelijk, laat staan het instellen van de juiste therapie. Waarom ik dat zeg, blijkt ook uit mijn bijdrage. Ik wil in de eerste plaats ingaan op het wetsvoorstel en kijken of voor de klachten die de maatschappij heeft, die wij hebben en die psychiaters mogelijk hebben, na nader onderzoek en bevestiging van de diagnose dit instrumentarium als een goed therapeutisch instrument zou kunnen dienen. Ik heb daar een aantal vragen over. Ik ben ook heel benieuwd wat de minister daarover zal zeggen. Tijdens die zoektocht heb ik ontdekt dat er waarschijnlijk onder de eerste diagnose een veel grotere diagnose ligt. Ik wil dat in het tweede gedeelte van mijn betoog erbij hebben. Dat heeft met de maatschappelijke context van een en ander te maken.

In zijn schriftelijke bijdrage heeft het CDA aangegeven dat het toch nog niet geheel duidelijk voor ogen heeft voor welke knelpunten in de bestaande Wet BOPZ de voorwaardelijke machtiging nu een oplossing zou bieden. Ook na lezing van de nota naar aanleiding van het verslag is het mijn fractie nog niet geheel en al duidelijk wat nut en noodzaak van deze wetswijziging is. Wij willen ons echter graag laten overtuigen, ook later in de uitleg van de minister. Ik wil dit toetsen aan de hand van een aantal vragen oftewel wie, wat, waar en waarom. Wie komen voor deze wet in aanmerking? Wat voegt deze wet toe aan de huidige regeling? Waar moeten wij deze wet plaatsen in relatie tot andere voorgenomen wijzigingen van de Wet BOPZ en waarom nu deze wijziging, terwijl eind dit jaar verdergaande wijziging nog verwacht mag worden?

Voor wie is deze voorwaardelijke machtiging bedoeld oftewel wat is de reikwijdte van deze wet? De nota naar aanleiding van het verslag is daar duidelijk over. Het is dezelfde categorie waarvoor de inhoud en de reikwijdte van het gevaarscriterium bij de voorwaardelijke machtiging gelijk is aan die van de gewone rechterlijke machtiging, strekkende tot gedwongen opname. Dus geen verschil in categorieën. Dat is in elk geval duidelijk uit de nota naar aanleiding van het verslag. Het gaat dus niet om de categorie van zorgwekkende zorgmijders. Het gaat ook niet om de verkommerden en verloederden. Het gaat ook niet om de psychogeriatrische patiënten. Het gaat ook niet om de verstandelijk gehandicapten. Volgens de nota naar aanleiding van het verslag horen deze laatste categorieën toch al opgenomen te zijn, omdat zij zich niet zelfstandig buiten een inrichting kunnen handhaven.

Maar toch zijn het juist deze categorieën patiënten die vooral in onze grote steden een zwervend en doelloos bestaan hebben. Dat is, zoals de heer Van der Vlies zojuist uitduidde, eigenlijk ook de maatschappelijke context die veel indringender op ons afkomt dan de groepering waarmee wij bezig zijn en voor wie deze voorwaardelijke machtiging bedoeld is. De minister heeft al eerder gezegd en geschreven dat die groep van verloederden, verkommerden en zorgwekkende zorgmijders geholpen moet worden met de intensieve bemoeizorg. Ik ben het daar helemaal mee eens, maar het is jammer dat de nota naar aanleiding van het verslag niet verder ingaat op de wijze waarop deze problematiek zal worden

aangepakt en hoe deze categorie ook in de toekomst duidelijk te scheiden zal zijn van de categorie die wel in aanmerking komt voor een voorwaardelijke machtiging. Als je het gevaarscriterium in zijn brede vorm zou zien, moet het toch ook van toepassing zijn op mensen die zichzelf in ernstige mate verwaarlozen of te gronde richten.

Maar goed, als het niet deze groep is, maar een andere, wil dat nog niet zeggen dat deze groep geen hulp nodig heeft. De mening van mijn fractie is dat de hulpverlening juist voor die grote categorie verkommerden, verloederden en zorgwekkende zorgmijders dringend nodig is en dat daar, ook in de maatschappelijke context, de hulpverlening op dit moment duidelijk tekortschiet. Kijk naar de dak- en thuislozenopvang. Kijk naar de time-out-opvang. Kijk naar de begeleiding extramuraal en de versnippering daarvan. Ik zal toch in tweede termijn in een motie hiervoor extra aandacht vragen.

Ik keer terug naar het onderwerp. Voor wie is deze voorwaardelijke machtiging dan wel bedoeld? Er is niet gekozen voor een opsomming van ziektebeelden. Ik kan dat billijken. Waarop zouden wij in de praktijk uitkomen? Ik noem: manisch depressieve psychose en schizofrenie. Maar, voorzitter, dan rijst er, gelet op de praktijk, toch een vraag. Ik heb een eerste psychose bij een patiënt meegemaakt en was blij dat hij opgenomen kon worden voor een langdurige evaluatie en het instellen van therapie. Dat is niet altijd even gemakkelijk, maar nadat wij dit hadden gedaan, werd de patiënt met een voorwaardelijke machtiging ontslagen. Ik doel nu op de paraplumachtiging. We hadden een aantal handgrepen. Het is nu echter de vraag of de ambulante behandeling die de minister voorstelt voor veel patiënten die een eerste psychose meemaken voldoet. Ik denk zelf dat die helemaal niet zal voldoen. Ergo, het lijkt mij onwaarschijnlijk dat men bij een eerste optredende psychose al in staat is iemand ambulant te behandelen. Ik kan mij wel voorstellen dat de persoon bij recidive de ambulante behandeling ondergaat, maar dan zijn er vragen ten aanzien van de zelfbinding en zijn voorwaardelijk ontslag uit het ziekenhuis. Kortom, wat voegt het gestelde toe aan hetgeen wij reeds kennen? Overigens loop ik nu vooruit op wat in mijn tekst staat.

Wij waren bezig met het inkaderen van de groep. Ik heb aangegeven dat het gaat om de groep die dezelfde gevaarscriteria kent als de groep die opgenomen moet worden. Het gaat dus om een beperkte categorie. Ik heb ook aangegeven dat ik niet zie wat met het voorstel aan de huidige praktijk wordt toegevoegd. In dat verband heb ik een voorbeeld gegeven en daarbij gesproken over mensen met psychoses die in eerste instantie mogelijk beter klinisch behandeld kunnen worden en later met voorwaardelijke machtiging, paraplumachtiging of zelfbinding begeleid worden. Er zijn in 2000 bij de inspectie 691 voorwaardelijke ontslagen gemeld. Onduidelijk is en blijft welk aandeel ervan mogelijk voor de voorwaardelijk machtiging die met deze wetswijziging wordt bedoeld in aanmerking zou kunnen komen.

Betekent een en ander overigens dat naast het geven van de voorwaardelijke machtiging de paraplumachtiging blijft bestaan of wordt die met het aanvaarden van dit wetsvoorstel ingetrokken? De nota naar aanleiding van het verslag is daarover niet geheel duidelijk.

De regering is optimistisch als zij zegt geen verzwaring van de werkbelasting te verwachten als de voorwaardelijke machtiging wordt ingevoerd. Die verwachting kan slechts berusten op de veronderstelling dat het aanbod van het aantal patiënten die in aanmerking komen voor deze voorwaardelijke machtiging nauwelijks van enige betekenis is. De minister zal toch weten dat de tekorten extramuraal gigantisch zijn. Als de categorie die erbij komt een heel beperkte groep is, zal dat nauwelijks een verdere verzwaring betekenen. Dat ben ik met de minister eens. De werkbelasting is echter al groot. Daarop kom ik nog terug.

Voorzitter. Ik vraag mij ook af hoe wij het voorgestelde moeten zien in relatie tot allerlei andere zaken. Het is niet onbekend dat in dit land in therapeutisch opzicht overgemedicaliseerd wordt. Dat gebeurt elders ook. Het komt mij voor dat we langzamerhand van de BOPZ, die een opnamewet is, een behandelwet maken. Langzamerhand wordt deze wet net als een kerstboom opgetuigd met allerlei instrumenten. Het is echter de vraag of wij allen wel van kerstbomen houden. Nogmaals, het gaat om de brede context. De vraag is dus: hoe moeten wij deze wet zien?

Er is van alles aangekondigd. Er zou nog iets voorgesteld worden over de zelfbinding. Ik heb nog niet gehoord dat de minister enige restricties heeft aangebracht. De heer Van der Vlies sprak daarover, maar ik verneem hierover graag iets van de minister. Aan voorstellen voor het klachtrecht wordt gewerkt. Verder komt er een kabinetsstandpunt specifiek over dwangbehandeling BOPZ en dat zal worden uitgebreid met een standpunt over personen zonder ziekte-inzicht. Het Trimbos-instituut deed daarnaar onderzoek, maar ondertussen is dat afgelast. De Gezondheidsraad gaat na op welke wijze mensen die een eerste psychose doormaken vroegtijdig behandeld kunnen worden. Er is van alles en nog wat in beweging en daarom vraag ik: waarom dit wetsvoorstel nu en waarom deze voorwaardelijke machtiging? Waarom wordt dit los van alles wat nog komt besproken? Naar mijn mening zou het wenselijk zijn geweest als wij de verschillende zaken die in behandeling zijn in hun onderlinge samenhang hadden kunnen bespreken. Dat gebeurt niet. Het zij zo.

Voorzitter. Wij zijn blij dat mede op verzoek van mijn fractie in de nota van wijziging de omschrijving van ''behandelaar'' op bladzijde 11 is aangepast. Ook de tekst voor het behandelplan is gewijzigd. ''Na overleg met'' is gewijzigd in ''met instemming van''. Daar zijn wij tevreden over. Wij zijn minder tevreden over de manier waarop de rol van de geneesheer-directeur naar voren komt. Hij valt namelijk eigenlijk enigszins buiten dit kader. Wij steunen het amendement om de geneesheer-directeur er weer in te krijgen. Wij vinden het jammer dat de patiëntenvertrouwenspersoon niet op deze wijze in het wetsvoorstel een rol kan spelen. De klachtencommissie is eigenlijk onze treurnis. Verder kunnen wij – afhankelijk van het antwoord van de bewindslieden – op een groot aantal punten meegaan met het wetsvoorstel, zij het enigszins in de context.

Het tweede deel van mijn betoog vind ik veel belangrijker. Hebben wij de juiste diagnose gesteld? Zijn we bezig met de juiste therapie? Het komt mij voor dat af en toe wordt

gesuggereerd dat extra instrumenten voor psychiaters, zoals voorgesteld in dit wetsvoorstel, een einde kunnen maken aan ongewenste situaties, zoals isoleercellen en gedwongen behandeling, en aan allerlei knelpunten in de GGZ. Langzaam maar zeker hoor je geluiden om te stoppen met de vermaatschappelijking van de GGZ en terug te gaan naar het concept van ''veilig opgeborgen achter de duinen''. Dat irriteert mij enigszins; vandaar mijn emoties, geuit aan het adres van mevrouw Van der Hoek. Er is namelijk een veel dieper liggende oorzaak. De GGZ is al vele jaren stiefmoederlijk behandeld. Dat heeft te maken met twee kardinale problemen: een volstrekt tekortschietende capaciteit, met de daarbijbehorende wachtlijstproblematiek en een structuur van de GGZ die niet aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt, waarbij de samenwerking volstrekt onvoldoende is.

Ik heb dit naar voren gebracht bij de plenaire behandeling van de BOPZ in februari 2000. Ik heb toen geciteerd uit de brief van de GGZ van 24 januari 2000, waarin toen al werd gesignaleerd dat de grootste knelpunten in de psychiatrie de wachtlijstproblematiek en het capaciteitstekort zijn. De wens die uit die brief naar voren kwam, was het beschikbaar stellen van geld en capaciteit. Deze wens is door meerdere politieke partijen, waaronder die van ondergetekende, naar voren gebracht. Deze problematiek is van grote invloed op de nu ontstane knelpunten in de GGZ, waarop ik kort zal ingaan. Over de capaciteit het volgende. De minister heeft op 1 juni een brief geschreven, inclusief een overzicht. Per 1 januari 2001 waren er in de gespecialiseerde GGZ 72.000 wachtenden, waarvan 70.000 langer dan acht maanden wachten. Meer dan 27.000 personen wachten op een aanvang van de behandeling en 2600 wachten op een opname. De minister heeft duidelijk gemaakt dat zij voor dit jaar 172,5 mln gulden beschikbaar heeft gesteld voor het aanpakken van de wachtlijsten. Berichten uit de GGZ-sector maken duidelijk dat het oplossen van de wachtlijsten langzaam maar zeker vordert. Maar wie schetst mijn verbazing toen ik een week geleden een brief van de GGZ ontving – en alle collega's met mij – waarin ik mocht lezen dat voor volgend jaar de eerder toegekende 160 mln gulden niet meer beschikbaar is. Ik roep de minister op, daarover tekst en uitleg te geven en in ieder geval te kijken of dit argument op waarheid berust. Zo niet, dan zal ik in tweede termijn de minister aansporen om volgend jaar ten minste een bedrag van 160 mln gulden beschikbaar te stellen.

Evenals in de curatieve sector het geval is, zal ook in de GGZ bij het oplossen van de capaciteitsproblemen de zogenaamde verkeerde-bedproblematiek moeten worden opgelost. Een bekend voorbeeld is Amsterdam, waarbij ik de verpleeghuizen, de psychogeriatrische patiënten en de instellingen voor beschermd wonen noem. Uit de ingediende plannen blijkt dat ruim eenderde van de regio's voornemens is – hoera! – om de crisisopvang en -interventie te versterken. Dat zijn goede voornemens, maar ik vind ze toch nog weinig concreet. Ik wil de minister dan ook vragen om dit voornemen – het opvangen van crisispatiënten en crisisinterventie – om te zetten in een taskforce, waarbij aangegeven wordt binnen welk tijdspad de crisisopvang en crisisinterventie voldoende zijn om aan de vraag te voldoen. Wat mij betreft is dit in lijn met de uitlatingen van de inspecteur-generaal uit Amsterdam over crisisopvang. Het antwoord zou daarom wellicht kunnen leiden tot een oplossing in de vorm van een taskforce.

Dit betreft capaciteit en geld, maar de structuur en samenwerking zijn ook erg belangrijk. Het destijds ingezette beleid voor verdere vermaatschappelijking van de GGZ is niet gepaard gegaan met de gewenste versterking van de extramurale hulpverlening. In de brief van 18 mei, die is geschreven in het kader van Zorg verzekerd, wordt aangegeven op welke wijze de GGZ-sector verder gemoderniseerd zal worden. Dat is een goed verhaal van de minister. Zij zegt daarin dat versterking van de GGZ in de eerste lijn een essentieel onderdeel is van dit beleid. Naast algemeen maatschappelijk werk en de huisartsenzorg wordt dan ook overwogen om de eertelijnspsycholoog op te nemen in het tweede compartiment. De Kamer zal daar voor januari over geïnformeerd worden. Mijn partij is van mening dat er nu toch wel erg lang wordt gepraat over het inzetten van de eerstelijnspsycholoog. Naar onze mening dient dit dat ook snel gerealiseerd te worden. Tegelijkertijd moet er een beleid komen dat is gericht op het stimuleren van meer samenwerking binnen de GGZ. Juist dat laatste is van essentieel belang. Ik heb dat in diverse interrupties al duidelijk gemaakt.

Het mag duidelijk zijn dat het CDA nogal wat kanttekeningen heeft bij dit voorstel. Mijn fractie zal, indien de beantwoording door de minister bevredigend is, haar steun niet aan dit wetsvoorstel onthouden, maar zij dringt er wel op aan dat de voorliggende wetswijziging in samenhang wordt bezien met de aangekondigde verdergaande wijzigingen, en dat er een plan van aanpak komt om de capaciteitstekorten weg te werken en de structuur van de GGZ te moderniseren.

De **voorzitter**: Zoals wij op de klok kunnen zien, zijn wij wat achtergeraakt op het schema. Dat komt ook doordat de woordvoerders, ook als de interrupties eraf worden getrokken, wel erg optimistisch hebben ingetekend; maar het zij zo. Dat betekent wel dat ik nu ga schorsen voor de dinerpauze en dat wij na de dinerpauze doorgaan met dit onderwerp. Ik heb overigens besloten om het verslag van het algemeen overleg over gewasbescherming van de agenda van vandaag af te voeren. Dat is uiteraard medegedeeld aan de betrokken bewindslieden en woordvoerders.

De vergadering wordt van 18.50 uur tot 20.20 uur geschorst.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De wetswijziging die voorligt, is in de ogen van mijn fractie een nuttige en zinvolle aanvulling op de middelen en de maatregelen die nu al mogelijk zijn. Wij kunnen daarom wel instemmen met het voorstel zoals het er nu ligt. Dat wil niet zeggen dat wij niet nog enige vragen hebben.

Eén van die vragen is – omdat niet helemaal duidelijk is wat de effecten van de wetswijziging zullen zijn – of direct een onderzoek kan worden gestart. Ik weet dat een evaluatie is toegezegd, maar het gaat mij om iets méér, namelijk een onderzoek naar de effecten dat direct met het ingaan van de wet wordt gestart.

Daarnaast hebben ook wij vragen over de patiëntenvertrouwenspersoon. De minister heeft bij de schriftelijke behandeling positief gereageerd op deze mogelijkheid, maar heeft daar nog geen gevolg aan gegeven. Ik ben benieuwd te horen of zij daar alsnog voor voelt.

In de wetswijziging is niet voorzien in een minimaal aantal contactmomenten. Waarom heeft de minister dit niet in het voorstel opgenomen? Ik ben geneigd om het amendement op dit punt te steunen, maar wacht de toelichting van de minister af.

Zoals al gezegd, is nog niet te overzien wat de gevolgen zullen zijn van het voorliggende voorstel. De minister zegt niet te verwachten dat het tot veel veranderingen leidt, in ieder geval niet tot werkdrukverandering binnen de psychiatrie, maar wij weten niet precies hoe dat uit zal gaan pakken. Omdat het hier om een nieuwe mogelijkheid gaat, is het denkbaar – al is dat niet de bedoeling van de nieuwe wet – dat mensen die anders gedwongen zouden worden opgenomen, nu niet meer gedwongen worden opgenomen, maar in plaats daarvan wordt gekozen voor een voorwaardelijke machtiging. Dan komt ook de vraag op waarom mensen in bepaalde situaties niet langer gedwongen worden opgenomen. Het is niet uit te sluiten dat er mede een relatie ligt met plaatsgebrek in instellingen. Ik zeg niet dat dit zal gaan gebeuren, maar ik wil wel dat de gevolgen van de nieuwe wet goed in de gaten worden gehouden.

Toen ik de behandeling van de wetswijziging voorbereidde, heb ik mij vooral beziggehouden met de vraag wat deze wetswijziging niet oplost. Als ik naar de werkelijke situatie kijk, moet ik toch zeggen dat mij op twee punten een gevoel van schaamte bekruipt. In de eerste plaats is dat de situatie van psychiatrische patiënten die in ons land op straat zwerven en die verloederen en verwaarlozen, waarbij wij met ons allen lijdzaam toezien. In de tweede plaats is dat het geval bij psychiatrische patiënten die zich in isoleercellen bevinden. GGZ Nederland heeft het in een brief verwoord als ''Separatie is een ordemaatregel, geen therapeutische interventie, patiënten voelen zich in de steek gelaten''. Het is inderdaad beschamend dat het toch soms zo moet worden opgelost.

Schaamte of onmacht, wat is het eigenlijk? Het is natuurlijk uit onmacht dat wij op dit moment niets doen of kunnen doen aan die situaties. Bij mij overheerst schaamte, want als het dan onmacht is, moet die worden omgezet in mogelijkheden om toch iets te doen. Het verwijzen naar onmacht vind ik bij deze situaties eigenlijk een soort schaamlap. Eerlijk gezegd, denk ik ook niet dat het onmacht is, tenminste niet zozeer onmacht vanwege de wet waardoor wij bepaalde dingen niet zouden kunnen. Ik denk dat het in de loop der jaren meer een soort attitude is geworden en een gebrek aan praktische mogelijkheden. Als er nu niet voldoende gebeurt voor deze groepen, moeten wij erover nadenken hoe dat komt en wat eraan te doen is.

Zo nadenkend, kwam ik tot drie oorzaken. De eerste is de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Op zich is daar natuurlijk helemaal niks mis mee, maar er zijn onvoldoende alternatieve ontwikkeld waardoor er een gat is gevallen in de geestelijke gezondheidszorg. De tweede factor in dezen vormen de tekorten die wij op dit moment hebben in de geestelijke gezondheidszorg met als gevolg wachtlijsten, te weinig mogelijkheden voor ambulante zorg, te weinig mogelijkheden voor voldoende bemoeizorg, hoge werkdruk in de instelling, te weinig plek in de crisisopvang en te weinig plek bij begeleid wonen. Ten derde is er het doorgeslagen zijn van onze opvatting over wat nog eigen verantwoordelijkheid is en zelfbeschikking en over het punt waarop wij mensen zouden moeten beschermen. Ik loop deze punten even langs en kom dan vanzelf op dingen die vandaag in de discussie aan de orde zijn geweest.

Allereerst de vermaatschappelijking en het ontbreken van voldoende alternatieven. Erkent de minister dat dit iets is wat gebeurd is? Als wij een gat hebben laten vallen in die zorg door de vermaatschappelijking en door het onvoldoende ontwikkelen van alternatieven, waarom zorgen wij dan niet voor meer mogelijkheden? Er zijn wel goede initiatieven, maar te weinig. Ik doel op bemoeizorg, gespecialiseerde thuiszorg in bijvoorbeeld Amsterdam en intensieve ambulante begeleiding. Ik ben een dag mee geweest met de speciale thuiszorg in Amsterdam. Die wordt geboden door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die mensen thuis bezoeken die gedragsproblemen of psychiatrische problemen hebben. Door deze mensen continu te begeleiden met een speciale vorm van thuiszorg, waarbij met hen wordt gesproken en wordt gekeken hoe hun situatie is, is het mogelijk bijvoorbeeld de overgang naar een zwerversbestaan te voorkomen. Deze mensen doen goed werk, maar er zijn veel meer mensen die zij zouden moeten begeleiden dan dat zij mogelijkheden hebben. Er moet dus meer bemoeizorg komen.

Een tweede punt dat ik als een van de oorzaken heb genoemd, wordt gevormd door de tekorten in de geestelijke gezondheidszorg en de hoge werkdruk in die sector. De heer Buijs sprak al over jarenlange stiefmoederlijke behandeling van de geestelijke gezondheidszorg. Ik moet refereren aan berichten van GGZ Nederland die wij een paar weken geleden via het nieuws hebben kunnen vernemen. Ik heb toen onmiddellijk schriftelijke vragen gesteld, omdat ik dacht: dit is echt acuut. Er is een sector beloofd: als jullie plannen indienen om de wachtlijsten en de problemen op te lossen, dan komt daar gewoon geld voor. De sector heeft daar ook op gerekend. Vandaar dat ik niet wil wachten tot Prinsjesdag. De sector moet verder kunnen met het oplossen van deze problemen. Er is een belofte gedaan, de sector heeft daarom investeringen gedaan en moet erop kunnen rekenen dat men op die weg verder kan gaan. Ik hoop dat de minister hierop een reactie kan geven, schriftelijk in de vorm van het antwoord op de schriftelijke vragen of morgen mondeling. De beantwoordingstermijn voor mijn vragen is vandaag verlopen zonder dat ik een antwoord heb gezien.

Dat er tekorten en problemen zijn, bewijst ook de situatie in Amsterdam. De gemeente is nota bene naar de rechter gestapt omdat er op het moment dat er iemand in de problemen was, geen plek bleek te zijn. Dat heeft natuurlijk allerlei oorzaken, maar zoiets mag gewoon niet voorkomen.

Wij discussiëren vandaag weer over de vraag of er genoeg mogelijkheden zijn voor bijvoorbeeld gedwongen opname. Het woord

mogelijkheden is in dezen natuurlijk op verschillende manieren te duiden. Daartoe kan bijvoorbeeld de vraag worden gesteld of de criteria voldoen. Wij kunnen wel discussiëren over de vraag of de criteria scherp genoeg zijn en of niet moet worden overgegaan tot verruiming, maar dat heeft natuurlijk weinig zin als er niet voldoende plaatsen zijn om mensen op te nemen.

De minister stelt dat er geen extra druk van dit wetsvoorstel op de capaciteit wordt verwacht. Ik zei dit al eerder. Het is natuurlijk maar de vraag of er geen extra druk komt, want wij weten niet precies hoe het wetsvoorstel uitpakt. Bovendien is het de vraag of als er wel extra druk komt, daarin is voorzien en of er voor een oplossing wordt gezorgd. De capaciteit schiet nu al tekort. Hoe moet het dan op het moment dat er mensen op grond van de wet moeten worden opgenomen, terwijl er geen plek voor is? De minister schrijft in de nota naar aanleiding van het verslag: ''Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is er momenteel geen sprake van landelijke structurele tekorten aan plaatsen voor gedwongen opnemingen.'' Dat mag officieel zo zijn, volgens mij is de werkelijkheid toch echt anders. Natuurlijk hebben tekorten en de hoge werkdruk in de geestelijke gezondheidszorg hun effecten. Wellicht hebben mensen die van de rechter gedwongen moeten worden opgenomen wel een plaats, maar dat gaat waarschijnlijk ten koste van andere mensen die op de wachtlijsten staan. Zij moeten dan immers langer wachten. Als een gedwongen opname plaatsvindt in een instelling die eigenlijk al vol is, vergroot dat natuurlijk de werkdruk binnen die instelling. Er zijn dus wel degelijk tekorten, ook al blijkt dat niet direct uit signalen van de inspectie. De signalen uit het veld duiden namelijk wel op tekorten. Het een heeft natuurlijk met het andere te maken. Als er meer plaats is, wordt wellicht vaker overgegaan tot gedwongen opname. Dat tot dat laatste niet vaak wordt overgegaan, heeft alles van doen met het huidige capaciteitsgebrek. Graag hoor ik een reactie van de minister op dit punt.

Ergens erkent de minister zelf ook wel dat er grote problemen zijn. In haar antwoorden duidt zij immers zelf al op de gastplaatsingen in de randstad als er sprake is van crisissituaties. Zij zegt dat haar geen knelpunten bekend zijn. Het lijkt mij dat je zoiets wel wil weten en daarom vraag ik haar of daar onderzoek naar wordt gedaan, bijvoorbeeld naar de situatie in Amsterdam waaraan zelfs de rechter te pas moest komen.

Als gevolg van gaten in de zorg zijn er onvoldoende alternatieven ontwikkeld. Er zijn onvoldoende preventiemogelijkheden, onvoldoende bemoeizorg en onvoldoende begeleiding. De capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg is ontoereikend. Dat alles leidt tot de situatie dat de maatschappelijke opvang alles op haar dak krijgt. Laat ik het anders zeggen: de maatschappelijke opvang krijgt alles onder haar dak, voorzover er tenminste plaatsen zijn. De maatschappelijke opvang is echter overvol en kan de problemen, die eigenlijk elders moeten worden opgelost, niet aan. Een paar weken geleden heb ik hierover naar aanleiding van cijfers van het Leger des Heils schriftelijke vragen gesteld. De minister antwoordde dat wij het niet moeten zoeken in meer capaciteit en maatschappelijke opvang, maar in effectieve investeringen, het voorkomen van instroom en het bevorderen van uitstroom. Daar ben ik het roerend mee eens, maar hoe moet dat gestalte worden gegeven? Gaat de minister daarvoor geld beschikbaar stellen? Welke maatregelen gaat zij nemen? Het lijkt mij dat haar mogelijkheden op dit punt zeer beperkt zijn. Ik zou tegen haar willen zeggen: kom maar op! Ik ben het dus roerend eens met de opvatting van de minister, maar daar hebben de mensen die nu op straat moeten leven natuurlijk helemaal niets aan. Zij willen morgen een dak boven hun hoofd en niet langer op straat slapen. Voordat wij de preventie op orde hebben en de mensen goed kunnen laten doorstromen, zal de mensen die nu in de problemen zitten de komende tijd hulp moeten worden geboden.

Voorzitter. Het feit dat wij niet kunnen doen wat wij eigenlijk zouden moeten doen voor psychiatrische patiënten die verkommeren en verloederen, heeft ook te maken met verschuivende opvattingen over eigen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking. Natuurlijk moeten wij de Wet BOPZ zo goed mogelijk maken. De belangen van de patiënt moeten met zekere waarborgen worden omkleed. Het moet mogelijk zijn, zorgvuldige afwegingen te maken en zo nodig te kunnen handelen in het belang van de patiënt. Ik vraag mij echter af of wij ons in de discussie over dit vraagstuk niet te veel toespitsen op de wet in plaats van op de vraag waarom er niet altijd gehandeld wordt. Heeft dat te maken met de veranderde opvattingen over eigen verantwoordelijkheid? Zijn wij hierin niet doorgeschoten? Wordt niet te vaak van mensen verwacht dat zij hiertoe altijd zelf in staat zijn? Heeft de gigantische druk op de wachtlijsten en de werkdruk in de geestelijke gezondheidszorg niet geleid tot afschuifgedrag? Omdat de instellingen niet altijd de middelen en mogelijkheden hebben, kunnen ze niet de verantwoordelijkheid op zich nemen voor een psychiatrische patiënt. Wie is er nu eigenlijk verantwoordelijk voor de psychiatrische patiënt die op straat verkommert? Volgens mij op dit moment niemand. Moeten wij daar niet iets aan doen? Waarom moet er verantwoording worden afgelegd als er gedwongen opgenomen wordt en niet als er niets gedaan wordt? Wij vinden het normaal dat als iemand op straat een hartinfarct krijgt, de ambulance wordt gebeld. Maar wat als iemand een psychose krijgt? Wij vinden het blijkbaar niet normaal om dan onmiddellijk in te grijpen!

Volgens mij is de kern van het probleem het gebrek aan continuïteit en verantwoordelijkheid in de zorg voor deze groep mensen en dan moeten wij ook daar de oplossing zoeken. Ik zou het voorstel willen doen om per regio of lokaal een team in te stellen van deskundige en betrokken instellingen, mensen die dagelijks met mensen werken, met een meldpunt voor meldingen van familie, politie, buurtbewoners, hulpverleners. Dat team moet bekijken welke vorm van zorg nodig is voor degenen die worden gemeld en die dreigen te verloederen of al verloederen. Dat team heeft een zorgplicht, de plicht om te kijken wat de beste vorm van hulp, behandeling en zorg voor deze patiënten is. Dat team moet ook beoordelen of ambulante zorg volstaat of dat de situatie zo ernstig is dat opname, wellicht gedwongen opname noodzakelijk is. Het probleem is namelijk dat men voor een grote groep mensen op dit moment niet eens toekomt aan die beoordeling. Als het in ieder geval verplicht is om daarnaar te kijken als mensen



Mevrouw Van der Hoek (PvdA)

© M. Sablerolle – Gouda

worden gemeld, wordt hun situatie in ieder geval beoordeeld. Dat hoeft lang niet altijd te leiden tot gedwongen opname en gelukkig niet, maar waar dat niet nodig is, moet wel worden bezien wat dan wel goede oplossingen kunnen zijn of welke hulp dan moet worden geboden. Voordeel van zo'n systeem is dat je zo'n team kan laten beoordelen of wel of niet gedwongen opname aan de orde is. Op dit moment ligt zo'n beslissing bij één psychiater die er natuurlijk ook nog zijn persoonlijke opvattingen over heeft en die in zijn eentje ook dat hele grijze gebied moet beoordelen. Ik wil niet direct verwijzen naar de toetsingscommissie ingeval van euthanasie, want het is natuurlijk een heel andere situatie, maar er is toch wel sprake van enige parallellie. Zouden wij niet meer naar zo'n team kunnen die de situatie gaat beoordelen? Dat team is er ook verantwoordelijk voor dat er daadwerkelijk zorg wordt geboden. De patiënten moeten zorg aangeboden krijgen. Het team is met andere woorden verantwoordelijk voor het dichten van het gat in de zorg dat er nu is en verantwoordelijk voor de continuïteit die er nu vaak niet is. Wij kunnen nu al bedenken dat er voor bepaalde groepen nieuwe vormen van laagdrempelige zorg zouden moeten komen omdat zij tot nu toe geen plek in de geestelijke gezondheidszorg hebben kunnen vinden.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): U kent ongetwijfeld het supportproject in Amsterdam. Zo zijn er in het land nog wel andere samenwerkingsverbanden waar veel gebeurt van wat u wilt als het gaat om de zorg voor en de opvang en verwijzing van patiënten. Wat is daarmee het verschil in uw voorstel? Het is mij nog niet helemaal duidelijk waar u de verantwoordelijkheden wil leggen. Zouden wij dan niet beter dat supportproject als voorbeeld kunnen laten dienen, want wij hoeven toch niet op iedere plek opnieuw het wiel te laten uitvinden?

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is absoluut mijn bedoeling niet. Er zijn inderdaad veel goede projecten die heel dicht komen bij wat ik mij voorstel, maar er zijn ook enkele wezenlijke verschillen of misschien missen zij die stap die ik nog verder zou willen zetten. In de eerste plaats zijn het projecten en mijn voorstel is om het gewoon overal te gaan doen. Dat is wel een wezenlijk verschil. Het niet overlaten aan vrijwilligheid, maar bepalen dat het overal zo moet gebeuren. Een ander verschil is dat het niet vrijblijvend mag zijn. Er komt zo'n team en dat krijgt de verantwoordelijkheid, een soort zorgplicht, en dat moet ervoor zorgen dat deze mensen daadwerkelijk zorg krijgen. De ene instelling moet niet kunnen zeggen dat een patiënt niet aan haar criteria voldoet, dus niet geschikt is voor haar en dat een volgende instelling ook zoiets kan zeggen, waardoor uiteindelijk alles op het bordje van de maatschappelijke opvang komt. Dat wil ik voor alles toch voorkomen.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Dat is natuurlijk terecht, maar dat project is onderdeel van het Amstel zorgakkoord in Amsterdam waarvoor ook een contract is getekend. Dat is dus niet vrijblijvend en vrijwillig. Iedere partij neemt daarin haar eigen verantwoordelijkheid, maar er is wel sprake van een duidelijke regie en coördinatie, dus geen afschuifsysteem. Wellicht kunt u dat nog eens nader in uw beschouwing betrekken.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Mijn idee is gebaseerd op een aantal goede initiatieven. Ik heb mij daarop al georiënteerd. Ik wil echter van de vrijwilligheid en vrijblijvendheid af. Het gaat mij er in essentie om dat goede projecten niet langer afhankelijk zijn van de welwillendheid van goede initiatieven. Ik wil dat er een dusdanig systeem wordt ontwikkeld dat er in ieder geval een zorgplicht is en dat er naar de mensen wordt gekeken als er een melding wordt ontvangen dat zij zichzelf verwaarlozen of anderszins in een ernstige situatie verkeren. Nu wordt er naar die mensen gekeken als iemand hen tegenkomt, maar niemand is verantwoordelijk als er niets wordt gedaan. Voor dit laatste wil ik graag een oplossing zien. Die kan prima aansluiten bij de goede initiatieven die helaas alleen maar hier en daar worden ontplooid.

Ik wil hieraan toevoegen dat zo'n team ook verantwoordelijk is voor het vervolg. Nu zie je vaak dat aan het eind van een gedwongen opname wordt vastgesteld dat het gevaar is geweken en dan wordt betrokkene weer op eigen benen in de maatschappij gezet. Er moet iemand verantwoordelijk zijn voor het traject na afloop van de opname opdat de voorwaarden die leiden tot de situatie van gevaar, niet meer terugkomen. Daarvoor zou zo'n team verantwoordelijk kunnen zijn.

Ik zou het kunnen samenvatten zoals burgemeester Cohen van Amsterdam eerder heeft gedaan.

Overigens komt het wel vaker voor dat bewindspersonen die een andere post krijgen, opeens hele wijze inzichten krijgen. Hij zei dat het probleem van deze groep is dat nergens is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze groep patiënten.

Het voorgaande vormt de basis voor mijn twijfel over het amendement van mevrouw Van der Hoek over de observatiemachtiging. Zoals altijd moet bij dit soort voorstellen een afweging worden gemaakt tussen zelfbeschikking en bescherming van de patiënt. Over de periode van drie weken voor opname die in dit voorstel is vervat, mogen wij niet lichtzinnig denken. Ik zie heel goed het probleem dat mevrouw Van der Hoek wil oplossen. Daarom ook heb ik net een alternatieve oplossing voorgesteld, want ik vraag mij af of de oplossing die zij suggereert, een oplossing biedt voor het probleem dat zij schetst. Met andere woorden: ik twijfel er niet aan dat haar diagnose juist is, maar het medicijn dat zij wil voorschrijven, kan voor een bepaalde groep helpen, maar zal voor een andere groep ernstige bijwerkingen hebben. Daarover maak ik mij zorgen.

Verder vraag ik mij af of in zo'n korte periode van drie weken duidelijkheid kan ontstaan. Ik heb een aantal deskundigen gevraagd hoe zij over dit voorstel denken. Zij wijzen erop dat er in de praktijk een groep mensen is die geen gebruik maakt van de zorg, maar die goed bekend is bij de hulpverleners. De hulpverleners kennen deze mensen al jaren en weten vaak heel goed wat er aan de hand is. Die mensen worden echter niet opgenomen omdat zij niet aan de criteria voldoen of omdat er niet wordt gehandeld. Voor deze groep heeft dit voorstel dus weinig zin, want men weet al wat er aan de hand is. Dan is er nog een andere groep, namelijk de mensen die heel moeilijk te benaderen zijn. Van deze groep zeggen de deskundigen dat het heel moeilijk is om in een observatie van drie weken vast te stellen wat er aan de hand is. Ook een verlenging tot vijf weken levert een periode op die nog erg kort is om van mensen die absoluut niet bekend zijn bij de hulpverlening, te kunnen vaststellen in welke mate er sprake is van psychiatrische stoornis. Dit probleem heb ik met het voorstel van mevrouw Van der Hoek.

De heer **Passtoors** (VVD): Ik kan mevrouw Kant misschien een beetje helpen. Als iemand vanuit zo'n situatie wordt opgenomen gedurende maximaal drie weken, kan er ook een beetje stabilisatie optreden in de situatie. Betrokkene wordt misschien weer wat gezonder doordat hij weer wat te eten krijgt, enz. Van daaruit kan ook inzicht ontstaan in een situatie. Dit blijft echter weg zolang je de grens niet overgaat. Wat vindt zij van die gedachte?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb al eerder gezegd dat ik de gedachte achter dit voorstel en de analyse eronder onderschrijf. De heer Passtoors spreekt echter ook al over ''zou kunnen''. In bepaalde situaties kan het inderdaad verlopen zoals hij zegt. Praktijkdeskundigen zeggen dat die periode daarvoor waarschijnlijk veel te kort is. Ik maak mij dan ook zorgen over de mensen die voor een periode van vijf weken ter observatie zijn opgenomen, maar bij wie niet kan worden vastgesteld wat er precies aan de hand is, omdat die periode te kort is. Wat moet je in zo'n situatie doen? Moet je die mensen laten gaan of juist niet? Moet er wellicht worden overgegaan tot een gedwongen opname? Dat laatste heeft het probleem dat zij mogelijk niet aan de criteria voldoen. Die periode van vijf weken om die situatie in te schatten is heel erg kort.

Ik sluit niet uit dat die periode voor mensen een verlichting is, omdat zij daardoor de kans krijgen tot rust te komen. Verder zullen er natuurlijk gevallen zijn waarin het wel mogelijk is om vrij snel een diagnose te stellen. Ik maak mij echter zorgen over de grote groep mensen bij wie de diagnose niet in die kort periode kan worden gesteld. Die consequentie van dit amendement voor mensen die nu al de zorg mijden, moet ook onder ogen worden gezien. Als dit amendement wordt aangenomen, kunnen deze mensen vijf weken tegen hun zin worden opgenomen zonder dat duidelijk is wat er na die opname moet gebeuren. Is het risico dat deze mensen daarna helemaal nooit meer iets met de zorg te maken willen hebben niet erg groot?

De heer **Passtoors** (VVD): Dat risico kleeft aan elke verplichte opname.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is waar. Dat is ook de reden dat er strikte criteria zijn opgesteld voor een gedwongen opname. Het probleem met dit voorstel is dat wij nog een stap verder gaan en dat al bij een ernstig vermoeden mag worden overgegaan tot opname. Dat is de kern van het probleem. Uit mijn betoog kan men opmaken dat ik wel degelijk ook de voordelen van dit voorstel inzie. Ik heb echter zoveel aarzelingen dat ik er vooralsnog niet van overtuigd ben dat het de oplossing is. Ik zal dit amendement dan vermoedelijk ook niet steunen. Als de heer Passtoors echter nog goede argumenten heeft, zal ik daar zeker naar luisteren.

Dit voorstel van de heer Passtoors heeft een relatie met wat ik eerder zei over het gat in de zorg. Dat is de reden dat ik waarschijnlijk niet kan instemmen met dit amendement. Het geeft mij namelijk een ongemakkelijk gevoel om naar zo'n middel te grijpen als wij niet alles hebben gedaan om het gat in de zorg te dichten. Ik benadruk dat dit absoluut geen pleidooi is om niets te doen, sterker nog: ik vind dat er veel te vaak niets wordt gedaan. Dat is de reden dat ik voorstel om over te gaan op teams met een zorgplicht.

Ook ik krijg brieven en telefoontjes van ouders met een schizofrene zoon. Ik vind het verschrikkelijk om van die mensen te horen dat hun zoon ten gronde gaat zonder dat iemand iets doet. Het is heel erg als je dat als ouder overkomt. Ik worstel echter met het probleem dat het voorstel van mevrouw Van der Hoek geen oplossing biedt. Ik worstel verder met de vraag waarom niemand iets doet en waarom zo'n jongen niet eens wordt beoordeeld. Ouders die zich bij zo'n team melden, zijn niet langer afhankelijk van één psychiater en kunnen aan dit team vragen of zij alsjeblieft naar hun zoon willen kijken. In mijn voorstel is zo'n team verplicht om die jongen te zien en te oordelen of een gedwongen opname wel of niet op zijn plaats is. Deze beoordeling kan er ook toe leiden dat men zegt dat een opname niet de beste oplossing is en dat er iets anders moet worden gedaan. Het kan er niet toe leiden dat men zegt: wij kunnen niets voor u doen. Het moge duidelijk zijn dat ook ik vind dat er een oplossing moet komen. Ik zeg dat, omdat uit uw interrupties blijkt dat u denkt dat ik geen oplossing wil,

omdat mijn fractie uw amendement waarschijnlijk niet zal steunen. Wij zijn voor een oplossing, maar dan wel voor een goede.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Ik begrijp heel goed wat mevrouw Kant naar voren brengt. Uit haar betoog spreekt ''een betrokken onmacht''. Haar ideeën over een team zijn echter nog erg vaag. Als je maar de helft van de groep waarop mijn amendement betrekking heeft, via een observatiemachtiging kunt bereiken, heb je al heel wat bereikt. Wellicht kun je onderzoeken of er na die drie weken mogelijkheden zijn voor begeleiding, binnen of buiten de kliniek. Wat zou het alternatief zijn? Een team? Er wordt voldoende samengewerkt en er wordt gestreefd naar verdere samenwerking, maar er zijn veel haken en ogen verbonden aan de verdeling van verantwoordelijkheden. Het zal nog een tijd duren voor er in dat kader iets gedaan kan worden. Zou een periode van drie weken, waarin een zekere stabiliteit optreedt, waarin mensen uit hun verwaarloosde situatie kunnen komen en waarin een diagnose kan worden gesteld, niet een goed alternatief zijn voor de onmachtgevoelens die u nu schetst?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik moet even iets rechtzetten. Ik geloof niet dat ik hier onmachtgevoelens verwoord. Integendeel zelfs, ik verzet mij tegen onmacht. Ik verzet mij tegen het argument van onmacht, dat wordt gebruikt als schaamlap om niets te doen voor deze groep. U heeft mijn betoog toch niet helemaal begrepen. Ik vind juist dat de onmachtgevoelens moeten worden omgezet in actie. Er wordt nu te vaak niets gedaan, terwijl er juist wel iets gedaan moet worden. Alleen hoeft dat niet altijd in de vorm van een gedwongen opname. De observatieperiode die u voorstelt, is ook niet nodig. U noemt mijn voorstel nog wat vaag. Ik heb ervoor gekozen om hier geen kant-en-klaar, tot in de puntjes uitgewerkt plan voor te leggen, maar vooral een idee te presenteren. Ik ga niet in de zijlijn van een debat over een wetsvoorstel een heel plan tot in de puntjes voorstellen. Dat was niet mijn opzet. Ik wilde slechts het achterliggende idee voorleggen: nu is er niemand verantwoordelijk voor deze groep en wij zouden een team kunnen aanwijzen dat wel verantwoordelijk wordt. Volgens mij zijn wij dan al een stap verder. Dat is namelijk de kern van het probleem. U zegt dat met uw voorstel wellicht de helft van die groep bereikt kan worden, maar waar baseert u dat op? Ik heb juist signalen ontvangen dat uw plan amper mensen zou helpen. U spreekt over de helft, maar ik weet niet waar u dat vandaan haalt. U zegt dat ik nu niets doe, maar ik pleit er juist voor om wel iets te doen. Alleen is dat niet wat u wilt doen. Ik pleit ervoor om de situatie van elke patiënt te bekijken, te beoordelen en daar naar te handelen. Als je iets doet voor deze groep patiënten, moet je het namelijk wel goed doen. Je kunt niet besluiten om ze even drie weken op te nemen om vervolgens maar eens te bekijken wat je verder moet doen. Dat is niet goed voor deze groep patiënten.

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk dat uw voorstel en het voorstel van mevrouw Van der Hoek tegenstrijdig zijn. U ging uit van een al gestelde diagnose, terwijl mevrouw Van der Hoek sprak over een observatiemachtiging, waarbij de diagnose nog niet bekend is. Ik refereer even aan de schizofreen, waar niemand mee overweg kan. Op zich vind ik uw voorstel heel sympathiek, maar hoe staat u tegenover een zorgplicht voor de professionele behandelaars?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat dat een consequentie is van de uitwerking van mijn idee. Als een team aangeeft dat er sprake moet zijn van een gedwongen opname, dan zal dat verplicht moeten worden gesteld. Zo staat het nu ook al in de wet. Maar hetzelfde geldt als het team aangeeft dat er een bepaalde vorm van ambulante zorg geboden zou moeten worden. Anders kan dat natuurlijk niet waargemaakt worden. Als bekeken wordt wat mensen nodig hebben, moet het aanbod ook geregeld zijn. De situatie waarin organisaties langs elkaar werken, moet worden opgeheven. Het moet gewoon: geen vrijblijvendheid meer.

De heer **Passtoors** (VVD): U vindt dat het moet en dat er geen vrijblijvendheid meer mag zijn. Dan komt er toch een moment van dwang voor degene, die er niets voor voelt om wat voor reden dan ook.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan heeft u het niet goed begrepen. De plicht om deze mensen niet in de steek te laten, ligt bij ons allen. Dat is mijn verhaal.

De heer **Passtoors** (VVD): Dat is ook onze plicht.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat houdt niet automatisch een plicht of een dwang met betrekking tot opname in. Het kan ook om andere vormen van zorg gaan. Aan een grote groep mensen wordt momenteel helemaal niets geboden.

De heer **Passtoors** (VVD): Die groep wil niet aanspreekbaar zijn voor zorg. Die groep wil niet praten.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik voel mij enigszins bezwaard omdat ik zo lang aan het woord ben, maar dat komt door de interrupties.

Ook als een dergelijk team aan de slag gaat, sluit ik niet uit dat er een groep mensen zonder ziekte-inzicht blijft bestaan waarvoor de mogelijkheden om in te grijpen te beperkt zijn. Dat zou heel goed kunnen. Het probleem is echter dat wij nog niet alles geprobeerd hebben voor die groep, en dat is mijn bezwaar tegen het zetten van verdere stappen.

Het gevaarscriterium blijft wel een punt van discussie. Inmiddels is dit punt in de wet nader ingevuld op basis van jurisprudentie, dankzij een amendement van de heer Dittrich. Daarnaast heeft door de overgang van het bestwilcriterium naar het gevaarscriterium ook in de hulpverlening een attitudeverandering plaatsgevonden. Hulpverleners hebben het misschien verleerd om een actieve houding aan te nemen. De vraag is of daarin verandering gebracht kan worden door de zorgplicht bij het team te leggen, en of deze wet voldoende mogelijkheden biedt voor de gevallen waarbij gedwongen opname gewenst is. Naar mijn mening worden de mogelijkheden daartoe momenteel niet genoeg bekeken. De wet biedt wellicht voldoende mogelijkheden, maar de praktijk bekijkt dit te weinig. Een en ander is op dit moment moeilijk te interpreteren. In de bepalingen gaat het over mensen die zich maatschappelijk ten gronde richten, maar de vraag blijft: wanneer is dat? Wanneer moet het gevaar zich voordoen? Morgen, of op een andere termijn? Wij moeten over dit punt nog een serieuze discussie

voeren. De afweging tussen zelfbeschikking en bescherming blijft moeilijk en zal te allen tijde zorgvuldig gemaakt moeten worden. Als er meer mogelijkheden komen voor gedwongen opname, ontstaat daarmee onmiddellijk de rechtvaardiging om die te gebruiken. Deze materie moet dan ook zorgvuldig bekeken worden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U refereert zojuist aan de discussie die wij vorig jaar hebben gevoerd, waarbij het gevaarscriterium op basis van de jurisprudentie in de wet is opgenomen. Bent u ook een voorstander van het op korte termijn uitwerken en opnemen van richtlijnen voor het beoordelen van gevaar en voor het omgaan met mensen?

Mevrouw **Kant** (SP): Met het aan de orde stellen van dit punt geef ik aan dat wij er naar mijn mening wat mee moeten doen. Ik weet niet goed op welke manier wij ermee om moeten gaan. Dat moet op verschillende manieren in het veld bekeken worden. Uit het veld klinken evenwel geluiden dat op basis van de huidige criteria veel mogelijk is ten aanzien van mensen die zichzelf verwaarlozen. Ik ben het met u eens dat wij deze zaak serieus moeten bekijken. Ik aarzel om zelf op dit punt een voorstel te doen, omdat ik begrepen heb dat er een onderzoek gaande is.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Morgen, in tweede termijn, zou een dergelijk onderzoek en een dergelijke gang van zaken met een motie gestimuleerd kunnen worden. U zou daar een voorstander van zijn?

Mevrouw **Kant** (SP): Laten wij het antwoord van de regering afwachten, want er loopt reeds een onderzoek. Ik betwijfel in ieder geval of de huidige mogelijkheden onvoldoende zijn.

Ook bij de dwangbehandeling moet een afweging gemaakt worden tussen zelfbeschikking en bescherming. Als mensen gedwongen zijn opgenomen, dan is er natuurlijk al een afweging gemaakt. In het veld heerst een ongelooflijk gevoel van onmacht omdat er niet gedwongen kan worden behandeld. Ik kan wat dit betreft een eind meegaan in de stelling van de heer Dittrich dat gedwongen behandeling een stap verder gaat dan gedwongen opname. Echter, als het aanhouden van hogere criteria ertoe leidt dat vervolgens mensen in de separeer terechtkomen, realiseer ook ik mij dat ook dat gedwongen gebeurt. De vraag is wat erger is: mensen gedwongen behandelen of mensen gedwongen in de separeer zetten. Als ik deze afweging maak, zie ik niet in waarom wij dat ''ernstig'' niet zouden kunnen schrappen. Ik weet niet of dit in alle situaties een oplossing zal zijn, maar volgens mij is het goed om dit te doen. Het ging altijd om ''gevaar'' en ''ernstig gevaar'' en die begrippen zijn in de praktijk altijd op een bepaalde manier geïnterpreteerd, maar iets is een gevaar of niet. Heb je daar gradaties in?

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Hoewel mevrouw Kant het erg koud had, heeft zij een gloedvol betoog gehouden. Ik wens haar toe dat ze zich snel wat beter zal gaan voelen.

Bij bestudering van de door de regering voorgestelde wijziging van de BOPZ en de inmiddels voor ons liggende amendement is mijn fractie opnieuw gebleken dat het hierbij om een zeer lastige en complexe problematiek gaat. De BOPZ heeft een langdurig en moeizaam voorbereidingstraject gekend en ik heb het gevoel dat een gedeelte van de toenmalige vraagstukken en problemen via deze weg weer bij ons terugkomen. In feite zijn wij weer met dezelfde vraagstukken bezig.

In de discussie van vandaag gaat het voornamelijk om de vraag wie er onder drang en/of dwang mag worden behandeld en in welke situatie dat het geval mag zijn. Wij praten eigenlijk meer over het behandeldeel van de wet dan over het opnamedeel. Als wij eerlijk willen zijn, moeten wij zeggen dat de relatie tussen de nu voorgestelde voorwaardelijke machtiging en de opname ver weg is. Het gaat immers in de eerste plaats om een ambulante behandeling; de gedwongen opname functioneert als een stok achter de deur. Om het positiever te formuleren: het niet direct opgenomen behoeven te worden, is een soort prikkel om zich te houden aan de behandelingsovereenkomst. Als die prikkel een andere was, zouden wij zo'n ambulante drangbehandeling helemaal niet meer kunnen inpassen in de BOPZ, die in principe gaat over de opname en het opgenomen zijn.

Terzijde merk ik op dat patiënten die onder een voorwaardelijke machtiging ambulant worden behandeld, zo'n gedwongen opname waarschijnlijk toch wel als een strafmaatregel zullen ervaren. In de wet is het niet zo bedoeld – daar gaat het over het afwenden van gevaar – maar de beleving van betrokkene zal toch vaak anders zijn. Iets wat je moet doen omdat er anders een sanctie op volgt, kunnen wij aanduiden als een drangsituatie. Drang kan over het algemeen, zo denk ik, effectiever worden gerealiseerd als er een beloning op volgt dan wanneer er een straf op volgt. Daarom kan ik het niet nalaten om de minister te vragen of er binnen de psychiatrie ervaring is opgedaan met andere vormen van drang. Het is niet zo gemakkelijk om daarvan direct allerlei voorbeelden te geven. Ik denk hierbij niet in de eerste plaats aan een financiële beloning, maar men zou kunnen denken aan het aanbieden van een scholings- of omscholingstraject als iemand zijn behandeling heeft doorlopen. Het gaat ons in de eerste plaats om het welzijn van de patiënt maar wij mogen en moeten ook nadenken over wat de meest effectieve drangmaatregelen zijn. Waar iets anders dan opname effectiever, mensvriendelijker en/of goedkoper zou kunnen zijn, moeten wij die optie uiteraard overwegen.

Een tweede aanwijzing voor het feit dat het accent veel meer valt op behandeling, is het amendement van mevrouw Van der Hoek om in het vijfde lid van artikel 38 het woord ''ernstig'' te schrappen. Dit voorstel heeft immers direct te maken met de mogelijkheden en beperkingen van een gedwongen behandeling, en niet zozeer met de opname op zichzelf. Ik kom hierop later nog uitvoerig terug.

Voorzitter. Dat de discussie in deze richting gaat, behandeling in plaats van opname, is natuurlijk niet verwonderlijk. Een gedwongen opname alleen zal in veel gevallen, wellicht de meeste gevallen, niet de werkelijke oorzaak van de problemen kunnen wegnemen. Uiteraard kan een opname het optreden van gevaarlijke situaties beperken. Door opname kan worden voorkomen dat betrokkene anderen van het leven berooft, een gevaar vormt voor de psychische gezondheid van de ander of een gevaar vormt voor de

algemene veiligheid van personen. Ik citeer daarmee de gevaarscriteria, opgenomen in het besluit administratieve bepalingen van de BOPZ. Ook gevaren als zelfdoding, zelfverwonding en zelfverwaarlozing kunnen door een opname sterk worden beperkt, zeker in acute situaties en door het toepassen van bijvoorbeeld separatie. Zodra echter de opname wordt beëindigd zonder dat iets meer is gebeurd, zullen de oude problemen en dus mogelijk ook de gevaarsetting in veel gevallen weer kunnen terugkomen. Anders gezegd, ik beschouw de dwangopname als een tijdelijke, misschien beter gezegd, onvolledige interventie en de dwangbehandeling in veel gevallen als een meer definitieve interventie, al moeten wij helaas zeggen dat voor veel mensen met psychische problemen een definitieve genezing en verandering niet mogelijk lijkt.

Zo langzamerhand neemt onze kennis over het ontstaan van geestelijke ziekten, mentale ziekten, toe. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat een ziekte als schizofrenie primair berust op een verstoring van de stofwisseling in de hersenen. De erfelijke aanleg zou daarbij overigens nog wel eens een belangrijke rol kunnen spelen. Dat wil overigens geenszins zeggen dat de leefomstandigheden en de sociale context geen rol spelen, maar in het ontstaan van de stoornis – zo versta ik de ontwikkelingen in de medische wereld op dit moment – spelen zij toch een meer ondergeschikte rol. Het gevolg van die toenemende kennis is dat er op termijn meer onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden komen voor mensen met psychische ziekten of, zoals de wet dat noemt, geestelijke stoornissen.

Nu zal in acute situaties het gebruik van medicijnen wel blijven domineren, maar wat ik hiermee wil zeggen, is dat wij voorlopig niet af zijn van de vraag waarmee wij onze naaste het meest dienen. Het gaat altijd om een afweging tussen de vrijheid van mensen om niet te kiezen voor een behandeling en de enorme onvrijheid die het gevolg is van het hebben van een psychische stoornis. Tijdelijk handelen of behandelen tegen iemands mede door een ziekte bepaalde wil, kan soms meer recht doen aan de ideeën van de menselijke vrijheid dan niet behandelen. Niet iedereen kan altijd frank en vrij zijn bereidheid uitspreken voor het ondergaan van een behandeling. Ziekteprocessen kunnen dit verhinderen. Ik besef dat het een heel andere, in wezen onvergelijkbare situatie is, maar ik noem toch het volgende voorbeeld. Een patiënt die een hartstilstand heeft, kan ook niet de bereidheid uitspreken om behandeld te worden. Wij doen dat dan juist wel, ook om hem het leven te laten behouden en hem als het ware die keuzevrijheid terug te geven.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Het voorbeeld dat de heer Rouvoet geeft, roept bij mij de vraag op hoe het moet als betrokkene een zogenaamde negatieve wilsbeschikking op zak heeft ten aanzien van behandeling bij een hartstilstand.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat is een terechte vraag. Wij kennen daar het verschijnsel van de wilsbeschikking. Op de kwestie van de wilsbeschikking in de psychiatrie kom ik nog even terug. Dat is een punt dat wel van belang is en waarop bij ons nog vragen leven. Ik zei al dat het onvergelijkbaar is. De reden dat ik het hier noemde, is om aan te geven dat het soms zoeken is naar die balans van vrijheid en onvrijheid. Soms moet je kiezen voor wat als onvrijheid beleefd kan worden, om juist iemand weer die vrijheid terug te geven.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wanneer iemand in een situatie dat hij vrij over zijn wil kan beschikken, zijn duidelijke wil neerlegt, is de consequentie natuurlijk dat dit ook in die andere situatie van toepassing zou moeten zijn. Dan komen wij bij de zelfbindingsverklaring, maar daar komen wij later nog op.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik neem aan dat mevrouw Hermann nu niet precies van mij wil horen hoe wij moeten opereren bij een hartstilstand en met wilsbeschikkingen, want dat is niet het onderwerp van vandaag. Zij begrijpt waarom ik het voorbeeld nu gebruik in die vergelijking. Op de wilsbeschikking in de psychiatrie kom ik straks nog terug.

De heer **Buijs** (CDA): Ik begrijp dat de heer Rouvoet nog een beetje zoekende is. Vindt hij dat bij anorexia nervosa, de eetstoornis, het gerechtvaardigd is om iemand in het kader van de Wet BOPZ toch gedwongen te behandelen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik vind niet dat dit vragen zijn waarin ik moet treden en een oordeel moet geven of in bepaalde casus de Wet BOPZ van toepassing is. Daar ben ik niet voor geëquipeerd. Dat is ook niet mijn verantwoordelijkheid. Ik ben op dit moment ook nog bezig met de algemene inleiding op mijn verhaal. Ik wilde aangeven dat het een zoeken is en dat ik soms moet kiezen voor wat als onvrijheid beleefd kan worden om die vrijheid terug te geven. Hoe gelukkig of ongelukkig de parallel met een hartstilstand is, laat ik even daar, maar die maakt even dat punt duidelijk dat wij het dan ook niet kunnen vragen, maar het toch doen om iemand later in de gelegenheid te stellen wel zijn wil te uiten.

Voorzitter. Het probleem van de gedwongen handelingen en behandelingen doet zich ook voor in andere instellingen, bijvoorbeeld in de psychogeriatrie, bij demente patiënten. Naarmate er medicijnen komen tegen bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, zullen de problemen daar alleen maar toenemen. Veel Alzheimerpatiënten zullen moeilijk met informatie te bereiken zijn en geen bewuste positieve keuze met betrekking tot een behandeling aangeven. Wij begrijpen dat de regering bezig is met onderzoek naar de noodzakelijke wettelijke kaders van drang- en dwangmaatregelen. Misschien moet je wel spreken over zorghandelingen zonder informed consent. Wij juichen het doen van onderzoek op dit punt toe en wachten de resultaten met belangstelling af. Ook uit de evaluatie van de uitvoering van de BOPZ blijkt dat er op het punt van de gedwongen behandelingen in de praktijk nog veel onduidelijkheden zijn en dat niet precies bekend is wat met deze wet wordt bedoeld. We zien dan ook met belangstelling naar het rapport van de evaluatie uit.

Voorzitter. De gedachtevorming over dit onderwerp is mede lastig, doordat inmiddels heel wat criteria en kwalificaties in omloop zijn die betrekking hebben op de doelgroep, onze psychisch zieke medemens. De wet zelf kent nog maar een beperkt aantal criteria die direct op de patiënt betrekking hebben. De persoon moet gevaar lopen of ernstig gevaar veroorzaken wil hij in aanmerking

komen voor opname. Voor behandeling moet hij ernstig gevaar lopen. Hij moet een geestelijke stoornis hebben en niet bereid zijn tot een opname of behandeling. In de marge speelt de wilsonbekwaamheid een rol, namelijk bij het overleg over het behandelplan. In artikel 38 wordt althans gesproken over: niet in staat zijn tot een redelijke waarneming van belangen. Dat moet zoiets als wilsonbekwaamheid zijn, denk ik dan.

Naar de mening van de fractie van de ChristenUnie moeten wij het aantal criteria niet verder vergroten. De wetgeving is toch al behoorlijk ingewikkeld. Zij moet in de praktijk uitvoerbaar blijven. Wat misschien belangrijker is, is dat alles een beetje op een redelijke manier de patiënt moet kunnen worden uitgelegd. De patiënt heeft tegenwoordig gelukkig veel rechten en daar hoort onzes inziens bij dat wij de wetten die op hem van toepassing zijn niet onnodig ingewikkeld maken. Als wij kunnen vereenvoudigen zonder onzorgvuldig te worden, moeten wij dat doen. In ander verband kom ik daarop nog terug.

Voorzitter. Deze analyses, die ik als inleiding heb verwoord, hebben ertoe geleid dat wij, gelet op de discussie tot nu toe en gelet op de schriftelijke voorbereiding en uiteraard in afwachting van het antwoord van de regering, voor onszelf voor de volgende wetsconfiguratie hebben gekozen. Wij stemmen in met de komst van een voorwaardelijke machtiging. Daardoor is het niet meer nodig gebruik te maken van de figuur van de paraplumachtiging op de wijze waarop dat nu gebeurt. De praktijk leert dat daaraan behoefte bestaat en dat die werkt. Dan moet een wettelijke omweg niet nodig zijn, maar de wet moet direct en duidelijk in de behoefte voorzien. Wij kunnen dus met de strekking van het wetsvoorstel instemmen.

Voorzover wij kunnen overzien, ontstaat bij de invoering van een voorwaardelijke machtiging wel een probleem. Uit mijn interruptie in het betoog van mevrouw Van der Hoek is gebleken dat dit probleem gemakkelijk kan worden opgelost door in artikel 38, lid 5, het woord ''ernstig'' te schrappen. In die zin is er volgens mij meer samenhang met het wetsvoorstel en het amendement van mevrouw Van der Hoek dan zij zelf suggereerde. Dit heeft wat ons betreft wel degelijk met de essentie van het wetsvoorstel te maken.

Stel dat iemand met een voorwaardelijke machtiging zich niet meer aan de behandelovereenkomst houdt. Volgens afspraak volgt dan alsnog opname. Zie ik het overigens goed dat de opname ook volgt als op dat moment niet meer sprake is van een daadwerkelijk aanwezig gevaar? Dit vind ik een interessante vraag. Als het gevaar niet meer aanwezig is en men houdt zich niet aan de voorwaarde van de behandelovereenkomst, volgt dan toch de opname of wordt daarvan dan afgezien? Graag krijg ik op dit punt helderheid.

De opname is eigenlijk bedoeld om onder dwang het behandelplan te vervolgen. Het is echter zeer de vraag of de situatie – eigenlijk moet je spreken over de beginsituatie van de patiënt – zodanig is dat er ook sprake is van ernstig gevaar. Immers, alleen dan mag bij een gedwongen opgenomen persoon een behandelingsplan worden uitgevoerd. Als onze gedachtegang juist is, is de conclusie dat het werken met een voorwaardelijke machtiging vereist dat aan het geven van een intramurale dwangbehandeling geen extra, hogere eisen mogen worden gesteld dan aan het afgeven van die voorwaardelijke machtiging. Met andere woorden, het amendement van mevrouw Van der Hoek is op dit punt een noodzakelijke aanvulling en voorziet in het wegnemen van een manco van het wetsvoorstel van de regering. Graag krijg ik op dit punt een reactie van de ministers en ik begrijp nu dat ik die reactie krijg.

Voorzitter. Ik zie ook het risico van devaluatie van het begrip ''ernstig gevaar''. Als iemand namelijk een voorwaardelijke machtiging heeft gekregen en volgens een plan wordt behandeld, kan het voorkomen dat hij zich niet aan de regels houdt. Men wil in dat geval de behandeling toch voortzetten. Er kan gekozen worden voor opname en men zal licht tot de conclusie komen dat de behandeling moet worden voortgezet en dat er dus sprake is van ernstig gevaar. Daarmee zou het begrip ''ernstig gevaar'' als hogere drempel wel eens een illusie kunnen blijken te zijn en zal de drempel vanzelf lager worden. Ook in dat opzicht vind ik het noodzakelijk dat de twee criteria op elkaar afgestemd zijn, zodat voorkomen wordt dat de schijn wordt gewekt dat voor behandeling een hogere drempel geldt, terwijl die er in wezen niet is, in ieder geval niet in het geval van de voorwaardelijke machtiging.

Ook om andere redenen zijn wij overigens geneigd het amendement van mevrouw Van der Hoek op dit punt te ondersteunen. Zoals ik in het begin van mijn bijdrage al zei, zal een opname, als deze effect heeft op het afwenden van het gevaar, veelal als een eerstestapinterventie moeten worden bezien. Een behandeling kan, indien beschikbaar, een meer definitieve oplossing geven voor het afwenden van het gevaar. Het mag onzes inziens niet zo zijn dat iemand die een geestelijke stoornis heeft en een gevaar vormt, wel in aanmerking komt voor een dwangopname, maar niet voor effectieve, betere en hopelijk ook iets meer definitieve behandeling. De criteria daarvoor mogen niet hoger zijn. Terecht wijzen mensenrechtenorganisaties ons op de rechten van de mens in het algemeen, en van onze psychisch zieke medemens in het bijzonder. Maar er is ook zoiets als het recht op de meest effectieve vorm van behandeling. Een gedwongen opname zal toch ook altijd iets van een behandeling in zich hebben. Een opname in een psychiatrische zorgvoorziening is, als het goed is, nooit alleen maar een soort detentie, maar een opname in een therapeutisch en verzorgend milieu.

De fractie van de ChristenUnie beseft dat een gedwongen behandeling – en veelal een gedwongen medicatie – een zeer ingrijpende situatie kan zijn. Als conclusie willen wij het verschil met een gedwongen opname dus ook niet overdrijven. Wat ons betreft, verdient het aanbeveling de criteria voor een gedwongen opname en een gedwongen behandeling gelijk te doen zijn. Ook ervaringsdeskundigen – wij hebben daar allemaal brieven over gekregen – reiken ons dit op deze wijze aan.

Een psychische stoornis kan iedereen overkomen. De situatie mag niet zo zijn – ik kom bij het door mevrouw Hermann aangestipte punt – dat iemand uit angst voor het feit dat hem in een dergelijke situatie een effectieve behandeling zal worden onthouden, een wilsverklaring moet gaan schrijven waarin staat wat hij in zo'n situatie wel wil. Terzijde brengt mij dit op de vraag die ik expliciet aan de minister wil voorleggen, in hoeverre

psychiatrische zorgverleners nu al worden geconfronteerd met verklaringen van mensen die iets hebben vastgelegd over de wijze waarop ze zo nodig gedwongen behandeld zouden willen worden. Het gaat daarbij om een wilsverklaring, geschreven door iemand in een ''gezonde'' periode, die betrekking heeft op het moment dat die persoon door een ziekte onvoldoende realiteitsbesef heeft om goed geïnformeerd te kunnen toestemmen in het ondergaan van een behandeling. Als dat het geval is, moeten we daarmee dan in de wet niet meer rekening houden?

Ik keer terug naar het amendement van mevrouw Van der Hoek. Er zijn voor ons voldoende argumenten om het voorstel te steunen. Wij waarderen het dat daardoor de criteriumsystematiek niet ingewikkelder wordt, maar juist eenvoudiger. Dat is ons heel wat waard.

Een laatste belangrijk punt is de invoering van dwangopname ter observatie. Eerlijk gezegd zijn wij daar op dit moment nog niet aan toe. Het uitvoeren van dwang mag alleen worden toegepast als er geen alternatieven zijn. Ik heb begrepen dat uit proefprojecten blijkt dat er mogelijkheden zijn om ambulant en zonder dwang, wellicht met alternatieve drang, mensen te helpen die het gevaar lopen te verloederen. Ik ken de situaties die zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan, en ik ken de schrijnende situaties die ons worden gemeld. Ik ken ook de bemoeienis van velen in dit huis met dat soort situaties, waarbij mevrouw Van der Hoek zeker mag worden genoemd. Ik begrijp waar de aandrang vandaan komt om hierop een antwoord te vinden. Ik ben er nog niet van overtuigd – uiteraard wacht ik de reactie van het kabinet af – dat dit de route is. Als iemand al zeer slechte ervaringen heeft met de zorg, zoals in vele gevallen met dit soort mensen het geval is, zal een gedwongen opname ook geen ideale situatie zijn voor een goede observatie. Wij denken dat de wet op dit moment behoorlijk wat mogelijkheden biedt om deze mensen te helpen. Misschien geldt dat niet voor allen en misschien zullen we nog verder moeten zoeken naar uitbreiding, maar ik wil daar iets meer over zeggen. Als voorbeeld neem ik een medemens die zwervend is en ambulant toch enige zorg ontvangt. Als tijdens die zorg die persoon wordt geobserveerd en er wordt vastgesteld dat die persoon een gevaar voor zichzelf vormt – bijvoorbeeld door ernstige verwaarlozing – en als bovendien blijkt dat sprake is van een geestelijke stoornis die niet precies te specificeren is, valt zo iemand toch al onder de werkingssfeer van de BOPZ? Met andere woorden: er behoeft toch geen gedetailleerde DSM-IV-diagnose te zijn, die voor de opname moet worden gesteld om iemand onder de werkingssfeer van de Wet BOPZ te laten vallen? In de formulieren staat dat bijvoorbeeld een waanstoornis en een persoonlijkheidsstoornis reden zijn voor dwangopname, als uiteraard ook aan de andere criteria wordt voldaan. Dat zijn toch meer globale aanduidingen van de aard van de geestelijke stoornis. Onzes inziens kan daarom een psychische stoornis ook met voldoende zekerheid in of nabij de eigen leefwereld van de zwervende worden vastgesteld. Uiteraard als deskundige en daartoe bevoegde personen bereid zijn zich te bemoeien met zo iemand. Projecten zoals door de vorige spreker zijn genoemd, kunnen daar uiteraard een belangrijke rol bij spelen. Is de minister het eens met deze interpretatie van de reikwijdte van de Wet BOPZ? Daarmee zou er namelijk geen directe noodzakelijkheid voor een gedwongen observatieopname zijn. Volgens mij zijn dat onbenutte elementen uit de huidige wet, waardoor, als het nodig is, toch dwangmaatregelen kunnen worden toegepast, ook bij de zogenaamde verkommerden en verloederden. Ik hoor op dit punt graag een beschouwing van de minister.

Als iemand gedwongen opgenomen is en er verder onderzoek nodig is om de psychiatrische diagnose te preciseren, bijvoorbeeld het maken van een hersenscan, kan dat dan ook onder dwang gebeuren? Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een precisering die nodig is om de juiste behandeling te kunnen vaststellen. Voorziet de huidige wet daar voldoende in als het gaat om noodzakelijk onderzoek waar de patiënt geen toestemming voor geeft? Ik heb het dan dus niet over een behandeling, maar over nader onderzoek. Zo ja, waar vind ik dat dan en hoe voorziet de wet daar dan in? Of kunnen wij in de wet beter gaan spreken over een onderzoeks- en behandelingsplan in plaats van over alleen een behandelingsplan? Graag hoor ik ook op dit punt de mening van de minister.

Wat de amendementen betreft wil ik kort zijn. Ik heb een aantal amendementen al impliciet behandeld. Een aantal is ook wat meer technisch van aard. Ik heb niet zoveel behoefte om ze allemaal langs te lopen. Het komt erop neer, dit uiteraard onder het beslag van het antwoord van de regering, want daar luister ik altijd met veel belangstelling naar, dat wij de neiging hebben om de meeste amendementen te steunen, met uitzondering van het amendement op stuk nr. 13 over de observatiemachtiging. Wij hebben verder aarzeling over het amendement op stuk nr. 16, waarin het gaat om het ''ambtshalve omklappen''; ik meen dat de heer Dittrich het zo noemde. Ik heb het antwoord van de regering nodig om tot een oordeel te komen.

Ik heb mij vooral gericht op het wetsvoorstel en de amendementen en ik heb niet, zoals een aantal collega's wel, terecht, heeft gedaan, gesproken over capaciteit. Ik wil mij aansluiten bij die sprekers die hun zorgen hebben geuit over de huidige capaciteitsproblemen en over de situatie in de GGZ. Het mag bekend zijn dat mijn fractie zich eigenlijk al vanaf het sluiten van het regeerakkoord in 1998 meerdere malen in vrij stevige bewoordingen heeft uitgelaten over de in onze ogen achterstelling van de GGZ bij andere sectoren en de noodzaak om daar meer in te investeren. Of het echt veel soelaas zal bieden om in plaats van over veertien dagen op Prinsjesdag, op kortere termijn te horen wat de regering van plan is, waag ik te betwijfelen, maar dat er iets met gebeuren staat voor ons wel vast.

□

De heer **Passtoors** (VVD): Mijnheer de voorzitter. Het feit dat wij hier bijeen zijn, is het gevolg van de evaluatie die wij indertijd uitgebreid hebben besproken. Er waren toen veel aanbevelingen. Ik meen zo'n 45. Wij zijn nu ongeveer bij nummer 7. Er lopen echter al veel onderzoeken. Die zouden wij overigens graag willen ontvangen. Wij zijn er dus nadrukkelijk mee bezig. Dat geldt ook voor de regering. In het veld merk je ook dat die Wet BOPZ erg leeft. Ik wil op een ding nog specifiek ingaan.

Dat betreft de mogelijkheid van de zelfbinding. Het onderzoek op dat punt zou eind 2001 voltooid moeten zijn. De heer Van der Vlies wees er echter al op dat het kabinet advies heeft gevraagd aan een aantal instellingen. Er zou dan dus al een onderzoek zijn. Dat zouden wij graag ontvangen. Uiteraard het liefst met een reactie van de minister daarop, maar ik kan mij voorstellen dat zij het andere onderzoek eerst af wil wachten.

Over de aard van de Wet BOPZ is al een aantal keren gesproken. De heer Van der Vlies heeft een deel van de geschiedenis geschetst. De kern van de wet is dat het een waarborgwet is geworden. Uitgangspunt is bescherming van de mogelijke patiënt. Dat is in allerlei fasen gegaan, in ups en downs, met een groter of minder groot belang, maar de discussie hierover blijft natuurlijk doorgaan. Soms vinden wij dat wij te ver zijn doorgeslagen en moet de pendule weer een stukje terug.

De gevaarscriteria zijn inmiddels opnieuw gedefinieerd. Op basis van de jurisprudentie is er een uitvoerige brochure verschenen en wij hebben bij de vorige wijziging van de BOPZ ook een aantal zaken in die wet zelf vastgelegd. Gehoord de heer Buijs heb ik begrepen dat er in het land verschillend met die criteria omgegaan zou kunnen worden. Dat vind ik toch niet zo'n goede zaak, nu bescherming de basisgedachte van de BOPZ is. In de nota naar aanleiding van het verslag schrijven de ministers dat deze brochure inmiddels aan alle instellingen is gestuurd. Uit een aantal telefoontjes heb ik opgemaakt dat die brochure niet bekend is bij individuele ouders die ineens met een probleem komen te zitten. Kan nog eens nagegaan worden hoe daar meer bekendheid aan kan worden gegeven? Ik wil niet direct zeggen dat het Postbus 51 moet worden, maar meer bekendheid lijkt mij toch goed, vooral voor degenen die er direct mee te maken hebben. Overigens zou een instelling die gebeld wordt, er direct naar moeten kunnen verwijzen. Verder staat de brochure ook op internet; ik heb de brochure daar zelf vandaan gehaald. Daarnaast heb ik de brochure per post gekregen.

De kern van het wetsvoorstel ligt in de voorwaardelijke machtiging. Wij gaan uit van de mogelijkheden van ieder individu en het is van groot belang dat dit ook geldt voor de psychiatrische patiënt. Dat betekent: ambulante hulpverlening als dat kan, en alleen intramurale opname als het moet en er geen andere mogelijkheden zijn. In dat opzicht is de voorwaardelijke machtiging natuurlijk een uitstekend instrument, want daar zitten een stukje eigen keuze in en mogelijkheden van ambulante hulpverlening in, zij het onder enige drang, maar toch met instemming van betrokkene. Dat is een zeer positief punt. Het is goed dat de kromme U-bochtconstructie via een papieren opname gaat verdwijnen.

De voorwaardelijke machtiging is ook nuttig omdat deze gevaar kan afwenden, zonder een gedwongen opname van de patiënt. Daardoor zijn er extra kansen voor integratie. De patiënt staat dan immers achter arbeidsrehabilitatie en continuïteit, omdat hij in zijn eigen sociale omgeving kan blijven zolang het gevaar afgewend blijft.

Het is goed dat de regering de gedachte heeft overgenomen dat de directe behandelaar weliswaar geen psychiater hoeft te zijn, maar dat een psychiater wel de uiteindelijke verantwoordelijkheid moet dragen voor de behandeling en de beoordeling van de voorwaarden. In dat verband kom ik op het amendement op stuk nr. 15, dat slaat op de situatie dat de behandelaar zowel vertrouwenspersoon is en dus een vertrouwensrelatie moet hebben, als controleur en uiteindelijk stok achter de deur of beul. Als in die fase de taak van de behandelaar volledig wordt overgenomen door een geneesheer-directeur, betekent dat een extra waarborg voor het goede verloop van de voorwaardelijke machtiging.

De patiëntenvertrouwenspersoon is al uitvoerig aan de orde gekomen. Ik hoor graag hoe het staat met het overleg over de inzet van en de vergoeding voor deze vertrouwenspersoon bij externe behandeling, in het kader van de voorwaardelijke machtiging. Ik heb nog een zeer concrete vraag over controlemogelijkheden. Is het mogelijk een blaas- of bloedtest als voorwaarde te stellen bij een voorwaardelijke machtiging met de duidelijke afspraak dat er geen gebruik mag worden gemaakt van alcohol of drugs? Ik onderstreep dat noodzakelijk zijn toezicht op en handhaving van de meldingsplichten die er zijn.

Naar ons idee zal de paraplumachtiging verdwijnen, maar blijft het voorwaardelijk ontslag een functie hebben. Wij moeten dat voorwaardelijk ontslag niet via een U-bocht gaan omzetten in een voorwaardelijke machtiging, want dan gaan wij feitelijk doen wat wij deden.

Ik kom nu toe aan het amendement op stuk nr. 13. Ik zei al dat vanuit ons liberale uitgangspunt een individu hulp moet krijgen als hij die echt nodig heeft en niet zonder kan. Bij dat uitgangspunt past een amendement dat inhoudt dat in het uiterste geval, dus als mensen echt hulp nodig hebben en zelf op geen enkele wijze willen meewerken, gedwongen opname past ter observatie. Wij hebben al uitgebreid aan de orde gehad dat er nu eenmaal een groep langdurige zorgmijders is die elk contact weigeren. Voordat zo'n observatiemachtiging aan de orde komt, moet uiteraard alles zijn geprobeerd, zij het misschien niet op de manier die mevrouw Kant wil. Zij wil dat ook verplicht gaan aanpakken. Aangezien zij hier niet aanwezig is en zich niet kan verdedigen, wil ik er niet te veel van zeggen. In ieder geval moeten alle mogelijkheden zijn gebruikt om de mensen zover te krijgen dat zij zorg accepteren. Het is bekend dat er mensen zijn die niet zover te brengen zijn, omdat zij geen enkel inzicht in hun eigen ziekte hebben. Feitelijk zijn zij waarschijnlijk wilsonbekwaam, maar juridisch niet. Dat is waarschijnlijk het probleem. Soms moeten die mensen een nacht in een cel overnachten. De politie kan er ook niets mee. Vervolgens gaan zij weer de straat op. Zij zijn een gevaar voor zichzelf en de omgeving, maar net niet genoeg. Wij zijn van oordeel dat het mogelijk moet zijn toch iets aan die gevallen te doen.

Familieleden vragen bezorgd naar mogelijkheden en wat zeggen wij dan? Wij zeggen dat dan de mogelijkheid moet bestaan van een gedwongen opname om te komen tot observatie. Zoals ik zo-even al bij interruptie zei, is in de eerste plaats van belang dat stabilisatie van de toestand mogelijk is, zodat iemand een beetje kan herstellen, aanspreekbaar wordt, zich wat lekkerder en gezonder voelt en mogelijk inzicht krijgt in zijn eigen situatie. In ieder geval moet in de observatieperiode een objectief oordeel worden

bepaald over de aard van de geestelijke stoornis en het gevaar dat erbij hoort. Wij weten ook wel dat die patiënten uiteindelijk naar huis gaan of dat er een machtiging wordt gegeven dan wel dat er andere interne of externe hulp komt. Ook is nog een voorwaardelijke machtiging mogelijk. Behandeling zit er evenwel in beginsel niet in. Voor de helderheid: als betrokkene tijdens die drie weken instemt met een (deel)behandeling of onderzoek of iets dergelijks, graag, maar als dat niet lukt, wordt die behandeling niet gedwongen opgelegd, want het is een observatiemachtiging, geen machtiging tot verplichte opname of tot verplichte behandeling. Het zal met veel minder hulpmiddelen gaan en het zal veel lastiger zijn, maar wij hopen toch dat in die observatieperiode een zodanige situatie voor betrokkene ontstaat, dat er wat mee kan worden gedaan. Dat is een beetje onduidelijk gebleven in de discussie met mevrouw Van der Hoek. Ons uitgangspunt is echter duidelijk. Het is onze bedoeling dat die mensen uit hun isolement worden gehaald, een isolement dat zij zelf hebben gecreëerd. Het is ontzettend belangrijk dat die barrière wordt doorbroken en wij hebben op dat punt ook een verantwoordelijkheid. Artikel 5 van het EVRM werpt naar mijn mening geen belemmeringen op, want het is een rechtmatige detentie waarbij voldaan is aan alle in de wet neergelegde voorwaarden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik heb met veel belangstelling geluisterd naar uw betoog, maar het is wel een heel ander verhaal dan dat van mevrouw Van der Hoek. U hebt het over mensen waarvan bekend is wat er aan de hand is. Mevrouw Van der Hoek stelde in ieder geval nog vragen als: Is er wel sprake van een stoornis? Is er wel gevaar? Dat is voor u kennelijk heel duidelijk, maar dan bent u wel op een andere wijze bezig.

De heer **Passtoors** (VVD): Dan heeft u het niet goed begrepen. Het gaat om mensen waarvan bekend is dat er iets mee aan de hand is en waarvan ook bekend is dat zij niet bereid zijn om op enigerlei manier mee te werken. Niet bekend is wat er precies aan de hand is, maar duidelijk is wel dat zij niet kunnen worden opgenomen in het kader van de huidige BOPZ. Daarvoor is die observatie nodig en dat heeft mevrouw Van der Hoek ook gezegd. Die stap moet worden gezet, maar het ernstige vermoeden is er al. In onze benadering komt er een stap bij.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik blijf van mening dat uw benadering een andere is dan die van mevrouw Van der Hoek. Dat maakt de beoordeling van het amendement, waar wij nogal kritisch over zijn, er niet gemakkelijker op. U zegt: wij moeten precies weten wat er aan de hand is en er zal in ieder geval iets met die mensen moeten gebeuren. In de brochure van de inspectie staat echter nu juist dat behandelingsoverwegingen niet mogen worden betrokken bij de vraag wat er moet gaan gebeuren. Het gaat om het afwenden van het gevaar en zo mogelijk het verminderen van de stoornis. Daar hebben wij de Wet BOPZ voor.

De heer **Passtoors** (VVD): Ik heb uitdrukkelijk gezegd dat observatie nodig is om te bepalen of er sprake is van een zodanig gevaar dat iemand in aanmerking komt voor een voorwaardelijke opname. Daarbij komt ook de vraag aan de orde wat er mogelijk is binnen de Wet BOPZ, eventueel met gedwongen behandeling.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Precies, voor dat doel hebben wij de inbewaringstelling conform artikel 20. Daarin staat het exact omschreven.

De heer **Passtoors** (VVD): Jawel, maar het gaat nu om de groep die niet voldoet aan de voorwaarden, verbonden aan inbewaringstelling, of waarvan niet voldoende helder is welke de gevaren zijn voor henzelf of de omgeving. Daar gaat het ook om; het zijn juist de groepen die niet volgens de andere criteria onder de BOPZ vallen en als zodanig inderdaad een verplichte opname en een behandeling zouden kunnen krijgen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Zoals u het formuleert, maakt u de BOPZ-criteria duidelijk ruimer. U zegt net dat u mensen die er niet onder vallen, toch wilt gaan opnemen.

De heer **Passtoors** (VVD): Neen, ik heb het vermoeden dat zij eronder vallen. Het speelt al heel lang, maar wij komen er gewoon niet volledig aan toe. Vervolgens vragen wij onder diezelfde voorwaarden – via de officier van justitie aan de rechter – als onder de BOPZ of er mag worden geobserveerd gedurende een korte tijd. Dat is het extra; op basis daarvan bestaat er de mogelijkheid voor die groep mensen om toch aan de bak te komen voor die zorg, zij het inderdaad een beetje gedwongen.

De heer **Dittrich** (D66): Ik heb een vraag over uw mondelinge toelichting en de toelichting op uw amendement, want volgens mij stroken die niet met elkaar. Vindt u nu dat lichamelijk onderzoek tegen de wil van de patiënt tijdens die drie weken observatiemachtigingsperiode is toegestaan?

De heer **Passtoors** (VVD): Neen, echt tegen de wil van de patiënt in mag het gewoon niet, maar dat staat er ook niet! Er staat alleen dat er in die periode bekeken en geobserveerd wordt, maar niet dat er sprake kan zijn van verplicht onderzoek, onderzoek onder dwang! Neen, binnen de observatie en voorzover dat mogelijk is – wellicht had dat woordje erbij moeten staan – voorzover de cliënt, de patiënt wil meewerken. Kijkt u even naar mevrouw Van der Hoek...

De heer **Dittrich** (D66): Die heeft deze vraag met '' ja'' beantwoord, maar u antwoordt met ''neen'' en uw antwoorden wijken dus van elkaar af. In de toelichting staat dat als mensen eenmaal gedwongen zijn opgenomen met die observatiemachtiging lichamelijk onderzoek kan worden verricht, zodat duidelijk wordt...

De heer **Passtoors** (VVD): Kan!

De heer **Dittrich** (D66): Neen, dat staat er niet. Er staat: ''De beantwoording van de vragen betreffende het gevaar van zelfverwaarlozing is veelal tevens afhankelijk van lichamelijk onderzoek, alsmede laboratorium- en ander aanvullend onderzoek. Dat alles is moeilijk of niet uit te voeren buiten een opname.'' Dat wilt u dus tijdens die opname doen! Nu zegt u dat dit niet kan!

De heer **Passtoors** (VVD): Neen, als dat kan. Het is een observatie-

opname en geen onderzoeksopname. In extremo, als de omstandigheden zich niet wijzigen en de cliënt-patiënt ''neen'' blijft zeggen, dan blijft het observatie en kan na enige tijd beoordeeld worden of het wel of niet voldoet aan de criteria en dat er een andere kant kan of moet worden opgegaan! Dat is de bedoeling!

De heer **Dittrich** (D66): Dat betekent dus dat een bepaalde categorie patiënten die wars zijn van elke hulpverlening toch kan worden opgepakt, in een inrichting kan worden geplaatst en kan worden geobserveerd. U zegt nu zelf dat als ze ''neen'' blijven zeggen, ze niet tegen hun wil kunnen worden onderzocht. Dan is de kans toch heel groot dat na die drie of vijf weken gezegd moet worden dat het niet gelukt is om erachter te komen wat er precies aan de hand is, waarna die mensen dus gewoon weer de straat op gaan.

De heer **Passtoors** (VVD): Die kans is inderdaad niet uitgesloten, maar ik acht die niet zo groot. Als men uit die situatie wordt gehaald, in een andere omgeving wordt geplaatst – daar is inderdaad enige dwang voor nodig – dan zijn er zoveel meer mogelijkheden om iets te doen. In de oude situatie kom je geen stap verder. Als men met enige dwang in een andere situatie komt, wat te eten krijgt en dat ook eet, wellicht ook eens wat beter slaapt en misschien wat stabieler wordt, dan is de mogelijkheid van een doorbraak ook veel groter en dat er uiteindelijk misschien wel wordt meegewerkt aan een onderzoek.

De heer **Dittrich** (D66): Realiseert de heer Passtoors zich dat het hier gaat om mensen van wie nog niet eens vaststaat dat zij een gevaar zijn? Hij zegt zelf in de toelichting op zijn amendement dat dit nu juist moet worden bekeken. Hij vangt hen met het net van de BOPZ, terwijl hij niet eens zeker weet of zij een gevaar zijn. Hij treedt daarmee echt buiten de oevers van de BOPZ. Voor alle machtigingen geldt immers het gevaarscriterium.

De heer **Passtoors** (VVD): Nu is er dus ook een vermoeden van gevaar. Dit staat er nu ook nadrukkelijk in.

De heer **Dittrich** (D66): Dit staat in het amendement, maar voor de andere machtigingen moet er een gevaar zijn vastgesteld. De heer Passtoors spreekt in zijn amendement over een vermoeden van een gevaar.

De heer **Passtoors** (VVD): Daarom spreek ik ook over de observatie.

De heer **Dittrich** (D66): De heer Passtoors berooft mensen dus van hun vrijheid van beweging om ze drie tot vijf weken op te nemen en ze vervolgens weer te laten gaan?

De heer **Passtoors** (VVD): Ja, maar in het strafrecht gebeurt dit ook wel eens op een redelijk vermoeden.

De heer **Dittrich** (D66): Wij hebben het nu niet over het strafrecht.

De heer **Passtoors** (VVD): Nee, dat is waar, maar het gebeurt wel vaker en het staat zelfs in 5 EVRM. Het is dus niet gek.

De heer **Dittrich** (D66): Dat is een toepasselijke woordspeling als wij het over de Wet BOPZ hebben.

De heer **Passtoors** (VVD): Dat vind ik niet, dit was in ieder geval niet de bedoeling.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik constateer met de heer Dittrich dat de uitleg van de heer Passtoors een andere is dan die van mevrouw Van der Hoek. Het lijkt wel alsof er tussen de straat of het kamertje met alleen een patiënt en het psychiatrisch ziekenhuis bijna niets meer bestaat. De heer Passtoors spreekt over een redelijk vermoeden en dergelijke, maar ik kan hem verzekeren dat ook mensen met psychische stoornissen zeer veelvuldig voor accurate diagnostiek moeten worden opgenomen in een somatisch ziekenhuis. Een psychiatrisch ziekenhuis is niet geëquipeerd met een CT-scan, MRI en wat dan ook. De diagnose of er sprake is van een hersentumor kan dus zeker niet in een psychiatrisch ziekenhuis worden gesteld. Een behandelend psychiater kan wel adviezen geven terwijl de man of vrouw is opgenomen in een somatisch ziekenhuis. Ik ga zo langzamerhand gruwelen bij de voorstelling van zaken die de heer Passtoors geeft. Wat bedoelt hij nu precies? Is er nu toch een voorschakeling van een gedwongen opname? Hij wil nota bene ook nog het gevaarscriterium nader onderzoeken. Dan gaat hij toch helemaal buiten het kader van de BOPZ?

De heer **Passtoors** (VVD): Het gaat mij om die paar procent van al diegenen die wij graag willen helpen en waarvoor wij alles proberen te doen. Het gaat om een beperkte groep waar echt niets mee te doen is. Het moet inderdaad mogelijk zijn om die mensen met een verplichting over de drempel te krijgen. Als zij bereid zijn aan het onderzoek mee te werken, kan dit elders plaatsvinden, maar zij kunnen niet verplicht worden opgenomen in een somatisch ziekenhuis.

De heer **Buijs** (CDA): De vertrouwensband is meestal zodanig tussen de extramurale behandelaars dat dit makkelijker gaat dan zo'n traumatische ervaring als een gedwongen opname.

De heer **Passtoors** (VVD): Als dit kan, moet dit ook gebeuren. Wij praten echter over een ultimum remedium, over mensen waarmee je echt geen kant op kunt en waarvan ook de hulpverlening zegt dat zij al jaren weten wat er aan de hand is en dat het absoluut fout loopt. Als betrokkenen dan toevallig niet in een omgeving wonen waar de psychiaters wat makkelijker zijn – dan waren zij misschien al lang opgenomen – en zij voldoen niet aan alle criteria van de BOPZ, ook niet voor de rechter, dan blijft opname uit.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Passtoors maakt mij niet duidelijke welke diagnostiek niet extramuraal kan worden uitgevoerd. Hij zegt tot drie keer toe dat het om een zeer beperkte groep gaat. Kan hij nog eens een poging wagen om mij uit te leggen welke groep hij nu precies bedoelt, want dit is mij absoluut niet duidelijk.

De heer **Passtoors** (VVD): Ik doel op de groep die al jaren zwerft of in een hokje zit waarin ook de arts niet wordt toegelaten en waarvan iedereen zegt: het gaat straks heel erg fout en wij wachten alleen nog tot het afgelopen is. Er gebeurt niets meer. Er is weliswaar van alles gebeurd, maar men kan op dat moment niets meer doen, omdat alle hulp wordt geweigerd. De hulpverlener moet dan wel terugtreden, want hij mag en kan in zo'n geval niets

doen. Over die kleine groep hebben wij het.

De heer **Buijs** (CDA): Dat zijn de mensen die voldoen aan het derde gevaarscriterium uit de wet, te weten personen die een gevaar voor zichzelf zijn.

De heer **Passtoors** (VVD): Dat is juist, maar dat gevaar is kennelijk niet groot genoeg om een opname op grond van de BOPZ mogelijk te maken in een aantal districten, steden en plaatsen. Dat leert namelijk de ervaring.

De heer **Buijs** (CDA): Ik geef het op. Ik kan hier niets mee.

De heer **Passtoors** (VVD): Dat komt, omdat u gebruik maakt en kunt maken van een interpretatieverschil tussen de BOPZ en de gevaarscriteria. Daar zit de crux.

De heer **Van der Vlies** (SGP): In mijn bijdrage heb ik aangegeven dat ook mijn fractie een doelgroep ziet die niet kan worden bereikt met de ''gereedschapskist'' van de BOPZ. Het is mij echter niet duidelijk wat de bedoeling is van het amendement. Vat ik het correct samen als ik zeg dat het de bedoeling is om te komen tot stabilisatie en overreding van de patiënt? Is het verder juist dat voor lichamelijk onderzoek door de betrokkene toestemming moet worden gegeven? Verder wilt u in dit amendement toch zeker niet gaan? Ik maakte namelijk uit het betoog van mevrouw Van der Hoek op dat zij verder wilde gaan.

De heer **Passtoors** (VVD): U vat het correct samen.

Over de dwangbehandeling en de extra eis van het ernstige gevaar is inmiddels voldoende gezegd. Ik onderschrijf dat zo'n opname zinvol moet kunnen zijn. In dat geval hoeven er geen extra eisen te worden gesteld. Ik wil nog wel een misverstand wegnemen over het begrip ''ernstig gevaar''. Dat gevaar kan inderdaad verdwenen zijn op het moment dat de patiënt in de inrichting is. De mensen voor wie zij een gevaar vormden, zijn dan immers verdwenen. Verder kan dit gevaar verdwijnen op het moment dat een patiënt in een beperkte setting streng wordt bewaakt. Je kunt dan stellen dat dwangmedicatie niet langer is toegestaan, omdat er geen sprake meer is van ernstig gevaar. De mogelijkheid dat dit misverstand optreedt, lijkt mij een extra reden om het woordje ''ernstig'' niet te gebruiken. Dat neemt natuurlijk niet weg dat het noodzakelijkheidscriterium recht overeind blijft staan.

Ik heb schriftelijke vragen gesteld over de rol van de burgemeester en de wethouders bij de BOPZ. Op die vragen is de regering ingegaan. Ik wil echter graag weten of de regering hierover heeft overlegd met de VNG, de Vereniging van burgemeesters en de vertegenwoordigers van de grote steden. Is er verder duidelijkheid over de vraag of het heroverwegen van de rol van deze mensen bij de inbewaringstelling zinvol is?

De evaluatie blijft in de BOPZ gehandhaafd. Die evaluatie is van groot belang voor elke verandering van de BOPZ.

Voorzitter. De VVD-fractie steunt het voorstel van de regering voor de voorwaardelijke machtiging, onder inachtneming van de wijzigingsvoorstellen die wij hebben ingediend. Verder is mijn fractie een groot voorstander van het scheppen van de mogelijkheid van een observatiemachtiging voor die speciale groep.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. De Wet BOPZ is een ingewikkelde wet, die diep ingrijpt in het doen en laten van iedereen die ermee te maken heeft: patiënten, mensen om hen heen, psychiaters, verpleegkundigen, juristen en politie. Steeds is het zoeken naar het juiste evenwicht tussen het recht op zelfbeschikking van mensen en de plicht om hen en hun omgeving te beschermen tegen gevaren van geestesstoornis.

Door de eeuwen heen wordt in deze context gebruik gemaakt van dwang. Het dolhuis van weleer en het misbruik van de psychiatrie onder totalitaire regimes moeten voor ons tekenen aan de wand zijn om uiterste zorgvuldigheid te betrachten. Wat is dwang eigenlijk? Ik heb een citaat: ''Een dienstmeisje ging uit met de kinderen van haar meester. Ze moest die goed bewaken, maar de kinderen waren ongehoorzaam en liepen ver weg, zodat haar zorg ijdel was. Ze schiep toen uit het niets een zwarte hond, die elk kind dat wegliep, bijten zou. En de kinderen waren bang voor die hond en werden gehoorzaam en bleven bij haar. Zij zag wat ze gemaakt had en hoe bruikbaar of dat was. Maar de kinderen werden waanzinnig uit vrees voor die hond en dat zijn zij gebleven tot op de huidige dag.'' Multatuli, 1861.

Dwang is meer dan een handeling, een behandeling of een bejegening. Dwang is een existentiële inbreuk op het mens zijn. Dat staat voor GroenLinks centraal bij de behandeling van de Wet BOPZ.

Ik kom bij de voorwaardelijke machtiging. Dit voorstel is het tweede van de vier wijzigingsvoorstellen van de Wet BOPZ ter uitvoering van de evaluatieaanbevelingen uit 1996. Ook de adviezen van de Raad voor de volksgezondheid en zorg uit ''Beter (z)onder dwang'' zijn daarbij betrokken. Wij blijven het jammer vinden dat de uitwerking van die onderscheiden onderwerpen zo verbrokkeld verloopt, want de brede discussie van de laatste maanden in alle media en vanavond in de Kamer geeft aan hoe ongewenst het is om ieder onderdeeltje apart te behandelen. Maar GroenLinks waardeert het dat in situaties van gevaar op grond van een geestesstoornis deze voorwaardelijke machtiging een mogelijkheid biedt om het gevaar af te wenden met een minder drastische ingreep dan een gedwongen opname, namelijk door een bindende afspraak tussen patiënt en behandelend psychiater. De rechtsbescherming via openbaar ministerie en rechter is overeenkomstig de gedwongen opname, met dien verstande dat, wanneer het afwenden van het gevaar door het volgen van de afspraken onvoldoende tot stand komt, alsnog een gedwongen opname gerealiseerd kan worden. De wijziging die de regering heeft aangebracht, dat in zo'n geval de patiënt gehoord moet worden, heeft onze instemming. Ook zijn wij voorstander van het opnemen in het behandelingsplan van het minimale aantal contacten tussen patiënt en behandelaar, van het toekennen van het recht om als patiënt zelf een voorwaardelijke machtiging aan te vragen en van het voorleggen van wijzigingen in de behandelingsovereenkomst aan de rechter. Wij hebben de amendementen van collega Dittrich op deze punten medeondertekend.

Hermann

Wij vinden het jammer dat de regering beargumenteert dat het niet nodig is om aan te wijzen in welk ziekenhuis de betrokkene opgenomen kan worden. Zo mogelijk moet dit wel gebeuren, maar het is niet verplicht. Wij menen dat wetgeving er juist is voor de onverhoopte situaties, waarin het niet goed gaat. Het argument van de regering in de trant van ''als het goed gaat, hebben wij dat niet nodig'', vinden wij eigenlijk onvoldoende.

Wij zijn ook niet tevreden over de beantwoording van een aantal eerder gestelde vragen in de nota naar aanleiding van het verslag. Ik zal die vragen nog eens langslopen. Mijn fractie heeft samen met de VVD-fractie gewezen op het belang van een brede aanpak van het maatschappelijk ondersteunen van mensen die door psychische problemen van velerlei aard – ziekte, verslaving, zwakbegaafdheid – tekortschieten in zelfredzaamheid. De regering reageert daarop door in haar antwoord een aantal maatschappelijke initiatieven te melden, zoals het convenant openbare geestelijke gezondheidszorg, het project Parkstad Limburg, het Amstel zorgakkoord, en dergelijke. Dat zijn inderdaad goede initiatieven, maar uit alle geledingen komt het signaal dat er onvoldoende financiële middelen zijn om de voornemens te realiseren. De subsidieregeling maatschappelijke opvang werkt met centrumgemeenten, hetgeen betekent dat individuele gemeenten voor het realiseren van hun zorgplicht mede afhankelijk zijn van de besluitvorming met anderen. Met dat model schiet het dan ook niet op. Bovendien lezen wij ieder jaar in de jaarverslagen van de inspectie gezondheidszorg dat de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg organisatorisch volgens plan voortschrijdt, maar dat de vermaatschappelijking, zeker voor cliënten met ernstige en persistente psychiatrische problemen, veel meer eisen stelt aan de transmurale zorg en aan de beschikbaarheid van de medische, agogische en sociale ondersteuning dan mogelijk is. De maatschappelijke opvang heeft de financiële zorgen bij monde van de Federatie opvang en de Vereniging van Nederlandse gemeenten kenbaar gemaakt. Is de regering voornemens, in de begroting 2002 additionele middelen beschikbaar te stellen? De Kamer zal zich op dit punt moeten uitspreken, tenzij de regering kan aantonen dat dit overbodig is.

Het behandelingsplan regelt de therapeutische middelen om gevaar af te wenden en de wijze waarop de behandelaar toezicht uitoefent, en is erop gericht om de stoornis op een zodanige wijze te verbeteren dat het gevaar wordt weggenomen. Dit staat in het voorliggende wetsvoorstel. Mijn fractie mist evenwel het overleg met andere behandelaars bij de totstandkoming van dit plan. Ook ontbreekt de beoordeling of de patiënt in staat geacht kan worden tot een redelijke waardering van zijn belangen in de voorgestelde behandeling. Dat verschilt met ziekte-inzicht. Mijn fractie acht het noodzakelijk dat deze elementen, die in artikel 38, lid 2, van de huidige wet beschreven worden, opgenomen worden in het wetsvoorstel. Zij heeft daartoe een amendement ingediend.

In praktische zin is mijn fractie in deze tijd van grote personeelskrapte ongerust over de feitelijke gang van zaken bij het toezicht op het nakomen van de voorwaarden. Wie doet al die observaties? Wie schrijft de rapporten? Met welke deskundigheid vindt dat plaats? Zijn de betrokkenen bij de patiënt bekend? Kan hij hen bereiken? Welke criteria gelden er? Wat is de frequentie? Moet het innemen van medicatie onder toezicht gebeuren? Worden bloedspiegels bekeken om te zien of mensen zich aan de medicatie houden? Op welke manier kan gecontroleerd worden dat er geen alcohol en drugs worden gebruikt? Deze praktische details zijn van het grootste belang bij het nagaan of iemand zich aan het behandelingsplan houdt. De regering gaat in de nota naar aanleiding van het verslag niet in op deze praktische punten.

Met betrekking tot de patiëntenvertrouwenspersoon is mijn fractie van mening dat het nodig is om juist buiten de inrichting deskundige en objectieve voorlichting en raad te kunnen krijgen. De regering stelt met dit onderwerp bezig te zijn en wellicht een nota van wijziging in te dienen. Kan zij dit punt nader toelichten?

Het punt van de crisisopname vloeit niet direct voort uit het voorliggend wetsvoorstel, maar de regering heeft er wel op gereageerd. De recente uitspraak naar aanleiding van het kort geding in Amsterdam maakt de zaak pregnant. Op bladzijde 25 in de nota naar aanleiding van het verslag staat dat er volgens de inspectie gezondheidszorg landelijk geen structureel tekort aan crisisplaatsen is, zij het dat er in de Randstad regelmatig problemen zijn. Ik heb de jaarverslagen van de inspectie gezondheidszorg van de laatste vier jaar erop nageslagen. In het verslag van het jaar 2000 staat dat de situatie in Amsterdam ondanks het Amstel zorgakkoord verslechtert. In het verslag over 1999 staat dat er in diverse grote steden en in een aantal regio's een nijpend tekort bestaat. In het verslag over 1998 wordt vermeld: Er moet nog steeds door het land worden gesleept met gedwongen opnames, waardoor de patiënt dan wel wordt opgenomen maar er van een behandeling eigenlijk maar weinig terechtkomt. Daarna wordt de patiënt immers opnieuw overgeplaatst. Heeft de regering wel een goed zicht op dit probleem? Al die gastplaatsen zijn toch in strijd met de opnameplicht per regio? Op deze wijze kan de kwaliteit van de zorg niet worden gegarandeerd en dat was nu juist het kernpunt van het Amsterdamse bezwaar, waarop de rechter is ingegaan door te zeggen: gij moet.

Voorzitter. Over twee amendementen is al veel gezegd. Ik noem allereerst het wijzigen van het gevaarscriterium in artikel 38, vijfde lid. Daarnaast is er het invoeren van de observatiemachtiging. Toen ik daarover het een en ander las, moest ik denken aan het verhaal dat men wellicht kent uit de boeken van de psychiater Watslawic. Het is een van mijn lievelingsverhalen en ik lees het dan ook graag voor. Onder een straatlantaarn loopt een dronken man iets te zoeken. Een passerende politieagent zegt: wat zoek je? M'n sleutels, zegt de man. De politieagent gaat ook zoeken, maar ziet niets liggen. Na een tijdje zegt hij: weet je wel zeker dat je ze hier bent verloren? Neen, zegt de man, daarginds, maar daar is het zo donker... Het willen oplossen van problemen met methoden die daarvoor niet geëigend zijn, komt neer op het vragen om mislukkingen. Mijn fractie deelt de oprechte bezorgdheid van de indieners dat mensen met complexe, psychische en sociale problemen niet de optimale behandeling en zorg krijgen en daardoor steeds verder achteruitgaan. Echter, de oplossingen die hier gekozen worden, wijzen wij nadrukkelijk af.

Wat betreft het wijzigen van het gevaarscriterium, het wegnemen van het woord ''ernstig'', moet ik zeggen: het lijkt zo gemakkelijk. De patiënt lijdt aan een ziekte; de NVP schrijft dat zij effectieve behandelmethoden kent; in het behandelplan staat hoe het moet; nu dreigt er gevaar in de inrichting; de patiënt snapt er eigenlijk niets van en zegt: zeur niet; de NVP wil graag de vrije hand hebben omdat dat goed is voor de patiënt. Voorzitter, is dat nu wel de oplossing? In het Trimbos-rapport dat om die vraag te beantwoorden op verzoek van minister Borst is opgesteld – de titel is ''Dwangbehandeling bij patiënten zonder ziekteinzicht'' – wordt geconcludeerd dat slechts in ongeveer de helft van de gevallen dwangbehandeling positief uitwerkt en dat er ook veel negatieve effecten zijn. In dit rapport wordt geadviseerd: voor er over wetswijziging wordt gedacht, moet er nader worden gekeken en breder overleg worden gevoerd. Minister Borst en de NVP hebben hierover gecorrespondeerd en zij hebben gesteld dat hierover op korte termijn nader moet worden gesproken. Een wetswijziging nú is dus op z'n minst prematuur.

Ik vraag de regering hoe het zit met het standpunt over dwangbehandeling. Wij moeten dat standpunt toch snel kunnen krijgen, gelet op het feit dat wij daarover allemaal meedenken. Hoe gaat het met de zelfbindingscontracten? Voor ons is er sprake van een duidelijk verband. Men denke aan de ervaringen die in Ontario zijn opgedaan. Wij menen dat die samenhang ook van betekenis dient te zijn voor de negatieve wilsverklaringen. Immers, ook dat is een mogelijkheid; het ligt allemaal dicht bij elkaar.

Vervolgens is er het punt van het al dan niet wilsbekwaam zijn. Dat is toch iets anders dan geen ziekteinzicht hebben. Wij moeten wat dit betreft onderscheid maken met de dwangbehandeling bij een wilsbekwame patiënt. Immers, dan is het onrechtmatig. Als ik wilsbekwaam ben, heb ik het recht op zelfdestructie. Dat is een hard gegeven voor mensen die graag anderen helpen, maar zo is het. De enige uitzondering die de wet toestaat, is aan de orde wanneer er op een gegeven moment ernstig gevaar voor de persoon zelf of voor anderen dreigt. De wetgever heeft dat gevaarscriterium aangescherpt ten opzichte van dat bij gedwongen opname, omdat er in de instellingen meer middelen ten dienste staan om het gedrag van de patiënt te beïnvloeden en omdat ingrijpen in het lichaam ernstiger is dan in de omgeving. Uit de jurisprudentie blijkt dat ernstig gevaar zeker niet alleen de situatie betreft, maar ook de langzame achteruitgang, de ontreddering, de zelfverwaarlozing, het steeds weer agressie oproepen bij anderen en dergelijke. Bij wilsonbekwame mensen mag de wettelijke vertegenwoordiger over het behandelingsplan beslissen, maar zelfs dan – wij hebben dat eerder gewisseld – is indertijd op initiatief van D66 in de wet opgenomen dat een weigerende patiënt gedwongen behandeld kan worden. Ook hier is ernstig gevaar de enige uitzonderingsgrond. Zeker als de patiënt wilsonbekwaam is, is er sprake van een zeer onevenwichtige machtsverhouding tussen die ene patiënt en de behandelaar, de geneesheer-directeur en al die andere patiënten, want binnen één instelling werken die onder hetzelfde regime. Bij een onafhankelijke medische beoordeling van de patiënt hebben wij de wet nodig. Die patiënt heeft de bescherming van de wet nodig.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Hoorde ik mevrouw Hermann nu spreken over een recht van zelfdestructie dat een mens zou hebben?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ja, dat hebben wij.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Hoe ligt dat naast het beschermen van mensen die voor zichzelf een gevaar zijn?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Daar geeft de heer Van der Vlies precies het snijvlak van de problematiek aan, waar de Wet BOPZ voortdurend op balanceert. Wij hebben als wilsbekwame mensen recht op zelfbeschikking. Wat de zelfdestructie betreft doelde de heer Buijs al even op de anorexiapatiënt en de spreker toen was zo verstandig om niet op de ''als, dan''-constructie in te gaan. Dit geldt ook voor de hongerstakers. Wij mogen daar niet ingrijpen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Waar haalt mevrouw Hermann dat precies vandaan? Zij zei dat het zo jammer is voor degenen die zo graag iets voor hun medemensen doen. Tot dat soort behoor ik.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik ook.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik zou vinden dat je in bepaalde situaties, uiteraard omgeven door diverse waarborgen, tot het uiterste moet gaan om iemand van een dergelijk onheil af te houden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Daar ben ik het helemaal mee eens. Maar als uiteindelijk iemand die wilsbekwaam is, het afwijst als iemand wil helpen en daarvoor kiest, ook al gaat hij er liever aan te gronde dan het aanvaarden van hulp... Nogmaals, wij praten over wilsbekwame mensen die in staat zijn tot die afweging van hun belangen terzake van de behandeling. Dat is ook de omschrijving in de wet. Wij zijn daaraan gebonden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Als wij dit meenemen naar de categorieën van deze wet, namelijk geestelijke stoornissen die mogelijkerwijs te genezen zijn, te verhelpen zijn, wanneer houdt mijn verhindering ten behoeve van mijn gesprekspartner om verder te gaan op zijn onheilspad op terwille van het respecteren van zijn wilsverklaring? Dat is toch een ongelooflijk dilemma?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat ben ik helemaal met u eens. Maar juist omdat dit dilemma zo complex is, moeten wij hier niet het idee hebben dat wij dit nu even kunnen regelen door het veranderen van een woord in de wet. Ons besef van dit dilemma zal ons bijblijven, zolang wij over deze wet of haar voorganger of haar opvolger bezig zijn.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Is mevrouw Hermann niet met mij van mening – en daar moet het wat mij betreft voor vanavond eindigen, want het is inderdaad een te belangrijke aangelegenheid om even bij interruptie af te doen – dat je tot het alleruiterste moet gaan met de hand die je uitgestoken hebt, om de ander af te houden van dingen die ik onheilswegen noem?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Natuurlijk, zonder meer, helemaal mee eens! Maar nogmaals, we hebben het over volwassen mensen die wilsbekwaam zijn. Daarom is ook de bepaling in artikel 38, lid 2, over de wilsbekwaamheid zo belangrijk. Het gaat hierbij om een essentiële afweging, die in dit geheel een plaats moet hebben. De hele avond zeg ik al: geen ziekte-inzicht is niet hetzelfde als wilsonbekwaamheid. Dat is een apart beoordelingspunt. Er moet hieraan eerst veel meer aandacht worden besteed en veel meer consensus over zijn. Wij moeten niet in de wet een regeling treffen die de indruk wekt dat een leerling-tovenaar aan het werk is. Er moet niet van alles onder kunnen vallen en meegeveegd kunnen worden.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Voorzitter. Het gaat nu om het schrappen van het woord ''ernstig''. Wij hebben het hierbij over mensen die niet voor niets zijn opgenomen. Zij zijn opgenomen op grond van het gevaarscriterium. Daarbij moet men voor opname aan strenge voorwaarden voldoen. Echter, er kan zich de situatie voordoen die mevrouw Hermann zelf aangeeft. We hebben het dan niet over wilsbekwame mensen die niet in het psychiatrisch ziekenhuis komen, maar juist over mensen die op grond van het gevaarscriterium zijn opgenomen. De vraag rijst dan of die mensen moeten worden behandeld. Voor beantwoording van die vraag stelt de wet zorgvuldigheidseisen. Stel nu dat de behandelaar de mogelijkheid heeft om iets te doen en dat hij weet dat de aandoening te behandelen is. Dan wil ik mevrouw Hermann op de vrouw af een vraag stellen. Nogmaals, de behandelaar weet dat met de stand van de wetenschap het mogelijk is aan de toestand waarin de patiënt verkeert een eind te maken en een meer rustige situatie te verkrijgen. Door dat laatste zou weer op een goede manier met de patiënt kunnen worden gepraat. Kun je dan, ook als het gaat om een wilsbekwame patiënt, zeggen: nee, ga maar op deze manier door, ondanks al deze mogelijkheden? De uiterste consequentie als gevolg van de zelfdestructie is de dood. Ik bedoel dat niet demagogisch, maar dit is de werkelijkheid. Nogmaals, kun je dan zeggen: laat dit maar gebeuren?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Maar dat is helemaal niet nodig. Daarvoor hebben wij juist het huidige artikel 38. Daarin staat dat als er voor de patiënt dan wel voor anderen ernstig gevaar dreigt, ingegrepen kan worden. Dat ernstige gevaar hoeft niet acuut te zijn. Er kan ook sprake zijn van een voortgaan van de geestesziekte en het ontstaan van een steeds ergere situatie. Dat is dan een reden voor gedwongen behandeling. Dat ernstige gevaar is dan aanwezig. Het gevaar moet wel ernstig zijn. Dat is het punt.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Vindt u het gevaarscriterium bij opname al niet ernstig genoeg?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dan gaat het om een volstrekt andere situatie. De beïnvloedingsmogelijkheden zijn in dat geval ook volstrekt anders dan wanneer iemand thuis is. Iemand kan namelijk ook in een gesloten inrichting zitten. Vanwege de gesloten inrichtingssituatie heb je veel meer mogelijkheden. Daarom heeft de wetgever het gevaarscriterium aangescherpt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Juist omdat het hierbij om een principieel punt gaat, wil ik terugkomen op de terminologie over zelfbeschikking die mevrouw Hermann gebruikt. Zij spreekt over de wilsbekwaamheid en de mogelijkheid van de persoon om zelf een afweging betreffende zijn gezondheid te maken. Als zij doelt op een van de twee polen waartussen de Wet BOPZ zich bevindt, kan ik haar volgen. Zij zegt echter dat ieder mens recht heeft op zelfbeschikking en dat dat in de wet staat. Erkent zij dat zij hiermee een tandje te ver gaat en dat zoiets niet in onze wetgeving of onze Grondwet is terug te vinden? Ik vind dit een belangrijk punt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat is inderdaad een belangrijk punt. Er zijn in deze Kamer meer debatten gevoerd, waarbij tussen uw en mijn fractie zeer uitgebreid is gesproken over zelfbeschikking. In de Grondwet gaat het over de persoonlijke vrijheid, eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en onaantastbaarheid van het lichaam. Misschien is ''zelfbeschikking'' niet het goede woord, maar het is wel een samenvatting daarvan.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Als het gaat om een politiek-ideologisch verschil tussen uw en mijn fractie, zijn wij het er snel over eens dat dat onder andere zou kunnen gaan over zelfbeschikking. Maar omdat u het plaatst in deze belangrijke discussie over de Wet BOPZ, zou ik niet graag de suggestie uit dit debat laten opklinken dat één van de uitgangspunten van de BOPZ het recht op zelfbeschikking is. Dat is namelijk – daarover zijn wij het eens – niet het geval.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U overvalt mij enigszins met deze vraag. In mijn visie is de BOPZ namelijk wel degelijk een wet die het recht op zelfbeschikking of zelfbepaling van mensen omschrijft. Maar ik aarzel nu wat, omdat het heel fundamentele zaken zijn. Het gaat in wezen om dezelfde principes die wij ook hebben vastgelegd – als het niet primair om geestesziekten gaat – in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomsten en in Boek 7 van het Burgerlijke Wetboek. Het gaat erom dat mensen zelf het recht hebben om in te stemmen met een behandeling, dan wel om een behandeling te weigeren, zowel in het heden als in de toekomst. Dat betekent in het uiterste geval – vanuit je medemenselijkheids- en je hulpverleningsattitude zul je natuurlijk altijd proberen om mensen daarvan te weerhouden – dat je je neer hebt te leggen bij de beslissing van een medemens.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb nog een korte vraag op een ander punt. Wilt u reageren op het door mij aangestipte gevaar van eventuele uitholling van het begrip ''ernstig gevaar'' in het kader van de voorwaardelijke machtiging, waardoor makkelijker gezegd kan worden dat sprake is van een ernstig gevaar, om de behandeling die eerst ambulant was, intramuraal voort te zetten?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat is een heel belangrijke vraag. Dit hele vraagstuk heeft namelijk altijd te maken met de conflicterende ingang tussen de gezondheidsrechtelijke bescherming van de rechten van de mens, zoals hij ervoor kiest om te zijn en zoals hij is in al zijn variëteit, en de hulpverleningsattitude, die zo graag wil helpen, behandelen, beschermen en dergelijke. Het

tweeluik in Trouw van gisteren over de advocaat versus de psychiater was daarvan een uitstekend voorbeeld. Zo hebben we er vele gehad: het is altijd weer die balans waarover we het bij de BOPZ hebben. Die moeten we hier goed in het oog houden.

Ik kom toe aan de observatiemachtiging voor mensen zonder ziekte-inzicht die bekend zijn bij de hulpverlening en volharden in het afwijzen van hulp en behandeling. Met de indieners is GroenLinks zeer bezorgd dat de groep mensen waarop wordt gedoeld, groeit in omvang. Voor ons is dat het teken dat de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg, waarvan de inspectie vindt dat het organisatorisch schitterend gaat, zij het dat het in de praktijk hapert, inhoudt dat de maatschappij steken laat vallen. De mensen die vroeger asiel vonden binnen de inrichtingen, hebben nu formeel de vrijheid om hun leven naar eigen inzicht in te richten, maar materiaal missen zij de mogelijkheden om dat goed te kunnen doen. Wij regelen dat ze een uitkering krijgen, dat ze woonruimte hebben, waar ze terechtkunnen voor hulp, maar heel veel van die mensen vervallen in inertie. Het lukt niet, het huis vervuilt, de rekeningen worden niet betaald, het uitkeringsgeld is ineens weg, gestolen of uitgegeven in de kroeg, verloren of wat dan ook. In de ambulante hulpverlening komt iedere drie maanden een andere stagiair die in opleiding is tot psychiater en ze weten niet meer bij wie ze terechtkunnen. Medepatiënten die vroeger ook op de gang liepen en waar ze samen koffie mee dronken, zien ze niet meer. Op straat worden ze uitgescholden. Dan gaat het steeds meer mis. Dat zien wij met zijn allen. Maar om dan te zeggen dat wij de mensen die wij nu niet bereiken dan maar gedwongen op moeten nemen, dat gaat te ver. Die sleutels liggen echt niet onder deze lamp. Die negatieve ervaringen met hulpverleners demotiveren. De politieagent die mee zoekt, pakt je in je kraag. Zelfmedicatie wordt dan alcohol en drugs. Het idee dat je met deze mensen in drie weken een pasklare oplossing kunt bereiken, vind ik, houd u mij ten goede, een therapeutische almachtfantasie. Het is vrijheidsbeneming en daarbij wordt geheel voorbijgegaan aan de bedoeling van de Wet BOPZ.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Het spijt mij dat u in de discussie blijkbaar te weinig hebt opgepakt van het betoog dat ik hier vanmiddag over heb gehouden. Ik heb namelijk uitdrukkelijk gezegd dat dit amendement niet op die groep slaat. Ik ben het met u eens dat die groep op de manier zoals u aangeeft, moet worden geholpen. Dit amendement slaat echter op een groep die wel degelijk binnen de Wet BOPZ past. Bij die groep bestaat namelijk een ernstig vermoeden van geestelijke stoornis waardoor betrokkenen een gevaar voor zichzelf zijn. Dat wordt door een geneeskundige verklaring gesteund en door de rechter getoetst. Die groep zal dus worden beoordeeld aan de hand van de eisen die in de Wet BOPZ zijn opgenomen. Dat is niet de groep waar u over sprak.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik heb in mijn interrupties al bij herhaling gezegd dat die omschrijving – ernstig vermoeden van een geestesstoornis, waardoor betrokkene een gevaar voor zichzelf is – exact zo in artikel 20 van de Wet BOPZ staat. Dan kan een inbewaringstelling worden afgegeven. Die inbewaringstelling kan dan na een eventueel zeer korte opname, door een behandeling gevolgd worden. Daar is geen nieuwe wetgeving voor nodig. Daar voorziet de wet namelijk al in. Wij blijven daar echter over van mening verschillen. Uw omschrijving is namelijk niet helder. Het is echter wel duidelijk dat u bezorgd bent over mensen die volgens u op geen enkele andere manier kunnen worden geholpen. Ik heb eerder al gezegd dat de inspectie duidelijk heeft uitgesproken dat behandeling niet als doel is opgenomen in de Wet BOPZ. Als mensen door behandeling zover kunnen komen dat het gevaar wordt afgewend en dat de geestelijke stoornis wordt beïnvloed, zijn wij blij. Dat is echter een secundaire kant, want de BOPZ gaat over het afwenden van gevaar, onmiddellijk gevaar of gevaar op langere termijn, gevaar voor zichzelf of gevaar voor anderen. Over die omschrijving hebben wij verleden jaar, mede dankzij collega Dittrich, nog uitgebreid gesproken.

Wij weten dat psychiatrische hulpverlening nog steeds op verschillende plaatsen in de wereld gebruikt wordt om ongewenste elementen van de straat te houden. Uw intenties kunnen heel goed zijn en u kunt zeggen dat het maar om een kleine groep gaat, maar als die mogelijkheid in de wet staat, bent u niet meer meester over de vraag op wie die toegepast wordt. Dat gebeurt dan namelijk volgens de wet. Wij moeten daar dan ook bijzonder prudent in zijn, want er is geen aanwijzing dat dit op dit moment nodig is.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Nu wordt weer de suggestie gewekt alsof wij de intentie zouden hebben om ''ongewenste elementen'', zoals u het noemt, uit overwegingen van overlast willekeurig op te pakken. Het spijt mij bijzonder dat op deze manier deze suggestie weer op tafel komt, in samenhang met het amendement. Er is altijd een toetsing door de rechterlijke macht. Zouden onze rechters en degenen die een geneeskundige verklaring moeten opstellen, dan toestaan dat ''ongewenste elementen'' die overlast veroorzaken, op grond van de Wet BOPZ zouden worden opgenomen? Denkt u dat enige rechter in Nederland daarmee zou instemmen?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat is de vraag niet. De vraag is niet of uw intenties goed zijn, maar wat de toepassingsmogelijkheden zijn als dit amendement in de wet zou komen te staan. Dan blijkt dat de deuren open staan. U kunt dan zeggen dat u niet wilt bereiken dat mensen door die deuren naar binnen gaan, maar als ze open staan, zullen die deuren daar toch voor gebruikt worden.

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA): Maar waar ziet u dan in de tekst en in de toelichting dat deuren open worden gezet? U moet dat nu maar eens aangeven.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wij hebben daar al uitgebreid van gedachten over gewisseld, dus dat zou een herhaling worden. Laten wij er morgen allebei nog maar eens het stenogram op nalezen en er in tweede termijn op terugkomen.

Wij hebben hier al veel over gezegd. De regering heeft er nog niet verbaal over gesproken, maar zij heeft zich er al wel schriftelijk over geuit, namelijk in de nota naar aanleiding van het verslag. Daar stelt de regering dat dit amendement zich niet leent om ingepast te worden in

het wetsvoorstel. Mijn vraag aan de regering is dan ook of zij dit amendement als destructief beschouwt.

Tot slot, voorzitter, nogmaals aandacht voor de noodzaak om de vermaatschappelijking van de GGZ metterdaad te faciliteren. Observatiemachtiging is voor GroenLinks niet het middel dat wij zoeken, maar de doelgroep die voor zichzelf en voor de maatschappij veel ellende veroorzaakt, zien wij zeer zeker. Mensen hebben onderdak nodig, maar ook bezigheid. Zij hebben hulp, aanspraak en misschien wat werk nodig, zij hebben medemenselijkheid en ambulante behandeling nodig. Dat komt allemaal niet vanzelf tot stand. Het is ook méér dan de bed-brood-badvoorzieningen van de Federatie opvang. Alle convenanten ten spijt moet er structureel geïnvesteerd worden. Wij hebben een zeer constructief gesprek gehad met de taskforce vermaatschappelijking, tot stand gekomen op initiatief van mevrouw Van der Hoek. Eind van dit jaar verwachten wij het advies van die groep. Is het de regering mogelijk om nog in deze kabinetsperiode concreet in te gaan op de aanbevelingen die de taskforce ongetwijfeld zal doen, en deze ook daadwerkelijk te realiseren?

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De regering zal morgenmiddag antwoorden.

Sluiting 22.41 uur

□

Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter terzake gedane voorstellen:

1. drie koninklijke boodschappen, ten geleide van de volgende voorstellen van (rijks)wet:

Wijziging van de Visserijwet 1963 (uitvoering Overeenkomst inzake grensoverschrijdende visbestanden) (27893);

Wijziging van de Wet subsidiëring politieke partijen (Verhoging subsidiebedragen) (27894);

Wijziging van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, houdende een verbeterde formulering van de hardheidsclausule inzake de export van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering naar het buitenland (27895).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, inzake het algemeen overleg over het ontwerpbesluit, houdende vaststelling van het landelijk beleidskader gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid;

een, van de staatssecretaris van Financiën, ten geleide van een exemplaar van het Bedrijfsplan Belastingdienst 2002-2006;

een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, inzake voorontwerp fundamentele herziening Wet op de ruimtelijke ordening;

een, van de staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat, inzake voortgang wetsvoorstel toegang tot de kabel;

een, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van de rapportage monitor fonds-CAO's;

een, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, inzake de SEGV.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies en niet te drukken;

3. de volgende brieven:

een, van J. Wongsokerto, over wapenbezit in Nederland;

een, van CPS, ten geleide van het jaarverslag 2000 ''Onderwijs ontwikkel je samen''.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies.