

Ross-van Dorp

motie van de agenda af te laten voeren totdat wij dit onderwerp hebben besproken.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Ik vind dat te mager. Ik heb eerder schriftelijke vragen gesteld waarop ik antwoord heb gekregen. Ik heb een aantal argumenten genoemd om het toch hier aan de orde te stellen. Er is sprake van een grote vermogensgroei en van strategische bewegingen richting grote fusies. Ik geloof bijvoorbeeld dat 's Heeren Loo zo langzamerhand driekwart van het land beslaat. Wellicht zijn daar goede redenen voor, maar ik wil graag dat u daar eens uitspraken over doet. Vindt u dat een gewenste ontwikkeling? Wilt u echt dat er honderden miljoenen in de vermogens gaan zitten omdat er marktwerking moet komen? Volgens mij heeft helemaal niemand hier gevraagd om marktwerking in de AWBZ. Ik merk bij u zo weinig wil om het daar eens over te hebben. Wij vragen van u dat u in een nota aangeeft wat u nu eigenlijk hiermee wilt. Niemand is tegen vraagsturing. De vraag is alleen of die kan worden bereikt met vermogensopbouw en toenemende fusies in de sector. U kunt dan toch niet zeggen dat wij maar moeten afwachten tot u daar eens ideeën over hebt?

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Ik zeg ook niet dat u maar moet wachten tot wij daar ideeën over hebben. Ik ben bezig om nader uit te zoeken hoe het zit. Het lijkt mij goed dat ik u daar schriftelijk over bericht. In deze motie staat een aantal constateringingen dat ik niet gelijk zo voor mijn rekening wil nemen. Ik zal mijn eigen constateringingen doen en daar mijn eigen conclusies aan verbinden. Ik zal u daar nog voor de behandeling van de begroting over informeren. Op basis daarvan kunnen wij dan met elkaar in discussie gaan.

Mevrouw **Smits** (PvdA): Er zit mij nog een ding dwars. Ik heb eerder vragen gesteld over de vermogensopbouw. Ik kreeg, met respect, een flauwekulantwoord. Er stond dat vermogens niet te groot mogen worden, maar ook niet te klein mogen zijn. Daar schiet ik niets mee op. Honderden miljoenen van ons budget zijn gaan zitten in de vermogens. Vindt u dat goed?

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Het is maar zeer de vraag of er honderden miljoenen van ons budget in de vermogens zijn gaan zitten. Die conclusie trekt u erg eenvoudig, maar ik wil graag weten hoe het zit. Er zijn ook heel wat vermogens opgebouwd uit legaten en schenkingen door derden. Er zit nogal wat diversiteit in het vreemd kapitaal dat in vermogens zit. Dat behoeft nader onderzoek. Er moet in elk geval, zoals ik ook al in mijn schriftelijke beantwoording heb gezegd, een balans in zijn. Die zoek ik. Het kan niet zo zijn dat er exorbitante bedragen in vermogens omgaan terwijl wij elders tekorten hebben. Ik moet dat gewoon eerst even uitzoeken voordat ik u daarover kan informeren. Ik kan dus niet zo maar even antwoord geven. Ik verstrek de Kamer daarom nader schriftelijke informatie. Daarna volgt er een debat.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In mijn motie op stuk nr. 60 verzoek ik de regering om in maart 2006 te komen met een samenhangend plan van aanpak. De staatssecretaris heeft voor mij overtuigend aangegeven dat die termijn niet haalbaar is. Daarom wil ik "maart 2006" veranderen in "het voorjaar van 2006".

De **voorzitter**: De motie-Van Miltenburg/Smits (27659, nr. 60) is in die zin gewijzigd dat het dictum thans luidt:

Motie

"verzoekt de regering, in het voorjaar van 2006 te komen met een samenhangend plan van aanpak, waarin het bevorderen van scheiden van wonen en zorg centraal staat,".

Naar mij blijkt, wordt deze gewijzigde motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 63 (27659).

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, over de ingediende moties te stemmen op dinsdag over een week, op 25 oktober aanstaande.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (zelfbinding) (28283).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Voorzitter. Juist bij de BOPZ is heel goed zichtbaar hoe lang wetgeving kan duren. Ik doel op de trajecten die van vergadering naar vergadering hobbelden.

Bij de BOPZ gaat het over het ontnemen van iemands vrijheid. Het is dan ook heel goed dat wij de tijd nemen om een zorgvuldige wetgeving tot stand te brengen. De BOPZ (bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen) is de opvolger van de Krankzinnigenwet. De BOPZ heeft in haar eentje al dertig jaar over haar totstandkoming gedaan. Tegen deze achtergrond is een termijn van drie, vier jaar voor de invoering van een artikel helemaal nog niet zo gek. Ik ga daar dan ook niet over zeuren; ik zou niet durven.

Ik herhaal wel mijn opmerkingen die ik in de eerdere beraadslagingen over dit wetsvoorstel heb gemaakt. Deze BOPZ is door alle aanvullingen en wijzigingen toch steeds meer op een lappendeken gaan lijken, meer dan op een duidelijke en slechts voor één uitleg vatbare en helder uitvoerbare wet, een wet waarin de positie van de patiënt geborgd wordt en met garanties omgeven, tevens een wet die optimale zorg en behandeling mogelijk maakt, juist voor de groep zonder ziekte-inzicht. Voor kwetsbare patiëntengroepen moet er een betere wet komen. Wij blijven knutselen aan deze opnamewet, maar naar het oordeel van de fractie van de Partij van de Arbeid is een behandelwet beter. In een behandelwet staan de verbetering van de situatie, van het ziektebeeld en van de ziektelast voorop en niet het uit de maatschappij halen van een patiënt door middel van een gedwongen opname. Wij lopen internationaal nog steeds voorop

Van Dijken

in het gebruik van de separeercel. Ik zie graag dat wij voorop lopen vanwege onze behandelssystematiek. Daarin zijn ons al landen voorgedaan. Hun voorbeeld kunnen wij volgen. In het licht van het geven van voorrang aan behandeling, zijn de zelfbindingsverklaring en de zelfbindingsmachtiging absoluut een stap in de goede richting, althans, die zouden zij kunnen zijn. Om te weten of wij nu echt een oplossing hebben voor het probleem van het verzet tegen noodzakelijke opname, moeten wij bijzonder goed evalueren. Immers, volgens de minister bleek experimenteren niet mogelijk. Daarom gaan wij op grond van een harde afspraak over twee jaar na hoe het gegaan is. Wij zullen de evaluatie niet alleen kwantitatief, maar ook en vooral kwalitatief moeten invullen. Er zal breed moeten worden gevraagd of de zelfbindingsverklaring als stok achter de deur heeft gewerkt. Om de beoogde preventieve werking te kunnen meten, kun je niet alleen maar turven welke opnames met deze machtiging hebben plaatsgevonden. Wij zullen moeten weten of in alle gevallen is voldaan aan de gemaakte afspraken en of de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt niet is geschaad vanwege het feit dat aan een van de meest essentiële afspraken geen invulling kon worden gegeven omdat een bepaalde wet niet beschikbaar was. Wij zullen moeten bestuderen of in alle gevallen de afspraken compleet gehonoreerd worden. Of kan tussentijds een officier van justitie ook eens zeggen dat het deze of gene kliniek is, terwijl er een andere afspraak is gemaakt? Wij moeten willen weten hoe vaak er is overgegaan tot een acute opname op basis van een IBS of een RM, waarop de zelfbindingsmachtiging naadloos aansloot, omdat er op grond van de voorwaarden in de zelfbindingsverklaring sprake was van een acute noodzaak tot opname en er dus geen vijf dagen kon worden gewacht op een uitspraak over de zelfbindingsmachtiging. Hoe vaak blijken zes weken onvoldoende voor een adequate behandeling? Kunnen in een dergelijke situatie die zes weken worden opgevolgd door een andere opnamegrond, bijvoorbeeld een observatiemachtiging? Het lijkt mij zeer verstandig om bij de evaluatie te betrekken in hoeverre de door de Nederlandse vereniging voor psychiatrie, de GGZ Nederland en de KNMG bepleite ambulante zelfbinding onder de WGBO toch deel uit moet gaan maken van de afspraken in dit kader. Hoe vaak maakt de negatieve wilsverklaring deel uit van de zelfbinding? Dat moet ook worden nagegaan. Houdt dit verband met de onbekendheid van deze mogelijkheid bij hulpverlener en patiënt of is er minder behoefte aan dan verondersteld? Is het niet merkwaardig om geen opname op een gesloten afdeling mogelijk te maken bij een opname op basis van een zelfbindingsmachtiging – zelfbindingsverklaring met vervolgmachtiging – als dit wel kan in het kader van de voorwaardelijke machtiging en van de observatiemachtiging? Waarom vindt de minister dat artikel 39 en artikel 40, lid 3 niet van toepassing hoeven te zijn op zelfbinding? Ik hoop oprecht dat de vertraging, ontstaan door het door deze minister gewenste drietrapsmodel, niet verder oploopt door een krachtdadig werkende onderzoekscommissie ter verkenning van de behandelwet. De BOPZ begint wel erg te lijken op een wet die met wasknijpers, paperclips, nietjes en plakband bij elkaar wordt gehouden. Dat zei ik al. Naast het beeld van een lappendeken dringt zich het beeld van een doolhof op. Wij moeten dat als wetgever niet willen. De PvdA-fractie is van mening dat de zelfbindingsverklaring en de

machtiging ondanks alle mogelijke kritieken en wensen tot verbetering, wel degelijk bruikbare en gewenste instrumenten zijn om patiënten maximale invloed te geven op de door hen al dan niet te ondergaan behandeling, inclusief opname. Verder is de minister tegemoet gekomen aan de twee punten die wij zwaarwegend achten: de snellere behandeling van de machtiging en het loslaten van de eis dat iemand al eens opgenomen moet zijn geweest om te kunnen beoordelen of die een zelfbindingsverklaring op kan stellen. Daarom hoopt de PvdA-fractie dat deze wijziging snel kan worden geëffectueerd. De antwoorden op de vragen over nadrukkelijk kwalitatieve gegevens, die over twee jaar uit de evaluatie naar voren moeten komen, en de bemerkingen van de drie al eerder aangehaalde zorgaanbieders in een brief van 11 oktober – de minister heeft die – moet de minister volgens de fractie van de PvdA als dwingend beschouwen. Ook in de politiek is, naast drang, dwang soms nodig om verbeteringen opgenomen te krijgen. Daarmee verwijs ik niet naar het ordedebatte dat wij eerder bij de regeling van werkzaamheden hadden. Ik heb dan ook niet de gedachte willen opwerpen dat het politieke bedrijf een gekkenhuis zou zijn.

□

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Het heeft lang moeten duren voordat wij de nota naar aanleiding van het nader verslag hebben kunnen krijgen. Naar mijn berekening heeft dit twee jaar geduurd. Wel moet ik zeggen dat in deze nota naar aanleiding van het nader verslag een aantal duidelijke wijzigingen zijn aangegeven.

Wij vinden de zelfbindingsverklaring een goede aanvulling op de bestaande rechterlijke machtigingen. Op dat punt ben ik het eigenlijk niet met mevrouw Van Dijken eens, als zij zegt dat de Wet BOPZ steeds meer op knip- en plakwerk lijkt. Nee, wat juist heel kenmerkend is voor deze zelfbindingsregeling, is dat nog steeds geldt dat voor een dwangopname een rechterlijke machtiging nodig is. Dat vinden wij een goed vertrekpunt van de wet en dat is ook de kern van de Wet BOPZ. Wat heel goed is aan de zelfbindingsverklaring, is dat je mensen de mogelijkheid geeft om op het moment dat zij nog in goeden doen zijn, uitspraken te doen over hoe zij behandeld willen worden als het slechter met hen gaat. Het betekent dat als het slechter met je gaat, er wordt uitgegaan van jouw wensen. Dat vinden wij de kern van deze zelfbindingsregeling, namelijk dat je de patiënt zoveel mogelijk invloed geeft op hoe hij vervolgens wordt behandeld.

Mevrouw **Kant** (SP): U heeft gelijk als u zegt dat dit een positieve bijdrage is aan deze wet, maar u legt zelf al uit dat patiënten dat zelf zo moeten aangeven. De kern van de kritiek in het kader van de Wet BOPZ is dat dit ervan uitgaat dat mensen zelf kunnen beschikken, maar dat mensen die dit niet kunnen, vaak geen behandeling wordt gegeven. Daar zit de kern van het probleem en vandaar dat een deel van de Kamer voorstaat dat ook eens naar andere trajecten wordt gekeken waar de noodzakelijke behandeling van de patiënt vooropstaat. Dan hoeft je al die aanpassingen van de Wet BOPZ niet te doen, omdat je een ander uitgangspunt hebt.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Dat hebben wij al eerder

Joldersma

met elkaar gewisseld, toen het ging over de behandelwet. Immers, wat je dan aan het doen bent, is dat je op eens een heel ander paradigma ten grondslag legt aan de Wet BOPZ. Immers, de grondslag van deze wet is dat als iemand gedwongen wordt opgenomen, er een rechterlijke machtiging is. Ik vind dat een heel goed vertrekpunt, juist ook met het oog op deze zelfbindingsverklaring. Als je uitgaat van een behandelwet, komen wij op het punt dat mevrouw Van Dijken al een beetje aansneet, namelijk de moeilijke positie in de ambulante situatie, respectievelijk de ambulante dwangbehandeling. Dat is een nogal vreemde situatie, waarbij wij op dit moment geen kijk erop hebben hoe je dat precies moet aanpakken. Om dan zomaar te zeggen dat wij een behandelwet moeten hebben en dat wij de psychiater alle mogelijkheden moeten geven om in te grijpen, vind ik geen goede zaak. Ik ben heel blij dat wij daar een rechter voor hebben die gaat toetsen of het goed is dat een bepaalde persoon gedwongen wordt opgenomen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb hier nog niemand zomaar iets horen zeggen, zeker niet bij dit soort ingewikkelde en belangwekkende wetgeving. Het gaat erom dat je eens zou moeten kijken of je niet met een ander uitgangspunt en op een andere basis een wet zou moeten maken voor deze categorie patiënten met alle waarborgen die daarbij noodzakelijk zijn. Dit, omdat steeds blijkt dat er gaten zitten in de Wet BOPZ en dat de Wet BOPZ er nooit toe kan leiden dat je voor iedereen voor wie het nodig is, de hulp op een goede manier kunt regelen. Dan blijven wij inderdaad steeds maar repareren en voegen wij weer een bal aan de kerstboom toe. Ik vind dat je daarnaast, maar niet alléén, ook eens serieus zou moeten overwegen of wij het misschien niet heel anders moeten doen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): U zegt eigenlijk precies waar wij het vandaag over hebben. Wij hebben het over de zelfbindingsverklaring die bedoeld is voor een bepaalde categorie patiënten en dat vind ik nu juist zo goed aan de zelfbindingsverklaring. Het betreft een bepaalde categorie patiënten, waarbij een onderscheid te maken is tussen een situatie waarin zij in goeden doen zijn en een situatie waar zij dat niet zijn. Wij weten niet hoe groot die categorie patiënten is. Die kan zeker heel klein zijn en daarom vind ik het heel erg belangrijk dat wij nagaan hoe deze mogelijkheid tot zelfbindingsmachtiging in de praktijk werkt. Deze machtiging brengt echter het een ander met zich mee. Ik denk aan het gevaarscriterium. Dat verandert en er verandert nog veel meer. Daarmee wordt deze wet op een goede manier ingevuld. Ik wijs er verder op dat wij al een keer hebben gediscussieerd over de behandelwet. Mevrouw Kant heeft de evaluatie van de Wet BOPZ benut voor het bespreken van de behandelwet. Dat vond ik eigenlijk zonde van de tijd. Er gebeurt namelijk al veel goeds. Ik vind dat wij ervoor moeten zorgen dat wij de wetten die wij hebben goed uitvoeren.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Voorzitter. Niemand kan tegen het laatste zijn, maar ik verzet mij tegen het beeld dat mevrouw Joldersma oproept. Daarbij denk ik vooral aan haar reactie op mijn inbreng op het punt van de behandelwet. Ik vind echt dat het niet zomaar een voorstel betreft. Juist die behandelwet gaat uit van de patiënt met zijn lijden en met zijn ziekte. Daarbij wordt alle nodige zorgvuldigheid betracht als het gaat om het

toepassen van dwang, terwijl je veel liever drang zou willen. Mevrouw Joldersma moet echter niet het beeld oproepen alsof hierbij sprake is van een bedenkselfte op een achternamiddag. Wij hebben juist gevraagd om het traject versneld in te gaan. Daarmee heeft mevrouw Joldersma niet ingestemd. Zij is daarin vrij, maar wij hadden geen behoefte aan die drietrapsraket. Wij hadden die commissie graag direct aan het werk gezet. Vervolgens hadden wij op basis van feiten kunnen spreken en hadden wij niet gebruik hoeven te maken van beelden. Dat laatste lijkt mij in dit geval niet terecht.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Wij zijn het er in ieder geval over eens dat je heel zorgvuldig zult moeten omgaan met gedwongen opname en gedwongen behandeling. Juist omdat wij nog zo weinig weten van de gedwongen behandeling is de ambulante situatie heel geschikt om zorgvuldig na te gaan hoe je daarmee kunt omgaan. Op een aantal punten kunnen mevrouw Van Dijken en ik elkaar vinden. Ik zie ook in dat men in de ambulante thuissituatie heel graag vaker gebruik wil kunnen maken van dwangmedicatie. Alleen, dat moet je niet willen doen met fysiek geweld, want daarvan kun je de gevolgen niet overzien. Dat ben ik volstrekt met de regering eens. Ik zie dus zeker ook dat wij in de toekomst moeten denken aan ambulante dwangbehandeling in de zin van dwangmedicatie zonder dat je het direct hebt over fysieke dwang. Heel graag wil ik weten hoe daarmee in het buitenland wordt omgegaan. Dit wetsvoorstel gaat over zelfbinding en als wij het hebben over beelden, wijs ik erop dat mevrouw Van Dijken zelf een bepaald beeld van de Wet BOPZ heeft neergezet.

Voorzitter. Ik wil het vervolgens hebben over het gebruik van de Wet BOPZ en het gebruik van de zelfbindingsregeling. Zojuist heb ik er al iets over gezegd. Ook mevrouw Van Dijken heeft erover gesproken. Zij zei dat over twee jaar een evaluatie uitgevoerd zou moeten worden. Ik weet echter niet of je het woord evaluatie moet gebruiken. Wat ik graag wil is dat wij goed zicht blijven houden op de uitvoeringspraktijk die wij straks krijgen. Wat mij betreft is daarvoor niet een uitgebreid evaluatieonderzoek nodig met een nieuwe commissie enzovoorts. Als wij daaraan beginnen wordt het proces weer te veel opgetuigd. Misschien kunnen wij aansluiten bij datgene wat wij hebben. Wij hebben een monitor voor de geestelijke gezondheid en een Inspectie voor de volksgezondheid die zich soms verdiept in het functioneren van een bepaalde sector, zoals die van de tbs. Daarom vraag ik mij af het niet mogelijk is om met de inspectie of met de Monitor ggz de uitvoeringspraktijk van de zelfbinding in kaart te brengen. Vragen daarbij kunnen zijn: voor welke mensen wordt de maatregel gebruikt, bij welk soort aandoeningen en in welke omstandigheden werkt zij zoals wij het bedoeld hebben? Op deze manier kunnen wij zicht houden op de praktijk en op deze manier hoeven wij niet een commissie aan het werk te zetten. We kunnen ons gewoon richten op de praktijk.

Ik zie veel mogelijkheden voor het stimuleren van het gebruik van de zelfbindingsverklaring. Ik denk aan mensen die in een psychiatrisch ziekenhuis hebben verbleven. Hun toestand is op een gegeven moment gestabiliseerd en zij zijn goed ingesteld op medicatie. Wat mij betreft mag die mensen expliciet gevraagd worden: zou het niet wenselijk zijn om te komen tot een soort zelfbindingsverklaring voor het geval het met jou

Joldersma

weer misgaat? Dit lijkt mij prima situaties om de zelfbindingsverklaring te benutten. Ik kan mij ook heel goed voorstellen dat de zelfbindingsverklaring heel handig is voor verslaafden die graag opgenomen willen worden en die graag willen afkicken. Die mensen kunnen na verloop van tijd vanwege de zucht naar drugs weglopen uit de instelling. Elke keer horen wij dat zich dergelijke problemen voordoen. Ook in die situatie lijkt mij de zelfbindingsverklaring een heel interessant hulpmiddel.

Kenmerkend voor deze zelfbindingsverklaring is dat wij eigenlijk het objectieve gevaarscriterium verlaten. Dat vind ik een grote wijziging ten opzichte van de bestaande machtigingen. Wij zeggen nu namelijk: de omstandigheden die door de patiënt in samenwerking met anderen zijn beschreven, zijn bepalend voor de vraag of iemand al dan niet gedwongen kan worden opgenomen. De functie van de rechter is om na te gaan of de omstandigheden die zijn beschreven in de zelfbindingsverklaring overeenkomen met de feitelijke situatie. Een duidelijke omschrijving van die omstandigheden is dan cruciaal. De regering wil geen blauwdruk geven, geen format in een algemene maatregel van bestuur neerleggen. Ik kan mij dat voorstellen, omdat wij nog aan het begin staan van het invoeren van de zelfbindingsverklaringen. Maar wij moeten ook vermijden dat iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden en dat iedereen het op zijn eigen manier gaat doen. Wij moeten voorkomen dat wij weer de problemen krijgen die wij vaker bij de BOPZ hebben: wij hebben het prachtig neergeschreven in de wet, maar de uitvoeringspraktijk laat ons iets anders zien. Ik verzoek de regering dan ook om de uitvoeringspraktijk te stroomlijnen en om te bevorderen dat best practices worden uitgewisseld, zodat er een eenduidige omschrijving van omstandigheden ontstaat. Je geeft geen blauwdruk, maar zorgt van onderop voor een duidelijke omschrijving, zodat wij de uitvoeringspraktijk niet belemmeren, maar juist bevorderen.

Wij zijn het met de regering eens dat wij niet moeten proberen om via de zelfbindingsverklaring ambulante dwangbehandelingen in te voeren. Wel vinden wij dat de ambulante behandeling een regulier onderdeel kan en moet zijn van de zelfbindingsverklaring. Je kunt heel goed aangeven hoe en onder welke omstandigheden je thuis wilt worden behandeld en hoe men mag ingrijpen voordat je gedwongen wordt opgenomen. Ik verzoek de regering om nog eens goed te kijken naar de mogelijkheid van dwangmedicatie in de thuissituatie. Ik meen dat wij met de zelfbindingsverklaring een aantal problemen kunnen oplossen, maar dat de situatie zal blijven bestaan dat een gedwongen opname niet echt nodig was geweest, als men thuis zijn medicijnen maar had ingenomen. Kunnen wij geen lessen trekken uit de ervaringen in het buitenland en die betrekken bij onze derde evaluatie van de BOPZ?

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Aan de verbouwing van de BOPZ wordt weer een huisje toegevoegd. De zelfbinding is naar mijn mening een verbetering. Ik ben het dan ook eens met het voorstel, dat al een lange weg is gegaan. Er passen wel wat kanttekeningen bij, zij het niet bij het voorstel zelf. Wij moeten ons realiseren dat wij hiermee wederom een instrument toevoegen dat voor een specifieke groep kan worden gebruikt en voor

andere groepen geen uitkomst zal bieden. Volgens mij is het een oplossing voor diegenen die inzicht in hun ziekte hebben in de periode dat het goed met hen gaat. Sommigen hebben slechte en goede perioden in de psychiatrie, maar hebben ook in die goede perioden geen enkel inzicht in hun ziekte. Anderen hebben in goede tijden heel goed inzicht in hun ziekte en beseffen dat het in andere tijden slecht met hen gaat en dat zij dan niet goed over zichzelf kunnen beschikken. Dat heeft niet alleen te maken met het ziektebeeld, maar natuurlijk ook met de mensen zelf. Alleen voor de laatste categorie is dit instrument absoluut een uitkomst.

Er is wel een voorwaarde nodig opdat het een uitkomst kan zijn. Het moeten mensen zijn in een situatie waarin anderen zicht op hen hebben. Iemand moet constateren dat er een slechte periode komt en dat het niet zo goed met jou gaat. Iemand moet aan de bel trekken: een hulpverlener met wie goed contact is, familie of vrienden. Als je al vereenzaamd bent of op straat leeft en als er niet aan de bel wordt getrokken, kan de zelfbinding niet geëffectueerd worden. Om het nog beeldender te zeggen: iemand die psychotisch is kan natuurlijk niet zelf bellen. Een voorwaarde is dat je in een netwerk zit waarin dat wel gebeurt. Het is dus alleen voor wilsbekwamen of beter gezegd mensen met wilsbekwame perioden en niet voor wilsonbekwamen. Voor de laatste groep biedt dit geen oplossing.

Wat de regeling zelf betreft, blijf ik toch zitten met de vraag waarom het niet ook ambulant zou moeten kunnen. Dat zou toch meerwaarde hebben. In het schriftelijk antwoord zegt de minister niet dat hij dat een goed idee vindt. Ik ben van mening dat het zou moeten worden overwogen. Verder ben ik in dit kader benieuwd te vernemen waarom de artikelen 39 en 40, lid 3, die betrekking hebben op noodsituaties, worden geschrapt.

Wanneer mensen zelf beschikken dat als ze in een bepaalde situatie terecht komen, er ingegrepen mag worden, is het wel van belang dat een en ander zorgvuldig wordt vastgelegd. Zoals wij tijdens onze schriftelijke inbreng reeds hebben gedaan, vraag ik of de bewindslieden echt alles geprobeerd hebben om het zo eenvoudig mogelijk te maken. Het moet eenvoudig en zorgvuldig tegelijk. Er zijn namelijk ook situaties waarin je de psychiatrie niet met allerlei paperassen moet overladen.

Een andere belangrijke vraag is of, op het moment dat er met de betrokken persoon voor wie de zelfbinding geldt, echt iets aan de hand is, er ook daadwerkelijk plek voor hem of haar is. Natuurlijk, er moet plek zijn, aangezien het gaat om een rechterlijke machtiging. Punt is evenwel dat die plek er niet altijd is. Er wordt dan geleurd met psychisch behoorlijk zieke mensen. Leuren met patiënten is altijd ongewenst, maar dat geldt zeker als iemand erg in de war is. De mensen moeten er op kunnen rekenen dat ze op een goede plek terecht kunnen.

De zelfbinding is zo bedoeld dat er ingegrepen kan worden voordat er sprake is van gevaar. In de wet staat mijns inziens wel heel erg expliciet vermeld dat er geen sprake is van gevaar. Ik kan mij echter situaties voorstellen waarin sprake is van een zelfbindingsovereenkomst en tegelijkertijd van gevaar. Ik mag toch hopen dat dan de zelfbinding voorrang heeft boven de ingewikkelde procedure van gedwongen opname. Of is naar het oordeel van de bewindslieden alleen sprake van zelfbinding als er nog geen sprake is van gevaar? Dat zou ik betreuren. Iemand die ingestemd heeft met

Kant

zelfbinding, zou de procedure van gedwongen opname wat mij betreft dan niet behoeven te doorlopen.

De voorliggende maatregel is een oplossing voor een deel van de groep wier omvang heel moeilijk is vast te stellen. Als de minister zelf wel een beeld heeft van die omvang, verneem ik dat graag. Voor andere groepen zijn er andere instrumenten die meer geschikt zijn, zoals het instrument van de voorwaardelijke machtiging. Wat betreft dat laatste is overigens sprake van een "klein missertje". De Hoge Raad heeft namelijk vastgesteld dat bij die voorwaardelijke machtiging nadrukkelijke instemming is vereist. De minister gaat dat snel repareren, zo heeft hij aangekondigd. Kan hij overigens toelichten hoe hij dat gaat doen? Daarnaast vraag ik mij af of hetgeen dan ook na die reparatie voorligt, wel voldoende is. Ik hoor veel berichten uit het veld dat men de paraplumachtiging mist. Die was niet zozeer voor degenen voor wie de voorwaardelijke machtiging een oplossing biedt, een goed instrument als wel voor andere groepen. Ook tijdens werkbezoeken die ik heb afgelegd is mij verteld dat dit instrument het meest geschikte hulpmiddel is voor de categorie moeilijke patiënten, degenen op wie een subtiele mix van drang en dwang toegepast moest worden. Dit terwijl de voorwaardelijke machtiging juist geschikt is voor patiënten die een opname willen vermijden en die expliciet kiezen voor het naleven van voorwaarden, kortom, de mondiger en vaardiger patiënten met wie duurzame en betrouwbare afspraken mogelijk zijn. Mijn vraag is dan ook waarom niet gekozen wordt voor een paraplumachtiging én een voorwaardelijke machtiging, om te voorkomen dat de groep mensen voor wie de paraplumachtiging een oplossing bood, nu tussen wal en schip valt.

Naar ik heb begrepen, komt er met betrekking tot de dwangbehandeling na opname een wijzigingsvoorstel. Aangezien wij al gedurende lange tijd op zo'n voorstel hebben aangedrongen, wachten wij er met smart op. Evenals ten aanzien van de zelfbinding vraag ik wel of ook op dit punt niet gekozen kan worden voor de invalshoek ambulante. Ik zou dat een heel goede aanvulling vinden.

Tot slot wil ik iets zeggen over de behandelwet. Ik heb bij interruptie al gezegd dat ik voorstander ben van een behandelwet en van een andere benadering van mensen met een psychiatrische ziekte. Het gaat om mensen die hulp nodig hebben. Daarbij moet uitgangspunt zijn de hulp die ze nodig hebben en niet de opname. Ik ben anders bang dat wij steeds maar weer kerstballen blijven hangen in de BOPZ en in mijn ogen is de BOPZ een boom die niet de juiste uitgangspunten heeft, die niet op de juiste grond staat. Uit het veld komen terecht signalen dat het wel nodig is dat de BOPZ wordt aangepast, omdat meer instrumenten nodig zijn, en het veld is ook voor die zelfbinding en wil de paraplumachtiging terug, maar zij zeggen wel dat het allemaal ingewikkeld wordt en het allemaal moeilijk is te volgen. Dan krijg je toch een situatie, waarin men door de bomen het bos niet meer ziet. Dat lijkt mij niet een situatie waarmee je eeuwig door kunt gaan. Mijn vraag is dan ook of de minister bereid is een commissie in te stellen die gaat kijken of het toch niet een meer gewenste situatie is dat er een andere wet komt en hoe die wet er dan ongeveer uit moet zien. Ik zeg dus niet dat er een andere wet moet komen – van mij mag het, want ik ben daar een voorstander van – maar er moet op zijn minst door

deskundigen serieus naar worden gekeken of wij op de goede weg zitten of dat wij een andere weg moeten volgen.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Mevrouw Van Dijken stelde terecht vast dat de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen lang onderweg is geweest. Toen ik in 1981 in de Kamer kwam, was er een bijzondere Kamercommissie die als opdracht had interne discussies te initiëren over hoe een prudent evenwicht gevonden kon worden tussen de diverse hier in het geding zijnde belangen. Het beeld was toen dat je, als je omgeving vond dat je in aanmerking kwam om opgenomen te worden, je eigenlijk nooit meer uit dat traject kon komen. De andere kant die toen heel uitdrukkelijk in beeld was, was dat aan de mensen zelf over te laten. Dit vanuit het motief van de zelfbeschikking. Daar is ook heel wat voor te zeggen. Uiteindelijk is er een wet gekomen, die diverse malen is herschreven, en die toen hij plenair werd behandeld, geducht is geamendeerd. Op het moment dat de wet van kracht werd lagen er én in het veld én bij beleidsmakers al weer heel wat ideeën voor onderzoek of het niet nog preciezer of anders moest. Het is dus een onrustige omgeving, maar het luistert wel bijzonder nauw.

Mijn fractie heeft altijd gezegd dat wij wel heel zorgvuldig moeten bezien of er wel stenen moeten worden verlegd aan het bouwwerk en, zo ja, welke dat dan zijn en wat daar dan voor in de plaats moet komen. Het motief van de zelfbinding vinden wij – wij hebben daar in het verleden op hoofdlijnen over gesproken – een stap voorwaarts. De wet waarover wij het vandaag hebben, is noodzakelijkerwijs altijd van toepassing in zeer moeilijke situaties. Mensen met grote psychiatrische problemen hebben het heel moeilijk en doen ook de directe omgeving niet zelden moeite aan. Als er dan nog eens overheen zou komen dat je een gevaar bent voor jezelf en voor anderen, is het leed bijna onpeilbaar.

In de wet BOPZ wordt vooral gekeken naar de zelfstandige beslissing van mensen om opgenomen te worden. Alleen in zeer uitzonderlijke gevallen mag gedwongen opname plaatsvinden en die zorgvuldigheid is volstrekt terecht. Het gaat immers om vrijheidsbeneming van mensen. Er moeten daarom strakke en zware procedures beschikbaar zijn.

Die procedures moeten ook op een gezaghebbende en vlotte manier gehanteerd kunnen worden, omdat de situatie daar zo gezegd om schreeuwt. Onze fractie krijgt bij herhaling signalen dat de wet in de praktijk nog heel veel moeilijkheden blijft opleveren. De situatie van mensen moet wel zeer moeilijk zijn, voordat zij opgenomen kunnen worden en voordat deze wet werkt. Hetzelfde geldt in versterkte mate voor de omstanders, zoals familie en dergelijke, waarop ik straks nog even kom.

Het is daarom goed dat er voortgaande bezinning plaatsvindt over de wet en uitbreiding van de daarin verankerde mogelijkheden. Het gaat dan om meer dan alleen het thema zelfbinding. Ik voeg mij bij de collega's die vragen hoe dit traject om te komen tot verdere verbetering van de balans tussen zelfbeschikking en dwang of drang, in die volgorde, er in de eerstkomende tijd uitziet.

Van der Vlies

Ik zei al dat dit wetsvoorstel een stap in de juiste richting is. Als mensen in de situatie zijn waarin zij hun belangen goed kunnen afwegen, kunnen zij een verklaring tekenen, op grond waarvan zij in moeilijke omstandigheden gedwongen opgenomen kunnen worden. Mijn fractie vindt het goed dat deze regeling er komt. Natuurlijk is het belangrijk dat er helderheid bestaat over welke omstandigheden nu precies zijn toegestaan. Betekent deze zelfbindingsverklaring dat er onbeperkte mogelijkheden zijn om aan te geven wanneer wel en wanneer niet tot gedwongen opname kan worden gekomen? Die helderheid zou je begeren. Dan is het ook voor anderen dan betrokkenen helder.

Nadat ik het amendement-Veenendaal op stuk nr. 12 heb gezien, om dat toch maar op te schrijven, worstel ik met de vraag of er überhaupt een werkbare, limitatieve opsomming te creëren is. Ik vraag mij dat echt af, maar goed, mevrouw Veenendaal zal nog spreken. Ik heb daar zo mijn twijfels over, zeker als je een relatie legt tussen de te beschrijven omstandigheden, het motief van de zelfbinding en de wet. Bij de beoordeling of aan de zelfbindingsvoorwaarde is gedaan, komt de rechter om de hoek kijken. De rechter zal in alle gevallen moeten oordelen aan de hand van de in de verklaring opgenomen voorwaarden.

De SGP-fractie heeft er begrip voor dat er niet wordt gekozen voor een soort standaardformulier, omdat dit te rigide of te statisch zou zijn. Dit roept de vraag op of de zelfbindingsverklaring hierdoor in de praktijk niet een heel vaag document wordt. De kwaliteit van de verklaring kan hierdoor zeer verschillen. Dat geldt ook voor de vraag of er wel een goede rechterlijke beslissing op mogelijk is.

Er liggen nog twee andere amendementen, over de kortdurende fixatie en over de negatieve lijst bij de zelfbindingsverklaring. Ik wacht daarop graag het oordeel van de regering af.

De evaluatie over twee jaar is nuttig en ook nodig voor het vervoltraject. Over het perspectief bij de beoogde verdere wijzigingen merk ik het volgende op. Tussen zelfbinding en dwang ligt een heel scala aan mogelijkheden. In de praktijk blijken er binnen de ggz problemen te zijn met het feit dat gedwongen opname wel mogelijk is, maar dat gedwongen behandeling erg moeilijk is, zoals dwangmedicatie in de ambulante sfeer en/of de thuissituatie.

Ook geldt dat er vaak heel veel mis is, voordat tot opname kan worden overgegaan. Vooral familieleden kunnen hiervan erg veel problemen ondervinden. Dat is een stukje doorworstelde machteloosheid. De roep die liefde en zorg ingeven om tot daden te geraken, stuit op de kenmerken van bepaalde ziektebeelden, zoals de ontkenning dat er überhaupt iets aan de hand is, maar ook op bepalingen in de wet. Iedereen die dat wel eens van nabij heeft meegemaakt, weet waarover het gaat. Ondanks dat er niet snel beslissingen worden genomen, moeten wij daaraan gezamenlijk iets doen. Kan de regering op beide situaties ingaan en aangeven of de door mij beoogde wijzigingen in de toekomst zullen plaatsvinden?

De heer **Dittrich** (D66): Voorzitter. Het voorstel om psychiatrische patiënten tegen zichzelf te beschermen en door middel van de zelfbindingsconstructie hun vrijheid

in te perken, raakt aan de fundamenten van onze rechtsstaat. Het betreft immers mensen die op heldere momenten weten dat zij straks misschien in de war raken en dat zij dan iets kunnen doen waarvan zij spijt krijgen. In de heldere periode kunnen zij zichzelf, in goed overleg met hun behandelaar, binden om in de slechte periode tegen hun wil in een psychiatrisch ziekenhuis te worden opgenomen. Daar worden zij dan behandeld. Van die zelfbindingsafspraken maken dus ook afspraken over de behandeling onderdeel uit. Die omstandigheden worden zo nauwkeurig mogelijk vastgelegd. Later in mijn betoog zal ik ingaan op het amendement van mevrouw Veenendaal.

Uit juridisch oogpunt is het lastig om een oordeel te geven over de zelfbindingsconstructie. Op het moment dat die omstandigheden zich voordoen, wil de patiënt namelijk niet voor behandeling worden opgenomen. De vraag of men vooraf zijn eigen wil en dus ook zijn zelfbeschikking opzij mag zetten, is voer voor juristen.

De fractie van D66 is het met de inhoud van het wetsvoorstel eens. Toen ik het wetsvoorstel las, moest ik denken aan mijn periode als rechter bij de psychiatrie. Vaak heb ik gezien dat het pijnlijk was toen personen niet op eigen verzoek konden worden beschermd. Ik herinner mij een situatie van een man die manisch depressief was. Zolang hij zijn medicijnen slikte, kon hij redelijk functioneren. In een bepaalde periode van het jaar, meestal was dat in de herfst, had hij echter het idee dat hij die medicijnen niet meer nodig had. Dan weigerde hij die medicijnen in te nemen. Op een gegeven moment brak er een periode aan waarin hij zichzelf steeds belangrijker begon te vinden. Hij deed vreemd, kleepte zich heel netjes en bezocht winkels om steeds duurdere en grotere artikelen te kopen. Vervolgens stonden er enkele debiteuren op de stoep en kwam de politie erbij. Uiteindelijk raakte die man zodanig verstrikt in een web van fantasieën en bedrog dat hij volledig vastliep. Hij werd ook een dreigend gevaar voor zichzelf en voor anderen. Dat had tot gevolg dat hij gedwongen werd opgenomen. Na verloop van tijd kwam hij in die inrichting tot rust en slikte hij zijn medicatie trouw. Dan schaamde hij zich diep voor alles wat er was gebeurd. Ook voor zijn omgeving was het vreselijk. Een dergelijke persoon zou goed met een zelfbindingsverklaring uit de voeten kunnen. Daarom is de D66-fractie van mening dat dit wetsvoorstel moet worden aangenomen.

Wij zijn echter wel van mening dat de omstandigheden waaronder iemand tegen zijn wil kan worden opgenomen, duidelijk moeten worden beschreven. Dat geldt ook voor de behandeling die hij moet ondergaan. In zo'n situatie moet immers duidelijk zijn wat de afspraken zijn en of er werkelijk sprake is van die omstandigheden. Wij zijn echter wel tegenstander van de bureaucratische rompslomp waarover de regering in de stukken schrijft. Ik denk dus dat wij in het kader van de evaluatie heel goed moeten beoordelen of de praktijk voldoende ruimte heeft gekregen om dit zo in te vullen. Mevrouw Veenendaal heeft op dit punt een amendement ingediend. Daarin staat dat datgene wat wordt opgeschreven, niet tot misverstand mag leiden. Ik zal dat straks misschien in een interruptie verder uitdiscussiëren met mevrouw Veenendaal, maar het lijkt mij dat je dat nooit kunt voorkomen. Een misverstand kan immers altijd ontstaan. Het gaat er meer om dat de praktijk goed moet weten wat er wordt opgeschreven en dat er misschien bepaalde formulieren vanuit de praktijk

Dittrich

worden ontworpen. Ik vraag mij af of wij dat vanuit Den Haag verder kunnen voorschrijven, maar ik zal mevrouw Veenendaal straks wel over haar amendement horen.

Ik heb een vraag over de gang van zaken in een psychiatrisch ziekenhuis. Een patiënt met een zelfbindingsverklaring wordt in de inrichting opgenomen, meestal op een gesloten afdeling tussen de andere patiënten die daar tegen hun wil al geplaatst zijn. De zelfbinder heeft zich gebonden aan een bepaalde behandeling, ook als hij op dat moment geen gevaar in de zin van de Wet BOPZ veroorzaakt. Dan ontstaat een saillante situatie, omdat daar ook andere patiënten zitten die wel gedwongen zijn opgenomen. Het gaat nu om de dwangbehandeling. Sommige patiënten die gedwongen zijn opgenomen, maar geen ernstig gevaar vormen, kunnen nog steeds niet tegen hun zin behandeld worden, terwijl de patiënt die geen gevaar vormt, maar een zelfbinder is, wel met dwang behandeld kan worden. Met andere woorden: er gaan twee categorieën en twee constructies door elkaar heen lopen. Ik vraag mij af hoe dat in de praktijk zal gaan ontstaan en hoe de praktijk daarmee zal omgaan. Is dat niet verwarrend en beïnvloedt dat de gang van zaken in de inrichting niet? Bestaat niet de kans dat psychiaters of personeel eerder tot dwangbehandeling overgaan bij patiënten die geen zelfbinder zijn? Kortom: dit lijkt mij een lastige situatie en ik wil daar meer informatie over hebben.

Ik ben mij er overigens van bewust dat kortdurend fixeren van de zelfbinder niet mag. Dat lijkt mij op zich een juiste uitgangspositie. Ik heb de brief van de zorgaanbieders natuurlijk gelezen en ik zag ook weer een amendement van mevrouw Veenendaal. Voor mij moet nog wat duidelijker worden gemaakt wat onder "fixatie" wordt verstaan. Het zou niet zo moeten zijn dat mensen bijvoorbeeld via het Zweedse model kunnen worden vastgebonden. Bij het toedienen van medicatie kan ik mij het gebruik van drang, misschien fysieke drang, wel voorstellen, maar het kan niet zo zijn dat een zelfbinder tegen zijn wil wordt vastgebonden en dan wellicht medicatie ingespoten krijgt. Ik hoor op dat punt graag een verduidelijking, want ik kon dat niet in de stukken terugvinden.

Wat gebeurt als de patiënt die met zijn behandelaar een zelfbinding heeft afgesproken, aan het reizen gaat en in een ander deel van Nederland wordt aangetroffen zonder verklaring of crisiskaart op zak? Wordt dit alles zodanig geregistreerd dat men in andere delen van Nederland inzicht kan krijgen in wat er is afgesproken? Ik doel dus op een soort patiëntvolgsysteem.

Als je je zelfbeschikking van tevoren hebt ingeperkt en als je op het afgesproken moment tegen je wil kunt worden opgenomen, is het natuurlijk essentieel dat er plaats is in het psychiatrisch ziekenhuis waar jouw psychiater werkzaam is. Ik denk dat het vertrouwen van de patiënt en de familie enorm beschaamd zou worden als er geen plaats is op het moment waarop het echt nodig is en waarop die omstandigheden zich voordoen. Ik las in de stukken dat de regering daar nogal laconiek op reageert, want zij stelt in feite dat dit systeem misschien zelfs plaatsing voorkomt, zodat er misschien zelfs plaatsen op de gesloten afdelingen overblijven. Ik weet niet of het zo zal gaan, want ik kan mij voorstellen dat, als men eenmaal ziet dat dit systeem werkt, meer mensen naar voren komen die zo'n zelfbindingsverklaring willen. Ik kan mij voorstellen dat als dit systeem goed werkt, er meer mensen naar voren komen

die zeggen een zelfbindingsverklaring te willen. Dan zijn er meer plaatsen nodig. Mijn vraag aan de minister is om hierbij de vinger aan de pols te houden. Als het noodzakelijk is, moet bovendien financiering mogelijk gemaakt worden zodat een uitbreiding tot de mogelijkheden behoort.

In dit verband spreek ik steun uit voor de opvatting van de regering dat een zelfbinder alleen dwangbehandeling in het psychiatrisch ziekenhuis mag ondergaan. Ik ben er geen voorstander van dat mensen dwangbehandelingen thuis kunnen ondergaan. Net heeft mevrouw Kant daarover gesproken. Er kan een heel ondoorzichtige situatie ontstaan, waarbij controle erg moeilijk is. De zorgaanbieders stellen in hun brief dat zij ambulante dwang, zolang er geen fysieke dwang aanwezig is, van belang vinden. Het is echter heel erg lastig om een onderscheid te maken tussen fysieke dwang en dwang. Ik stel mij achter de passage in de nota naar aanleiding van het verslag om dit niet te doen. Dit is echter iets dat bij de evaluatie bekeken moet worden.

De fractie van D66 is het eens met de regering dat ook een negatieve wilsverklaring mogelijk moet zijn. De patiënt moet met de behandelaar van tevoren kunnen afspreken welk type behandeling of medicatie iemand niet wil. Iemand wil bijvoorbeeld niet ingespoten worden met medicijnen maar wil die wel oraal innemen. Ik denk ook dat wij ervoor moeten oppassen dat er niet eindeloos onderhandeld gaat worden tussen patiënt en psychiater in het kader van de zelfbinding. Sommige patiënten gaan immers marchanderen en komen op zaken terug. Dan ontstaat er een onderhandelingscircuit, wat niet de bedoeling kan zijn van zelfbinding. De praktijk moet uitwijzen of het goed gaat. Het is niet nodig om de negatieve wilsverklaring een wettelijke grondslag te geven. Wel moet de praktijk weten dat die mogelijkheid bestaat. Graag een reactie van de regering hoe dat aan de praktijk duidelijk wordt gemaakt.

De SP-fractie heeft er in de schriftelijke voorbereiding terecht op gewezen dat het belangrijk is voor patiënten en familie dat er goede advocaten betrokken worden bij deze procedure. De regering heeft dat ook toegezegd. De persoon van de patiëntvertrouwenspersoon en de inschakeling daarvan is van belang. Dat is een verbetering. Wij zijn het zeer met de regering eens dat de rechterlijke toets vooraf en niet achteraf moet plaatsvinden en ook niet door een geneesheer-directeur. Dat heeft wat mij betreft principiële en ook praktische motieven. Ik onderschrijf het standpunt van de regering. Wij zijn blij dat de termijn wordt verkort naar vijf werkdagen. Dat lijkt ons redelijk werkbaar.

Wij kijken met belangstelling uit naar de evaluatie van de wet. Er is een voorstel gedaan om die binnen twee jaar ter hand te nemen. Ik weet niet of twee jaar een voldoende referentieperiode is. Wij moeten echter niet te lang wachten. Ik heb geen behoefte aan allerlei commissies die van alles bestuderen. De heer Van der Vlies zei dat in 1981 de Kamer een commissie heeft gevormd die de praktijk heeft bezocht. Ik kan mij dan ook voorstellen dat de Kamercommissie een ronde langs een aantal inrichtingen maakt om met mensen uit het veld, patiënten en hun familie te praten om de evaluatie nader in te kleuren.

Mevrouw **Kant** (SP): Toen ik mijn betoog hield over het onderscheid tussen voorwaardelijke machtiging en

Dittrich

paraplumachtiging en dat de voorwaardelijke machtiging geen volledige vervanging is van de paraplumachtiging, zag ik de heer Dittrich knikken. Erkent de heer Dittrich dit gat? Met het wegvallen van de paraplumachtiging is immers voor een categorie moeilijke patiënten een gat ontstaan dat gevuld moet worden.

De heer **Dittrich** (D66): Ik heb dat ook uit de praktijk gehoord. De vraag is hoe groot dat probleem is. Wij moeten bij de behandeling van de zelfbinding niet dit punt via een amendement aan de orde stellen. Ik wil daar een grondige discussie over voeren en ik wil ook een advies van de Raad van State zien. Maar goed, het probleem ligt er, dus wellicht moeten wij wettelijke maatregelen nemen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zou ook niet weten op welke andere manier ik dat aan de orde zou moeten stellen. De minister is volgens mij niet van plan om op dat vlak iets te doen. Daarom heb ik dat vandaag gevraagd. Bij motie kunnen wij het hem natuurlijk wel vragen.

De heer **Dittrich** (D66): Dat kan bij motie, maar ik zou mij zelfs kunnen voorstellen dat wij samen een initiatiefwetsvoorstel maken. Er zijn psychiaters die zeggen dat zij dat echt nodig hebben, maar daar wordt verschillend over gedacht in het veld. De vraag is dus ook bij wie je je oor te luisteren legt. Daarom kan ik mij voorstellen dat wij de minister in een motie vragen om dat probleem wat meer in kaart te brengen en de Kamer daarover te informeren.

□

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Voorzitter. Ook wij als liberalen zijn heel tevreden over de wet. Het is belangrijk dat mensen zelf invloed hebben op hun behandeling. Het is mooi dat zij in een goede periode kunnen vastleggen wat er met hen moet gebeuren als zij in de war raken. Wij waren in eerste instantie dan ook niet van plan om nog enig amendement in te dienen. Wij dachten: dit is een mooie wet en daar laten wij het bij. Maar toen kregen wij informatie vanuit het veld en die ben ik gaan toetsen. Ik ga in dit verband ook even in de observatiemachtiging. Dit onderwerp kwam ter sprake tijdens de hoorzitting. Ik heb met verbijstering vastgesteld dat juristen en psychiaters dan beiden bezig zijn. Als de psychiater zegt dat hij niets kan doen, dan zegt de jurist dat hij iets had kunnen doen. Als de psychiater zegt dat hij wat heeft gedaan, zegt de jurist dat hij dat nooit had mogen doen.

De heer Van der Vlies en de heer Dittrich vroegen mij waarom ik die regel in de wet wil laten opnemen. Dat doe ik puur voor de duidelijkheid, voor de mensen die deze behandelingsovereenkomsten sluiten. Er moet duidelijkheid komen over de afspraken. Daar moet ook in staan welke medicijnen iemand wil. Dat is ook de reden voor het laatste amendement, waarin staat dat mensen ook een negatieve beschikking moeten kunnen afgeven. Zo kunnen zij laten weten dat zij wel behandeld willen worden met medicijn A, maar niet met medicijn B omdat het voor hen geen goed medicijn is.

De heer Dittrich gaf net het voorbeeld van iemand die zich netjes ging aankleden. Een ander voorbeeld is het kopen van sinaasappelen. De vraag is of dat wel goed is gedefinieerd. Wij willen niet dat mensen opgenomen

worden omdat zij toevallig op zondag hun goede pak aantrekken. Daarom vind ik die overeenkomst heel belangrijk. In de hoorzitting bleek dat het psychiatrische en het juridische verhaal vaak moeilijk te combineren zijn. Dat zijn twee disciplines die niet zo goed samengaan. Daarom ben ik wat huiverig. Een extra zin in de wet is dan volgens mij niet overbodig.

De heer **Dittrich** (D66): U hebt het nu over uw amendement op stuk nr. 12. Ik ben het op zichzelf met u eens dat die omstandigheden duidelijk omschreven moeten zijn. In de wet komt nu te staan dat de omstandigheden zodanig worden omschreven dat er geen misverstand over de uitleg kan ontstaan. Zelfs over wetteksten kunnen echter misverstanden ontstaan, ook al denken wij dat alles goed is omschreven. Die zin in de wet lost volgens mij niets op. Het gaat meer om het type omstandigheden en om de vraag hoe uitgebreid je die beschrijft zonder te vervallen in een administratieve en bureaucratische rompslomp.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Ik denk dat het waar is. Je kunt het formuleren zoals je het wilt, misverstanden kunnen altijd ontstaan. Het is ook niet mijn bedoeling om dat te voorkomen. Door dit op te nemen, zullen mensen alleen meer gaan nadenken over wat zij gaan schrijven. Ik verwacht dat er een meer doordachte formulering ontstaat als zij erop worden gewezen dat zij het zo moeten formuleren dat het niet voor meerdere uitleg vatbaar is. Ik stem echter in met de opmerking van de heer Dittrich dat wij het nooit 100% dekkend kunnen maken.

De heer **Dittrich** (D66): Zouden wij de mensen in de praktijk niet het voordeel van de twijfel moeten gunnen en het aan hen overlaten om het te omschrijven zoals zij denken dat het goed is?

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Dit was mijn uitgangspunt en daarom begon ik mijn betoog met de opmerking dat ik niets wil omschrijven. De mensen die hierbij betrokken zijn, hebben echter aangegeven dat zij behoefte hebben aan deze regel. Dus juist de groep die het moet gaan doen, vraagt om dit op te nemen omdat er zo veel onduidelijkheid is. Van de ene wet moet je dit en van de andere weer dat en daarom zou het duidelijker omschreven moeten worden.

De heer **Dittrich** (D66): Wij zijn nu wel met wetgeving bezig en als dit zo in het wetboek komt te staan, namelijk dat iets wordt opgeschreven zodanig dat er geen misverstand is over de uitleg, is dit ook niet meer dan een vage tekst.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Daarom ben ik zo geïnteresseerd in de reactie van de bewindslieden op dit amendement.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Mevrouw Veenendaal verwees in haar toelichting naar het rondetafelgesprek dat wij hebben gevoerd. Dit ging nu juist over het objectieve gevaarscriterium. Dit is volgens mij het grote verschil met wat wij hier bespreken. Wij hebben het niet over een objectief gevaarscriterium, maar over subjectieve omstandigheden zoals de patiënt die formuleert. Dit is volgens mij de reden waarom het onmogelijk is om dit



Mevrouw Joldersma (CDA)

© M. Sablerolle – Gouda

in de wet neer te leggen, want het gaat niet over een objectief criterium.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Dit heb ik ook niet gezegd. Ik heb in mijn toelichting gezegd dat mij uit de discussie tussen een jurist en een psychiater is gebleken dat zij ieder op een andere golflengte praten. Het ging weliswaar over een ander onderwerp, maar zij moeten toch tot een gelijke uitspraak komen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Mevrouw Veenendaal vergelijkt nu de verkeerde dingen, want juist dit objectieve gevaarscriterium...

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Daar gaat het mij niet om, het gaat mij om de communicatie tussen een psychiater en een jurist en die verloopt heel moeizaam. Het heeft weinig zin om er dan nu het gevaarscriterium erbij te halen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Waar ging het over? Dat het juist in de uitvoeringspraktijk niet werkt. Rechters en psychiaters geven een andere interpretatie van hetzelfde omschrijvend criterium. Dit maakt volgens mij alleen maar duidelijk dat je juist die uitvoeringspraktijk zijn gang moet laten gaan om zodoende tot een eenduidige omschrijving te komen. Dit kwam uit het rondetafelgesprek naar voren.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Er komen in het hele verhaal echter nog steeds juristen aan te pas, er komt nog steeds een rechter aan te pas. Die twee groepen moeten dus met elkaar kunnen communiceren. Als een jurist het anders opschrijft dan een psychiater en omgekeerd, zul je moeten voorkomen dat er daardoor problemen ontstaan. Dit is mijn beweegreden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik vind de toelichting op het amendement eigenlijk duidelijker en bruikbaar dan het voorgestelde onderdeel a. van artikel 34.b. In de toelichting staat dat de omstandigheden zodanig worden omschreven dat er een direct verband is met het nadeel dat moet worden afgewend. Daar kan ik mij iets bij voorstellen.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Wij zouden het amendement in die zin kunnen wijzigen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Wij zullen eerst maar naar de regering luisteren. Misschien kunnen wij daarna nog iets doen.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): In aansluiting op de opmerking van de heer Dittrich over de fixatie wil ik hier ook nog kort iets over zeggen. In de toelichting spreek ik duidelijk over een kortdurende fixatie. Ik wil niet dat mensen aan hun bedden worden vastgebonden; ik moet er niet aan denken. Iemand die in een instelling terecht komt voor een behandeling, maar weigert om mee te werken als hem medicijnen worden toegediend en vervolgens weggaat, kan niet worden tegengehouden, aldus de mensen in de praktijk. Dat betekent dat iemand in een stoel moet worden gezet en moet worden vastgehouden om hem eventueel die injectie toe te dienen. Dat is wat ik bedoel aan te geven. Dat moet mogelijk zijn. De praktijk zegt dat duidelijk moet worden omschreven dat dit mogelijk is. Het gaat dus om het kortstondig fixeren door iemand in een stoel te zetten zodat zijn arm kan worden vastgehouden om hem een injectie te geven. Dat moet u zich daarbij voorstellen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik zie een tegenstrijdigheid tussen het amendement op stuk nr. 10 en dat op stuk nr. 11. Stel dat iemand op grond van het amendement op stuk nr. 11 zegt dat hij niet gefixeerd wil worden. Vervolgens zegt u op grond van amendement op stuk nr. 10 dat hij wel gefixeerd mag worden. Wat telt dan?

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Nee. Als iemand in zijn zelfbeschikking schrijft dat hij niet gefixeerd wil worden, zal hij niet gefixeerd worden. Dat is heel helder.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Dan is dus het amendement op stuk nr. 10 niet nodig.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Dan is het niet nodig, maar in alle andere gevallen wel. U gaat er nu vanuit dat al die mensen in een situatie dat zij net zo toerekeningsvatbaar zijn als u en ik, zullen zeggen dat zij niet gefixeerd willen worden als hen iets overkomt en zij medicatie nodig hebben. Dat zal zo iemand niet opschrijven, want hij wil worden geholpen. Daarom komt die zelfbeschikking er. Die mensen zullen zeggen dat zij willen worden geholpen en dat zij in dat geval een injectie willen hebben. Dat betekent dat zo iemand die op dat moment ook zal krijgen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Wij spraken over een objectief gevaarscriterium en subjectieve omstandigheden die een patiënt mag beschrijven. De patiënt zal zeggen hoe hij wel behandeld wil worden en hoe niet, punt uit. Wij kunnen daar dus niet iets wettelijks bovenop leggen. Dat is nu juist de kern van de zelfbindingsverklaring.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Dat ben ik niet met u eens. Als een patiënt zegt dat hij heel graag behandeld wil worden, maar dat hij absoluut niet in een kleine ruimte gebracht wil worden omdat hij claustrofobie heeft, kan hij toch verklaren dat hij dat niet wil? Ik vind het heel

Veenendaal

belangrijk dat een patiënt kan formuleren dat hij dat niet wil.

De heer **Dittrich** (D66): De uitleg die u nu geeft, maakt mij nog behoedzamer met betrekking tot die negatieve wilsverklaring. Straks komt er een hele waslijst aan eisen die een patiënt opgenomen wil hebben, zoals niet in een te kleine kamer, er moet daglicht zijn en dat soort zaken. Het is wel heel erg lastig als dat allemaal moet worden opgenomen.

Ik ben het met mevrouw Joldersma eens over de amendementen op de stukken nrs. 10 en 11. In het amendement op stuk nr. 10 hebt u gezegd dat de patiënt in noodsituaties kortdurend moet kunnen worden gefixeerd. Op grond van het amendement op stuk nr. 11 heeft hij misschien afgesproken in een negatieve wilsverklaring dat hij niet wil worden gefixeerd. U hebt via het amendement op stuk nr. 10 bij wettelijke regeling mogelijk gemaakt dat elke zelfbinder in een psychiatrisch ziekenhuis in een noodsituatie toch kan worden gefixeerd. U doorbreekt daarmee het contract dat conform het amendement op stuk nr. 11 is opgesteld.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Ik vind de zelfbeschikking van de patiënt erg ver gaan. Ik vind niet dat wij moeten zeggen dat zelfbeschikking mooi is, maar dat die zijn grenzen heeft. Dat vond ik vreemd aan uw reactie tijdens uw betoog. Wij verschillen van mening daarover. Ik vind dat zelfbeschikking heel ver moet gaan. Ik heb het over een gesprek met een patiënt zoals het gesprek dat u en ik nu met elkaar voeren. Ik ga er dan vanuit dat u de gezonde persoon bent en ik de zieke. Als ik mij realiseer dat ik geholpen wil worden als ik ziek en in de war ben, is er voor mij toch geen noodzaak om te schrijven dat ik niet gefixeerd wil worden om een injectie met een medicijn te krijgen? Ik kan toch in de zelfbeschikking wel opschrijven dat ik niet in een isoleercel wil worden opgesloten? Dat kan ik dan toch wel opschrijven? Dat is toch nog steeds niet in strijd met elkaar?

De heer **Dittrich** (D66): Jawel, want het gaat hier om mensen die zichzelf binden en die zeggen dat zij onder bepaalde omstandigheden opgenomen en behandeld willen worden. U zegt dat u in bepaalde noodsituaties toch zult doen wat zij niet willen, namelijk kortstondige fixatie. Uiteindelijk zegt u dat het amendement op stuk nr. 10 sterker is dan dat op stuk nr. 11. U vindt dat in bepaalde noodsituaties tegen de wil van de patiënt toch een kortdurende fixatie moet worden toegepast.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Ik zeg niet dat het ene zwaarder weegt dan het andere. Daarin ga ik niet met u mee. Als de patiënt opschrijft dat hij die kortstondige fixatie niet wil omdat hij bijvoorbeeld alleen orale medicatie wil en geen injecties, vind ik dat wij daarnaar moeten luisteren.

De heer **Dittrich** (D66): Voor wie geldt dan het amendement op stuk nr. 10?

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Voor mensen die dat wel willen, die zich volledig realiseren dat zij dat nodig hebben als zij helemaal in de war zijn en dat men dus moet ingrijpen. Dat zullen de meesten zijn die deze verklaringen gaan afgeven.

□

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Voorzitter. Voor mij was BOPZ een onbekende afkorting. Het is wel een interessante wet, een wet die veel zegt over de geschiedenis van Nederland en de veranderende tijdgeest. Als ik de nota's naar aanleiding van het verslag lees, is het opmerkelijk dat het CDA de felste verdediger lijkt te zijn van een wet die wortelt in de tijdgeest van de jaren zeventig.

De BOPZ is een moeilijke wet, want het is een lappendeken van verschillende maatregelen die erg technisch zijn en erg ingewikkeld in elkaar zitten. De BOPZ is ook een moeilijke wet, omdat die handelt over ingewikkeld ethische dilemma's. De wet tracht een balans te zoeken tussen de zelfbeschikking van mensen enerzijds en de mogelijkheid om in te grijpen als mensen afglijden naar een staat van verloedering door het gebrek aan ziekte-inzicht anderzijds. De plaats van die balans verandert met de tijd en met de omstandigheden. Daarom is de BOPZ in de loop der tijd uitgebreid met nieuwe mogelijkheden, zoals in 2001 zelfs de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging.

Vandaag behandelen wij opnieuw een wijziging. GroenLinks kan zich goed vinden in deze wetswijziging tot het mogelijk maken van een zelfbindingsmachtiging, juist omdat zelfbinding tegemoet komt aan het principe van zelfbeschikking. Tegelijkertijd biedt het een instrument om in te grijpen op een eerder moment, namelijk voordat de betrokkene een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormt. Het blijft natuurlijk cruciaal dat er goed en zorgvuldig wordt gekeken en geoordeeld, aangezien de BOPZ als beschermingswet niet tot het middel voor het bestrijden van overlast mag verworden.

Tegen deze achtergrond heeft GroenLinks wel een aantal vragen over de zelfbindingsmachtiging, allereerst over de mogelijkheid tot intrekking. Kan iemand op elk moment vóór het desbetreffende traject, de zelfbindingsverklaring intrekken? Wat is de procedure? In een van de nota's naar aanleiding van het verslag staat dat dan dezelfde procedure geldt als voor het aanvragen van de machtiging. Dat lijkt duidelijk, maar toch wil ik graag wat meer toelichting. Betekent dit ook dat op het moment dat iemand bezig is met afglijden, om het zo maar te omschrijven, maar nog niet in de situatie verkeert die in de zelfbindingsverklaring is beschreven, de zelfbindingsverklaring ingetrokken mag worden? Er kan zich een glijdende schaal voordoen met spanning tussen autonomie enerzijds en het risico van gevaar anderzijds. Hierop verneem ik graag de reactie van de bewindslieden, evenals op het voorstel van de zorgaanbieders inzake mogelijke bedenktijd over het intrekken van de zelfbindingsverklaring.

Ik heb nog een vraag over de mogelijkheid van zelfbinding in de ambulante zorg. Een aantal woordvoerders heeft hieraan al gerefereerd. Hierover zijn ook al meer vragen gesteld in de nota's naar aanleiding van het verslag. Ik zie de complexiteit van dit onderwerp. Toch zie ik ook dat de tijden veranderen zijn en dat er tegenwoordig veel meer extramurale patiënten zijn. Kan het dus wel mogelijk gemaakt worden en zo ja, hoe, om deze zelfbinding ook ambulante toe te passen? Ik vraag de bewindslieden om hier dieper op in te gaan, omdat dit nauwelijks gebeurt in de nota's naar aanleiding van het verslag. Daarin staat eigenlijk alleen: er is geen fysieke dwang mogelijk en het is heel ingewikkeld. Ik denk

Azough

evenwel dat er in bepaalde ambulante situaties zelfbindingsverklaringen wel degelijk mogelijk moeten zijn.

Opvallend in het antwoord in de laatste nota naar aanleiding van het verslag is dat het onduidelijk is hoeveel patiënten dit betreft. Dat lijkt mij logisch: het kan gelden van enkele procenten tot tientallen procenten. Dat verschil vind ik overigens wel opmerkelijk. Misschien ligt het aan mij, maar feit is dat het voortkomt uit de verschillen in opvatting over de vereisten waaraan de patiënten dienen te voldoen. Er wordt aangegeven op welke wijzen zelfbindingsverklaringen kunnen worden aangeboden. Dat klonk mij dus enigszins vreemd in de oren. Dat er een verschil is, is mogelijk, maar het feit dat het verschil zo groot is, vraagt om een nadere verklaring.

Bovendien is er in december een debat geweest. Daarin is heel duidelijk aangegeven dat er met het veld gesproken moet worden over een definitie. Er moet dus een duidelijke definitie komen. Is dat gesprek er al geweest en is er helderheid over het moment waarop er wel sprake kan zijn van zelfbinding en wanneer niet? Als de minister blijft bij zijn oordeel dat het verschil heel groot kan blijven, wil ik graag zijn oordeel vernemen over het feit dat er zo veel variatie kan ontstaan.

Er zijn ernstige problemen rond deze wet, maar toch gaat de besluitvorming heel traag. Ik noem het voorbeeld van de zelfbinding van vandaag. Het wetsvoorstel dateert uit 2002 en het nader verslag uit mei 2003 maar de antwoorden van de minister ontvingen wij pas in juli 2005, dus twee jaar later. Waarom duurt dit alleen al zo lang?

Ook over dwangbehandeling, eventueel in te brengen in een nieuwe wet, is al veel gewisseld in de Kamer. Eerst zou er eventueel een commissie van wijzen komen, maar later is dat voorstel weer ingetrokken. Een en ander blijft onduidelijk als ik moet afgaan op de Handelingen en op de verslagen van AO's. Ik vind hierover dan ook verschillende antwoorden van de minister. In december 2004, in het debat over onvolkomenheden rond de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging, kondigde hij aan binnenkort met een wetswijziging te komen. Die is misschien al onderweg, maar dan wil ik graag weten wanneer die komt. Een paar maanden later echter zei hij er niets over, maar stelde hij dat de evaluatiecommissie een open opdracht zou krijgen, waarbij ook de vraag hoort of er een andere wet moet komen. Dit vind ik geen eenduidige antwoorden. Daarom hoor ik graag van de minister waarmee hij nu precies bezig is en hoe het staat met de wetswijziging die naar de Kamer zou worden gestuurd.

Wat de speciale commissie inzake een eventuele behandelwet betreft, sluit ik mij aan bij de woorden van de collega's die hierover hebben gesproken. Het zou recht doen aan de vragen vanuit het veld als zo'n commissie werd ingesteld. Het zou ook recht doen aan een eerlijke beoordeling van de problemen rond de Wet BOPZ. Dat hoeft niet te leiden tot het instellen van een nieuwe behandelwet en zeker niet tot het afschaffen van de Wet BOPZ. Het feit dat wij deze discussie niet aangaan, vind ik vreemd. Voor een oplossing van de problemen rond dit onderwerp zou niet alleen moeten worden gekeken naar het spanningsveld tussen opname en behandeling, maar het is ook essentieel om de mate te bezien waarin meer middelen en een beter personeelsbeleid kunnen bijdragen tot betere behandeling en minder problemen.

Een belangrijk knelpunt blijft het gebrek aan capaciteit bij de ggz. Er is gewoonweg te weinig plaats voor mensen die moeten aankloppen bij de psychiatrie. Dat zal ook gelden voor patiënten met een zelfbindingsverklaring. Ik sluit mij dan ook graag aan bij de vragen van mevrouw Kant. Ik vraag mij af hoe de minister dit zal oplossen.

Van links tot rechts is er veel overeenstemming over de problemen. Het is lastig te zeggen of men ook de oplossingen deelt. Die moeten daarvoor eerst meer worden uitgewerkt, maar de discussie gaat vooral over de weg om te komen tot oplossingen. Dat lijkt mij zonde van de tijd. Wat mijn fractie betreft, zouden snel meerdere oplossingen en scenario's moeten worden uitgewerkt, zodat de politiek daarna haar keuze kan maken. Nu zitten wij ogenschijnlijk vast in een impasse tussen het verbeteren van de huidige wet en het wachten op eventueel toekomstige wetten, en debatteren wij voortdurend over ingrijpende maar relatief kleine wijzigingen, terwijl de fundamentele discussie over de verhouding tussen opname en behandeling uitblijft. Dat is voor GroenLinks jammer, want wij kiezen voor een wet die recht doet aan de huidige realiteit; een wet die niet alleen maar autonomie enerzijds en gevaar anderzijds bekijkt, maar die ook zorg als centrale pijler meeneemt.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): U maakte een mooie opmerking over de discussie die wij moeten voeren. Ik ben daar ook een voorstander van. Ik heb juist in het voorstel van de minister gelezen dat wij die discussie aangaan bij de volgende evaluatie van de Wet BOPZ. Ik vind het ook heel aardig dat hij zegt dat hij die discussie wil, en dat wij daarna zullen bezien of die behandelwet er moet komen. Dat wijkt af van het voorstel dat hier destijds lag, waarin stond dat er een behandelwet moet komen. Ik hoor u zeggen dat wij dat nog maar eens moeten zien en dat wij eerst maar de discussie moeten aangaan.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik een niet zo enthousiaste omarming gelezen van de mogelijkheid van een behandelwet en ook niet van een discussie daarover. Zo heb ik het in ieder geval niet gelezen. Als dat wel het geval is, als de minister deze mogelijkheid omarmt, zie ik hem dat graag straks uitbeelden, in ieder geval duidelijk verwoorden. Ik heb gelezen dat de minister moeilijkheden ziet maar tegelijkertijd voortdurend verwijst naar alle mogelijkheden die er nog zijn in de huidige wet BOPZ. Hij wijst erop dat het veld nog niet voldoende doet met deze wet. Daarmee doet hij wat mij betreft onrecht aan het feit dat de discussie over de behandelwet wel degelijk nodig is. Een deel van de Kamer heeft zich duidelijk uitgesproken over een commissie van wijzen die zich hierover zou kunnen buigen. Daarbij sluit ik mij graag aan. Ik hoop dat de minister dat in dit debat ook zal doen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. Wij verkeren in de volgende situatie, die ik kort zal schetsen om niet zelf kostbare minuten te gebruiken. De regeling van werkzaamheden heeft lang geduurd. Ik heb de minister van Justitie eerder al toestemming gegeven om uiterlijk om 16.55 uur de Kamer te verlaten ten behoeve van een andere, dringende verplichting. Ik heb het volgende

Azough

onderwerp, wijziging Burgerlijk Wetboek; overeenkomst geneeskundige behandeling, inmiddels van de agenda laten schrappen. De minister is daarvan reeds op de hoogte gesteld.

Ik stel voor dat de minister thans in eerste termijn antwoordt ten aanzien van het onderwerp zelfbinding en dat vervolgens de minister van Volksgezondheid antwoordt. Hij kan de tussenliggende periode zo nodig benutten om zich op zijn antwoord te beraden. De minister van Justitie dient niet te worden geïnterrumpeerd. Na het antwoord van de minister van Volksgezondheid kunnen wij ons beraden op een eventuele tweede termijn. Het woord is aan de minister van Justitie.

□

Minister **Donner**: Voorzitter. Er zijn slechts enkele vragen aan mij gericht, waarvan ik overigens meen dat de minister van Volksgezondheid deze volledig zou kunnen beantwoorden. Er is één punt dat ik, nu ik als eerste spreek, direct aan het begin wil noemen. Er is namelijk nog een nota van wijziging, die ik hierbij aan de Kamer zou willen overhandigen. Het betreft een zuiver technische wijziging. Ik kijk even of ik hem kan vinden in de stukken van mijn collega, anders moet hij hem zelf straks alsnog maar aanbieden.

De **voorzitter**: Minister Hoogervorst is heel even weg, en u zit direct in zijn stukken te grasduinen.

Minister **Donner**: Omdat ik nu als eerste spreek, heb ik dit even willen aangeven. Het betreft een technische wijziging, die zal worden toegelicht door de minister van Volksgezondheid. Ik begrijp uit de opmerkingen van bijna alle sprekers, dat men het op zichzelf eens is met het wetsontwerp en met de regeling zoals dit voorligt. Daarover gaat de grote discussie dus niet. Die gaat over andere vragen, en over de wijze waarop het zal uitwerken. Ook dat zijn vooral vragen voor de minister van Volksgezondheid.

Ik ben blij te kunnen constateren dat geen discussie meer bestaat over de vraag wie op het moment waarop de dwangopname aanvangt, moet beslissen over de vraag of aan de omstandigheden is voldaan. In ons rechtssysteem zal de rechter dat moeten doen, omdat het een opname tegen de wil van de betrokkene betreft. Het bijzondere van de regeling is inderdaad, dat men vooraf regels kan stellen voor het moment dat iemand niet meer over de vrije wil beschikt. Dat heeft consequenties. Enerzijds heeft het de consequentie dat zich, zoals de heer Dittrich terecht heeft opgemerkt, de vreemde situatie kan voordoen dat wij binnen het kader van de BOPZ, zolang dit nog niet via wetswijziging is gerepareerd, te maken hebben met personen die tegen hun wil zijn opgenomen, maar die niet tegen hun wil behandeld kunnen worden, terwijl dat wel mogelijk is met deze overeenkomst. Het is de consequentie van de regeling die wij nu treffen, dat men de eigen wil op voorhand kan bepalen. Dat houdt ook in dat wij niet in de wet moeten gaan regelen dat fixatie, ook als dat niet is geregeld, wel kan worden toegepast. Dan wijkt men immers af van het beginsel, dat dwang en geweld alleen mogen worden toegepast, als daarover overeenkomst bestaat. De minister van Volksgezondheid zal daar vermoedelijk verder op ingaan. Als er in de praktijk

behoefte aan is, zal men in de toelichting op de mogelijkheden moeten aangeven dat dit wanneer dit in de behandeling waarschijnlijk is, geregeld zal moeten worden of fixatie al dan niet mogelijk is. Ik ben het geheel eens met mevrouw Joldersma dat wij de praktijk zullen moeten stimuleren om zoveel mogelijk protocollen en formats vast te stellen voor de situaties die hierbij aan de orde zijn. Dat moeten wij niet bij AMvB willen gaan regelen. Dan zouden wij iets juridiseren, wat zich primair in de praktijk dient te kunnen ontwikkelen.

Ten aanzien van het tweede amendement van mevrouw Veenendaal merk ik vanuit de juridische positie op, dat het apart opnemen van een bepaling over de negatieve verklaring overbodig en verwarrend is. Ook hierover zal waarschijnlijk de minister van Volksgezondheid straks meer over zeggen vanuit zijn optiek. Dit valt nu al onder de regeling van onderdeel b van artikel 34b. Daar kan het worden opgenomen. Het op deze wijze voorschrijven betekent dat er dwingend in de overeenkomst op moet worden ingegaan. Dat is inderdaad niet noodzakelijk omdat dit kan worden meegenomen in de positieve omschrijving van omstandigheden en behandelmethoden. Dit betekent dat het op dat moment tussen behandelaar en patiënt duidelijk moet zijn welke situatie zich kan voordoen. Ik ben het met mevrouw Veenendaal eens dat derhalve in de overeenkomst de omstandigheden voor de behandeling zo goed mogelijk moeten worden omschreven. Als men die eis echter in de wet zet, dan verandert men de betekenis daarvan. Als er dan namelijk niet aan is voldaan, zou er geen overeenkomst zijn. Bij de rechterlijke toetsing toetst de rechter juist of deze behandeling, deze omstandigheid strookt met de overeengekomen situatie. Het is het belang van beiden om dit zo duidelijk mogelijk te omschrijven.

Als ik het echter op deze wijze ga opnemen, heeft dit juridisch het effect dat er geen overeenkomst zou zijn als dit niet duidelijk is gemaakt. Dit betekent dat ik verder van huis ben dan wanneer de rechter zal uitleggen wat er wel en niet onder valt. Het vervelende met wetgeving is altijd dat het doorgaans een averechts effect heeft als men er goede bedoelingen in codificeert.

Mevrouw Van Dijken vroeg naar de mogelijkheid om eventueel via het OM een andere kliniek aan te wijzen. Dat behoort niet tot de mogelijkheden. Het gaat om de overeenkomst tussen patiënt en behandelaar. Als het nodig is, kunnen zij daarin zelf de mogelijkheid van opname in een andere kliniek vastleggen. Het Openbaar Ministerie kan hierop niet inbreken, anders dan wanneer het gaat om een normale BOPZ-opname, namelijk wanneer er gevaar bestaat. Dat is een andere situatie. Ik spreek ten principale bij de zelfbinding over situaties die niet vallen onder de gevallen waarin met een gewone machtiging kan worden gehandeld.

De heer Dittrich heeft gevraagd wat er gebeurt als iemand in Groningen dit overkomt. Daarin zal betrokkene zelf moeten voorzien. Het gaat om situaties waarin men normaal niet onder een machtiging valt. Derhalve komt de BOPZ niet aan de orde, tenzij men er zelf voor heeft gezorgd dat de omgeving weet waar zij voor de overeenkomst heen moet als betrokkene dit overkomt. De wetgever kan dit niet verder regelen.

De vraag van de heer Van der Vlies valt naar mijn mening onder de algemene discussie over de behandelingswet. Met deze wetgeving blijf ik inderdaad tussen enerzijds de situatie dat iemand zich laat

Donner

behandelen uit vrije wil waarbij het niet mogelijk is hem met rechterlijke machtiging gedwongen te behandelen en anderzijds de gedwongen behandeling. De heer Van der Vlies doelde op de situatie waarin men uit medeverantwoordelijkheid en medemenselijkheid wil behandelen en moet ingrijpen. Als de wetgever bevoegdheden gaat toevoegen aan de verantwoordelijkheid dat men zijn broeders hoeder is, kom ik in een totaal ander kader terecht dan in het kader dat ik mijn broeders hoeder ben.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Ik heb gevraagd naar de lastige situatie waarin iemand bekend is met een zelfbindingsverklaring. Er doen zich omstandigheden voor waarin hij normaal gesproken zou moeten worden opgenomen. De omstandigheden zijn echter zo hevig, dat je geen vijf dagen kunt wachten op een toetsing door de rechter. Hij moet nu worden opgenomen, terwijl later de zelfbindingsverklaring valide wordt. Wil de minister dit voor zijn rekening nemen?

De **voorzitter**: Dit wordt door de minister van Volksgezondheid behandeld.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik volg de redenering van de minister. Wat gebeurt er als je er met een zelfbindingsverklaring niet uitkomt? Ga je dan alsnog een nieuwe rechterlijke machtiging aanvragen, omdat de zelfbindingsverklaring deze patiënt niet helpt?

Minister **Donner**: Er kan een omstandigheid zijn waarin je met een gewone rechterlijke machtiging kunt handelen. De zelfbinding is daarop in beginsel niet van toepassing, want die geldt juist voor de gevallen waarin die machtiging er niet is. Als er zo'n verklaring is en je kunt hem gebruiken, dan zal opname veel sneller gaan. Als de wettelijke omstandigheden tot machtiging er zijn, zal deze worden toegepast.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik kom terug op de uitspraak van de minister over "je broeders hoeder". Ik begrijp wat hij hiermee bedoelt. Toch kom je in de praktijk van het leven vaak een situatie tegen waarin de geliefden van de patiënt de innerlijke overtuiging hebben dat er moet worden opgetreden. Dit soort gevallen hebben wij besproken in de commissie. Soms is optreden mogelijk, maar duurt de vaststelling daarvan te lang. Dat heb ik willen doorgeleiden en de wetgever moet in alle zorgvuldigheid daarvoor een oplossing zien te vinden.

Minister **Donner**: Ik ben het geheel met de heer Van der Vlies eens. Wij moeten naar een oplossing zoeken. Hij herinnerde zelf aan zijn intrede in de Kamer in 1989. Ik was toen nog ambtenaar bij Justitie en was indirect bij deze wetgeving betrokken. De aanleiding om tot deze wetgeving te komen, was nu juist een situatie die de heer Van der Vlies schetste. Er deden zich moeilijke gevallen voor waarin familieleden uit wat minder medemenselijkheid een ander familielid in een inrichting wilden stoppen. Wij blijven met die grensgevallen zitten. Dat laat onverlet dat moet worden bekeken hoe je dat op termijn via de wetgeving kunt oplossen. De minister van Volksgezondheid zal aangeven hoe wij met de evaluatie omgaan.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik ken de wet ook, want ik heb hem voor het parlementaire deel mede mogen behandelen. Ik loop er niet voor weg. Het gaat mij om het vinden van een prudent evenwicht en een balans tussen al die te dienen belangen. De mensen die er mee te maken hebben, zijn ook onze burgers die op onze steun zijn aangewezen.

De **voorzitter**: Ik geef de minister verlof de Kamer te verlaten.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik maak direct van de gelegenheid gebruik om een nota van wijziging in te dienen. Ik kan de toelichting voorlezen, maar deze is zeer technisch. Ik vermoed dat de Kamer er genoeg mee neemt als ik nota van wijziging zo indien.

Ik dank de Kamer voor haar inbreng in eerste termijn. Ik proef bij iedereen een brede instemming met deze kleinere wetwijziging, hoewel ik bij sommige Kamerleden ook de behoefte proef om verder te gaan met deze wet. Daarbij valt net als bij de vorige kleine aanpassingen van de wet het woord "behandelwet" weer regelmatig. De Kamer weet van mij dat ik zelf niet zo'n behoefte heb aan een dergelijke fundamentele discussie op dit moment. Dit heeft twee redenen.

De eerste is dat wij veel doen om de wet te verbeteren. De Kamer weet dat op 1 januari 2006 de observatiemachtiging in werking treedt. De tweede is dat de reparatiewetgeving over de voorwaardelijke machtiging en de verruiming van de mogelijkheden om dwangbehandeling toe te passen nu om spoedadvies naar de Raad van State is gestuurd, zodat deze zo snel mogelijk in werking kan treden. Ik meen dat het niet goed is dat ik nu op de inhoud inga, maar ik verwacht dat wij te zijner tijd de hele discussie rond de paraplumachtiging in het kader van deze wet goed met elkaar kunnen voeren. Het wetsvoorstel inzake klachtrecht staat voor de plenaire behandeling in de Eerste Kamer aangemeld voor 1 november aanstaande. De NVvP werkt op dit moment heel hard aan het beslisschema protocol dwangopneming. Ook dat is een zeer nuttige zaak. Kortom, er is zeer veel aan de hand. Wat wij doen centreert zich allemaal rond mogelijkheden om behandelingen van mensen te verbeteren. Met de discussie over de behandelwet enerzijds en de Wet BOPZ anderzijds wordt een soort tegenstelling gecreëerd tussen een wet die primair zou zijn gericht op opname, het wegstoppen van mensen, en een wet die primair zou zijn gericht op de behandeling van mensen. Ik heb dit niemand zo horen zeggen, maar dit zit wel een beetje achter de woorden verscholen. Ik denk dat die tegenstelling niet zo simpel ligt. Nogmaals, alles waarmee wij bezig zijn is er primair op gericht om mensen zodanig te behandelen dat zij beter door het leven kunnen gaan, en is er niet op gericht om mensen op te bergen en hen van de maatschappij te verwijderen.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is geen tegenstelling, maar een principiële ander uitgangspunt. Het werken aan een verbetering van de Wet BOPZ sluit niet uit dat daarnaast een commissie aan het werk wordt gezet, die eens beoordeelt of die weg wel de juiste is of dat wij misschien een andere route moeten kiezen. Dat is wat ik de minister vraag, en zelfs dat gaat hij uit de weg. Wij



Mevrouw Van Dijken (PvdA)

© M. Sablerolle – Gouda

kunnen niet eindeloos de BOPZ uitbreiden in de richting zoals wij er nu over denken, namelijk dat mensen behandeling nodig hebben. Ik zeg niet dat de minister met het andere proces moet stoppen, maar ik zeg dat hij daarnaast een commissie van deskundigen zou kunnen instellen die eens naar die andere vraag kijkt.

Minister Hoogervorst: Wij zijn bezig de derde evaluatie voor te bereiden. De onderzoeksopdracht heb ik de Kamer op 8 september jongstleden toegezonden. Op 14 oktober 2005 sluit de termijn voor de inzending van de offertes in de Europese aanbestedingsprocedure en dan zullen wij de besprekingen over de ontvangen offertes voeren.

Daarnaast zijn wij bezig met het formeren van een begeleidingscommissie waarin wijze mensen uit het veld zitten. Ik wil die club niet al te groot maken om te voorkomen dat het een Poolse landdag wordt. Het wordt een groep mensen met een onafhankelijk denkvermogen. Als uit die evaluatie grote tekortkomingen van de huidige wet blijken, sta ik open voor verbetering. Het lijkt mij onwaarschijnlijk, maar het zou kunnen gebeuren dat men concludeert dat deze wet in de loop van de geschiedenis op een bepaalde manier is ontstaan waardoor zij een niet te ontwarren lappendeken is geworden. Misschien komt uit de evaluatie het voorstel om de wet op een heldere manier te herschrijven op een aantal punten. Daar sta ik voor open. Maar dat moet allemaal eerst blijken.

Dat neemt niet weg dat wij op dit moment bezig zijn om op basis van de bestaande wet goede verbeteringen aan te brengen, die het voor de mensen in het veld gemakkelijker maken om ermee te werken. Maar bij elke wet die wij maken – of wij die nu behandelwet noemen of opnamewet – zullen altijd moeilijke vragen en dilemma's waarvoor men komt te staan, blijven bestaan. Uiteindelijk zal het altijd een kwestie van afweging blijven tussen het zorgvuldig waarborgen van de zelfbeschikking van het individu en de voorwaarden waarop men daarop een inbreuk mag maken. Dat zal nooit een gemakkelijke keuze zijn.

Mevrouw Kant (SP): Ik vind het toch een beetje jammer, want de minister kapt hiermee de weg af om er op een andere manier naar te kijken. Natuurlijk komt die

evaluatie er, en de minister heeft al eerder gezegd dat hij niet uitsluit dat die tot bepaalde conclusies kan leiden. Maar daarnaast zou hij een commissie kunnen vragen om met een andere bril op te kijken of dit wel de goede weg is, of dat er misschien een andere manier is om dit probleem te benaderen. Maar de minister wil die commissie gewoon niet.

Minister Hoogervorst: Ik denk dat mevrouw Kant een illusie schept, namelijk dat er een heel andere kijk mogelijk is. Ik geloof niet dat dat mogelijk is. In de jaren zeventig werd anders tegen de psychiatrie aangekeken dan nu. De psychiatrie heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Maar ik geloof niet dat er ooit een heel andere manier zal komen om tegen deze zaak aan te kijken, want het blijft altijd een moeilijke keuze tussen het beschermen van het zelfbeschikkingsrecht van het individu en de inbreuk daarop. Dat zal altijd met zorgvuldige waarborgen moeten zijn omgeven.

Mevrouw Kant (SP): Natuurlijk blijven er dilemma's bestaan, dat begrijpt iedereen. Maar wat ik zo jammer vind is dat de minister zegt: ik geloof daar niet in. Ik zou zo graag mensen uit het veld en deskundigen daarover een oordeel laten vellen.

Minister Hoogervorst: Maar dat doen wij toch? Bij de evaluatie die eraan komt, zullen wij deskundigen betrekken. Als de deskundigen met een oordeel komen dat het toch anders moet, is dat een belangrijk gegeven. Ongetwijfeld zal die evaluatie tot voorstellen van verbetering leiden. Misschien kunnen wij dan concluderen dat het goed zou zijn om de historische benaming van deze wet te veranderen in behandelwet. Prima, maar ik denk niet dat de wet er fundamenteel door verandert.

Mevrouw Van Dijken (PvdA): Dus in de Bijlmer, Amsterdam-Zuidoost, en de problemen zijn weg?

Minister Hoogervorst: Dat is precies wat ik bedoel.

Mevrouw Van Dijken (PvdA): Dat had ik al begrepen, maar het lijkt me dat het toch niet zo eenvoudig zal zijn. Ik denk dat het wél een fundamenteel verschil uitmaakt. De BOPZ komt voort uit de tijd van de anti-psychiatrie en die is gebaseerd op de gedachte "zelfbeschikking boven alles". Inmiddels zeggen wij: als "the right to rot" je belangrijkste recht is, ben je gezegend in dit land. Maar je kunt ook de benadering kiezen dat alle mensen die al dan niet tijdelijk niet in staat zijn, hun eigen belang goed te behartigen, recht hebben op zorg. Zulke mensen hebben dan inderdaad een hoedende broeder of zuster nodig, ook als zij er niet om vragen, ook als dit een onderdeel van een "bemoeizorgsysteem" is. Wel, dit was in de jaren zeventig niet bepaald een populair standpunt, ook niet in mijn partij. Inmiddels zijn de tijden veranderd, net als de populatie en de massa, zodat wij er anders over zijn gaan denken. Ik denk dan ook dat het uitgangspunt wel degelijk uitmaakt.

Nu wil ik graag heel concreet iets van u weten. Wij hebben ongeveer een jaar geleden gesproken over een commissie van wijze mannen die de internationale situatie op dit vlak zou bekijken, die voorbeelden zou zoeken. Ik heb toen gevraagd of wij zouden mogen weten wie er in die commissie zou worden benoemd en of wij daar voorstellen voor zouden mogen doen. Ik had

Hoogervorst

u bijna zo ver, maar toen werd u teruggefloten. Wordt de commissie die u nu gaat instellen, weer zo'n commissie of had u iets anders in gedachten?

Minister **Hoogervorst**: Ik zal de Kamer laten weten wie ik daarin zal benoemen, het is geen commissie die door de Kamer wordt benoemd. Ik zal er in ieder geval voor zorgen dat er een brede schakering van opinies in zo'n commissie vertegenwoordigd is. Maar nogmaals, ik heb zojuist een hele reeks van initiatieven en wetsvoorstellen aangeduid waaraan te merken is dat de tijdgeest is veranderd. Dit alles krijgt een plaatsje in deze wet en een andere wet zal dan ook niet fundamenteel anders zijn.

De heer **Dittrich** (D66): Voorzitter, ik heb een vraag over de nota van wijziging, die volgens de minister zo technisch van karakter is dat hij vermoedde dat de Kamer er geen behoefte aan zou hebben om erover te praten. Ik wil er wel iets over zeggen, want er staat in deze nota dat de patiëntenvertrouwenspersoon op verzoek van de betrokkene advies en bijstand verleent in aangelegenheden, samenhangend met de in de tekst van artikel 34b bedoelde verklaring. Dit lijkt mij op zichzelf een goede formulering, maar ik heb een vraag over de toelichting, want daarin staat dat de patiëntenvertrouwenspersoon alleen advies en bijstand geeft bij de totstandkoming van de zelfbindingsverklaring. Mijn fractie wil nu juist dat de patiëntenvertrouwenspersoon er ook in de inrichting bij betrokken kan zijn en advies kan geven, als er onduidelijkheden zijn of als er discussies ontstaan over de behandeling. Daarvoor is een wettelijke grondslag nodig, want de vertrouwenspersoon kan dit wel doen voor degenen die op basis van het gevaarscriterium zijn opgenomen, maar juist niet bij de hierbij bedoelde patiënten. Als de minister bereid is om de toelichting aan te passen, komt het volgens mij wel goed.

Minister **Hoogervorst**: Uit de gebaren van mijn medewerkers maak ik op dat dat kan. Ik was al bang dat u hierover vragen zou stellen ...

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik wil even terugkomen op de behandelwet. U geeft een praktische uitleg om aan te geven dat het niet nodig is, "wij zijn al bezig", maar wilt u nog eens inhoudelijk beargumenteren waarom het niet nodig is, waarom het niet logisch zou zijn om hieraan een paralleltraject te verbinden omdat het wezenlijk om iets anders gaat?

Minister **Hoogervorst**: Ik heb geen argumenten toe te voegen aan wat ik al heb gezegd. Ik heb al aangegeven dat bij de derde evaluatie nog van alles mogelijk is. Als het veld eensluidend is in zijn mening dat het allemaal volstrekt anders moet en dat wij het anders moeten gaan noemen, dan is dat een belangrijk gegeven. Ik heb alleen gezegd dat je merkt dat in de loop der jaren het gezichtsveld van de mensen uit de praktijk kan verschuiven en dat er meer mogelijkheden voor dwang en drang zijn gekomen. De tijden van de antipsychiatrie, de jaren zeventig, liggen ver achter ons. Inmiddels zijn wij anders over verschillende behandelwijzen gaan denken. Ongetwijfeld zal er een tijd komen waarin er weer gemakkelijker inbreuk wordt gemaakt op het zelfbeschikingsrecht en die tijd zal weer gevolgd worden door een periode waarin men voorzichtiger wordt, maar de

dilemma's blijven hetzelfde en daarom zal de aard van de wetgeving, ook na de wijzigingen die ik nog niet kan voorspellen, niet fundamenteel veranderen. Ik zou het jammer vinden als deze discussie tot de illusie leidt dat alles fundamenteel anders kan. Ik geloof wel dat veel beter kan. Beter kan altijd. Verder zullen wij op de meer fundamentele vragen terugkomen bij de evaluatie.

Mij wordt verzekerd dat hetgeen de heer Dittrich vraagt, al is geregeld. Klaarblijkelijk is er niet de noodzaak om in de toelichting dit punt aan te scherpen, maar ik wil dit nog wel nagaan.

De heer **Dittrich** (D66): De toelichting strookt niet met de tekst van de wet. Voor de praktijk is het van belang om te weten wat de minister met de wettekst beoogt.

Minister **Hoogervorst**: Wat u wilt staat in artikel 1, onderdeel m, sub a, van de Wet BOPZ. Daarmee is geregeld dat de patiëntenvertrouwenspersoon een taak heeft ten opzichte van alle patiënten.

De heer **Dittrich** (D66): Heeft hij die ook tijdens de behandeling in de inrichting?

De heer **Hoogervorst**: Ja.

Voorzitter. Ik meen dat duidelijk is dat met dit wetsvoorstel op een zeer nuttige manier in een leemte wordt voorzien. Ik vond het praktijkvoorbeeld dat de heer Dittrich in zijn eerste termijn gaf glashelder. Hij sprak over het type mens waar het om gaat. Het voorbeeld betrof een manisch depressieve persoon die zeer heldere periodes heeft als hij tijdig zijn medicijnen slikt, maar dat niet heeft als hij dat niet doet. Het kan ook gaan om psychotische mensen die met een zekere regelmaat te maken krijgen met een inzinking. Zij hoeven echter niet altijd last te hebben van het ziektebeeld. Er kan ook sprake zijn van een samengaan van manische depressie en psychoses. Het gaat in ieder geval om mensen die gedurende een lange periode helder en wilsbekwaam zijn, terwijl die periodes gevolgd worden door een toestand van wilsonbekwaamheid. Die mensen weten dat het in die periodes met hen fout gaat en dat zij tegen zichzelf beschermd moeten worden. De manier waarop zij dan beschermd worden, willen zij van tevoren vastleggen, samen met degene die ze behandelt. Daartoe biedt dit wetsvoorstel de mogelijkheden.

Dit soort verklaringen is overigens niet nieuw. Ze worden nu ook al in de praktijk opgesteld en zij heten dan crisiskaarten. Echter, als puntje bij paaltje komt en de betrokkene zich verzet op het moment waarop de opname aan de orde is, kan het verzet van de patiënt toch niet worden doorbroken. Dat wordt met deze wet anders.

Wij regelen dat niet de laatste wilsuiting geldt, maar de bewust opgestelde zelfbindingsverklaring met daarin de afspraken met de behandelaar. Niet alleen wij, maar ook de mensen in het veld verwachten dat van deze wet een preventieve werking zal uitgaan. Het feit dat men heel bewust bezig is met het optekenen van een verklaring met het vermelden van de omstandigheden waarin die kan gelden, betekent dat sprake is van een enorm goed hulpmiddel. Deze manier van werken zal bevorderlijk zijn voor de behandelrelatie tussen patiënt en hulpverlener. Zodra de hulpverlener de eerste tekenen van geestelijk verval waarneemt, kan hij tegen de patiënt zeggen: dit gaat niet goed, komt dat doordat u uw

Hoogervorst

medicijnen niet op tijd of niet in voldoende mate slikt? De hulpverlener kan hem erop wijzen wat de patiënt staat te wachten als hij niet op een goede manier met de behandeling doorgaat. Wij hopen dat dit er in de praktijk toe zal leiden dat er minder excessen zijn en dat de mensen die nu verloederen en opgenomen moeten worden, daarvoor kunnen worden behoed.

Iemand die een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld kan echter niet zomaar gedwongen worden opgenomen en worden behandeld. Een zelfbindingsverklaring kan alleen leiden tot gedwongen opname en behandeling als de rechter een zelfbindingsmachtiging heeft verleend op basis van de zelfbindingsverklaring. Iedereen is het ook daarmee eens.

Iemand kan ook alleen voor behandeling, dus niet voor opneming, een zelfbindingsverklaring afleggen. Dat regelt de patiënt voor het geval hij of zij gedwongen wordt opgenomen, bijvoorbeeld op grond van een IBS of een rechterlijke machtiging. De patiënt zegt in de verklaring welke behandeling zal moeten plaatsvinden. Ook dan geldt de verklaring als de laatste uiting van de patiënt.

Het instrument is niet van toepassing op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Het zal duidelijk zijn waarom dat niet het geval is: de wilsbekwaamheid staat vaak ter discussie.

Behandeling op basis van een zelfbindingsverklaring vindt binnen de muren van een instelling plaats. Er is gevraagd waarom die behandeling niet ambulante kan plaatsvinden. Daarvoor is een aantal redenen aan te voeren. Het kan nodig zijn om fysieke dwang te gebruiken bij het toepassen van dwangbehandeling. Ik vind dat toch moeilijk voor te stellen bij ambulante dwangbehandeling. Het zou betekenen dat de arts of hulpverlener met de sterke arm tegen de wil van de patiënt diens woning moet betreden om vervolgens onder fysieke dwang medicatie toe te dienen. Dat is zeer ingrijpend, want wij spreken over een situatie waarin er geen gevaar is voor de persoon of zijn omgeving. Wanneer dat aan de orde is, dan kan het allemaal wel, maar moet het weer leiden tot opname.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit begrijp ik niet. Deze argumenten worden altijd gebruikt om aan te geven dat het niet ambulante kan. Ik begrijp niet waarom dit zwaarder weegt dan het uit zijn huis halen en opnemen van een patiënt. Dat vind ik persoonlijk veel ingrijpender dan iemand in zijn huis ambulante gedwongen hulpverlening bieden. Ik begrijp het verschil niet.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb nog andere argumenten, maar het eerste verschil is dat deze zelfbinding niet hoeft plaats te vinden als er sprake is van gevaar voor het individu zelf of zijn omgeving. De omstandigheden waarin dit gebeurt, kunnen veel lichter zijn dan bij gedwongen opname.

Weliswaar is dwang toegestaan in sommige omstandigheden, maar pas indien de toepassing ervan op de minst ingrijpende wijze plaatsvindt. Buiten het psychiatrisch ziekenhuis zijn vaak niet de voorzieningen voor handen die nodig zijn om daaraan te voldoen. Een toereikende inzet van gekwalificeerde hulpverleners zal vaak niet kunnen worden gerealiseerd. De inspectie kan in een ambulante setting niet goed toezien op de toepassing van dwangbehandelingen. Die vinden immers plaats op een plek buiten de instelling. Om die reden zijn

wij van mening dat in deze omstandigheden ambulante dwangbehandeling op grond van de Wet BOPZ niet mogelijk is.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik begrijp nog niet waarom er zo'n nadrukkelijk verschil wordt gemaakt. Een behandeling buiten de instelling zou wel eens als veel minder ingrijpend kunnen worden ervaren dan opname. Ik begrijp werkelijk niet waarop dat onderscheid zo spastisch wordt gemaakt. De minister noemt de inspectie, maar wij hebben nu toch ook ambulante zorg? Daar ziet de inspectie toch ook op toe? Ik vind het wat gezocht en heb het gevoel dat er onwil is om deze vorm van zorg ambulante te geven, terwijl er in de sector juist zulke positieve ervaringen mee zijn opgedaan.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb niet veel andere argumenten dan ik al heb genoemd. Het gaat om een situatie waarin er geen gevaar is voor de persoon of voor zijn omgeving. Als dat gevaar er wel is, kan er worden ingegrepen. De patiënt kan naar de instelling worden gebracht, waar alsnog behandeling kan plaatsvinden. Het telt ook zwaar dat een dwangbehandeling onder goed gecontroleerde omstandigheden moet plaatsvinden. Dat is in een instelling beter het geval dan in een ambulante setting.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Als wij niet koploper separeren zouden zijn, dan hadden wij nu een ander gesprek gehad. Dat is een behandelwijze, een zeer invasieve aanpak van iemand in beroerde omstandigheden die intramuraal zit. Ik vind dat argument bepaald niet overtuigend. Kent de minister de huidige praktijk? Twee SPV'ers zijn "outreaching" op pad. Zij hebben overal hun zorgklanten. Als iemand zich bij de dokter had moeten melden, gaan zij de volgende dag langs. Uit de praktijk kan ik de minister vertellen dat zij zich nog nooit angstig hebben gevoeld op het moment dat zij voor een deur stonden. Het belang van de patiënt, de maatschappij en de zorggeelden is erbij gebaat om te kiezen voor zo licht mogelijk. Als het ambulante kan, moet je het niet intramuraal willen.

Minister **Hoogervorst**: De bescherming van de hulpverleners telt wel, maar daar gaat het nu niet primair om. Het gaat erom dat een dwangbehandeling plaatsvindt in een huis waar misschien onvoldoende toezicht kan worden uitgeoefend op de manier waarop de behandeling wordt uitgevoerd. In een institutionele setting is er natuurlijk een heel apparaat om te bekijken of het volgens de regels gaat. Dat is de extra zorgvuldigheidseis die hier aan de orde is.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik vind het heel terecht dat wij die ambulante dwangbehandeling nog niet hebben. Wij moeten die behandeling er ook zeker niet in stoppen in het kader van de zelfbindingsverklaring. Is het niet mogelijk om in het buitenland te bekijken of daar in een ambulante setting dwangmedicatie wordt toegepast? Ik kan mij voorstellen dat wij het resultaat van zo'n onderzoek bespreken bij de derde evaluatie van de BOPZ.

Minister **Hoogervorst**: Dat wil ik graag doen. Ik weet op dit moment niet hoe het daar geregeld is.

Hoogervorst

Door mevrouw Joldersma is gevraagd om de zaak goed in de gaten te houden. Zij vroeg zich af of wij moeten wachten op een evaluatie. Ik heb liever geen veelheid van onderzoeken naast elkaar lopen. In het wetsvoorstel is wel geregeld dat de hoofdinspecteur voor de gezondheidszorg een register bijhoudt voor zelfbindingsverklaringen. Daarvan zal ik de Kamer een jaarlijks overzicht ter hand stellen. Op die manier kan ik al snel een indruk geven van het aantal malen dat het instrument wordt toegepast. De inspectie zal sowieso toezicht houden. Als het op korte termijn tot resultaat leidt, zal ik dat ook aan de Kamer doen toekomen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Mevrouw Van Dijken zette vooral in op de evaluatie. Ik dacht in de stukken gelezen te hebben dat de regering na twee jaar geen aparte evaluatie van de werking van het wetsvoorstel wil. In reactie daarop heb ik gezegd dat ik de vinger aan de pols wil houden. Wij moeten op de hoogte blijven van de uitwerking in de praktijk. Komt er nu wel of niet een reguliere evaluatie? De inspectie moet in kaart brengen op welke manier wordt omgegaan met de zelfbindingsverklaringen.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal aan de inspectie vragen of zij vooruitlopend op de evaluatie met een geregelde rapportage wil komen. Zo kunnen wij op korte termijn zien welke vlucht dit instrument neemt. Ik neem aan dat de inspectie ook zal kijken naar de kwaliteit van een en ander.

Er is gesproken over het format van de zelfbindingsverklaring. Moeten wij daar allemaal regels voor opstellen? Ik geloof dat niemand dat echt wil. De omstandigheden verschillen sterk per individu. Wettelijk voorgeschreven formats zullen als een bureaucratische verplichting worden ervaren. Thans worden crisiskaarten gebruikt. Daaraan is te zien dat het veld zelf voorbeelden ontwikkelt waarmee men zijn voordeel kan doen. In de praktijk loopt dat zeer bevredigend. Wij moeten het aan het veld overlaten hoe men met de zelfbindingsverklaring omgaat. Ik denk echt dat dat op een zorgvuldige manier zal gaan.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik vind deze opmerking wel heel gemakkelijk. Als het niet uit het veld komt, verwacht ik dat de minister protocollen zal stimuleren, faciliteren, enzovoorts.

Minister **Hoogervorst**: Dat gebeurt al. Men werkt al met crisiskaarten. Ik heb er geen enkele twijfel over dat men dat zal doen. Ik vind het ook niet nodig dat ik dat in de gaten moet houden.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Dit is nu juist een kenmerkend punt voor dit wetsvoorstel. Er is een wetswijziging voorgesteld om te regelen hoe je dat precies moet omschrijven. Ik ben daar geen voorstander van, maar ik wil wel een garantie dat de formuleringen eenduidig zijn. Bij de BOPZ zien wij vaak dat het in de wet heel mooi geregeld is, maar dat het in de uitvoering mis gaat. Daarom is het van groot belang dat de minister goed zicht houdt op de uitvoering. Hij hoeft geen dingen voor te schrijven, maar ik vind dat hij wel vanuit de systeemverantwoordelijkheid dingen goed kan faciliteren.

Minister **Hoogervorst**: Waarom zou ik iets regelen wat

het veld zelf gaat doen? Ik wil met alle plezier een oogje in het zeil houden om te voorkomen dat het een chaos wordt. Het lijkt mij echter niet mijn taak om partijen erop te wijzen dat zij een net format moeten maken.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Ik steun de minister heel graag in dit standpunt. Op een aantal punten wil ik wel iets harder gaan dan de minister, maar op dit punt heeft hij gelijk. Er functioneren immers al zelfbindingsverklaringen, weliswaar zonder wettelijke bodem, omdat zowel de patiënt als de behandelaar daar behoefte aan heeft. Ik denk dat men daar uitstekend mee uit de voeten kan. Wij moeten vooral niet meer regels opleggen. Dat neemt niet weg dat wij goed moeten volgen hoe de rechterlijke toetsing in de praktijk werkt. Er is een probleem als onze gedachte dat het veld zich daarmee zou kunnen redden haaks staat op de mogelijkheid om iemand op te nemen op basis van zelfbinding. Maar dat is dan meer het probleem van de staatssecretaris dan van de minister.

Minister **Hoogervorst**: Natuurlijk hebben wij een probleem als in de praktijk blijkt dat de ene na de andere situatie nat gaat bij de rechter. Dat zullen wij dan onder ogen moeten zien. Ik verwacht dat eerlijk gezegd niet.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Er komt wel een rechterlijke toetsing. Dus er moet wel een minimum aan inhoud zijn in de verklaring. Het kan niet al te leeg en al te gemakkelijk worden. Ik heb er ook het vertrouwen in dat het veld daarop zal toezien, maar wij moeten wel in de gaten houden of de verklaringen die in omloop komen het houden voor de rechter.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben graag bereid om toe te zeggen dat ik in de gaten zal houden hoe dat bij de rechter loopt. Er zal natuurlijk ingegrepen moeten worden als er indicaties zijn dat men voortdurend nat gaat bij de rechter omdat de verklaringen wat kinderlijk zijn gesteld of grote lacunes hebben. Vooralsnog wil ik het veld daar de nodige ruimte in bieden.

Naar aanleiding van de vraag naar het type patiënt dat van deze mogelijkheid gebruik zal maken, heb ik verwezen naar het voorbeeld van de heer Dittrich. Dat lijkt mij zeer plausibel. Ik denk niet dat het erg plausibel is dat verslaafden daarvan gebruik maken.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): De minister heeft zojuist gezegd dat hij alles aan het veld wil overlaten en nu maakt hij ineens een vergelijking.

Minister **Hoogervorst**: Nee, u hebt mij gevraagd een inschatting te maken. Ik sluit niets uit, maar verslaafden weten hoe moeilijk het is om af te kicken.

Gevraagd is of er voldoende opnamecapaciteit is. In de huidige praktijk bij de IBS-opnames hebben wij geen signalen gekregen van duidelijke knelpunten. Ik heb het vermoeden dat deze wet eerder zal leiden tot een vermindering van gedwongen opnames dan een vermeerdering. Mevrouw Kant heeft gevraagd welke procedure er bij een gevaarsituatie gevolgd wordt. Het meest voor de hand ligt bij onmiddellijk gevaar om voor de reguliere procedure te kiezen. Dan is IBS vaak het snelste. Vervolgens kan dan iemand opgenomen blijven met een zelfbindingsmachtiging. En dan kan de

Hoogervorst

zelfbindingsverklaring ook meteen gebruikt worden om de behandeling van iemand in gang te zetten.

Voorzitter. Ik zie dat de heer Dittrich inmiddels afwezig is. Hij heeft een aantal vragen gesteld.

De **voorzitter**: De heer Dittrich heeft zich verontschuldigd. Hij zal de antwoorden op zijn vragen en andere antwoorden uiteraard nagaan in het stenogram.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal de nog resterende antwoorden op zijn vragen geven.

Hij heeft gevraagd: is het niet een beetje een rare situatie dat je via een zelfbindingsverklaring zou kunnen overgaan tot dwangbehandeling van iemand die geen gevaar vormt, en dat die persoon dan tussen andere gedwongen opgenomen patiënten zit die niet aan die dwangbehandeling kunnen worden blootgesteld? Dat lijkt een beetje te wringen. Ten eerste is het gelukkig zo dat deze persoon die dwangbehandeling zelf heeft gewild. Dat heeft hij zelf verklaard. Ten tweede worden de mogelijkheden tot dwangbehandeling uitgebreid. Het wetsvoorstel daarover heb ik net naar de Raad van State gestuurd. In de huidige praktijk is er ook al behoorlijk veel ervaring met verschillende vormen van behandelbaarheid tussen patiënten op dezelfde afdeling.

Kan een persoon in de zelfbindingsverklaring aangeven wat hij niet wil? Daartoe bestaat geen enkele belemmering. Een amendement in die richting is dus ook niet nodig.

De heer Dittrich heeft nog gevraagd naar een patiëntvolgsysteem. Daarover heeft collega Donner al het een en ander gezegd. De wet regelt dat de inspectie een registratie bijhoudt van de zelfbindingsverklaringen. Dat is echter geen patiëntvolgsysteem. In dit opzicht is dan ook een belangrijke rol weggelegd voor de vertrouwenspersoon van de patiënt. In de wet is dan ook bepaald dat deze persoon een afschrift van de verklaring krijgt. In die zin is er wel sprake van een soort informeel patiëntvolgsysteem.

Mevrouw Azough heeft gevraagd waarom het antwoord zo lang op zich heeft laten wachten. Ik moet erkennen dat het inderdaad wel erg lang heeft geduurd. Het is een mengeling van te veel kabinetten en te weinig capaciteit. Volgende keer moet dat sneller. Dat ben ik met haar eens.

Zij heeft voorts gevraagd, hoe het komt dat de schattingen over de reikwijdte van de wet zo uiteenlopen. Die zijn te herleiden tot verschillen in opvatting over vereisten waaraan patiënten dienen te voldoen, over de wijze waarop een zelfbindingsverklaring wordt aangeboden en over de uiteindelijke bedoeling van en mogelijke alternatieven voor een zelfbindingsverklaring. Wij zullen echt in de praktijk moeten afwachten hoeveel patiënten en welke patiëntengroepen daadwerkelijk gebruik zullen maken van de mogelijkheid om een zelfbindingsverklaring op te stellen.

Mevrouw Azough heeft ook gevraagd of een persoon zijn zelfbindingsverklaring zomaar kan wijzigen of intrekken. Dat kan niet zomaar. Immers, als dat zomaar zou kunnen, dan is dat hele instrument eigenlijk verloren. Op de situatie waarin iemand nog wel duidelijk over zijn vrije wil beschikt maar de verklaring wil intrekken of wijzigen, zijn dezelfde regels van toepassing als die gelden voor het opstellen van zo'n verklaring. Dan hoef je niet langs de rechter. De rechter komt pas in beeld als er geen sprake meer is van die situatie. Een van de

regels voor het opstellen van een verklaring is dat een patiënt in staat moet zijn om de inhoud en de gevolgen van zijn handelen te overzien. Een patiënt in een verwarde periode kan dus niet intrekken.

Voorzitter. Ik kom ten slotte te spreken over de amendementen van mevrouw Veenendaal. Collega Donner heeft al gereageerd op de amendementen op de stukken nrs. 10 en 11. In het amendement op stuk nr. 11 wordt een onderdeel toegevoegd: d. de behandeling waarvoor betrokkene weigert toestemming te verlenen. Onhelder is op welk moment hij dat weigert. Is dat de verwijderingstoestand of de eerdere? Dat wordt er zo niet helderder op. Maar goed, daar heeft de heer Donner al meer ten principale op geantwoord. Maar als ik mij niet vergis, heeft minister Donner wel degelijk gesproken over het misverstand over de uitleg in het amendement op stuk nr. 12.

In het amendement op stuk nr. 11 vind ik onduidelijk wat er precies achter d staat. Ongetwijfeld wordt niet de betrokkene in verwarde toestand bedoeld, want daarmee zou de hele wet worden ontkracht. De toelichting zegt dat hulpverlener en patiënt in de verklaring vooraf kunnen aangeven welke behandeling de patiënt ongewenst vindt. Ik heb daarover al gezegd dat men dit in de verklaring kan meedelen, dus daarvoor hebben we dit amendement niet nodig. Het is verder helder dat de behandeling waarover wordt gesproken in de verklaring, een limitatieve opsomming betreft: men mag dus alleen maar doen wat daar staat en niets anders. Daar kan dus ook geen misverstand over bestaan. Als een patiënt er ook behoefte aan heeft om op te nemen wat hij niet wil, dan is ook dat mogelijk. Ik denk dus echt dat dit een overbodig amendement is.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Voorzitter. Ik begrijp de minister, maar betekent zijn "alleen maar" dat in dat soort gevallen in de zelfbeschikkingsverklaring moet staan welke medicamenten kunnen worden toegediend? Wordt het zo gedetailleerd?

Minister **Hoogervorst**: Dat ligt aan de situatie. Maar ook daarvoor heb ik het amendement niet nodig.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD): Ik reageerde op uw uitleg, het ging niet over het amendement. U zei dat het zo gedetailleerd moet, dat men alleen die dingen mag doen. Betekent dit dat zaken zo gedetailleerd moeten worden opgeschreven?

Minister **Hoogervorst**: Nee, ik denk niet dat dit zo gedetailleerd hoeft.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Voorzitter. Mijn vraag over de termijn van zes weken is niet beantwoord. Wij komen daar later over te spreken, maar ik heb hem daar nu niet op horen reageren. Als de eindtijd van zes weken van de zelfbindingsmachtiging is bereikt en de deskundigen vinden dat de patiënt er nog te slecht aan toe is om hem weer naar huis te laten gaan, kan er dan een naadloze overgang plaatsvinden met bijvoorbeeld een observatiemachtiging?

Minister **Hoogervorst**: Ik zal hier schriftelijk op terugkomen.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat de Kamer geen

Hoogervorst

behoefte heeft aan een tweede termijn, behalve mevrouw Kant die twee moties wil indienen.

Ik merk hierbij wel op dat ik de heer Dittrich heb gezegd dat er geen tweede termijn zou zijn. Het lijkt mij correct om, indien hij nog iets in tweede termijn had willen doen, hem daartoe later de gelegenheid te geven.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De naam van de heer Dittrich staat al onder een van mijn moties. Omwille van de tijd beperk ik mij tot het voorlezen van de moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering, opdracht te geven aan een specifieke commissie van deskundigen tot een onderzoek dat zich alleen richt op de vraag of er een behandelwet moet komen en hoe die eruit moet zien,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Kant, Azough en Van Dijken. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 14 (28283).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het afschaffen van de paraplu-machtiging door een deel van het veld als een gemis wordt ervaren;

verzoekt de regering, onderzoek te doen naar de negatieve gevolgen van het verdwijnen van de paraplu-machtiging en indien nodig maatregelen te nemen om dit op te vangen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Kant, Dittrich en Van Dijken. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 15 (28283).

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Gelet op wat ik in eerste termijn heb gezegd over de behandelwet en de aangekondigde evaluatie en gelet op de open attitude die ik ten opzichte daarvan zal aannemen, zal het u niet verbazen dat ik de aanneming van de eerste motie ontraad. Ik heb al gezegd dat het naar mijn mening meer voor de hand lijkt te liggen om de kwestie van de paraplu-machtiging nog eens te bezien als de twee wetsvoorstellen, die nu bij de Raad van State liggen, aan

de Tweede Kamer worden aangeboden. Dan kan er vervolgens over worden gesproken.

Mevrouw **Kant** (SP): In de motie staat het nadrukkelijke verzoek om een onderzoek. Het gaat erom dat wij, als het wetsvoorstel hier wordt behandeld, weten waarover wij het hebben. De motie houdt dus iets meer in dan u zegt.

Minister **Hoogervorst**: Er komt eerst een schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel. U stelt dan gewoon uw vragen, en ik zeg u graag toe dat ik, als die vragen komen, het veld zal raadplegen om te horen wat men als probleem ervaart rond het niet langer van toepassing zijn van de paraplu-machtiging. Wij kunnen die informatie dan meenemen bij de behandeling van het wetsvoorstel.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, dinsdag over een week over het wetsvoorstel te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

De **voorzitter**: Over een halve minuut gaan wij verder met het volgende onderwerp, te weten ... Mijnheer Buijs, ik zie dat u de minister aanspreekt, en u weet hoe vervelend ik dit altijd vind. Mijnheer Buijs!! Mijnheer Buijs luistert gewoon niet, terwijl ik hem vriendelijk vraag om weg te gaan.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van artikel 274 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (teneinde doorstroming in voor studenten bestemde woonruimte te bevorderen) (29707).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Ik bepaal dat de eerste termijn van de kant van de Kamer zonder onderlinge interrupties wordt gehouden.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie steunt van harte de doelstellingen van het wetsvoorstel dat voorligt. Wij hebben al verschillende malen in diverse debatten gepleit voor adequate maatregelen, die moeten leiden tot een voldoende aanbod aan studenten-huisvesting. Wij zien dat de regering daaraan verder vorm geeft, en dan niet alleen met dit wetsvoorstel. Vrijkomende gebouwen, zoals asielzoekerscentra, komen voor studenten beschikbaar. Verder worden er containerwoningen geplaatst, en zien wij in verschillende steden dit studiejaar voor het eerst de wachtlijsten kleiner worden. Er ontstaan ook nieuwe initiatieven. Zo start bij de Universiteit Twente een project met betaalbare koopwoningen voor studenten, voorzien van een aantrekkelijke financiering. Dat is winst. Niet alleen de politiek kan hierin wat betekenen, het project moet uiteindelijk ook worden overgenomen door de instellingen, de woningbouwcorporaties en de gemeenten. Daarnaast is het nodig om de doorstroming op de