

## Voorzitter

- de motie-Van Gent c.s. over de normering van topinkomens (30800-VII, nr. 33);  
- de motie-Van Gent/Van Raak over afroaming van de bijverdiensten van fulltime bestuurders (30800-VII, nr. 34).

(Zie vergadering van 24 januari 2007.)

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

De heer **Van Raak** (SP): Voorzitter. De SP-fractie vindt de motie op stuk nr. 32 sympathiek, maar niet sympathiek genoeg. De SP-fractie is tegen een verhoging van de ministersalarissen met 30% en wil de deur evenmin openzetten voor een verhoging met 10%. 0% is in haar ogen meer dan voldoende. Daarom kan zij helaas niet voor deze motie stemmen.

In stemming komt de motie-Van Raak (30800-VII, nr. 28).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, de PvdD en de ChristenUnie voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Brinkman (30800-VII, nr. 30).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fractie van de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Brinkman (30800-VII, nr. 31).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fractie van de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Van Gent (30800-VII, nr. 32).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van GroenLinks en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Van Gent c.s. (30800-VII, nr. 33).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, D66 en de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Van Gent/Van Raak (30800-VII, nr. 34).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, de PvdD en de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen** in verband met het wetsvoorstel **Wijziging van enkele wetten in verband met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (30903)**.

De **voorzitter**: Voor dit wetsvoorstel is ingevolge artikel 63 van de Grondwet een gekwalificeerde meerderheid nodig, omdat het over onze rechtspositie gaat. Wij kunnen dit wetsvoorstel dus alleen aannemen als ten minste twee derde van de leden ervoor stemt.

De artikelen I tot en met VIII en de beweegreden worden zonder stemming aangenomen.

In stemming komt het wetsvoorstel.

De **voorzitter**: Ik constateer dat dit wetsvoorstel met algemene stemmen is aangenomen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de behandeling van:

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

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Het is belangrijk en erg goed dat dit wetsvoorstel behandeld wordt. De SP-fractie is blij met de wetswijzigingen die voorliggen. Het werd hoog tijd dat er iets op dit vlak ging gebeuren. Uiteraard hebben wij bij de wijzigingsvoorstellen wel wat opmerkingen te maken. De praktijk schiet namelijk tekort en met name vanuit het veld komen dringende verzoeken om meer opnamemogelijkheden en om de BOPZ aan te passen. Ik stel bovendien vast dat de wet als zodanig tekortschiet. Ik wil daarover een aantal algemene opmerkingen maken.

Met name van familie, maar ook van hulpverleners hoor ik dat hulp te laat komt, vaak pas als het echt mis gaat, dat bemoeizorg prima is maar dat daarvoor te weinig tijd en aandacht is. Verder blijkt er pas gehandeld te worden als mensen echt in de problemen zitten met hun geestelijke gezondheid. Het blijkt verder nog steeds moeilijk te zijn om iemand opgenomen te krijgen, ook als opname echt noodzakelijk is. Mijns inziens heeft dit te maken met het feit dat wij op een andere manier aankijken tegen geestelijke gezondheidszorg dan tegen reguliere gezondheidszorg. Niemand is er verantwoordelijk voor als er niets wordt gedaan in crisissituaties die de geestelijke gezondheid betreffen. Als er op straat iemand een hartinfarct krijgt, vinden wij het normaal dat er wordt opgetreden en dat de ambulance wordt gebeld. Als er echter iemand met een psychose op straat zit of in de goot ligt, is het redelijk normaal om gewoon door te lopen. Daarin zit mijns inziens iets scheef. Kan de minister reageren op de algemene opmerking dat wij hierin tekortschieten?

Eigenlijk heeft de BOPZ niet als uitgangspunt dat mensen behandeld moeten worden. Daardoor vallen

## Kant

mensen op dit moment tussen wal en schip. Verder blijkt dat er daardoor in deze wet steeds nieuwe toevoegingen moeten worden ingebouwd om het mogelijk te maken deze mensen te helpen; de wet moet steeds verder worden opgetuigd als een kerstboom waar meer ballen in worden gehangen. Ik zeg nogmaals dat ik het belangrijk vind dat wij deze wijzigingen doorvoeren, maar wij moeten ons afvragen of ze wellicht gestoeld is op een verkeerd uitgangspunt en een verkeerde benadering.

Ik heb in de Kamer al veel vaker gezegd dat de SP-fractie eigenlijk voor een behandelwet is, met een ander uitgangspunt en een andere benadering van mensen met een psychische ziekte. Het uitgangspunt moet zijn dat deze mensen hulp en behandeling nodig hebben. Nu is opname in uiterste situaties van gevaar het uitgangspunt. Wij hebben de minister eerder verzocht een commissie van deskundigen in te stellen die serieus moet onderzoeken of een behandelwet met een ander uitgangspunt mogelijk is. Kan dit een goed alternatief zijn voor de BOPZ? Na een lange discussie en veel aandringen van de Kamer heeft de minister bij die gelegenheid verwezen naar de evaluatie die wij binnenkort kunnen verwachten. Wordt in deze evaluatie serieus de optie van een andere wet overwogen? Als dit niet zo is, overweeg ik hierover een motie in te dienen, maar ik ga er na de toezegging van de minister van uit de deze optie serieus wordt bezien.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): U hebt het inderdaad al vaker over een behandelwet gehad en wij hebben daarover in de Kamer gesproken. Toch weet volgens mij niemand precies wat een behandelwet is. Kunt u zeggen wat u ermee bedoelt?

Mevrouw **Kant** (SP): De BOPZ is gestoeld op opname. Wanneer is er sprake van zo veel gevaar dat iemand moet worden opgenomen? De behandelwet gaat ervan uit dat een psychiatrische patiënt iemand is die behandeling nodig heeft. Bij de behandelwet is dus het uitgangspunt anders. Zo'n wet is gericht op de vraag wat voor de patiënt de beste behandeling is op enig moment. Dit uitgangspunt leidt tot een andere wet dan de huidige BOPZ, waarin de criteria voor opname centraal staan. U kent de deskundigen in het veld die erg vóór zo'n behandelwet zijn. In de commissie zit gelukkig een van deze deskundigen, die hierover een zeer uitgesproken mening heeft. U hoeft alleen maar even over de grens te kijken om te ontdekken dat in veel landen het behandelen van patiënten het uitgangspunt van denken is op grond waarvan de regels en de wetten worden vastgesteld. Gelukkig heeft de Kamer er, volgens mij Kamerbreed, op aangedrongen dat er bij de evaluatie ook over de landsgrenzen wordt heen gekeken. Hanteren andere landen een ander uitgangspunt dat wellicht tot betere oplossingen voor patiënten leidt? Gelukkig is er Kamerbreed op aangedrongen ook te bezien of er landen zijn met andere benaderingen die wellicht tot betere oplossingen voor patiënten leiden.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Is er in de behandelwet die mevrouw Kant voor ogen heeft nog plek voor de rechter? Ons rechtssysteem is namelijk nogal verschillend van het systeem dat men in andere landen heeft.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat klopt, maar het gaat mij om een

omkering van het uitgangspunt. Mevrouw Joldersma vraagt naar de plek van de rechter, maar je zou het misschien ook kunnen oplossen met adviescolleges. Daarmee zou kunnen worden geëxperimenteerd. Er kan wellicht ook tot een combinatie worden gekomen. Ik laat het aan de deskundigen over om tot de beste oplossing te komen, maar het gaat mij om het juiste moment om iemand te behandelen, want daarmee worden problemen voorkomen. Het gaat niet aan dat wordt gewacht tot een gedwongen opname van de patiënt noodzakelijk is, want dat is een heel andere benadering.

Een ander algemeen punt dat raakt aan het wetsvoorstel dat vandaag aan de orde is en aan de BOPZ betreft de separatie, bijvoorbeeld in een isoleercel. Wij weten allemaal dat dit zeer ingrijpend is voor patiënten. In een Nova-uitzending van december werd zelfs gesteld dat separatie wel eens onwettig wordt toegepast. De opsluiting in de eigen kamer heet inperking van vrijheden ex artikel 40. Die hoeft je niet te melden. Graag een reactie van de minister op dit fenomeen. Doet de inspectie daar onderzoek naar? Zo ja, welk onderzoek is dat?

Ik pleit voor het terughoudend omgaan met separatie, maar in de praktijk gebeurt het natuurlijk toch. Het mag echter alleen in noodsituaties. Er mag nooit en te nimmer een relatie zijn met een tekort aan personeel of hoge werkdruk. De vraag blijft of die relatie er in werkelijkheid niet is. De minister stelt zelf in antwoord op vragen dat er in de nacht en avond minder personeel is en dat separeren dan eerder nodig kan zijn. Dat mag toch niet? Natuurlijk is er 's nachts minder personeel, maar toch niet zoveel minder dat daardoor sneller wordt gegrepen naar het middel van separeren, terwijl dat niet nodig is met meer personeel? Wil de minister reageren op dat door hemzelf gegeven antwoord? Hij erkent die relatie in elk geval. Ik vind dat een onderzoek moet plaatsvinden naar de vraag of die relatie daadwerkelijk bestaat. Als dat het geval is, zouden wij daar iets aan moeten doen. De inspectie zou dat onderzoek kunnen doen.

Dan kom ik te spreken over de voorstellen in deze wetswijziging, allereerst over de aanpassing van de voorwaardelijke machtiging. De aanleiding hiervoor is een uitspraak van de Hoge Raad. Het is belangrijk dat wij tot die aanpassing komen. De Hoge Raad stelt dat, als geen sprake is van expliciete toestemming, er geen voorwaardelijke machtiging kan worden toegepast. Dat moet dus worden hersteld in de wet. Als er redelijkerwijs van kan worden uitgegaan dat de patiënt zich aan de voorwaarden gaat houden, zonder dat hij of zij expliciet toestemming heeft gegeven, kan de voorwaardelijke machtiging wel worden gegeven. De criteria voor gedwongen opname zijn dezelfde als bij de voorwaardelijke machtiging. Het verschil is dat, als hij of zij zich houdt aan de voorwaarden, het gevaar kan worden afgewend en dat een gedwongen opname niet noodzakelijk is. Het is als het ware een alternatief voor de gedwongen opname voor patiënten bij wie een combinatie van drang en dwang effect kan hebben. Ik hoop dat de minister dit ook zo ziet. Het kan zelfs werken bij patiënten zonder ziekte-inzicht. Zij accepteren dat een behandeling nodig is, maar zien niet in dat die zinvol is, want zij vinden immers zelf dat zij niet ziek zijn. Zij willen echter een opname voorkomen. Zij vinden dat zij niet ziek zijn, maar zij beseffen dat, als zij een bepaalde medicatie nemen of een bepaalde behandeling onder-

## Kant

gaan, zij daarmee kunnen voorkomen dat zij gedwongen worden opgenomen. Zelfs voor die categorie patiënten zou dit in sommige gevallen een oplossing kunnen zijn.

Ik zeg nog geen "ja" of "nee" tegen deze kwestie. De vraag blijft wel hangen of dit evenveel of minder mogelijkheden geeft dan de toepassing in de praktijk van de paraplumachtiging. Ik weet dat daarbij sprake was van allerlei gradaties, maar ik vraag mij af of wij die kwestie op deze manier helemaal ondervangen en of er geen gaten meer in zitten. Graag een reactie hierop. Bij de paraplumachtiging hoefde de patiënt inderdaad niet in te stemmen. Bij de voorwaardelijke machtiging ook niet, maar er is gekozen voor de formulering dat redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven. Wat betekent in deze formulering dan het woord "redelijkerwijs"? Ik begrijp wel dat er ruimte in de formulering gezocht is, maar ik wil graag dat de minister hierop ingaat. Ik neem aan dat met "redelijkerwijs" wordt bedoeld dat het element van drang bij die patiënt naar inschatting effect heeft. Ik zou hierop graag een toelichting van de minister willen hebben. Wat voor situatie ontstaat er als de patiënt heel duidelijk "nee" zegt en zich niet aan de voorwaarden wil houden? Hij geeft toestemming, maar zegt heel duidelijk "nee". Wat er gebeurt er in zo'n situatie? Als er toch wordt doorgepakt en die voorwaardelijke machtiging er komt, wil dat namelijk niet zeggen dat wij er redelijkerwijs vanuit kunnen gaan, bijvoorbeeld voor de gedwongen opname die de patiënt boven het hoofd hangt, dat hij er toch mee instemt, terwijl hij wel "nee" heeft gezegd tegen de voorwaarden. Dit is natuurlijk ingewikkeld. Hoe moet volgens de minister de wet in dit soort situaties worden toegepast? Je wilt natuurlijk deze voorwaardelijke machtiging voor gedwongen opname echt als een alternatief gebruiken en je wilt die gedwongen opname in sommige gevallen kunnen voorkomen.

Met het instrument van de voorwaardelijke machtiging ontstaat een soort trilemma. Je wilt dit instrument inzetten als hiermee verantwoord een gedwongen opname voorkomen kan worden. Je grijpt dus niet naar een zwaarder instrument dan nodig is. Je wilt echter niet dat dit instrument wordt toegepast in situaties waarin het risico voor de patiënt in de samenleving te groot is. Je wilt niet het risico lopen dat er een gevaar voor de samenleving of de patiënt ontstaat. Je wilt ook niet dat er niets gebeurt, namelijk dat het instrument voor voorwaardelijke machtiging ingezet kan worden, maar niet ingezet wordt en er ook geen gedwongen opname is. De wet moet op een goede manier op een van deze drie opties worden toegepast. Ik heb hier een redelijk vertrouwen in. Ik hoop dat de minister op het door mij geschetste trilemma wil ingaan en ik ben benieuwd of hij met dit wetsvoorstel daarvoor een oplossing kan bieden.

Met de eerste nota van wijziging wordt het mogelijk om kortdurende vrijwillige opname mogelijk te maken met behoud van de voorwaardelijke machtiging. Ik begrijp het maximum van drie dagen niet. Ik begrijp eigenlijk niet zo goed waarom het kortdurend moet zijn. Wat is de logica van het feit dat zo'n opname maar drie dagen mag duren? De praktijk is natuurlijk heel weerbarstig. Soms zijn een paar dagen genoeg, soms is een paar uur genoeg, soms is een week nodig en soms misschien nog wel langer. Dat kun je van tevoren niet inschatten. Waarom deze beperking opgenomen als er toch sprake is van vrijwilligheid? Waarom wordt het niet overgelaten aan de beoordeling van de deskundigen? Ik

heb op dit punt twee amendementen ingediend. Ik vind het een belangrijke kwestie, omdat onnodig een rem wordt gezet op de keuze van de patiënt voor een vrijwillige opname. Als iemand een voorwaardelijke machtiging heeft en ervoor kiest om zich te laten opnemen, dan wordt daar met de voorwaarde van kortdurendheid een rem op gezet.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Mevrouw Kant heeft hierover inderdaad twee amendementen ingediend. Kan zij aangeven waar haar voorkeur naar uitgaat? Ook wij zoeken naar een oplossing op dit punt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb hier lang over nagedacht. Het eerste amendement is gericht op het weghalen van de tijdsbeperking. Je moet het overlaten aan de mensen die de situatie het best kunnen beoordelen. Het kan enorm verschillend liggen. Dit amendement heeft mijn voorkeur. Ik kan mij echter ook voorstellen dat er mensen zijn die drie dagen te kort vinden, maar het ook niet eeuwig willen laten duren. Een aantal weken is een heel redelijke periode om te kunnen bekijken hoe het met een patiënt gaat. Vandaar dat ik een heel vergaand amendement heb ingediend. Maar ik kan mij heel goed voorstellen dat sommigen drie weken heel redelijk vinden. Eerlijk gezegd vind ik het in principe geen goed uitgangspunt om een termijn te stellen – vandaar het eerste amendement – maar drie dagen vind ik helemaal te kort. Vandaar de twee opties, om u de kans te geven om op dit punt iets te veranderen in de wet.

Ik kom toe aan de bevoegdheid van de geneesheer-directeur om een patiënt met een voorwaardelijke machtiging op te nemen. Wie is die geneesheer-directeur vaak in de praktijk? Wat is zijn of haar positie in de huidige organisatiestructuur? Ik heb vernomen dat dat vaak een staffunctie is, zonder verdere bevoegdheden, en dat er niet direct feeling is met de directe zorg en ziektebeelden. Ik krijg graag een inhoudelijke reactie.

Als ik het goed heb begrepen, kan alleen bij ontslag een voorwaardelijke machtiging worden gegeven. Als iemand zich begeeft in ambulante zorg, maar de situatie verslechtert, waardoor eigenlijk de noodzaak van gedwongen opname ontstaat, waarom kan dan geen voorwaardelijke machtiging worden afgegeven? Dat lijkt mij in die situatie een heel goede optie. De drang om iemand die al ambulante behandeld wordt mee te trekken in die behandeling, is dan immers groot. Heb ik dat goed begrepen en zo ja, waarom kan dat dan niet? Heb ik verder goed begrepen dat het alleen kan bij ontslag uit de kliniek? Hoe kan worden voorkomen dat er een gat ontstaat in die periode?

Vanuit het veld is heel duidelijk aangegeven dat er behoefte is aan adviescommissies, om de geneesheer-directeur te adviseren in zaken van dwangbehandeling. Ik vind dit een ontzettend goede suggestie, waarvoor ik in de Kamer al eerder aandacht heb gevraagd. De minister zegt in zijn reactie dat hij het wil overlaten aan het veld, maar dan moet dat idee wel worden gefaciliteerd. Graag een reactie van de minister. Hoe wil hij eventuele pilots faciliteren? Ik overweeg op dit punt een motie in te dienen.

Ik kom toe aan de gedwongen behandeling als iemand al is opgenomen. Ik vind het heel erg belangrijk dat deze mogelijkheid er nu komt. Ook hier is al heel lang om geroepen, ja bijna gesmeekt vanuit het veld. Het is vreemd dat je wel iemand gedwongen kunt opnemen,

## Kant

terwijl als door de opname het gevaar is geweken er niet meer gedwongen kan worden behandeld, met niet zelden als gevolg een uitzichtloos verblijf in een instelling. Met dit wetsvoorstel verandert dat gelukkig.

De bedoeling is volstrekt helder, maar toch heb ik nog een vraag over de wet op zich. In de memorie van toelichting staat dat een voorwaarde voor gedwongen behandeling is het wegnemen van het gevaar dat de patiënt door zijn stoornis veroorzaakt, zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is. Dat is mij volstrekt helder. In artikel 38c, onder 1a, wordt dat redelijk goed ondervangen. In 1b staat echter: "voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden dat betrokkene binnen de inrichting door de stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken." Ik vind dat een wat ingewikkelde formulering. Misschien begrijp ik het niet goed en wordt bedoeld dat "veroorzaken" moet worden gelezen als "verblijven". Kan dit worden toegelicht?

Wat helaas nog ontbreekt, is de mogelijkheid om over te gaan tot gedwongen ambulante behandeling. Dat gat wordt nu ten dele gevuld met de voorwaardelijke machtiging, maar toch gaat het mij niet ver genoeg. Als iemand zich nu niet houdt aan de voorwaarden, bijvoorbeeld als het gaat om de medicatie, kan alleen opname volgen omdat gevaar niet wordt afgewend. Terwijl behandeling misschien ook een mogelijkheid is om het gevaar af te wenden, dus een andere manier dan via gedwongen opname. Dat kan nu niet, wat ik helaas nog steeds een tekortkoming vind. Ik heb begrepen dat dit punt serieus in de evaluatie wordt meegenomen. Ik hoop dat wij daarop nog terug kunnen komen.

□

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Vandaag behandelen wij de wijziging van de Wet BOPZ, een wet die een geweldige impact op mensen heeft. Deze wet voorziet immers in de mogelijkheid van gedwongen opname, en dat is een van de meest verstrekende beperkingen voor een mens. Het recht op persoonlijke integriteit is voor een partij als D66 van het grootste belang. Bovendien gaat het vaak om mensen in een kwetsbare positie: psychiatrische patiënten, geestelijk gehandicapten en dementerende ouderen. Reden temeer om alle veranderingen en aanpassingen van deze wet met een scherpe blik te volgen. Het gaat om twee wijzigingen; zowel het bereik van de voorwaardelijke machtiging als de mogelijkheden van dwangbehandeling worden uitgebreid.

De uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging moet eigenlijk worden gezien als een formalisering van de praktijk die volgens de Hoge Raad niet werd gedekt door een juridische grondslag. Het gaat om patiënten van wie redelijkerwijs kan worden aangenomen dat zij, nadat de machtiging is verleend, de voorwaarden in de praktijk zullen naleven, maar die de bereidheid daartoe niet kunnen of willen uitspreken. D66 juicht het toe als mensen thuis kunnen blijven en daar ambulant worden behandeld. Als op die manier het gevaar dat zij onbehandeld kunnen veroorzaken, kan worden afgewend, dan is dat winst. Maar ik kan mij ook voorstellen dat dit voor veel mensen geen geschikte methode is. Een dergelijke regeling impliceert dat de thuissituatie van deze patiënten behoorlijk stabiel moet zijn. Wordt dit punt bij de verstrekking van de voorwaardelijke machtiging meegenomen?

Ik vraag mij af over hoeveel mensen wij nu praten. Ik verwijs in het bijzonder naar de problematiek die is signaleerd door prof. Barendrecht in het RMO-rapport en in NRC Handelsblad van twee weken geleden. Hij wijst erop dat er een groep psychiatrische patiënten in de Nederlandse gevangenissen zit. Er wordt gesproken over een groep van 7000 mensen. Dat is wat! Dat varieert van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, zware verslavingsproblematiek en schizofrenie. Volgens de onderzoekers is de vermaatschappelijking van de zorg een van de redenen waarom deze mensen in de gevangenis en niet in een psychiatrische instelling zitten. Zij zeggen dat er te veel van deze mensen wordt gevraagd en dat zij dat niet aan kunnen, zodat het misgaat en mensen terechtkomen in een gevangenis in plaats van in een instelling. Voor D66 is deze ontwikkeling onacceptabel en een teken dat het systeem faalt. In een goed ontwikkelde rechtsstaat is dit eigenlijk niet te verkopen. Deze problemen zullen met de uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging niet worden verholpen.

De uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging lijkt op papier best aardig en ik zie er ook wel voordelen van, maar ik heb nog wat vragen, als ik het probeer te concretiseren. Ik neem het voorbeeld van patiënt X, die lijdt aan een psychiatrische problematiek. Als hij zijn medicatie niet inneemt, leidt deze tot grensoverschrijdend gedrag. Hij heeft weinig tot geen inzicht in zijn ziekte en wil zich niet binden aan de voorwaarden. Hij wil ook absoluut niet worden opgenomen, dus is de verwachting dat hij mee zal werken, zodat er een machtiging wordt afgegeven. Zoals gezegd is de medicatie van het grootste belang. Hoe ziet de ambulante behandeling er dan uit? Hoe wordt deze patiënt gevolgd? Hoe wordt gecontroleerd dat hij zijn medicatie daadwerkelijk inneemt? Stel dat deze persoon zijn medicatie niet inneemt en dat hij, zonder dat het wordt opgemerkt door hulpverleners, in de fout gaat en een strafbaar feit begaat, dan komt hij bij justitie terecht en wordt dus een van die 7000. Bij mijn weten is er weinig of geen overleg tussen justitie en de zorg. Het is alleen te danken aan individuele inspanningen als zo iemand weer in het zorgtraject terecht komt. Wat gaat de minister hieraan doen?

Ik kom nu op het tweede punt van de wetswijziging: de uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling. Hierbij geldt temeer dat uiterste zorgvuldigheid geboden is. Het is nogal wat om iemand een behandeling te laten ondergaan die hij zelf niet wil. Het privéleven van burgers wordt tegen ongerechtvaardigde inbreuken beschermd door artikel 8 van het EVRM. Vanuit de praktijk bestaat kennelijk een grote behoefte aan deze uitbreiding. Die voorziet immers in de mogelijkheid tot dwangbehandeling, mits voldoende vaststaat dat de betrokken patiënt zonder een dergelijke behandeling onaanvaardbaar lang moet worden opgenomen. Dan bestaat immers het gevaar dat zijn stoornis niet verdwijnt. De fractie van D66 is niet ongevoelig voor deze geluiden, maar zij heeft er behoefte aan om daarbij nogal wat opmerkingen te maken.

Uit de tekst van het wetsvoorstel blijkt al dat er geen duidelijke grens kan worden getrokken. In één tekst komen de termen "aannemelijk", "redelijke termijn", "proportionaliteit" en "subsidiariteit" voor. Uit die woorden maak ik onmiddellijk op dat het niet mogelijk is



## Koşer Kaya

om duidelijkheid te verschaffen en dat veel zal afhangen van de betreffende situatie. Er is dus des te meer reden om in dit debat de kaders zo veel mogelijk vast te stellen.

Uit het wetsvoorstel blijkt dat volgens het behandelplan wordt gewerkt. Dat gebeurt bij voorkeur met instemming van de patiënt, wat logisch is. Wat gebeurt er als de patiënt niet instemt met het behandelplan? Er wordt een betrekkelijk experimentele vorm van behandeling voorgesteld, omdat dat de enige manier zou zijn om het gevaar binnen redelijke termijnen weg te nemen. Daar hebben wij het weer. Vallen experimentele behandelwijzen onder de categorie die in de AMvB wordt aangewezen als die van toegestane behandelingen? Ik verzoek de minister om daarover nadere uitleg te geven.

Een ander punt is het langer opgenomen zijn zonder dat er sprake is van een behandeling. Het argument van efficiency mag op geen enkele wijze leidend zijn. De dwangmedicatie moet in het belang zijn van de patiënt. In de schriftelijke ronde heeft de D66-fractie vragen gesteld. De minister heeft daarop geantwoord dat de gedwongen opnemingen aanmerkelijk langer zal zijn dan zonder behandeling het geval zou zijn. De minister weet echter ook dat het woord "aanmerkelijk" direct bij de andere termen van vaagheid kan worden gevoegd die ik zojuist heb genoemd. Daar hebben we het weer. Uiteraard begrijp ik de reactie van de minister, maar ik verzoek hem wat dat betreft concreter te antwoorden. Spreken wij in dat geval over weken of maanden?

De BOPZ zal voor betrokkenen enorme implicaties hebben. Een kritische beschouwing is daarom op zijn plaats. De twee voorgestelde wijzigingen komen voort uit een vraag uit de praktijk. De D66-fractie is van mening dat de doelmatigheid van wetten valt of staat met de praktische uitvoerbaarheid daarvan. Niettemin is het ook onze taak om de principiële discussie aan te gaan. Het is mij bekend dat de uitkomsten zullen worden geëvalueerd. Zal dat in het voorjaar gebeuren? Zo nee, wanneer dan? Het lijkt mij inderdaad goed om gezamenlijk nader van gedachten te wisselen met de intentie om tot een zo goed mogelijk resultaat te komen.

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

□

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Als gevolg van de huidige wetgeving ontvangen ernstig verkommerde patiënten vaak te laat zorg en behandeling. Het gaat in dit geval om mensen met ernstige psychische aandoeningen, dus de meest kwetsbare personen uit de samenleving. De PvdA-fractie is van mening dat te allen tijde voorkomen dient te worden dat mensen verstoken blijven van hulp of dat zij onnodig lang gedwongen worden opgenomen. De fractie vindt het goed dat er werk is gemaakt van de uitbreiding van de mogelijkheden om mensen gedwongen te kunnen opnemen en te behandelen. Goed is ook dat wetgeving wordt aangepast aan de in de praktijk geconstateerde lacunes: een werkbare oplossing waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de belangen en de wensen van de patiënt, alsmede met het algemeen belang en de veiligheid.

Ik benadruk echter dat wij hiermee niet zonder meer akkoord kunnen gaan, omdat het zeer ingrijpende maatregelen betreft. Via een dwangopname of dwangbe-

handeling wordt ongewenst de persoonlijke vrijheid en het recht op zelfbeschikking over het eigen lichaam ingeperkt. Een dergelijke ingreep wordt alleen gerechtvaardigd als er andere, zwaarwegende gronden toe zijn. Het is waarschijnlijk een open deur, maar wij kunnen deze discussie niet beginnen zonder te benadrukken dat deze middelen niet lichtvaardig mogen of kunnen worden ingezet. Het zijn maatregelen die niet lichtvaardig moeten worden ingezet.

Dat de bestaande mogelijkheden worden uitgebreid, kan op instemming van mijn fractie rekenen, juist ook vanwege de schrijnende situaties in de praktijk. Steeds vaker horen wij berichten over en zien wij beelden van mensen die verkommeren. Het zijn mensen die voor onze ogen afglijden, net zolang totdat dwang echt toegepast kan worden. Het gaat hier om schrijnende situaties, waarbij mensen uit de verpleging, familie en naasten moeten toezien hoe iemand afglijdt zonder er iets aan te kunnen doen. Hier is sprake van situaties waarbij het zelfbeschikkingsrecht zich tegen de patiënt keert. De noodzaak van bemoeizorg wordt de laatste jaren gelukkig steeds beter ingezien. Wij moeten mensen niet voor onze ogen laten afglijden, alleen omdat zij geen inzicht hebben in hun ziektebeeld of niet willen meewerken aan behandeling.

Vaak is een gedwongen korte opname veel effectiever dan langer wachten en de problemen verder uit de hand laten lopen. Vaak resulteert juist dat in meer problemen van allerlei aard en tot veel langere gedwongen opname. Omdat uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden zo'n impact heeft, maakt mijn fractie de volgende opmerkingen. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Het eerste onderdeel van de wijziging gaat over de uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging. Het zelfbeschikkingsrecht van patiënten dient gerespecteerd te worden, maar wanneer zich dat tegen het belang van de patiënt keert, kan een voorwaardelijke machtiging een goed alternatief vormen voor een machtiging die zonder meer tot gedwongen opname leidt. Wanneer een patiënt een evenwicht heeft bereikt waarmee hij of zij veilig thuis kan leven, op voorwaarde dat de patiënt periodiek gecontroleerd wordt en medicatie volgens voorschrift inneemt, is dat voor de patiënt en zijn familie erg waardevol. Het is dan belangrijk dat er controle plaatsvindt op medicijninname en dat de omgeving van de patiënt hiervoor geschikt is.

Als een patiënt alleen een dergelijk evenwicht kan en wil bereiken wanneer er een rechterlijke machtiging ligt, dient dat wettelijk mogelijk te worden gemaakt. Hierbij geldt dat een behandelaar zich tot het uiterste moet inspannen om de instemming van de patiënt te verkrijgen. Het is erg belangrijk dat gecontroleerd kan worden of die uiterste inspanning is verricht.

De hoorplicht van de geneesheer-directeur bij conversie van een voorwaardelijke naar een voorlopige machtiging vertraagt het proces terwijl er op momenten acuut ingegrepen moet worden. Daarom grijpt men in de praktijk vaak naar inbewaringstelling, wat een veel zwaarder middel is dan noodzakelijk. De ibs geeft een patiënt minder rechten en schaadt de relatie tussen patiënt en behandelaar. Er bereiken ons signalen dat de ibs-maatregelen zo vaak worden gebruikt vanwege andere redenen dan waarvoor de ibs is bedoeld. Het is heel erg indien patiënten onnodig in hun rechten worden geschonden als gevolg van een procedure. Ziet de minister mogelijkheden om daarvoor in overleg met het

## Bouwmeester

werkveld andere, werkbare oplossingen te vinden? Dat is in het belang van de patiënt, omdat het een minder zware maatregel is dan nodig, en in het belang van een werkbare praktijk voor de wet.

Het tweede onderdeel van de wijziging is de verruiming van de mogelijkheid tot toepassing van dwangbehandeling. Dwangbehandeling is een heel ingrijpende gebeurtenis omdat ongewenst persoonlijke vrijheden worden beperkt. Dwang is daarom alleen gerechtvaardigd indien daar zwaarwegende gronden voor zijn. De PvdA-fractie hecht eraan om nogmaals te benadrukken dat dwangbehandeling in de minst ingrijpende vorm niet langer dan noodzakelijk moet worden toegepast en daarnaast ook effectief gezien de omstandigheden moet zijn. Het begrip goede zorg is daarbij van essentieel belang, omdat de patiënt bij dwangbehandeling simpelweg geen keuze heeft. De effectiviteit moet goed in de gaten worden gehouden. Hoe bescherm je een patiënt tegen het gevaar van bestwil, waarbij de behandelaar met alle goede bedoelingen toch de plank mislaat, in de vorm of inhoud van de behandeling? Welke waarborgen of andere methoden zijn mogelijk om te voorkomen dat patiënten die zijn onderworpen aan dwangbehandeling hiervan het slachtoffer worden? Op het moment dat mensen op basis van de wet door een instelling worden ingesloten en gedwongen behandeld, dan luistert dit dus zeer nauw.

De wetswijziging biedt mogelijkheden om over te gaan tot dwangbehandeling. Ik verwijs naar de memorie van toelichting: indien aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. De fractie van D66 refereerde er net al aan dat er verschillende elementen worden genoemd als "indien aannemelijk" en "redelijke termijn". Deze elementen zijn moeilijk omschrijfbaar. Dat komt ook doordat de invulling van deze elementen in een context moeten worden beoordeeld. Oftewel, je kunt die wet niet dichttimmeren omdat het gaat om de context waarin een patiënt verblijft. Hierdoor ontstaat vrijheid voor behandelaars. Dit is een vorm van vertrouwen aan werkers in de sector. Dat is goed, dat vertrouwen moeten wij ze ook geven. Daarvoor hebben zij een uitgebreide studie gehad. Hierdoor kan maatwerk worden geleverd aan patiënten, maar deze ruimte biedt ook mogelijkheden voor verschillende interpretaties. Is de minister het met mij eens dat dit spanningen oplevert? Enerzijds vrijheid aan de professional willen geven, maar anderzijds ook zekerheid geven en streven naar een zo eenduidig mogelijke uitvoering voor patiënten. Mijn fractie ziet graag dat de minister het mogelijk maakt dat er een landelijke afstemming plaatsvindt over de toepassing van dwangbehandeling en daarom een onderzoek doet naar de invulling van de nieuwe open normen, waarbij de kwaliteit van de beoordeling en een eenduidige uitvoering uitgangspunten vormen.

Op basis van het behandelplan vindt de behandeling plaats. Mijn fractie is van mening dat er kritisch naar de snelheid van het opstellen van het behandelplan moet worden gekeken. In 2005 blijkt er 5517 keer gebruik te zijn gemaakt van de mogelijkheid om als overbrugging een middel of een maatregel toe te passen totdat het behandelplan gereed is. Daardoor is de vraag gerezen hoe snel het behandelplan gemiddeld gereed is. Is dit een vertragende factor en, zo ja, hoe kan dat probleem

worden opgelost? Stel dat het geen vertragende factor is. Waarom wordt er dan zo vaak gegrepen naar een middel of een maatregel? Hoe kan het aantal middelen of maatregelen dalen? Of wordt er gegrepen naar een middel of een maatregel omdat er een gebrek is aan alternatieve minder ingrijpende vormen?

In dit wetsvoorstel wordt de mogelijkheid voor vrijwillige opname beperkt tot maximaal drie keer 24 uur. Wij vragen ons af waarom dat is. Welke overwegingen heeft de minister om deze beperking op te leggen? Soms zijn drie dagen niet voldoende om tot rust te komen. Vele behandelaars hebben dat laten weten. Waarom mogen mensen niet langer blijven als zij daar zelf behoefte aan hebben? Waarom worden deze mensen na drie dagen op straat gezet? Dit gaat in tegen de strekking van deze wetswijzigingen.

Een punt van zorg voor onze fractie is de cliënt-ondersteuning. Dwangbehandeling is een ingrijpende gebeurtenis omdat ongewenst de persoonlijke vrijheid wordt beperkt. Zeker indien de cliënt zelf kenbaar maakt hiertegen te zijn, is het zeer ingrijpend. Het is daarom van het grootste belang dat de patiënt weet heeft van de klachtenprocedure. Het verstrekken van informatie hierover en de mogelijkheid een patiëntenvertrouwenspersoon in te schakelen, zijn een belangrijke rechtspositionele waarborg. Op welke manier kan dit recht controleerbaar worden toegepast? Welke eventueel aanvullende mogelijkheden voor cliëntondersteuning zijn er? Hierover is in de wet niets vastgelegd, ondanks een toezegging van de minister in 2004.

Ik kom tot slot tot de behandelwet waarover door voorgaande sprekers ook is gesproken. De zojuist besproken uitbreiding van de mogelijkheden van de Wet BOPZ inzake de voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling behelst vanuit het veld op korte termijn zeer gewenste wijzigingen. De fractie van de Partij van de Arbeid ziet ook de absolute noodzaak hiervan. Echter, de fractie is van mening dat er voor de langere termijn een nieuw wettelijk kader nodig is, waarin dwangbehandeling en dwangopname worden geregeld door middel van een zogenoemde behandelwet. In de schriftelijke ronde hebben wij aandacht gevraagd voor deze nieuwe behandelwet. Inmiddels is de Wet BOPZ een wet vol reparaties geworden en daarmee een lappendeken van kleine reparaties en oplossingen. Wij verwachten in de nieuwe behandelwet een nieuw coherent wettelijk kader voor de gedwongen opname en behandeling. Wij willen daarbij extra aandacht voor nazorg, ontslag en ambulante dwang; en dat alles aangepast aan deze tijd. Er moeten ruimere mogelijkheden zijn om mensen op te nemen, vrijwillig, voorwaardelijk, gedwongen, en soms ook tegen hun zin in te behandelen. Daartoe dienen heldere criteria te worden ontwikkeld die achteraf kunnen worden getoetst.

In het veld is behoefte aan het in het leven te roepen van een adviescommissie om de geneeskundig directeur te adviseren inzake de langdurige dwangbehandeling die na wijziging van de huidige wet mogelijk is. Deze adviescommissie kan de besluitvorming ten goede komen en een belangrijke rol vervullen bij het invullen van de open normen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen. Hierdoor kan meer rechtsgelijkheid voor de patiënten worden bereikt. Wij hechten er dan ook aan dat er op een nieuwe manier wordt gekeken naar de controle op de besluitvorming om over te gaan tot dwangbehandeling. Ook vraag ik de minister hoe hij denkt over de

## Bouwmeester

mogelijkheid om een gemêleerde commissie samen te stellen met daarin een jurist en een behandelaar, maar ook een leek, zodat ook kan worden gekeken naar de maatschappelijke effecten van de persoonlijke beperking.

In het kader van deze behandelwet willen wij ook graag een internationale vergelijking zien. Onder andere uit Schotland komen zeer positieve verhalen over de daar gehanteerde stepped care, oftewel getrapte zorg. Hierbij wordt altijd de lichtste vorm van dwang gekozen, analoog aan een getrapte definiëring van gevaar. De resultaten zijn verbluffend. Mede door de grote rol van ambulante dwang (hier nog niet mogelijk) is er een reductie van de gedwongen opnames gerealiseerd van 60%. Dit alles met het doel om op de minst ingrijpende, maar meest effectieve manier te behandelen waardoor ongewenste inperking van het persoonlijk leven zo kort mogelijk duurt. Zelfstandigheid komt hierdoor weer voorop te staan. Dit is en blijft voor de fractie van de Partij van de Arbeid een belangrijk uitgangspunt.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, ik ben in de positie dat ik u als eerste mag feliciteren. U hebt uw maidenspeech gehouden over een onderwerp waarbij bij uitstek de belangen van individu en collectief tegen elkaar worden afgewogen. Ik feliciteer u met deze bijdrage en geef de overige leden nu ook de kans om u te feliciteren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Ik sluit me graag aan bij de felicitaties voor mevrouw Bouwmeester. Haar speech nodigde uit tot interrumpieren, maar dat zal ik bewaren voor de tweede termijn.

Familie en behandelaars hebben heel lang moeten toezien hoe patiënten steeds zieker werden en afgleden, zonder dat ze konden ingrijpen. Beide wijzigingen in de BOPZ brengen absoluut verbetering in die situatie; ze moeten daarom ook zo snel mogelijk worden ingevoerd. De wijzigingen vullen elkaar ook goed aan: hoe beter we voorwaarden kunnen stellen aan het gedrag van patiënten buiten de kliniek, hoe minder vaak gedwongen behandeling nodig is binnen de kliniek via een gedwongen opname. Het CDA hecht eraan dat eerst de minder zware middelen volledig worden ingezet voordat wordt overgegaan tot het uiterste middel van gedwongen behandeling binnen de kliniek. Wij hechten er dan ook aan om beide wetsvoorstellen gezamenlijk te behandelen.

De voorwaardelijke machtiging is wettelijk ingevoerd om de in de praktijk ontstane buitenwettelijke paraplumachtiging te vervangen. Destijds is over het hoofd gezien dat in de paraplumachtiging het instemmingsvereiste met de na te leven voorwaarden niet was opgenomen. Wij kunnen dus goed begrijpen dat dit omwille van de aansluiting bij de praktijk alsnog wordt gerepareerd. Wanneer de patiënt zegt dat hij zich niet aan de voorwaarden zal houden, maar kan worden verwacht dat hij dat wel zal doen, zien wij weinig feitelijke bezwaren om toch voor een voorwaardelijke machtiging te kiezen: je kiest immers het lichte middel, het zich houden aan de voorwaarden, en als blijkt dat dit niet gebeurt, kies je pas voor het zwaardere middel van de gedwongen opname. Wel vragen wij ons af wie

precies toezicht houdt op de naleving van de voorwaarden. Stel dat een van de voorwaarden is dat de patiënt geen drugs gaat gebruiken. De familie constateert dat dit wel het geval is. Waar kunnen zij dat dan melden? Wie houdt er zicht op dat de behandelaar de naleving van de voorwaarden door de patiënt goed in de gaten houdt?

Dat een patiënt niet expliciet instemt met de voorwaarden, maar zich er wel naar gaat gedragen, heeft ons aan het denken gezet. Is wat een psychiatrische patiënt zegt, een goede weergave van wat deze wil, ondanks of dankzij zijn ziekte? Als je dit verder doortrekt, roept het bij ons vragen op over de toepassing van de BOPZ. Wij stellen onze vragen heel open en horen er graag een reactie van de bewindspersonen op. Wij denken in het bijzonder aan de familie en de naastbetrokkenen van psychiatrische patiënten. In de modelregeling van de geestelijke gezondheidszorg is het vertrekpunt dat de cliënt een doorslaggevende stem heeft in de wijze waarop deze naastbetrokkenen worden ingeschakeld bij de zorg. Dat vinden wij een goed vertrekpunt, maar in de praktijk blijkt nogal eens dat het recht op zelfbeschikking en privacy van de zieke patiënt bijna altijd gaat vóór het recht van de familie en naastbetrokkenen om te worden geïnformeerd. Wat moet je met een patiënt die verward is, die psychotisch is, die zegt dat hij zijn moeder, met wie hij op zich goede contacten heeft, niet wil zien, en dat de hulpverlener de familie niet mag informeren als hij is gesepareerd? Wij merken dat familie, waar de patiënt goede contacten mee heeft, het er zeer moeilijk mee heeft als zij niet weet wat er met het kind of familielid gebeurt. De familie is er soms zelfs niet van op de hoogte dat een patiënt ontslagen is, terwijl wel wordt verwacht dat zij de patiënt opvangt als deze voor de deur staat. Gelukkig zijn er in de praktijk hulpverleners die wel in staat zijn om vanuit een goed hulpverlenerschap een uitweg te vinden tussen het dilemma van zelfbeschikking en privacy van de patiënt aan de ene kant en de positieve betrokkenheid van de familie aan de andere kant. Wij horen echter ook veel klachten uit de praktijk. Graag horen wij een reactie op dit dilemma van de minister. In hoeverre mag een hulpverlener de familie op de hoogte stellen van de manier waarop de BOPZ is toegepast? Ongeacht het antwoord op deze vraag, hecht ik er heel veel waarde aan dat familie en naastbetrokkenen van een patiënt bij de instelling terecht kunnen. Verscheidene instellingen hebben ervaring opgedaan met een familievertrouwenspersoon. Het eindrapport over een tweejarig experiment met een familievertrouwenspersoon bij de ggz-instellingen in Amsterdam heeft heel goede resultaten laten zien. Deze vertrouwenspersoon kan informatie verstrekken, adviseren, doorverwijzen en in contact treden met hulpverleners over zaken rond de BOPZ. Eigenlijk zou elke ggz-instelling een familievertrouwenspersoon moeten aanstellen. Ik overweeg om hierover in tweede termijn een motie in te dienen.

Wat is de positie van een patiënt die zich houdt aan de voorwaarden en vervolgens vrijwillig wil worden opgenomen? Deze vraag is al eerder aan de orde geweest. Zo is in de nota van wijziging een termijn van drie etmalen genoemd en zijn er amendementen rondgegaan waarin helemaal geen termijn wordt genoemd of een termijn van drie weken. Kunnen de bewindslieden aangeven welke wetstechnische redenen er zijn om het regime van de voorwaardelijke machtiging te veranderen wanneer een patiënt vrijwillig wordt opgenomen? Mijn fractie kan zich overigens wel vinden

## Joldersma

in de lijn dat de voorwaardelijke machtiging wordt omgezet in een voorlopige als de behandelaar stelt dat een patiënt gedwongen moet worden opgenomen en dat de voorwaardelijke machtiging niet herleeft als die patiënt met ontslag gaat. Ik kan de juridische redenering daarachter begrijpen, maar dat geldt niet voor de redenering achter de vrijwillige opname bij de voorwaardelijke machtiging.

De CDA-fractie hecht eraan dat er een extra criterium wordt toegevoegd voor de dwangbehandeling. In de praktijk blijkt daaraan veel behoefte te bestaan. Het mag niet zo zijn dat patiënten onverantwoord lang gedwongen worden opgenomen, omdat er niet mag worden ingegrepen. Voordat wordt overgegaan tot gedwongen behandeling, zullen natuurlijk wel alle andere middelen, bemoeizorg en overreding, uitgeput moeten zijn. Dat is voor mijn fractie een expliciete voorwaarde.

Wat moeten wij precies onder dwangbehandeling bestaan? Deze vraag blijft mijn fractie bezighouden. Het gaat ons overigens niet om de duidelijkheid van het criterium, want wij begrijpen dat het moeilijk is om het van tevoren heel sterk in te perken. In de wet wordt een onderscheid gemaakt tussen middelen en maatregelen aan de ene kant en dwangbehandeling aan de andere kant. Alle middelen en maatregelen die je volgens het wetsvoorstel voor zeven dagen mag opleggen, mag je ook gebruiken voor de dwangbehandeling. Lees ik dat goed? Als dat zo is, rijzen bij mij toch enkele vragen.

Ik kan mij goed voorstellen dat het toedienen van dwangmedicatie valt onder een dwangbehandeling, omdat daardoor het gevaar van de patiënt voor zichzelf en zijn omgeving kan worden afgewend. Maar hoe zit het met fixatie en separatie? Kan separatie straks als dwangbehandeling worden toegepast? Ik vraag mij echt af of separatie zo gezien kan worden. Ik denk dat het een noodmaatregel is die slechts korte tijd mag worden toegepast. Graag duidelijkheid over de middelen en maatregelen die ingezet mogen worden bij een dwangbehandeling. Verder lijkt het mij van groot belang dat in de praktijk heel goed wordt geregistreerd hoe dit onderscheid wordt gehandhaafd. Uit de evaluatie is gebleken dat de registratie op dit punt vaak tekortschiet.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U ziet separatie niet als een behandeling maar als een middel. Bent u het dan met mij eens dat onder dwangbehandeling alleen het verplicht toedienen van medicatie kan worden verstaan?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): In eerdere debatten is ook gesproken over wat moet worden verstaan onder dwangbehandeling. Ik heb de ministers daar in elk debat naar gevraagd. Verder heb ik aangegeven dat ik mij bij dwangbehandeling heel weinig anders kan voorstellen dan dwangmedicatie. Ik laat het graag over aan mensen uit de praktijk, maar voorlopig heb ik er grote moeite mee dat separatie en fixatie zomaar drie maanden lang als een dwangbehandeling mag worden toegepast.

Het is mij niet duidelijk wat er straks, als het wetsartikel is ingevoerd, met een patiënt gebeurt die zijn medicatie weigert. Als ik het goed begrijp, dan mag medicatie alleen gedwongen worden toegediend als dat met de patiënt in het behandelingsplan overeen is gekomen. Er staat in het wetsvoorstel niet "instemming met" het behandelingsplan maar "overeenstemming over" het behandelingsplan. Die eis van overeenstemming is echter niet definitief; daarvan mag bij dwangbe-

handeling worden afgeweken. Als een patiënt zich tegen de behandeling verzet, dan mag daarvan worden afgeweken. Volgens mij staat echter in het behandelingsplan niet altijd heel letterlijk: dit medicijn wordt in deze hoeveelheid toegediend. Wanneer is er echt sprake van dwangbehandeling? Wat is er precies geregeld in het behandelingsplan? De regels rond het behandelingsplan zijn nog redelijk vaag. Er kunnen extra eisen worden gesteld aan hetgeen in het behandelingsplan wordt opgenomen. Ik kan mij goed voorstellen dat een patiënt of zijn familieleden gewoon weten dat een bepaald medicijn dat in bepaalde hoeveelheden wordt toegediend heel slecht bevalt. Wordt zoiets in het behandelingsplan geregeld? Biedt het behandelingsplan die ruimte? Ik vraag om meer helderheid op dit punt, juist omdat de eisen aan het behandelingsplan in het licht van een gedwongen behandeling lijken te verschillen van de eisen aan het behandelingsplan bij een voorwaardelijke machtiging. Hoewel de BOPZ op zich helemaal niet zo ingewikkeld is, wordt de wet op dit punt wel een stuk ingewikkelder.

Ik wijs de bewindslieden erop dat in de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden nog het oude criterium voor dwangbehandeling is opgenomen. Wij hebben het er al eerder over gehad dat daar eigenlijk het criterium "ernstig" moet verdwijnen als het over gevaar gaat. Worden de beginselenwetten aangepast met het nieuwe criterium voor dwangbehandeling dat in de BOPZ wordt opgenomen?

Ik maak nog een laatste opmerking over de ernstig verslaafden en wat daarover in de BOPZ wordt opgenomen. Wij hebben hierover al eerder met de minister van gedachten gewisseld. Er is afgesproken dat ernstig verslaafden en mensen met een dubbele diagnose via de BOPZ gedwongen opgenomen en behandeld kunnen worden. Uit de praktijk klinkt echter nog steeds te vaak dat psychiaters verslaving beschouwen als een contra-indicatie omdat zij verslaafden lastig kunnen behandelen in de eigen psychiatrische inrichting. Zij zijn vervolgens niet bereid om een geneeskundige verklaring af te geven. Kan de minister reageren op deze signalen uit de praktijk en kan hij aangeven op welke manier hij ervoor zorgt dat ernstig verslaafden en mensen met een dubbele diagnose via de BOPZ gedwongen kunnen worden opgenomen en behandeld?

□

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Als nieuwe woordvoerder op dit dossier stel ik vast dat de BOPZ een moeilijke wet is, niet alleen in juridische zin maar veel meer nog in maatschappelijke en ethische zin. Het is nogal wat om in een wet vast te leggen wanneer wij het verantwoord vinden dat de overheid de vrijheid van een individu mag ontnemen. Bij het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken, gaat het zelfs om het uitbreiden van de mogelijkheden om die persoon, nadat hem de vrijheid is afgenomen, gedwongen te behandelen. In de gevallen die het betreft, hebben wij te maken met algemene normatieve waarden van de samenleving, met medische normen en waarden, volgens sommigen met personele problemen, van instellingen, en met algemeen menselijke gevoelens. Al die argumenten staan vaak tegenover het zelfbeschikkingsrecht van het individu.



## Van Miltenburg

De weegschaal zou als het gaat om de hoeveelheid argumenten tegen het zelfbeschikkingsrecht dus snel kunnen doorslaan ten nadele van het individu, tenzij wij met elkaar besluiten om een bijzonder gewicht toe te kennen aan het enkele argument van de zelfbeschikking. Wij mogen niet alle argumenten ineens wegen ten opzichte van het zelfbeschikkingsrecht. Wij zijn het verplicht aan iedere persoon die op een dag geconfronteerd kan worden met psychiatrische problemen, en daarmee wellicht met de BOPZ, om ieder argument afzonderlijk te wegen met het individuele belang. Wij moeten van de rechterlijke macht verlangen dat zij hetzelfde doet. Ik mag voor mijzelf deze afweging niet maken zonder op zijn minst een poging te doen om mij in te leven in de situatie van mensen die onder de BOPZ vallen. Zo heb ik mij dan ook door de tekst van het voorliggende wetsvoorstel geworsteld.

Laat ik beginnen met het uitspreken van mijn ongenoegen dat de minister ervoor heeft gekozen om twee totaal verschillende wetswijzigingen in een voorstel te vervatten. De minister heeft in de nota naar aanleiding van het verslag uiteengezet waarom hij daarvoor heeft gekozen. Als het de Wegenverkeerswet betrof, zou ik hem groot gelijk geven voor deze praktische gang van zaken. In dit geval echter geeft de minister niet zo veel blijk van inzicht in het feit dat het artikel betreffende de uitbreiding van de dwangverpleging weliswaar in tekst een kleine wijziging is, maar in werkelijkheid een grote impact heeft. Laat mij nu de wijzigingen van de wetstekst een voor een doornemen, dan kom ik vanzelf weer bij het punt van de dwangbehandeling.

De eerste wijziging betreft het vervallen van de vereiste instemming bij de voorwaardelijke machtiging. Op zich kan mijn fractie instemmen met de voorgestelde wijziging. In wezen gaan wij nu terug naar de praktijk die wij eerder kenden onder de term van de paraplu-machtiging. Het is goed dat de wetgever destijds heeft geprobeerd om het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt dusdanig vast te leggen dat deze de bereidheid moest uitspreken om de voorwaarden van de voorlopige machtiging na te leven. In de praktijk blijkt echter te vaak dat er een groep patiënten is die wel bereid is om de voorwaarden na te leven, maar die om wat voor reden dan ook deze bereidheid niet kan of wil uitspreken. Om behandeling voor deze groep buiten de instelling mogelijk te maken, is aanpassing van het instemmingsvereiste ook in onze ogen noodzakelijk. Wij hechten eraan dat er overeenstemming is over het feit dat de voorwaardelijke machtiging nooit door een instelling mag worden gebruikt, of zelfs misbruikt, om van een lastige klant af te komen. Voor een voorwaardelijke machtiging blijft in onze ogen in beginsel overeenstemming nodig van beide partijen, in ieder geval op het punt dat voortzetting van de behandeling buiten de instelling een goed idee is. Graag hoor ik hierover de visie van de minister.

Het volgende punt waarover wij vragen hebben betreft artikel 1, onderdeel C.2. De voorliggende wetstekst regelt hier dat een persoon die met een voorwaardelijke machtiging besluit om zich vrijwillig op te laten nemen, maximaal drie etmalen in het ziekenhuis kan verblijven. Is langere opname noodzakelijk, dan verwacht de wet dat de geneesheer-directeur de voorwaardelijke machtiging omzet in een voorlopige machtiging, dus in een gedwongen verblijf. De duur van deze gedwongen opname is even lang als de duur van de geldigheid van

de voorlopige machtiging. De VVD-fractie heeft moeite met dit onderdeel van het wetsvoorstel. Eerlijk gezegd hopen en verwachten wij dat de minister in zijn beantwoording zal stilstaan bij dit punt. Hij stelt namelijk in de nota naar aanleiding van het verslag dat die zogenaamde conversie noodzakelijk is, omdat aan de voorwaarden van de voorlopige machtiging blijkbaar niet kan worden voldaan.

Deze opmerking onderschrijven wij niet per definitie. Natuurlijk is de situatie die de minister schetst voorstelbaar, maar er wordt geheel voorbijgegaan aan het feit dat de patiënt zelf aanvoelde dat hij tijdelijk niet aan de voorwaarden kon voldoen en zijn eigen verantwoordelijkheid heeft genomen door zich te laten opnemen. Het behandelplan dat ten grondslag ligt aan een voorwaardelijke machtiging betreft de gewone gang van zaken. Gebeurtenissen die van invloed kunnen zijn op de gemoedstoestand van een patiënt zijn niet altijd te voorzien en kunnen van voorbijgaande aard zijn. Ik denk dan bijvoorbeeld aan een verhuizing die, ik spreek uit ervaring, ook voor gezonde mensen nog wel eens zenuwslopend kan zijn. Ik denk ook aan een sterfgeval in de familie of aan het verbreken van een relatie. Ik snap niet goed waarom de voorwaardelijke machtiging in de hiervoor geschetste situaties niet gewoon kan worden gehandhaafd. Wanneer tijdens de vrijwillige opname blijkt dat er meer aan de hand is, kan de geneesheer-directeur alsnog besluiten tot omzetting van de machtiging. Een amendement van mevrouw Kant die wijziging van de wetstekst op dit punt behelst, beschouwt mijn fractie dan ook als een verbetering. Wij hopen de minister op dit punt aan onze zijde te krijgen, tenzij – ik hoop dat de minister dit zal tegenspreken, maar het is een hardnekkig gerucht dat ik heb opgevangen – er financiële redenen zijn die aan zijn voorstel ten grondslag liggen.

Een tweede wijziging betreft de verruiming van de grond voor dwangverpleging. Mijn fractie heeft daartegen een aantal bezwaren. Allereerst is deze gevoelige wijziging in het wetsvoorstel verpakt met de wijziging voorwaardelijke machtiging. Dit is een ingrijpende verandering. Bij het tot stand komen van de oorspronkelijke Wet BOPZ werd ervan uitgegaan dat alleen al de verplichte opname tot verbetering van de situatie van de patiënt zou leiden. Alleen wanneer tijdens het gedwongen verblijf in een ziekenhuis de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving, is dwangbehandeling op dit moment toegestaan. In het nu voorliggende wetsvoorstel wordt de mogelijkheid tot dwangbehandeling substantieel uitgebreid. De motieven hiervoor snapt mijn fractie heel goed. Bij de behandeling van het rapport van de commissie-Visser over de tbs-praktijk hebben ook wij daarvoor gepleit. De Wet BOPZ is echter bedoeld als een opnamewet. Is de Wet BOPZ in dat licht wel de geëigende wet om dwangbehandeling meer mogelijk te maken?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil even terug naar het amendement, hoewel het raar is om te interrumpen als wij het over dit onderwerp eens zijn. Ik heb hierover echter twee amendementen ingediend. In dit debat probeer ik af te tasten wat het meest wenselijk is. Vindt mevrouw Van Miltenburg inderdaad dat er geen periode aan moet worden gekoppeld? Zijn drie dagen te kort, of deugt het principe niet?



Mevrouw Kant (SP)

© M. Sablerolle – Gouda

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vind dat het principe van een periode niet deugt, maar ben wel benieuwd waarom de minister daarvoor zo expliciet heeft gekozen. Mijn eendoordeel laat ik van zijn argumenten afhangen, maar in principe zou de tijds aanduiding eruit moeten worden gehaald. Dit komt bovendien tegemoet aan de praktijk van de transmurale behandeling.

Voorzitter, ik ga terug naar mijn betoog. De Wet BOPZ is een opnamewet en geen behandelwet. De VVD-fractie is en blijft voorstander van zo'n behandelwet. Is de regering bezig met de voorbereiding daarvan?

Er kunnen vraagtekens worden gezet bij de timing van dit wetsvoorstel. Binnen een aantal weken, in maart, verwachten wij de derde evaluatie van de BOPZ. Op basis daarvan en van aanbevelingen die de commissie-Visser al eerder deed, valt te verwachten dat er nieuwe wetswijzigingen zullen worden voorgesteld. Heeft de minister overgewogen om dit onderdeel van het wetsvoorstel aan te houden totdat de derde evaluatie van de BOPZ beschikbaar is? Zo nee, waarom niet?

Voor de in mijn inleiding genoemde afweging, waarin ik aan het zelfbeschikkingsrecht en dus de lichamelijke integriteit een zwaar gewicht toeken, verlang ik van de minister dat hij de tijd neemt om in te gaan op de bezwaren van de Stichting Pandora en de Vereniging Landelijk Platform GGz. Zij vertegenwoordigen een belangrijke groep patiënten in het kader van deze wet.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw Van Miltenburg vraagt de minister of hij heeft overwogen om het onderdeel verruiming dwangbehandeling even op te zouten tot na ommekomst van een nieuw kabinetsstandpunt over de derde evaluatie. Betekent dit dat de VVD-fractie sympathiek staat tegenover het amendement dat ik ter zake heb ingediend?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb eerlijk gezegd bij onze collega's even gecheckt of er een meerderheid zou zijn voor splitsing van het wetsvoorstel; dit hadden wij dan in een procedurevergadering kunnen regelen. Ik heb echter begrepen dat daarvoor geen meerderheid bestaat. Het is belangrijk om de wet op het punt van de voorlopige machtiging heel snel te veranderen; dit

hebben wij laten prevaleren. Daarin hebben wij meegewogen dat splitsing op dit moment ervoor zorgt dat de zaken in een behandelwet moeten worden geregeld. Dat heeft eigenlijk ook onze voorkeur, maar gezien de wetsgeschiedenis – het heeft tien jaar geduurd voordat de Wet BOPZ tot stand kwam – is het voor een bepaalde groep mensen belangrijk dat er in de overgangperiode een voorziening komt om meer te doen met dwangbehandeling dan nu mogelijk is. Alles bij elkaar genomen had het onze voorkeur gehad om in ieder geval tot de evaluatie te wachten en dan die afweging te maken. Op dit moment kunnen wij ons echter vinden in de overweging van de minister om het in één wetsvoorstel te houden. Wij zullen het amendement van de heer Vendrik daarom niet steunen.

Ik maakte een opmerking over de Stichting Pandora, cliënten in de ggz en hun bezwaren tegen het wetsvoorstel. Ik vind dat deze bezwaren een integere reactie verdienen. Ik vraag de minister daarom op de volgende punten in te gaan en daarbij aan te geven waarom hij het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt ondergeschikt heeft gemaakt aan het algemeen belang dat de minister vertegenwoordigt als wetgever.

Zo is daar het vaak genoemde punt dat de mogelijkheden die de BOPZ biedt, onvoldoende ingezet en toegepast worden. Dat is ons een doorn in het oog. Wij maken een wet. Pas hem dan ook toe, in plaats van te vragen hem aan te passen. Ik ben toch wel argwanend. Ik vraag mij af of wij wel voldoende van de beroepsgroep hebben geëist als het gaat om het bieden van goede en op maat gesneden zorg. Is op dit moment een verandering zichtbaar in de beroepsgroep en helpt de minister de sector om zich te verbeteren? Hoe rekent de minister hen daarop af? Het voorliggende wetsvoorstel heeft als doelstelling meer maatwerk mogelijk te maken. Wat heeft de minister tot de conclusie doen komen dat dit ook in de praktijk gaat gebeuren? Ik stel vast dat er nu ook niet voldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de wet biedt. De VVD-fractie vindt dat de duimschroeven van de ggz best wat strakker aangedraaid mogen worden. De samenleving heeft veel geld over voor goede zorg aan psychiatrische patiënten. Ik zie het als mijn opdracht om namens die samenleving te vragen of dat geld wel optimaal wordt ingezet en hoe de minister daarop toeziet.

Het volgende bezwaar geldt de afweging die door behandelaars wordt gemaakt om tot dwangbehandeling over te gaan. Hoe is het toezicht daarop geregeld en hoe stellen wij zeker dat de behandelaar, ondanks dit artikel, zal proberen om de patiënt van het nut van behandeling te overtuigen? Belangrijker nog: hoeveel ruimte krijgt de patiënt om argumenten te geven voor zijn weigering van behandeling? Op welk moment krijgt de patiënt het recht terug om behandeling wel te weigeren? Dit is eigenlijk een fundamentele vraag, omdat het hier waarschijnlijk gaat om chronisch zieke patiënten. Als je eenmaal bent begonnen aan dwangbehandeling, dan betekent dit in theorie dat je dit elke keer opnieuw kunt doen. Als dat zo is, dan zouden wij dat een slechte zaak vinden.

Mijn fractie heeft ook bezwaren tegen het argument in de wettekst dat het behandelingsplan erop gericht moet zijn om het gevaar zodanig weg te nemen dat betrokkene niet langer in het ziekenhuis hoeft te verblijven dan strikt noodzakelijk. Als je die tekst zo leest, lijkt het welhaast oneethisch dat mensen gedwongen behandeld mogen worden om langer verblijf in het ziekenhuis te voorko-

## Van Miltenburg

men. Uitgangspunt van het behandelingsplan moet altijd het therapeutisch effect van het verblijf en het algemeen welzijn van de patiënt zijn. Ik hoor graag dat de minister dit in ieder geval in beginsel onderschrijft en dat hij erkent dat de wettekst pas dan gaat gelden, wanneer het in het belang van de therapie en het algemeen welzijn van de patiënt is dat het verblijf in het ziekenhuis wordt bekort. Kan de minister direct aangeven hoe hij daarop toeziet?

Voorzitter. De VVD-fractie is zich terdege bewust van de negatieve effecten van de huidige BOPZ en van de bestaande onmogelijkheid om mensen onder dwang te behandelen. Wij vinden ook dat in sommige gevallen de overheid zieke mensen meer dan nu nog mogelijk is, mag dwingen om te ervaren wat een behandeling voor hen kan betekenen. Wat wij vandaag echter wel duidelijk willen maken, is dat een dergelijke beslissing altijd ingrijpend. Aan het belang, de mening en het gevoel van de zieke patiënt mag nooit lichtzinnig voorbij worden gegaan. Als dat ook de bedoeling van de regering is, dan kan mijn fractie instemmen met het voorliggende voorstel.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik heb een aanvullende vraag. U vroeg in uw bijdrage heel veel aandacht voor de inbreng van Pandora, de LPR en de Cliëntenbond. Zij hebben ook duidelijk hun bezwaren laten horen tegen de Behandelwet. Ik vind het opvallend dat u, juist als het over de Behandelwet gaat, niet laat zien dat u ook oog hebt voor de bezwaren daartegen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vind het heel erg belangrijk dat de mening van de patiënten wordt gehoord en ik neem hun mening ook mee. Ik neem aan dat u dat ook doet. Dat betekent echter niet dat ik het altijd met hen eens ben. Ik vind het belangrijk dat wij de patiënten horen, maar de patiëntenverenigingen hebben ook tegen deze twee voorgenomen wetswijzigingen bezwaar gemaakt. Als je ondanks hun bezwaren tegen een wet die juist bedoeld is ter bescherming van de patiënten, besluit om de voorgenomen wijziging door te voeren, dan ben je het naar mijn mening aan hen verplicht om op integere wijze in te gaan op de vraag waarom hun argumenten minder zwaar wegen dan de argumenten van het algemene belang.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Twee dagen na de verkiezingen in november vorig jaar was ik bij een begrafenis. Een moeder met één kind en zwanger van de tweede had er een einde aan gemaakt. Zij was manisch-depressief, stopte met haar medicatie omdat zij zwanger was en werd niet onder toezicht geplaatst.

Vandaag spreekt de Kamer over het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet BOPZ. Het wetsvoorstel kent ook de moeilijke afweging tussen dwangbehandeling en aantasting van de lichamelijke integriteit. De fractie van de ChristenUnie is in principe positief over de twee wetswijzigingen, maar hecht zeer aan de persoonlijke integriteit en zou graag zien dat de nadruk blijft liggen op het aanpakken van de onderliggende problemen en de maatschappelijke knelpunten van psychische stoornissen. Idealiter zou medicatie daartoe een brugfunctie kunnen vervullen, gezien de bijwerkingen en de risico's op blijvende gezondheidsschade. De fractie van de

ChristenUnie pleit dan ook voor een maximale inspanningsverplichting om dwangopname en dwangbehandeling te voorkomen. De praktijk wijst echter uit dat het helaas niet altijd te voorkomen is.

In de tweede plaats komt de roep om de aanpassing van de voorwaardelijke machtiging en uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling vooral uit de hoek van de behandelaren. Een aantal patiëntenorganisaties zoals Pandora en de stichting BVP heeft zich een stuk kritischer uitgelaten over de voorgenomen wetswijzigingen. Wij hadden het er net al over. Deze kritiek moet serieus genomen worden, vooral omdat de psychiatrische patiënten vaak zelf niet of onvoldoende in staat zijn om voor hun belangen op te komen.

De eerste wetswijziging betreft een aanpassing van de voorwaardelijke machtiging. De fractie van de ChristenUnie staat in beginsel positief tegenover deze wetswijziging, omdat daarmee een onnodige opname in een psychiatrische inrichting kan worden voorkomen. Volgens een uitspraak van de Hoge Raad mag op basis van de huidige wetgeving een voorwaardelijke machtiging slechts worden verleend wanneer de patiënt expliciet instemt met de voorwaarden. Dat betekent dat psychiatrische patiënten die niet expliciet kunnen of willen instemmen met de voorwaardelijke machtiging, maar die in het verleden wel hebben aangetoond, zich aan de opgestelde behandelplannen te houden, niet voor een voorwaardelijke machtiging in aanmerking komen. Het gevolg is dat deze patiënten alsnog gedwongen moeten worden opgenomen en dat is niet in het belang van de patiënt.

De ChristenUniefractie heeft bedenkingen bij de formulering van de wetswijziging. Uitgangspunt moet zijn dat de behandelaren zich tot het uiterste moeten blijven inspannen om instemming van de patiënt te verkrijgen. Dat komt in de huidige formulering van de wetswijziging nog onvoldoende tot uitdrukking. Ook de Raad van State heeft zich hierover in haar advies kritisch uitgelaten. Is de regering bereid om de voorgestelde wijziging van het wetsartikel overeenkomstig het voorstel van de Raad van State aan te passen? De voorgestelde wijziging luidt: met instemming van of ten minste na overleg met. De minister is hierop al in zijn schriftelijke beantwoording ingegaan, maar ik hoor daar graag een nadere toelichting op.

De tweede wetswijziging betreft de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in een psychiatrische inrichting. Er zijn zeker gevallen denkbaar waarbij patiënten gebaat zouden zijn bij de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling, omdat patiënten anders langdurig in een inrichting verblijven, zonder dat er daadwerkelijk verbetering optreedt in hun geestelijke gezondheidssituatie. Het is daarom goed dat de wettelijke mogelijkheden op dit punt worden uitgebreid.

Echter, in de praktijk betekent dwangbehandeling altijd dwangmedicatie. De fractie van de ChristenUnie is van mening dat er met dwangmedicatie terughoudend moet worden omgesprongen. Daarmee wordt immers inbreuk gemaakt op de lichamelijke integriteit en bovendien gaat dwangmedicatie vaak gepaard met schadelijke bijeffecten. Wanneer de patiënt geen bedreiging vormt voor zichzelf of voor zijn omgeving, mag dwangbehandeling alleen worden toegepast wanneer dat aantoonbaar in het belang is van de patiënt. Hoe kan worden gegarandeerd dat dwangmedicatie alleen in dat geval wordt toegepast? Met andere woorden: hoe kan oneigenlijk gebruik –

## Voordewind

anderen zijn daar ook al op ingegaan – worden voorkomen? In hoeverre kan de voorkeur worden gegeven aan noodmedicatie met als doel het beëindigen van de crisis en het herwinnen van de wilsbekwaamheid van de patiënt? Het gaat hierbij om een zo kort mogelijke verstrekking van dwangmedicatie met als doel het normale behandelplan weer te kunnen voortzetten en het vertrouwen van de behandelende arts en de patiënt zo min mogelijk te schaden. Ik overweeg om hierover een motie in te dienen.

Uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden tot dwangbehandeling zijn weinig zinvol wanneer de Wet BOPZ in de praktijk slecht wordt nageleefd. Er is gebleken dat het behandelaars soms ontbreekt aan de nodige kennis over de Wet BOPZ waardoor van een dwangopname wordt afgezien, ook als de situatie daar aanleiding toe geeft en de wet daartoe mogelijkheden biedt. De minister noemt in de nota naar aanleiding van het verslag een aantal maatregelen dat wordt genomen om daar verbetering in aan te brengen, zoals het uitgeven van brochures en het organiseren van voorlichtingsdagen. Dat zijn natuurlijk goede initiatieven. Ik ga er echter van uit dat de gebrekkige naleving ook als een belangrijk punt zal worden betrokken bij de derde evaluatie van de Wet BOPZ. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de voorlichtingscampagne die zou worden opgezet voor specifieke doelgroepen, zoals huisartsen, hulpverleners, patiënten en families?

Mevrouw **Kant** (SP): U hebt heel veel kritische vragen gesteld, maar het is mij eerlijk gezegd niet duidelijk wat het standpunt is van de fractie van de ChristenUnie over de wetswijziging met betrekking tot dwangmedicatie. Bent u tegen dit deel van het wetsvoorstel?

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): In het begin van mijn betoog heb ik gezegd dat mijn fractie positief staat tegenover beide wetswijzigingen, maar dat wij met name heel kritisch zijn over de dwangmedicatie voor zover deze strekt tot drie maanden. Ik probeer nu te achterhalen hoe wij deze zo veel mogelijk kunnen beperken. In het veld wordt in dit verband ook wel gesproken over noodmedicatie.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De wens om de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen te wijzigen, leeft breed. Ook de SGP-fractie bevindt zich in dat kamp. Mevrouw Van Miltenburg zei dat de totstandbrenging van deze wet tien jaar heeft geduurd. Daar kunnen gerust een paar jaar bij worden opgeteld. Het is een hele toestand geweest. Dat kwam niet doordat de Kamer er een complexe situatie van heeft gemaakt, maar doordat het een complexe materie is waar de Kamer heel zorgvuldig een balans in heeft gevonden. Dat heeft heel veel tijd gekost. Toen de wet er kwam, werden er verschillende evaluatiemomenten voorzien. Twee ervan zijn inmiddels achter de rug. Daarop is al eerder bij wetswijziging gereageerd. In de praktijk van dit werkveld blijkt al enige tijd dat er eigenlijk dringend behoefte is aan de twee zaken waar dit wetsvoorstel over gaat, namelijk de voorwaardelijke machtiging en de dwangbehandeling.

In de wet is destijds geprobeerd om een balans te vinden tussen de autonomie van de patiënt en de

noodzaak van behandeling waarbij de patiënt tegen zichzelf in bescherming moet worden genomen en ook de omgeving moet worden afgeschermd. Ooit was, populair gezegd, de lijn: wij weten wel wat goed voor u is, patiënt, en onderwerpt u zich daar nu maar aan. Er is een begrijpelijke ontwikkeling gekomen, ook gesteund door mijn fractie, naar meer aandacht voor het autonome recht van de patiënt. Wij zijn nu echter wel weer wat doorgeslagen in die richting. Dat is niet onbegrijpelijk. Het gaat immers om een balans. Je zoekt daarbij naar een optimum. Je hoopt dan dat je daar al pendelend steeds dichterbij komt.

Geliefden en andere betrokkenen hebben de ervaring dat het vaak veel te lang duurt en dat bepaalde situaties te behoedzaam aangepakt worden. Het gaat om schrijnende situaties waar zij vaak handenwringend bij staan, ongeveer machteloos. De stem van het hart en de stem van de omgeving is toch: pak dit aan en treed op! Dit is een schreeuw om optreden ten behoeve van de patiënt en de omgeving.

Behoedzaamheid is op zichzelf natuurlijk niet verkeerd, maar er wordt ook gehoopt op daadkracht. Die wordt ook verwacht. Die daadkracht wordt echter lang niet altijd getoond. Werkelijk, in de praktijk is het nogal eens erg lastig om iemand gedwongen op te nemen, terwijl dat objectief voor die persoon en zijn of haar familie en de samenleving als geheel toch van belang geacht kan worden.

Welnu, in dit complex van overwegingen, waarbij principiële zaken aan de orde zijn, steunt mijn fractie beide voorstellen, die het belang van behandeling niet alleen meer benadrukken, maar die ook voorzien zijn van diverse kwaliteitscriteria en zorgvuldigheidsvereisten. Natuurlijk is het geen kwestie van: praktijk, geef maar aan wat wij nog in de wet veranderen moeten. Zoiets van: u vraagt en wij draaien wel. Nee, het vraagt altijd een heel prudente afweging. In de SGP-fractie is er de indruk dat de regering met de voorstellen die nu verdedigd worden, een terechte verbetering in de wet wil aanbrengen.

De eerste wijziging betreft de voorwaardelijke machtiging. Op dit onderdeel willen wij graag de mening van de regering horen over de reikwijdte van deze nieuwe regel ten behoeve van de voorwaardelijke machtiging. Deze regel is immers noodzakelijk, omdat de Hoge Raad in 2005 heeft vastgesteld dat de voorwaardelijke machtiging een beperktere reikwijdte heeft dan tot nu toe werd aangenomen. Is de nieuwe voorwaardelijke machtiging precies gelijk aan de oorspronkelijk bedoelde opzet of gaat die intussen toch verder? Graag verneem ik de reactie van de regering.

Voor een voorwaardelijke machtiging moet er sprake zijn van een behandelplan, waarmee de patiënt in principe heeft ingestemd. In principe is het niet meer dan logisch dat er zo veel mogelijk van een dergelijke situatie wordt uitgegaan, maar in de praktijk gaat het nogal eens om patiënten die zelf onvoldoende door hebben en daarom moeilijk aanvaarden dat zij een behandeling nodig hebben. Mijn fractie vindt het daarom goed dat de voorwaardelijke machtiging ook mogelijk is, als van een patiënt redelijkerwijs verwacht mag worden dat hij zich toch aan het behandelplan zal houden.

Wij zien echter heel scherp dat deze redenering ook de nodige problemen kan opleveren. In de praktijk betekent dit namelijk dat er wel een mogelijke onduidelijkheid in de wetgeving komt te staan. Die treffen wij overigens



## Van der Vlies

ook wel elders aan. Dat speelt altijd bij de begrippen zoals "redelijk", "aannemelijk" en "billijk". Collega's hebben deze begrippen ook al genoemd. Die begrippen zijn nu eenmaal moeilijk te definiëren. Toch hebben wij de gedachte dat, wil de wet gelezen kunnen worden zoals die bedoeld is, er iets verder moet worden gegaan dan tot nu toe gebeurd is.

Het zal altijd moeten gaan om een beoordeling door mensen die bij de behandeling betrokken zijn. Is het altijd wel van tevoren goed in te schatten of iemand de behandeling werkelijk geheel of gedeeltelijk zal ondergaan? Wat zijn de inbreuken daarop die te billijken zijn? Ik denk aan omstandigheden in de persoonlijke sfeer. Collega's hebben daarvan al enkele voorbeelden genoemd. Stel dat er uiteindelijk geen overeenstemming bereikt wordt, zal het in dat licht dan niet verstandig zijn om in ieder geval in het behandelplan op te nemen waarom en op welke punten er geen overeenstemming bereikt is? Dat gaat iets verder dan tot nu toe in de nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen en wat dus tot nu toe in de wetgeschiedenis verankerd is. Ook de verantwoordelijkheidsverdeling lijkt van belang. Wie is uiteindelijk waar verantwoordelijk voor als er, onverhoopt uiteraard, toch iets als gevolg van een verkeerde inschatting misgaat?

Het tweede deel van het wetsvoorstel gaat over de dwangbehandeling. De SGP-fractie heeft van particulieren en organisaties die hiermee te maken hebben, diverse malen de kritiek gehoord dat het ontzettend moeilijk is om mensen tegen hun zin te behandelen, terwijl zij toch een gevaar voor zichzelf en voor anderen vormen. Het is goed dat dit nu verandert. De SGP-fractie steunt daarom deze wetwijziging, die ook aansluit bij de behoefte die het veld ons heel uitdrukkelijk heeft gemeld. Zij heeft nog enkele vragen. Dwangbehandeling is alleen mogelijk als er sprake is van een gevaar dat niet binnen een redelijke termijn kan worden opgelost. "Gevaar" kan op diverse manieren worden opgevat. In dit verband spreekt de minister uit dat hij in ieder geval niet doelt op het zogenoemde bestwilcriterium. Wil de regering uiteenzetten wat precies in de praktijk de verschillen zullen zijn tussen de in het wetsvoorstel gebruikte term gevaar en dat bestwilcriterium? Is het onderscheid daartussen dat het wegnemen van het gevaar alleen gericht mag zijn op ontslag uit het ziekenhuis of wordt in de praktijk aan een breder spectrum gedacht? Geldt dit alleen voor een korte crisissituatie of ook voor langdurige dwangbehandeling? Hetzelfde geldt voor het begrip redelijke termijn. Daar doelde ik zojuist al even op. De regering laat hier vooral de praktijk een stevig woordje meespreken. Wat is daar het gevoel? De stem van deskundigen moet in dezen inderdaad zwaar wegen. Naar de mening van mijn fractie zal men voor een goede wetuitleg niet om een begin van een nadere bepaling, zeg: definitie heen kunnen. Zij ontvangt hierop dus graag een nadere reactie.

Mijn fractie wil ten slotte meer in het algemeen de vraag voorleggen hoe de betrokkenheid van partner of familie is gewaarborgd. Het lijkt erop dat het de directe familie een rol laten spelen vooral een verstandige keuze wordt genoemd. Je doet er onverstandig aan, daaraan voorbij te gaan. Moet dit niet wat sterker worden ingeplugd? Waarom wordt die betrokkenheid in een zo moeilijke situatie niet als in principe verplicht gesteld? Familieleden kunnen vaak immers relevante informatie verschaffen over het ziektebeeld en het gedrag van

betrokkene. Uiteraard is een dergelijke betrokkenheid alleen van toepassing als er niet tevens sprake is van een sterk verstoorde verhouding. Die is helaas ook nogal eens aan de orde. Graag verneemt mijn fractie de visie van de bewindslieden op deze problematiek. Moet het alleen gaan om een verstandig doen aan of om een "verplichting"? Ik zet dat laatste woord tussen aanhalingstekens, want er is een verschil tussen een morele verplichting en een juridische verplichting, dus een verplichting die bij wet is geregeld. Past een dergelijke benadering, waarin sprake is van gezonde betrokkenheid van de omgeving, niet goed in het kader van verantwoordelijke zorg? Hiermee kom ik op het punt dat mevrouw Joldersma ook aanvoerde. Sommige ggz-instellingen hebben een familievertrouwenspersoon ingesteld; andere niet. Moet dat niet méér worden bevorderd? Het nut lijkt er in de praktijk wel van te zijn aangetoond. Wij stellen het zeer op prijs als de bewindslieden bereid zijn, de Kamer een uiteenzetting van de voor- en nadelen van deze benadering te geven, dit alles uiteraard mede in het licht van de evaluatie die de Kamer nog krijgt en zal behandelen.

□

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Het is niet gebruikelijk, niet wenselijk en ook niet handig om pas in het laatste stadium van besluitvorming een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van een wetwijziging, maar gezien de nieuwe samenstelling van de Kamer en het voornemen van de Partij voor de Vrijheid om tegen de wijziging van de wet op het onderdeel van de voorwaardelijke machtiging te stemmen, is een toelichting op dit moment toch op zijn plaats.

"The proof of the pudding is in the eating", lezen wij enkele malen in de voorliggende wetwijziging. Nou, laat wat mij betreft de pudding maar zitten, want zo ver wil de PVV het helemaal niet laten komen. Het gevaar dat een psychiatrische patiënt kan veroorzaken voor zichzelf en voor anderen, mag in geen geval worden vergroet door de patiënt te laten deelnemen aan de samenleving. De heer Voordewind noemde in dit verband al een voorbeeld, maar ook in de memorie van toelichting wordt een casus genoemd waarbij wordt besloten tot het ontslag van een patiënt uit een psychiatrisch ziekenhuis, ondanks het feit dat de patiënt in kwestie nadrukkelijk aangaf de medicatie niet te zullen nemen en zich dus niet aan de voorwaarden te willen houden. Een dergelijk geval zou zich, nog steeds volgens de memorie van toelichting, niet zelden voordoen.

De vrijheid van de een is de begrenzing van de ander. De fractie van de PVV vindt dat een versoepeling van de wet nooit mag leiden tot deelname aan het vrije verkeer in de samenleving van bijvoorbeeld een persoon die een gevaar vormt voor de veiligheid van de ander en die weigert medicijnen in te nemen. Het gaat volgens de memorie van toelichting in het bijzonder om patiënten van wie redelijkerwijs wel kan worden aangenomen dat zij, nadat de machtiging is verleend, de voorwaarden in de praktijk zullen naleven, maar de bereidheid daartoe niet kunnen of niet willen uitspreken. Voor een patiënt die zegt zijn medicijnen – waarmee het gevaar kan worden weggenomen dat hij vormt voor de samenleving en voor zichzelf – niet te zullen slikken, is geen plaats in het vrije verkeer in de samenleving. De PVV-fractie vindt in zo'n situatie uitsluiting de enige optie. Het deelnemen

## Agema

aan het vrije verkeer in de samenleving behelst commitment met de samenleving. Commitment geeft geen garanties, maar is wel het minste dat de samenleving mag vragen van haar burgers.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik hoor u spreken over psychiatrische patiënten en krijg daarbij de indruk dat het eigenlijk gaat om mensen die een criminele daad hebben gepleegd en straf verdienen, die delictgevaarlijk zijn. Wij hebben het over psychiatrische patiënten waarbij de kans erg groot is dat zij in de samenleving kunnen meedoen als je hun een bepaalde structuur in het leven kan geven en op een bepaalde manier begeleidt. Het lijkt wel of u het liefst iedereen die een psychiatrische aandoening heeft, zo snel mogelijk wilt opsluiten in een psychiatrische inrichting.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mijns inziens sprak het voorbeeld van de heer Voordewind boekdelen. De gevaren hoeven niet altijd delicten te zijn, maar de patiënt kan de samenleving en zichzelf in een groter gevaar brengen dan wij zouden willen. Daarom is commitment met de samenleving zo belangrijk. Het gaat er daarbij niet om of het een psychiatrische patiënt betreft of niet, maar het gaat om de vraag of een burger zijn commitment met de samenleving uitspreekt. De patiënt moet bereid zijn, de medicatie in te nemen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): De wetwijziging maakt mijns inziens nu juist heel goed duidelijk dat wij hierbij doelen op psychiatrische patiënten die verward zijn en soms iets anders doen dan wat zij zeggen, namelijk wél hun medicijnen innemen. Dat is de kern waar het om gaat.

Mevrouw **Agema** (PVV): Als de patiënt verward is, is het wellicht nog geen tijd om terug te keren in de maatschappij.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Psychiatrische patiënten zijn "gewone mensen". Ik zou, als ik mevrouw Agema was, niet de suggestie willen wekken dat dit niet het geval is.

Juist psychiatrische patiënten zouden van mevrouw Agema en van mij te horen moeten krijgen dat hun vrijheden net zo belangrijk zijn als die van anderen, juist omdat zij in een situatie verkeren die ertoe leidt dat wij erop moeten letten dat zij deze vrijheden ook werkelijk ontvangen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik begrijp dat mevrouw Koşer Kaya hier haar politieke punt maakt. Hoeveel vrijheid bied je echter deze mensen, die zeggen dat zij hun medicijnen niet zullen slikken, en hoeveel geef je om hen, als zij de straat op gaan en binnen drie of vier dagen weer verkommerd in de goot liggen? Als mevrouw Koşer Kaya weer eens op werkbezoek gaat in de grote steden, moet zij ook eens bij de politie langsgaan om te horen hoe vaak men daar te maken heeft met mensen die hun medicatie niet slikken. Uiteraard gaat het om volwaardige burgers, maar als zij niet kunnen deelnemen aan de samenleving en hun commitment niet willen uitspreken, zijn zij mijns inziens nog niet aan toe aan deelname.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik deel de zorg van

mevrouw Agema, en mijns inziens is er in deze Kamer niemand die deze zorg niet deelt. Juist de vrijheden van deze mensen moeten in de gaten worden gehouden. Daar hoor ik mevrouw Agema niet over.

Mevrouw **Agema** (PVV): Over welke vrijheid hebben wij het dan? Over de vrijheid om in de goot te belanden?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat vind ik heel kort door de bocht. Dat is mij geen vraag meer waard.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Mevrouw Agema spreekt over commitment, maar wat is haar commitment met de mensen waarvoor zij zegt te staan? Deze wet is gemaakt om mensen tegen zichzelf te beschermen en een evenwicht te vinden tussen de vrijheden van deze mensen en het gevaar dat zij vormen voor de samenleving en voor zichzelf. Kan mevrouw Agema ingaan op de afweging tussen deze twee zaken?

Mevrouw **Agema** (PVV): Het eerste deel van de wet heeft vooral betrekking op degenen die zeggen zich niet aan de voorwaarden te zullen houden en het feit dat zij dat mogen blijven volhouden. Wij vinden echter dat wel sprake moet zijn van commitment in de richting van de samenleving. Het is prima dat mensen aangeven dat zij dat niet kunnen of niet willen, maar dan zijn zij er nog niet klaar voor deel te nemen aan die samenleving. Dan krijg je dat mensen hun medicijnen niet innemen, waarna de meest schrijnende zaken plaatsvinden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Het mooie van het voorliggende wetsvoorstel is dat als dit gebeurt de voorwaardelijke machtiging van deze mensen wordt afgenomen. Er is daarnaast een groep mensen die zegt dat zij zich niet zal houden aan de afspraken, maar dat in de praktijk wel doet. Aan de vrijheden van die mensen kom je tegemoet door te helpen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is een vorm van helpen die ik niet zie zitten. Mevrouw Van Miltenburg vindt het prima dat iemand die medicatie nodig heeft, maar aangeeft zich niet aan de voorwaarden te zullen houden, de samenleving ingaat. Ik vind het van essentieel belang dat men dat wel doet. In de wet wordt aangenomen dat men zich houdt aan de voorwaarden, maar ik vind dat te weinig.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De behandelaar weet aan de hand van zijn ervaringen met een bepaalde patiënt dat hij of zij zich aan de voorwaarden zal houden. Mocht dat niet gebeuren, kan de desbetreffende persoon worden teruggehaald naar het ziekenhuis, maar mevrouw Agema wil die persoon daar nooit weg laten gaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik laat dat vertrouwen bij mevrouw Van Miltenburg. Ik hoop dat zich in de tussentijd niet te veel drama's zullen voordoen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Waar is het vertrouwen in de professional bij de fractie van de PVV gebleven? Mevrouw Agema spreekt constant over wat er mis kan gaan. Een behandelaar oordeelt over een bepaalde patiënt, zodat kan worden gekomen tot de minst ingrijpende hulpvorm, maar mevrouw Agema gaat er op

## Agema

voorhand van uit dat die patiënt "neen" zegt, maar "ja" doet. Het vertrouwen in die werkwijze laat zij bij mevrouw Van Miltenburg. Dat stelt mij teleur. Hoe staat het met het vertrouwen van de PVV in de mensen die in de zorg werken?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb onvoldoende vertrouwen of mensen die "neen" zeggen, "ja" zullen doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het gaat hier om de beoordeling van een behandelaar van de vraag of iemand "neen" zegt, maar "ja" doet. Dat laten wij niet over aan de patiënt, want ook wij weten dat die niet voor zichzelf kan instaan. Waar is het vertrouwen van de PVV in de behandelaar? Wij vinden dat deze kan beoordelen of iemand zich aan de voorwaarden houdt en dat kan worden volstaan met een voorwaardelijke machtiging.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij hebben in het verleden vaker gezien dat het vertrouwen van een behandelaar in een persoon, waardoor deze weer kon deelnemen aan de samenleving, een misvatting bleek te zijn, als gevolg waarvan zich drama's hebben voorgedaan. Zo'n commitment is geen garantie, maar moet er wel zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik constateer dat de PVV het leveren van maatwerk door een professional wil afschaffen en de vrijheden van de burgers op de tweede plaats stelt. Mevrouw Agema heeft liever dat mensen meteen worden opgesloten. Dat stelt mij bijzonder teleur, omdat ik dacht dat de PVV de vrijheid hoog in het vaandel had staan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Die invulling laat ik aan mevrouw Bouwmeester over.

Ik ben hiermee aan het eind van mijn bijdrage. Voor mijn fractie staat dit vast: the proof is not to eat the pudding.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ga toch een poging doen om mevrouw Agema te overtuigen. De criteria voor gedwongen opname staan namelijk niet ter discussie en zijn bij de voorwaardelijke machtiging voor opname exact hetzelfde. Er worden dus alleen maar instrumenten toegevoegd om in te kunnen grijpen daar waar nodig is. Het is niet zo dat de wet softer wordt en dat er minder gemakkelijk kan worden opgetreden. Wij voegen een instrument toe! Ik begrijp dus niet goed waarom mevrouw Agema zo buitengewoon kritisch is over dit wetsvoorstel. Je kunt de wet helemaal anders willen hebben, en bijvoorbeeld, zoals de SP-fractie heeft voorgesteld, een behandelwet willen hebben. Hierover gaat dit wetsvoorstel echter niet. Kan mevrouw Agema verduidelijken waarom zij de aanwezige mogelijkheden als verslechtering ziet? Volgens mij betekenen deze mogelijkheden in het huidige palet alleen maar een toevoeging, namelijk dat je meer grip krijgt op de patiënten. Kan mevrouw Agema uitleggen waarom zij dit anders ziet? Kan zij afzonderlijk uitleg geven over de voorwaardelijke machtiging en de dwangbehandelingen? Ik heb namelijk de indruk dat zij deze twee elementen uit dit wetsvoorstel over één kam scheert.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik richt mij vooral op de voorwaardelijke machtiging. De PVV-fractie staat niet te juichen over de voorgestelde wijzigingen op het gebied

van de dwangbehandeling, maar mijn fractie zal dit onderdeel wel steunen. Wij steunen de voorwaardelijke machtiging echter niet, omdat het voor de patiënt te gemakkelijk wordt gemaakt om op basis van bepaalde voorwaarden naar huis te gaan. Deze patiënt gaat zich daar echter niet aan houden, omdat hij vindt dat hij geen ziektebeeld heeft. Nogmaals, het wordt veel te gemakkelijk gemaakt voor de patiënt. De PVV-fractie vindt dat er wel commitment moet zijn. Als er namelijk geen commitment is, is de daadwerkelijke stap namelijk niet te zetten. Ondanks dat de professional denkt dat de patiënt die stap wel zal zetten, zal er een verlaging van de drempel zijn. Dit accepteert de PVV-fractie niet.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat mevrouw Agema de impact van het wetsvoorstel toch niet helemaal in de smiezen heeft. Ik benadruk dat dit wetsvoorstel iets toevoegt, omdat wij al een gedwongen opname hebben. De gedwongen opname, die noodzakelijk is in verband met gevaarlijke situaties, wordt niet afgeschaft. Wij kunnen overigens discussiëren over de vraag of dit wetsvoorstel ver genoeg gaat. Dit instrument voegt in alle situaties iets toe aan dit wetsvoorstel. Ik noem bijvoorbeeld een situatie waarin iemand wordt ontslagen uit de kliniek. In zo'n situatie kan er tegen een patiënt in een gedwongen opname worden gezegd dat hij onder voorwaarden naar huis mag. Op deze manier werkte de oude paraplumachtiging ook. Dit was in de praktijk een heel goed instrument om mensen in de smiezen te houden. Als je deze voorwaardelijke machtiging niet hebt, laat je mensen misschien naar huis gaan zonder voorwaardelijke machtiging, waardoor ze niet in de smiezen kunnen worden gehouden. Dat is de andere kant van de medaille. Ik begrijp de boodschap van mevrouw Agema wel, maar ik denk dat haar kritiek op het wetsvoorstel niet klopt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik begrijp de houding van mevrouw Kant wel, maar wij hebben een andere opvatting over de wet. Ik vind dat sprake is van een belachelijke versimpeling. Nu past de rechter het toe. In de voorliggende casus zegt hij: die dame is niet bereid om haar medicatie te nemen, maar ik ga ervan uit dat zij het wel wil. Dat wil de wet de werkelijkheid gaan maken, maar wij willen dat niet. Mevrouw Kant wil het wellicht wel, maar dat is aan haar. Als er mensen in de samenleving komen die om wat voor reden dan ook binnen een paar dagen stoppen met hun medicatie, dan is dat voor de verantwoordelijkheid van mevrouw Kant en niet voor onze verantwoordelijkheid.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In een bijzin meldde mevrouw Agema dat zij niet staat te juichen bij de wijziging van de wet op het punt van de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Ik ben nieuwsgierig wat haar gebrek aan enthousiasme op dit punt teweeggebracht heeft.

Mevrouw **Agema** (PVV): Op zich kunnen wij het wel steunen, maar wij staan niet te juichen omdat de mogelijkheid bestaat bij meer personeel de dwangbehandeling minder vaak nodig is. Er zijn mogelijkheden om dwangbehandeling vaker achterwege te laten. Daar staan wij niet bij te juichen, maar wij zullen het wel steunen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U vindt dus eigenlijk

## Agema

dat er zo veel mogelijk dwangbehandelingen moeten plaatsvinden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, dat zeg ik niet, dat is belachelijk. Ik zeg net dat ik niet sta te juichen, en dan is het belachelijk om te zeggen dat dwangbehandeling zo veel mogelijk moet worden toegepast!

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U zegt: minder dwangbehandeling vind ik niet zo'n goed punt van die wet. Daarbij concludeer ik...

Mevrouw **Agema** (PVV): U gaat te kort door de bocht.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Namens de GroenLinksfractie feliciteer ik mevrouw Bouwmeester met haar verbale entree in deze Tweede Kamer.

De Wet BOPZ kent een roerige geschiedenis van vele jaren. De wet bestaat ruim tien jaar, en er ging meer dan 20 jaar debat en ongelooflijk politieke en maatschappelijke strijd over de positie van de psychiatrie aan vooraf. Er is nog steeds veel kritiek op deze wet, en er is heel veel reden tot zorg, ook bij mijn fractie. Daar valt heel veel over te zeggen, maar dat doe ik niet, al was het maar omdat het hier in de totaliteit van de wordingsgeschiedenis van de BOPZ en wat zij regelt, een tamelijk bescheiden wetsvoorstel lijkt.

De fractie van GroenLinks wacht daarom met spanning op de nieuwste bevindingen van de evaluatiecommissie die nu bezig is, en die meen ik over ruim anderhalve maand met de derde, algemene evaluatie van de wet komt. Als die er is, zal een nieuw kabinet, nemen wij aan, een nieuw standpunt innemen over de toekomst van de BOPZ, wel of geen behandelwet enzovoorts, gevolgd door een breed debat met de Kamer. Dat mag er wat de fractie van GroenLinks betreft snel komen.

Dit verklaart meteen onze eerste aarzeling bij dit wetsvoorstel, dat twee wijzigingen in de BOPZ behelst, wijzigingen die zoals mevrouw Van Miltenburg zeer treffend zei totaal verschillend van aard zijn. Het valt wat de fractie van GroenLinks betreft nog te billijken dat de regering heeft gekozen voor een verduidelijking van de voorlopige rechterlijke machtiging, na de uitspraak van de Hoge Raad in 2005. Dat moest, maar met die verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling binnen de instelling wordt nogal vooruit gelopen op een brede discussie naar aanleiding van de bevindingen van de evaluatiecommissie. Dat klemt wat betreft mijn fractie des te meer, daar het zeer fundamentele rechten van de patiënten betreft. De regering verwijst daar ook voortdurend naar. En het is ook het meest omstreden onderdeel van dit wetsvoorstel. Grof gezegd, althans volgens mijn waarneming: het veld is niet voor, wat ik merk is dat de meeste professionals voor deze wijziging zijn, maar de meeste cliëntenorganisaties, ook onderdeel van het veld, zijn tegen. Zij zijn in ieder geval tegen verruiming van de dwangbehandeling, en soms ook tegen de verruiming van de voorlopige machtiging.

Met het verruimen van de mogelijkheden tot dwangbehandeling wordt het gevaarcriterium, toch altijd het anker van de BOPZ, opgerekt. Daar was al eerder sprake van, want sinds 1 januari 2004 spreekt de BOPZ niet meer van ernstig gevaar, maar betreft het louter gevaar. Nu, met dit wetsvoorstel, wordt een mogelijke duur van

verblijf bij uitblijven van behandeling als gevolg van weigering van de patiënt/cliënt onderdeel van het criterium. Anderen hebben het ook al gezegd: het is een ruime, open formulering. Wat is een redelijke termijn? Wat is aannemelijk? Wij vinden het te ruim, zonder nadere duiding in dit debat. Het is nogal wat: het kan zijn dat in de praktijk in sommige situaties behoefte is aan een ruimere formulering voor toepassing van dwangbehandeling, maar wij mogen de ogen ook beslist niet sluiten voor te snel gebruik van een dergelijk open criterium, waarbij alternatieven voor dwangbehandeling onvoldoende tot hun recht zouden kunnen komen. Er zijn signalen dat wat wettelijk reeds is toegestaan en dus mogelijk is, onvoldoende wordt benut. Er zijn succesvolle projecten binnen instellingen, waaruit blijkt dat het aantal separaties en dwangbehandelingen, die nu ook al mogelijk zijn, kan worden teruggebracht, bijvoorbeeld door bemoeizorg, signaleringsplannen of agressiecoaches. Er zijn tal van initiatieven waardoor dwangbehandeling als uiterste middel of het vaak gesuggereerde alternatief, wat het vaak niet is, om iemand dan maar op te sluiten in de isoleercel, vooral 's nachts, eigenlijk overbodig is. Ik sluit dat niet uit, maar het kan wel worden teruggedrongen. Dat zijn belangrijke ontwikkelingen, want behandeling onder dwang is ingrijpend, soms zelfs traumatisch voor de patiënt en minder effectief, omdat de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar daardoor ernstig wordt aangetast. De angst bestaat dat behandelaars hier door het uitbreiden van de mogelijkheden misschien te makkelijk gebruik van zullen maken.

Voor de fractie van GroenLinks weegt uiterst zwaar dat mensen niet zomaar een gedwongen behandeling dienen te ondergaan, ook als aannemelijk is dat dit in hun voordeel is. Wij hebben de indruk dat dit wetsvoorstel een hypotheek legt op het komende brede debat over de BOPZ. Als er soepelere criteria gelden voor dwangbehandeling binnen de instellingen, waarom zouden deze dan niet gelden voor de gedwongen opname? Dat gaat wel heel ver. Daarom heb ik een amendement ingediend om de verruiming van de criteria voor dwangbehandeling uit het wetsvoorstel te halen. Ik sluit niet uit dat een herformulering van de criteria voor dwangbehandeling in een komend breed debat aan de orde kan zijn, maar dat moet beslist onderdeel zijn van een brede herziening. Het is nu een stap te ver.

In september kreeg ik een mailbericht van een behandelaar in het veld dat volgens mij een aardig inzicht geeft in dit wetsvoorstel. Ik noem de afzender mijnheer P. Hij mailt het volgende over dit voorstel:

Mijn ervaring is dat het beleid dat wordt gevoerd op een afdeling in een psychiatrische inrichting of ziekenhuis, grotendeels wordt bepaald door de afdelingspsychiater. Voor de behandeling van de patiënt geldt dit automatisch ook. Er zijn, net als bij gewone mensen, doortastende, afwachtende, kort-door-de-bochtgaande, voorzichtige en wat al niet meer psychiaters. De ene arts neemt snel de beslissing om over te gaan tot dwangmedicatie, de andere in principe nooit. Mijs inziens, zegt deze behandelaar, die al jaren in de psychiatrie werkt, is het niet nodig de wet aan te passen. Met de huidige wetgeving is het mogelijk dwangbehandeling te starten. Het is meer afhankelijk van de visie en de werkwijze van de desbetreffende psychiater dan van de wet of tot dwangbehandeling wordt overgegaan. De drempel die nu wordt opgeworpen in de wet, zal mijns inziens



## Vendrik

moeten blijven, ter bescherming van de patiënt. Naast de autonomie is het namelijk ook zo dat veel medicatie ernstige bijwerkingen geeft en dat van veel nieuwe medicatie nog niet duidelijk is wat de gevolgen op lange termijn zijn.

Dit is een signaal uit de praktijk. Ik kan dit bericht op meerdere manieren uitleggen. Allereerst kan ik het opvatten als een afkeuring van het voorstel over dwangbehandeling dat de minister hier verdedigt, maar zo flauw wil ik niet zijn. Verder lees ik in het bericht dat er een kloof is tussen de Wet BOPZ die wij hebben en de uitvoeringspraktijken van allemaal heel verschillende mensen, behandelaars, patiënten, met hun eigen wordingsgeschiedenissen enzovoorts. In het ene geval zijn er psychiaters werkzaam die vrijwel nooit een beroep doen op de mogelijkheden van de wet en dus verre blijven van dwangbehandeling en wat daarmee samenhangt. In het andere gevallen zijn er psychiaters of behandelende artsen die daar relatief snel naar grijpen.

Dat baart mij zorgen. Formeel wensen wij mensen in gelijke gevallen gelijk te behandelen, maar in de praktijk ontstaat er een heel divers beeld. Er zit veel meer ruimte in de uitvoeringspraktijk dan wij op het eerste gezicht geneigd zijn te denken. Dan klemt ook de redenering van de minister en de claim dat een verruiming van de mogelijkheid van dwangbehandeling binnen de instelling nodig is voor effectieve zorg. Ik kan die claim niet zonder meer tot de mijne maken, al was het maar op grond van dit bericht. Er zijn heel verschillende geluiden uit het veld die beslist niet overeenstemmen met nut en noodzaak van deze verruiming. Daarom vraag ik de minister om dit onderdeel van het wetsvoorstel te herzien en ik vraag de steun van de collega's voor het amendement om dit zogezegd even op te zouten, want er moet natuurlijk een fundamenteel debat komen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Met interesse heb ik geluisterd naar het boeiende betoog van de heer Vendrik. Ik vraag mij naar aanleiding daarvan af hoe een wet eruit zou moeten zien om meer eenheid van handelen en van criteria te bevorderen en af te dwingen. De heer Vendrik heeft behoefte aan wat meer duiding. Dat kan ik mij voorstellen, maar naar mijn idee is het niet een wet die op voorhand aangeeft wat er moet gebeuren. Het is een wet waarin staat dat aan de gestelde criteria dient te worden voldaan indien tot de in de wet beschreven actie wordt overgegaan. Aan de insteek doen wij niets, want die zal inderdaad van persoonlijke attitude, karakter enzovoorts afhangen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De heer Van der Vlies heeft mij een ingewikkelde vraag gesteld. Deze opmerking kan hij beschouwen als een compliment. Wellicht is een antwoord op die vraag dat wij gezamenlijk tot de politieke vaststelling kunnen komen dat de BOPZ in dit opzicht niet goed functioneert. Het is immers nauwelijks een behandelwet die een indicatie geeft van de wijze van het omgaan met mensen met een psychiatrische stoornis. Dat hebben andere woordvoerders ook al gezegd. De BOPZ geeft alleen een ontsnappingsmogelijkheid als er, nadat de reguliere behandelprogramma's zijn gevolgd, geen andere mogelijkheid is dan iemand van de straat te halen. Daarop wordt dan een rechterlijke toets losgelaten. Misschien is dat het manco van de BOPZ op dit moment en zouden wij moeten constateren dat het, als verruiming van dwangbehandeling binnen instellin-

gen aan de orde kan zijn, pas mogelijk is om die stap te zetten op het moment dat er meer zicht is op en zekerheid over de huidige wijze van behandeling in tal van instellingen. Daarvan is nu naar mijn oordeel geen sprake. Tevens dient er inzicht te komen in de mogelijkheden die in allerlei opzichten onbenut blijven. Daarover dienen wij gezamenlijk een breed debat te voeren.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het is niet mogelijk om professionals tot conclusies te dwingen. Daarvoor zijn zij zelf verantwoordelijk. In de benadering van de heer Vendrik zie ik echter wel dat spanningsveld.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het is weliswaar gebruikelijk dat de politiek op afstand blijft als de kwaliteit van zorg moet worden bepaald, maar wij blijven wat dat betreft ook niet geheel onbesproken. Dat debat heeft in toenemende mate onze interesse. In het verleden heeft de politiek wellicht te vaak een formele positie ingenomen. Door alle tegenstrijdige signalen uit het veld worden wij nu echter wel degelijk gedwongen om politieke uitspraken te doen over wat onder "kwaliteit van zorg" dient te worden verstaan. Dat geldt ook voor dit debat.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb de uitleg van de heer Vendrik goed begrepen. Dat komt omdat die strookt met de wijze waarop wij dit wetsvoorstel hebben beschouwd. Wij zijn van mening dat het wellicht verstandiger was geweest om te wachten op de evaluatie van de BOPZ en de ideeën over de mogelijkheid van een behandelwet. De heer Vendrik blijft echter wel hangen in theoretische beschouwingen: dit zou beter zijn, dus wij doen het op die manier. In de praktijk doen zich tal van situaties voor waarin het onwenselijk is om niet over te gaan tot behandeling. Vaak is het ook niet in het belang van de patiënt om dat niet te doen. Daartoe strekt deze wetswijziging. Als de heer Vendrik loskomt van de theorie en afdaalt naar de praktijk – dat heeft mijn fractie gedaan – is hij dan nog steeds van mening dat er voor betrokkenen niets moet worden gedaan tot het moment dat er een behandelwet is?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik bestrijd met kracht dat ik een theoretisch verhaal heb verteld. Ik heb niet voor niets een mail voorgelezen van iemand die al jaren in psychiatrische instellingen werkt met het type cliënten waarover wij het vandaag hebben. Dat zijn mensen in hoge nood, soms totaal de weg kwijt en hun weerzin en weerstand maximaliserend tegenover de behandelaars waar zij iets mee moeten en waar zij geen zin in hebben. Dan moet ervoor gezorgd worden dat er iets tot stand komt. Over die mensen heb ik het.

Collega's hebben vandaag al alternatieven aangegeven alvorens dwangbehandeling, door de wetgever gelegitimeerd, de enig mogelijke optie is. Ik kan niet zeggen dat dit in alle gevallen een sluitend beeld is. Ik vind het echter te gemakkelijk om met de regering vast te stellen dat er voor een grote groep mensen geen andere mogelijkheid is dan verruiming van de mogelijkheid tot gedwongen behandeling. Het Trimbosinstituut heeft in het jaar 2000 of het jaar 2002 gezegd dat wij bij dwangbehandeling volstrekt in het duister tasten als het gaat om effectiviteit, nut en noodzaak. Dat vind ik nogal wat. Ik neem dus niet voor mijn rekening dat dit wetsvoorstel op dit onderdeel nuttig is, nodig is en het

## Vendrik

enige alternatief betekent. Ik heb echter wel oor voor de ongelooflijk ingewikkelde problemen waar behandelaars in de praktijk mee worstelen.

Bij een dergelijke herziening zal alle aandacht gegeven moeten worden aan alternatieven voor dwangbehandeling en de algemene condities voor goede zorg in de ggz. Dat betreft bestaande zorgvoorzieningen voor mensen met psychiatrische klachten, kwaliteit, toegankelijkheid en aanbod van crisisdiensten, voldoende personeel op gesloten afdelingen, dag en nacht. Wij krijgen berichten uit de praktijk dat ook zonder deze wet het aantal keren dat mensen in de isoleercel worden gestopt, teruggedrongen kan worden. Dat kan dus ook zonder verruiming van de mogelijkheid tot dwangbehandeling binnen de instellingen. Die verruiming is daarvoor niet nodig. Ik neem aan dat dergelijke initiatieven ook de grote voorkeur hebben van de beide bewindslieden, de minister van VWS voorop. Wat doet hij eraan om dat maximaal te bevorderen? Wat maakt deze wet op dit moment noodzakelijk?

Ook als een Kamermeerderheid dit onderdeel van de wet wil accepteren, valt er nog wat te verbeteren. Ik doel op het klachtrecht. De Raad van State adviseerde op dit punt een verbetering. Ik heb daarover een amendement ingediend. Instellingen behoren cliënten schriftelijk te informeren over belangrijke beslissingen, de mogelijkheid tot klagen en de mogelijkheid om een patiëntenvertrouwenspersoon in te schakelen. Daarmee versterken wij de positie van de patiënt en de instelling op het moment dat verruiming van de dwangbehandeling wet wordt.

Wij hebben minder moeite met het voorstel voor de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. De Hoge Raad heeft in 2005 een uitspraak gedaan waardoor die alleen kan worden verleend als de patiënt daar uitdrukkelijk en actief mee instemt. Daarom wordt in dit wetsvoorstel de eis van uitdrukkelijke instemming van de patiënt afgezwakt. De behandelaar moet wel trachten om die instemming te verkrijgen. Als dat niet lukt, moet de reden daarvoor in het behandelplan worden vermeld, zodat de inspanning van de behandelaar toetsbaar is. Deze wijziging is voor ons op dit moment aanvaardbaar. In zeker zin herstelt het een eerdere praktijk die voor ons politiek aanvaardbaar is. Ik koppel daaraan dat ook hier de positie van de cliënt moet worden versterkt. Ik heb daarop het amendement op stuk nr. 15 ingediend, dat regelt dat de rechter bij het besluit over een voorlopige rechterlijke machtiging desnoods een vertegenwoordiger van de betrokkene moet horen, zoals wel vaker in de gezondheidszorg gebruikelijk is.

De **voorzitter**: Ik zit in een dilemma. Ik moet de vergadering schorsen om de bewindspersonen de gelegenheid te geven om hun antwoord voor te bereiden. Ik wil dat echter graag combineren met de dinerpauze. Ik zie dat iedereen daarmee kan instemmen.

De vergadering wordt van 17.42 uur tot 19.10 uur geschorst.



Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in eerste termijn. Namens de regering breng ik de felicitaties over aan mevrouw Bouwmeester. Zij heeft een welluidende maidenspeech gehouden,

waarin haar standpunt duidelijk naar voren kwam. Ik wens haar een mooie tijd toe in de Tweede Kamer. Dat het maar lang moge duren. Overigens, als het heel goed gaat, duurt het misschien niet zo lang.

Ik begin met een citaat. De Tweede Kamer stelt: "Wij zijn niet overtuigd dat aan de zo noodzakelijke algehele herziening van deze wet nog een partiële wet moet voorafgaan." Het antwoord van de regering op deze vraag luidt aldus: "Van een partiële wijziging heeft geen vertraging voor de totstandkoming van een geheel nieuwe wet te worden gevreesd. Wachten op algehele herziening zou de regering betreuren. Hoezeer met herziening ook spoed zal en moet worden betracht, onvermijdelijk zal er nog geruime tijd mee gemoeid zijn, eer een geheel herziene wet in werking zal kunnen treden." Deze teksten zijn niet afkomstig van de huidige Kamer, noch van de huidige regering. Het betreft passages uit een memorie van antwoord uit de jaren zestig bij een wijziging van de voorloper van de Wet BOPZ, de Krankzinnigenwet. Nadien heeft het nog zeer vele jaren geduurd voordat die algehele herziening is gekomen. Dat is geen wonder, want het gaat om een gevoelige en complexe materie.

Er is nu een vergelijkbare vraag gesteld over de BOPZ. De Kamer voelt het al aankomen. Ik weet dat er in grote delen van de Kamer een wens is om tot een algehele herziening van de wet en een behandelwet te komen. Er zijn echter duidelijke noden in het veld. De leemtes in de wet proberen wij nu op te vullen. Wij hechten er veel belang aan om veranderingen tot stand te brengen en ik heb met genoegen kunnen vaststellen dat een meerderheid in deze Kamer genegen is om de regering daarin te steunen.

Mevrouw **Kant** (SP): Komt u nog terug op de behandelwet?

Minister **Hoogervorst**: Ja, daar kom ik nog op terug.

De **voorzitter**: Ik wil de minister nu minstens een kwartier geven om zijn verhaal op te bouwen en dat wil ik straks ook bij minister Hirsch Ballin zo doen.

Minister **Hoogervorst**: Er is gekozen voor een combinatie van twee wetsvoorstellen. Beide wijzigingen zijn partiële wijzigingen van de wet. Ze beogen een betere aansluiting van de Wet BOPZ op de praktijk. Voor beide wijzigingsvoorstellen geldt dat het veld een dringende behoefte voelt om deze wijzigingen spoedig te realiseren. De heer Vendrik heeft een brief gekregen van een psychiater die deze wetswijziging niet nodig vond. Er zullen ongetwijfeld doortastende psychiaters zijn die wel uit de voeten kunnen met de ruimte die de huidige wet biedt, maar een overgroot deel van de behandelaars voelt wel degelijk een behoefte aan verandering. Wij hebben er om pragmatische redenen voor gekozen om beide onderwerpen te combineren in één wijzigingsvoorstel.

Diverse sprekers hebben gevraagd naar de stand van zaken bij de behandelwet, onder anderen mevrouw Kant. De evaluatie die nu gaande is, nadert haar eind. Ik verwacht dat die rapportage de Kamer rond maart zal bereiken. Het gaat hierbij om een breed samengestelde commissie van deskundigen, belangenbehartigers en ambtelijke adviseurs. Zij zal binnenkort advies uitbrengen over de wenselijkheid van een vernieuwd wettelijk

## Hoogervorst

stelsel. Ik heb al eerder gezegd dat daarbij geen enkele sprake is van welk taboe dan ook. Er kan worden ingegaan op dwang bij ambulante behandeling: als er het brede gevoelen leeft dat er een geheel nieuwe wet – "behandelwet" of hoe je die ook mag noemen – moet komen, kan dat; ik kan me daar gezien het feit dat de huidige wet met horten en stoten tot stand is gekomen en een beetje een lappendeken is geworden, wel iets bij voorstellen. Ik kan me ook voorstellen dat het een goede zaak zou zijn dat een nieuwe wet, ook al is er inclusief de wijzigingen die vandaag voorliggen geen sprake van radicale veranderingen, versilde van de huidige praktijk omdat alles wat beter en helderder is opgeschreven en op een aantal onderdelen verder wordt gegaan. Daar bestaat allemaal dus geen taboe op. Ik heb oprecht geen inzicht in waar de commissie op gaat uitkomen, maar men kan er redelijk van overtuigd zijn dat alle gevoelens van de Kamer in de evaluatie zullen terugkomen. Daarmee heb ik volgens mij deze vraag van mevrouw Van Miltenburg beantwoord. Ook heb ik al aangegeven dat de Wet BOPZ allang geen loutere opnamewet meer is: zeker met deze wijzigingen biedt ze veel mogelijkheden tot behandeling; die eenzijdige oriëntatie is er allang uit.

Om een betere aansluiting te krijgen van de Wet BOPZ op de huidige praktijk, zijn vandaag twee belangrijke wetswijzigingen aan de orde: de verruiming van de voorwaardelijke machtiging en de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Er was een reparatie nodig vanwege de uitspraak van de Hoge Raad dat zonder een expliciete toestemming voor een voorwaardelijk machtiging de huidige wettekst zulks niet toelaat en dat de in de praktijk ontwikkelde paraplumachtiging niet conform de wet is. De hele Kamer, op mevrouw Agema na, deelt deze gedachte. Welnu, met die reparatie zijn we nu bezig. In dit wetsvoorstel staat dat het voldoende is dat het behandelingsplan na overleg met de patiënt is opgesteld en dat de rechter oordeel is dat redelijkerwijs mag worden verwacht dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. Daarmee zal de werking van de wet in de praktijk hetzelfde zijn als destijds de paraplumachtiging. Natuurlijk is alles anders, zorgvuldiger geformuleerd. De paraplumachtiging was in de praktijk ontstaan, maar de werking van deze aanpassing zal identiek zijn.

Er is een groot aantal vragen over de betekenis van dit wetsvoorstel gesteld. Ik loop ze hierbij af. De vraag over de paraplumachtiging heb ik zonet beantwoord. Mevrouw Van Miltenburg had een tamelijk principiële vraag: waarom maak ik het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt ondergeschikt aan het algemeen belang en kunnen behandelaars niet meer doen met de huidige mogelijkheden die de wet biedt? Ik bestrijd dat het zelfbeschikkingsrecht ondergeschikt wordt gemaakt. Wel wordt het zelfbeschikkingsrecht enigszins ingeperkt. Daarom heb ik de inbreng van mevrouw Agema ook niet begrepen. Ik heb de indruk dat zij de betekenis van de wet niet goed heeft begrepen, want deze wet maakt het juist gemakkelijker om een patiënt tegen zijn wens in te behandelen, ook zonder dat deze is opgenomen. Als zij van mening is dat mensen met een slecht inzicht in hun ziektebeeld in de huidige praktijk te vaak aan hun lot worden overgelaten en dat strikter toezicht nodig is, dan wordt daaraan met dit wetsvoorstel tegemoetgekomen. Ik denk dat zij echt niet heeft begrepen wat de strekking van dit onderdeel van het wetsvoorstel is.

Tot inperking van iemands zelfbeschikkingsrecht wordt alleen overgegaan wanneer de nood hoog is. Daarbij moet namelijk tussen twee kwaden worden gekozen, namelijk de inperking van het zelfbeschikkingsrecht en de mogelijkheid dat een patiënt volledig verloedert, omdat hij aan zijn lot wordt overgelaten. Als dat laatste gebeurt, kan iemands geestelijke en lichamelijke gesteldheid in snel tempo slechter worden. Het kan dus, vanwege zijn slechte inzicht in zijn ziektebeeld, in het belang van de patiënt zijn dat hij tegen zichzelf in bescherming wordt genomen en dat zijn zelfbeschikkingsrecht wordt ingeperkt. De wet biedt daarvoor naar de huidige maatstaven onvoldoende ruimte. Iedereen vond de paraplumachtiging dan ook een nuttig instrument. Nu de Hoge Raad heeft gesteld dat de wet de paraplumachtiging niet toestaat, is deze reparatie dringend nodig.

In het wetsvoorstel wordt gebruikgemaakt van een aantal open termen. Ik denk daarbij aan het begrip redelijkerwijs. Ik begrijp goed dat daarover vragen zijn gesteld, maar ik denk dat men niet van mij mag verlangen dat ik een theoretische invulling ga geven aan deze begrippen. Hoe die begrippen zullen worden ingevuld, is afhankelijk van de omstandigheden waarin een patiënt verkeert en de wetenschappelijke inzichten die in een beroepsgroep ontstaan.

Het is nooit helemaal zeker of iemand zich aan de voorwaarden zal houden. Geen enkele psychiater kan daarover van tevoren zekerheid geven. Ik denk echter wel dat een psychiater naar zijn beste kunnen een verstandige inschatting kan maken van de waarschijnlijkheid dat een bepaalde patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. Die verstandige inschatting wordt gemaakt op basis van informatie van de behandelaar en informatie over het verleden. Deze inschatting dient natuurlijk geobjectiveerd te worden en toetsbaar te zijn, omdat een rechter zich over deze inschatting een goed oordeel moet kunnen vormen. Daartoe strekt de term redelijkerwijs. Ik ga het dus niet vanuit Den Haag invullen, hetgeen onverlet laat dat de beroepsgroep er verstandig aan doet om hiervoor protocollen te ontwikkelen. Dat doet men overigens ook. Zo wordt op dit moment gewerkt aan protocollen waarin grofmazig wordt aangegeven hoe in bepaalde omstandigheden met bepaalde typen patiënten moet worden omgegaan en hoe deze begrippen ingevuld dienen te worden. Het is echter aan de beroepsgroep zelf om dit te doen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Beroepsgroepen zijn bereid en in staat om een professionele afweging te maken. Ik zou dan ook zelf naar een psychiater gaan wanneer ik ziek word. De vraagtekens die op dit punt bij het wetsvoorstel zijn gezet, betreffen echter de vraag of de beroepsgroepen voldoende ruimte laten voor de mening en de wens van de patiënt. Met het oog hierop hebben velen problemen met open termen als redelijkerwijs. Hoe ga je hierop toezicht houden?

Minister **Hoogervorst**: Natuurlijk dient een behandelaar altijd rekening te houden met de mening van de patiënt. Hij zal ook niet tot zijn oordeel kunnen komen voordat hij uitvoerig met de patiënt heeft gesproken. Hij kan echter in die gesprekken vaststellen dat een patiënt over een heel gebrekkig ziekte-inzicht beschikt en dat hij niet van plan is om zich aan een behandelingsplan te committeren. De behandelaar kan daarbij het gevoel hebben dat de patiënt desalniettemin in de praktijk geneigd zal zijn

## Hoogervorst

om dat plan te volgen. Dat is een subjectieve inschatting die de professional op grond van zijn ervaring moet maken. Het blijft een heel delicate kwestie, maar in de praktijk is het een buitengewoon nuttig instrument. Als de patiënt of zijn omgeving het er niet mee eens is, dan kunnen zij altijd een klacht indienen. Ik kom overigens later nog te spreken over de positie van de patiënt, bij de behandeling van de amendementen. De patiënt heeft een heel arsenaal aan mogelijkheden tot zijn beschikking.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is een lastig antwoord. Het gaat mij niet om de vraag of professionals in de geest van de wet willen handelen of het feit dat de positie van cliënten per definitie door een dergelijke open normstelling niet tot haar recht komt. Het punt is dat de rechter een en ander moet toetsen. Als de minister niet kan aangeven wat die open normen betekenen, hoe moet de rechter dat dan doen? Als de rechter vervolgens ook niet weet hoe hij die moet toetsen, dan geeft de wet de facto een vrijbrief af aan de behandelend psychiater.

Minister **Hoogervorst**: Als dat waar was, dan was de Wet BOPZ ten principale onuitvoerbaar. Die wet draait namelijk steeds om dit soort beslissingen en om adviezen en behandelingsplannen van de geneesheer die vervolgens door de rechter worden getoetst. Dat is hier niet anders. Het enige verschil is dat er meer ruimte aan de patiënt wordt gelaten want er is nog sprake van enig vertrouwen. Ook als de patiënt beschikt over een zeer gebrekkig ziekte-inzicht, kunnen wij er redelijk op vertrouwen dat hij het behandelingsplan volgt. Als hij dat niet doet, dan kan hij alsnog worden opgenomen. De beslissing is minder vergaand dan een gedwongen opname. Er wordt een stap daarvoor gezet; hopelijk komt het nooit tot de definitieve stap van gedwongen opname. Wij hebben in Nederland een heel redelijke praktijk rond de gedwongen opname vanuit de BOPZ dus waarom zou er met deze minder vergaande optie geen redelijke praktijk mogelijk zijn? De beslissingen zijn precies hetzelfde.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat was mijn vraag niet. Mijn vraag is in hoeverre uit een wet, uit hoofde waarvan een minder vergaande vorm van behandeling kan worden opgelegd aan iemand die in psychische nood verkeert, een werkbare praktijk kan worden gecreëerd die ook voor de rechter toetsbaar is. Daar ging de discussie over.

Minister **Hoogervorst**: Net zoals het nu ook bij de volledig gedwongen opname mogelijk is, moet het met deze minder vergaande maatregel ook mogelijk zijn. Ik zie heus wel ruimte voor verbetering in de praktijk. Ik zie ruimte voor protocollering rond gedwongen opname en gedwongen behandeling. Die praktijk is nog sterk in ontwikkeling; de beroepsgroep moet zich daar nog verder in bekwamen. Waarom zou het wel voor de verdergaande maatregel van de gedwongen opname kunnen en niet hiervoor?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik houd de minister nogmaals voor dat het mij niet gaat om de vraag of deze minder vergaande optie en de wijze waarop deze in het wetsvoorstel is voorgesteld, met een voorwaardelijke machtiging, wenselijk is. Het gaat mij puur om de

volgende vraag. Er wordt een open normstelling gehanteerd waarbij de vraag gerechtvaardigd is, en zelfs gesteld moet worden in dit debat, in hoeverre deze een werkbare praktijk oplevert waarbij de rechterlijke toets nog betekenis heeft. De minister doet het voorstel dus laat hij mij uitleggen waarom dat bij aannahme van dit wetsvoorstel haalbaar is.

Minister **Hoogervorst**: In elk geval is een gesloten normstelling naar mijn mening echt onmogelijk. Ik denk dat dit in de praktijk heel goed kan werken. Onze professionals in het veld zijn in staat om daar professioneel en secuur mee om te gaan.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Een norm kan natuurlijk nooit helemaal dicht worden getimmerd, maar de subjectiviteit mag geen eigen leven gaan leiden. Tenzij de minister zegt: wij houden het zo en laten het aan de rechter over om normen te stellen, zodat er toch in individuele gevallen kan worden getoetst. Als hij dat wil, dan kunnen wij daarover onze mening vormen en bezien wat wij met dit wetsvoorstel doen. Enerzijds zegt hij dat hij dat niet kan doen, anderzijds gaat hij niet in op de invulling die behandelaars eraan moeten geven. Er is geen moment waarop de cliënt dan wel zijn vertegenwoordiger hierop invloed kan uitoefenen.

Minister **Hoogervorst**: Het gaat om zeer complexe, individuele omstandigheden. Ik kan hier niet precies zeggen wat in een bepaalde situatie redelijk of onredelijk is. Die inschatting is primair aan de professional, nadat hij voor zover mogelijk heeft overlegd met de patiënt. Die praktijk kennen wij nu ook al. Indien mevrouw Koşer Kaya eraan twijfelt of dat zo kan, stelt zij eigenlijk de hele Wet BOPZ ter discussie. De afwezigheid van spijkerharde in de wet vastgelegde normen zou er in die gedachtegang toe moeten leiden dat wij niemand meer kunnen opsluiten omdat hij een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Nogmaals, het gaat niet om spijkerharde normen. Er moet echter wel een zekere rode lijn zitten in die subjectieve invulling en die geeft de minister niet aan.

Minister **Hoogervorst**: Die rode lijn zit wel degelijk, weliswaar grofmazig, in de wet door het opnemen van woorden als "redelijkerwijs". In de wetgeving en rechtspraak zijn dit soort begrippen vrij gangbaar. De minister van Justitie kan daar een nog zorgvuldiger antwoord op geven dan ik probeer te doen.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister zei zojuist dat ik waarschijnlijk de betekenis van het wetsvoorstel niet goed heb begrepen. Dat is nogal een uitspraak. Hij betoogde dat het wetsvoorstel opname gemakkelijker zou maken. Dat geldt inderdaad voor het tweede deel, de dwangbehandeling. Het eerste deel, de voorwaardelijke machtiging – de minister noemt dit een reparatie – maakt het ontslag juist gemakkelijker. Iemand die vooraf aangeeft geen medicatie te willen slikken ondanks dat de behandelaar dat wel noodzakelijk acht, kan een voorwaardelijke machtiging krijgen. Dat vindt nu ook al plaats, maar het voorstel is een vergemakkelijking van de regeling en maakt opname juist moeilijker.



## Hoogervorst

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Kant heeft op dit punt ook een vraag gesteld. Het gaat niet alleen om ontslag maar ook om situaties waarin iemand zware psychische problemen krijgt. Die problemen zijn vaak niet zwaar genoeg om meteen tot opname over te gaan, maar het is wel een linke boel. Stel dat een jongere zware aanvallen krijgt van schizofrenie met psychoses. Als zo'n persoon niet trouw elke dag zijn medicijnen slikt, gaat hij onherroepelijk naar de bliksem. In zo'n geval is het gedwongen laten opnemen een vergaande maatregel. Met dit wetsvoorstel wordt het mogelijk om tegen hem te zeggen: er is een behandelplan voor je, je moet elke dag je medicijnen slikken en als je je daaraan niet houdt, kun je alsnog gedwongen worden opgenomen. Die gedwongen opname komt dan dus boven zijn hoofd te hangen. In dat licht is het een "verstrenging" – in dit verband is dat eigenlijk een ongelukkig woord – een inperking van zijn vrijheid. Die inperking is echter geen doel op zich maar een middel om de persoon te helpen. Mevrouw Agema denkt dat dit voorstel een versoepeling is, maar dat is het niet. Het biedt juist meer mogelijkheden aan de medici om de zelfbeschikking van deze personen in te perken en hen tegen hun ziekte te beschermen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het gaat mij er niet om of iemand van tevoren nu wel of niet opgenomen was. Wij vinden dat commitment aan de samenleving belangrijker is dan de voorgestelde wetswijzigingen en blijven bij ons standpunt.

Minister **Hoogervorst**: Ik vind het vooral belangrijk dat mensen die nog een kans op herstel hebben die kans krijgen. Er zijn veel mensen met een geestelijke stoornis die, hoewel zij hun beperkingen hebben, nog een heel fatsoenlijk leven kunnen leiden. Als zij maar trouw hun medicijnen slikken en trouw naar therapie gaan. U lijkt voor te stellen al die mensen voor de zekerheid maar op te bergen. Daar voel ik dus helemaal niks voor. Dat zou een partij voor de vrijheid ook niet moeten willen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is dus precies waar wij voor staan. De kranten staan vol van voorbeelden waarin het mis is gegaan. Dat willen wij voorkomen.

Minister **Hoogervorst**: U haalt allemaal dingen door elkaar, want u hebt het nu over tbs'ers en dat is hier helemaal niet aan de orde. Dat is een heel andere discussie. Een partij die zegt voor vrijheid te zijn, zou wat zorgvuldiger over dit soort dingen moeten praten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben het met de minister eens dat in de wet een aantal open termen zijn opgenomen die wij vooral niet dicht moeten timmeren, omdat wij vrijheid moeten laten aan professionals. Het is namelijk afhankelijk van de situatie waarin een patiënt verkeert, de ervaring die een behandelaar met een patiënt heeft en noem maar op. Wij geven natuurlijk wel meer vrijheid aan behandelaars om die open termen in te vullen. Ik heb aan de minister gevraagd wat hij van het idee vindt om die open termen gedurende het eerste jaar te monitoren om te kijken wat de gemene deler is en op welke manier die termen door het veld worden ingevuld. Op die manier kunnen wij tot een landelijke afstemming van deze open termen komen. Je kunt het ook nieuwe criteria noemen. Daarbij moet zoveel

mogelijk worden gestreefd naar eenheid van behandeling. Ik hoorde de minister net zeggen dat hij dit vooral aan het veld overlaat. Ik zou eigenlijk de toezegging van de minister willen hebben dat het komende jaar hierop wordt gemonitord en dat wij daarin een jaar na inwerkingtreding van de wet inzicht krijgen.

Minister **Hoogervorst**: Daarop doe ik een meer algemene toezegging. De inspectie is bezig met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, ook voor de ggz. Daar zou dit misschien in mee kunnen worden genomen. Bovendien is het hele veld van de curatieve zorg bezig met de ontwikkeling van kwaliteitsnormen inzake 80 aandoeningen, zowel somatisch als psychisch, waaraan het veld moet voldoen. Ik kan op dit moment niet precies beoordelen hoe de instrumenten die hier gebruikt moeten worden, daarin zouden passen. Ik zeg wel toe dat wij in de praktijk rond de BOPZ methoden moeten vinden om dit in de twee genoemde trajecten in te passen, zodat het minder vrijblijvend wordt. Het initiatief moet echter bij de beroepsgroep zelf liggen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben gedeeltelijk tevreden met het antwoord. Ik wil gewoon de toezegging dat wij binnen een jaar te horen krijgen hoe het in de praktijk gaat als de wet wordt verruimd met deze criteria. Alle instrumenten die de minister nu al inzet, zijn hartstikke goed. Ik wil echter gewoon de garantie hebben dat wij door middel van een evaluatie na een jaar horen hoe het in het veld gaat als wij de mogelijkheden verruimen om mensen gedwongen op te nemen. Ik wil de absolute garantie hebben dat het middel op een juiste manier wordt ingezet.

Minister **Hoogervorst**: Er loopt een evaluatie van de BOPZ. Ik zal deze suggestie bekijken, want ik weet niet hoe realistisch het is om binnen een jaar een gedegen evaluatie te verwachten. Laat ik u voorstellen dat wij zowel de mogelijkheid van een evaluatie als de normontwikkeling in de toepassing van de BOPZ in het kader van de twee genoemde trajecten nog eens nader bezien. Dan zal mijn opvolger ervoor zorgen dat er bij de bespreking van de evaluatie in de Kamer een brief ligt met daarin informatie over die dingen en een duidelijk voorstel. Dat lijkt mij het beste wat ik u op dit moment kan bieden. Het is voor mij erg makkelijk om mijn opvolger met allerlei evaluaties op te zadelen, maar dat lijkt mij toch niet helemaal verstandig.

Mevrouw **Bouwmeester** heeft gesuggereerd dat het zo zou kunnen zijn dat de inbewaringstelling wordt benut omdat de procedure voor de voorwaardelijke machtiging te lang duurt. Het is mogelijk dat dit gebeurt, vandaar dat wij die procedure nu aan het versoepelen zijn. Dan is er geen enkele reden meer om naar het middel van de ibs te grijpen. Deze regeling wordt dan immers veel soepeler.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vind het heel erg zorgwekkend dat ik vanuit de praktijk signalen heb gekregen dat de ibs vaker wordt ingezet dan waarvoor zij eigenlijk bedoeld is. Het is goed dat de procedure nu wordt versoepeld. Ik hoop dat dit zal bijdragen aan een afname. Als de minister echter zegt dat het zo kan zijn, dan vind ik dat nogal wat. De vrijheid van personen wordt ingeperkt, door oneigenlijk gebruik te maken van de ibs.

## Hoogervorst

Minister **Hoogervorst**: De praktijk zit nu eenmaal met een leemte in de wet. Ik weet echt niet in hoeverre dit nu gangbare praktijk is. Ik heb die signalen niet ontvangen. In ieder geval is daartoe straks, als wij dit hebben aangenomen, geen enkele reden meer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Bent u bereid, er onderzoek naar te doen in hoeverre dit speelt in de praktijk?

Minister **Hoogervorst**: Dat lijkt mij op dit moment niet zinvol. Als het al een probleem is, dan gaan wij het nu oplossen. Dan heeft het geen zin om te bezien of het een probleem is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Die signalen krijg ik vanuit het veld. U zegt dat zal dan wel zo zijn. Ik neem die signalen heel serieus. Bent u bereid om te onderzoeken in hoeverre dat speelt? Bent u ook bereid om dat mee te nemen bij de derde evaluatie BOPZ? Ik neem aan dat het er al bij inzigt. Ik wil graag dat u er op dat moment op terugkomt.

Minister **Hoogervorst**: Ik denk niet dat dat zinvol is, eerlijk gezegd. Wij onderzoeken ons al suf. Laten wij vooral dingen onderzoeken die wij niet oplossen. Dit lossen wij immers op.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd wie er verantwoordelijk is als er iets misgaat in het geheel. Dat een behandelaar heeft verklaard dat hij verwacht dat de patiënt zich aan de voorwaarden zou houden, betekent natuurlijk niet dat hij verantwoordelijk is voor het gedrag van de patiënt gedurende de voorwaardelijke machtiging. Wel van belang is dat hij aan de rechter de juiste informatie heeft verschaft over het verleden en over de gezondheidstoestand van de patiënt, en dat de behandelaar daarna goed in de gaten heeft gehouden of de patiënt zich aan de voorwaarden houdt en of die voorwaarden voldoende zijn om het gevaar af te wenden. Daar zijn ook vragen over gesteld door mevrouw Joldersma. De familie speelt daarin ook een belangrijke rol. De behandelaar moet daar verantwoording over kunnen afleggen voor de rechter. Hij weet dat het tot een beklagprocedure kan komen tot en met de Hoge Raad, dus hij moet echt zorgvuldig handelen. Daarmee heb ik de vraag van mevrouw Joldersma ook beantwoord.

Mevrouw Koşer Kaya heeft gevraagd of er experimentele behandelingen in een behandelingsplan voorkomen. Dat is niet het geval. Voor experimentele behandelingen gelden speciale regels, waarbij instemming cruciaal is. Het is dus niet nodig om dat via de BOPZ te verbieden. Het mag gewoon niet. Mevrouw Kant vroeg of de geneesheer-directeur niet gewoon een van de vele staftypes in de zorg is, die helemaal geen voeling meer hebben met de patiënten. Natuurlijk lopen er in de ggz ook staffunctionarissen rond, maar mijn indruk is dat de geneesheer-directeur nog steeds vooral geneesheer is en ook zelf kijkt naar de patiënt. Mevrouw Koşer Kaya heeft gevraagd of het punt van de stabiele thuissituatie wordt meegewogen bij het verstrekken van een voorwaardelijke machtiging. Het gaat erom dat het gevaar buiten het ziekenhuis afgewend moet kunnen worden. De thuis-situatie kan daarbij natuurlijk een heel belangrijke rol spelen, overigens zowel pro als contra. Als de problemen

voortkomen uit de thuissituatie, is dat natuurlijk een negatieve indicatie.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als zo'n beslissing wordt genomen, moet er goede controle plaatsvinden. Er moet ook goed worden bekeken of de omgeving een positieve invloed heeft. Daarnaast moeten controlemomenten worden ingebouwd.

Minister **Hoogervorst**: Daar hebt u gelijk in. Ik heb net al gezegd dat controle erg belangrijk is, zeker in dergelijke penibele situaties. Er moet goed op worden toegezien dat het behandelplan wordt nagevolgd. Het allerbeste is uiteraard als de familie daarbij kan worden ingeschakeld.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het is mij nog niet helemaal duidelijk hoe de controle zal plaatsvinden. Is de wijze van controleren afhankelijk van het behandelplan?

Minister **Hoogervorst**: Ik vind niet dat ik daar van hieruit iets over kan zeggen. De wijze van controleren hangt sterk af van de omstandigheden, van de ernst van de problematiek van de patiënt en van de ondersteuning die hij in huiselijke kring heeft. Als het bijvoorbeeld om een jongere van twintig gaat – schizofrenie treedt meestal rond die leeftijd op – die nog gewoon thuis woont, kan de zaak waarschijnlijk door goed contact met de familie heel goed in de gaten worden gehouden. Bij mensen die op zichzelf wonen, zal er naar andere oplossingen moeten worden gezocht.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De frequentie van de controles hangt dus nauw samen met de factoren die u noemde. Het is dan wel van belang dat er adequate afstemming plaatsvindt.

Minister **Hoogervorst**: Daar is de behandelaar verantwoordelijk voor. Dit aspect kan misschien ook worden meegenomen in het kwaliteitsonderzoek.

Het zou niet goed zijn, zeg ik tegen de heer Van der Vlies, om betrokkenheid van de familie verplicht te stellen. De rol van de familie kan immers in sommige situaties heel contraproductief zijn. Ik neem aan dat hij dat begrijpt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat is zelf een conditie waaronder ik mijn vraag stelde. Ik heb die gevallen uitgesloten. Ik had verplicht stellen tussen aanhalings-tekens staan. Daar waar er een normale verhouding is, mag verondersteld worden dat het meer dan verstandig is om de ouders of de familie erbij te betrekken. Dat heb ik willen zeggen. Dat kan uiteraard alleen in gevallen waarin dat redelijkerwijs mogelijk is.

Minister **Hoogervorst**: De behandelaar zou gek zijn om in zo'n geval de familie er niet bij te betrekken, daar ben ik het mee eens. Alleen al omdat het de behandelaar enorm veel tijd kan schelen, lijkt dit me een zeer voor de hand liggende oplossing. Ik vind deze oplossing zelfs zo voor de hand liggend, dat ik het niet nodig vind om het de behandelaars te vertellen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het is jammer dat ik uit de praktijk soms toch andere verhalen hierover hoor. Ik kan niet checken of de klachten hierover terecht zijn. Sommige familieleden voelen zich niet optimaal ingezet.

## Hoogervorst

Minister **Hoogervorst**: Dat kan in de praktijk best voorkomen. Ik zou nu over willen gaan naar het onderwerp dwangbehandeling.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik had nog een vraag over het voorgaande. Patiëntenorganisaties hebben het idee dat het nogal eens voorkomt dat instellingen de voorwaardelijke machtiging gebruiken om van een lastige cliënt af te komen. Dat mag natuurlijk nooit een reden zijn om zo'n voorwaardelijke machtiging aan te vragen. Het is de bedoeling dat er in principe altijd enige mate van overeenstemming is tussen de cliënt en de instelling over het nut van het voortzetten van de behandeling buiten de instelling.

Minister **Hoogervorst**: Daar moeten uiterste pogingen toe worden ondernomen. Alleen in het andere uiterste geval moet het op de manier verlopen die deze wet mogelijk maakt. Het welzijn van de patiënt moet altijd vooropstaan. Het mag natuurlijk nooit een instrument zijn om van lastige cliënten af te komen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik hoor u nu dus zeggen dat een cliënt die alleen binnen en niet buiten een structuur behandeld wil worden, dan ook binnen wordt behandeld. Wat de patiënt wil, gebeurt dus.

Minister **Hoogervorst**: Als een patiënt dat wil, gaan wij over op vrijwillige behandeling. Dat is een heel andere situatie dan die waarin wij in de regel dit instrument gebruiken. Over de vrijwillige behandeling heb ik het nog tijdens de bespreking van de amendementen.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik heb de minister nog om een reactie op de uitspraak van de Raad van State gevraagd.

Minister **Hoogervorst**: Daar komt de minister van Justitie op terug.

Mevrouw **Kant** (SP): Komt de minister ook terug op de adviescommissies?

Minister **Hoogervorst**: Ik weet niet of daarvan in een amendement sprake is.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, daarvan zal sprake zijn in een motie als u daar niet op ingaat.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben niet voor het invoeren van wettelijk verplichte adviescommissies en ook niet voor het wettelijk afdwingen van protocollering. Ik wil dat betrekken bij de kwaliteitsprogramma's waar ik het net over had. Ik acht het geen goede zaak om een verplichte adviescommissie in het leven te roepen. Dit is echt een zaak van het veld.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat lijkt mij ook iets te ver gaan. Daarom zei ik dat het veld om pilots vroeg en vroeg ik om daarmee te experimenteren. Dat lijkt mij een heel goed idee, want dan weten wij hoe het werkt en wat er al dan niet de voor- en nadelen van zijn. Een dergelijke pilot moet wel worden gefaciliteerd. Is de minister bereid om dat te doen?

Minister **Hoogervorst**: Eigenlijk ben ik daar niet toe

bereid. Ik vind dat het veld dat zelf van de 3 mld. die in de ggz omgaat, moet betalen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan komt er alsnog een motie, al hebben wij het besproken.

Minister **Hoogervorst**: Goed.

Het eerste deel van het wetsvoorstel betreft een reparatie. Het tweede deel betreft de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Voorgesteld wordt om een patiënt onder dwang te behandelen als het gevaar dat betrokkene door een geestesstoornis doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Ik ben het overigens met mevrouw Kant eens dat dit niet helemaal helder is geformuleerd in, als ik mij niet vergis, artikel 38c. Daarom heeft de Kamer een derde nota van wijziging ontvangen. Mevrouw Kant heeft preciezer gelezen dan wij. Dat is dus heel mooi werk. Dit is overigens geen poging om het bestwilcriterium opnieuw in te voeren. Dat was in feite een niet nader genormeerd professioneel inzicht van de behandelaar. Het nieuwe criterium is wel genormeerd: er is altijd een koppeling met het gevaar. Daardoor is de drempel hoger dan in de oude praktijk. Sommige mensen vormen in de beschermde omgeving van de psychiatrische kliniek natuurlijk geen gevaar voor zichzelf of anderen, maar buiten de kliniek wel. Van hen kan bekend zijn dat zij daar weer in grote problemen komen, terwijl zij daar niet adequaat kunnen worden behandeld. Dit wetsvoorstel is er dus eigenlijk om te voorkomen dat mensen nodeloos lang in een kliniek worden gehouden om dat gevaar te bezweren. Het is er ook om, zolang zij in de kliniek zijn, adequate behandeling mogelijk te maken. In Nederland worden separatie en isolatie uitzonderlijk veel toegepast in vergelijking met het buitenland. Met dit wetsvoorstel kan dit worden teruggedrongen. In andere landen bestaan meer mogelijkheden met dwangmedicatie. Daarmee kunnen mensen veel beter worden geholpen dan met zware middelen zoals separatie en isolatie. Vandaar dat wij de overtuiging hebben dat de behandelmethodes voor het welzijn van de patiënt met dit wetsvoorstel sterk kunnen worden verbeterd.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De minister spreekt zijn hoop en verwachting uit, maar is het ook een opdracht aan de sector om op basis van het wetsvoorstel daadwerkelijk minder over te gaan tot het nemen van dit soort maatregelen?

Minister **Hoogervorst**: Het toepassen van maatregelen, zoals separatie, is in ieder geval iets dat heel nauwkeurig in de gaten wordt gehouden door de inspectie. Wij zullen dat dus heel snel kunnen zien. Ik vind inderdaad dat het veld het als een opdracht moet zien die maatregelen zoveel mogelijk terug te dringen. Met dit wetsvoorstel krijgt men daar meer mogelijkheden voor.

Veel vragen over dit onderdeel van het wetsvoorstel zijn identiek aan de vragen over de kwesties "redelijkerwijs" en "aanmerkelijk langer". Daar kan ik alleen maar een identiek antwoord op geven. Het lijkt mij goed de ontwikkeling van de beroepspraktijk in dezen onderdeel te laten zijn van de kwaliteitsverbeteringstrajecten die wij gaan inzetten.

Mevrouw **Joldersma** heeft gevraagd of dwangbehandeling kan inhouden dat een patiënt voor langere tijd wordt gesepareerd of zelfs gefixeerd. Dat is op zichzelf

## Hoogervorst

mogelijk, maar ik hoop dat dit soort maatregelen minder hoeft te worden toegepast.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik had er de vraag aan gekoppeld wat je wel en niet in een behandelingsplan kunt opnemen en wat dan gedwongen behandeling is. Neem de separatie. Tot nu toe mag dat worden gezien als een noodmaatregel. Dan valt die onder de categorie middelen en maatregelen. Dan doe je het voor zeven dagen. Als je dit soort zaken ook bij dwangbehandeling mag toepassen, betekent het dat je iemand voor drie maanden mag separeren. Dat is wel erg lang.

Minister **Hoogervorst**: Daar kom ik in tweede termijn op terug.

Veel vragen komen erop neer dat de dwangbehandeling niet langer mag duren en niet ingrijpender mag zijn dan noodzakelijk is. Dat is de geest van de wet. Je moet altijd kiezen voor het lichtste middel, maar dat moet ook worden onderbouwd en door de rechter kunnen worden bekeken. Het is dus bepaald geen lichte procedure. Wat het toezicht betreft wijs ik enerzijds op het reguliere toezicht van de IGZ. Die houdt de toepassing van bijvoorbeeld de maatregelen nauwlettend in de gaten. Anderzijds is er het klachtrecht. De cliënt kan daar gebruik van maken tot en met de Hoge Raad.

Artikel 38c hebben wij inderdaad aangepast. Ik ben al ingegaan op de inspraak van de patiënt, maar ik kom er bij de amendementen nog even op terug.

Mevrouw **Joldersma** stelde een vraag over gedwongen opname van verslaafden; verslaving zou een soort contra-indicatie zijn voor gedwongen opname. In het Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang van het Rijk en de G4 wordt expliciet aandacht besteed aan de toepasbaarheid van de Wet BOPZ bij verslaving. In dit kader was er vorig jaar november een bijeenkomst waarbij het veld, dat wil zeggen ggz, verslavingszorg, gemeenten en OM, een landelijke richtlijn heeft aangenomen over de toepassing van de Wet BOPZ bij verslaving. Daarin staat dat wanneer verslaving het denken en doelgericht handelen van een individu verstoort, deze persoon op grond van de Wet BOPZ opgenomen kan worden. Er is dus geen sprake van een contra-indicatie. Er is op dit terrein echt veel gedaan en veel vooruitgang geboekt. Een ander voorbeeld van de vele maatregelen die wij hebben genomen om de toepassing van de Wet BOPZ in de praktijk te verbeteren, is het feit dat elk parket een officier van justitie krijgt die is gespecialiseerd in de Wet BOPZ. Hierdoor kunnen de mogelijkheden van de wet beter worden benut.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Er bestaat op dit moment een klachtrecht tot en met de Hoge Raad. Het gaat daarbij echter om de mogelijkheid tot het indienen van een klacht achteraf, nadat een dwangbehandeling is gestart ter voorkoming van acuut gevaar. Met deze wetswijziging wordt het ook mogelijk om te klagen over een dwangbehandeling die is gestart in een situatie die niet acuut en die zonder onmiddellijk gevaar was. Verandert dit volgens de regering iets aan de klachtenprocedure?

Minister **Hoogervorst**: Nee. Als een voorwaardelijke machtiging zou overgaan in een voorlopige machtiging, bevinden wij ons weer in precies dezelfde situatie als bij de directe toepassing van de Wet BOPZ bij gedwongen

opname. Je houdt daarbij naar mijn mening precies dezelfde procedures en precies dezelfde waarborgen. Als een voorwaardelijke machtiging wordt gegeven, wordt de persoon waarom het gaat nog niet opgesloten, om het maar eens cru te zeggen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mijn vraag ging over dwangbehandeling. Volgens het klachtrecht dat op dit moment in de Wet BOPZ is opgenomen, kan de persoon die onder dwang is behandeld omdat er sprake was van acuut levensbedreigend gevaar, achteraf klagen over deze dwangbehandeling. Het wetsvoorstel is gericht op een verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling; ook iemand die geen acuut levensgevaar vormt voor zichzelf of voor anderen, maar die welke behandeling dan ook blijft weigeren, komt in aanmerking voor dwangbehandeling. Verandert deze verruiming van de mogelijkheden volgens de minister iets in de positie van het klachtrecht?

Minister **Hoogervorst**: Mijns inziens niet, omdat er nog steeds sprake is van een gevaarssituatie, net als in de huidige wet. De mogelijkheden worden slechts verruimd en de grenzen van de situaties waarin gevaar kan ontstaan, worden wat ruimer gelegd; er wordt ook gekeken naar het gevaar dat er buiten de kliniek kan ontstaan. Er verandert echter niet echt iets in principieel opzicht. Daarom hoeft er mijns inziens niet tot een wijziging van het klachtrecht worden overgegaan.

De **voorzitter**: Misschien mag ik zo vrij zijn te vragen of dit betekent dat de verruiming van de wet samen opgaat met eenzelfde verruiming van de klachtmogelijkheden?

Minister **Hoogervorst**: Als u nu ook inhoudelijke vragen gaat stellen, voorzitter, wordt het wel heel gecompliceerd.

De **voorzitter**: Ja, dat snap ik, maar ik zit hier om er voor te zorgen dat wij duidelijk weten wat wij afspreken. Ik hoor u slechts zeggen dat u veronderstelt en dat u denkt. Waar hebben wij het concreet over?

Minister **Hoogervorst**: Het klachtrecht blijft zoals het nu is. De mogelijkheden tot dwang worden iets verruimd, maar de mogelijkheden om daarover te klagen blijven hetzelfde. Sorry, maar helderder kan ik het niet maken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik zal hierover nog een concrete vraag stellen in mijn tweede termijn, want het is belangrijk dat wij op dit punt heel precies zijn. Ik denk dat ik het antwoord van de minister begrijp, al ben ik er nog niet helemaal tevreden over. Ik kom hierop terug in mijn tweede termijn.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij goed; dit was ook de reden van mijn interventie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Uit eerdere evaluaties en uit een toezegging van de minister is gebleken dat het klachtrecht op zich voldoet. Er blijkt echter nogal wat te schorten aan de manier waarop een patiënt door de instelling wordt geïnformeerd over zijn mogelijkheden om te klagen. Hoe heeft de minister ervoor gezorgd dat de patiënt een betere toegang krijgt tot de klachtenprocedure en tot een patiëntvertrouwenspersoon? In



## Hoogervorst

hoeverre heeft hij dit punt meegenomen nu de wet wordt verruimd?

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd hoe snel een behandelplan gereed is. Zij heeft verder gevraagd of de traagheid waarmee dit plan tot stand komt niet leidt tot hoge aantallen middelen en maatregelen, zoals separeren en fixeren. Het is mij niet bekend hoeveel tijd men gemiddeld kwijt is met het opstellen van een behandelingsplan. Dit verschilt van geval tot geval en is wellicht een aspect dat de inspectie moet onderzoeken. Middelen en maatregelen mogen alleen worden toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie van maximaal één week. Ook als er al een behandelplan is, kan men noodmaatregelen moeten treffen, omdat er zich onverwachte situaties hebben voorgedaan. Ik ben bereid de inspectie te vragen daar eens naar te kijken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er is 5517 keer gegrepen naar middelen en maatregelen. Is de minister het met mij eens dat dit aantal wel heel erg hoog is?

Minister **Hoogervorst**: Ik ben het niet met u eens. Als je in ogenschouw neemt dat jaarlijks meer dan één miljoen mensen met psychische klachten een beroep doet op zorgverleners, dan vind ik vijf promille niet hoog.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): In de wet is geregeld dat de behandeling alleen plaatsvindt op basis van een behandelplan. Een middel of maatregel kan toegepast worden indien zo'n behandelplan er niet is. Als er ondanks de aanwezigheid van een behandelplan zo vaak voor een noodmaatregel wordt gekozen, is het ook mogelijk dat de wet niet goed voldoet, en dat er misschien een gebrek is aan getrapte mogelijkheden of alternatieven. Is de minister het hiermee eens?

Minister **Hoogervorst**: Ik ben het niet met u eens dat dit een buitensporig hoog aantal is. Het moet zo veel mogelijk worden teruggedrongen, maar een aantal van 5000 is op zich niet buitensporig hoog. Als er een behandelplan is kan het noodzakelijk zijn dat je een beroep doet op middelen en maatregelen. Er kunnen namelijk acute situaties ontstaan waarin je op die middelen en maatregelen een beroep moet doen. In een behandelplan kun je trouwens ook vermelden wat voor middelen je wel en welke maatregelen je niet in bepaalde situaties gebruikt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dan is het geen officieel middel of een officiële maatregel, dan valt het gewoon onder de behandeling die in het behandelplan staat. Ik ben blij met de toezegging van de minister dat hij de inspectie hiernaar laat kijken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zou wel precies willen weten waar die inspectie dan naar kijkt. Dat is mij niet helemaal helder geworden. Er zijn signalen dat er vaker gebruikgemaakt wordt van de inperking van vrijheden in plaats van middelen of maatregelen. Het gaat dan om artikel 40. Dat hoeft men niet te melden. Zal er ook onderzoek worden gedaan naar het vaker toepassen van die methode? Men gaat niet naar de separatiecel maar wordt bijvoorbeeld op de eigen kamer opgesloten. Zal het onderzoek zich daarnaast ook richten op de relatie met

de beschikbaarheid van voldoende kwalitatief goed personeel?

Minister **Hoogervorst**: Het is voor mij natuurlijk heel eenvoudig om allerlei onderzoeken toe te zeggen, maar ik hou het liever een beetje beperkt. Zijn er indicaties dat mensen hun toevlucht zoeken tot middelen en maatregelen omdat het opstellen van behandelplannen te lang duurt? Dat lijkt mij een overzienbare vraag die ik wel aan de inspectie wil voorleggen.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar de twee vragen die ik heb gesteld, wilt u dus niet aan de inspectie voorleggen.

Minister **Hoogervorst**: Ik wil met alle plezier het verslag van het hele debat aan de inspectie doen toekomen, maar ik kan niet overzien of de inspectie dat allemaal aankan. Wij moeten ook nog even afwachten wat het nieuwe kabinet voor het ambtenarenapparaat in petto heeft.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat lijkt mij een "nee", dus er komen weer twee moties bij. U zegt mij niet toe dat u de inspectie zult vragen naar deze twee dingen onderzoek te doen.

Minister **Hoogervorst**: Mevrouw Joldersma vroeg wat er in het nieuwe systeem gebeurt met een patiënt die medicatie weigert, en hoe gedetailleerd moet het behandelplan zijn. Voor elke patiënt wordt een behandelplan gemaakt, waarin de benodigde medicatie is opgenomen. Alles moet in het werk worden gesteld om de instemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger met het behandelplan te verkrijgen. Ook als de instemming niet wordt verkregen, of als de patiënt zich ondanks de eerder gegeven instemming verzet, kan dwangbehandeling worden toegepast, bijvoorbeeld het toedienen van medicatie als aan een van de criteria voor dwangbehandeling is voldaan. Als medicatie nodig is, zal de aard daarvan in het behandelplan moeten worden vastgelegd.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): In de wet worden verschillende vormen van omgaan met het behandelplan geïntroduceerd. Bij de voorwaardelijke machtiging zeggen wij niet meer dat de patiënt moet instemmen, maar het gebeurt na overleg met de patiënt. Over dwangbehandeling staat in het voorstel dat er een behandelplan moet zijn. Dan is instemming niet vereist, maar moet geprobeerd worden overeenstemming te bereiken. Ik vind dat een vreemde manier van omgaan met het behandelplan. Als het maar ooit in het behandelplan heeft gestaan, ook als de patiënt daarmee niet heeft ingestemd of als er geen overeenstemming over is, mag het allemaal worden toegepast.

Minister **Hoogervorst**: Wij zitten hier natuurlijk rechtstreeks in een dwangsituatie, terwijl dat bij een voorwaardelijke machtiging in eerste instantie nog niet zo hoeft te zijn. Dat is het verschil.

De heer Voordewind heeft gevraagd of het niet beter zou zijn, te spreken van noodmedicatie, met als doel de crisis te beëindigen en de wilsbekwaamheid te herwinnen. Daarvoor is uitdrukkelijk niet gekozen, het gaat in het voorstel om het wegnemen van het gevaar dat ertoe leidt dat de patiënt moet zijn opgenomen. Er hoeft dus geen sprake te zijn van een crisis op het moment dat de

## Hoogervorst

dwangbehandeling wordt toegepast. Het kan gaan om een situatie, waarvan je vrijwel zeker weet dat, als betrokkene één stap buiten de kliniek zet, een crisis ontstaat.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Dan krijg je wel de mogelijkheid dat je een dwangmedicatie geeft voor drie maanden. Voor zover ik het hoor uit het veld, is dwangbehandeling voor het grootste gedeelte, afgezien van de separatie, dwangmedicatie, die dan ook voor drie maanden kan gelden. Waarom drie maanden, terwijl dat misschien veel korter kan, met noodmedicatie?

Minister **Hoogervorst**: Als het korter kan, zal dat natuurlijk gebeuren. Maar in veel situaties gaat het om mensen die misschien wel hun hele leven medicijnen moeten blijven slikken. Het gaat over langere periodes, met ernstige psychiatrische aandoeningen, waarbij langdurig medicijngebruik vaak nodig is.

Mevrouw Joldersma heeft aandacht besteed aan de worsteling van behandelaars in de praktijk met de registratie van middelen en maatregelen. Ik erken dat dat veel werk is voor de behandelaars, maar het is van groot belang, zowel voor het intern toetsen en verbeteren van het behandelbeleid, als voor het externe toezicht door de Inspectie. GGZ Nederland is bezig met een aantal koploperinstellingen om in samenspraak met de IGZ een verbetering en uniformering van het registratiesysteem te ontwikkelen. Een van de belangrijkste aandachtspunten daarbij is vergroting van het gebruikersgemak voor de behandelaars. Daar wordt dus wel aan gewerkt. Dan kom ik op het amendement over de vrijwillige opname.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De minister wil beginnen aan de amendementen, maar ik heb nog een vraag gesteld over 7000 psychiatrische patiënten die in de gevangenis zitten. Ik heb daar nog geen antwoord op gekregen.

Minister **Hoogervorst**: Daarover gaat de minister van Justitie wat zeggen, want gevangenis zijn echt iets voor hem, lijkt mij.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb gezegd dat dit wijzigingsvoorstel meer maatwerk mogelijk maakt voor de sector, maar dat ik betwijfel of dat nu al gebeurt. Waarom bent u ervan overtuigd dat de sector onder de nieuwe wet wel bereid is om die mogelijkheden op een adequate manier in te zetten? Hoe worden zij ertoe aangezet om daadwerkelijk nieuwe behandelmethodes te ontwikkelen?

Minister **Hoogervorst**: Mijn indruk is dat de voorlichtingscampagne over de mogelijkheden van de Wet BOPZ zoals zij nu is, goed is aangeslagen en dat deze enthousiast door het veld is ontvangen. Deze nieuwe maatregelen moeten natuurlijk ook gepaard gaan met de nodige voorlichting aan het veld. Ik ben het met u eens dat dit een aandachtspunt is. Als wij deze mogelijkheden niet creëren, zullen zij zeker niet worden benut, maar dat is een beetje een open deur.

In de nota van wijziging heb ik de mogelijkheid geopend van vrijwillige opname tijdens de voorwaardelijke machtiging en daarin is de periode beperkt tot drie dagen. Er is gevraagd of daar financiële overwegingen

aan ten grondslag liggen. Deze keer niet. Het aantal dagen is vrij willekeurig zo gekozen dat een patiënt in ieder geval een vol weekend kan worden opgenomen.

Waarom wordt er überhaupt een limiet gesteld en waarom wordt dit niet geheel vrijgelaten? In de Wet BOPZ is geregeld dat patiënten gedwongen kunnen worden opgenomen. Dat is een forse inbreuk op de grondrechten van een persoon. Om die reden zijn er in de Wet BOPZ sterke extra waarborgen voor de patiënt ingebouwd. Er is bijvoorbeeld geregeld dat hierover altijd een rechter oordeelt en dat de patiënt recht op bijstand van een advocaat heeft. Als er verdere dwang nodig is, is er nog een heel areaal van mogelijkheden voor rechtsbescherming, zoals klagen bij een speciale klachtencommissie, een beroep op de vertrouwenspersoon voor patiënten, of een beroep op de rechter tot en met de Hoge Raad. Dat zijn allemaal waarborgen die alleen gelden bij gedwongen opname.

Bij vrijwillig opgenomen patiënten geldt een veel minder vergaande rechtsbescherming. Dat is ook logisch, omdat het om een vrijwillige opname gaat. Als iemand een voorlopige machtiging als een zwaard van Damocles boven het hoofd hangt, als hij weet dat dit instrument bestaat en dat hij gedwongen opgenomen kan worden, ook als hij dat misschien niet wil, kan hij zich vrijwillig aanmelden bij een psychiatrische kliniek of een psychiatrisch ziekenhuis. De vraag is hoe vrijwillig de situatie dan nog is. Het gevaar bestaat dat de behandelaars tegen hem zeggen dat hij weliswaar vrijwillig is opgenomen en weer weg wil, maar dat zij een voorwaardelijke machtiging hebben. Dan zit hij in een vrijwillige situatie zonder de rechtsbescherming die de Wet BOPZ bij een gedwongen opname geeft, en dan komt hij toch ten opzichte van de behandelaar in een ongelijke situatie die veel weg heeft van een gedwongen opname. Dan tekent zich een soort grijze situatie af.

Om die reden vind ik het toch verstandig om een beperking te stellen aan de duur van de vrijwillige opname. Ik kan mij voorstellen dat de Kamer drie dagen wel heel kort vindt. Daarom vind ik het amendement van mevrouw Kant op stuk nr. 10, waarin een termijn van drie weken wordt voorgesteld, een heel redelijk compromis. Als er geen sprake is van een limiet, bestaat de mogelijkheid dat voor de patiënt een soort dwang-situatie wordt gecreëerd zonder dat hij een beroep kan doen op adequate rechtsbescherming.

Mevrouw **Kant** (SP): De eerste opmerking van de minister zullen wij incasseren. Drie weken is in ieder geval beter dan drie dagen; dat kan als winst van dit debat worden beschouwd. Toch kan ik de redenering van de minister niet helemaal volgen. Iemand komt immers vrijwillig en ik vrees dat, als wij die periode beperken, betrokkene niet komt omdat de voorwaardelijke machtiging dan overgaat in een voorlopige machtiging. Dan zal er sprake zijn van een gedwongen opname. Dat is ook precies datgene waarvoor deze categorie patiënten vreest; het zal wellicht gedwongen worden in plaats van vrijwillig zijn. Naar mijn oordeel zal beperking van de periode voor deze groep patiënten dan ook verkeerd uitpakken. Ik doel daarmee op de groep patiënten die af en toe aanvoelt dat het beter is om zich te laten opnemen.

Minister **Hoogervorst**: Stelt u zich voor dat de Kamer kiest voor het amendement op stuk nr. 10. Ik ben ook wel

## Hoogervorst

bereid om de Kamer aanneming van dat amendement niet te ontraden. De patiënt weet dan in ieder geval dat, als hij zich vrijwillig aanmeldt, de behandelaar in het ziekenhuis hem niet op de nek kan zitten door ermee te dreigen dat hij de voorwaardelijke machtiging zal omzetten in een voorlopige machtiging. Hij weet dan dat hij, als hij er na een week of twee of drie weken genoeg van heeft, gewoon weg kan gaan. Het is hem dan bekend dat hij zich in een gelijkwaardige positie bevindt. Naar mijn idee biedt dit voor de patiënt dan ook additionele rechtszekerheid. Ondanks dat mevrouw Kant dat niet wil, zou hij die additionele rechtszekerheid kunnen kwijtraken als hij vrijwillig naar binnen gaat en daar over wat minder vrije wil beschikt dan hem lief is.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik kan de redenering van de minister toch niet volgen. Die voorwaardelijke machtiging ligt er immers al. De voorwaarden zijn al gesteld: als een en ander niet goed uitpakt, zal betrokkene gedwongen worden opgenomen. Een dergelijke persoon meldt zich vrijwillig bij de psychiatrische kliniek. Als de minister van VWS een en ander aan allerlei termijnen koppelt, zal die vrijwilligheid naar mijn idee verloren gaan. Juist die vrijwilligheid is een goed aspect. Als de vrijwilligheid maximaal slechts drie dagen mag duren, zal vermoedelijk niemand zich melden. Dat zal voor deze groep patiënten geen goede uitwerking hebben.

Minister **Hoogervorst**: Naar mijn idee kan er wel het een en ander gebeuren als sprake is van een termijn van drie weken. Ik verzoek mevrouw Kant om zich in mijn redenering te verplaatsen. Als iemand eenmaal is opgenomen en betrokkene weet dat die voorwaardelijke machtiging op elk willekeurig moment door de behandelaar kan worden ingeroepen, is er minder sprake van vrijwilligheid en dus van een onevenwichtige situatie tussen de behandelaar en de behandelde.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik kan de redenering van de minister goed volgen. Wel heb ik hem geconfronteerd met de patiëntengroeperingen die zich verzetten tegen de door het kabinet voorgestelde wetswijziging. Ik heb die groeperingen ook gevraagd wat hun mening is over dit amendement. Wonder boven wonder is dit het enige punt waarmee zij het eens zijn. Ik verzoek de minister dan ook om, voordat wij over dit amendement stemmen, in contact te treden met die patiëntengroeperingen en ons schriftelijk te informeren over de uitkomst van dat overleg. Ik ben namelijk van mening dat er een lastige afweging dient te worden gemaakt.

Minister **Hoogervorst**: Ik weet niet of dit in de schriftelijke behandeling uitvoerig aan de orde is geweest. Ik ben bereid om tijdig, voor de stemmingen, mijn redenering exact op papier te zetten. Het is immers een delicate kwestie. Ik kan daarbij ook zeker aandacht besteden aan wat de patiëntenorganisaties ervan vinden. Wellicht hebben die overigens geen kennis genomen van de redenering die ik nu aan de Kamer heb voorgelegd.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De toezegging van de minister is mij welkom. Anders dan mevrouw Van Miltenburg kan ik de redenering van de minister echter niet volgen. Het is immers bij aanneming van het amendement van mevrouw Kant altijd mogelijk dat de instelling besluit om de voorwaardelijke machtiging om

te zetten in een voorlopige machtiging en de vrijwillige aanmelding buiten werking te stellen. Ik begrijp de driedagentermijn zodanig dat de wetgever de behandelaars de opdracht geeft om binnen drie dagen een beslissing te nemen. In beide situaties hangt in de filosofie van de minister de dreiging boven de markt dat de vrijwillige aanmelding van de patiënt bij het ziekenhuis als het ware onder curatele komt te staan. Ik doel hierbij op het amendement op stuk nr. 10. Het impliceert ook iets voor het amendement op stuk nr. 12.

Minister **Hoogervorst**: De beperking van het zelfbeschikingsrecht is eigen aan dit wetsvoorstel. Tegenover die beperking staat in de BOPZ een uitgebreide rechtsbescherming voor de patiënt. Die is er veel minder bij een vrijwillige opname. Met het amendement begeven wij ons dan ook in een schemergebied. Als een vrijwillige opname onbeperkt kan duren, met de voorwaardelijke machtiging als een zwaard van Damocles, kan de situatie ontstaan dat een patiënt feitelijk onder dwang staat van de behandelaar. Die kan immers zeggen iemand die vrijwillig binnen is gekomen niet rijp te achten om weer te vertrekken en een voorwaardelijke machtiging dus om te willen zetten in een voorlopige machtiging. In die situatie is er feitelijk sprake van dwang, zonder dat de vrijwillig opgenomen patiënt recht heeft op de rechtsbescherming die voortvloeit uit de BOPZ bij een gedwongen opname. Die situatie heeft de opsteller van het amendement volgens mij niet voor ogen gehad.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik begrijp de redenering van de minister. Hij is van mening dat er sprake is van een schijnconstructie bij de rechtsbescherming. Merkwaardig is dat hij direct een paardenmiddel van stal haalt door de instellingen te dwingen om de voorwaardelijke machtiging binnen drie dagen om te zetten in een voorlopige machtiging indien sprake is van een vrijwillige opname. Dat is vreemd. Bijt de redenering van de minister zich daar niet in de staart?

De **voorzitter**: Ik kan niet volgen wat de ministers onderling zeggen.

Minister **Hoogervorst**: Ik beoog te bereiken dat de vrijwilligheid en daarmee de schemersituatie eindig is. Als de behandelaars van oordeel zijn dat een persoon opgenomen moet worden, treedt dan in ieder geval de rechtsbescherming van de BOPZ in. In de situatie dat iemand tot in het oneindige vrijwillig opgenomen is, onder dreiging van het omzetten van een voorwaardelijke machtiging in een voorlopige machtiging, is er de facto sprake van dwang zonder de rechtsbescherming van de wet. Dat is een onwenselijke situatie. Ik zou ermee kunnen leven als het gaat om een termijn van drie weken. Het is echter geen goede zaak om deze situatie tot in het oneindige te laten voortduren.

De **voorzitter**: Iedereen aan de interruptiemicrofoon mag nog een vraag stellen. Daarna stoppen wij met de vragen op dit punt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vraag mij af waarom de vrijwillige opname eindig moet zijn. Ik verplaats mij nu even in de patiënt. Ik voel mij niet goed en ik ga naar een ziekenhuis om mij vrijwillig te laten opnemen. Na een week voel ik mij beter en ik meld de behandelaar dat

## Hoogervorst

ik weer naar huis ga. Als de behandelaar van oordeel is dat dit niet verantwoord is, kan er alsnog een voorlopige machtiging worden afgegeven. Ik snap het dilemma van de minister dus niet. De rechtsbescherming treedt altijd in werking op het moment dat er een voorlopige machtiging wordt afgegeven. Ik begrijp dus niet waarom de minister zegt dat de vrijwillige opname niet eindig kan zijn. Wij willen de behandelaar de vrijheid geven. Als een behandelaar vindt dat iemand niet meer opgenomen hoeft te worden, kan hij hem ontslaan. Een behandelaar kan ook iemand gedwongen laten opnemen als hij dat nodig vindt. Waarom stelt de minister deze grenzen?

Minister **Hoogervorst**: Dan moet de behandelaar eerst naar de rechter en een zware procedure doorlopen. In de geschetste situatie heeft de behandelaar dat instrument al in handen. Hij heeft dan ook een veel duidelijker dreigmiddel jegens de patiënt dan een voorwaardelijke machtiging. Iedereen weet dat dit geen kinderachtige procedure is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): U gaat er dus van uit dat een professional gaat dreigen met een voorwaardelijke machtiging.

Minister **Hoogervorst**: Daar ga ik niet van uit, maar in de wet moeten waarborgen worden opgenomen. Het is in tal van situaties, in eigen land en in de Sovjet-Unie, wel degelijk fout gegaan. In ons land is het vaak genoeg voorgekomen dat ongewenste familieleden werden weggestopt in een krankzinnigengesticht. Dat is nog helemaal niet zo lang geleden gebeurd. Daar moeten wij zorgvuldig mee omgaan. Wij gaan er niet van uit dat een professional knoeit, maar het kan voorkomen en daarom moet de patiënt over adequate rechtsbescherming beschikken.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik vind de redenering van de minister heel duidelijk. Als een patiënt onder het regime van de voorwaardelijke machtiging valt, dan is de vraag hoe vrijwillig vrijwillig nog is. Je kunt rekening houden met een termijn van drie etmalen of drie weken. Mijn suggestie is dat de minister komt met een nota van wijziging waarin hij het amendement van mevrouw Kant verwerkt.

Minister **Hoogervorst**: Het lijkt mij het beste dat ik het allemaal zorgvuldig op papier zet. Dan kan de Kamer daar haar oordeel over vormen.

Voorzitter. Het amendement van de heer Vendrik op stuk nr. 13 heeft tot doel om in de wet de plicht op te nemen klachtwaardige beslissingen te motiveren en de patiënt te wijzen op de patiëntenvertrouwenspersoon en het klachtrecht. Het is waar dat ik dat heb toegezegd. Het was er alleen nog niet van gekomen. Ik overweeg dan ook het amendement over te nemen.

Met het amendement op stuk nr. 14 wil de heer Vendrik de reikwijdte van het wetsvoorstel beperken tot de wijziging van de voorwaardelijke machtiging. Uit de inleiding bij dit wetsvoorstel blijkt wel dat ik aanneming van dit amendement ontraad. Er bestaat veel behoefte aan verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling.

Het amendement op stuk nr. 15 houdt in dat het behandelingsplan, dat een voorwaarde is bij een voorwaardelijke machtiging, na overleg met de vertegen-

woordiger van de wilsonbekwame patiënt wordt vastgesteld. Ik heb moeite met dat amendement. Op deze manier wordt er weer een persoon bij de procedure betrokken. De voorwaardelijke machtiging is het laatste alternatief voor een gedwongen opname. Het gaat er niet om of de vertegenwoordiger het eens is met de behandeling maar of de patiënt de behandeling zal ondergaan, zodat het gevaar buiten de inrichting wordt afgewend. Ik ontraad dus de aanneming van dit amendement.

De **voorzitter**: Voor de volledigheid meld ik dat twee amendementen een nieuw nummer hebben. Het amendement op stuk nr. 13 is het amendement op stuk nr. 17 geworden; het nummer is vervangen in verband met de ondertekening, nu door de leden Vendrik en Koşer Kaya. Het amendement op stuk nr. 15 is later ook medeondertekend door mevrouw Koşer Kaya en is nu het amendement op stuk nr. 18.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik mis een motivering van de minister: waarom keert hij zich tegen het amendement dat nu het amendement op stuk nr. 18 is geworden?

De **voorzitter**: We hadden net afgesproken dat u dit zou doen in uw tweede termijn. Als deze minister is uitgesproken, is het woord aan zijn collega van Justitie.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat begrijp ik en daarom zal ik er verder geen vragen over stellen. Maar dit is een voor mij gevoelig amendement. Wil ik er in mijn tweede termijn op kunnen doorgaan, dan zou iets meer duiding van de positie van de minister mij welgevallig zijn. Vandaar mijn vraag.

De **voorzitter**: Nog één zin van de minister dan.

Minister **Hoogervorst**: Ik zie geen meerwaarde van een vertegenwoordiger van een patiënt in dit proces. Dat is dus niet de patiënt zelf; die wordt in deze situatie als het ware door de psychiater overruled. Het is zeer de vraag of die vertegenwoordiger over het inzicht beschikt om een en ander beter te beoordelen dan de patiënt of de psychiater. Ik zie de mogelijke meerwaarde dus niet.

Minister **Hirsch Ballin**: Voorzitter. Ook van mijn kant dank voor de bijdragen van de Kamer. Ik sluit me graag aan bij de gelukwensen aan het adres van mevrouw Bouwmeester voor haar eerste bijdragen aan de plenaire beraadslagingen over wetgeving; daarmee deed zij haar naam eer aan.

Ik ben blij met de balans in de bijdragen: aan de ene kant aandacht voor de principiële aspecten van wetgeving op het terrein van de bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en aan de andere kant de aandacht voor het praktische belang van de twee elementen die in dit wetsvoorstel zitten. Ik ben me uiteraard bewust van de gedachten die inmiddels zijn ontwikkeld over de mogelijke opvolging van de Wet BOPZ. Mijn collega heeft al gezegd dat het beter is om die discussie pas te starten als er een evaluatie beschikbaar is. Het is zeker nog steeds van belang om dit soort



## Hirsch Ballin

praktisch relevante verbeteringen in de wetgeving aan te brengen.

Voor wie de gedachte mocht hebben dat de Wet BOPZ een oude wet is, het volgende. De wet is in de Eerste Kamer aanvaard op 27 oktober 1992 en kort daarna in werking getreden, dus ruim veertien jaar geleden. Maar de wet is betrekkelijk jong, afgezet tegen de duur van de parlementaire behandeling van de Wet BOPZ: het wetsvoorstel was immers ingediend op 17 april 1971 en de 21,5 jaren van de parlementaire behandeling zijn nog lang niet gedekt door de periode tot op heden waarin de wet in werking is.

Ik denk dus echt dat het de moeite waard is om deze twee onderwerpen nog in de wet te verwerken. Ik bedank verder mevrouw Kant voor de door haar terecht gesignaleerde tekortkoming in een van de bepalingen. Deze is inmiddels door middel van een kleine nota van wijziging gecorrigeerd.

Mijn collega wees er al op dat het onderwerp in twee delen uiteenvalt. Ik zal zijn beantwoording waar nodig aanvullen vanuit mijn verantwoordelijkheid voor de wet en de uitvoering ervan. Het eerste deel is de reparatie van de regels voor de voorwaardelijke machtiging. Deze reparatie is nodig als gevolg van het arrest van de Hoge Raad dat tot gevolg heeft dat de rechter op dit moment de voorwaardelijke machtiging niet in alle gevallen kan geven, ook al bestaat daaraan wel behoefte in de praktijk. Een en ander onderstreept de relevantie voor de praktijk van het wetsvoorstel.

De wet bepaalt dat de rechter een voorwaardelijke machtiging alleen mag geven als de patiënt zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden. Het is belangrijk dat ook patiënten in aanmerking komen voor de voorwaardelijke machtiging, die deze bereidverklaring niet kunnen of willen uitspreken, maar van wie de rechter wel de overtuiging heeft dat het redelijkerwijs aannemelijk is dat ze de aan de behandeling verbonden behandelvoorwaarden of andere voorwaarden zullen naleven. Het wetsvoorstel is dus nodig om de rechter de mogelijkheid te geven om ook in deze gevallen een voorwaardelijke machtiging af te geven. Overigens blijkt uit het advies van de Raad voor de Rechtspraak dat ook hij vindt dat het wetsvoorstel op dit punt recht doet aan de bijzondere positie van de psychiatrische patiënt zonder inzicht in de eigen conditie.

Het tweede deel betreft de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling. Ik begrijp goed waarom er vragen zijn gesteld over de reikwijdte van de dwangbehandeling. De wettelijke tekst luidt: "...dat dwangbehandeling ook mogelijk is voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen." Ook hier wordt dus verwezen naar de redelijkheid, maar dan op een andere manier en wel naar de aanvaardbaarheid van de termijn uit een oogpunt van belangenafweging. Deze formulering geeft de behandelaar de nodige ruimte, maar legt hem ook de verplichting op tot professionele beoordeling. De behandelaar zal met andere woorden in individuele gevallen moeten afwegen of dwangbehandeling nodig is.

Volgens de eisen van het EVRM moet die belangenafweging altijd in de sleutel staan van het gezondheidsbelang van de patiënt. In verscheidene bijdragen is daarvoor in verschillende bewoordingen aandacht gevraagd. Daarbij zijn factoren genoemd als het

ziektebeeld van de betrokkene, de persoonlijkheid van de betrokkene en de beschikbare behandelingsmethoden. Overeenkomstig de eisen van het EVRM biedt het nieuwe criterium de mogelijkheid van dwangbehandeling in situaties waarin patiënten nu onaanvaardbaar lang opgenomen moeten blijven. Er wordt dus ook een afweging gemaakt tussen hetgeen in een kortere behandeling kan worden gedaan en het belang van het beperken van de opnameduur. Een minder ruime formulering dan die in het wetsvoorstel is gevonden, zou het risico in zich bergen dat een te beperkte categorie patiënten in aanmerking komt voor dwangbehandeling.

In aansluiting op mijn collega merk ik op dat het criterium ook begrensd is in de zin dat de behandelaar niet uitsluitend naar eigen inzicht kan besluiten tot dwangbehandeling. Dat zou namelijk neerkomen op een bestwilbenadering die de rechterlijke toetsing te veel buiten spel plaatst en tekort doet aan het belang van de patiënt. In dit verband wijs ik nadrukkelijk op hetgeen de heer Van der Vlies naar voren heeft gebracht, want hij merkte terecht op dat de koppeling met het "gevaar" in stand moet blijven. De behandelaar zal in de motivering van zijn beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan op alle elementen van het nieuwe criterium moeten ingaan. Duidelijk moet zijn waarom de behandelaar aanneemt dat zonder de dwangbehandeling geen sprake zal zijn van het wegnemen van gevaar binnen een redelijke termijn.

Ik wijs erop dat op de beslissing door de behandelaar tot dwangbehandeling de klachtenprocedure van toepassing is. De klachtencommissie kan dus altijd gevraagd worden om de beslissing te toetsen. Dat geldt ook voor het geval dat de zaak uiteindelijk bij de rechter komt. Ik wees er al op dat de Raad voor de rechtspraak ook op dit punt positief heeft geadviseerd.

Ik kom op een aantal specifieke vragen. Mevrouw Kant vroeg naar de betekenis van de term "redelijkerwijs" in het nieuwe criterium in artikel 14a, achtste lid. Het gaat om een inschatting van de rechter, op basis van de voor hem beschikbare informatie, van de aannemelijkheid of waarschijnlijkheid dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. "Redelijkerwijs" betekent niet dat er honderd procent zekerheid moet bestaan. Een dergelijke zekerheid kan ook niet bestaan. De term strekt er wel toe – zo is "redelijkerwijs" op vele plaatsen in de wetgeving en in de jurisprudentie gebruikt – dat de inschatting objectieverbaar moet zijn, dus niet puur een subjectieve opvatting. Deze moet voor redelijke mensen begrijpelijk zijn. Dat wordt in wetgeving en jurisprudentie daarmee aangeduid. Het is ook eigenlijk een verwijzing naar de gestelde motiveringseisen. Anders gezegd gaat het niet om een vrijbrief maar om een benadrukken van de verplichting om een en ander te verwoorden en te verantwoorden. De rechter baseert zich daarbij vooral op het dossier zoals het hem door tussenkomst van het openbaar ministerie wordt voorgelegd door de behandelaar van de betrokkene. Daarbij zal doorgaans worden ingegaan op ervaringsgegevens van eerdere behandelingen van betrokkene. Er zit dus ook een ervaringselement in.

Mevrouw Koşer Kaya heeft aan de hand van een casus aandacht gevraagd voor de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en justitie. Zij noemde daarbij het recente RMO-rapport dat inderdaad belangrijk is, ook wat betreft de verhouding tussen het onderwerp dat wij bespreken, dat gebaseerd is op de Wet BOPZ, en

## Hirsch Ballin

de psychiatrische zorg in de penitentiaire inrichtingen. Ik heb met prof. Barendrecht en de andere opstellers van het rapport inmiddels een gesprek gevoerd naar aanleiding van de publicatie van het rapport. Ik herhaal graag wat ik in dat gesprek heb gezegd namelijk dat wij ons er terdege van bewust zijn dat er een aanzienlijke psychiatrische en psychologische problematiek is die verband houdt met het gedrag van degenen die zich in onze penitentiaire inrichtingen bevinden. Daar kan geen twijfel over bestaan. Ik laat nu even de precieze aantallen buiten beschouwing. Dat is in elk geval een van de redenen – ik heb daarover in het najaar met de vaste Kamercommissie voor Justitie gesproken – dat in de heroriëntatie van de gang van zaken in het gevangeniswezen ook wordt gestreefd naar een betere aansluiting op de gezondheidszorg. In de komende jaren is een van de belangrijkste taken van het onderdeel van justitie dat zich met de strafrechttoepassing bezighoudt dat de aansluiting op de geestelijke gezondheidszorg wordt verbeterd. Dat geldt niet alleen voor de situatie in de inrichting, maar zeker ook voor de overgang van de gesloten inrichtingen van justitie naar een terugkeer in de samenleving. Daarbij mogen de behandeling en de ondersteuning ook niet van de ene op de andere dag wegvallen. Het is een heel zware onderneming om dat te verbeteren. Ik constateer dat op dit punt aanzienlijke vooruitgang is geboekt in de samenwerking met de sector waarvoor collega Hoogervorst verantwoordelijkheid draagt in vergelijking met het verleden toen die werelden te gescheiden waren. Er is echter nog veel te doen. Het rapport van prof. Barendrecht en de zijnen biedt daarvoor belangrijke aanknopingspunten.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik heb in mijn inbreng ook een voorbeeld gegeven in relatie tot de voorwaardelijke machtiging. Ik heb minister Hoogervorst naar de controlemomenten gevraagd. Veel mensen met een psychiatrische aandoening hebben te maken met een voorwaardelijke machtiging. Als de controle daarop niet adequaat is, dan kunnen zij snel in een ergere situatie raken waardoor zij strafrechtelijke problemen krijgen. In dat geval komen zij heel snel in de instellingen terecht, wat erg zorgwekkend is. Hoe gaat de minister er met die voorwaardelijke machtiging voor zorgen dat afglijding niet plaatsvindt? Daarover maak ik mij zorgen, zeker omdat er al ongeveer 7000 mensen in die strafrechtelijke inrichtingen zitten.

Minister **Hirsch Ballin**: Het zit inderdaad aan beide kanten van de bevolking van de penitentiaire inrichtingen. Het gaat niet alleen om de mensen die eruit komen, maar ook om degenen die er niet in zouden moeten komen. In het laatste geval gaat het om preventie. Het strafrecht komt uiteraard pas aan de orde als een strafbaar feit is gepleegd. Het enkele feit dat iemand een psychiatrisch ziektebeeld heeft waarvan moet worden gevreesd dat het zal leiden tot criminaliteit, betekent niet dat de strafrechtspleging in actie kan komen. Uit het oogpunt van preventie verdient dit punt natuurlijk terdege aandacht. Het belang hiervan en het praktische belang van het meer differentiëren van de wettelijke mogelijkheden kan ik in dat licht slechts onderstrepen, wat niet betekent dat het een gemakkelijke klus zal zijn voor degenen die dit moeten toepassen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Hoe wil de minister samen

met zijn collega van Volksgezondheid het preventieve aspect zodanig vormgeven dat psychiatrische patiënten niet meer in een strafinrichting terecht komen?

Minister **Hirsch Ballin**: Die vraag valt niet vanuit de verantwoordelijkheid van Justitie te beantwoorden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dan verzoek ik minister Hoogervorst alsnog om hierop antwoord te geven.

Minister **Hirsch Ballin**: Ik wil van dit onderwerp geen "wisselspel" maken. Het belang ervan heb ik aangegeven. Ik kan niet anders dan nog eens onderstrepen dat de intensiteit van en aandacht voor wat er in de psychiatrische zorg gebeurt, ook van immens belang is voor Justitie. Ik zal niet zeggen dat het bij Justitie rustiger wordt als zaken daar beter lopen, maar het wordt wel iets minder druk.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik zie minister Hoogervorst een beetje glazig uit zijn ogen kijken. Wellicht is het goed als ook dit punt nog even schriftelijk nader wordt toegelicht, want de preventieve kant is wel degelijk belangrijk.

Minister **Hirsch Ballin**: Ik weet niet zo goed wat mevrouw Koşer Kaya precies nader toegelicht wil hebben.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik wil antwoord krijgen op de vraag hoe ervoor kan worden gezorgd dat de preventieve kant zodanig wordt vormgegeven dat psychiatrische patiënten niet afzakken en niet in penitentiaire inrichtingen terecht komen.

Minister **Hirsch Ballin**: Mijn voorganger heeft vele malen gesproken over criminaliteitspreventie. Naarmate die beter werkt, wordt het risico kleiner dat men met de strafrechter in aanraking komt. Dat kan echter slechts worden gedocumenteerd in studies van individuele casussen, die ik moeilijk hier in de Kamer kan bespreken. Het heeft niet zoveel zin om open deuren in te trappen. Als er specifieke problemen zijn met bijvoorbeeld de capaciteit, zijn wij uiteraard beschikbaar om die te bespreken.

De commissie onder het voorzitterschap van het vroegere lid Visser van deze Kamer heeft het belang van preventie verwerkt in de algemene beschouwing over psychiatrie en dwangmaatregelen. Afgezien van de individuele behandeling in de geestelijke gezondheidszorg denk ik dat waarschuwen door familie en omgeving in een stadium voordat het strafrecht in beeld moet komen, eigenlijk het beste is.

Samengevat zijn er drie raakvlakken tussen de geestelijke gezondheidszorg en justitie van belang. Als eerste noem ik preventie. Voorts is de fase ten tijde van de tenuitvoerlegging van straffen in de penitentiaire inrichting van belang. Dit zullen wij bij het vervolg op de plannen voor detentie en behandeling onder ogen moeten zien. Uiteraard gaat het ook om de nazorg. De afgelopen jaren zijn afspraken gemaakt met gemeenten en instellingen voor gezondheidszorg en hulpverlening om te voorkomen dat er een gat valt op het moment dat de gevangenisdeuren open gaan.

Ook mevrouw Joldersma heeft in haar betoog dwarsverbanden gelegd met de strafrechtspleging. Zij

## Hirsch Ballin

heeft de zeer relevante vraag gesteld of de dwangbehandeling een plaats kan krijgen in de Penitentiaire beginselenwet. Zij heeft gesproken over de tbs'ers en gevraagd of op het punt van de dwangbehandeling wellicht ook volgende stappen mogelijk zijn in de tbs-sector. Ik neem aan dat dit punt ook de aandacht geniet van anderen die de discussie over terbeschikkingstelling hebben gevolgd. Uiteraard moet ik daarbij ook wijzen op degenen met psychiatrische problemen in het gevangeniswezen. De interne rechtspositie van terbeschikkinggestelden wordt in beginsel bepaald door de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. De interne rechtspositie van gedetineerden wordt daarentegen bepaald door de Penitentiaire beginselenwet. Beide wetten bevatten een criterium voor dwangbehandeling. Zoals mevrouw Joldersma terecht opmerkte is dat vergelijkbaar met het bestaande criterium in de BOPZ.

Naar aanleiding van het rapport-Visser heeft het kabinet reeds aan de Kamer gemeld dat de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden zal worden aangepast in navolging van het dwangbehandelingscriterium zoals wij dat vandaag bespreken. Tijdens het algemeen overleg van eind vorig jaar over de ontwikkelingen op het gebied van de terbeschikkingstelling heb ik uitgesproken dat ik opensta voor verdere stappen op het gebied van dwangbehandeling in de tbs-sector. Voor de uitwerking van die gedachte verwijs ik naar dat overleg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U bent dus bereid om die wet aan te passen in de zin van deze aanpassing van de BOPZ. Kan dat door middel van een versnelde procedure? Het is allemaal al langs de Raad van State geweest en wij hebben het hier al besproken. Is het dan ook mogelijk om dat op de kortst mogelijke termijn te doen, zodat mensen die een gevangenisstraf uitzitten net zo goed behandeld kunnen worden als mensen die buiten de gevangenis problemen hebben op het psychiatrische vlak?

Minister **Hirsch Ballin**: Op dat punt heb ik tijdschema's en dergelijke besproken tijdens het algemeen overleg. Ik hoop dat daarmee de nodige duidelijkheid op dit punt is gegeven.

Mevrouw Van Miltenburg en de heer Vendrik hebben gevraagd of het gelukkig is dat deze twee onderwerpen in één wetsvoorstel zijn neergelegd. Uiteraard kun je zeggen dat wij het ook op een andere manier aan de vork hadden kunnen steken, bijvoorbeeld in twee wetsvoorstellen. Het is echter onhandig laat om er nog twee wetsvoorstellen van te maken. Dat betekent dat ten aanzien van minstens een wetsvoorstel de hele procedure opnieuw moet worden gevolgd. Nu wij zo ver zijn gevorderd met de discussie over deze wetsvoorstellen zou ik reeds daarom willen aanraden om het maar op één wet te houden. Het is overigens absoluut niet ongebruikelijk om onderwerpen die wijziging van dezelfde wet betreffen in één wetsvoorstel neer te leggen. Bovendien is er ook inhoudelijk samenhang tussen beide wetswijzigingen. Ik hoop dat beide aspecten van het wetsvoorstel steun krijgen van de Kamer.

Mevrouw Van Miltenburg heeft verder gevraagd naar de mogelijkheid om dwangbehandeling toe te passen om een langer verblijf in het ziekenhuis te voorkomen. Zij zei daarbij dat het uitgangspunt van het behandelingsplan toch altijd moet zijn het therapeutische effect van het verblijf en het algemene welzijn van de patiënt. Ik zie

daar een relatie met de opmerking die de heer Voordewind heeft gemaakt. Hij heeft aandacht gevraagd voor de zorgvuldigheid die inderdaad gepast is bij de dwangbehandeling en die ook nodig is. Hoe kan worden gegarandeerd dat het alleen in het belang van de patiënt wordt toegepast?

Ik ben het met de strekking van de opmerkingen van mevrouw Van Miltenburg en de heer Voordewind graag eens. Dwangbehandeling moet altijd in het teken staan van de bescherming van de gezondheid van de patiënt. Dat sluit ook aan bij de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens op basis van het EVRM waar ik al naar verwees. Ik noem daarbij met name het arrest van het Hof van 24 september 1992 in de zaak-Herczegfalvy tegen Oostenrijk – ik kijk bij het noemen van deze naam even wat bezorgd naar de stenografe – waarin tot uitdrukking is gekomen dat dwangbehandeling mogelijk is, als deze naar gangbare medische principes als een therapeutische noodzaak wordt gezien.

Uitgangspunt is dat een langdurig gedwongen opname in de meeste gevallen niet in het belang is van de patiënt. Zij betekent immers een langdurige inbreuk op zijn of haar vrijheid in een situatie waarin de patiënt steeds minder perspectief heeft op een leven buiten de inrichting. Hij of zij loopt het risico om geïnstitutionaliseerd te raken, zoals wij dat dan noemen, en zijn of haar sociale vangnet te verliezen. Een onnodig lange gedwongen opname kan de psychische gezondheid van een patiënt ernstige schade berokkenen. Ook dat speelt een rol in de afweging tussen het aspect van de ruimere mogelijkheden voor dwangbehandeling zoals zij voorzien zijn in het wetsvoorstel en het aspect van vrijheid. Ik zeg dat ook naar aanleiding van het principiële betoog van de heer Vendrik over precies dit onderdeel. Ik zou er dus op willen wijzen dat het ook in het belang van de patiënt is, uiteraard mits deze regeling goed wordt toegepast, deze ruimere mogelijkheden voor dwangbehandeling daarin op te nemen.

Een aantal factoren moet daarbij worden betrokken: het ziektebeeld van de patiënt, de persoonlijkheid van de patiënt, de behandelingsmethoden die beschikbaar zijn, de effectiviteit daarvan en – ik verwijs opnieuw naar wat de heer Voordewind heeft gezegd – bij dwangmedicatie ook de soms zware bijwerkingen van medicijnen. De duur van de opname kan uit een oogpunt van de bescherming van de gezondheid van de patiënt een van de factoren zijn die meewegen. Het gaat dus altijd om een complex van factoren en het beoordelingskader is in de wet opgenomen.

Ik bevestig in antwoord op vragen van mevrouw Van Miltenburg en de heer Voordewind graag dat het uiteraard ook niet zo mag zijn dat het enkele doel van het geheel is, de patiënt zo gauw mogelijk de inrichting uit te werken. Dat zeg ik er voor alle duidelijkheid bij, maar het ligt eigenlijk al besloten in wat ik net zei over het afwegingskader.

De heer Voordewind heeft verder aandacht gevraagd voor het voorstel dat vervat was in het advies van de Raad van State om expliciet vast te leggen dat het behandelingsplan zo mogelijk met instemming van de patiënt wordt opgesteld. Dat advies is niet gevolgd, omdat een dergelijke inspanningsverplichting moeilijk te handhaven zou zijn. Het zou eigenlijk een onhanterbare eis opleveren op het moment van de beoordeling door de rechter. Er is echter in het wetsvoorstel een andere

## Hirsch Ballin

weg gevonden om hetzelfde punt tot uitdrukking te brengen en dat is vervat in artikel 14a, vijfde lid van het voorstel. In een passage die moet worden toegevoegd aan het behandelingsplan moet er worden aangegeven waaruit blijkt dat het overleg met de patiënt tot overeenstemming heeft geleid of, als dat niet het geval is, op welke grond de behandelaar tot het oordeel is gekomen dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene de voorwaarde zal naleven. Dat maakt voor de rechter de inspanningen van de behandelaar om instemming te krijgen, toetsbaar. Zo hebben wij de doelstelling van wat was aangegeven in het advies van de Raad van State op een andere manier verwerkt, die beter toetsbaar is.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd naar de verantwoordelijkheid als er toch iets misgaat als gevolg van een verkeerde inschatting. Collega Hoogervorst is daar al op ingegaan. Het uitspreken van de verwachting dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden, maakt de arts niet verantwoordelijk voor het gedrag van de patiënt. Ook een arts kan niet in de toekomst kijken. Hij kan wel worden aangesproken op de informatie die hij de rechter verschafft over de patiënt. De arts is verantwoordelijk voor de zorg en de behandeling die aan de patiënt in het kader van de voorwaardelijke machtiging worden verleend. Hij zal daarbij wel in de gaten moeten houden of de patiënt zich voorwaarden houdt en of het gevaar inderdaad wordt afgewend door het naleven ervan.

Er zijn vragen gesteld over de definitie van "redelijke termijn" en in hoeverre de interpretatie en het houvast naar voren komen in het nieuwe dwangbehandelingscriterium. Dit biedt inderdaad ruimte voor een op maat gesneden aanpak. Dat moet ook, het is zelfs de bedoeling ervan. Ik noemde de factoren al, namelijk ziektebeeld, persoonlijkheid van de patiënt, beschikbare behandelingsmethoden en duur. Deze bepalen wat een redelijke termijn is waarbinnen het gevaar kan worden weggenomen. De redelijkheid van de termijn moet worden verwoord en ook beoordeeld aan de hand van de relevante factoren. De afweging moet tot uitdrukking komen in de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan. Op de behandelaar rust de motiveringsplicht. De klachtencommissie of eventueel de rechter vindt daarin het aangrijpingspunt om de redelijkheid van de termijn te beoordelen.

Mevrouw Joldersma vroeg bij interruptie naar behandelingsplannen en de verschillende contexten waarin die worden gemaakt. Een behandelingsplan bij een gewone opname moet de instemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger hebben omdat deze de grondslag kan vormen voor dwangbehandeling op een moment waarop de betrokkene de behandeling niet meer wil. Dat is ook gedwongen behandeling, maar in een andere betekenis dan waarover wij het tot nu hadden. Er is dan sprake van een andere grondslag van de dwang. In die situatie kan buiten het behandelingsplan alleen dwang worden toegepast bij wijze van middel of maatregel in de zin van artikel 39 van de Wet BOPZ. Het behandelingsplan bij een voorwaardelijke machtiging geeft echter geen basis voor dit soort dwangbehandeling, maar alleen voor de min of meer vrijwillige behandeling. Daarom is hier gekozen voor de mogelijkheid dat er geen sprake is van uitdrukkelijke instemming, maar van voldoende vertrouwen dat de patiënt feitelijk de voorwaarden zal naleven. Dat is het eerste kernpunt

van het wetsvoorstel. Deze twee situaties waarin wordt gesproken over een behandelingsplan kunnen niet over één kam worden gesproken. Er zijn wel altijd behandelingsplannen, maar de basis en de effecten ervan verschillen.

Ik hoop dat ik hiermee de vragen die aan mij zijn gericht toereikend heb beantwoord.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Er was onduidelijkheid over het gewijzigde amendement op stuk nr. 17 (was stuk nr. 13) over de patiëntenvertrouwenspersoon. De minister van VWS heeft gezegd dat dit zal worden overgenomen. In een alinea in de toelichting staat dat het voorstelbaar is dat de klachtencommissie een aangezegde dwangbehandeling op rechtmatigheid beoordeelt alvorens het tot dwangtoepassing komt. Wordt ook dat deel van het gewijzigde amendement overgenomen? Het lijkt mijn fractie namelijk een beetje haaks te staan op het gegeven dat wordt overgegaan tot dwangbehandeling. Dat moet volgens ons zo snel mogelijk plaatsvinden en dus niet worden opgeschort. Deze alinea betreft wel degelijk een opschortende voorwaarde.

Minister **Hirsch Ballin**: Ik moet bekennen dat ik de toelichting van de amendementen die werden rondgedeeld toen wij al bezig waren nog niet precies heb bestudeerd. Het lijkt mij het beste als ik hier in tweede termijn op terugkom.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Wij moeten de evaluatie van de behandelwet maar afwachten. Ik heb van de minister toch echt begrepen dat de vraag of er een andere wet moet komen, onderdeel is van de evaluatie. Het lijkt mij dus wijs om die af te wachten en om daarna de discussie meteen alsnog in de Kamer aan te gaan. Ik heb in mijn eerste termijn al gezegd dat ik zeer kan instemmen met de huidige voorstellen voor wijziging van de huidige wet. Eerlijk gezegd, ben ik daar sinds de toelichting nog meer van overtuigd. De toelichting was wel noodzakelijk; de behandeling van een wet verklaart natuurlijk ook hoe de wetgever bedoelt dat die in de praktijk uitpakt. In dezen stelt de toelichting op bijvoorbeeld de voormalige machtiging mij extra gerust. Verder stelt het mij gerust dat de voorwaardelijke machtiging ook geldt als er geen of nog geen sprake van opname is of zelfs sprake is van een ambulante situatie. Het is jammer dat dit nu pas blijkt, want ik heb echt mijn best gedaan om dit uit de wet en de toelichting op te maken.

Mijn twee amendementen betreffen een kwestie waar ik het niet mee eens ben. Ik blijf het raar vinden dat een vrijwillige opname maximaal drie dagen kan duren en dat die überhaupt aan een maximum gebonden is. De vreemde situatie kan zich voordoen dat een patiënt niet opgenomen wordt, maar wel een voorwaardelijke machtiging krijgt en dat een van de voorwaarden is dat die zich meldt als hij voelt dat het slechter met hem gaat of voelt dat er iets aankomt. Dan kan hij wel voor een paar dagen of weken opgenomen worden. Een van de voorwaarden van de voorwaardelijke machtiging kan dus zijn dat een patiënt zich vrijwillig meldt. Dat is volgens mij een zeer denkbare situatie in het licht van de afspraken qua drang en dwang die met de patiënt moeten worden gemaakt. Dit maakt deze regel in de wet





*De heren Hirsch Ballin en Hoogervorst, respectievelijk Ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*  
© M. Sablerolle – Gouda

nog bizarder. Ook kan de vreemde situatie ontstaan dat een patiënt, die inderdaad een voorwaardelijke machtiging heeft, zich vrijwillig meldt, opgenomen wordt en hij na drie dagen of drie weken gedwongen opgenomen moet worden, indien na die tijd zijn situatie niet voldoende verbeterd is, of moet worden ontslagen. Op dat moment kan een heel verkeerde beslissing worden genomen, juist omdat de vrijwilligheid heel belangrijk kan zijn in de beleving van de patiënt. Ik blijf dus echt vinden dat die uit de wet moet worden geschrapt en handhaaf daarom mijn amendement. De minister zegt toe, dit nog eens uit te leggen en de kritiekpunten van de patiënt nog eens te bestuderen. Dat onthoud ik. Wil de minister ook de kritiekpunten van de beroepsgroep in overweging nemen? Zij heeft hier net zo goed bezwaar tegen. Behandelaars en patiëntenvertegenwoordigers vinden allemaal dat dit element zo niet in de wet moet worden opgenomen. Daarom lijkt mij het echt niet verstandig om dat wel te doen.

De minister is niet van plan om adviescommissies te faciliteren, bleek tijdens mijn interrupties. Ik ben dus genoodzaakt, daarover een motie in te dienen.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er grote voordelen zijn wanneer een geneesheer-directeur gebruik kan maken van een adviescommissie in zaken betreffende (langdurende) dwangbehandeling;

constaterende dat adviescommissies bestaande uit meerdere disciplines, een meerwaarde hebben in de besluitvorming;

verzoekt de regering, middelen beschikbaar te stellen om het veld in de gelegenheid te stellen om meerdere pilotadviescommissies op te richten,

en gaat over tot de orde van de dag.

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

Zij krijgt nr. 19 (30492).

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik heb nog een vraag gesteld over het separeren en het onderzoek van de inspectie. Ik vind het jammer dat de minister daar niet op ingaat. Ik snap wel dat hij zegt dat hij niet weet of de inspectie daar tijd voor heeft, maar het gaat natuurlijk wel om iets heel wezenlijks. Bovendien zijn er signalen dat dit onderzoek van groot belang kan zijn. Daarom dien ik daar twee moties over in.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat separeren een beheersmaatregel is en geen behandeling;

overwegende dat er minder risico's kunnen worden genomen bij een lagere bezettingsgraad van personeel;

verzoekt de regering, onderzoek te laten doen naar de relatie tussen separeren en de kwalitatieve bezettingsgraad van het personeel op een afdeling,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 20 (30492).

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er geluiden zijn dat er onder het mom van artikel 40 van de Wet BOPZ, inperking van vrijheden na bijvoorbeeld het overtreden van huisregels, mensen worden gesepareerd;

overwegende dat dit niet altijd plaatsvindt in officiële separeerkamers;

overwegende dat een inperking in het kader van artikel 40 niet gemeld hoeft te worden bij de inspectie;

verzoekt de regering, de inspectie onderzoek te laten doen naar het gebruik van artikel 40,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 21 (30492).

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb nog een vraag over de motie van mevrouw Kant, waarin zij vraagt om

## Kant

onderzoek naar de mogelijke relatie tussen de mate waarin wordt gebruikgemaakt van isoleercellen enerzijds, en het gebrek aan personeel anderzijds.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb het in mijn motie over gebrek aan kwalitatief deskundig personeel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Oké. Ik ben het zeer met mevrouw Kant eens dat zo'n onderzoek op zijn plaats is. Zou het echter niet logisch zijn om ook zo'n onderzoek te vragen naar de mogelijke relatie tussen de uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling enerzijds en het gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel anderzijds? Wellicht kan daartussen ook een relatie worden gelegd.

Mevrouw **Kant** (SP): Een relatie met separeren? Wat bedoelt u?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Door dit wetsvoorstel wordt het mogelijk om binnen de instelling vaker over te gaan tot dwangbehandeling. Lijkt het u niet logisch om ook die relatie eens te onderzoeken? Op die manier kunnen wij direct de vinger aan de pols houden als dit wetsvoorstel wordt aangenomen, om te voorkomen dat gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel ertoe leidt dat te vroeg en te gemakkelijk naar dwangbehandeling wordt gegrepen in niet-acute situaties.

Mevrouw **Kant** (SP): Vanzelfsprekend is dit een heel belangrijke vraag. Sterker nog: ik vermoed dat zelfs in de huidige situatie deze relatie kan worden gelegd, ook zonder deze wetswijziging waardoor dwangmedicatie binnen de instelling "gemakkelijker" wordt. "Gemakkelijker" vind ik in deze context overigens eigenlijk geen goed woord. Wij hebben het eerder over een situatie waarin dwangbehandeling noodzakelijk is, zo'n behandeling in de huidige situatie nog niet kan worden toegepast, maar na aanname van het wetsvoorstel wel kan worden toegepast. Ongeacht dat kan mijns inziens gebrek aan personeel te gemakkelijk leiden sedatie of separatie.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Moet uw motie hierover ook op die manier gelezen worden? Gaat het daarin niet alleen om onderzoek naar de mate waarin isoleercellen gebruikt worden, maar ook om onderzoek naar de mate waarin vormen van dwangbehandeling voorkomen?

Mevrouw **Kant** (SP): Daarover gaat mijn motie niet, maar als u daarover een motie indient, zal ik die zeker steunen. In mijn motie gaat het over separeren. Je zou je bijvoorbeeld ook kunnen voorstellen dat er niet wordt overgegaan tot dwangmedicatie doordat er op enig moment geen deskundig personeel aanwezig is, en dat er daardoor maar voor separeren wordt gekozen. Om het nóg ingewikkelder te maken, wijs ik op een dergelijke mogelijkheid. Uw suggestie vind ik prima, maar daarover gaat mijn motie niet.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Uw laatste motie ging over het insluiten van mensen op hun kamer. Ik verbaas mij erover dat u deze motie indient, want tegelijkertijd bent u een groot voorstander van dit wetsvoorstel, dat aansluit bij de huidige, werkbare praktijk. Ik hoor van professionals juist dat zij vaak met mensen afspreken dat zij een

half uur op hun kamer worden opgesloten om tot rust te komen. Dat is geen vrijheidsbeperkende maatregel; zo'n maatregel wordt in overleg met de patiënt genomen, omdat die weet dat hij deze rust nodig heeft. Wat is uw bezwaar tegen deze praktijk?

Mevrouw **Kant** (SP): Deze situaties ken ik natuurlijk ook, maar daarover gaat mijn laatste motie niet. Die vraagt niet om een onderzoek naar situaties waarin er afspraken worden gemaakt met de patiënt waarbij voor de rust van hem de deur af en toe op slot gaat. De motie gaat over situaties waarin gekozen wordt voor opsluiting in de kamer in plaats van in een separeercel, omdat opsluiting in de kamer niet hoeft te worden gemeld. Bij opsluiting in een separeercel worden bovendien bepaalde kwaliteitseisen aan de omgeving gesteld. Ik zeg niet dat deze keuze vaak wordt gemaakt, ik heb er echter wel signalen over gehoord. Dat vind ik ernstig genoeg om om een onderzoek te vragen.

Ten slotte heb ik een heel praktische vraag gesteld over de geneesheer-directeur. Er zijn instellingen zonder een echte geneesheer-directeur, waar deze functie door een manager wordt ingevuld. Toch lijkt het mij wel de bedoeling dat een arts dit soort beslissingen neemt. Ik neem aan dat de minister het met mij eens is dat bij een instelling zonder echte geneesheer-directeur niet de manager dit doet. Wat is de oplossing van de minister in zo'n situatie dan echter wél?

□

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik heb nog enkele vragen over de zorg- en strafsystemen. Ik ben nog niet tevreden over de antwoorden die beide ministers hierop hebben gegeven.

Mensen met psychiatrische problemen komen in de zorg terecht. Als de controle niet adequaat is, belanden zij in het justitiële circuit, ook bij de voorwaardelijke machtiging. Volgens hulpverleners sluit de strafoplegging niet aan bij wat de patiënt-delictpleger aan kan. Veel erger is dat veel mensen pas bij de hulpverlening in beeld komen als zij de wet overtreden, maar dan is het eigenlijk al te laat. Als je kiest voor preventie – in dit kader is dat cruciaal – moet je straf en zorg beter op elkaar laten aansluiten. In eerste termijn refereerde ik aan een krantenberichtje. Ik wil dat kleine stukje toch even voorlezen. Het luidt als volgt: "Als je daarvoor kiest, dan zou je bijvoorbeeld meer zorg binnen het strafrechtelijke kader kunnen bieden, of uitgebreidere zorg binnen de detentie. Je zou het huidige systeem beter kunnen benutten door bijvoorbeeld tijdens strafzittingen gedragsdeskundigen een grotere of belangrijker rol te laten spelen. Wij kunnen psychiatrische delictplegers ook voor een speciale commissie laten verschijnen in plaats van voor de politierechter. In de commissie zitten dan mensen die weten wat voor deze mensen goede interventies zijn, wat de juiste maat van vergelding is en hoe je zo iemand moet controleren en behandelen." Ik vind dat de ministers meer visie moeten hebben op hoe ervoor kan worden gezorgd dat mensen de juiste zorg krijgen, dat ze niet afglijden en in een strafinrichting komen en dat, als zij er zitten, adequate zorg krijgen.

Ik heb een amendement ingediend samen met de heer Vendrik. Ik ben blij dat dit amendement op stuk nr. 17 wordt overgenomen. De heer Vendrik zal nog ingaan op het amendement op stuk nr. 18.

□

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik ben erg tevreden over de antwoorden van beide ministers. Ik ben blij met het compliment dat zij mij hebben gegeven.

Minister **Hoogervorst**: Dat gebeurt maar één keer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat is jammer.

Voor de korte termijn stemt mijn fractie in met de voorgestelde wijzigingen. Voor de lange termijn vinden wij het wenselijk dat er een behandelwet komt. Daarover is al iets gezegd. Wij vinden het erg positief dat de minister heeft toegezegd dat hiernaar wordt gekeken en dat dit wordt meegenomen bij de evaluatie van de BOPZ.

Met het oog op de verruiming van de normen in de wet is de positie van de patiënt ontzettend belangrijk. Ik ben tevreden met het overnemen van het amendement van GroenLinks. Ik heb een toezegging gekregen over een onderzoek van de inspectie. Ik wacht dat af. Ik ben erg benieuwd naar het antwoord van de minister over de wel of niet vrijwillige opname van drie dagen en de overweging op dat punt. De vrijheid van normen in de wet blijft lastig. De behandelaar krijgt van ons de vrijheid, maar dat kan leiden tot een verschil in interpretatie. Ik blijf van mening dat de wet niet moet worden dichtgetimmerd, maar er moet wel worden gezorgd voor landelijke afstemming. Het doel daarvan moet zijn te komen tot zoveel mogelijk eenheid in de uitvoering. Ik dien daarover nu een motie in, ondertekend door een meerderheid van de fracties.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat dwangbehandeling de persoonlijke vrijheden onvrijwillig inperkt en dat hiermee uiterst zorgvuldig dient te worden omgegaan;

overwegende dat de kwaliteit van de beoordeling waarbij wordt besloten om iemand onder dwangbehandeling te plaatsen, bewaakt moet worden en dat voor de patiënt naar zo veel mogelijk eenheid van behandeling moet worden gestreefd;

overwegende dat het nieuwe criterium voor dwangbehandeling de ruimte biedt om maatwerk te bieden per patiënt, maar tegelijkertijd ook kan leiden tot verschil in interpretatie van deze open norm;

verzoekt de regering, het mogelijk te maken dat landelijke afstemming plaatsvindt over dwangbehandeling en daarom onderzoek te laten doen naar de invulling van de nieuwe open norm, waarbij de kwaliteit van de beoordeling en zo veel mogelijk eenheid van behandeling uitgangspunt vormen en daarover binnen één jaar verslag te laten uitbrengen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden

Bouwmeester, Kant, Van Miltenburg, Joldersma en Voordewind.

Zij krijgt nr. 22 (30492).

□

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor hun antwoorden. Deze antwoorden bevestigden mij in ons oordeel dat het heel belangrijk is om de wetsvoorstellen door te laten gaan, teneinde een werkbare praktijk te krijgen. Ik ben ook blij dat minister Hoogervorst in zijn antwoord heeft aangegeven dat het belangrijk is om deze wijzigingen door te voeren om juist de bijzondere categorie van psychiatrische patiënten de kans op herstel te geven. Dit wil niet zeggen dat hun stoornis weggenomen kan worden, maar wel dat kan worden ingegrepen op het gevaar dat zij veroorzaken. De spiraal hoort daarom juist te beginnen met verleiden, om daarna via drang tot het uiterste middel, de dwang, te komen. Het is duidelijk dat over het toegevoegde criterium van dwangbehandeling is nagedacht. Dit zal open moeten blijven en daarom is het ook heel goed om te kijken hoe dit criterium in de praktijk invulling zal krijgen.

Ik maak mij echter nogal zorgen over het behandelingsplan dat ten grondslag ligt aan de dwangbehandeling. Minister Hirsch Ballin heeft hierop een toelichting gegeven. De regelgeving is zodanig opgesteld dat datgene wat in het behandelingsplan staat, toegepast mag worden als dwangbehandeling. Je moet proberen over dit behandelingsplan overeenstemming te krijgen, maar het mag ook worden toegepast als geen overeenstemming is bereikt. Bij het regime bij de voorwaardelijke behandeling heeft het behandelingsplan een andere functie dan bij het regime van de gedwongen behandeling. Ik vind dit echter gevaarlijk. Ik vertrouw de hulpverleners, maar stel dat een hulpverlener een beetje strategisch met het behandelingsplan wil omgaan. Hij probeert overeenstemming met de patiënt te krijgen, maar als dat niet lukt, is het ook goed, want de patiënt hoeft er niet mee in te stemmen. Immers, al datgene wat in het behandelingsplan staat, mag als dwangbehandeling worden toegepast. Dit baart mij zorgen. Het lijkt mij goed om de praktijk op dit punt goed in de gaten te houden.

In mijn eerste termijn heb ik gesproken over de familievertrouwenspersoon. De minister van VWS is er niet op ingegaan en daarom dien ik er een motie over in.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat familie en andere naastbetrokkenen van de psychiatrische patiënten behoefte hebben aan ondersteuning, informatie en advies over de behandeling en de toepassing van de Wet BOPZ;

overwegende dat slechts enkele ggz-instellingen in deze behoefte voorzien via het aanstellen van een familievertrouwenspersoon;

overwegende dat de familievertrouwenspersoon in een



De heer Voordewind (CU)

© M. Sablerolle – Gouda

groot deel van de ggz nog steeds ontbreekt;

verzoekt de regering, te bevorderen dat in elke ggz-instelling een familievertrouwenspersoon beschikbaar is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Joldersma, Voordewind, Vendrik, Bouwmeester, Van Miltenburg, Van der Vlies, Koşer Kaya, Kant en Agema. Zij krijgt nr. 23 (30492).

□

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik dank beide ministers voor hun antwoord, waarin zij mij gerust hebben gesteld dat bij de totstandkoming van de wet wel degelijk goed is gekeken naar het belang en de positie van de patiënt, en dat het de bedoeling is dat bij toepassing van de beide maatregelen het belang van de patiënt altijd in het oog wordt gehouden.

Minister Hoogervorst zei dat de BOPZ allang geen opnamewet meer is, zeker niet met deze wijziging. Mijn opmerking betrof natuurlijk de wet vóór de wijziging. Het is nog geen behandelwet, maar dat gaan wij er vandaag deels wel van maken.

Graag ontvang ik nog een schriftelijke toelichting, waarom wordt vastgehouden aan enige tijdsbepaling in artikel 1, dat handelt over vrijwillige opname bij een voorwaardelijke machtiging. Ik herinner minister Hirsch Ballin eraan dat hij zojuist heeft beloofd, terug te komen op de opschortende voorwaarden, genoemd in het amendement op stuk nr. 17.

De VVD was, is en blijft vooralsnog voorstander van een behandelwet. De huidige oplossing om van de BOPZ een soort behandelwetje te maken, verdient niet de schoonheidsprijs. Daarom de volgende motie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de Wet BOPZ een opnamewet is en geen behandelwet;

constaterende dat er brede maatschappelijke steun is voor een behandelwet, waarin de mogelijkheden van dwangbehandeling bij psychiatrische patiënten duidelijk omschreven worden;

overwegende dat in maart 2007 de evaluatie van de Wet BOPZ wordt verwacht, waarin de mogelijkheid van een behandelwet wordt meegenomen;

overwegende dat het enige tijd zal duren, alvorens een behandelwet tot stand kan komen;

van mening dat de uitbreiding van de mogelijkheid van dwangbehandeling in de Wet BOPZ gewenst is, maar dat een behandelwet de voorkeur heeft;

verzoekt de regering, vóór het zomerreces 2007 een brief aan de Kamer te sturen, waarin wordt aangegeven welke stappen moeten worden gezet om te komen tot een behandelwet, en hierbij rekening te houden met de evaluatie van de Wet BOPZ, die in maart van dit jaar zal verschijnen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Miltenburg. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 24 (30492).

□

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Ook ik dank de ministers voor hun beantwoording, en ook ik ben gerustgesteld door alle toelichtende woorden, met name daar waar het belang van de patiënt centraal staat, ook bij de dwangbehandeling.

Steun van mijn partij voor het amendement van mevrouw Kant, die pleit voor een uitbreiding tot drie weken als het gaat om vrijwillige opname. De minister is ingegaan op dwangmedicatie. Volgens hem kan het zo zijn dat de medicatie wordt gegeven voor een heel lange tijd, ja zelfs voor levenslang. Wij praten hier natuurlijk wel over dwangmedicatie, wat betekent dat wij dat in principe afspreken tot een maximum van drie maanden, wat eventueel verlengd kan worden, maar het is eindig. Waarom langdurige medicatie, met name die met antipsychotica? Is dit verantwoord, gezien de bijwerkingen? Prof. Anton Lonen van de RUG heeft diverse malen uitspraken gedaan over de zin van noodmedicatie. Ik dien hierover de volgende motie in.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat dwangmedicatie zeer ingrijpend is voor de patiënt en dat aan gedwongen behandeling in de vorm van medicatie grote gezondheidsrisico's verbonden kunnen zijn;



## Voorzitter

overwegende dat dwangmedicatie raakt aan de integriteit van lichaam en geest;

overwegende dat noodmedicatie een in tijd beperkte, gedwongen behandeling met medicatie is, gericht op het beëindigen van de crisis en het herwinnen van de wilsbekwaamheid van de patiënt;

verzoekt de regering, onderzoek te doen naar de noodzaak van de lengte van dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot de bijwerkingen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Voordewind, Van Miltenburg, Joldersma, Bouwmeester, Vendrik, Van der Vlies, Koşer Kaya en Kant.

Zij krijgt nr. 25 (30492).

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor hun beantwoording. Ik zei in eerste termijn al dat de SGP-fractie, die ik hier vertegenwoordigen mag, zal instemmen met dit wetsvoorstel. Uiteraard is zorgvuldigheid geboden, zeker als het gaat om essentiële noties die grondrechten raken, want daar hebben wij het in wezen over.

Ik vond het begrip "verruiming van de wet" verwarrend. Misschien is de discussie tussen mevrouw Agema en de bewindslieden daarop terug te leiden. Verruiming van de wet suggereert dat deze minder streng wordt, met een grotere vrijblijvendheid, maar dat is nu juist niet aan de orde. Er is iets verschoven in de balans tussen de autonomie van de patiënt en de noodzaak van behandeling ter wille van het beschermen van de patiënt tegen zichzelf en de omgeving tegen de patiënt, meer niet. Zo zie ik het althans. Dat alles moet uiteraard zorgvuldig en toetsbaar gebeuren. In dat hele proces blijft het gaan om de balans tussen de autonomie van de patiënt en de noodzaak van de behandeling ter wille van hemzelf en zijn omgeving.

Het is misschien toch wel aardig om nog even te releveren dat dit wetsvoorstel in 1971 werd ingediend. Toen ik in 1981 deel mocht gaan uitmaken van dit illustere gezelschap, bestond er een bijzondere Kamercommissie voor de Wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen met een stukje eigen verantwoordelijkheid en via de commissie voor de Werkwijze en het reglement ook een zeker mandaat.

Wat is er in die jaren gebeurd? Er is een daadkrachtige omwenteling gekomen in de keuze van het uitgangspunt van het wetsvoorstel. Aanvankelijk was het zo dat de samenleving wel wist wat goed was voor de patiënt. Daar kon een opname uit volgen en het was een karwei van jewelste om weer uit dat instituut ontslagen te worden. Je was voor je leven gevangen, dat was het verwijt toen.

Toen is die omslag ontstaan, waar de Kamer debet aan was, zie de wetsgeschiedenis, naar de autonome positie van de patiënt. Heeft hij ook nog wat te zeggen? Ja natuurlijk, hij heeft wat te zeggen. Dat is toen het uitgangspunt geworden van het wetsvoorstel. De nota van wijziging die daarover werd ingediend, was spectaculair, dat zal ik nooit vergeten. Mij dunkt dat dit een van de beste voorbeelden is hoe de interactie tussen

Staten-Generaal en regering tot resultaten kan leiden. De voorzitter heeft mij er terecht in de wandelgangen aan herinnerd dat wij bij de Wmo onlangs hetzelfde hebben gedaan, maar daar hebben wij geen twintig jaar over gedaan. Daarom blijft dit zo'n boeiend bedrijf.

Het belang van de behandeling dient centraal te staan, vind ik nu. Als wij kunnen aantonen dat wij de patiënt daarmee tegen zichzelf beschermen, is hij daar ook mee gediend. Nu en dan is het helaas nodig om de samenleving ook tegen hem te beschermen. Dat vraagt echter wel om een aantal zaken. Daarom heb ik in eerste termijn ingezet op de betrokkenheid van de familie. De toegankelijkheid en de transparantie van al die processen moeten zo veel mogelijk worden veiliggesteld. Daarin kan de familievertrouwenspersoon een schakel zijn door op dat punt een belangrijke functie te vervullen. Ik heb de motie-Joldersma dan ook graag ondertekend. Hetzelfde geldt voor de motie-Voordewind, al heeft die betrekking op een ander onderdeel van dit debat.

Over een paar weken zal er worden geëvalueerd. Sommigen spreken nu al over een nieuwe wet. Het is mogelijk dat dit ervan komt. Laten wij de discussie over de evaluatie echter met een open mind ingaan in plaats van nu al uit te gaan van allerlei opties. De mogelijkheid bestaat inderdaad dat het bouwwerk op de helling moet, maar dat zien wij dan wel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Het duurde enige tijd voordat de minister van VWS in eerste termijn de woorden Sovjet-Unie gebruikte. Ik ben daarover niet begonnen, maar naar mijn idee was dat het sterkere deel van de beantwoording van die minister. Overigens heb ik nooit eerder begrepen dat men in de Sovjet-Unie zo gespecialiseerd is in vrijwillige opnames, maar dat kan aan mij te wijten zijn. Ik heb dus toch weer iets geleerd. Ik heb ook nog andere woorden gehoord, waaronder "chemische dwangbuis". Dit debat zit vol met heftige beantwoordingen.

Ik moet in ieder geval constateren dat de rechtsbescherming van patiënten voor de minister van VWS veel waarde heeft. Dat doet mij deugd. Misschien komt dat ook goed van pas in het kader van het amendement op stuk nr. 18. De minister van VWS heeft in eerste termijn gezegd dat hij daarvoor niet veel voelt. Hij meent dat het amendement overbodig is. Ik zal proberen hem op andere gedachten te brengen, omdat ik meen dat onze meningen niet ver uiteenlopen.

Ik heb twee redenen om dat amendement samen met mevrouw Koer Kaya in te dienen. In de eerste plaats betreft dat het principe dat er bij de behandeling van patiënten sprake is van informed consent. Indien een patiënt niet onmiddellijk actief instemt, terwijl wel verwacht mag worden dat hij de behandeling op adequate wijze ondergaat, vraag ik mij af waarom er niet een vertegenwoordiger van betrokkene bij mag worden betrokken. Het doel is dan niet om overeenstemming te bereiken tussen de behandelaar en de vertegenwoordiger. In die zin is het een bescheiden amendement: het dient als extra toets voor het behandelingsplan. Dat komt ook deels tegemoet aan een klacht uit het veld dat de positie van bijvoorbeeld de familie bij dit type behandelingen nogal cruciaal kan zijn. En vaak zijn het familieleden die als vertegenwoordigers van de patiënt in kwestie kunnen opereren. Het lijkt mij dan ook goed om die erbij

## Vendrik

te betrekken. Voor de psychiaters in het veld die dat al doen, is het amendement overbodig. Voor anderen voegt het echter iets toe en het versterkt de positie van de patiënt. Tevens versterkt het amendement het effect van het behandelingsplan. Ik herhaal dat het gaat om overleg in plaats van om het alsnog via een achterdeur bereiken van een vorm van overeenstemming tussen de behandelaar en de vertegenwoordiger. Ik hoop niet dat de minister zich daartegen verzet.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Op zichzelf klinkt het sympathiek om de familie erbij te betrekken, maar het woord "vertegenwoordiger" wordt in de wet juist gebruikt in het kader van wilsonbekwame patiënten. Spreekt de heer Vendrik in dit kader over wils- onbekwame patiënten, of doelt hij op iedere patiënt die niet wil? Wat wenst de heer Vendrik te doen als de patiënt niet wil dat zijn familie als vertegenwoordiger wordt gevraagd?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): In het amendement wordt verwezen naar "de vertegenwoordiger" als bedoeld in artikel 38 in de wet. Dat staat er niet voor niets.

Ik kom op het amendement op stuk nr. 17. De minister heeft gezegd dat hij de Kamer niet zal ontraden om voor dat amendement te stemmen. Wij zijn goed en gek vanavond, dus dat is uitstekend. Ik neem wel aan dat de minister dan ook doelt op de complete toelichting op het amendement. Vanavond kan besloten worden dat dwangbehandeling mogelijk wordt, ook in niet-acute situaties, omdat het anders een gebed zonder einde wordt. In die situatie bestaat er enige tijd tussen het opstellen van het behandelingsplan met dwangbehandeling en de effectuering daarvan. De bestaande klachtenprocedure kan dan meer het karakter krijgen van een preventieve toets. Dat is ook uitdrukkelijk mijn bedoeling. Ik ga ervan uit dat als de regering dit amendement overneemt, zij ook deze strekking van het amendement overneemt en in de praktijk laat landen. Dan wordt het namelijk zinvol om bij het overhandigen van een behandelingsplan inclusief dwangbehandeling de patiënt duidelijk te maken wat zijn of haar rechten zijn. Ik ga ervan uit dat de minister dit allemaal bedoelde toen hij zei: wij nemen het amendement over. Als dat het geval is, zeg ik mede namens mevrouw Koşer Kaya dat het amendement mag worden overgenomen.

De heer Van der Vlies heeft gezegd dat bij dit wetsvoorstel de behandeling van de betrokkene centraal staat. Dat is over de oude Krankzinnigenwet in de jaren zeventig ook gezegd. Toch is er toen een fel debat gevoerd over de rechten van cliënten. Die cliënten werden met de oude Krankzinnigenwet immers overruled met het oog op de algemene notie dat de behandeling van betrokkene centraal staat en dat de behandelaar beter dan de betrokkene weet wat goed is voor hem of haar. Dat ligt zeker in historisch perspectief gezien nogal gevoelig. Ik ben het echter eens met de heer Van der Vlies over de typering van uitbreiding van dwangbehandeling. Precies om die reden heb ik er aarzelingen bij.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb getracht te betogen dat er inmiddels een omslag is ontstaan in het denken over mensen naar het denken samen met mensen. Dat maakt heel wat uit. Het denken samen met mensen kan echter niet tot in het uiterste worden doorgevoerd. Sommige mensen kunnen immers het eigen ziektebeeld

niet doorzien. Soms is er dus doorzettingsmacht nodig om na het afspreken van een behandelingsplan door te kunnen gaan als iemand er even niet bij is of bij kan zijn. Dat is een essentieel verschil.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het vertrekpunt van de oude wet was een andere. Daar had de cliënt in kwestie geen enkele zeggenschap. Ik ben dan ook zo vrij om te zeggen dat wij met de verruiming van de dwangbehandeling een stapje terug zetten in de tijd. De motivering is wellicht een andere. De rechtsbescherming mag nu echter meer geweld worden aangedaan met het oog op wat behandelaars een effectieve methode vinden. Dat is een forse stap. Die zou nog te overwegen zijn als wij werkelijk zicht hebben op de mate waarin alle alternatieven worden uitgevoerd alvorens deze stap te zetten. Dat zicht is er niet. Die stap zou nog te overwegen zijn als wij meer zekerheid hebben over de vraag in hoeverre oneigenlijk gebruik van de verruimde mogelijkheid tot dwangbehandeling niet ontstaat omdat er in de praktijk eenvoudigweg te weinig mensen en middelen zijn. Die zekerheid is er niet. De stap zou ook nog te overwegen zijn als wij meer zicht hebben op de vraag waarom er in de praktijk zo verschillend met de bestaande mogelijkheden van dwangbehandeling wordt omgegaan. Dat zicht is er niet. De stap zou te overwegen zijn als er zicht bestaat op het effect van dwangbehandeling. Op dat vlak is er sinds de bevindingen van het Trimbosinstituut niets nieuws gemeld. Dit zijn ernstige lacunes. Elementaire feiten ontbreken. Dat maakt dat de rechtsbescherming van cliënten niet zomaar opzij mag worden gezet. De minister zegt vervolgens dat het veld een protocol ontwikkelt om deze verruimde toepassingsmogelijkheid van dwangbehandeling handen en voeten te geven. Dat hij zegt dat hij daar niet over gaat en dat hij afwacht wat daar uitkomt, vind ik nogal ver gaan. Ik constateer dat wij vanavond geen zicht krijgen op de manier waarop het veld straks met deze verruimde mogelijkheid omgaat, terwijl wij nu wel al besluiten dat de rechtsbescherming van cliënten daar in voorkomende gevallen voor mag wijken. Dat gaat mij eerlijk gezegd te ver, al was het maar in het licht van de zwaar beladen historie van de BOPZ, waar de heer Van der Vlies terecht opmerkingen over heeft gemaakt. Daarom handhaaf ik mijn amendement. Dit is een tikje te wild. Er zullen zonder meer honorabele motieven zijn, maar het gaat wel ergens over.

De **voorzitter**: Het overnemen van een amendement is iets anders dan een nota van wijziging. Als de minister het amendement overneemt, maakt het deel uit van de wet. Als de minister een nota van wijziging indient, komt hij met een eigen weergave van uw voorstel. U moet kiezen wat u wilt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dan kies ik voor het overnemen van het amendement, zodat het integraal onderdeel van de wet is. Dat lijkt mij veel beter dan dat de minister met een nota van wijziging komt.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de inbreng in tweede termijn. Ik begin met de bijdrage van mevrouw Kant. Over de kwestie van de vrijwillige

## Hoogervorst

opname zal ik de Kamer nog schriftelijk informeren. Ik vermoed dat wij daar dan wel zullen uitkomen.

Het moet om een echte geneesheer-directeur gaan. Een opgevoerde bedrijfskundige kan dit type beslissingen dus niet nemen. Dat is goed vastgelegd in de wet.

Mevrouw **Kant** (SP): Stel dat de geneesheer-directeur er niet is. Wat gebeurt er dan?

Minister **Hoogervorst**: Ik kan mij niet voorstellen dat er geen arts rondloopt.

Mevrouw **Kant** (SP): Die arts hoeft geen geneesheer-directeur te zijn. In deze wet staat letterlijk dat het de geneesheer-directeur moet zijn. Ik geloof best dat hij de aangewezen persoon is. Ik probeer alleen voor alle situaties een oplossing te vinden.

Minister **Hoogervorst**: Daar heeft de opsteller van deze wet ook aan gedacht. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder geneesheer-directeur mede verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekledende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis. Die arts is er altijd.

Voorzitter. In haar eerste motie verzoekt mevrouw Kant de regering middelen beschikbaar te stellen om het veld in de gelegenheid te stellen om pilot-adviescommissies op te richten. Het zal haar niet verbazen dat ik aanneming van deze motie ontraad. Dat moet door de sector zelf worden gefinancierd.

In de twee andere moties verzoekt mevrouw Kant de regering om de inspectie nader onderzoek te laten doen. Ik heb al eerder gezegd dat ik daar geen heil in zie. Ook aanneming van deze moties moet ik dus ontraden.

Mevrouw Joldersma heeft gevraagd of tijdens een dwangbehandeling een separatie van drie maanden mogelijk is. Onder het oude criterium, gevaar binnen de inrichting, kan separatie voorkomen als dwangmiddel. Daar is geen termijn aan gebonden. Met een separatie van drie maanden kan het gevaar dat zou optreden nadat de cliënt de kliniek heeft verlaten niet worden ingedamd. Dat lijkt mij zelfs theoretisch dus niet mogelijk.

Mevrouw Koşer Kaya heeft aandacht besteed aan preventie. Zij vroeg hoe kan worden voorkomen dat psychiatrische patiënten in de criminaliteit terechtkomen. Dat heeft veel te maken met de bemoeizorg waar mijn collega Ross en de Kamer veel tijd aan hebben besteed. De ggz heeft ruime ervaring met het leveren van zorg aan chronische patiënten, voor een deel zijn dat de mensen die de zorg proberen te mijden. De essentie van het voorkomen van afzakken is dat men in contact komt met de patiënt en dat men dit contact houdt. Het probleem wordt nu breed onderkend en er wordt hard aan gewerkt. Overigens kan tijdig ingrijpen volgens dit wetsvoorstel een sterk preventieve werking hebben bij jeugd die dreigt af te zakken als gevolg van ernstige psychische problemen.

Nu de motie van mevrouw Bouwmeester. Om aan te tonen dat het in dit vak met complimenten gauw gedaan is: de aanneming van deze motie, die verzoekt om een landelijke afstemming, moet ik ontraden. Zoiets is echt de verkeerde aanvliegroute. De sector zelf moet dit soort zaken doen. Wel heb ik gezegd dat ik bereid ben om te bezien of dit kan worden meegenomen in het hele

kwaliteitsbeleid, de indicatoren van de IGZ en het ontwerpen van kwaliteitsnormen door het veld.

Vervolgens de motie van mevrouw Joldersma over de familievertrouwenspersoon. Op zich is het betrekken van familie bij de behandeling van ggz-patiënten een goede zaak en wellicht kan de familievertrouwenspersoon daarbij een goede rol vervullen. Ik wil bekijken in hoeverre wij hierin een stimulerende rol kunnen vervullen, bijvoorbeeld in een snellere en betere aanpak of zoiets. Ik kijk hier dus nog graag naar.

De motie van mevrouw Van Miltenburg verzoekt om een brief voor het zomerreces waarin wordt aangegeven welke stappen moeten worden gezet om tot een behandelwet te komen. Zoiets vind ik te veel vooruitlopen op de evaluatie. Ik vraag haar deze motie tot die evaluatie aan te houden.

De motie van de heer Voordewind c.s. over dwangmedicatie versus noodmedicatie verzoekt de regering onderzoek te doen. Dit lijkt me echt een zaak van het veld; bijwerkingen en dergelijke moeten wij niet onderzoeken, maar de sector zelf.

Ik zeg de heer Vendrik toe, zijn amendement op stuk nr. 18 nog eens goed te bekijken. Ik kom hierop schriftelijk terug, samen met mijn reactie op de amendementen van mevrouw Kant over de positie van de vertegenwoordiger. Ik wil dit nog even op mij laten inwerken.

Als ik het amendement op stuk nr. 17 overneem, neem ik natuurlijk ook de toelichting over. De minister van Justitie zal zo uitleggen waarom dat geen kwaad kan.

Minister **Hirsch Ballin**: Voorzitter. Er zijn nog een paar punten waarop ik moet ingaan. Om te beginnen reageer ik op de zorgen die mevrouw Joldersma uitsprak over de mogelijkheid dat dwangbehandeling doorgaat als er geen instemming van de patiënt is met het behandelingsplan – voor zover ik haar goed heb begrepen. Als iemand wordt opgenomen na een voorwaardelijke machtiging, dus als die fase voorbij is, zal er een nieuw behandelingsplan moeten worden opgesteld waarbij het instemmingsvereiste in volle omvang geldt; er zal daar dus geen sprake van een U-bocht zijn. Als het gaat om de situatie terwijl dit zo loopt, dan geldt de basis zoals die in het wetsvoorstel is omschreven voor de aanvaarding van het behandelingsplan. Er wordt niet afgedaan aan de professionele vereisten, die altijd in acht moeten worden genomen bij de toepassing van het behandelingsplan.

Nu de casus die mevrouw Koşer Kaya aandroeg: hoe ziet de ambulante behandeling van patiënt X uit de eerste termijn eruit, hoe wordt deze gevolgd enzovoorts? Dit is een realistische casus. Ik ga er daarbij wel van uit dat er een voorwaardelijke machtiging is afgegeven en dat de betrokkene zich niet aan de voorwaarden houdt. Hoe ziet de ambulante behandeling er dan uit en hoe kan worden voorkomen dat de betrokkene in de fout gaat? In eerste termijn heb ik al in meer algemene bewoordingen gezegd dat het primair de taak van de behandelaar is en van de relevante omgeving. Het is overigens de vraag of in dit geval terecht een voorwaardelijke machtiging is verleend. In de casus van mevrouw Koşer Kaya lijkt een opname op basis van de gewone procedures namelijk meer op zijn plaats. Haar vragen bij deze casus betreffen immers primair de preventie en niet de strafrechtsple-

## Hirsch Ballin

ging. In de evaluatie zal ook op dit dilemma worden ingegaan.

Mevrouw Van Miltenburg vroeg of het mogelijk is dat een beslissing tot dwangbehandeling in een schorsingsprocedure op rechtmatigheid wordt beoordeeld voordat die beslissing tot uitvoering komt. Met het nieuwe criterium wordt het mogelijk dat een beslissing aan de klachtencommissie wordt voorgelegd, voordat zij wordt uitgevoerd. Het criterium heeft immers geen relatie met een crisissituatie, waarin snel moet worden opgetreden.

Het amendement op stuk nr. 17. De schorsingsbevoegdheid van de klachtencommissie kan inderdaad tot uiting komen op het moment dat er een beslissing ligt. Die beslissing kan ook van toepassing zijn op hetgeen wordt bepaald in artikel 41, vierde lid van de BOPZ.

De **voorzitter**: Bestaat er bezwaar tegen het overnemen van het amendement en de toelichting daarop?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb al eerder aangegeven dat mijn fractie principiële bezwaren heeft tegen het overnemen van een deel van de toelichting op het amendement.

Minister **Hirsch Ballin**: Het overnemen van een amendement beperkt zich daartoe dat de tekst van de bepaling deel uit gaat maken van het wetsvoorstel. Wij kunnen de toelichting niet overnemen. Uiteraard geldt daarbij dat de toelichting deel uitmaakt van de wetsgeschiedenis, maar dat geldt ook voor hetgeen naar aanleiding van die toelichting is gezegd.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Als het waar is wat de minister zegt, is er niets aan de hand. Het is dus goed zo!

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Het amendement-Vendrik/Koşer Kaya (stuk nr. 17) is overgenomen.

Dames en heren, hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de behandeling van het voorstel tot wijziging van de Wet BOPZ. Omdat het een zeer ingrijpend wetsvoorstel is dat raakt aan de bewegingsvrijheid van medeburgers, heb ik ruim de tijd gegeven voor een zorgvuldige behandeling. De heer Van der Vlies wees er terecht op hoe belangrijk dat is.

De ministers hebben toegezegd dat de Kamer nog voor de stemmingen van dinsdag aanstaande een brief zal ontvangen over enkele amendementen, waaronder in ieder geval de amendementen op de stuk nrs. 10, 12 en 18, en de motie van mevrouw Joldersma op stuk nr. 23.

Dit debat is de laatste wetgevingsarbeid van de heer Hoogervorst. Ik hoop en ben er eigenlijk wel zeker van dat hij hierop in de toekomst met buitengewoon veel voldoening zal terugkijken.

Minister **Hoogervorst**: Dat zal ik zeker doen.

Sluiting 22.03 uur

□

## Lijst van ingekomen stukken, met de door de Voorzitter ter zake gedane voorstellen:

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

Wijziging van de Wet werk en bijstand in verband met aanpassing van het recht op bijstand bij verblijf buiten Nederland (30936);

Wijziging van de Toeslagenwet en intrekking van de Invoeringswet stelselherziening sociale zekerheid in verband met het verbeteren en vereenvoudigen van de wijze waarop het sociaal minimum wordt gewaarborgd in de loondervinguitkeringen (30937).

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

2. de volgende brieven:

een, van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking, over seksuele en reproductieve gezondheid (30800-V, nr. 61);

een, van de minister van Justitie, over de uitvoering ingediende motie (19637, nr. 1125);

een, van de ministers van Justitie en van Buitenlandse Zaken, inzake de verwerking en overdracht van persoonsgegevens van passagiers (30861, nr. 3);

twee, van de minister voor Integratie, Jeugdbescherming, Preventie en Reclassering, te weten:

een, inzake wijziging besluit naturalisatietoets (30308, nr. 124);

een, over de verplichting opstellen van ouderschapsplan (30800-VI, nr. 71);

een, van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, inzake advies van de Commissie Versterking Randstad (30800-VII, nr. 35);

een, van de minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, inzake de ingediende moties debat over het adviesstelsel (28101, nr. 9);

twee, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, te weten:

een, over de stand van zaken uitwerking passend onderwijs Zorg in en om de school (27728 en 30800-VIII, nr. 96);

een, over de resultaten van het Islamitische College Amsterdam (ICA) (30800-VIII, nr. 95);

twee, van de minister van Financiën, te weten:

een, ten geleide van agenda Ecofin Raad (21501-07, nr. 547);

een, inzake reactie eindrapport van de Commissie Transparante beleggingsverzekeringen (29507, nr. 39);

een, van de minister van Defensie, over de inzet van enkele medische specialisten (30363, nr. 3);

twee, van de staatssecretaris van Defensie, te weten:

een, inzake de evaluatie van het DMP (27830, nr. 42);

een, over het excessief alcoholgebruik (30674, nr. 10);

vijf, van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, te weten:

een, ten geleide van verslag van de Milieuraad (21501-08, nr. 232);

een, inzake beleidsprogramma biociden (27858, nr. 59);

een, inzake schriftelijke informatie over duurzaam hout (30196, nr. 12);

een, over het onderwerp "binnenmilieu op scholen" (30800-VIII, nr. 94);