

Vergaderjaar 2004–2005

29 363

Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen in verband met het verbeteren van enkele onvolkomenheden in de regels over de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging

25 763

Evaluatie Wet Bopz

Nr. 10

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 18 april 2005

De vaste commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Justitie² hebben op 23 maart 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Donner van Justitie over de **Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ)**.

Hierbij zijn aan de orde:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 21 januari 2005 over de ontwikkeling van een specifieke GGZ-behandelwet (29 363, nr. 9);**
- **de brieven van de minister van VWS d.d. 11 augustus 2004 en 13 december 2004 respectievelijk het kabinetsstandpunt Wet BOPZ en een verslag van een schriftelijk overleg hierover (25 763, nrs. 4 en 5).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissies

Mevrouw **Joldersma** (CDA) stelt vast dat de Wet BOPZ al 10 jaar oud is, terwijl de voorbereiding meer dan 20 jaar in beslag heeft genomen. Sinds enige tijd wordt ervoor gepleit de huidige opnamewet te vervangen door een nieuwe behandelwet. Het adagium is: andere tijden, andere wetten. Zij wil zich echter vooral richten op de evaluatie van de BOPZ die goed en gedegen is en negen deelonderzoeken omvat. Zij onderschrijft het criterium dat gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis alleen aan de orde is wanneer betrokkene door zijn psychiatrische aandoening een gevaar is voor zichzelf of zijn omgeving. Verder hecht zij aan het oordeel

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Koşer-Kaya (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerck (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA).

² Samenstelling:

Leden: Van de Camp (CDA), Klaas de Vries (PvdA), Van Heemst (PvdA), Vos (GroenLinks), Rouvoet (ChristenUnie), Adelmund (PvdA), De Wit (SP), Albayrak (PvdA), Luchtensveld (VVD), Wilders (Groep Wilders), Weekers (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), voorzitter, Çörüz (CDA), Verbeet (PvdA), ondervoorzitter, Wolfsen (PvdA), Jan de Vries (CDA), Van Haersma Buma (CDA), Eerdmans (LPF), Van

Vroonhoven-Kok (CDA), Van Fessem (CDA), Straub (PvdA), Griffith (VVD), Van der Laan (D66), Visser (VVD), Azough (GroenLinks).
Plv. leden: Jonker (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Timmer (PvdA), Halsema (GroenLinks), Van der Staaij (SGP), Kalsbeek (PvdA), Van Velzen (SP), Tjon-A-Ten (PvdA), Van Baalen (VVD),

Blok (VVD), Hirsi Ali (VVD), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), Van Heteren (PvdA), Arib (PvdA), Buijs (CDA), Sterk (CDA), Varela (LPF), Joldersma (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Örgü (VVD), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Karimi (GroenLinks), Vergeer (SP), Hermans (LPF).

van de rechter daarin. Uit de tweede evaluatie blijkt opnieuw dat het onduidelijk is wat onder dit gevaarscriterium moet worden verstaan en ook dat rechters en psychiaters daar verschillend over denken. Als er zoveel onduidelijkheid bestaat, is het de vraag of kan worden volstaan met voorlichting. Mevrouw Joldersma dringt erop aan dat het gevaarscriterium beter wordt omschreven via protocollen of een algemene maatregel van bestuur. Het kan dan ook redelijk ruim worden geïnterpreteerd en zou bijvoorbeeld ook kunnen worden toegepast op verslaafden die nu nauwelijks gedwongen worden opgenomen. Een aan alcohol verslaafde moeder die niet voor haar gezin kan zorgen, maar ook niet vrijwillig een ontwenningsskuur wil volgen, is toch ook een gevaar voor de omgeving. De verslavingszorg heeft behoefte aan de mogelijkheid om in dergelijke ontwrichtende situaties te kunnen ingrijpen. Verslaving is een psychiatrische aandoening en in dat geval moet de BOPZ ook kunnen worden gebruikt, overigens zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van afkickpogingen.

De voorlichting over verslaving en psychiatrie wordt nu goed verzorgd door het Trimbos-instituut, maar de minister lijkt te kiezen voor de GGZ. Waarom kiest hij voor de voorlichting over de BOPZ ook niet voor het Trimbos-instituut?

Uit de deelonderzoeken blijkt dat over de toepassing van de BOPZ in de kinder- en jeugdpsychiatrie nogal wat onduidelijkheid bestaat, met name over de zogenaamde pedagogische maatregelen. Het is niet duidelijk hoe in de leeftijdscategorie van 16 tot 18 jaar tot een gedwongen opname kan worden gekomen. Mevrouw Joldersma stelt voor dat nu er is gekozen voor een apart regiem voor de geriatrie en voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten, er ook een apart regiem komt voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Wil de minister die mogelijkheid uitwerken? Wil hij de Kamer over zijn bevindingen informeren?

Als er al een opname is geregeld, is het vaak de vraag hoe de patiënt in de zorg kan worden gehouden. Een patiënt die zich niet houdt aan de huisregels, lastig is of moeilijk behandelbaar, wordt redelijk gemakkelijk door de GGZ op straat gezet. Dan dreigt het risico van een traject langs penitentiaire inrichtingen, criminele activiteiten, rechterlijke machtigingen, TBS, enz. De patiënten en hun familie worden bovendien slecht geïnformeerd ook al is dit in de wet goed geregeld. Zij dringt erop aan dat de instellingen een soort zorgplicht krijgen opdat mensen die nog steeds aan het gevaarscriterium voldoen, maar moeilijk in de inrichting zijn te handhaven, niet alsnog op straat kunnen worden gezet. De grote steden hebben al aangegeven dat zij behoefte hebben aan BOPZ-achtige voorzieningen voor mensen die zij langdurig in zorg willen houden, zoals chronisch verslaafden die terugvallen als zij niet gedwongen kunnen worden vastgehouden en langdurig zorg en een beschermde omgeving nodig hebben. Hoe denkt de minister hierover?

In de deelonderzoeken wordt veel aandacht besteed aan de registratie. De verschillen tussen Justitie en de GGZ zijn nog steeds niet duidelijk. Het achterliggende probleem is de gebrekkige samenwerking in de BOPZ-keten. Het gaat al vaak mis bij de preventie, want de algemene GGZ heeft niet zoveel op met lastige patiënten of patiënten die overlast veroorzaken. Zo ontstaat er een slecht behandelperspectief voor die patiënten. Het is niet alleen de aandoening die bepaalt of het in de toekomst goed zal gaan met de patiënt, maar juist ook de manier waarop de omgeving met de situatie omgaat. Doordat de hulpverlening niet goed is georganiseerd, verslechtert de situatie van de patiënt waardoor de hulpverlening toeneemt. Patiënt en hulpverlening zijn zo elkaars gevangenen.

Mevrouw Joldersma zegt dat zij op dit moment geen behoefte heeft aan een nieuwe behandelwet. Bij de uitvoering van de BOPZ gaan er nog veel dingen mis. De Gezondheidsraad wijst erop dat vraagsturing node wordt gemist in de geestelijke gezondheidszorg. De evaluatiecommissie beveelt aan dat voor de derde evaluatie door middel van een vooronderzoek

wordt nagegaan waar die evaluatie zich op moet richten. Dit alles maakt duidelijk dat er nu geen nieuwe commissie moet worden aangesteld voor een nieuwe behandelwet. In plaats daarvan moet in het vooronderzoek ter voorbereiding van de derde evaluatie worden nagegaan hoe de organisatie van de BOPZ-hulpverlening is geregeld, waar het in het begin al fout gaat, waar hulpverleners elkaar in een spiraal dwingen die ertoe leidt dat het met de patiënt steeds slechter gaat en er steeds meer hulpverlening nodig is of coördinatie van die hulp door een case-manager. Als zo'n onderzoek wordt gekoppeld aan ontwikkelingen als de samenwerking in de forensische zorg en de nieuwe regiems voor de gehandicaptenzorg en psychiatrie, ontstaat er een goed beeld van de BOPZ. Op basis daarvan kan dan worden vastgesteld tegen welke wettelijke belemmeringen de hulpverlening aanloopt.

Desgevraagd merkt mevrouw Joldersma op dat de BOPZ ervan uitgaat dat gedwongen opname een voorwaarde is voor gedwongen behandeling. Het pleidooi voor een nieuwe behandelwet gaat uit van een ander paradigma, namelijk dat er wordt begonnen met een gedwongen behandeling, gedwongen opname zou daar uit kunnen voortkomen. Het veld vraagt om mogelijkheden om eerder te kunnen ingrijpen, maar dat kan nu ook al als de organisatie van de hulpverlening beter wordt georganiseerd.

Mevrouw **Veenendaal** (VVD) merkt op dat uit de kabinetsreactie op de evaluatie van de Wet BOPZ blijkt dat het niet de hele wet op de schop wil nemen. Het kabinet is van mening dat de ruimte die de huidige wet biedt, in de praktijk niet volledig wordt gebruikt. Geluiden uit het veld bevestigen dat de wet psychiaters voldoende mogelijkheden biedt, maar ook dat niet iedere psychiater daar gebruik van maakt. Hoe denkt de minister hier verandering in te brengen? Uit de evaluatie blijkt dat de ene psychiater veel actiever is dan de ander, maar ook dat patiënten met veel problemen door veel psychiaters worden vermeden. Bij lastige patiënten wordt ook wel misbruik gemaakt van de BOPZ in die zin dat dan wordt gezegd dat de wet onvoldoende ruimte biedt in die specifieke situatie. Hoe denkt de minister hierover?

De BOPZ gaat uit van het gevaarscriterium. Dit betekent dat de patiënt in de kou blijft staan als niet aan dat criterium wordt voldaan. In eerder overleg is gevraagd wat er gebeurt met de psychiater of arts die niets doet. Als patiënten echt iets niet willen, is het belangrijk dat dit consequenties heeft voor de psychiatrie of voor de artsen die daar mee te maken hebben. Het is makkelijk om te zeggen dat de BOPZ te weinig mogelijkheden biedt en vervolgens niets te doen. Biedt de BOPZ de mogelijkheid om hier iets aan te doen?

Er worden weinig functionerings- of evaluatiegesprekken gevoerd met artsen en psychiaters. Toch is het belangrijk dat hen de vraag wordt gesteld hoe hun werkdag eruit ziet. Veel straatpsychiaters en ook veel jonge psychiaters verbazen zich erover dat er nooit met hen wordt gesproken over hun werkwijze en de problemen die zij in de dagelijkse praktijk tegenkomen. Is hier iets aan te doen?

Een andere vraag die moet worden beantwoord, is hoe kan worden voldaan aan alle rechten van de patiënt. Vaak is de keuze niet behandelen; dit heeft geen consequenties voor de behandelaar, maar wel voor de patiënt. Hoe kan de patiënt centraal worden gesteld zonder dat zijn rechten worden beperkt? Voortdurend moet een uitweg worden gezocht uit het dilemma dat de rechten van de patiënt moeten worden gerespecteerd terwijl hij dringend zorg nodig heeft. Hoe kan in die afweging beter gebruik worden gemaakt van de BOPZ?

Het veld heeft een manifest opgesteld waarin het het voorstel van de Gezondheidsraad onderstreept om te onderzoeken of de huidige wet nog afdoende is of dat er op termijn een nieuwe wet moet komen. Het veld ziet in de BOPZ beperkingen die het graag wil aanvullen. Dit manifest is ondersteund door opvallend veel organisaties die zijn betrokken bij de psychia-

trie. Nu kan ervoor worden gekozen om na de derde evaluatie een beslissing te nemen over de vraag of er iets extra's of iets anders moet worden gedaan, maar er kan ook voor worden gekozen om in de aanloop naar de derde evaluatie door een commissie een breed onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden en de tekortkomingen van de BOPZ en naar de vraag welke extra's eventueel nodig zijn. Mevrouw Veenendaal is voorstander van een dergelijk onderzoek. Hoe denkt de minister hierover? Zij benadrukt dat zij nu niet zegt dat er een behandelwet moet komen, want zover is zij nog lang niet. Het onderzoek naar de mogelijkheden en tekortkomingen van de wet kan nu al van start gaan om te voorkomen dat er tijd verloren gaat. De periode tot aan de derde evaluatie kan worden gebruikt voor het vooronderzoek en voor dit proces. Dan kan bij de bespreking van de evaluatie veel effectiever en met veel meer informatie worden gesproken over het vervolgtraject. Misschien kunnen beide trajecten worden gecombineerd. De ondertekenaars van het manifest kunnen samen met anderen hiervoor worden ingeschakeld. Het secretariaat zou dan moeten worden gevoerd door het ministerie van VWS zodat de ambtenaren weten wat er gaande is en een inbreng kunnen leveren op basis van hun expertise. Mevrouw Veenendaal benadrukt dat er geen tijd verloren mag gaan.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA) sluit zich aan bij het pleidooi dat er geen tijd verloren mag gaan. De aanloop van de Wet BOPZ heeft zo'n dertig jaar in beslag genomen en de uitgangspunten van de wet zijn de uitgangspunten van de jaren zeventig.

De Wet BOPZ is gericht op gedwongen opname en onderscheidt zich daarmee van alle andere gespreksonderwerpen in de zorg. Als het gaat om ouderen die zo lang mogelijk thuis willen wonen of om het prudent omgaan met overheidsgeld – een ambulante traject is duurder dan een opname – voor iedere patiënt is toch het allerbelangrijkste dat hij zoveel mogelijk erkenning vindt voor zijn klachten en daarin wordt begeleid, maar ook dat hij kan wegblijven uit het ziekenhuis. Bij de formulering van de Wet BOPZ golden nog andere uitgangspunten, maar de tijden zijn veranderd en een deel van de doelgroep is ook veranderd. Het aantal «multiproblem» patiënten en 3D-diagnoses is toegenomen en hierop moet een antwoord worden gevonden. Het is heel wat aardiger, zorgzamer en cliëntvriendelijker als veel eerder wordt gevraagd naar en gesproken over het welbevinden en dat er niet wordt gewacht tot er gevaar is ontstaan en de crisis is bereikt. Er moet in een veel eerder stadium contact worden gezocht en op die basis moet worden gezocht naar mogelijkheden om tot een beter bestaan te komen. Het antwoord is dan niet uitsluitend opname.

Mevrouw Van Dijken onderschrijft de vraag om een parallel traject. In december leek de minister hier ook gevoelig voor, maar zijn ambtenaren houden dit nu toch weer af. Waar is hij bang voor? Waarom kiest hij er niet voor om een brede commissie van deskundigen te laten kijken hoe in het buitenland wordt omgegaan met mensen met een psychiatrische ziekte, welke trajecten daar worden gevolgd en met welk resultaat?

Waarom is de minister zo terughoudend? Zijn ambtenaren kunnen toch deel uitmaken van die commissie. Overigens zouden ook de patiëntenverenigingen daarin vertegenwoordigd moeten zijn.

Desgevraagd erkent zij dat bij bemoeizorg weliswaar zorg wordt opgedrongen, maar verder zit er weinig dwang in. In ambulante trajecten heeft drang de voorkeur, maar dwang is niet uitgesloten. Het beeld is nu dat een psychiater maar moet ingrijpen als er iemand op straat rondhangt of een moeder aan alcohol is verslaafd. De GGZ en de OGGZ hebben een belangrijke rol bij het in standhouden van menselijke structuren, maar een psychiater is niet de stofzuiger van de maatschappij. De psychiater is een specialist die zijn kennis moet inbrengen als dat nodig is.

Het is haars inziens nog te vroeg om te vragen om een behandelwet. Eerst moet er een verkennend onderzoek worden gedaan en dit moet zo snel mogelijk beginnen.

Het recht van de patiënt moet gewaarborgd zijn, maar ook zijn recht op een behandeling. In de huidige wet wordt ook wilsonbekwaam verzet gehonoreerd. Mevrouw Van Dijken vindt dit geen goede zaak. In dit kader vraagt zij naar de uitwerking van de discussie over de zelfbinding. Zeker zolang er geen ander traject is ingeslagen, is dit instrument op korte termijn nodig. De patiënten vragen daar zelf ook om.

Zij ziet de brede commissie van deskundigen als een groep verkenner die zal onderzoeken hoe de huidige wet beter kan worden gebruikt en hoe een en ander in het buitenland is geregeld. Dit alles moet ertoe leiden dat bij de behandeling van de volgende evaluatie niet meer hoeft te worden gesproken over 18 000 separeergevallen per jaar in Nederland. Als er wordt gesproken over verantwoorde en goede zorg moet dit ook worden benoemd.

De Algemene Rekenkamer heeft een advies uitgebracht over het gebruik van de BOPZ bij dementerenden. Er is al vaker vastgesteld dat de Wet BOPZ niet voldoet voor dementerenden en voor mensen met een verstandelijke handicap. Daarom moeten ook hierin stappen worden gezet.

De samenleving stelt andere eisen aan de GGZ en aan behandeling en kwaliteit. Dit mag niet betekenen dat alles wat op enig moment afwijkt van de norm, door de psychiatrische stofzuiger opgezogen moet worden waarna de stofzak ergens achter een dikke deur wordt geleegd. Mevrouw Van Dijken pleit voor een actiever en soms wat dwingender behandel-aanbod om erger leed te voorkomen, juist vanuit de zorggedachte.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) zegt dat wetten meestal de uitdrukking zijn van een vernieuwend idee van vele jaren daarvoor. Dit geldt ook voor de Wet BOPZ die in 1994 inwerking is getreden en waarin een gedachte uit de zeventiger jaren centraal staat. Dit is meteen de kracht en de zwakte van deze wet, want in de jaren zeventig is er veel bedacht en bereikt op het terrein van de rechten van psychiatrische patiënten. Dit sloeg uiteindelijk een beetje door, totdat de psychiater eigenlijk niets meer goed kon doen. De wet kenmerkt zich dan ook door veel wantrouwen tegenover de psychiater. De patiënt moet worden beschermd tegen de psychiater en later is daar nog bijgekomen dat de maatschappij moet worden beschermd tegen de patiënt.

In de BOPZ staat de autonomie centraal tegenover schade en gevaar als motief voor het handelen. In het huidige tijdgewricht is de conclusie dat de opzet van de wet in die zin te beperkt is en dat de zorg een onderschoven categorie is. Dit leidt in de praktijk tot problemen, want mensen die gedwongen worden opgenomen, moeten als zij geen gevaar opleveren, door de psychiater en hulpverlening worden verwaarloosd. Niet voor niets dringen de ouder- en patiëntenverenigingen aan op aanpassing van de huidige wetgeving en op nieuwe wetgeving. De BOPZ moet zodanig worden aangepast dat dwangbehandeling mogelijk wordt ook als er in de instelling geen sprake is van onmiddellijk gevaar. Om de rechten van de patiënt te kunnen waarborgen, moeten hier goede garanties en procedures aan worden verbonden.

Mevrouw Tonkens acht het zinvol om zowel bij aanpassing van de huidige wetgeving als bij de formulering van nieuwe wetgeving onderscheid te maken tussen acute en niet-acute situaties in dwangbehandeling. Een noodingreep moet een kortdurende maatregel zijn die in een behandelplan is opgenomen. Bij dwangbehandeling die niet acuut is, denkt zij dan vooral aan patiënten die wel gehandhaafd kunnen worden en geen gevaar opleveren, maar die verwaarloosd zouden worden als zij niet worden behandeld. Er is dan geen sprake van acuut gevaar, maar er kan dan wel zorgvuldig worden gehandeld en er kunnen meer garanties worden gegeven voor de vrijheid en de zeggenschap van de patiënt. Dit kan

gebeuren door bijvoorbeeld een bedenktijd van 48 uur te introduceren of de mogelijkheid om een cliëntenvertrouwenspersoon te raadplegen of een second opinion te vragen van een tweede psychiater. Is de minister het hiermee eens? Hoe denkt hij over een onderscheid tussen nood-dwangingrepen en dwangbehandeling als er geen sprake is van acute nood? In de laatste situatie kan en moet er meer ruimte zijn voor de zeggenschap van patiënten.

De BOPZ is en blijft een beschermingswet waarin de autonomie van de patiënt en het schademotief centraal staan en zorg en behandeling een moeilijke plaats hebben en houden. De wet is bovendien een lappendeken van verschillende maatregelen. Daarom is het wenselijk dat er al wordt nagedacht over een eventuele nieuwe wet. Dit wil niet zeggen dat er absoluut een nieuwe wet moet komen, al zou dit misschien wel verstandig zijn. Het is ook verstandig om nu al een commissie van deskundigen in het leven te roepen die een afweging kan maken van de mogelijkheden en de noodzaak van een behandelwet, maar ook tot de conclusie kan komen dat zo'n wet niet nodig is. Die wet zal dan in ieder geval geen uitdrukking zijn van een idee dat al jaren geleden is geopperd en kan worden ingediend als het nodig is.

Mevrouw Tonkens tekent hierbij aan dat er wel voor moet worden gewaakt dat de roep om meer dwang niet voortkomt uit de tekorten in de hulpverlening. Die tekorten zijn er zeker, maar daarnaast is er toch ook reden om meer dwangbehandeling mogelijk te maken.

In de jaren zeventig was bijna alle hulpverlening intramuraal. Inmiddels zijn er veel meer extramurale patiënten en ook dit noopt ertoe dat de wet wordt aangepast.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) ziet in het feit dat er sinds de wet BOPZ in 1994 in werking is getreden, voortdurend wordt gesproken over evaluatie en wijziging van de wet, een uitdrukking van de veranderingen in de samenleving die het nodig maken dat het instrumentarium steeds opnieuw wordt geijkt. Die lange voorgeschiedenis is echter ook een aansporing om voorzichtig te zijn met wijzigingen, want het karakter van de wet kan daardoor worden aangetast. Er kan reden zijn om een andere wet te formuleren, maar hij waarschuwt voor het risico dat het karakter van de huidige wet sluipenderwijs en onbewust verandert.

De Wet BOPZ is een opnamewet en dit zou ook de primaire invalshoek moeten blijven. Dit sluit echter niet uit dat de vraag kan worden gesteld wat er vervolgens binnen de kaders van de wet mogelijk is voor de behandeling. De voorgeschiedenis van de wet is zo lang, omdat is gezocht naar een preciaire balans tussen het recht op zelfbeschikking als betrokkene zorg wil hebben en behandelingen wil ondergaan, en het recht op zorg dat mensen hebben, ook als zij daar zelf geen goed oordeel over kunnen vellen. Juist met het oog op die preciaire balans is er voorzichtigheid geboden als er voorstellen worden gedaan voor nieuwe mogelijkheden in de wet. Die brengen immers per definitie verandering in die balans.

In de afgelopen jaren is de wet verschillende keren gewijzigd. De meest opvallende wijzigingen zijn de voorwaardelijke machtiging in 2001, het schrappen van het woordje «ernstig» en de observatiemachtiging. Aan deze wijzigingen gingen diepgaande discussies vooraf. De heer Rouvoet herinnert eraan dat zijn fractie niet heeft ingestemd met de observatiemachtiging, omdat zij die als een ongewenste oprekking van het regiem van de BOPZ beschouwt.

Al die wijzigingen maken de wet tot een lappendeken waardoor het er voor betrokkenen ook niet duidelijker op wordt. Daarom onderschrijft hij het voorgenomen traject van intensieve voorlichting en eenduidige uitleg van richtlijnen. Het is belangrijk dat iedereen weet waar hij aan toe is met de wet zoals die nu luidt.

Het accent van de wet verschuift steeds meer van bijzondere opnemingen in de richting van bijzondere behandeling in psychiatrische ziekenhuizen

en eventueel ook daarbuiten. De reden hiervoor is begrijpelijk en invoelbaar, maar het is de vraag of in alle gevallen moet worden gekozen voor toepassing van het BOPZ-regiem. De heer Rouvoet stelt vast dat zijn fractie steeds terughoudend is geweest in het naar voren halen van het BOPZ-regiem. Daarom ook heeft zij zich tegen de observatiemachtiging verzet en heeft zij lang gearzeld over de voorwaardelijke machtiging. Uiteindelijk is daarmee ingestemd, omdat het BOPZ-regiem in de praktijk al van toepassing werd verklaard via rechterlijke en paraplumachtigingen. Als de nood zo hoog is dat er een wettelijke omweg nodig is, is het beter in te stemmen met een rechtstreekse voorziening.

De Wet BOPZ vertoont veel raakvlakken met de reguliere bemoeizorg, maar niet iedereen waarover het Leger des Heils zich ontfemt, hoeft noodzakelijkerwijs in een BOPZ-instelling terecht te komen. Het is begrijpelijk dat daarop soms wordt aangestuurd om overlast en verloedering te voorkomen, maar dit mag nooit primair de reden zijn om naar het BOPZ-instrumentarium te grijpen. De heer Rouvoet uit in dit verband kritiek op de brief van de minister aan de Kamer. De BOPZ is niet een instrument om overlast te bestrijden.

Het uitgangspunt van de BOPZ was dat er alleen dwang wordt uitgeoefend als er geen alternatief is en dit moet ook zo blijven. Als er binnen de reguliere verslavingszorg meer mogelijkheden komen voor gedwongen afkicken, hoeft de BOPZ niet de eerste oplossing te bieden.

De brief van de regering heeft vooral betrekking op uitbreiding van dwangbehandeling in de instellingen met name voor mensen bij wie het ziekte-inzicht ontbreekt. De heer Rouvoet is gevoelig voor de argumentatie van de Vereniging Ypsilon en anderen. De mogelijkheden moeten worden beproefd, maar eerst moeten er duidelijke criteria worden geformuleerd met duidelijke rechtswaarborgen voor betrokkenen.

De huidige mogelijkheden van de BOPZ moeten beter worden gebruikt en de effecten van de wijzigingen die nog maar kort van kracht zijn, moeten worden afgewacht. Hij onderschrijft de wens om een commissie van deskundigen in te stellen, maar waarschuwt voor verwarring door een opeenstapeling van evaluaties en tussentijdse onderzoeken door commissies van deskundigen. De mogelijkheden voor dwangbehandeling binnen instellingen moeten zorgvuldig worden verruimd.

Enkele weken geleden heeft de heer Ravelli een proefschrift uitgebracht over de opnamecapaciteit van de GGZ. Zijn belangrijkste conclusie is dat Nederland het gevaar loopt dat er te veel opnamecapaciteit van de hand wordt gedaan in de drang om patiënten uit de instituties over te brengen naar de maatschappij. Inmiddels lijkt er sprake te zijn van een ontwikkeling in de richting van reïstitutionalisering. Dit zou tot capaciteitsproblemen kunnen leiden. Hoe denkt de minister hierover?

Mevrouw **Kant** (SP) wijst erop dat de Wet BOPZ en de problemen die de wet in de praktijk soms oplevert, niet de belangrijkste oorzaak zijn van het feit dat er mensen niet goed worden behandeld in de GGZ. De belangrijkste oorzaak is het tekort aan capaciteit in het bijzonder voor mensen met gedragsproblemen en zware psychiatrische aandoeningen. Zij wijst erop dat zij al jarenlang brieven ontvangt van familieleden, maar ook van patiënten die aandringen op opname. Zij beseffen dat het niet goed met hen gaat, maar als zij dan aankloppen bij de psychiatrie, komen zij voor een dichte deur te staan. Waarom kunnen zij geweigerd worden als de noodzaak van hun opname wordt onderkend? Waarom is er geen plaats voor deze mensen? Hetzelfde geldt voor de bemoeizucht en de plaatsen voor begeleid wonen. De Gezondheidsraad heeft vastgesteld dat 8000 mensen niet de zorg krijgen die door deskundigen noodzakelijk wordt geacht. Hoe denkt de minister over deze zorgkloof?

Na het laatstgehouden plenaire debat had zij de indruk dat er overeenstemming bestond op drie punten, namelijk: hoe kan de huidige wet beter worden toegepast, welke noodreparatie is op korte termijn mogelijk en

welke mogelijkheden zijn er voor een nieuwe wet, bijvoorbeeld een behandelwet. Zij betreurt het dat de minister hier niet meer op terugkomt. Een nieuwe behandelwet hoeft niet per sé het eindpunt te zijn van de overwegingen, maar de minister sluit die route nu blijkbaar af. De BOPZ kan beter worden toegepast, want nu wordt de vraag of opname nodig is, te vaak niet gesteld. De vraag is hoe hierin verandering kan worden gebracht.

Zij herinnert aan haar vraag om een schriftelijke reactie op het voorstel van de regio Rotterdam voor de verslavingszorg. De minister heeft wel gezegd dat de BOPZ kan worden toegepast als een verslaving zodanig ernstige vormen aanneemt dat betrokkenen de controle kwijt zijn. Hoe kan dit initiatief in landelijk beleid worden omgezet?

Ook de procedures zorgen ervoor dat het in de praktijk vaak fout gaat. Mevrouw Kant leest een brief voor van de ouders van een schizofrene jongen met autistisch gedrag die ernstig in de war is, maar geen enkel ziektebesef heeft. Zij klagen dat er geen rechtstreekse lijn is naar de psychiater en andere deskundigen. In plaats daarvan moet de burgemeester zijn handtekening zetten. De ouders dringen erop aan dat de lijnen worden ingekort, dat er rechtstreeks overleg is met psychiaters en deskundigen en dat er adequate hulp wordt geboden. Natuurlijk moeten de procedures zorgvuldig zijn, maar nu zijn de lijnen wel erg lang en ingewikkeld. Ziet de minister mogelijkheden om daar iets aan te veranderen? Is het misschien mogelijk een commissie van deskundigen in te stellen die snel een oordeel kan geven opdat er onmiddellijk gehandeld kan worden en de toetsing door de rechter achteraf plaatsvindt? Overigens vindt zij het onbegrijpelijk dat familie en naasten niet worden gehoord.

De minister kondigt aan dat de wet zal worden aangepast om dwangbehandeling mogelijk te maken. Kan hij dit toelichten? Die dwangbehandeling kan alleen plaatsvinden na opname en vaak is dan het acute gevaar geweken. Welke criteria zullen er worden gehanteerd om dan toch te kunnen behandelen?

Mevrouw Kant is voorstander van een behandelwet en pleit voor de instelling van een commissie van deskundigen die zich hierover buigt. Zij is het ermeê eens dat er geen tijd verloren mag gaan. De huidige wet beperkt zich tot opname, maar als er in een vroeger stadium ook dwang kan worden uitgeoefend, kan die dwang veel minder ingrijpend zijn. Als mensen ambulante hulp moeten aanvaarden, zijn gedwongen medicatie en opname misschien niet nodig.

Het antwoord van de bewindslieden

De minister van Justitie verlaat na enig overleg de vergadering, omdat er aan zijn adres geen vragen zijn gesteld.

Minister **Hoogervorst** zegt dat dit een moeilijke materie is. Enerzijds moet voorkomen worden dat de autonomie van de patiënt wordt geschaad, anderzijds kunnen mensen in een situatie geraken waarin zij hun eigen omstandigheden niet goed meer kunnen beoordelen en waarin er bij afwezigheid van een goede behandeling onherstelbare schade aan hun geestelijke gezondheid kan worden toegebracht. De Wet BOPZ probeert een evenwicht te brengen in het recht op autonomie en de plicht van zorgverleners om zo'n persoon tegen zichzelf in bescherming te nemen. Het feit dat hij de samenleving overlast bezorgt, is geen criterium, maar wel het gevaar dat hij voor zijn onmiddellijke omgeving kan opleveren.

De lange voorgeschiedenis van de wet en het feit dat zij steeds in beweging is, bevestigen nog eens dat dit een ingewikkelde materie is. Inmiddels heeft het veld een manifest geschreven waarin wordt gepleit voor een andere wet. De derde evaluatie van de wet moet in 2007 gereed zijn. Hij zegt toe dat daarvoor een brede schakering van deskundigen en

belanghebbenden zal worden ingeschakeld. De werkzaamheden van die commissie worden niet begrensd, als zij bijvoorbeeld tot de conclusie zou komen dat er een nieuwe wet moet worden geformuleerd, dan zal die aanbeveling serieus worden genomen. De minister voelt er echter niets voor om een aparte commissie van allerlei deskundigen in het leven te roepen die zich zal bezighouden met de formulering van een nieuwe wet. Niet alleen omdat er daardoor te veel mensen van hun werk worden gehouden, maar ook omdat dit de indruk zou kunnen wekken dat de zorgverleners in het veld voorlopig achterover kunnen leunen omdat er een nieuwe wet komt. De huidige wet biedt met de recent aangebrachte en nu nog aangekondigde wijzigingen veel mogelijkheden om aan de slag te gaan. Hij zou graag zien dat de zorgverlening zich daarop richt. Alle vragen die in het manifest worden opgeworpen, kunnen ook door de evaluatiecommissie worden besproken en behandeld.

Hij vindt het een beetje ergerniswekkend dat er nu een manifest verschijnt terwijl zoveel mogelijkheden van de wet ongebruikt blijven. Er zijn toch ook partijen in het veld die hier wel gebruik van maken. Een voorbeeld daarvan is de aanpak in de regio Rotterdam. Die spoort met de wet en laat duidelijk zien welke mogelijkheden er zijn in de praktijk. Het boekje dat hierover is opgesteld, verdient alle lof. Overigens is het een misverstand dat hij de Kamer hier schriftelijk over zou informeren.

Uit de evaluatie blijkt dat er verbeteringen nodig zijn, maar de meeste daarvan passen binnen het huidige kader. Wel is duidelijk dat er een nieuwe wet moet komen voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten. De Wet BOPZ is een complexe wet, maar het is nog maar de vraag of een eventuele nieuwe wet eenvoudiger zou kunnen zijn. Inmiddels wordt alles op alles gezet om de uitvoering van de wet voor het veld zo eenduidig mogelijk te maken. Er is een aantal brochures uitgebracht waarin op een overzichtelijke manier alle mogelijkheden van de wet uiteen worden gezet; zij vinden gretig aftrek in het veld. Daarnaast ontwikkelt het veld meer gedetailleerde protocollen om psychiaters duidelijk te maken wat wel en wat niet kan. Op deze manier worden de mogelijkheden die de wet biedt inzichtelijk gemaakt. De minister zegt toe dat de Kamer die brochures ter kennisname zal ontvangen.

Hij stelt vast dat er een wettelijke leemte is geconstateerd op het gebied van dwangbehandeling en illustreert dit aan de hand van een voorbeeld. In dergelijke omstandigheden moet het gevaarscriterium anders kunnen worden omschreven. Misschien kan er worden gesproken over een toekomstig gevaar. Dit is juridisch natuurlijk ingewikkeld, want de beoordeling van een toekomstig gevaar is minder objectief dan van een onmiddellijk gevaar. Dit neemt niet weg dat zal worden geprobeerd om die wettelijke leemte weg te nemen, maar ik wil hier nu niet teveel op ingaan, dat moet nog ingevuld worden.

De minister heeft sterk de indruk dat het veld onvoldoende beseft hoeveel mogelijkheden er nu al zijn voor dwangbehandeling, vooral medicinaal. Er wordt veel te veel gesepareerd terwijl er ook zou kunnen worden gekozen voor medicinale behandeling. Ambulante zorg is moeilijker, want de zorgverlener kan niet zo maar bij iemand het huis binnendringen om hem zonder enig toezicht gedwongen medicatie toe te dienen. Daar pleit ook niemand voor. De voorwaardelijke machtiging is in dergelijke gevallen een potent instrument. Het is nog betrekkelijk nieuw en het veld lijkt die mogelijkheid nog onvoldoende te onderkennen.

In het manifest wordt gesproken over de behoefte aan een gradueel instrumentarium. De minister meent dat dit al voor een deel is opgebouwd en dat de ruimere mogelijkheden voor dwangbehandeling en de voorwaardelijke machtiging daar nog eens aan bijdragen. Daarom zou de uitkomst van de evaluatie ook kunnen zijn dat de formulering van de wet moet worden verduidelijkt en dat de protocollering moet worden verbeterd, maar dat overigens kan worden volstaan met een nota van wijziging op de bestaande wet. De huidige wet ademt mee met de maatschappelijke

ontwikkelingen. Er is veel veranderd ten opzichte van de ontstaansjaren van de wet. Contacten met lokale bestuurders leren wel dat er nu voor gewaakt moet worden dat de balans naar de andere kant doorslaat. De wetswijziging die nodig is om de mogelijkheden van dwangbehandeling uit te breiden, wordt nu voorbereid. Daar is geen aparte commissie voor ingesteld, maar er worden natuurlijk wel experts geraadpleegd. Het onderscheid tussen acute en niet-acute situaties wordt hier in verwerkt. Er is indringend gesproken over de noodzaak van bemoeizorg, maar de huidige wetgeving laat die vorm van zorg al toe; daar is de BOPZ niet voor nodig.

De Kamer kan voor de zomer een wetsvoorstel tegemoet zien waarmee de zelfbindingsverklaring in de huidige Wet BOPZ wordt ingebed.

Het is mogelijk om in het kader van de Wet BOPZ verslaving als een geestesstoornis aan te merken waarna er tot opname kan worden overgegaan. Dit moet natuurlijk van persoon tot persoon worden beoordeeld. Overigens wordt deze mogelijkheid in de Rotterdamse richtlijn haarfijn uitgelegd. Er worden nog algemene richtlijnen ontwikkeld die onderdeel zullen uitmaken van verantwoorde zorg. De inspectie zal hierop moeten toezien; zij is belast met het kwaliteitstoezicht. Daarnaast zou het goed zijn als de beroepsgroep werk zou maken van de intercollegiale toetsing. De inspectie kan daar dan ook op toezien.

De waarschuwing in het proefschrift van de heer Ravelli lijkt enigszins achterhaald in die zin dat men inmiddels is teruggekomen op de trend van de afgelopen decennia van zoveel mogelijk ambulante zorg en normalisatie door de patiënt op straat te zetten. Na die kentering neemt het aantal asielplaatsen ook weer toe. De capaciteit is de afgelopen jaren flink gegroeid en er is veel wachtlijstgeld aan de sector besteed.

Het is een misverstand dat de familie niet betrokken zou zijn bij de procedure, want de rechter is zelfs verplicht om zich te laten voorlichten door ouders, echtgenoten, voogden of curators. Overigens kan iemand in een acute situatie eerst worden opgenomen waarna de rechter «aan het bed» komt om zich van de juistheid van de opname te vergewissen. Een opname is nu eenmaal een ingrijpende maatregel die om zorgvuldige procedures vraagt. In het verleden hebben zich toch wel situaties voorgedaan waarin de familie probeerde van een lastig familielid af te komen en dat is nu dankzij de zorgvuldige procedures niet meer mogelijk.

Voor kinderen met ernstige gedragsproblemen die worden veroorzaakt door een psychiatrische stoornis wordt naast de psychiatrie ook de jeugdzorg ingeschakeld die een meer pedagogische insteek kiest. Er wordt nu gewerkt aan een regeling die gesloten opvang mogelijk moet maken.

Naast de bestaande brochures worden er nog andere brochures ontwikkeld. Hierbij zal waar nodig het Trimbos-instituut worden ingeschakeld.

Een opnameplicht voor TBS-gestelden is een van de onderwerpen waarover de werkgroep Zorg in een justitieel kader binnenkort zal adviseren.

Een ander onderwerp van onderzoek is de «long stay». Deze werkgroep is ingesteld als vervolg op de motie-Van de Beeten van de Eerste Kamer.

Psychiaters die niet voldoen aan de richtlijnen van verantwoorde zorg, moeten door de inspectie worden aangepakt. Dit kan eventueel ook via het tuchtrecht, maar dat is natuurlijk wel een laat stadium.

De minister komt tot de conclusie dat de wet in beweging is en dat het een moeilijke maar geen starre wet is. In het recente verleden is een aantal aanpassingen doorgevoerd die eigenlijk nog goed uitgerold moeten worden in het veld. Daarnaast is nu een aantal maatregelen aangekondigd die het veld nog meer mogelijkheden bieden. In dit licht zou het zonde zijn om het veld de indruk te geven dat het allemaal anders moet. Hij vindt het niet verstandig om een commissie in te stellen die zich daarop richt. Hij is echter wel bereid om de evaluatiecommissie een vrij open opdracht te geven. Zij zou tot de conclusie kunnen komen dat er een andere wet moet worden gemaakt. Hij betwijfelt dat dit gebeurt, maar als het zo zou zijn, moet daar natuurlijk een politiek antwoord op volgen.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Joldersma** is bang dat de opstelling van de minister die nog alles open laat, ertoe leidt dat er niets gebeurt. Hij zegt dat de komende evaluatie een open einde krijgt, dat de wet nog in beweging is en dat de voorlichting zal worden verbeterd. Dit was ook de uitkomst van de eerste en de tweede evaluatie. Daarom dringt zij erop aan dat er meer handvatten worden gekozen voor de aanpak van de derde evaluatie. De minister zegt dat deze evaluatie niet zo uitgebreid zal zijn, maar tegelijkertijd mag iedereen aanschuiven. De kans is dan toch groot dat het op niets uitloopt. Zij wijst opnieuw op het voorstel van de evaluatiecommissie om in een vooronderzoek vast te stellen welke thema's in een volgende evaluatie aan de orde moeten komen. Een behandelingswet is een van die thema's, maar ook de organisatie van de hulpverlening, want zolang daar nog zoveel onduidelijkheid over bestaat, kan niet worden beoordeeld of de psychiater meer mogelijkheden moet krijgen. De uitkomst zou ook kunnen zijn dat de hulpverlening het goed doet, maar dat de capaciteit ontoereikend is. Om dit alles op een rijtje te kunnen zetten, moeten er handvatten worden vastgesteld voor de derde evaluatie.

De minister is kort ingegaan op de kinder- en jeugdpsychiatrie. Kan hij dit nader toelichten?

Zij dringt erop aan dat in de evaluatiecommissie ook een aantal onafhankelijke deskundigen wordt opgenomen die met een open blik naar de psychiatrie kunnen kijken.

Mevrouw **Van Dijken** is verbaasd over de opmerking van de minister dat hij zich geërgerd heeft aan het manifest. De volgende evaluatie moet in 2006 verschijnen. Er is een breed draagvlak voor een brede commissie; zij zou in haar opdracht ook de evaluatie kunnen meenemen. Het werk wordt dan in een keer gedaan. Dit levert tijdwinst op en waarschijnlijk ook veel meer kwalitatief materiaal om de voorstellen te kunnen toetsen. Die brede onderzoekscommissie moet de huidige stand van zaken beoordelen en vaststellen wat er nu ontbreekt. Dit is voor een deel evaluatie van de BOPZ, maar ook een beoordeling van de werkwijze in het buitenland. De minister is van mening dat er wel een nieuwe wet moet komen voor de psychogeriatrie en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Kan hij uitleggen waarom hij dit wel nodig vindt?

Mevrouw Van Dijken herinnert eraan dat zij in december een amendement heeft ingediend om de kloof te overbruggen tussen gedwongen opname en behandeling door middel van een eenvoudige wijziging van artikel 38. De minister heeft dit overgenomen. Waarom duurt het zo lang voordat hier een vervolg op komt? Dit amendement biedt een tijdelijke oplossing voor een situatie die structureel verbetering behoeft. Zij begrijpt niet waarom de minister zich hier tegen verzet, terwijl hij tegelijkertijd van mening is dat de evaluatiecommissie breed mag worden samengesteld en tot ieder gewenst oordeel mag komen. Waarom is hij bang voor een internationale vergelijking? Desgevraagd voegt zij hier aan toe dat zij ervan overtuigd is dat er een nieuwe behandelwet moet komen.

Mevrouw **Tonkens** komt tot de conclusie dat de minister kiest voor een evaluatiecommissie. Die commissie mag alles onderzoeken, maar dat is toch ook het wezen van een evaluatie. De commissie van deskundigen waarom wordt gevraagd, zou zich moeten richten op het thema behandeling en op de vraag of het zinvol is een wet te ontwerpen waarin behandeling en zorg een meer centrale plaats krijgen in plaats van een wet waarin behandeling alleen mogelijk is in het kader van een gedwongen opname. De vraag aan die commissie is dus wezenlijk anders en haar instelling kan voor het veld dan ook geen teken zijn dat het de BOPZ niet meer serieus hoeft te nemen. Waarom wil de minister dit toch onder een noemer brengen?

Zij zegt dat zij kiest voor een wet die betrekking heeft opname en behandeling en waarin de pijlers niet alleen bestaan uit het criterium van schade en gevaar aan de ene kant en de autonomie van de patiënt aan de andere kant. Zij wil een wet waarin zorg als derde pijler een centrale notie is. Dit is binnen de BOPZ niet anders dan met lapmiddelen te realiseren. De vraag of zo'n wet er moet komen, moet worden beantwoord door een commissie van deskundigen.

Het criterium «toekomstig gevaar» is heel problematisch. Er is ook gesuggereerd om het criterium «ernstig nadeel» op te nemen. Hoe denkt de minister daarover?

Mevrouw Tonkens vraagt tot slot of de minister bij de verwerking van het onderscheid tussen acute en niet-acute situaties de punten meeneemt die zij eerder heeft opgesomd.

De heer **Rouvoet** heeft het gevoel dat de dingen nu ingewikkelder worden gemaakt dan nodig is. Bij een evaluatie wordt altijd de vraag gesteld of een wet heeft gebracht wat ervan werd verwacht. Als dit niet het geval is, wordt vervolgens de vraag gesteld of er aanpassingen nodig zijn die de doelstellingen dichterbij brengen. Om te voorkomen dat de evaluatie oeverloos wordt, is een zekere afbakening nodig. In de brief van de minister van 21 januari staat dat het kabinet bij de beoordeling van de uitkomsten van de evaluatie zich ook zal bezinnen op de vraag of er op dat moment reden is voor een ander specifiek op behandeling gericht wettelijk kader in plaats van de Wet BOPZ. Dit was dus al de bedoeling en dit is verstandig omdat er veel aandrang in die richting is.

De heer Rouvoet deelt de ergernis van de minister over het manifest niet. Het is toch begrijpelijk dat organisaties wijzen op de knelpunten die zij zien. Hij adviseert de minister om de opmerkingen in het manifest en de internationale component te betrekken bij zijn afwegingen. Het traject dat de voorstanders van een speciale commissie van deskundigen voor zich zien, beslaat ook twee jaar en valt dus samen met de derde evaluatie. De heer Rouvoet begrijpt niet waarom er dan zo moeilijk wordt gedaan over het samenvoegen van de werkzaamheden.

Mevrouw **Kant** zegt dat de toename van de capaciteit in de psychiatrie in de afgelopen jaren niet kan voorkomen dat zwaardere en moeilijke patiënten geweigerd worden. In de praktijk wordt er dan vaak naar de BOPZ gegrepen; de instelling móet dan wel meewerken. Het is een rare situatie dat de instelling die plicht niet heeft als de deskundigen en de patiënt het erover eens zijn dat opname nodig is.

Als de minister het echt belangrijk vindt dat de Rotterdamse aanpak overal in Nederland wordt ingevoerd, kan hij dit toch niet laten hangen van de willekeur van de beroepsbeoefenaren. De protocollen waar hij over spreekt, lijken nog wel enige tijd op zich te laten wachten. Voor die tijd moet duidelijker worden wat de norm is.

Het is waar dat de rechter familieleden hoort, maar hoe komen zij überhaupt zover? In het stadium daarvoor voelen zij zich vaak als roependen in de woestijn. Zij zien hun familielid ten gronde gaan en er wordt maar niet gehandeld.

Zij vraagt vervolgens hoe de minister denkt dwangbehandeling eerder mogelijk te maken na gedwongen opname. Het probleem is toch vaak dat het acute gevaar is geweken als iemand is opgenomen, doordat hij voortdurend onder toezicht staat.

De open opdracht aan de evaluatiecommissie is meer dan zij had verwacht, maar een evaluatie is toch echt iets anders dan een onderzoek door een specifieke commissie van deskundigen die zich alleen richt op de vraag of er een aparte behandelwet moet komen en hoe die eruit moet zien. Zo'n commissie zal een andere grondhouding kiezen dan een evaluatiecommissie.

De **minister** zegt dat hij het woord ergernis misschien beter niet had kunnen gebruiken. Per slot van rekening heeft iedereen het recht om zo'n stuk aan te bieden. Hij merkt nog wel op dat het gebruik van de term behandelwet impliceert dat er nu niet wordt behandeld, maar dat er alleen mensen worden opgesloten of op straat lopen. Er wordt gevraagd om een wet die het veld in staat stelt patiënten goed te behandelen. De huidige wet biedt veel mogelijkheden met de recente ontwikkelingen en de aanpassingen die op stapel staan. Hij houdt het veld daarom voor dat het beter gebruik moet maken van die mogelijkheden; dit zou al een enorme verbetering brengen. Hij waarschuwt ervoor dat er veel energie wordt gestoken in de formulering van een nieuwe wet waarbij weer dezelfde dilemma's moeten overwonnen en die net zo ingewikkeld zal worden. Hij wijst de pretentie af dat het allemaal anders kan worden.

Hij vindt het een goede gedachte om een duidelijke opdracht te verlenen aan de evaluatiecommissie. Die opdracht zal aan de Kamer worden voorgelegd. Hij zegt verder toe dat hij de internationale context zal laten onderzoeken.

De meest doelmatige oplossing is om een commissie van deskundigen en belanghebbenden samen te stellen die ervoor kan zorgen dat de evaluatie tijdig voor 2007 is afgerond. De minister zegt dat hij bij de ondertekenaars van het manifest de Stichting Pandora miste en enkele andere belanghebbenden.

Hij vraagt de leden om hem in staat te stellen om zijn voorstellen voor de dwangbehandeling verder uit te werken. Zodra zij aan de Kamer zijn voorgelegd, kan er verder worden gesproken.

De capaciteit zal altijd wel een knelpunt blijven, maar anderzijds adverteert een lokale RIAGG in Limburg om klanten te werven. Er is dus blijkbaar niet overal een capaciteitsprobleem.

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie,
De Pater-van der Meer

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen