

Vergaderjaar 2006–2007

30 492

Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)

Nr. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 12 oktober 2006

Wij zijn verheugd dat de fracties van de Tweede Kamer positief tegenover de voorgestelde wijzigingen van de Wet Bopz staan. De leden van de fractie van het CDA geven aan dat beide wetswijzigingen kunnen bijdragen aan een hersteld evenwicht tussen de autonomie van de patiënt en de noodzaak van behandeling. Ook geven deze leden aan dat het hoog tijd is dat instellingen meer mogelijkheden krijgen om patiënten die gedwongen zijn opgenomen ook gedwongen te behandelen. Met deze wijziging sluit de voorwaardelijke machtiging volgens deze leden beter aan op de praktijk van de psychiatrie, omdat de wijziging de mogelijkheid schept om eerder in te grijpen en niet af te wachten totdat het slechter gaat met de patiënt.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat de wijziging van de voorwaardelijke machtiging de grootst mogelijke spoed heeft, omdat de werking in de praktijk te sterk beperkt is door de uitspraak van de Hoge Raad van 29 april 2005. De leden van de fractie van de VVD herinneren eraan dat deze wijzigingen voortkomen uit een dringende behoefte uit de praktijk. Ook de leden van de fracties van de SP, D66 en de ChristenUnie hebben met belangstelling van het wetsvoorstel kennisgenomen. Wel is er een aantal vragen gesteld.

Bij de beantwoording van de vragen van uw Kamer hebben wij in beginsel de volgorde aangehouden van het verslag. Daar waar vragen samenhang vertonen, zijn deze gezamenlijk beantwoord.

1. Algemeen

De leden van de PvdA-fractie vragen aandacht voor het risico dat de discussie over de verruiming van de dwangbehandeling de voortgang van de wijziging van de voorwaardelijke machtiging zou kunnen belemmeren en vragen ons waarom wij hebben gekozen voor een combinatie van deze twee wijzigingen in één wetsvoorstel. Ook vragen deze leden op welke wijze ervoor kan worden gezorgd dat de wijziging ten aanzien van de voorwaardelijke machtiging zo snel mogelijk in de praktijk kan worden toegepast.

Beide onderdelen van het wetsvoorstel beogen een betere aansluiting van de wet op de praktijk. Voor zowel de voorwaardelijke machtiging als voor

dwangbehandeling geldt dat daaraan dringend behoefte bestaat en dat dit zo spoedig mogelijk geregeld moet worden. Daarom hebben wij gekozen voor een gecombineerd wetsvoorstel, waarvan wij hopen dat dit zo spoedig mogelijk kan worden afgerond. Een dergelijke gang van zaken is overigens niet ongebruikelijk bij wijzigingen van bestaande wetgeving: daarbij worden vaak verschillende wijzigingen in één wijzigingswet meegenomen, zeker indien de wijzigingen betrekking hebben op dezelfde wet, zoals in casu de Wet Bopz. Gezien de aard van de wijziging, waardoor de wet beter zal aansluiten op de eisen van de praktijk en gelet op de positieve reacties in het verslag van de vaste commissie, hebben wij goede hoop dat het wetsvoorstel met voortvarendheid kan worden behandeld. Niets staat er aan in de weg om de wijziging met betrekking tot de voorwaardelijke machtiging zo snel mogelijk na aanvaarding in werking te laten treden. Uiteraard zal, zoals genoemde leden memoreren, een adequate voorlichting noodzakelijk zijn.

De leden van de VVD-fractie geven aan zich in grote lijnen te kunnen vinden in de twee wijzigingen, mede omdat deze wijzigingen voortkomen uit een dringende behoefte uit de praktijk. De leden van de SP-fractie hebben de wetswijziging met bijzondere interesse ontvangen en gelezen en staan ook positief tegenover de verandering, maar blijven van oordeel dat de wet zwaar wordt opgetuigd.

Daarnaast stellen de leden van de fracties van de PvdA, VVD en SP een aantal vragen met betrekking tot de Wet Bopz in het algemeen. Deze leden zijn van mening dat er een sterke behoefte bestaat aan een goed wettelijk kader voor ambulante behandeling. Deze leden vragen of de regering de voorgestelde wijzigingen als interim-maatregelen ziet.

Zoals onder meer aan de Tweede Kamer is toegezegd (Kamerstukken II 2004/05, 29 363 en 25 763, nr. 10, p. 10), is een evaluatiecommissie van deskundigen en belangenbehartigers ingesteld, die het functioneren van de Wet Bopz in zijn algemeenheid evalueert en die advies zal uitbrengen over de wenselijkheid van een (vernieuwd) wettelijk stelsel (zie Stcrt. 2005, 247 alsmede onze brief aan uw Kamer van 19 december 2005 met kenmerk CZ/GGZ-2644856). Daarbij zal mede worden ingegaan op vragen rond ambulante behandeling. Het gaat om zeer belangrijke vragen die echter wel een zorgvuldige doordinking vergen. Bij haar advisering zal de evaluatiecommissie vanzelfsprekend de tot nu toe ingenomen standpunten betrekken. Het eindrapport van de Evaluatiecommissie verwachten wij maart 2007.

Wij zijn echter van mening dat niet op de uitkomsten van de Evaluatiecommissie – en de nieuwe wetgeving die daar een gevolg van zal kunnen zijn – gewacht moet worden. Tot die tijd zijn er binnen het kader van de Wet Bopz dringend gewenste wijzigingen, zoals de verruiming van de mogelijkheden tot de toepassing van dwangbehandeling en de aanpassing van de voorwaardelijke machtiging. Het wachten op de uitkomsten van de Evaluatiecommissie en de nieuwe wetgeving die daar een gevolg van zal kunnen zijn, zou de wenselijk geachte nieuwe regeling van de punten die het onderwerp van de onderhavige wetswijziging uitmaken te zeer vertragen. Met het onderhavige wetsvoorstel willen wij niet vooruitlopen op de discussie over de Wet Bopz als geheel in die zin dat wij menen dat een discussie daarover een goede zaak is, ook als de wijzigingen die thans worden voorgesteld hun beslag zullen krijgen.

De leden van de SP-fractie geven aan dat naar hun oordeel separatie een noodgreep zou moeten zijn en niet zou mogen voortkomen uit een tekort aan personeel of te laag gekwalificeerd personeel. Deze leden vragen of het voorkomt dat mensen worden gesepareerd vanwege een tekort aan (gekwalificeerd) personeel. In dat verband vragen deze leden ook of alleen tot separatie mag worden overgegaan als dit is opgenomen in het

behandelingsplan van de cliënt. In de ogen van deze leden moeten alle oneigenlijke factoren die leiden tot separatie worden weggenomen.

Het toepassen van separatie en dwangmedicatie komt niet alleen voor in noodsituaties, maar ook daarbuiten. Bij dwangbehandeling kan sprake zijn van separatie of dwangmedicatie als het behandelingsplan daarin voorziet. Omdat het behandelingsplan in overleg met de patiënt, als deze tenminste wilsbekwaam is op dit punt, wordt vastgesteld, komen de wensen van de patiënt zonder meer aan de orde. Als vanuit behandel-oogpunt gelijke effectiviteit van de middelen wordt verwacht, zal de wens van de patiënt worden gehonoreerd. Net als bij andere vormen van zorg geldt voor de zorg die wordt verstrekt in het kader van de Wet Bopz de norm van «verantwoorde zorg». Normaal gesproken zal dat betekenen dat afspraken met de patiënt in goed overleg worden gemaakt. Dat er in het kader van de Wet Bopz in noodsituaties beslissingen moeten worden genomen door een behandelaar die niet overeenkomen met de wensen van de patiënt, hoort bij de aard van deze wet. Een wet die een behan-delaar in sommige situaties juist de bevoegdheid geeft om dwang toe te passen. Echter, in alle gevallen geldt dat dwang alleen is toegestaan wanneer er geen alternatief is en dat dwang nooit verder mag gaan en nooit langer mag duren dan nodig is.

De verantwoorde zorg die een Bopz-inrichting hoort te bieden, houdt onder meer in dat er voldoende personeel aanwezig is om de veiligheid te kunnen garanderen. Natuurlijk kan het niet zo zijn dat patiënten worden gesepareerd vanwege een gebrek aan personeel. Wel is het uiteraard zo dat er momenten zijn dat er minder personeel aanwezig is in een inrich-ting, zoals 's nachts. Omwille van de veiligheid van de patiënt zelf, van de hulpverleners en van de andere patiënten kan het dan eerder nodig zijn om iemand te separeren dan overdag.

Wanneer de patiënt meent dat ten onrechte dwang is toegepast, kunnen hij, zijn familie en elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt daar-over een klacht indienen bij de klachtencommissie. Ook de inspecteur kan onderzoek doen.

De leden van de SP-fractie vinden het een goede zaak dat bij deze wetswij-ziging een aantal organisaties is betrokken, maar vragen op basis waarvan voor deze organisaties is gekozen en waarom bijvoorbeeld de patiënten-organisatie Anoiksis niet om een mening is gevraagd.

Met betrekking tot deze wetswijziging zijn zo'n vijftien organisaties uitge-nodigd om advies te geven. Deze organisaties vormen een representa-tieve doorsnede van de bij dit onderwerp betrokken belangen van de verschillende belanghebbenden. Het betreft niet alleen patiëntenorgani-saties, maar ook juridische organisaties, organisaties van professionals in de zorg en koepelorganisaties. Gekozen is voor het benaderen van derge-lijke overkoepelende organisaties, omdat wij verwachten op die manier de uiteenlopende belangen het best in kaart te krijgen. De vereniging Anoiksis behoorde tot de organisaties waaraan niet zelfstandig advies is gevraagd maar die het wel vrijstond – en uiteraard nog steeds vrijstaat – over het wetsvoorstel een standpunt in te nemen.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering op welke manier behandelaars worden voorgelicht over de Wet Bopz en of de rege-ring bereid is maatregelen te nemen om die voorlichting te verbeteren. De leden van de SP-fractie vragen of de regering van oordeel is dat voor de hulpverleners met deze wijziging duidelijker wordt wanneer zij kunnen overgaan tot dwangopname.

In het kabinetstandpunt op de tweede evaluatie van de Wet Bopz heeft het kabinet het advies van de evaluatiecommissie overgenomen om meer te doen aan voorlichting. In januari 2004 is een brochure uitgegeven onder de titel «Over de Wet Bopz». Deze brochure is zeer goed aangeslagen. Deze lijn is voortgezet. Inmiddels zijn er vier voorlichtingsbrochures «Over de Wet Bopz», telkens met een ander deelonderwerp. Deze brochures zijn niet alleen geschikt voor behandelaars, maar ook voor patiënten, (huis-) artsen, verpleegkundigen en familie van patiënten. Verspreiding en beschikbaarstelling daarvan geschiedt gratis onder een brede kring van personen. Er zullen in de nabije toekomst over nog enkele deelonderwerpen brochures verschijnen, zoals over het klachtrecht, de patiëntenvertrouwenspersoon en de voorwaardelijke machtiging. Naast het uitbrengen van deze brochures heeft, in de jaren 2003–2004, ook een aantal voorlichtingsdagen plaatsgevonden. Voorts zal op korte termijn een voorlichtingscampagne worden opgezet voor specifieke doelgroepen, zoals huisartsen, hulpverleners, patiënten en hun families), die regelmatig met de toepassing van de Wet Bopz in aanraking komen.

Daarnaast heeft de eerste ondergetekende de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie verzocht een beslisschema dwangopneming te ontwikkelen, met als doel zowel de juridische als de medische voetangels en klemmen van de wet voor psychiaters beter hanteerbaar te maken.

2. De voorwaardelijke machtiging

Het verheugt ons dat de leden van de CDA-fractie het terecht vinden dat het wetsvoorstel het mogelijk maakt om een voorwaardelijke machtiging te verlenen, ook als de patiënt zelf niet expliciet instemt met de voorwaarden. Zoals deze leden opmerken, zou zonder voorliggende wetswijziging de patiënt die niet expliciet instemt met de voorwaarden, inderdaad gedwongen moeten worden opgenomen. Deze leden willen wel graag een toelichting op wat «redelijkerwijs verwacht mag worden» nu is. Zij achten het noodzakelijk dat er helderheid komt over wat «redelijkerwijs» is en in hoeverre daaraan voor de betrokkenen consequenties zijn verbonden. Het gaat hierbij om artikel 14a, achtste lid, zoals opgenomen in het wetsvoorstel. Dit artikellid bepaalt dat de rechter slechts toepassing geeft aan het eerste lid – dat wil zeggen: slechts een voorwaardelijke machtiging mag verlenen – indien de betrokkene zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden «of redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven». Het is aan de rechter om vast te stellen dat «aangenomen mag worden» dat betrokkene de voorwaarden zal naleven hoewel deze zich daartoe niet uitdrukkelijk bereid heeft verklaard (en zich ook niet alsnog, bijvoorbeeld ter zitting, bereid verklaart).

Voor het oordeel van de rechter is onontbeerlijk dat hij beschikt over voldoende informatie, afkomstig van de behandelaar, van de patiënt zelf en van andere betrokken personen. Bij zijn oordeelsvorming kunnen verschillende elementen een rol spelen, zoals ervaringen die in het verleden met deze patiënt zijn opgedaan en het ziektebeeld van betrokkene. Zoals gezegd, betekent de eis dat «redelijkerwijs is aan te nemen» dat betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden, niét dat daarover 100 procent zekerheid dient te zijn. Deze zekerheid is niet te geven, maar dat is niet anders bij iemand die zich wel bereid verklaart. Het gaat om een verstandige inschatting, op basis van de voorhanden informatie, van de aannemelijkheid – met andere woorden: de waarschijnlijkheid – dat betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. Deze inschatting dient wel geobjectiveerd te worden en toetsbaar te zijn; daartoe strekt de term «redelijkerwijs».

Zoals hiervoor al is opgemerkt, vormt de rechter zijn oordeel op grond van de stukken die zich in het dossier bevinden en op grond van de informatie die hem daarnaast nog wordt verstrekt. Daarbij speelt de behandelaar van betrokkene een belangrijke rol. De leden van de CDA-fractie vragen in dat verband, wie verantwoordelijk is voor het gedrag van de patiënt als er iets ergs gebeurt in de periode dat redelijkerwijs mocht worden aangenomen dat de patiënt zich aan de voorwaarden zou houden. Is de betrokken arts daarvoor via de Wet Bopz of het tuchtrecht aansprakelijk te stellen? Voorop staat dat het uitspreken van de verwachting dat de patiënt zich zal houden aan de voorwaarden de arts niet verantwoordelijk maakt voor het gedrag van de patiënt gedurende de voorwaardelijke machtiging. Ook een arts kan immers niet in de toekomst kijken. De arts kan wél worden aangesproken op de informatie die hij de rechter verschaft over het verleden en de gezondheidstoestand van de patiënt. Daarbij moet, het zij nogmaals gezegd, worden bedacht dat ook als de patiënt zich uitdrukkelijk bereid verklaart tot naleving van de voorwaarden dit geen garantie is dat hij zich daaraan zal houden en dat er niet «iets ergs» gebeurt. Uiteraard is de arts in algemene zin verantwoordelijk voor de zorg die hij aan de patiënt verleent. Dit geldt ook voor de behandeling die als voorwaarde van de voorwaardelijke machtiging geldt, ongeacht of de patiënt met de behandeling heeft ingestemd of zich al of niet bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden. Die verantwoordelijkheid leidt ertoe dat de behandelaar gedurende de looptijd van de voorwaardelijke machtiging in de gaten moet houden of de patiënt zich aan de voorwaarden houdt en of de behandeling en de andere voorwaarden er inderdaad toe leiden dat de stoornis van de patiënt hem geen gevaar doet veroorzaken.

Terecht wijzen de leden van de CDA-fractie erop dat serieus moet worden geprobeerd om met de patiënt tot overeenstemming te komen en dat, als dat niet lukt, in het behandelingsplan moet worden vastgelegd waarom dat niet gelukt is. Deze leden vragen of in dat overleg ook expliciet een rol voor de familie is weggelegd. Dit vinden wij een belangrijk punt. Als de betrokkene contact heeft met zijn familie, of als er andere personen uit diens omgeving zijn die ter zake een rol kunnen vervullen, zal de behandelaar er verstandig aan doen ook die personen te betrekken bij het overleg. En terecht noemen deze leden ook de rol van deze personen bij de vaststelling of redelijkerwijs mag worden verwacht dat de patiënt zich zal houden aan de voorwaarden. Degenen die dagelijks met de betrokkene omgaan, zullen doorgaans als geen ander een goed zicht hebben op wat deze wel of niet aankan en hoe deze omgaat met afspraken en medicijnen. Daarnaast zal het ook vaak zo kunnen zijn dat juist personen uit de omgeving van betrokkene een rol vervullen bij de uitvoering van de voorwaardelijke machtiging, met name bij de naleving van de voorwaarden. Het ligt onzes inziens dan ook zeer voor de hand dat bij de voorbereiding van een voorwaardelijke machtiging de mensen uit de omgeving van de patiënt worden betrokken.

De leden van de CDA-fractie vragen vervolgens of meer helderheid kan worden gegeven over de gevallen waarin wel uitdrukkelijk instemming van de patiënt nodig is. Van een eis dat de patiënt uitdrukkelijk moet instemmen met het behandelingsplan is in het wetsvoorstel geen sprake. Het wetsvoorstel gaat er niet van uit dat in bepaalde gevallen wél en in andere gevallen géén uitdrukkelijke instemming nodig is. Uitgangspunt van het wetsvoorstel is nog steeds dat met de patiënt overleg wordt gevoerd over het behandelingsplan en dat daarbij alles in het werk moet worden gesteld om over het plan overeenstemming te bereiken. Het al dan niet bereiken van overeenstemming is echter geen vereiste voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging. Daarvoor is slechts van

belang of verwacht mag worden dat de patiënt zich aan de behandeling zal onderwerpen.

De nu nog geldende voorwaarde, dat er een behandelingsplan moet zijn waarmee de patiënt instemt, miskent dat er patiënten zijn voor wie het een brug te ver is om in te stemmen met een behandelingsplan, maar die desalniettemin voor die behandeling kiezen om een gedwongen opneming af te wenden. Dit laatste blijkt als de patiënt zich, hoewel met hem geen overeenstemming is bereikt over het behandelingsplan, bereid verklaart tot naleving van de voorwaarden, hetgeen altijd mede inhoudt dat hij zich bereid verklaart de in het behandelingsplan opgenomen behandeling te ondergaan. Ook als de patiënt zich niet uitdrukkelijk bereid verklaart tot naleving van de voorwaarden, maar aannemelijk is dat hij zich wel aan de behandeling zal onderwerpen, kan de voorwaardelijke machtiging worden verleend. Het gaat er bij de voorwaardelijke machtiging om dat er een patiënt is die een gevaar veroorzaakt, welk gevaar niet tot gedwongen opneming behoeft te leiden als de patiënt bereid is de voor het afwenden van het gevaar noodzakelijk behandeling te ondergaan. Omdat de behandeling nodig is om het gevaar weg te nemen, moet er een redelijke mate van zekerheid zijn dat de patiënt zich ook aan de noodzakelijke behandeling zal onderwerpen. De beoordeling daarvan moet gebeuren aan de hand van de bereidverklaring of uit andere gegevens die de conclusie rechtvaardigen dat de patiënt zich, hoewel hij het misschien niet eens is met de voorwaarde, zich daar wel aan zal houden. Dit laat ruimte voor een voorwaardelijke machtiging voor patiënten die niet willen instemmen met de behandeling op zich, maar zich wel bereid verklaren tot naleving van de voorwaarden en dus tot het ondergaan van de behandeling, omdat het alternatief van de gedwongen opneming hen nog minder aanstaat. Datzelfde geldt voor de patiënt die zich niet bereid verklaart tot naleving van de voorwaarden, maar van wie verwacht mag worden dat hij zich er wel aan zal houden.

De rechter verleent, zoals hiervoor al is uiteengezet, op grond van artikel 14a, achtste lid, een voorwaardelijke machtiging als hij heeft vastgesteld dat de betrokkene zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden óf dat redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven. Er is wel sprake van een rangorde, in die zin dat een bereidverklaring de voorkeur verdient, maar dat geldt in feite altijd. Het is niet in algemene zin aan te geven wanneer de situatie wordt bereikt dat een bereidverklaring tot naleving van de voorwaarden niet haalbaar is en toch een voorwaardelijke machtiging in aanmerking komt waarbij aannemelijk wordt geacht dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. Een en ander is ter beoordeling van de rechter op basis van de beschikbare informatie.

De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk is dat een patiënt in het behandelingsplan laat vastleggen dat hij wil dat de rechter alleen een voorwaardelijke machtiging verleent wanneer hij daarmee uitdrukkelijk zelf instemt. Bij deze vraag wordt er kennelijk vanuit gegaan dat het behandelingsplan op een (veel) eerder tijdstip wordt vastgesteld dan het moment waarop zich de vraag voordoet of er een voorwaardelijke machtiging zal worden aangevraagd. Dat is echter niet het geval. Het opstellen van het in artikel 14a, vijfde lid, bedoelde behandelingsplan kan niet los worden gezien van – en zal veelal samenvallen met – de voorbereidingen voor het vragen van een voorwaardelijke machtiging. Behandelaar en patiënt voeren overleg over het behandelingsplan in het licht van de voorwaardelijke machtiging, met een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf als alternatief. Een voorwaardelijke machtiging kan alleen worden verleend als er een behandeling buiten de inrichting mogelijk is die het gevaar kan afwenden dat de patiënt door zijn stoornis meebrengt. Het behandelingsplan dat als voorwaarde wordt opgelegd, zal een dergelijke behandeling moeten bevatten. Als die behandeling niet kan

worden uitgevoerd omdat de patiënt deze weigert – en het vertrouwen niet bestaat dat de patiënt zich in de praktijk wel aan de behandeling zal houden – kan er van een voorwaardelijke machtiging geen sprake zijn, maar zal een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf moeten worden verleend.

Het is de leden van de CDA-fractie niet duidelijk waarom het instemmingsvereiste met het behandelingsplan wél geldt nadat de machtiging is verleend. De leden van de PvdA-fractie geven daarentegen juist aan dat zij er vanuit gaan, dat er geen enkele wijziging in het behandelingsplan aangebracht kan worden nadat de machtiging is verleend, tenzij de patiënt daarmee instemt.

Het door de leden van de PvdA-fractie voorgestane stelsel is neergelegd in het wetsvoorstel. De achtergrond daarvan is, dat de rechter bij de verlening van de machtiging ook het behandelingsplan toetst, inclusief de wijze waarop het overleg daarover is gevoerd. Indien de patiënt niet instemt met het oorspronkelijke behandelingsplan, is het aan de rechter om te beslissen dat het behandelingsplan in kwestie niettemin de basis mag vormen voor de behandeling van betrokkene: de rechter zal dan overigens vastgesteld (moeten) hebben dat, ondanks het ontbreken van overeenstemming, redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven.

Aangezien het kan gaan om fundamentele elementen zoals de medicatie of een (al of niet tijdelijke) wijziging van de persoon van de behandelaar, achten wij, bij een wijziging waarover de behandelaar en de patiënt niet eens zijn, een rechterlijke toets nodig. Worden behandelaar en patiënt het wel eens over een ander behandelingsplan als voorwaarde, dan is het toetsen daarvan door de rechter niet nodig. Anders gezegd, is er ná die beslissing van de rechter behoefte aan wijziging van het behandelingsplan, dan moet daarover overeenstemming met de patiënt bestaan: anders zou de behandelaar iedere wijziging kunnen aanbrengen die hem goeddunkt.

De wet voorziet in een procedure die kan worden gevolgd als één van beide partijen een wijziging nodig vindt waarmee de andere partij het niet eens is: artikel 14b, derde lid, regelt een eenvoudige procedure bij de rechter.

De leden van de CDA-fractie vragen of de verandering in de voorwaardelijke machtiging ook consequenties heeft voor de criteria voor de gedwongen opneming, dat wil zeggen de criteria voor het verlenen van een «gewone» machtiging. Deze leden zien een overeenkomst tussen het afschaffen van de expliciete instemming bij de voorwaardelijke machtiging en de criteria voor gedwongen opname en memoreren een verschil in de criteria voor gedwongen opneming tussen de vroegere Krankzinnigenwet en de Wet Bopz. In dat verband vragen deze leden ons of wij van mening zijn dat patiënten die níet expliciet instemmen met opname maar daartegen ook geen bezwaar maken, in de toekomst wel of niet gedwongen moeten worden opgenomen via de Wet Bopz.

De voorgestelde wijziging heeft geen directe relatie met het instemmingsvereiste dat geldt bij een onvrijwillige opneming. Zoals hiervoor al is aangegeven, gaat het bij de voorwaardelijke machtiging om de vraag of de naleving van de voorwaarden, waaronder de behandeling, een zinvol alternatief is voor een gedwongen opneming. Bij een opneming gaat het er om dat bij een nadrukkelijke bereidverklaring van de patiënt tot opneming onomstotelijk vaststaat dat geen sprake is van vrijheidsbeneming en dat de wettelijke regeling – die de nodige waarborgen moet bieden in geval wél sprake is van de vrijheidsbeneming van personen met een stoornis van de geestvermogens – niet aan de orde is.

Dit neemt niet weg dat de leden van de CDA-fractie een wezenlijk vraagpunt aan de orde stellen. Wij zouden deze vraag, die geen rechtstreeks

verband heeft met het thans voorliggende, beperkte wetsvoorstel, echter pas willen beantwoorden nadat de Evaluatiecommissie Derde evaluatie Wet Bopz haar advies heeft uitgebracht over de grondvesten van de huidige wet.

De leden van de fracties van het CDA en de PvdA kunnen zich tot ons genoeg vinden in ons streven naar een in de praktijk werkbare toepassing van het instrument van de voorwaardelijke machtiging, ook wanneer betrokkene alsnog opgenomen moet worden. Zij ondersteunen het gekozen stelsel waarin de geneesheer-directeur de mogelijkheid krijgt om de betrokkene gedwongen op te nemen als blijkt dat deze zich niet aan de voorwaarden houdt. Terecht merken deze leden op dat de voorwaardelijke machtiging daarmee beter aansluit op de in de praktijk ontwikkelde paraplumachtiging, die zij immers vervangt. De leden van de PvdA-fractie formuleren het aldus, dat de «spagaat» – geen voorlopige machtiging gezien het bereikte evenwicht, maar zo goed als zeker terugval vanuit dat moeizaam verkregen evenwicht zónder machtiging – zo snel mogelijk dient te worden gecorrigeerd. Met deze leden zijn wij van mening dat een goede behandeling buiten de muren van een ziekenhuis een grote meerwaarde heeft voor het maatschappelijk functioneren van betrokken cliënten.

Wij zijn verheugd dat de leden van de fracties van het CDA en de PvdA zich kunnen vinden in het stelsel dat in het wetsvoorstel is neergelegd, namelijk dat bij een gedwongen opneming op basis van de voorwaardelijke machtiging deze wordt omgezet in een voorlopige machtiging. Immers – de leden van de PvdA-fractie merken dit terecht op – de voorwaarden die noodzakelijk zijn bij het daarna weer te verlenen «ontslag onder voorwaarden» kunnen heel anders zijn dan de voorwaarden die nodig waren bij het verlenen van de voorwaardelijke machtiging. Deze leden vragen hoe vaak momenteel wordt gewerkt met ontslag onder voorwaarden.

Ingevolge artikel 58, eerste lid, van de Wet Bopz doet de geneesheer directeur aan de inspecteur en officier van justitie eens per maand opgave van de namen van patiënten aan wie voorwaardelijk ontslag is verleend of van wie het voorwaardelijke ontslag is ingetrokken. Uit de gegevens van het databestand Bopzis-4 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat in 2005 1943 voorwaardelijke ontslagen zijn gemeld. In 2005 is gemeld dat er aan 1565 personen voorwaardelijk ontslag is verleend. Het aantal meldingen is niet gelijk aan het aantal personen aangezien aan één persoon meerdere keren voorwaardelijk ontslag kan worden verleend. Voor wat betreft de eerste helft 2006: over deze periode zijn 856 voorwaardelijk ontslagen en het verlenen van voorwaardelijk ontslag aan 744 personen gemeld. Hieronder een overzicht van het aantal meldingen van voorwaardelijk ontslag over de periode 2001 – begin tweede helft 2006 en het aantal personen dat het betreft. Hieruit blijkt een duidelijke groei van het aantal mensen dat voorwaardelijk ontslag krijgt.

Meldingen voorwaardelijk ontslag 2001 – 1ste helft 2006 en aantal personen dat het betreft

	2001	2002	2003	2004	2005	1 januari– 30 juni 2006
Personen	835	959	1 160	1 467	1 565	744
Meldingen	1 022	1 265	1 463	1 765	1 943	856
Aantal meldingen per persoon	1,22	1,32	1,26	1,20	1,24	1,15

Bron: Bopzis-4 (exportdatum: 20 september 2006).

De leden van de CDA-fractie hebben de indruk dat er veel moeite moet worden gedaan om iemand gedwongen opgenomen te krijgen maar dat het eenvoudig is hem weer te ontslaan. Ook ons is bekend dat er onder familie van patiënten wel eens onvrede bestaat over het snelle ontslag van patiënten en over het ontbreken van goede nazorg nadat ontslag verleend is. Wij hebben de Evaluatiecommissie Derde evaluatie Wet Bopz gevraagd bijzondere aandacht te besteden aan de samenhang (of het gebrek daaraan) tussen de opnemings- en ontslagbeslissingen en aan de vraag of daarin verbeteringen kunnen worden aangebracht.

De leden van de PvdA-fractie vragen ons, in hoeverre tegemoet wordt gekomen aan de bezwaren tegen het vervallen van het strikte vereiste van instemming van de patiënt. Zij ondersteunen namelijk de passage in de memorie van toelichting inzake de inspanningen die de behandelaar moet doen om de instemming van de patiënt te verkrijgen, maar vroegen waar en in welke bewoordingen dit precies in de wet wordt geregeld. Het nieuwe systeem is neergelegd in artikel I, onderdeel A, subonderdeel 2 van het wetsvoorstel. Daarin wordt aan het vijfde lid van artikel 14a een volzin toegevoegd: «Aan het behandelingsplan wordt een passage toegevoegd waaruit blijkt dat het overleg tot overeenstemming heeft geleid of, indien zulks niet het geval is, op welke grond de behandelaar tot het oordeel komt dat redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarde, bedoeld in het zesde lid, zal naleven». De gekozen formulering neemt aldus het bereiken van overeenstemming over het behandelingsplan als uitgangspunt, maar niet meer als conditio sine qua non voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging. De rechter kan slechts een voorwaardelijke machtiging verlenen indien een behandelingsplan wordt overgelegd waarover met de patiënt overleg is geweest en waarvan hij van oordeel is dat redelijkerwijs valt aan te nemen dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. De behandeling mag alleen worden uitgevoerd als de rechter haar als voorwaarde heeft geaccepteerd en wel omdat de patiënt zonder deze behandeling (en de naleving van de eventuele andere voorwaarden) een gevaar vormt dat moet leiden tot een gedwongen opname.

Het gekozen systeem brengt overigens niet mee, dat er mag worden behandeld als de patiënt met een voorwaardelijke machtiging de behandeling, die als voorwaarde geldt, weigert te ondergaan. Dat heeft dan wel een gedwongen opname en verder verblijf in een inrichting als gevolg.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom naast de actuele geestelijke gezondheidstoestand niet in de wet is opgenomen dat de geneesheer-directeur zich ervan moet vergewissen dat het gevaar niet langer door de naleving van de voorwaarden kan worden afgewend of dat opname noodzakelijk is omdat de patiënt de voorwaarden niet naleeft of zelf opname wil. Anders dan deze leden menen, is dit element wel geregeld; het gaat om het criterium voor de beslissing tot opname, zoals dit is vastgelegd in de eerste volzin artikel 14d, eerste lid. Een beslissing tot opname moet altijd worden gemotiveerd. Zonder onderzoek zal de geneesheer-directeur geen gemotiveerde beslissing kunnen nemen.

De leden van de PvdA-fractie ondersteunen de vraag van GGZ Nederland waarom niet wordt gesproken over een mogelijkheid van vrijwillige opname. De leden van de fractie van D66 vragen of met de aanvaarding van dit wetsvoorstel een vrijwillige opname niet zal worden bemoeilijkt. De leden van de PvdA-fractie stellen dat als een patiënt met een voorwaardelijke machtiging zich vrijwillig kan laten opnemen – en deze mogelijkheid wordt opgenomen in het behandelingsplan – dit betekent dat de patiënt de mogelijkheid heeft de regie te behouden. Deze leden vragen een reactie van de regering ter zake.

In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat de door de leden van de fractie van de PvdA voorgestelde constructie merkwaardig zou uitpakken. Een vrijwillige opneming in het behandelingsplan kan geen voorwaarde zijn in het kader van de voorwaardelijke machtiging. De voorwaardelijke machtiging heeft als effect dat het niet meewerken aan de vrijwillige opneming tot gedwongen opneming kan leiden omdat het niet meewerken het niet naleven van de voorwaarden inhoudt. Geen vrijwilligheid dus. Toch willen wij van deze gelegenheid gebruik maken om nader in te gaan op de vraag of er voor personen met een voorwaardelijke machtiging nog ruimte is om op enig moment vrijwillig te worden opgenomen.

In artikel 14d, eerste lid voorziet in de mogelijkheid van opneming op eigen verzoek van een patiënt met een voorwaardelijke machtiging. Het tweede lid van dat artikel bepaalt dat de beslissing van de geneesheer-directeur tot opneming ook in dat geval leidt tot omzetting van de voorwaardelijke machtiging in een voorlopige machtiging. Volgens de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel waarbij de voorwaardelijke machtiging is geïntroduceerd (Kamerstukken II 1999/00, 27 289, nr. 3, p. 12), kan geen sprake meer zijn van vrijwillige opneming, omdat dit een methode zou zijn waarmee de patiënt zich van een voorwaardelijke machtiging zou kunnen bevrijden.

Echter, inmiddels wordt de vraag of een vrijwillige opneming niet tóch mogelijk moet zijn, vaak gesteld en is duidelijk geworden dat een kortdurende vrijwillige opneming met behoud van de voorwaardelijke machtiging een goede zaak kan zijn. In een aantal gevallen zou een vrijwillige opneming wel een positief effect kunnen hebben op de gezondheidstoestand van de patiënt en dus ook mogelijk moeten zijn. Zo kunnen wij ons voorstellen dat een patiënt een «bed op recept» krijgt, dat wil zeggen dat hij, los van het voorgeschreven behandelingsplan met zijn behandelaar afsprekt dat hij zich voor korte duur kan laten opnemen als hij bijvoorbeeld behoefte heeft aan rust. Om dit mogelijk te maken, is een wetswijziging nodig.

Bij nota van wijziging introduceren wij de mogelijkheid van een vrijwillige opneming waarbij de regel dat bij opneming de voorwaardelijke machtiging wordt omgezet in een voorlopige machtiging niet geldt. Wij willen de mogelijkheid slechts introduceren voor een opneming die duidelijk vrijwillig is. Daartoe geldt zij slechts voor een opneming op verzoek van de patiënt. Verder zou de mogelijkheid alleen moeten gelden voor een opneming voor een beperkte tijd, te weten maximaal drie etmalen. Een termijn van drie etmalen achten wij voldoende om binnen de muren van een ziekenhuis tot rust te kunnen komen. Bij een opneming van langere duur is de rechtsbescherming waarmee de voorlopige machtiging gepaard gaat, wenselijk, net als de verplichting om bij ontslag opnieuw te kijken naar de voorwaarden waaronder iemand buiten de inrichting kan verblijven.

De opneming van de patiënt is een vrijwillige opneming, dat wil zeggen dat zo'n opneming buiten de Wet Bopz om gaat. Consequentie daarvan is dat er geen sprake kan zijn van dwang, bijvoorbeeld in de vorm van toepassing van het voor de voorwaardelijke machtiging opgestelde behandelingsplan tegen de wil van de betrokkene.

De leden van de SP-fractie constateren dat de wetswijziging voortvloeit uit een uitspraak van de Hoge Raad. Zij vragen of met deze wijziging een uitdrukkelijke toestemming van de patiënt niet meer nodig is op het moment dat opname noodzakelijk lijkt te zijn. Hier is kennelijk sprake van een misverstand. Ook nu is voor de *daadwerkelijke* opneming van de patiënt zijn toestemming niet nodig; het gaat immers om een onvrijwillige opneming. De uitspraak van de Hoge Raad heeft dan ook geen betrekking

op de daadwerkelijke opneming van een persoon ten aanzien van wie een voorwaardelijke machtiging is verleend, maar op de verlening van de voorwaardelijke machtiging als zodanig. Nú is voor de verlening van een voorwaardelijke machtiging nog nodig dat de betrokkene zich uitdrukkelijk bereid verklaart tot naleving van de voorwaarden; het onderhavige wetsvoorstel maakt het mogelijk dat een voorwaardelijke machtiging wordt verleend ook als betrokkene zich daartoe *niet* uitdrukkelijk bereid verklaart.

De leden van de SP-fractie memoreren de zogenaamde paraplumachtiging en vragen waarom er nooit voor is gekozen om deze in de wet op te nemen. Wij merken daarover op dat de voorwaardelijke machtiging is bedoeld als een wettelijk geregelde vorm van die buitenwettelijke «paraplumachtiging». De ervaring heeft evenwel geleerd dat deze bedoeling onvoldoende tot haar recht is kunnen komen. Door het opgenomen bereidheids criterium biedt – overigens onbedoeld – de huidige voorwaardelijke machtiging minder mogelijkheden dan de paraplumachtiging zoals deze zich heeft ontwikkeld voor de introductie van de voorwaardelijke machtiging. Het onderhavige wetsvoorstel sterkt ertoe daarop zodanige correcties aan te brengen dat de voorwaardelijke machtiging een gelijkwaardig alternatief is. De vraag wat de verschillen zijn tussen de paraplumachtiging en de voorwaardelijke machtiging, is lastig te beantwoorden omdat de paraplumachtiging een buitenwettelijk en dus niet geregeld instrument was, waarvan meerdere varianten bestonden. De belangrijkste verschillen schuilen erin dat er met de voorwaardelijke machtiging meer wettelijke waarborgen voor de patiënt en wettelijke toetsingscriteria voor de rechter zijn gekomen.

De leden van de fracties van SP en D66 vragen of de voorgestelde wetswijziging het mogelijk maakt om mensen met een voorwaardelijke machtiging in een ambulante setting dwingend te behandelen.

Met de voorwaardelijke machtiging reikt de Wet Bopz tot buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. Kernelement van de voorwaardelijke machtiging is immers dat de patiënt zich, om buiten de muren van de inrichting te blijven, zal moeten houden aan bepaalde voorwaarden en één van die voorwaarden is altijd dat de patiënt zich laat behandelen conform het opgelegde behandelingsplan. Vaak zal de behandeling het innemen van medicatie inhouden. De patiënt kan niet worden gedwongen, maar zal druk voelen om zich aan deze voorwaarden houden, omdat hij anders gedwongen kan worden opgenomen. Er is dus wel degelijk sprake van ambulante behandeling in het kader van de Wet Bopz, zij het niet van ambulante *dwang*behandeling.

De leden van de SP-fractie vragen of het per definitie mogelijk is om over te gaan tot dwangbehandeling bij een dwangopneming of dat dit opgenomen moet zijn in het behandelingsplan. De leden van de fracties van het CDA en de SP vragen of sprake kan zijn van een dwangbehandeling als er nog geen behandelingsplan is.

Iemand die gedwongen wordt opgenomen, kan niet *per definitie* gedwongen worden behandeld. De beslissing over te gaan tot dwangbehandeling vergt een zelfstandige beslissing op basis van de criteria die de wet daarvoor stelt. Dit is nu al het geval en daarin brengt het wetsvoorstel geen verandering.

Zo wordt bewerkstelligd dat dwangbehandeling alleen als «ultimum remedium», als laatste optie, wordt ingezet. Een patiënt kan alleen worden gedwongen tot het ondergaan van een behandeling die in het behandelingsplan staat. Zolang er nog geen behandelingsplan is opgesteld of het behandelingsplan ontoereikend blijkt, kan er geen sprake zijn

van dwangbehandeling, maar alleen van het toepassen van «middelen en maatregelen» die nodig zijn ter overbrugging van een tijdelijke nood situatie (zie artikel 39 van de Wet Bopz). Dan kan gedurende ten hoogste een week dwang worden toegepast. De middelen die mogen worden toegepast zijn afzondering, separatie, fixatie en het toedienen van medicatie, vocht of voeding.

De leden van de fractie van het CDA vragen hoe vaak het zal voorkomen dat dwang nodig is terwijl er niet in is voorzien in een behandelingsplan. Uit de cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie Jaarbericht 2005) blijkt dat er in dat jaar 5 517 keer is overgegaan tot het toepassen van middelen en maatregelen. Wij verwachten geen stijging van deze cijfers als gevolg van de huidige wijziging.

De leden van de D66-fractie vragen op welke documenten en verklaringen de rechter zijn inschatting moet baseren en welke elementen een rol kunnen spelen bij de beantwoording van de vraag of redelijkerwijs kan worden aangenomen dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. De wet schrijft in artikel 14a, vierde lid, voor dat bij het verzoek moet worden overgelegd een met redenen omklede verklaring van een onafhankelijk psychiater, waaruit de actuele geestelijke gezondheidstoestand dient te blijken en in het bijzonder dat de betrokkene gestoord is in zijn geestvermogens. Cruciaal is dat in de verklaring ook wordt uiteengezet dat en waarom is voldaan aan de eisen voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging genoemd in het tweede lid van artikel 14a, namelijk dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken en dat het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis slechts kan worden afgewend door het stellen en naleven van voorwaarden. Deze onafhankelijke psychiater heeft daarover zo mogelijk overleg gevoerd met de huisarts en met de behandelaar. Volgens artikel 14a, vijfde lid, moet tevens het behandelingsplan worden overgelegd dat is opgesteld door de behandelaar na overleg met de patiënt. In het behandelingsplan worden onder meer de therapeutische middelen genoemd en de wijze waarop de behandelaar toeziet op de naleving door betrokkene. Aan het behandelingsplan moet een passage zijn toegevoegd waaruit blijkt dat het overleg met de patiënt tot overeenstemming heeft geleid of, indien dat niet het geval is, op welke grond de behandelaar tot het oordeel komt dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene de voorwaarden zal naleven. De rechter is bevoegd zich te doen informeren door andere personen en instanties, zoals vermeld in artikel 8 van de Wet Bopz.

De leden van de fractie van D66 vragen hoe de ervaringen met de voorwaardelijke machtiging de afgelopen twee jaar zijn geweest. In haar Jaarbericht 2005 (Jaarbericht IGZ, Den Haag, mei 2006) geeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan dat het instrument van de voorwaardelijke machtiging goed blijkt te werken. Wel is gebleken dat rechters op heel verschillende manieren omgaan met deze mogelijkheid om psychiatrische patiënten buiten de muren van het ziekenhuis te behandelen. Bovendien bleek een deel van de patiënten niet voor een voorwaardelijke machtiging in aanmerking te komen, terwijl het instrument wel voor hen was bedoeld. Dit is de reden waarom dit wetsvoorstel thans voorligt.

Belangrijk om te vermelden is echter, dat het allerm minst gaat om een meerderheid van de gevallen. In 2004 is de voorwaardelijke machtiging 953 maal verzocht en in het jaar erna 1383 maal, in beide jaren werd slechts rond de 8 procent van deze verzoeken afgewezen. De afwijzing zal niet in alle gevallen haar oorzaak vinden in het niet uitspreken van de bereidheid tot naleving van de voorwaarden.

De leden van de D66-fractie vragen of de rechtspositie van de patiënt door het vervallen van het instemmingsvereiste niet wordt verzwakt, of het

zelfbeschikkingsrecht niet wordt uitgehold en of de inspraak en invloed van de patiënt op de behandeling niet te veel worden ingeperkt. Wij menen dat de rechtspositie van de patiënt niet wordt verzwakt door het vervallen van het instemmingsvereiste met betrekking tot het behandelingsplan en evenmin met het vervallen van de bereidverklaringseis waar het de naleving van de voorwaarden betreft, nu daarvoor in de plaats de eis komt dat aannemelijk is dat de betrokkene zich daadwerkelijk aan de voorwaarde zal houden. Wij menen dat de patiënt gebaat zal zijn bij de voorgestelde wijziging, omdat ook naar onze mening een patiënt in het algemeen meer gebaat is bij een verblijf buiten het psychiatrisch ziekenhuis dan bij een daadwerkelijke gedwongen opname, wat immers het alternatief is. Wij voelen ons hierin gesterkt door de over het wetsvoorstel uitgebrachte adviezen en door de in de memorie van toelichting aangehaalde conclusie van de advocaat-generaal bij de Hoge Raad (Kamerstukken TK 2005/06, 30 492, nr. 3, blz. 5).

Ten slotte zij opgemerkt dat de patiënt door de enkele verlening van de voorwaardelijke machtiging niet zijn zelfbeschikkingsrecht verliest: hij wordt niet rechtstreeks gedwongen om bijvoorbeeld medicijnen te slikken.

De leden van de fractie van D66 vragen in hoeverre zelfbindingsverklaringen van patiënten voor ambulante behandeling een alternatief kunnen zijn voor de voorgestelde verruiming van de voorwaardelijke machtiging. Het instrument zelfbinding heeft een heel andere insteek dan de voorwaardelijke machtiging. Het instrument zelfbinding regelt – de aan het woord zijnde leden merken dit terecht op – dat een patiënt in bepaalde, door hemzelf omschreven gevallen gedwongen kan worden opgenomen, ook al is er géén sprake van gevaar. De voorwaardelijke machtiging daarentegen regelt dat iemand – als hij zich houdt aan de voorwaarden – niet gedwongen wordt opgenomen, ook al is er wél sprake van gevaar. Mensen met – periodes van – ziekte-inzicht hebben vaak de behoefte regie te houden over hun leven in periodes van ziekte. Zij kunnen goed aangeven wat zij aan behandeling nodig hebben in geval van crisis en gebruiken daarvoor het instrument van de zelfbindingsverklaring, die kan uitmonden in een zelfbindingsmachtiging.

Tegen de tijd dat mensen voor een voorwaardelijke machtiging in beeld komen, is er reeds sprake van gevaar. Patiënten met een zelfbindingsverklaring willen vermijden dat zij een gevaar gaan vormen door te verklaren dat zij onder bepaalde omstandigheden – die naar hun ervaring een voorbode zijn van gevaar – opgenomen willen worden. In die zin kan moeilijk van een alternatief worden gesproken.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom niet expliciet in het wetsvoorstel is opgenomen dat de behandelaar moet streven naar overeenstemming met de patiënt over het behandelingsplan. Wij verwijzen graag naar onze beantwoording van deze vraag bij de artikelsgewijze behandeling van artikel 14a hierna.

3. De uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling (dwang)behandeling

De leden van de CDA-fractie vragen wat het instemmingsvereiste met het behandelingsplan in de praktijk eigenlijk inhoudt en hoe daarop wordt toegezien. Uit de tweede evaluatie van de Wet Bopz is gebleken dat van «informed consent» lang niet altijd sprake is, zo stellen zij. Uit de tweede evaluatie van de Wet Bopz blijkt inderdaad dat er op verschillende manieren wordt omgegaan met het verkrijgen van de voor het behandelingsplan vereiste «informed consent». In sommige gevallen wordt ondertekening van de patiënt gevraagd, terwijl in andere gevallen reeds

het uitblijven van verzet als informed consent wordt gezien. Deze interpretaties van informed consent kunnen worden gezien als twee uitersten van het spectrum. Doorgaans zal de behandelaar zich ervan vergewissen dat de patiënt het eens is met de voorgestelde behandeling.

Er is geen rechtstreeks toezicht op de wijze waarop de instemming is verkregen. Wel kan een patiënt klagen bij de klachtencommissie wanneer sprake is van dwangbehandeling of van niet-toepassing van het behandelingsplan. Daarbij kan hij steun vragen aan de patiëntenvertrouwenpersoon. Dwangbehandeling wordt bovendien door de geneesheer-directeur gemeld bij de inspecteur. De inspecteur kan op zijn beurt een onderzoek instellen om na te gaan of de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan zorgvuldig is genomen en of de uitvoering ervan zorgvuldig is geschied.

Er kan in verschillende situaties dwang worden toegepast, niet alleen wanneer iemand met het behandelingsplan heeft ingestemd en zich daartegen later verzet, maar ook wanneer geen sprake is van instemming met het behandelingsplan. Bij het tot nu toe geldende criterium voor dwangbehandeling is het al dan niet bestaan van overeenstemming niet van belang. Van belang is slechts of die behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar binnen de inrichting voor de patiënt zelf of anderen af te wenden. Wanneer sprake is van dat gevaar, moet een behandelaar kunnen ingrijpen. Is er geen behandelingsplan overeengekomen, dan gaat het om het *voorgestelde* behandelingsplan.

De leden van de fractie van het CDA vragen of de verruiming uiteindelijk niets meer en niets minder betekent dan als via het instemmingsvereiste de patiënt eerder heeft ingestemd met het behandelingsplan en later daar toch weer op terugkomt en een afgesproken behandeling weigert, deze behandeling dan alsnog kan worden doorgezet wanneer de patiënt voldoet aan de criteria voor dwangbehandeling. Ook nu al kan een patiënt of diens vertegenwoordiger terugkomen op een overeengekomen behandelingsplan. Het wetsvoorstel verandert daar niets in. Het heeft een ander oogmerk, namelijk het toevoegen van een *reden waarom* ertoe kan worden besloten dwangbehandeling toe te passen. Dat is in de huidige situatie slechts toegestaan wanneer de patiënt gevaar voor zichzelf of anderen binnen de inrichting veroorzaakt. Het voorgestelde, extra criterium houdt in dat dwangbehandeling ook mogelijk is voor zover aanneemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de betrokkene door een geestesstoornis doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.

Deze leden vragen voorts hoe concreet interventies in het behandelingsplan worden omschreven. Ook vragen zij of – als in het behandelingsplan geen medicamenteuze interventies zijn opgenomen – bij het toepassen van dwangbehandeling ook geen dwangmedicatie mag worden ingezet. De mate waarin interventies concreet worden opgenomen in het behandelingsplan, kan per behandelaar en per patiënt verschillen. Als medicatie nodig is, zal in het behandelingsplan de aard van de medicatie worden vermeld. Als dat niet het geval is, kunnen – maar dan alleen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie – middelen of maatregelen worden toegepast, waaronder het toedienen van medicatie tegen iemands wil.

Het verheugt ons dat de leden van de CDA-fractie aangeven te hechten aan uitbreiding van de mogelijkheden voor dwangmedicatie. Zij vragen verder in hoeverre bij de dwangbehandeling rekening wordt gehouden met de eerdere ervaringen van patiënten en hun familie.

Zoals ook aangegeven bij een eerdere vraag van de leden van de fractie van het CDA is een behandelaar gehouden om verantwoorde zorg te leveren. Dat houdt onzes inziens onder meer in dat – wanneer een patiënt eerdere ervaringen heeft die negatief zijn uitgevallen – een behandelaar dit zal meewegen. Ook de familie van de patiënt, of andere personen uit diens omgeving, kunnen hierbij een rol vervullen.

Zoals de leden van de fractie van het CDA terecht opmerken, kan een vrijwillig opgenomen patiënt niet onder dwang worden behandeld; de vrijwillige opneming dient daartoe inderdaad eerst te worden omgezet in een gedwongen opneming. Dit kan uiteraard alleen als aan de criteria voor de verlening van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging wordt voldaan. Zo'n omzetting is ook wenselijk: de mogelijkheid van de behandelaar om dwang toe te passen en een inbreuk te maken op de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, hoort geflankeerd te worden door mogelijkheden voor de patiënt om daartegen bezwaar te maken. Door de opneming om te zetten in een gedwongen opneming is ook de rechtsbeschermende werking van de Wet Bopz op de patiënt van toepassing («de interne rechtspositie»). Zo kan hij een beroep doen op een patiëntenvertrouwenspersoon en klagen bij de klachtencommissie.

De leden van de CDA-fractie vragen of het voor de instelling ook mogelijk is om voor vrijwillig opgenomen patiënten van tevoren een machtiging aan te vragen voor het geval dat de patiënt weigert zijn medicijnen in te nemen. Dat is niet mogelijk. De criteria voor het verlenen van een machtiging zijn immers dat de patiënt zich niet tot opneming bereid verklaart en gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen door zijn geestesstoornis. Van dat gevaar moet op dát moment sprake zijn, niet mogelijk op een later moment.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom wij hebben gekozen voor de formulering van artikel 38c, eerste lid, onderdeel a; zij vroegen zich af of er bewust voor een ruime formulering is gekozen. Met de voorgestelde wetswijziging kan tot dwangbehandeling worden besloten, wanneer aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestesvermogens doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. De leden van de Christen-Unie-fractie vragen de regering wat precies moet worden verstaan onder de in het wetsvoorstel genoemde redelijke termijn.

Wij zijn met de leden van de CDA-fractie eens dat het gekozen criterium ruim geformuleerd is. Wij willen dat dwangbehandeling ook mogelijk wordt in gevallen waarin niet aan het beperkte huidige criterium (namelijk gevaar binnen de inrichting) is voldaan, zonder daarmee de deur open te zetten naar een niet nader genormeerd professioneel inzicht van de behandelaar, ook wel bekend als het «bestwilcriterium». In het kader van een Bopz-dwangopneming is de doelstelling van een behandeling in de inrichting in beginsel om te bereiken dat de betrokkene (al of niet onder voorwaarden) kan worden ontslagen uit het ziekenhuis. Dat doel kan worden bereikt als de uit de geestesstoornis voortvloeiende gevaarlijkheid zover is verminderd dat het verlenen van ontslag onder daaraan te verbinden voorwaarden (artikel 47: voorwaardelijk ontslag) verantwoord is of als de betrokkene niet of niet langer in zijn geestvermogens gestoord of gevaarlijk is dan wel het gevaar door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend (artikel 48: ontslag). Daarom hebben wij voor het criterium van dwangbehandeling aansluiting gezocht bij het wegnemen van het gevaar. Het criterium is inderdaad ruim, in die zin dat het veel ruimte biedt voor een op maat gesneden aanpak. Of en zo ja wanneer is voldaan aan dat criterium hangt sterk samen met het betrokken ziektebeeld en – in relatie daarmee – met de persoonlijkheid van betrokkene en uiteraard de beschikbare effectieve

behandelingsmethoden. Dat samenstel van factoren bepaalt wat in casu een redelijke termijn is waarbinnen het gevaar kan worden weggenomen. Het criterium laat eveneens open om de behandeling te richten op het wegnemen van de geestesstoornis óf – indien de geestesstoornis niet of niet voldoende kan worden weggenomen – op het verminderen of wegnemen van het gevaar. De feitelijke invulling van het criterium van artikel 38c, eerste lid, onderdeel a, dient te geschieden door de behandelaar, die zich zal baseren op zijn eigen kennis en professionaliteit, op vergelijkbare gevallen die hem bekend zijn, op richtlijnen en vakliteratuur. Dit ruim geformuleerde criterium gaat overigens gepaard met een goede rechtsbescherming bij de toepassing ervan. Zo schrijft artikel 38c, tweede lid, voor dat de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan schriftelijk moet worden vastgelegd.

De beslissing van de behandelaar is een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Behalve de regeling van het beroep en bezwaar geldt deze wet onverkort voor besluiten van bestuursorganen op grond van de Wet Bopz. Dit betekent dat de behandelaar zijn beslissing zal moeten motiveren.

Met de motivering legt de behandelaar verantwoording af over zijn beslissing en geeft hij aan waarom zijns inziens is voldaan aan het criterium van artikel 38c, eerste lid, onderdeel a. Uiteindelijk zal van de behandelaar gevraagd kunnen worden dat hij verantwoording aflegt voor de rechter. Over een dwangbehandeling kan eerst worden geklaagd bij de klachtencommissie en als dat voor de patiënt geen soelaas biedt, kan de klacht worden voorgelegd aan de rechter. Bij de beoordeling van de klacht zal de rechter acht slaan op het dossier dat over de dwangbehandeling is aangelegd. Hoe beter gefundeerd de beslissing van de behandelaar tot toepassing van dwangbehandeling is, des te eerder zal de rechter daarin reden vinden om de dwangbehandeling rechtmatig te achten. Al met al zijn wij van mening dat het gekozen criterium goede aanknopingspunten biedt voor een hanteerbare en aanvaardbare praktijk van dwangbehandeling, waarbij voor ons steeds voorop blijft staan dat de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid met zich brengen dat dwangbehandeling pas als laatste redmiddel wordt gehanteerd en dan steeds op een zo terughoudend mogelijke manier, rekening houdend met de effectiviteit van de behandeling.

De leden van de fractie van het CDA vragen waarom in het criterium voor dwangbehandeling geen link wordt gelegd met wilsonbekwaamheid. De leden van de fractie van de VVD vragen waarom in de Wet Bopz geen onderscheid wordt gemaakt tussen behandeling van een wilsbekwame en een wilsonbekwame patiënt.

Wilsonbekwaamheid is een ingewikkeld begrip. Zoals bekend werkt de Wet Bopz en ook de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) niet met het begrip «wilsonbekwame personen». Deze wetgeving houdt slechts rekening met wilsonbekwaamheid ter zake van bepaalde beslissingen, zoals beslissingen ter zake van zijn behandeling. Dat is echter geen statisch gegeven. Zeker voor psychiatrische patiënten geldt dat niet kan worden volstaan met een eenmalige (gemotiveerde) beoordeling over iemands wilsonbekwaamheid. Het gaat om het vermogen om op dat moment te overzien wat een behandeling inhoudt en wat de gevolgen zijn als men de behandeling ondergaat of verwerpt. Het begrip wilsonbekwaamheid komt de werkbaarheid van de wet niet ten goede. Waar de wet zich mee bezig houdt, is de vraag of het nodig is iemand onder dwang te behandelen omdat er sprake is van gevaar binnen de inrichting voor de patiënt zelf of voor een ander, dan wel het risico dat de patiënt aanmerkelijk langer opgenomen moet blijven dan het geval zou zijn zonder behandeling. Dit neemt niet weg dat behandelaars wel met wilsbekwaamheid rekening kunnen en zullen houden. Als het gaat om

gevaar binnen de inrichting zal dit alleen het geval zijn als het gaat om gevaar voor de patiënt zelf. Bij het risico van een vermijdbaar langdurige opname zal de wilsbekwaamheid ook een rol spelen. Bij wilsbekwame weigering zullen nog meer dan anders de proportionaliteit en de subsidia-riteit aannemelijk moeten worden gemaakt. De mate waarin wilsbekwaamheid een rol speelt, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval en vergt een professionele invulling met inachtneming van de eisen van goed hulpverlenerschap. De wetgever blijft daar buiten.

De leden van de fractie van het CDA willen ook weten of de wettelijke vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt de mogelijkheid heeft om dwangbehandeling te vragen. Uiteraard kan een vertegenwoordiger met de behandelaar spreken over de situatie van de patiënt, maar dat is geen specifiek toegekende bevoegdheid. De beslissing al of niet over te gaan tot dwangbehandeling ligt bij een arts, namelijk bij de behandelaar van de patiënt. Overigens heeft de vertegenwoordiger wel een bijzondere rol bij de uitvoering van het behandelingsplan. De vertegenwoordiger kan in de plaats van de patiënt zijn toestemming geven voor de behandeling. Een behandeling met instemming van de vertegenwoordiger waartegen de patiënt – die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van die behandeling – zich niet verzet is geen dwangbehandeling.

De leden van de fractie van het CDA vinden het een goede zaak dat er een criterium voor dwangbehandeling is geformuleerd naast het bestaande gevaarscriterium. Wel vragen zij hoe het gekozen criterium zich verhoudt tot het criterium dat in de WGBO wordt gehanteerd.

Ook de WGBO biedt in bepaalde gevallen gelegenheid tot dwangbehandeling. De WGBO en de Wet Bopz verhouden zich tot elkaar als een wet met algemene regels voor geneeskundige behandelingen (de WGBO) en een wet die regels stelt voor een specifieke geneeskundige behandeling namelijk die van een geestesstoornis die betrokkene gevaar doet veroorzaken (de Wet Bopz). Het huidige gevaarscriterium voor dwangbehandeling van de Wet Bopz sluit aan op het criterium van de WGBO, te weten: dat bij een patiënt die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van zijn behandeling, ondanks diens verzet een verrichting van ingrijpende aard kan worden uitgevoerd, als die kennelijk nodig is om «ernstig nadeel» voor de patiënt te voorkomen. Dat criterium sluit aan op het «gevaarscriterium» in de Wet Bopz.

In beide gevallen wil de wetgever voorkomen dat iemand die de gevolgen van zijn weigering niet kan overzien, zichzelf in gevaar brengt.

Het thans voorgestelde criterium voor dwangbehandeling heeft geen evenknie in de WGBO.

De leden van de CDA-fractie vragen of alle medicamenteuze interventies kunnen worden toegepast bij dwangbehandeling of dat «evidence-based» moet zijn aangetoond dat de medicijnen een positief effect hebben op de geestesstoornis van de patiënt. Het wetsvoorstel geeft met opzet geen uitsluitel over de aard van de behandeling. Vanzelfsprekend zal een medicijn, waarvan wetenschappelijk is vastgesteld dat het in een geval als aan de orde een vastomlijnd en voorspelbaar effect zal hebben, eerder in aanmerking komen dan een medicijn waarbij dat nog niet het geval is. Maar dat betekent niet dat een behandelaar alléén dergelijke medicijnen kan toepassen bij een dwangbehandeling. Waar het op aankomt, is dat hij met recht en reden mag verwachten dat – in geval van medicijnen – het door hem voorgestelde medicijn kan bijdragen aan het doel van de dwangbehandeling, te weten dat zodanig wordt bijgedragen aan het wegnemen van het gevaar dat de gedwongen opname van de patiënt wél binnen redelijke termijn beëindigd kan worden. Zoals in de toelichting

en hiervoor aangegeven (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nr. 3, blz. 18/19) menen wij dat een belangrijke rol kan zijn weggelegd voor organen die, per inrichting of regionaal, advies kunnen geven over dwangbehandeling. In het advies van GGZ Nederland, KNMG en NVvP is een rol bepleit voor dergelijke organen, in het belang van de zorgvuldigheid bij het besluit om over te gaan tot dwangbehandeling. De tamelijk open norm van artikel 38c, eerste lid, onderdeel a, kan voor een belangrijk deel feitelijk invulling krijgen door de adviezen van dergelijke organen.

Tot ons genoegen stemmen de leden van de PvdA-fractie in met de opdracht voor de behandelaar om alles te doen om overeenstemming met de patiënt te verkrijgen over een behandeling. Met deze leden zijn wij het eens dat een en ander een uiterste middel moet zijn waarvan de toepassing toetsbaar moet zijn. Het wetsvoorstel voorziet daar ook in. De hoofdregel is neergelegd in artikel 38b: behandeling vindt slechts plaats op basis van het behandelingsplan, waarover overeenstemming is bereikt tussen behandelaar en patiënt en indien er geen sprake is van verzet tegen de behandeling. Als er géén overeenstemming is over het behandelingsplan of indien de patiënt zich desondanks tegen de behandeling verzet, is behandeling alleen mogelijk in de gevallen voorzien in artikel 38c, eerste lid. Bij de toepassing geldt onder meer de eis van subsidiariteit, wat de toepassing tot een uiterst middel maakt. Hierop zijn wij reeds ingegaan bij de beantwoording van vragen van de leden van de CDA-fractie op dit punt. Wij hopen met deze beantwoording de zorg van de leden van de PvdA-fractie te hebben weggenomen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of met deze wetswijziging geregeld wordt dat een dwangbehandeling wettelijk alleen gerechtvaardigd is als de uit te voeren behandeling controleerbaar vastligt in het behandelingsplan, volgens de uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Genoemde leden vragen waar deze criteria precies zijn verwoord in de wet en wie achteraf toetst of aan deze criteria is voldaan.

Reeds in de huidige wet ligt besloten dat dwangbehandeling alleen kan worden toegepast wanneer dit is vastgelegd in een behandelingsplan, welke deel uitmaakt van het dossier (artikelen 38, eerste lid en 56 van de Wet Bopz en in het nieuwe artikel 38a, eerste lid). De rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid gelden altijd bij het toepassen van dwang, ook al zijn zij niet met zoveel woorden in de wet neergelegd. De leden van de PvdA-fractie vragen of de patiënt ruimte gegund wordt om na enige tijd toch in te stemmen met de behandeling. Dat is het geval, immers, wanneer iemand toch wil instemmen, is dwang niet meer nodig en wordt eenvoudigweg, vrijwillig het overeengekomen behandelingsplan uitgevoerd.

Ten slotte vragen deze leden hoe wordt voorkomen dat de wens om een opname te bekorten ten grondslag gaat liggen aan de beslissing tot dwangbehandeling en hoe de reden voor dwangbehandeling toetsbaar kan worden vastgelegd.

In het nieuwe criterium van artikel 38c, eerste lid, onder a, staat dat dwangbehandeling alleen is toegestaan voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een geestesstoornis doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Dat is een andere afweging dan die ten grondslag ligt aan de huidige wet. De huidige wet gaat ervan uit dat de gedwongen opname op zich al bij veel patiënten het gevaar zal wegnemen dat de reden was voor de opname. Alleen als dit niet het geval is en het gevaar zich ook binnen de inrichting manifesteert of dreigt te manifesteren, wordt thans dwangbehandeling gerechtvaardigd geacht.

Het onderhavige wetsvoorstel gaat van een ander uitgangspunt uit, namelijk: waarom zouden mensen die met een behandeling redelijk snel weer naar buiten kunnen, tegen hun wil en soms heel lang gedwongen opgesloten moeten blijven? Vandaar het nieuwe criterium, waarbij de behandelaar een dergelijke belangenafweging moet maken. Enerzijds kan ervoor gekozen worden om de betrokkene zonder behandeling langer opgenomen te laten blijven. Dat betekent een langere inbreuk op zijn vrijheid. Daarbij kan het zijn dat de toestand van de patiënt achteruit gaat, wat het gedwongen verblijf nog weer zal verlengen, terwijl bovendien zijn sociaal vangnet waarschijnlijk zal afkalven. Anderzijds kan het zijn dat een betrekkelijk korte periode van gedwongen verblijf de omstandigheden schept, die de patiënt zover brengt dat hij bereid is tot een vrijwillige behandeling. In het eerste geval zal volgens het voorgestelde criterium dwangbehandeling mogelijk zijn. Gekozen kan worden voor een kortere, maar vaak als diepere gevoelde inbreuk op de vrijheid van de betrokkene, om zo te komen tot een verbetering van zijn situatie binnen een kortere termijn. Indien de behandelaar van mening is dat de patiënt binnen afzienbare termijn, zonder dwang zelf met een behandeling zal instemmen, is niet voldaan aan het criterium voor dwang. De behandelaar motiveert zijn beslissing tot dwangbehandeling. Deze beslissing, wij gingen hierop al eerder in, is toetsbaar tot en met de rechter. Bovendien moet de geneesheer-directeur uiterlijk bij de aanvang van een dwangbehandeling de inspecteur van die behandeling in kennis stellen. De inspecteur kan naar aanleiding daarvan een onderzoek instellen (artikel 38c, vijfde en zevende lid, van de wet).

De leden van de fracties van PvdA en D66 stellen vragen over de positie van de door GGZ Nederland, KNMG en NVvP bepleite adviescommissies. In het bijzonder vragen zij zich af waarom deze adviescommissies niet wettelijk worden geregeld. Dat hebben wij niet voorgesteld om de eenvoudige reden dat wij geen rol voor de wetgever zien weggelegd. Wij voelen er niet voor om de behandelaar te verplichten tot het inwinnen van enig advies. Daarmee zou de wetgever zich een verantwoordelijkheid aantrekken die veel beter kan worden waargemaakt door het veld. Overigens zien wij er zeker voordelen in als het veld gebruik zou maken van adviescommissies. In de memorie van toelichting hebben wij reeds aangegeven dat naar onze mening de instelling van adviescommissies de kwaliteit van de besluitvorming zeker ten goede kan komen, ook omdat daarmee een grote mate van zorgvuldigheid kan worden bereikt hetgeen voor de patiënten van groot belang is.

Voor de beantwoording van de vraag van de leden van de fractie van de VVD, waarom het opnemingskarakter van de Wet Bopz niet is aangepast, verwijzen wij naar het algemeen deel van deze nota naar aanleiding van het verslag.

De leden van de fractie van de VVD vragen of het klopt dat het gevaar dat aanleiding vormde voor de dwangopneming aangrijpingspunt kan zijn voor behandeling, als de stoornis zelf niet te verbeteren is en of dit voortkomt uit de wijziging van het karakter van het behandelingsplan. Bovendien vragen zij naar de voor- en nadelen van deze wijziging van het behandelingsplan en of er andere vormen van gevaar denkbaar zijn die aanleiding kunnen zijn voor behandeling.

In de huidige tekst van artikel 38, derde lid, van de Wet Bopz staat dat het behandelingsplan erop gericht moet zijn de stoornis zodanig te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. Er zijn echter situaties waarin de stoornis zelf niet te verbeteren is. In dergelijke situaties is het gevaar aangrijpingspunt voor de behandeling. Het hoeft daarbij niet alleen te gaan om

wegnemen van het gevaar dat de directe aanleiding was tot de opneming. Ook ander gevaar dat de patiënt door zijn stoornis veroorzaakt, kan onderwerp zijn van de behandeling. Dat is met de voorgestelde formulering van het doel van het behandelingsplan tot uitdrukking gebracht.

Daarin is overigens aangegeven dat het wegnemen van het gevaar door een verbetering van de stoornis de eerste optie is. Pas als dat niet mogelijk is, kunnen behandelmethoden in het behandelingsplan worden opgenomen die gericht zijn op het anderszins wegnemen van het gevaar. Met deze formulering wordt het doel van de behandeling en het behandelingsplan verruimd in die zin dat ook het rechtstreeks inhaken op het gevaar de inhoud kan zijn van een behandeling. Wij zien hierin een belangrijk voordeel van de wijziging.

De leden van de SP-fractie geven aan met veel genoegen in de memorie van toelichting (blz. 10) de zinsnede te lezen dat dwang in veel situaties kan worden voorkomen en willen weten of de regering genegen is te onderzoeken welke rol personeelsbezetting hierin speelt en daar eventueel ook maatregelen voor te nemen zodat het budget geen belemmering meer vormt om voldoende personeel aan te stellen.

In de desbetreffende passage van de memorie van toelichting wijzen wij er op dat uit het project «Dwang en drang in de psychiatrie» blijkt dat dwang in veel situaties kan worden voorkomen. Bij toepassing van dwang spelen vele factoren een rol. Zo zijn bijvoorbeeld de indeling van de afdeling en het aantal beschikbare separeercellen van invloed op het aantal separaties (hoe meer separeercellen, hoe meer separaties). Ook patiëntenaantallen, conflicterende karakters, het beleid van een instelling, de deskundigheid van het personeel en de personele bezettingsgraad zijn factoren die meespelen. Uit buitenlands onderzoek blijkt een sterke correlatie te bestaan tussen een toename van de personele bezetting en een afname van het aantal separaties (Outlaw en Lowery 1992, Morrison 1995). Ook het opleidingsniveau en de ervaring in de omgang met gedragsproblematiek hebben een significante invloed op het gebruik van separaties (Craig et al, 1989). Wij zien geen aanleiding te veronderstellen dat dit in Nederland anders zou zijn. Nader onderzoek hiernaar achten wij niet noodzakelijk. Ik heb overigens op dit moment geen concrete aanwijzingen dat een krappe personeelsbezetting in Nederland regelmatig tot meer dwangbehandelingen (separaties) leidt.

Het is de leden van de SP-fractie nog niet helemaal duidelijk of dwangbehandeling puur gekoppeld is aan het afwenden van gevaar binnen de inrichting of dat het ook gaat om gevaar buiten de inrichting.

In het voorgestelde nieuwe criterium kan dwangbehandeling betrekking hebben op het wegnemen van gevaar zowel buiten als binnen de inrichting. De formulering in het voorgestelde artikel 38c, eerste lid, onder a, brengt mee dat dwangbehandeling ook kan plaatsvinden in verband met een gevaarssituatie buiten de inrichting. Het gaat erom dat het aannemelijk is dat zonder dwangbehandeling het gevaar dat betrokkene door een geestesstoornis waar dan ook doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Zonder die behandeling zou de betrokkene waarschijnlijk nog lange tijd opgenomen moeten blijven, zonder perspectief op verbetering. Het kan hierbij gaan om het gevaar dat de directe aanleiding was voor de opneming, maar ook om ander gevaar dat de patiënt door zijn stoornis veroorzaakt.

Het ook thans geldende criterium voor het toepassen van dwangbehandeling, is vervat in het voorgestelde artikel 38c, eerste lid, onder b, en heeft betrekking op een gevaarssituatie binnen de inrichting. Daarin staat dat behandeling zoals voorzien in het behandelingsplan onder dwang ook kan

worden toegepast voor zover het volstrekt nodig is om het gevaar af te wenden dat betrokkene binnen de inrichting door een stoornis veroorzaakt.

De leden van de D66-fractie hebben een discrepantie opgemerkt als het gaat om dwangbehandeling om de duur van het verblijf in het ziekenhuis te bekorten. In het algemeen deel van de memorie van de toelichting (blz. 11) wordt gesteld dat de dwangbehandeling in overeenstemming is met artikel 8 van het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (EVRM), dat burgers beschermt tegen ongerechtvaardigde inbreuken op hun privé-leven. Echter, in de artikelsgewijze toelichting (blz. 18) staat de stelling dat het element van redelijke termijn met zich meebrengt dat niet tot dwangbehandeling mag worden overgegaan als het doel daarvan alleen is gelegen in enige verkorting van verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. Deze leden vragen hierover opheldering van de regering.

Veel patiënten die gedwongen opgenomen zijn, komen een behandelingsplan overeen met de behandelaar. Er zijn echter ook veel patiënten die gedwongen opgenomen zijn, maar die niet willen worden behandeld. Dan zal een keuze moeten worden gemaakt tussen twee «kwaden». Een patiënt kan voor lange tijd gedwongen opgenomen blijven, hetgeen een inbreuk op zijn vrijheid betekent en een situatie waarin de patiënt steeds minder perspectief heeft op een leven buiten een ziekenhuis. Het alternatief is: een patiënt wordt onder dwang behandeld wanneer de verwachting is dat anders de gedwongen opname *aanmerkelijk langer* zal duren dan zonder die behandeling het geval zou zijn.

De nadelen van niet behandelen dienen te worden afgewogen tegen de nadelen van behandelen onder dwang. Wanneer slechts sprake is van *enige*, dat wil zeggen een geringe, verkorting van het gedwongen verblijf van de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis, zullen de nadelen van dwangbehandeling zwaarder wegen dan die van niet behandelen. De nadruk in deze zin ligt op «enige». Van de toepassing van het behandelingsplan moet dan ook verwacht worden dat daarmee de gedwongen opname *aanmerkelijk sneller* kan worden beëindigd dan zonder die toepassing het geval zou zijn. Dit is een afweging die per persoon en per geval zal moeten worden gemaakt.

De leden van de fractie van D66 zouden graag meer inzicht krijgen in de vraag in hoeverre de groep patiënten die wel gedwongen opgenomen is, maar onder de huidige wetgeving niet gedwongen kan worden behandeld, nu met de voorgestelde regeling geholpen is. Ook vragen deze leden in hoeverre het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in dezen wordt ingeperkt en er kans is op terugkeer naar het oude «bestwilcriterium».

In de huidige situatie is dwangbehandeling (dat wil zeggen een behandeling zoals voorzien in het behandelingsplan, toegepast ondanks verzet) alleen mogelijk wanneer dit volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar binnen de inrichting. Dit betekent dat mensen, als zij zich tegen een behandeling verzetten, onbehandeld blijven zolang geen sprake is van gevaar binnen de inrichting. Dat geldt ook als een behandeling hun toestand sterk zou kunnen verbeteren en het gevaar dat de stoornis veroorzaakt, sterk zou kunnen verminderen of wegnemen. Wij vinden de huidige mogelijkheden tot het toepassen van dwang te beperkt. De voorgestelde regeling strekt ertoe om aan deze onwenselijke situatie een einde te maken, zonder dat de patiënt wordt «overgeleverd» aan de loutere opvatting van de behandelaar over wat hij goed vindt voor de patiënt. Zoals reeds bij de beantwoording van de vragen van de leden van de CDA-fractie over dit onderwerp is aangegeven, willen wij het huidige

gevaarscriterium wel verruimd zien maar mag de deur niet worden opengezet naar een niet nader genormeerd professioneel inzicht van de behandelaar (bestwilcriterium). Een patiënt kan tegen zijn wil behandeld worden – voorzover het gaat om een in het behandelingsplan voorziene behandeling – als aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de patiënt door een stoornis doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Het gaat om patiënten die zonder behandeling geen of een weinig rooskleurig perspectief hebben op beëindiging van de gedwongen opname. Met deze uitbreiding van de mogelijkheid tot toepassen van dwang worden inderdaad de mogelijkheden tot zelfbeschikking en tot het met succes weigeren van een behandeling – dit zijn overigens geen krachtens de Wet Bopz afdwingbare rechten – ingeperkt.

De leden van de fractie van D66 vragen waarom de aanvaardbaarheid van de verruiming van dwangbehandeling in de memorie van toelichting niet nader is toegelicht aan de hand van artikel 11 van de Grondwet.

Artikel 11 van de Grondwet bepaalt dat ieder recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. In de memorie van toelichting is daarover gezegd dat dit artikel meebrengt dat de wet dient aan te geven in welke gevallen een opgenomen persoon tegen zijn wil mag worden behandeld (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nr. 3, blz. 9). Een (medicinale) dwangbehandeling behelst immers in beginsel een inbreuk op dit recht. Het voorliggende wetsvoorstel geeft die wettelijke grondslag.

De aanvaardbaarheid van de inbreuk is in de memorie van toelichting gemotiveerd in de context van artikel 8 EVRM. Dit artikel beschermt burgers tegen ongerechtvaardigde inbreuken op hun privé-leven (waaronder ook inbreuken op de lichamelijke integriteit vallen). Een dwangbehandeling vormt een inbreuk op het privé-leven. De inbreuk kan gerechtvaardigd worden, als deze een wettelijke grondslag heeft en de inbreuk nodig is. Dit is hier het geval. De voorgestelde mogelijkheid tot verruiming van de dwangbehandeling is nodig ter bescherming van de gezondheid van de patiënt. Met deze mogelijkheid kan immers worden bereikt dat de duur van de gedwongen opname van een patiënt flink kan worden bekort. Zie verder de memorie van toelichting op dit punt (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nr. 3, blz. 11).

Voorts vragen de leden van de fractie van D66 of er recent wetenschappelijk onderzoek bestaat naar de positieve effecten of de schadelijke bijwerkingen van dwangmedicatie. In Nederland wordt in de praktijk slechts op zeer beperkte wijze met dwangmedicatie invulling gegeven aan de mogelijkheid tot dwangbehandeling. Hierdoor zijn er weinig gegevens beschikbaar en leent het onderwerp zich wellicht minder voor wetenschappelijk onderzoek. Op basis van de beperkte onderzoeksgegevens is het moeilijk om over de positieve effecten of schadelijke bijwerkingen van dwangmedicatie in de Nederlandse situatie een uitspraak te doen. In het buitenland is de situatie anders. In de internationale literatuur vallen dwangopname en dwangbehandeling vaak samen. Uit internationaal onderzoek komen vooralsnog geen indicaties dat medicamenteuze behandeling onder dwang gegeven minder effectief zou zijn dan vrijwillige behandeling.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat in de tekst van artikel 38c, eerste lid, onderdeel a, moet worden verstaan onder «redelijke termijn» en of wij hun mening delen dat dit een moeilijk objectiveerbaar criterium is dat voor de rechter moeilijk toetsbaar is. Wij zijn met deze leden eens dat het begrip «redelijke termijn» moeilijk objectiveerbaar is. Zoals wij al op een desbetreffende vraag van de leden van de fractie van

het CDA antwoordden, hangt het sterk samen met het betrokken ziektebeeld en – in relatie daarmee – met de persoonlijkheid van betrokkene wat in casu een redelijke termijn is waarbinnen het gevaar kan worden weggenomen. De feitelijke invulling van het begrip «redelijke termijn» geschiedt door de behandelaar op basis van een professionele beoordeling van de situatie. Artikel 38c, tweede lid, schrijft voor dat de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan schriftelijk moet worden vastgelegd. Deze beslissing is vanzelfsprekend gemotiveerd. In die motivering zal de behandelaar aangeven waarom zijns inziens is voldaan aan het criterium van artikel 38c, eerste lid, onderdeel a. Onderdeel daarvan is de motivering van zijn conclusie ten aanzien van de redelijke termijn.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen voorts of de regering de mening van deze leden deelt dat iedere patiënt recht heeft op goede zorg en dat daarom niet de duur van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis bepalend zou moeten zijn voor een beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan maar het therapeutische belang van de patiënt. De verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling betekent een verschuiving van het criterium dat een patiënt een gevaar moet zijn voor zichzelf of anderen naar het criterium dat aannemelijk is dat zonder dwangbehandeling het herstel van de patiënt aanmerkelijk langer zal gaan duren. Deze leden vragen of naar mening van de regering dit criterium veel moeilijker objectiveerbaar is en daardoor voor de rechter veel moeilijker toetsbaar.

De regering deelt de mening van de leden van de fractie van de ChristenUnie dat iedere patiënt recht heeft op goede zorg. Het doel van deze wetswijziging is niet om de duur van de opname in een psychiatrisch ziekenhuis bepalend te laten zijn voor een beslissing om over te gaan tot dwangbehandeling. Het gaat om een door de wetgever gemaakte afweging tussen het belang van een patiënt op een zodanig herstel dat aan de inbreuk op zijn vrijheid, die een gedwongen opname is, een eind kan komen en zijn belang dat geen inbreuk wordt gemaakt op de integriteit van zijn lichaam door het toepassen van dwangbehandeling. Het nieuwe, aanvullende criterium is inderdaad mogelijk moeilijker toetsbaar voor de rechter, omdat het gaat om een beoordeling van een beslissing die een toekomstperspectief inhoudt. Daar staat echter tegenover dat het reeds bestaande criterium weliswaar duidelijker is, maar naar het huidige inzicht in veel situaties ten onrechte te weinig ruimte biedt om tot dwangbehandeling over te gaan. Te vaak zijn er patiënten die, eenmaal opgenomen, geen gevaar binnen de inrichting veroorzaken, maar bij wie de oorzaak van het gevaar dat hij buiten de inrichting meebrengt, niet kan worden weggenomen. Iemand kan daardoor uiteindelijk lang gedwongen opgenomen blijven, zonder dat er iets verandert in zijn situatie of een «draaideur»-patiënt worden die steeds opnieuw moet worden opgenomen. Iemand loopt daarmee het risico «geïnstitutionaliseerd» te raken, zijn zelfstandigheid en zijn sociale vangnet te verliezen. Deze nadelen van een gedwongen opname verminderen op de langere termijn de kansen van de patiënt om beter te worden en weer zoveel mogelijk deel te kunnen nemen aan de maatschappij buiten de muren van het ziekenhuis. Deze wetswijziging beoogt dwangbehandeling mogelijk te maken voor deze mensen van wie de situatie niet voldoet aan het huidige criterium voor dwangbehandeling, maar die wel degelijk belangrijk voordeel kunnen hebben van een (dwang)behandeling en belangrijk nadeel kunnen hebben van onthouding van die (dwang)behandeling.

4. Artikelsgewijs

Artikel 14a

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat de behandelaar wettelijk verplicht is om pas zonder instemming van de patiënt te behandelen als hij zich tot het uiterste heeft ingespannen om deze instemming wel te verkrijgen. In datzelfde verband vragen de leden van de ChristenUnie-fractie waarom niet expliciet in het wetsvoorstel is opgenomen dat de behandelaar moet streven naar instemming van de patiënt met het behandelingsplan.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat de behandelaar wettelijk verplicht is om pas zonder instemming van de patiënt te behandelen als hij zich tot het uiterste heeft ingespannen om deze instemming wel te verkrijgen. In datzelfde verband vragen de leden van de ChristenUnie-fractie waarom niet expliciet in het wetsvoorstel is opgenomen dat de behandelaar moet streven naar instemming van de patiënt met het behandelingsplan.

Wij hebben geen expliciete inspanningsverplichting opgenomen, omdat deze in het onderhavige kader onvolledig – en daarmee onhandhaafbaar – zou zijn als niet meteen zou worden vastgesteld in welk geval de behandelaar afdoende aan zijn «inspanningsverplichting» zou hebben voldaan. Wel hebben we de eis impliciet gesteld, aangezien in het voorgestelde artikel 14a, vijfde lid, is bepaald dat de behandelaar moet aangeven waarom het overleg niet tot overeenstemming heeft geleid. Bij de behandeling van een verzoek tot het verlenen van een voorwaardelijke machtiging toetst de rechter ook de «inspanningsverplichting».

Wij menen dat het wetsvoorstel met zich meebrengt dat de behandelaar een zeer serieuze poging moet doen om tot overeenstemming te komen. Terwijl de eigenlijke vraag bij de al of niet verlening van de voorwaardelijke machtiging, de vraag is of – ondanks het ontbreken van overeenstemming – te verwachten is dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. Immers, met de voorgestelde wijziging van de voorwaardelijke machtiging willen we een voorwaardelijke machtiging mogelijk maken, ook voor patiënten die niet willen instemmen met de behandeling die nodig is om hen zonder gevaar buiten de inrichting te doen functioneren, maar die zich desondanks wel laten behandelen. Zo voorkomen we dat deze patiënten gedwongen moeten worden opgenomen.

Artikel 14a, vijfde lid

De leden van de VVD-fractie vragen welke consequentie het vervangen van de woorden «met instemming van» door «na overleg met» heeft en of het niet beter zou zijn om de woorden «of tenminste na overleg» te bezigen.

Het vervangen van de woorden «met instemming van» door «na overleg met» heeft als consequentie dat voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging niet meer wettelijk is vereist dat betrokkene instemt met (alle delen van) het behandelingsplan. De wetswijziging, het is hiervoor ook al opgemerkt, is juist nodig, omdat in de praktijk dringend behoefte bleek te bestaan aan het vervallen van het instemmingsvereiste in die gevallen waarin de betrokkene niet in staat of bereid was tot het geven van instemming maar tegelijkertijd wel voldoende aannemelijk was dat de betrokkene zich in de praktijk wél zal laten behandelen overeenkomstig het behandelingsplan dat nodig is om het gevaar weg te nemen, in het bijzonder door het innemen van zijn medicatie en het contact onderhouden met de behandelaar. Wij hebben ervoor gekozen de woorden «met instemming van de betrokkene» te vervangen door «na overleg met de betrokkene» en niet te kiezen voor een formulering als «met instem-

ming van of tenminste na overleg met de betrokkene». Ook bij deze laatste formulering zou immers de enige werkelijke minimumeis zijn, dat er overleg is gevoerd. Daarom hebben we gekozen voor deze formulering van het wetsvoorstel.

Artikel 14b, eerste lid

Voor de beantwoording van de vraag van de leden van de VVD-fractie over het handhaven van het instemmingsvereiste bij het wijzigen van het behandelingsplan nádat de rechter dat heeft getoetst, verwijzen wij naar paragraaf 2 hiervoor, waarin wij naar aanleiding van vragen van de fracties van CDA en PvdA op deze materie zijn ingegaan.

Artikel 14d

De leden van de VVD-fractie constateren dat in spoedeisende situaties nu soms wordt gegrepen naar het middel van de inbewaringstelling en vragen of dit volgens de regering de juiste procedure is. Deze leden vragen verder of deze procedure versneld en geflexibiliseerd kan worden. Tevens merken deze leden op dat brancheorganisaties een snellere, flexibelere procedure voorstellen. Deze organisaties stellen voor dat een conversie ongedaan gemaakt kan worden, zodat de patiënt na een dergelijke episode weer met de voorwaardelijke rechterlijke machtiging terug kan naar de maatschappij. Of om een mogelijkheid te scheppen tot vrijwillig verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis tijdens een lopende voorwaardelijke machtiging. De leden van de VVD-fractie vragen wat de regering vindt van deze voorgestelde wijzigingen.

Een inbewaringstelling zal bij iemand met een voorwaardelijke machtiging niet het juiste middel zijn. Wellicht wordt thans in sommige gevallen de route van de inbewaringstelling bewandeld, waar een (her)opneming op grond van de voorwaardelijke machtiging aangewezen zou zijn. Reden daarvoor is waarschijnlijk dat de procedure voor een opneming met een inbewaringstelling sneller kan worden doorlopen. Met het onderhavige wetsvoorstel worden enkele obstakels op de route naar gedwongen opneming op grond van een voorwaardelijke machtiging weggenomen, zodat er geen reden meer zal zijn voor de niet geëigende route van de inbewaringstelling.

De leden van de fractie van de PvdA geven aan zich juist wel te kunnen vinden in de keuze voor «ontslag onder voorwaarden» na gedwongen opname in plaats van herleving van de voorwaardelijke machtiging. Immers, de voorwaarden in «ontslag onder voorwaarden» kunnen heel anders zijn dan de voorwaarden die zijn opgenomen in de voorwaardelijke machtiging. Ook wij zijn er geen voorstander van om de conversie van voorwaardelijke machtiging naar voorlopige machtiging weer ongedaan te maken en wel om de volgende redenen, waarbij twee verschillende situaties dienen te worden onderscheiden.

In de eerste situatie leeft de betrokkene de voorwaarden, bedoeld om het gevaar buiten de inrichting af te wenden, *wel* na, maar bleken ze niet toereikend: gedwongen opneming was toch nodig. Het is niet logisch om na de gedwongen opneming iemand onverkort met diezelfde – eerder kennelijk ontoereikende – voorwaarden weer te laten vertrekken. Ontslag onder voorwaarden zal dan de aangewezen methode zijn, waarbij opnieuw wordt gekeken naar de voorwaarden.

In de tweede situatie vindt gedwongen opneming plaats van een patiënt die zich *niet* houdt aan de voorwaarden. Ook dan is het niet voor de hand liggend de oude voorwaarden zonder meer te laten herleven. Het gaat om iemand voor wie een voorwaardelijke machtiging is afgegeven omdat hij een gevaar voor zichzelf of voor anderen betekende. Ook dan is het van

belang ten minste opnieuw naar de voorwaarden te kijken. Dat neemt niet weg dat in een aantal gevallen de oude voorwaarden zullen blijken te volstaan. Maar ook kan de conclusie zijn dat voor deze patiënt het stellen van voorwaarden – bij een voorwaardelijke machtiging of bij het ontslag onder voorwaarden – geen geschikt instrument is.

Door niet de voorwaardelijke machtiging te laten herleven, maar wel de patiënt ontslag onder voorwaarden te kunnen verlenen, wordt een praktische oplossing geboden, zonder te vervallen in een automatisme. Opnieuw wordt een afweging gemaakt of de voorwaarden enerzijds niet te zwaar zijn en daarmee onnodig beperkend zijn voor de patiënt en of ze anderzijds geen risico voor de maatschappij betekenen doordat ze het gevaar niet (kunnen) afwenden.

Op het punt van het scheppen van de mogelijkheid tot vrijwillig verblijf in het psychiatrische ziekenhuis, waar de leden van de fractie van de VVD naar vragen is hiervoor reeds ingegaan.

Artikel 38a

Terecht merken de leden van de PvdA-fractie op dat het, juist wanneer geen overeenstemming met de patiënt kan worden bereikt over een behandeling en er toch tot (dwang)behandeling wordt overgegaan, van belang is dat getoetst kan worden hoe een en ander met de patiënt besproken is, wat zijn bezwaren waren en dergelijke. Hierop zijn wij hiervoor reeds ingegaan.

Artikel 38c

In antwoord op de vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie merken wij op dat de termijn van drie maanden is gekozen naar aanleiding van het gezamenlijke advies van GGZ Nederland, KNMG en NVvP.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin