

Vergaderjaar 2006–2007

28 283

Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (zelfbinding)

E

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 oktober 2006

Uit de brief van de vaste commissie van VWS van 5 oktober 2006¹ blijkt dat de vaste commissies voor VWS en Justitie het op prijs stellen tijdig voor de plenaire behandeling van het voorstel tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (zelfbinding, 28 283) een reactie te vernemen op de brief die GGZ Nederland en de NVvP de vaste commissie voor VWS in verband met dat wetsvoorstel hebben gestuurd. Onderstaande reactie geef ik mede namens de Minister van Justitie.

Allereerst stel ik verheugd vast dat GGZ Nederland en de NVvP de voordelen van een spoedige inwerkingtreding van het wetsvoorstel zwaarder laten wegen dan de (praktische) bezwaren die zij tegen dit wetsvoorstel inbrengen. GGZ Nederland en de NVvP hechten aan goede voorlichting over het wetsvoorstel, in het bijzonder over de door deze organisaties in de brief aangedragen punten. In het algemeen kan ik nu reeds aangegeven dat ik van plan ben om aan genoemde punten in het voorlichtingsmateriaal bij dit wetsvoorstel aandacht te besteden. Daarbij hoop ik ook dat onderstaande reactie mogelijk nog bestaande onduidelijkheden of misverstanden over dit wetsvoorstel kan wegnemen. Enkele vragen zijn overigens al aan de orde gekomen bij gelegenheid van de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer.

GGZ Nederland en de NVvP vragen of ik in voorlichting aandacht wil besteden aan het feit dat zelfbinding niet als primair doel heeft de wilsbekwaamheid van de patiënt te herstellen.

Ik hecht eraan te benadrukken dat, anders dan GGZ Nederland en de NVvP lijken te suggereren, het herstel van wilsbekwaamheid nooit een op zichzelf staand doel is van zelfbinding. Natuurlijk is het doel van zelfbinding uiteindelijk gelegen in het verminderen van de stoornis en het lijden van de patiënt. Het streven zal in de eerste plaats echter vooral zijn om een patiënt – binnen de gegeven tijd – weer op het goede spoor te krijgen. Daarvoor is het nodig dat de patiënt weer wilsbekwaam wordt ter zake van een behandeling, opdat hij zo snel mogelijk zelf opnieuw tot

¹ Ter inzage gelegd bij het centraal informatiepunt van de Eerste Kamer onder griffienummer 135907.

behandeling bereid zal zijn. Wij zullen aan dit punt in de voorlichting aandacht besteden.

De leden van de fractie van D66 vragen in het voorlopig verslag of het mogelijk is dat de patiënten tijdens een gedwongen opname een zelfbindingsverklaring kunnen opstellen. GGZ Nederland en de NVvP zijn bezorgd dat uit de beantwoording van deze vraag gelezen kan worden dat gedwongen opname per definitie betekent dat de patiënt niet wilsbekwaam is.

Deze bezorgdheid is niet nodig. De term wilsonbekwaamheid is in deze context niet gebruikt. In het desbetreffende antwoord is aangegeven dat het niet de bedoeling is dat het behandelingsplan tijdens een gedwongen opname wordt gewijzigd. Grondgedachte is immers dat de patiënt in een heldere periode, uit vrije wil een bewuste keuze maakt tot zelfbinding. Van een heldere periode zal tijdens een gedwongen opname in de regel juist geen sprake zijn. Evenmin is in die situatie duidelijk of iemand werkelijk instemt met het gewijzigde behandelingsplan of dat hij slechts instemt omdat hij zich niet vrij voelt te weigeren.

GGZ Nederland en de NVvP geven aan dat meerdere behandelaars bij eenzelfde patiënt betrokken kunnen zijn. Zij vragen of de minister kan aangeven welke verplichtingen de zelfbindingsverklaring voor ieder van de behandelaars meebrengt.

Met het instrument zelfbinding kunnen patiënten zelf (mede) bepalen wat er in de toekomst mogelijk moet gebeuren. Een zelfbindingsverklaring bevat de weloverwogen en uitdrukkelijke wensen van een patiënt die hij heeft afgestemd met zijn behandelaar en die zijn getoetst door een onafhankelijk psychiater. Wij vinden het een kwestie van verantwoorde zorg dat een patiënt erop kan rekenen dat hij deze behandeling ook echt krijgt, ongeacht welke behandelaar uiteindelijk (een deel van de) zelfbindingsverklaring uitvoert. Het is niet relevant of de daadwerkelijke behandelaar zelf voor een andere behandeling zou kiezen.

GGZ Nederland en de NVvP veronderstellen dat zelfbinding in zijn huidige vorm weinig slagvaardig is, doordat wordt vastgehouden aan opnamebeoordeling door de rechter.

GGZ Nederland en de NVvP geven aan dat de rechterlijke toetsing vooraf een dusdanig lange opnameprocedure kan meebrengen dat een inbewaringstelling toch nodig kan blijken. Zij veronderstellen dat de patiënt de behandelaar vervolgens kan aanklagen omdat hij hangende de afgifte van de zelfbindingsmachtiging extreme uitgaven heeft gedaan of een suïcidepoging doet en daarin door zijn behandelaar niet is belemmerd. Op de rechterlijke toetsing vooraf is uitgebreid ingegaan in de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II 2004/05, 28 283, nr. 8, p. 6–8). Een opname op basis van een zelfbindingsmachtiging is een forse ingreep. Zonder dat hij daartoe op dat moment bereid is, kan een patiënt zes weken gedwongen worden opgenomen – is dus weg van huis, familie en werk – en kan hij onder dwang worden behandeld (vaak inname medicatie). Bij een dergelijke ingrijpende maatregel horen wettelijke waarborgen die garanderen dat de omstandigheden die de patiënt heeft beschreven zich echt voordoen. Een rechterlijke toetsing vooraf garandeert dit het beste. Dit sluit aan bij één van de grondbeginselen van de Wet Bopz dat een beslissing tot vrijheidsbeneming in beginsel door de rechter behoort te worden genomen. Bovendien zou de bureaucratie door toetsing achteraf alleen maar toenemen. Er zouden dan immers twee procedures komen – eerst een beslissing van de geneesheer-directeur tot opname, die zorgvuldig moet worden genomen omdat het over vrijheidsbeneming gaat, en vervolgens toetsing door de rechter.

In de zelfbindingsverklaring moeten de eerste symptomen worden opgenomen die wijzen op een dreigende psychische decompensatie. Op basis

daarvan kan tijdig worden ingegrepen. Laten de in de zelfbindingsverklaring beschreven omstandigheden geen tijd meer voor een opname volgens de wettelijke procedure, dan wordt het instrument niet goed ingezet.

Als door het gedrag van een patiënt met een zelfbindingsverklaring een onmiddellijk dreigende gevaarssituatie ontstaat vóórdat de zelfbindingsmachtiging is afgegeven, kan (en moet) een psychiater ingrijpen door een inbewaringstelling aan te vragen.

GGZ Nederland en de NVvP overwegen om behandelaars te adviseren in een zelfbindingsverklaring standaardclausules op te nemen over dwang en vragen of de minister kan aangeven wat de juridische betekenis van dit soort aanvullende afspraken in een zelfbindingsverklaring is.

Ik ben er voorstander van dat GGZ Nederland en de NVvP de behandelaars adviseren over de invulling van de zelfbindingsverklaring, bijvoorbeeld door daarvoor formats te ontwikkelen. Een clausule waarin de patiënt het ziekenhuis toestaat om hem zo nodig onder fysieke dwang bepaalde medicijnen te geven, zou hier bij kunnen passen, en onderdeel kunnen zijn van de zelfbindingsverklaring. Maar opgepast moet worden dat een dergelijke clausule gemakshalve niet altijd wordt opgenomen in een zelfbindingsverklaring, ongeacht de situatie. Dat zou indruisen tegen het karakter van de zelfbindingsverklaring. Een zelfbindingsverklaring moet worden toegesneden op de specifieke situatie van de patiënt en ingaan op zijn individuele wensen. Er moet, kortom, sprake zijn van maatwerk.

GGZ Nederland en de NVvP geven aan niet direct uit de tekst van de wet te kunnen opmaken dat ook een zelfbindingsverklaring in de zin van artikel 34p – dus een zelfbindingsverklaring die alleen ziet op behandeling in het ziekenhuis wanneer een patiënt op grond van een andere titel is opgenomen – maximaal zes weken geldt. Zij vragen of de minister hier opheldering over kan verschaffen. Hier is mogelijk sprake van een misverstand. Ook de zelfbindingsverklaring die alleen op behandeling betrekking heeft, geldt maximaal zes weken. Immers, artikel 34p, tweede lid, van het wetsvoorstel verklaart onder andere artikel 34b van overeenkomstige toepassing. In artikel 34b staat onder c dat de duur van een behandeling maximaal zes weken bedraagt.

Vervolgens vragen GGZ Nederland en de NVvP of ontslag onder voorwaarden mogelijk is tijdens een gedwongen opname op grond van een zelfbindingsmachtiging.

Die mogelijkheid is uitgesloten omdat door de instelling opgelegde voorwaarden niet passen binnen het systeem van zelfbinding dat juist uitgaat van een in een heldere periode door de patiënt zelf verkozen dwang. Wel kan de geneesheer-directeur besluiten tot gewoon verlof of ontslag.

Tevens geeft de NVvP aan behandelaars te zullen adviseren zeer terughoudend te zijn ten aanzien van al te stellige negatieve wilsverklaringen. De NVvP vraagt of de minister kan aangeven welk advies hij de behandelaars dienaangaande meegeeft.

Een terughoudende benadering ten opzichte van negatieve wilsverklaringen lijkt mij prima. Een zelfbindingsverklaring is immers niet een eenzijdige verklaring: het gaat om afspraken tussen de patiënt en zijn behandelaar en als de behandelaar niet uit de voeten kan met wat de patiënt voor ogen staat, kan er geen zelfbindingsverklaring tot stand komen.

GGZ Nederland en de NVvP vragen of de minister middelen ter beschikking wil stellen aan het veld om formats en handreikingen voor de individuele behandelaars op te stellen.

Deze vraag beantwoord ik ontkennend. Ik zie dit als een taak die valt

binnen de reguliere verantwoordelijkheden van de koepels en zie dus geen aanleiding tot het verschaffen van extra middelen.

GGZ Nederland en de NVvP vragen ten slotte of de minister zorg wil dragen voor een adequaat voorlichtingsplan en (tijdelijke) fondsen voor het aanstellen van regionale praktijkondersteuners ter beschikking wil stellen.

Door het ministerie van VWS zal op korte termijn een voorlichtingscampagne worden opgezet voor de betrokken doelgroepen (niet alleen psychiaters maar bijvoorbeeld ook huisartsen, andere hulpverleners, patiënten en hun familie) die regelmatig met de toepassing van de Wet Bopz in aanraking komen. Als dit wetsvoorstel wordt aangenomen en het instrument zelfbinding van kracht wordt dan kan dit onderwerp eveneens in bovengenoemde voorlichtingscampagne worden meegenomen.

Ten slotte zie ik met genoegen dat ook GGZ Nederland en de NVvP instemmen met de lijn om de discussie over een eventuele behandelwet te voeren naar aanleiding van het advies van de derde evaluatiecommissie dat in maart 2007 wordt verwacht. Zolang de vraag naar herziening nog niet is beantwoord, is het zaak dat het bestaande instrumentarium optimaal wordt benut en (door het veld gewenste) wijzigingen, zoals deze, worden doorgevoerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst