

Vergaderjaar 2007–2008

30 492

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

D

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKS-GEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT/JEUGD EN GEZIN¹

Vastgesteld 24 september 2007

1. Algemeen

De leden van de **CDA**-fractie hebben met gemengde gevoelens en op een enkel punt met grote zorg kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Ter inleiding op specifieke vragen maken zij een aantal algemene opmerkingen.

Het wetsvoorstel is – zoals nog eens uitvoerig beschreven in het rapport «Voortschrijdende inzichten» van de Derde Evaluatiecommissie – een volgende wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen in een lange reeks, terwijl de Wet BOPZ zelf nog pas van 1994 dateert. Dat op zich roept de vraag op wat er met deze wet aan de hand is. In dit verband vragen de leden van de CDA-fractie aandacht voor het genoemde evaluatierapport.

Het rapport beveelt kort gezegd aan, dat de Wet BOPZ nog eens grondig doordacht wordt. Sprekend over de veranderde verhouding tussen opname en behandeling en sprekend over de doorgevoerde en voorgestelde wijzigingen zegt de evaluatiecommissie:

«Toch zijn verdergaande wijzigingen denkbaar. Gedacht kan worden aan een wetgevend kader waarin de koppeling tussen opname en behandeling wordt losgelaten, en de behandeling, zorg en beveiliging van en voor de patiënt centraal staat. De opname van de psychiatrische patiënt behoudt in een dergelijke wetgeving een belangrijke plaats, maar wordt dat niet langer gezien als vertrekpunt voor gedwongen behandeling. De opname is een onderdeel binnen het kader van gedwongen behandeling, zorg of beveiliging.»

Deze conclusie kan moeilijk anders worden opgevat dan als een uitdrukkelijk advies om te komen tot een geheel nieuwe wet, naast de bestaande BOPZ, waarvan dan delen zouden kunnen worden overgeheveld naar een behandelwet. Dat laatste is reeds langer in discussie en bij verschillende debatten hebben de leden van de CDA-fractie daarvoor al steun uitgesproken. Is het – met andere woorden – wel opportuun om thans het voorliggende wetsvoorstel in te dienen?

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) (vice-voorzitter), Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) (voorzitter), Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU) en De Boer (CU).

De commissie merkt verder op, dat de vormgeving van de Wet BOPZ zelf de wet onnodig complex maakt en dat er met betrekking tot de belangrijkste actoren sprake is van een discrepantie tussen de wet en de praktijk: *«De feitelijke invulling van de wettelijke taken van actoren als de IGZ, het OM, de burgemeester en de geneesheer-directeur, is niet meer in alle gevallen in overeenstemming met het wettelijke kader.»* Enerzijds bepleit de commissie een betere naleving van de wettelijke opgedragen taken door deze actoren, anderzijds een herziening van het wettelijke kader. De gang van zaken rond de paraplumachtiging en de jurisprudentie over de voorlopige machtiging duidt erop, dat dit deel van het wetsvoorstel een onderwerp betreft waar ook steeds sprake was en is van minst genomen spanning tussen de wet en de praktijk. In feite ontbreekt nog steeds een goede analyse van de oorzaken van die spanning, van die door de evaluatiecommissie gesignaleerde discrepantie.

In dat verband zouden de leden van de CDA-fractie de regering enkele overwegingen willen voorleggen. De kern van het probleem lijkt te schuilen in de digitale waardenschaal die bij het formuleren van de wet BOPZ is toegepast. Digitaal, omdat steeds de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt worden afgezet tegen het gevaar dat de stoornis voor de patiënt of anderen kan veroorzaken. Ontbreekt dat gevaar, dan is er geen grond voor opnemings-, laat staan dwangbehandeling. Deze dichotomie is wel verklaarbaar vanuit de geschiedenis van de oude Krankzinnigenwet, het vroegere denken in termen van bestwil en de invulling ervan die leidden tot feitelijk uitsluiten van patiënten uit de samenleving. De beperkte mogelijkheden van medicatie en ambulante behandeling of het geheel ontbreken daarvan, waren vanzelfsprekend evenzeer een belangrijke factor. Op beide punten lijkt sprake van significante nieuwe ontwikkelingen. Zo bezien loste de BOPZ in feite een probleem van het verleden op zonder te anticiperen op nieuwe ontwikkelingen, waardoor in die gevallen waarin bemoeizorg zeer noodzakelijk of minstens gewenst is, de juridische middelen ontbreken.

Ook vanuit een zuiver juridisch gezichtspunt is er reden om de problematiek niet in zo'n dichotomie te vangen. Het is immers evident dat met een beroep op autonomie en zelfbeschikkingsrecht een categorie mensen feitelijk aan het lot worden overgelaten totdat zij hetzij het stadium hebben bereikt dat zij onder het gevaarscriterium vallen, hetzij hun gedrag als strafbaar handelen kwalificeert, waardoor strafrechtelijke middelen kunnen worden ingezet. Daardoor wordt hen in feite de mogelijkheid ontnomen om in een eerdere fase van de ontwikkeling of in een eerder stadium van hun ziekte-ontwikkeling, zodanig te sturen dat zij niet het laagste sociale punt bereiken en juist enige mate een gestructureerd bestaan met houvast en een zekere vrijheid kunnen volgen. Anders gezegd: mensen hebben recht op werk, maar om dat praktisch mogelijk te maken is het bij geesteszieken soms nodig om hun autonomie minder absoluut te nemen en via een behandeling zo te sturen dat zij in staat zijn dat recht op werk uit te oefenen. Voor drugs-, alcohol- en gokverslaafden geldt deze redenering evenzeer.

Graag zouden de leden van de CDA-fractie een reactie ontvangen op deze overwegingen.

Na uitvoerige bestudering van het wetsvoorstel hebben de leden van de **VVD**-fractie, mede gezien de dito behandeling in de Tweede Kamer, weinig vragen. De introductie van de twee wijzigingen in de BOPZ die in dit wetsvoorstel aan de orde zijn, zijn al lang gewenst door «het veld». Wel is er het volgende punt.

De onvolkomenheden van de BOPZ geven steeds opnieuw aanleiding tot kleinere en grotere wijzigingen. Dat roept de vraag op, zo menen deze leden, of het niet de hoogste tijd wordt voor een integrale nieuwe behandelwet voor patiënten met geestelijke stoornissen. Ook in de jeugdzorg blijkt weer pijnlijk dat de mogelijkheden voor opname en behandeling van zeer gestoorde personen problematisch zijn. (Zie de bespreking van wetsvoorstel 30 644, over de gesloten jeugdzorg.) Uiteindelijk is het in het belang van de betrokken patiënten zelf dat er meer behandel-mogelijkheden komen, ook zonder toestemming van de patiënt. Dit is niet zozeer een inbreuk op fundamentele morele waarden als zelfbeschikking, maar een vorm van goeddoen jegens de zieke, die er immers het grootste belang bij heeft zijn zelfbeschikking terug te krijgen. Bij de nieuwe regeling voor de voorwaardelijke machtiging wordt die zelfbeschikking juist weer meer gehonoreerd, maar dat is dan ook in een geheel andere situatie. De leden van de VVD-fractie staan om deze redenen een snelle behandeling van dit wetsvoorstel voor; er is grote behoefte aan in de praktijk.

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Dit wijzigingsvoorstel stelt deze leden voor een duivels dilemma. Aan de ene kant bieden de voorgestelde wijzigingen mogelijkheden voor een betere behandeling van patiënten met een psychische stoornis. De wijzigingen sluiten ook aan bij een breed geuite wens zowel van de kant van de rechterlijke macht en van de kant van de behandelaars als van de kant van patiëntenorganisaties om de werking van de voorwaardelijke machtiging en de toepassing van dwang aan te passen. Tegelijkertijd is het weer een van de vele wijzigingsvoorstellen. De wet BOPZ lijkt steeds meer op een lappendeken, waar alleen doorgewinterde juristen de weg nog kennen. De derde evaluatiecommissie is tot de conclusie gekomen dat het van groot belang is te komen tot een nieuw wettelijk systeem. De huidige wet – zo stelt de commissie – heeft steeds meer het karakter gekregen van een wet met belangentegenstellingen. Instemmen met de wijzigingsvoorstellen betekent dat deze leden meewerken aan de onoverzichtelijkheid van – en inherente tegenstellingen binnen de wet. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van wetgeving is dit een slechte zaak. Afwijzing betekent echter dat de huidige kaders waar steeds meer kritiek op is, te lang blijven bestaan. Het opstellen van een nieuw wettelijk kader zal immers de nodige tijd vergen.

Tegen deze achtergrond willen de leden van de PvdA-fractie alvorens in te gaan op de specifieke wijzigingsvoorstellen, het kabinet de vraag voorleggen hoe het de wijzigingsvoorstellen ziet in het kader van het oordeel van de evaluatiecommissie. De wijzigingsvoorstellen leiden immers tot een verdere «verrommeling» van de wet, terwijl juist op dat punt brede kritiek wordt geleverd. In dit wetsvoorstel worden bovendien wijzigingen van verschillende orde voorgesteld. De eerste twee wijzigingen zijn van meer technisch procedurele aard (voorwaardelijke machtiging), maar de derde wijziging (dwangbehandeling) is principieel van aard. Kunnen de bewindslieden uiteenzetten wat de overwegingen zijn geweest om dit zo te doen, mede in het licht van het feit dat de wet al zo ingewikkeld is en ondoorzichtig is, zo vragen deze leden. Door alle wijzigingen dreigt de BOPZ een geïsoleerde wet te worden. De vraag van deze leden is hoe de relatie is geregeld tussen de BOPZ en de andere wetten die de (rechts)positie van patiënten en de kwaliteit van de zorg regelt.

De leden van de **SP**-fractie constateren dat de voorliggende wetswijziging van de wet BOPZ de mogelijkheid verruimt tot het verlenen van een voorwaardelijke machtiging, een machtiging waarin voorwaarden worden vermeld waaronder een psychiatrische patiënt niet wordt opgenomen. De machtiging legitimeert tot gedwongen opname bij niet naleving van de

voorwaarden of een gevaarssituatie die ondanks naleving van de voorwaarden blijft voort bestaan. De voorgestelde wetswijziging moet het mogelijk maken om een voorwaardelijke machtiging ook te verlenen voor personen die niet uitdrukkelijk kunnen of willen instemmen met de voorwaarden. Voldoende is dat de rechter van oordeel is dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkenen zich aan de voorwaarden zal houden. Daarnaast worden de mogelijkheden verruimd voor dwangbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Dwangbehandeling kan ook worden toegepast voor zover aannemelijk is dat zonder gedwongen behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. De commissie VWS heeft op 20 maart besloten het voorbereidend onderzoek uit te stellen totdat duidelijkheid zou bestaan over de derde evaluatie van de wet BOPZ.

Het rapport van de commissie, die tot taak had de vraag te beantwoorden of de wet BOPZ na diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze functioneert en welke wijzigingen eventueel noodzakelijk zijn, is inmiddels verschenen en ook de leden van de fractie van de SP in de Eerste Kamer hebben kennis kunnen nemen van de inhoud en de conclusies. Met het rapport in het achterhoofd hebben de leden van deze fractie nog de volgende vragen, waarbij zij aantekenen dat GGZ Nederland (Geestelijke Gezondheidszorg Nederland) al enige malen heeft aangedrongen op een snelle behandeling, evenals overigens de voorzitter van de evaluatiecommissie. Daarentegen is er vanuit de patiënten-vertegenwoordigers, waaronder de stichting Pandora, gewezen op de gevaren die beide wetswijzigingen in zich dragen. Beide worden gezien als een verder gaande aantasting van de rechtspositie van mensen met psychische en/of psychiatrische problemen.

De leden van de SP-fractie vinden dat de plenaire behandeling van het voorliggende wetsvoorstel spoedig moet plaatsvinden, maar ook dat er snel duidelijkheid moet komen over het kabinetsstandpunt over het evaluatierapport en het vervolgtraject. Graag krijgen zij daarom meer duidelijkheid over het tijdsschema, zowel ten aanzien van het standpunt over de evaluatie als ten aanzien van vervolgstappen. Wat zijn de ambities van deze minister van VWS ten aanzien van deze materie?

Eén van belangrijkste conclusies van de evaluatiecommissie is dat de huidige BOPZ door alle aanpassingen in de loop van de tijd ingewikkeld en onduidelijk is geworden, zo merken deze leden op. De commissie concludeert dan ook dat de wet BOPZ in de huidige opzet niet toekomstbestendig is. Zij merkt hierbij op dat de bestaande koppeling tussen opname en behandeling moet worden losgelaten. Zorg, behandeling en beveiliging van en voor de patiënt dienen centraal te komen staan. Gedwongen opname is slechts één van de modaliteiten binnen die zorg. Kortom in plaats van een wet die opname correct regelt, is er behoefte aan een behandel- of zorgwet. Zonder vooruit te lopen op het hele traject stellen deze leden toch de vraag of het kabinet de aanbeveling van de commissie (die overigens de mening van de fractie van de SP verwoordt) deelt dat de wet BOPZ niet toekomstbestendig is en dat er in plaats van deze wet een behandelwet zou moeten komen.

In het evaluatierapport wordt gewezen op de beperkte betekenis van de BOPZ voor de groep van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Toch is dit ook een groep waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Hoeveel staat het met het wetsvoorstel waarin een nieuw kader voor deze sectoren wordt aangekondigd? Heeft de Raad van State al advies uitgebracht?

2. Inhoud wetsvoorstel

Amendement-Kant op stuknummer 10 (eigen verzoek betrokkene)

Een punt van grote zorg voor de leden van de **CDA**-fractie is, dat als gevolg van amendering in de Tweede Kamer het wettelijke regime met de daarin opgenomen waarborgen niet zal gelden indien de persoon waarvoor een voorwaardelijke machtiging geldt, wordt opgenomen op eigen verzoek van de betrokkene. Het wetsvoorstel zoals ingediend door de regering opende de mogelijkheid van een vrijwillige opname voor de periode van drie etmalen. De achterliggende gedachte van de regering daarbij dat een patiënt waarvoor een voorwaardelijke machtiging geldt, er zelf op enig moment behoefte aan kan hebben tot rust te komen in de gestructureerde omgeving van een psychiatrisch ziekenhuis, konden de leden van de CDA-fractie volledig billijken. Dat gold en geldt ook de uitbreiding die de regering er aan wilde geven door verruiming van de termijn tot drie weken. De regering heeft in reactie op het amendement-Kant er terecht op gewezen, dat bij vrijwillige opname er nog steeds sprake is van een patiënt die mogelijk onder druk van de behandelaar, resp. van de situatie waarin deze is komen te verkeren – met de voorwaardelijke machtiging op de achtergrond – niet zelf een einde kan maken aan de opname, terwijl hij dat wel wil.

Dit kan in de visie van de leden van de CDA-fractie aanleiding geven tot het verwijt aan behandelaar of instelling dat misbruik is gemaakt van de situatie en aan de betrokkene waarborgen zijn onthouden. Het argument dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt met zich meebrengt, dat deze ook zichzelf onbepaald moet kunnen laten opnemen, spreekt de leden van de CDA-fractie in het geheel niet aan. Het zelfbeschikkingsrecht is niet absoluut, zoals de opsteller van het amendement kennelijk veronderstelt. Is het kabinet bereid te bevorderen dat alsnog de desbetreffende bepaling wordt ingeperkt?

Wilsbekwaamheid

Het is de leden van de CDA-fractie opgevallen, dat een deel van de problematiek inzake de voorwaardelijke machtiging samenhangt met de vraag of de betrokkene niet juist door zijn stoornis onbekwaam is zijn wil te uiten, dan wel dat door die stoornis de wilsverklaring niet kan worden geacht overeen te stemmen met zijn werkelijke, ongestoorde, wil. De leden van de CDA-fractie zouden hiervoor de aandacht willen vragen, omdat een en ander mede van betekenis is voor de vraag in hoeverre van een behandelaar verlangd kan worden dat deze tracht de instemming van betrokkene te verkrijgen met de voorwaarden. Zie ook hierna de vragen bij artikel 14a, vijfde lid. De kwestie reikt uiteraard verder, omdat een stoornis in belangrijke mate wilsvorming belemmert of ontwricht, wat ook de veronderstelde zelfbeschikking – zonder af te doen aan het recht daarop – in een ander licht plaatst.

Een ander aspect, met name van belang bij dwangmedicatie, is de vraag in hoeverre voor het beoordelen van de werking van medicatie de behandelaar is aangewezen op medewerking van de patiënt. Wat voor louter somatische aandoeningen geldt, geldt immers ook voor psychiatrische: voor de anamnese en voor de evaluatie van de therapie (in dit verband valt ook te denken aan al dan niet schadelijke bijwerkingen) blijft de behandelaar minstens deels aangewezen op verbale informatie van de patiënt. Beoordeling van het vermogen om die informatie te geven, respectievelijk van de betrouwbaarheid (hier kleurloos bedoeld) ervan, speelt derhalve een belangrijke rol in iedere patiënt-arts relatie en de wilsbekwaamheid is daar weer een aspect van. Met name bij dwangbe-

handeling in de vorm van medicatie lijkt hier sprake van een uiterst problematisch aspect. De leden van de CDA-fractie hebben de indruk, dat het kabinet de vragen hieromtrent zijdens de fracties van CDA en VVD in de Tweede Kamer enigszins ontweek (pagina 16 nota naar aanleiding van het verslag) en zouden het dan ook uitdrukkelijk willen uitnodigen hier nader op in te gaan.

Redelijkerwijs criterium

De leden van de **CDA**-fractie kunnen zich goed vinden in het criterium, in het bijzonder door de toelichting op pagina 5 van de nota naar aanleiding van het verslag, waar gesproken wordt over de rol van personen in de sociale omgeving van betrokkene. In feite gaat het daarbij om de vraag of buiten de instelling om en met behulp van ambulante begeleiding een zodanig gestructureerd bestaan voor een patiënt kan worden opgebouwd, met en voor hem, dat opneming, laat staan dwangbehandeling in een instelling, niet nodig is. Dat teneinde dit te bereiken wel drang of via de voorwaardelijke machtiging ook een zekere dwang, wordt uitgeoefend ten aanzien van bijvoorbeeld medicatie, is alleszins verantwoord vanwege de vele voordelen die dit in sociaal opzicht voor de betrokken patiënt oplevert. De leden van de CDA-fractie hebben dan ook de indruk, dat het succes van de voorwaardelijke machtiging minder afhangt van de formele kant van de besluitvorming en de formele rol van de patiënt dan wel van de mate waarin de sociale omgeving van de patiënt erin slaagt een structurerend kader te bieden. Het samenspel tussen familie, burens, huisarts, werkgever, huisbaas en anderen, en de ondersteunende rol van de professionele hulpverlener is – zie ook het rapport van de evaluatiecommissie – de succesfactor bij uitstek. Dit roept dan ook de vraag op of de rechter niet juist op deze aspecten zou moeten letten bij diens toetsing en of het niet van groter belang is hem hierover voor te lichten dan over de vraag of de behandelaar voldoende inspanning heeft gepleegd om instemming van de betrokkene te verlangen. Indien die vraag positief beantwoord wordt, komt ook de discussie over artikel 14 a, vijfde lid (zie hierna) in een ander licht te staan.

Wijzigingsvoorstellen ad 1 en ad 2 (voorwaardelijke machtiging)

Bij deze voorwaardelijke machtiging gaat het om patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn, zo merken de leden van de **PvdA**-fractie op. Een van de kenmerken van hun stoornis is dat zij veelal weinig ziektegevoel hebben en weinig ziekte inzicht. Sommige patiënten zullen nooit instemmen met behandeling juist vanwege hun ziekte. Zij blijven dan van behandeling verstoken terwijl behandeling (medicatie) betere mogelijkheden tot begeleiding van de patiënt biedt (genezing is meestal niet aan de orde). Met begeleiding kunnen zij zich staande houden in de samenleving. Nu geldt voor deze patiënten dat ze niet behandeld worden en uiteindelijk – als het helemaal uit de hand loopt – alleen de gedwongen opneming rest. De voorgestelde vereenvoudiging van de procedure maakt het mogelijk om een patiënt op te nemen voor een korte duur zonder dat eerst aan aanvullende (juridische) voorwaarden moet worden voldaan. Deze opname kan dan werken als een tijdelijke intensivering van de behandeling die in principe ambulant is, maar waarbij onder bepaalde omstandigheden even meer begeleiding nodig is, zo vervolgen deze leden. Het verschil tussen intramuraal en ambulant vervaagt ten gunste van een meer continue behandeling waarbij opname primair als «tijdelijk instrument» wordt ingezet opdat de patiënt zo goed als mogelijk in de samenleving, in zijn eigen omgeving, kan leven. Het kan ook als een «stok achter de deur» werken en dit voorstel volgt uitkomsten van internationaal onderzoek.

De behandeling van patiënten zal alleen slagen, zo menen deze leden, als zij een besef hebben van wat de behandeling inhoudt en van de voorwaarden die er aan verbonden zijn, ook al is de instemming niet meer expliciet nodig. Maar een belangrijk deel van de patiënten op wie deze wetswijziging juist van toepassing is, heeft weinig ziekte inzicht. Hoe kijken de bewindslieden aan tegen de wens van enkele rechters en officieren van justitie die hebben gepleit voor aanvullende voorwaarden bij deze vorm van gedwongen behandeling? Het gaat om de volgende voorwaarden: uit de ziektegeschiedenis van de patiënt blijkt dat de patiënt zich aan de behandeling houdt. Er is een intensieve relatie tussen behandelaar en patiënt en de behandelaar kan ook goed toezicht houden of de patiënt zijn medicatie inneemt. De patiënt beschikt over een voldoende sociaal vangnet (familie, vrienden) dat toezicht kan houden. De leden van de PvdA-fractie zijn van oordeel dat deze voorwaarden van groot belang zijn voor de effectiviteit van de behandeling en de bescherming van patiënten.

De leden van de PvdA-fractie kunnen zich goed vinden in de mogelijkheden die de wetswijziging biedt voor een meer continue behandeling van patiënten en een minder strikte scheiding tussen intramuraal en ambulant. De vraag blijft echter in hoeverre deze vereenvoudiging van de procedure niet zal lijden tot een verdere inperking van het zelfbeschikingsrecht van patiënten. Welke waarborgen heeft het kabinet in de wet opgenomen om te voorkomen dat patiënten te snel worden opgenomen? Hoe kan worden voorkomen worden dat het bestwil criterium toch via de achterdeur weer wordt binnengehaald?

Wijzigingsvoorstel ad 3 (dwangbehandeling)

Deze verruiming is in feite het meest principiële punt, zo menen de leden van de **PvdA**-fractie. Het betekent in feite dat de autonomie van de patiënten wordt ingeperkt met het argument dat door die inperking (gedwongen medicatie) zij later meer mogelijkheden zullen hebben om autonomer te kunnen functioneren. De argumenten zijn dat door deze wijziging wat gedaan kan worden aan de verschrikkelijke situatie van patiënten die in de instelling verblijven, die geen uitzicht op verbetering hebben en te ziek zijn om ambulant begeleid te worden zonder medicatie. Het lijkt alsof het gevaarscriterium hier heeft plaatsgemaakt voor een therapeutisch criterium. Door gedwongen behandeling kan de opname-duur worden bekort.

Deze leden erkennen volledig de schrijnende situatie van patiënten die op de afdeling verblijven en daar een verschrikkelijk bestaan leiden ver van familie en verwanten. Maar iemand tegen zijn wil behandelen is en blijft een zeer verstrekkende maatregel. Kunnen de bewindslieden verduidelijken hoe met deze wijziging geborgd kan worden dat gedwongen behandeling uitsluitend als een «ultimum remedium» gaat werken en dat eerst alles in het werk wordt gesteld om de patiënt te motiveren om vrijwillig mee te werken aan zijn behandeling? De leden van de PvdA-fractie weten dat aandacht, bejegening, een goede dagstructuur en een activiteiten- en begeleidingsprogramma belangrijk zijn voor het welbevinden van patiënten. Is het risico niet te groot dat met deze wetswijziging te snel naar het middel dwang gegrepen zal worden ten koste van de hiervoor genoemde – wellicht meer arbeidsintensieve – werkwijze?

De leden van de PvdA-fractie hebben aarzelingen bij deze «alsdan» redenering: als nu dwangmedicatie wordt toegediend, dan kan daarna gewerkt worden aan een meer effectieve begeleiding. Op welke wijze zal worden getoetst of deze veronderstelde effecten ook daadwerkelijk plaatsvinden? Met welke middelen kan binnen de kaders van deze wijziging van psychiaters worden geëist *dat* zij aantonen en beargumenteren op basis van

(wetenschappelijke) evidentie, dat de patiënt wat aan de behandeling heeft, dat er een aanmerkelijke verbetering kan optreden van zijn kwaliteit van leven?

De derde evaluatiecommissie van de wet BOPZ heeft in haar advies de contouren geschetst van een nieuwe regeling voor de BOPZ. Zij introduceert daarbij de regionale commissies psychiatrische zorg die een belangrijke rol vervullen bij de rechterlijke beslissing voor gedwongen zorg. De leden van de PvdA-fractie zien dit als een belangrijk advies. Bij de behandeling in de Tweede Kamer is door veldpartijen gepleit voor een proefproject met een enigszins vergelijkbare constructie. Een dergelijk proefproject kan nuttige informatie opleveren in de aanloopfase naar mogelijk nieuwe wetgeving. Vooruitlopend op de bespreking van het advies van de evaluatiecommissie, willen deze leden de bewindslieden vragen welke mogelijkheden zij zien om een dergelijke proef te starten en deze in eerste aanleg te richten op een goede monitoring en toetsing van de verruiming van de werking van de wet BOPZ die met de wetwijziging wordt voorgesteld.

Diversen

Vervolgens stellen de leden van de **SP**-fractie een aantal vragen die in engere zin op het voorliggende wetsvoorstel ingaan.

De Stichting Pandora stelt dat het voorstel de positie van de patiënt verzwakt. Met welke argumenten willen de bewindslieden deze mening weerleggen?

Eén van de argumenten om de mogelijkheid van dwangbehandeling in en buiten (weliswaar via de omweg van de voorwaardelijke machtiging =drang) de instelling te verruimen, is dat daarmee het aantal en de duur van gedwongen opnames zullen afnemen. Is deze stelling ook met harde cijfers te onderbouwen of mogelijk al onderbouwd, zo vragen deze leden. Aan de andere kant zou het aantal opnames ook kunnen toenemen gezien de afnemende tolerantie voor deviant gedrag. Het voorstel geeft bemoeizorg een wettelijke basis, dat lijkt deze leden positief, maar de keerzijde is dat mogelijk ongevaarlijk gestoorde mensen worden opgenomen, omdat de maatschappij niet met ze geconfronteerd wil worden. Hoe gaan de bewindslieden om met dit dilemma?

Waar is een overzicht te vinden van aantallen gedwongen opnames, vrijheidsbeperkende maatregelen (waaronder separaties), gedwongen behandelingen, toepassen van observatie en voorwaardelijke machtigingen over 2006? Hoe zijn de bewindslieden voornemens de beslissingen tot gedwongen behandeling bij gedwongen opgenomen personen te beoordelen/evalueren en wat zijn de bewindslieden van plan als langdurige dwangbehandelingen toenemen? Zijn zij dan alsnog van plan de door het veld voorgestelde adviescommissie te installeren (de drieschaar), die als opdracht heeft proportionaliteit en subsidiariteit van de dwangbehandeling te beoordelen?

Is het in Nederland ook mogelijk elektroshocktherapie gedwongen toe te passen als een patiënt dat in een eerder stadium heeft aangegeven bijvoorbeeld via de zelfbindingverklaring?

Klopt het dat in Nederland relatief (ten opzichte van andere landen) meer separatie en ES wordt toegepast en dat beide ingrepen ook nog in aantal toenemen, zo vragen de leden van de SP-fractie vervolgens. Gesuggereerd is dat er een samenhang is met nu nog vaak de onmogelijkheid van

dwangmedicatie, maar ook wel met het gebrek aan voldoende en deskundig personeel in de instellingen.

Bij discussies over eerdere wijzigingen van de BOPZ is door de leden van de SP-fractie ingebracht dat zorgaanbieders die geconfronteerd worden met een als terecht geduide klacht van een cliënt, de mogelijkheid moeten krijgen tegen de beslissing van de klachtencommissie c.q. de rechter in beroep te gaan. De vorige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vond dat niet nodig. Heeft er inmiddels voortschrijdend inzicht op het ministerie van VWS plaatsgevonden, waardoor de klachtregeling op dit punt in de toekomst wordt aangepast? Dit gaat verder dan de aanpassing van het klachtrecht in de zin van de motie Hamel (28 999 E).

Zal met de overheveling van een deel van de GGZ naar de ZVW (Zorgverzekeringswet) per 1 januari 2007 de mogelijkheid van een vrijwillige opname afnemen? De leden van deze fractie kunnen zich voorstellen dat deze asielfunctie niet in een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) is te vatten.

Op welke manier vindt overleg plaats tussen de minister van VWS en de programmaminister voor Jeugd en Gezin als het gaat om gedwongen opnames bij jeugdigen en het toepassen van andere dwangmaatregelen, die naast bescherming voor de jeugdige ook een pedagogisch oogmerk hebben? Terecht is gewezen op de noodzaak dat de verschillende wetten met betrekking tot jeugdigen op elkaar aan moeten sluiten.

Ook bij deze wetswijziging zal veel tijd en geld gestoken moeten worden in de voorlichting aan patiënten, familie en werkers in de GGZ, zo vervolgen de leden van de SP-fractie. Ook het opstellen van protocollen en deskundigheidsbevordering voor de beroepsgroep zal de nodige energie vergen. Hoeveel heeft de minister van VWS hiervoor over? Op welke manieren wordt materieel en immaterieel ondersteuning geboden?

3. Artikelsgewijs

Artikel 14a, vijfde lid (artikel I onderdeel A)

De leden van de **CDA**-fractie hebben wel enig begrip voor de kritiek van de Raad van State en een aantal fracties in de Tweede Kamer op dit punt. Aan de ene kant is te prefereren dat de eigen professionele standaard van in casu psychiaters niet wordt gefixeerd door goed hulpverlenerschap in de wet materieel in te vullen. Aan de andere kant betreft het hier een reeds in de wet neergelegd principe dat bovendien naar zijn aard een sterk rechtsbeschermend karakter heeft. Door schrapping kan het effect op de beroepsgroep zijn, dat de professionele standaard zich juist van het uitgangspunt «streven naar instemming» in zoverre losmaakt, dat de vereiste mate van inspanning verschuift. In dit verband vroegen de leden van de CDA-fractie naar de toetsende rol van de rechter. Op pagina 24 zegt de nota naar aanleiding van het verslag zonder nadere toelichting dat de rechter de inspanningsverplichting toetst; op pagina 9 (tweede volle alinea, antwoord op vragen van de PvdA-fractie) lijkt het erop, dat die toetsing tamelijk marginaal zal zijn. Moet de rechter nu toetsen aan de professionele standaard of aan het principiële uitgangspunt? En hoever gaat die toets?

Artikel 38 (Artikel I, onderdeel G)

In het nader rapport wordt onder 4a opgemerkt, dat de Raad van State terecht wees op een omissie en dit wordt aangepast. Kan het kabinet toelichten hoe dat is gebeurd, zo vragen deze leden.

Artikel 38b, vijfde lid (artikel I, onderdeel H)

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze dit overleg kan plaatsvinden. Vergt dit mondeling of telefonisch overleg of is communicatie langs schriftelijke of elektronische weg voldoende? Is denkbaar dat zonder enige inbreng van de in dit lid genoemde instelling of psychiater, alsmede huisarts toch een behandelplan wordt opgesteld?

Artikel 38c, derde lid

Kan de schriftelijke beslissing van de geneesheer-directeur alleen een echte schriftelijke zijn of ook een elektronische? Vergelijk de praktijk van de IBS waartoe door burgemeesters elektronische bevel wordt gegeven, aldus de leden van de CDA-factie.

Artikel 38c, vierde lid

Hier wordt bepaald, dat bij algemene maatregel van bestuur toepassing van behandelingsmiddelen of maatregelen worden uitgesloten bij – kort gezegd – de dwangbehandeling van het eerste lid. Ogenschijnlijk gaat het hier om een technische uitwerking, maar juist vanwege de verruiming in het eerste lid tot toepassing van dwangbehandeling buiten de situatie van gevaar binnen de inrichting gaat het in feite om een belangrijke materiële bepaling. De norm aan de hand waarvan de algemene maatregel van bestuur moet worden geformuleerd is echter in deze wetsbepaling niet te vinden. Voorshands achten de leden van de CDA-fractie dat ongewenst en zij zouden ook graag van de regering vernemen aan welke beperkingen in welke gevallen wordt gedacht, welke gegevens van belang zijn (zie de tweede volzin) en waarom daartoe niet een norm in de wet wordt opgenomen.

De voorzitter van de commissie,
Slagter-Roukema

De griffier van de commissie,
Janssen