

## Memorie van antwoord

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van het voorlopig verslag van 24 september 2007. Wij vertrouwen er op dat wij in constructief overleg met uw Kamer kunnen komen tot een wettelijke regeling die de belemmeringen die er thans zijn bij de toepassing van de voorwaardelijke machtiging zal wegnemen en die ten aanzien van de dwangbehandeling zal leiden tot een regeling waarmee wordt voorkomen dat psychiatrische patiënten onnodig lang gedwongen worden opgenomen.

### 1. Algemeen

Door de leden zowel van de fractie van het CDA als van de fracties van de VVD, de PvdA en de SP wordt een verbinding gelegd tussen het onderhavige wetsvoorstel en het rapport "Voortschrijdende inzichten" van de derde evaluatiecommissie Wet bopz (Kamerstukken II 2006/07, 25 763, nr. 7). Deze commissie doet de aanbeveling te komen tot een geheel nieuwe wet. Wij zijn op dit moment bezig met de voorbereiding van een kabinetsstandpunt over dit rapport. Wij hopen dat standpunt nog in dit najaar naar de beide Kamers der Staten-Generaal te zenden.

Daarop vooruitlopend kunnen wij nu reeds zeggen dat wij de motivering van de commissie om te komen met een geheel nieuwe wet delen en ernaar streven om nog deze kabinetsperiode een nieuwe regeling ter vervanging van de Wet bopz tot stand te brengen. Ook wij menen dat in de eerste plaats de psychiatrische patiënten, maar zeker ook de samenleving, baat zullen vinden bij een wettelijke regeling, waarin de koppeling tussen opname en behandeling wordt losgelaten en waarin de zorg, de behandeling en de beveiliging van en voor de patiënt centraal staat. Wij zouden overigens een dergelijke wet niet willen aanduiden als behandelwet. Niet zozeer behandeling moet centraal staan, maar de zorgbehoefte van de patiënt en de veiligheid van zowel de patiënt als de samenleving. Afhankelijk van het geval kan dat noodzaken tot zorg, begeleiding en behandeling, tot zorg en behandeling gecombineerd met opname en soms tot uitsluitend zorg en opname; er zijn immers, hoe moeilijk dat ook te accepteren is, ook patiënten die niet kunnen worden behandeld. De term 'behandelwet' zou aan een dergelijke nieuwe regeling geen recht doen.

Overigens, dit in antwoord op het laatste onderdeel van de overwegingen van de leden van de fractie van het CDA, pleit de derde evaluatiecommissie voor handhaving van het gevaarscriterium in de tamelijk ruime uitleg die de jurisprudentie daaraan geeft als de entree tot dwang. Wij staan daar positief tegenover. Dit neemt niet weg dat kwalitatief hoogwaardige bemoeizorg – dat is geen dwang, maar overreding – voor een groot deel de leemte kan vullen die er is voordat aan het gevaarscriterium is voldaan. Algemeen wordt erkend dat zorg van hoog niveau kan voorkomen dat dwang nodig is.

De door de evaluatiecommissie bepleite benadering van dwang binnen de psychiatrie verhoudt zich slecht met de huidige Wet bopz waarin gedwongen opname op zich het eerste middel is om het gevaar af te wenden. Bij de totstandkoming van de wet werd dit middel als voldoende beschouwd voor de afwending van gevaar. Dwangbehandeling werd alleen noodzakelijk geacht en is dan ook alleen mogelijk als de stoornis de patiënt binnen het ziekenhuis gevaar doet veroorzaken. De leden van de fractie van het CDA wijzen er terecht op dat de beperkte mogelijkheden van medicatie en ambulante behandeling of het geheel ontbreken daarvan ten tijde van de totstandkoming van de Wet bopz daarbij een factor van belang zijn geweest. Dat ligt inmiddels anders, waardoor de wet steeds minder aansluit op de praktijk.

Wij menen dat het gebrek aan aansluiting van de wet op de ontwikkelingen binnen de psychiatrie nu al zozeer knelt dat de regeling voor dwangbehandeling van het onderhavige voorstel daarop niet kan wachten.

Ook ten aanzien van de voorgestelde wijzigingen voor de voorwaardelijke machtiging is haast geboden. Deze wijzigingen zijn immers nodig om het instrument het effect te geven dat ermee wordt beoogd; ambulante behandeling mogelijk maken met opnemingsplaats achter de deur ook voor mensen die niet bereid of in staat zijn in te stemmen met de aan de machtiging verbonden voorwaarden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom twee zo verschillende onderwerpen in één wetsvoorstel zijn opgenomen. Hiervoor is gekozen omdat beide onderwerpen tegemoet komen aan een in de praktijk gebleken behoefte. Om pragmatische redenen is gekozen voor het met één wetsvoorstel wijzigen van de Wet bopz op twee punten.

De leden van deze fractie vragen in dit verband hoe de relatie is geregeld tussen de Wet bopz en de andere wetten die de (rechts)positie van patiënten en de kwaliteit van de zorg regelen. De Wet bopz is een *lex specialis* voor dwang ten aanzien van mensen wier geestesstoornis hen gevaar doet veroorzaken. Naast deze wet bestaan er algemene wetten die voor alle patiënten gelden. Zo is er de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) die de rechtspositie van patiënten in zijn algemeenheid regelt en die ook voor de psychiatrische patiënten geldt, voor zover daar bij de Wet bopz niet van wordt afgeweken. Voor psychiatrische patiënten die zich vrijwillig laten behandelen of vrijwillig laten opnemen is de Wgbo de enige wet die op hen van toepassing is.

De kwaliteit van de GGZ-zorg is, net als van de rest van de zorg geregeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big). Deze wetten kennen geen specifieke regels voor zorg onder dwang. Voor alle zorg, ongeacht of de patiënt deze vrijwillig of gedwongen ondergaat, geldt de algemene norm van deze wetten, namelijk dat sprake moet zijn van verantwoorde zorg. In samenhang met de Wet bopz betekent dit het volgende: de Wet bopz legitimeert de toepassing van dwangzorg. Voor de wijze waarop die zorg wordt verleend, gelden de Kwaliteitswet en de Wet big, wat betekent dat ook zorg onder dwang verantwoord moet worden uitgevoerd.

Als het om algemene patiëntenrechten gaat, is ook de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector van belang. Ook geldt de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. Beide wetten gelden onverkort voor bopz-patiënten. Daarnaast heeft de Wet bopz een specifieke klachtregeling. De klachtregeling van de Wet bopz gaat over beslissingen die dwang inhouden; dat zijn ingrijpende beslissingen waarbij grondrechten in het geding zijn. In verband hiermee mondt de bopz-klachtregeling uit bij de rechter.

## **2. Inhoud wetsvoorstel**

De leden van de SP-fractie vragen naar de stand van zaken met betrekking tot het wetsvoorstel waarin een nieuw kader voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten wordt aangekondigd en of de Raad van State al advies heeft uitgebracht.

Een wetsvoorstel met betrekking tot zorg en dwang in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten is in voorbereiding. De consultatieronde met de betrokken zorginstellingen en koepelorganisaties is afgerond. De resultaten worden op dit moment verwerkt.

De leden van de fractie van het CDA uiten hun grote zorg over de termijn gedurende welke een persoon voor wie een voorwaardelijke machtiging geldt zich vrijwillig kan laten opnemen. In het wetsvoorstel zoals ingediend door de regering gold voor een vrijwillige opname een termijn van maximaal drie etmalen. Als gevolg van het aanvaarde amendement van het lid Kant geldt er thans in het geheel geen maximale termijn voor zo'n vrijwillige opname.

Nu geen maximumtermijn geldt, zal goed moeten worden bewaakt of er werkelijk sprake is van vrijwilligheid. Er is immers geen sprake van een situatie die een onvrijwillige opname rechtvaardigt. De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) zal daarin een belangrijke rol kunnen spelen. Hij heeft de expliciete taak ook de patiënt met een voorwaardelijke machtiging bij te staan bij het uitoefenen van zijn rechten. Als deze patiënt vrijwillig is opgenomen, is hij bij de pvp duidelijk in beeld.

De leden van de fractie van het CDA vragen aandacht voor de samenhang tussen de wils(on)bekwaamheid van de patiënt en de vraag in hoeverre van een behandelaar verlangd kan worden dat hij de instemming van de betrokkene met de voorwaarden tracht te bereiken. Het onderhavige wetsvoorstel gaat niet meer uit van expliciete instemming met de aan de machtiging verbonden voorwaarden om een voorwaardelijke machtiging te kunnen verlenen. Er is immers een groep patiënten met weinig ziekte-inzicht die soms zeggen dat ze de voorwaarden niet zullen naleven of soms helemaal niets zeggen, terwijl de behandelaar al weet dat ze dat wel zullen doen. In die zin zegt het gedrag van de patiënt meer dan wat hij zegt over wat hij werkelijk wil. Zou een 'nee' van de patiënt doorslaggevend blijven, dan betekent dit dat geen voorwaardelijke machtiging kan worden verleend, ook al is de patiënt feitelijk bereid zich aan de voorwaarden te houden. Dit leidt weer tot een onnodige gedwongen opname. Voorgesteld wordt nu om die formele instemming van de patiënt met de voorwaarden niet meer verplicht te stellen. Niet meer de instemming van de patiënt is dan de lakmoesproef, maar de verwachting van de rechter dat de patiënt de voorwaarden in de praktijk zal naleven. De voorgestelde wijziging biedt de gelegenheid om het verwachte gedrag te taxeren, zonder dat daarvoor een formeel ja of nee hoeft te worden geuit door de patiënt. Het oordeel dat verwacht mag worden dat de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden, is er een van de rechter. Die zal zijn oordeel moeten baseren op gegevens die hij van de behandelaar krijgt. Dit neemt niet weg dat in zijn algemeenheid expliciete instemming met de voorwaarden de voorkeur heeft. Vaak is instemming van de betrokkene met de voorwaarden immers de beste garantie voor het naleven van die voorwaarden.

De leden van de CDA-fractie vragen zich vervolgens af in hoeverre voor het beoordelen van de werking van dwangmedicatie de behandelaar is aangewezen op de medewerking van de (wilsonbekwame) patiënt. Zij vragen zich voorts af of een anamnese zonder verbale communicatie mogelijk is.

Vrijwel iedere (lichamelijke of geestelijke) klacht of (bij)werking die een patiënt ondervindt kan ook een wilsonbekwame patiënt meestal wel 'betrouwbaar' onder woorden brengen.

De patiënt is namelijk niet onbekwaam om te voelen maar wel (oordeels)onbekwaam om adequaat zijn wil te bepalen ten opzichte van bepaalde behandelvoorstellen.

Bij alle patiënten (ook bij zwijgende patiënten) zijn verpleegkundige en medische observaties effectief om werking en bijwerking van de behandeling vast te stellen. Het gedrag van de patiënt biedt minstens zoveel belangrijke informatie als het spreken. Zo valt waar te nemen of een persoon bijvoorbeeld na verloop van tijd minder paranoïde wordt, minder angstig of opener wordt in contact (met professionals of medepatiënten).

Ten slotte zijn er ook gerichte scoringsmogelijkheden voor bepaalde aandoeningen en zijn er medische onderzoeken (lichamelijk onderzoek, monitoren van bloeddruk, pols e.d., maar ook laboratoriumbepalingen) die relevante informatie opleveren.

In de praktijk is de psychiater dus ruimschoots geïnformeerd over de (bij)effecten van behandeling en over de persoonlijke beleving van de patiënt ten aanzien van die (bij)effecten, ook als het gaat om wilsonbekwame en niet verbaal communicerende patiënten.

De leden van de fractie van het CDA zijn het eens met wat wij in de nota naar aanleiding van het verslag hebben opgemerkt over de belangrijke rol van de personen in de sociale omgeving van de patiënt. Zij vragen of de rechter niet meer op dergelijke aspecten zou moeten letten. Wij zijn het met deze leden eens dat de rol die deze personen kunnen spelen zwaar weegt bij de

beantwoording van de vraag of een patiënt die een stoornis heeft die hem gevaarlijk maakt, desondanks buiten de instelling kan blijven. De rechter moet beoordelen of betrokkene op een veilige manier buiten de instelling kan blijven en dus of een voorwaardelijke machtiging voor betrokkene aan de orde kan zijn. Daarbij betreft de rechter of sprake is van de daarvoor noodzakelijke 'omstandigheden'. Tot die omstandigheden behoren zonder meer het bestaan van een structurerend sociaal kader, maar ook een goede relatie met de behandelaar en bijvoorbeeld een goede dagbesteding. Het bestaan van zulke omstandigheden in de thuissituatie van de betrokkene is in feite een *conditio sine qua non* voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging. Behandelaar noch rechter zal het traject van de voorwaardelijke machtiging ingaan wanneer de vereiste setting daarvoor ontbreekt.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe wij aankijken tegen de wens van enkele rechters en officieren van justitie voor aanvullende voorwaarden bij de voorwaardelijke machtiging, bijvoorbeeld dat uit de ziektegeschiedenis van de patiënt kan worden afgeleid dat hij zich aan de voorwaarden zal houden. Zoals wij hiervoor in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie al hebben gesteld, zal de rechter alle omstandigheden die een antwoord kunnen geven op de vraag of het verantwoord is de patiënt in de samenleving te houden, moeten wegen. De omstandigheden die de leden van de PvdA-fractie noemen zijn alle relevant. Er is niet voor gekozen de wegingsfactoren in de tekst van de wet op te nemen. De thans genoemde zijn dermate evident dat wij dat niet nodig achten. Wij hebben er alle vertrouwen in dat de rechters deze en wellicht nog andere factoren bij hun overwegingen zullen betrekken.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de vereenvoudiging van de procedure voor de voorwaardelijke machtiging niet zal leiden tot een verdere inperking van de zelfbeschikking van patiënten. Bij wetgeving op dit terrein speelt zelfbeschikking van patiënten een belangrijke rol. Naast redenen van grondrechtelijke aard is dat ook van groot belang voor een bestendige behandelrelatie. Als sprake is van gevaar veroorzaakt door een geestesstoornis, is het volledig respecteren van de zelfbeschikking niet haalbaar. In die situaties kan dwang worden toegepast om gevaar af te wenden. Dat dient altijd te gebeuren op de minst ingrijpende wijze. Een voorwaardelijke machtiging grijpt minder diep in het leven van een patiënt in en verdient in dat opzicht de voorkeur boven een machtiging die tot opnemingsrecht strekt. Met een voorwaardelijke machtiging kan een patiënt immers in zijn eigen omgeving blijven. Kan voor een patiënt geen voorwaardelijke machtiging worden afgegeven omdat hij niet instemt met de voorwaarden, dan resteert binnen de huidige wet als enige alternatief dwangopnemingsrecht, ook als verwacht mag worden dat de patiënt zich, hoewel hij niets of het tegendeel zegt, zich wel aan de voorwaarden zal houden. Bij dit wijzigingsvoorstel zijn wij ervan uitgegaan dat het voor patiënten minder ingrijpend en tegelijkertijd beter is als zij buiten de instelling kunnen blijven. Met het volledig respecteren van de zelfbeschikking in die zin dat de patiënt alleen met zijn formele instemming buiten een instelling kan blijven, is de patiënt letterlijk en figuurlijk verder van huis. Door – zoals nu wordt voorgesteld – de eis van formele instemming van de patiënt los te laten behoudt de patiënt, van wie aannemelijk is dat hij zich aan de voorwaarden zal houden, per saldo een grotere vrijheid doordat hij buiten de instelling kan blijven.

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke waarborgen het kabinet in de wet heeft verankerd om te voorkomen dat patiënten te snel worden opgenomen en hoe kan worden voorkomen dat het bestwilcriterium toch weer via de achterdeur wordt binnengehaald. Allereerst zij opgemerkt dat de criteria voor opnemingsrecht duidelijk in de wet zijn verankerd. Bij de voorwaardelijke machtiging is opnemingsrecht aan de orde bij het niet naleven van de (gevaarsafwendende) voorwaarden en in een situatie waarin betrokkene, hoewel hij de voorwaarden naleeft, toch gevaar veroorzaakt. Er is dus sprake van duidelijke, niet mis te verstane handhaving van het gevaarscriterium. Een extra waarborg is dat het bij de voorwaardelijke machtiging de geneesheer-directeur is die de patiënt kan doen opnemen en niet

de behandelaar. Daarbij zal de geneesheer-directeur zich altijd vooraf moeten vergewissen van de actuele geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de uitbreiding van de mogelijkheid van dwangbehandeling niet het risico meebrengt dat te snel naar dwang gegrepen zal worden. Met de leden van de fractie van de PvdA zijn wij van oordeel dat dwang een ultimum remedium moet blijven en dat aandacht, bejegening en vooral kwalitatief goede zorg belangrijk zijn voor het welbevinden van de patiënt. Wij weten dat goede zorg in veel gevallen kan voorkomen dat dwang moet worden toegepast. Dit heeft ook de aandacht van ons en van het GGZ-veld. Een goed voorbeeld hiervan is het project 'Dwang en drang in de psychiatrie' (van GGZ Nederland met financiële steun van VWS), dat als expliciet doel heeft het gebruik van dwang (met name separaties), binnen de grenzen van de Wet bopz, terug te brengen door de kwaliteit van zorg te verhogen en het bieden van alternatieven. In het kader van dit project wordt gewerkt met een scala van nieuwe interventies zoals het eerder dringend aanbieden van medicatie, het daarbij betrekken van familie of ervaringsdeskundigen, werken met anders aangeklede afzonderingsruimtes waar het personeel aanwezig blijft en stelselmatige evaluatie met de patiënt in geval een dwanginterventie heeft plaatsgevonden. Door genoemde omslag in het beleid is bij de deelnemende instellingen het aantal dwangbehandelingen (separeren) sterk afgenomen. Toch zal nooit alle dwang uit de zorg voor psychiatrische patiënten te bannen zijn. Het onderhavige wetsvoorstel maakt het mogelijk dat in sommige situaties niet langer sprake hoeft te zijn van een uitzichtloos lange dwangopneming zonder verdere inbreuken op de persoonlijke levenssfeer, maar dat gekozen kan worden voor dwang om de opneming tot een korter durend verblijf te kunnen beperken. Dat is inderdaad een uitbreiding van de mogelijkheden, maar een die de patiënt ten goede komt. Wij zijn niet bang dat als gevolg van die uitbreiding te snel naar dwang zal worden gegrepen. Behandelaars weten dat dwang een ultimum remedium is en dat zij de toepassing van dwang in een klachtenprocedure tot en met de Hoge Raad moeten kunnen verantwoorden. Ook moeten zij de toepassing van dwang melden aan de inspectie die een toezichthoudende taak in deze heeft.

De leden van de fractie van de PvdA hebben hun aarzelingen bij de redenering dat na het toedienen van dwangmedicatie kan worden gewerkt aan een meer effectieve begeleiding. Medicatie kan het effect hebben en heeft dat ook vaak, dat bij de patiënt ziektebesef of ziekte-inzicht ontstaat en dat dat besef of inzicht leidt tot medicatietrouw op vrijwillige basis of een andere behandeling waarmee de patiënt instemt.

Het gaat inderdaad om veronderstelde effecten die getoetst moeten kunnen worden. Daarom eist de voorgestelde regeling dat de behandelaar de dwangbehandeling op de nieuw voorgestelde grond aan een termijn bindt. Die termijn moet zo kort mogelijk zijn en mag nooit langer dan drie maanden bedragen. Deze regeling dwingt de behandelaar ertoe zich vooraf rekenschap geven van de beoogde effecten. Bovendien zal hij zijn keuzes moeten verantwoorden. De patiënt kan immers klagen als hij de termijn te lang vindt. Als na de door de behandelaar gestelde termijn toch nog dwangbehandeling nodig is, kan niet de behandeling eenvoudigweg worden voortgezet. Dan is een extra toets nodig. Daarom schrijft het voorgestelde derde lid van artikel 38c voor dat voortzetting alleen kan op basis van een schriftelijke beslissing van de geneesheer-directeur. Zoals elke beslissing zal ook deze gemotiveerd moeten worden. Die moet de conclusie kunnen dragen dat voortzetting van de behandeling succesvol zal zijn, hoewel in de voorgaande tijd dat succes nog niet is gebleken. Als de behandelaar meent dat de oude behandeling niet moet worden voortgezet, maar dat een nieuwe behandeling moet worden gestart, zal aangegeven moeten worden waarom van die nieuwe behandeling wel heil mag worden verwacht.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of wij ruimte zien voor een proef met de door de evaluatiecommissie bepleite commissies psychiatrische zorg. Wij zullen in het kabinetsstandpunt

over de derde evaluatie ingaan op de voorgestelde commissies en daarbij de mogelijkheid van proefprojecten betrekken.

#### Diversen

De leden van de SP-fractie willen graag weten met welke argumenten de bewindslieden de bewering van de Stichting Pandora willen weerleggen dat de positie van de patiënt verzwakt. Voor wat betreft de voorwaardelijke machtiging wordt naar onze mening de rechtspositie van de patiënt niet verzwakt door het vervallen van het instemmingsvereiste (ten aanzien van het behandelingsplan) en van de bereidverklaringseis (ten aanzien van de naleving van de voorwaarden). Om voor een voorwaardelijke machtiging in aanmerking te komen moet het gaan om patiënten die een gevaar vormen door hun geestesstoornis. Het uitgangspunt van dwang als ultimum remedium wordt gehandhaafd. De voorwaardelijke machtiging is het laatste alternatief voor een gedwongen opneming: wordt er geen voorwaardelijke machtiging afgegeven, dan zal hij gedwongen moeten worden opgenomen. Wij gaan ervan uit dat de patiënten gebaat zullen zijn bij de voorgestelde wijziging. Immers, nu kunnen ook patiënten die niet (kunnen) instemmen met de voorwaarden met een voorwaardelijke machtiging buiten de inrichting blijven. Het verblijven buiten een psychiatrische inrichting is onzes inziens te verkiezen boven een gedwongen opneming. De regeling heeft overigens niet voor alle patiënten gevolgen. Immers, wilsbekwame patiënten die bewust niet instemmen met de voorwaarden (behandelingsplan) zullen geen voorwaardelijke machtiging krijgen, omdat niet aannemelijk te maken valt, dat zij zich, ondanks hun weigering, aan de voorwaarden zullen houden.

Overigens merken wij op dat een voorwaardelijke machtiging de zelfbeschikking van de patiënt niet aantast: hij wordt immers niet rechtstreeks gedwongen.

Voor wat betreft de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling moet worden gesteld dat de wijziging inderdaad een inperking van de mogelijkheden tot zelfbeschikking en het met succes weigeren van een behandeling inhoudt. Dat is ook de bedoeling van dit wetsvoorstel: dwangbehandeling eerder mogelijk maken, zodat patiënten niet meer onbehandeld blijven, terwijl een behandeling hun toestand sterk kan verbeteren en het gevaar dat de stoornis veroorzaakt sterk kan verminderen of wegnemen.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of door de mogelijkheid van dwangbehandeling in en buiten de instelling (via de voorwaardelijke machtiging = drang) te verruimen het aantal en de duur van gedwongen opnemingen afneemt. Zij vragen naar harde cijfers.

De verruiming van de mogelijkheid dwangbehandeling toe te passen binnen de inrichting is erop gericht de opneming niet langer te laten duren dan in het belang van de patiënt nodig is.

Voorgesteld wordt immers dat dwangbehandeling mogelijk zal zijn als aannemelijk is dat zonder de behandeling het gevaar niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen. De huidige wet, die alleen dwangbehandeling toestaat als de patiënt binnen de inrichting gevaar veroorzaakt, maakt dat patiënten die dat gevaar niet veroorzaken, onbehandeld kunnen blijven.

Het gevaar dat leidde tot opneming wordt dan niet weggenomen. Dit leidt tot langdurige opnemingen van patiënten die met dit wetsvoorstel kunnen worden voorkomen.

Ook de regeling van de voorwaardelijke machtiging heeft invloed op het aantal machtigingen. Zij voorkomt opnemingen die vermeden kunnen worden zolang de patiënt zich aan de voorwaarden houdt. De registratiegegevens uit het Jaarbericht 2006 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg laten zien dat in 2006 door de rechtbanken 1.979 voorwaardelijke machtigingen zijn afgegeven. Ten opzichte van 2005 betekent dit een toename van 35,9 procent. Deze stijging gaat gepaard met een daling van het aantal machtigingen voortgezet verblijf.

De leden van de SP-fractie willen verder weten of het aantal gedwongen opnemingen zou kunnen toenemen gezien de afnemende tolerantie voor deviant gedrag in de samenleving. Deviant gedrag kan en mag op zichzelf genomen geen grond voor gedwongen opneming zijn. Voor een gedwongen opneming moet voldaan zijn aan het gevaarscriterium naast de andere

strikt geformuleerde criteria (stoornis, gevaar en causaal verband daartussen). Dit alles wordt door de rechter getoetst.

De leden van de SP-fractie vragen waar een overzicht is te vinden van aantallen gedwongen opnemingen, vrijheidsbeperkende maatregelen, gedwongen behandelingen, toepassen van observatie- en voorwaardelijke machtigen over 2006.

Elk jaar publiceert de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapportage over de Wet bopz waarin de registraties met betrekking tot de Wet bopz zijn opgenomen. Deze rapportage maakt onderdeel uit van het algemene Jaarbericht 2006 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In november 2007 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport "Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006" uitgebracht. Het rapport omvat een overzicht van de registratiegegevens uit het door de inspectie gevoerde landelijke registratiesysteem Bopzis over de jaren 2002 tot en met 2006.

De leden van de SP-fractie willen weten hoe wij van plan zijn de beslissingen tot gedwongen behandeling bij gedwongen opgenomen personen te beoordelen en te evalueren en wat wij van plan zijn als langdurige dwangbehandelingen toenemen.

De beslissing tot gedwongen behandeling ligt bij de behandelend psychiater. Een beslissing tot dwangbehandeling moet worden gemeld bij de IGZ. De inspecteur dient na beëindiging van de dwangbehandeling een onderzoek in te stellen. Tevens staat uiteraard de toegang tot de klachtcommissie open. Op basis van deze meldingen bij de IGZ ontstaat een beeld van eventuele ontwikkelingen op het gebied van dwangbehandelingen. Wij zullen de IGZ verzoeken dit nauwlettend in de gaten houden. Als het aantal langdurige gedwongen behandelingen toenemen, is dat een gegeven waarmee bij de te ontwerpen nieuwe wet rekening gehouden zal moeten worden.

Verder vragen de leden van de SP-fractie of wij van plan zijn de voorgestelde adviescommissie te installeren.

De leden van de fractie van de SP duiden kennelijk op de in het rapport van de evaluatiecommissie voorgestelde commissies psychiatrische zorg. Deze materie komt aan de orde in het kabinetsstandpunt op deze evaluatie.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of het in Nederland ook mogelijk is elektroshocktherapie gedwongen toe te passen als een patiënt dat in een eerder stadium heeft aangegeven, bijvoorbeeld via de zelfbindingsverklaring.

Heeft de patiënt volgens de daarvoor geldende regels in een zelfbindingsverklaring aangegeven met elektroshocktherapie behandeld te willen worden, dan is dit bij inwerkingtreding van de regeling over zelfbinding inderdaad onder dwang mogelijk, als de rechter een daartoe strekkende zelfbindingsmachtiging heeft afgegeven.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of in Nederland relatief (ten opzichte van andere landen) meer separatie en elektroshocktherapie wordt toegepast en dat beide ingrepen in aantal toenemen. 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.

Electro Convulsie Therapie (ECT) vindt vrijwel alleen plaats met een informed consent (dus vrijwillig) en slechts zelden met plaatsvervangende toestemming van een vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid en dan alleen nog maar om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. De richtlijncommissie voor vernieuwing van de ECT richtlijn zal in samenwerking met het Trimbos Instituut op korte termijn de ECT behandelingen gaan registreren. Ten aanzien van cijfers wijzen wij op het artikel 'De praktijk van elektroconvulsietherapie in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Resultaten van een enquêteonderzoek' (Tijdschrift voor Psychiatrie, 47, 2005). In dit artikel zijn de resultaten bekendgemaakt van een internationaal

onderzoek naar ECT verrichtingen in een aantal landen (o.a. de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Vlaanderen en India) in de periode 1999 – 2003. Hieruit blijkt dat in deze landen het aantal ECT verrichtingen hoger ligt dan in Nederland, namelijk gemiddeld 4,05 behandelingen per 10.000 inwoners per jaar. In Nederland is dit cijfer opmerkelijk lager 1,8 behandelingen per 10.000 inwoners.

Het kan zijn dat het aantal ECT verrichtingen in Nederland de komende jaren zal toenemen. ECT was gedurende lange tijd een behandeling die in de ban was gedaan. Daarvan is thans geen sprake meer

Voor wat betreft separatie is het moeilijk een vergelijking te trekken tussen Nederland en andere landen en een goed onderbouwde cijfermatige uitspraak te doen. Deskundigen hebben wel het gevoel dat separatie in Nederland meer wordt toegepast dan in andere Europese landen. Vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is beschreven dat dit onder andere te maken lijkt te hebben met de grote terughoudendheid in Nederland ten aanzien van het toedienen van dwangmedicatie. In feite vereist op dit moment artikel 38, vijfde lid, dat er een directe gevaarsituatie op de afdeling bestaat alvorens dwangbehandeling kan worden ingezet. Op het moment dat dit gevaar zich openbaart, is in veel gevallen het geven van dwangmedicatie niet meer effectief omdat medicatie enige tijd nodig heeft om in te werken. Zodoende grijpt men op het moment dat de in artikel 38, vijfde lid, bedoelde situatie speelt in eerste instantie naar een middel dat gevaar direct afwendt: separatie. Overigens wordt in veel gevallen daar dan dwangmedicatie aan toegevoegd.

Het verband tussen separatie en het gebrek aan voldoende en deskundig personeel is in de media beschreven. Ons zijn echter geen gevallen bekend waarbij dit het geval is geweest. Indien separatie als dwangbehandeling wordt toegepast, is melding aan de IGZ verplicht. Uit de beschikbare registratiegegevens blijkt dat het aantal separaties in Nederland sinds 2002 licht aan het afnemen is.

Wat betreft de vraag van de leden van de SP-fractie naar een aanpassing van de klachtregeling op het punt van een beroepsmogelijkheid voor de behandelaar, het volgende. In uw Kamer is er meermalen met onze ambtsvoorgangers over gediscussieerd. Dit heeft geresulteerd in de motie Hamel (Kamerstukken I 2005/06, 28 999, E) waarvan de bedoeling met dit wetsvoorstel wordt uitgevoerd in die zin dat het bestuur in kennis moet worden gesteld van de beslissing van de klachtencommissie. Dit stelt het bestuur in staat er voor te zorgen dat de behandeling van een patiënt niet in gevaar komt als sprake is van een beslissing waarmee de behandelaar meent niet uit de voeten te kunnen.

De evaluatiecommissie geeft in overweging om de mogelijkheid te openen voor een aangeklaagde instelling of behandelaar om in beroep te gaan tegen een uitspraak van de klachtencommissie. Dit is gedaan tegen de achtergrond van het bestaande stelsel van de Wet bopz. Aangezien wij streven naar een nieuwe wettelijke regeling ter vervanging van de Wet bopz, zal deze aanbeveling in het kader van de totstandkoming van deze nieuwe wettelijke regeling worden beschouwd.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of met de overheveling van een deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2008 de mogelijkheid van een vrijwillige opname zal afnemen, aangezien zij zich kunnen voorstellen dat deze asiel functie niet in een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) is te vatten.

Per 1 januari 2008 gaat alle geneeskundige GGZ vanuit de AWBZ naar de Zvw. Voor wat betreft klinische zorg/opname gaat het om alle opnames tot één jaar. Wanneer de klinische zorg langer dan 365 dagen duurt wordt de zorg na één jaar vanuit de AWBZ betaald. Het eerste jaar wordt vanuit de Zorgverzekeringswet betaald. Alle zorg in de Zorgverzekeringswet is in DBC's omschreven. Daarbij maakt het geen verschil of het gaat om een vrijwillige of een gedwongen opname.



De leden van de SP-fractie willen weten op welke manier overleg plaatsvindt tussen de minister van VWS en de programmaminister voor Jeugd en Gezin als het gaat om gedwongen opnemingen bij jeugdigen en het toepassen van andere dwangmaatregelen, die naast bescherming voor de jeugdige ook een pedagogisch oogmerk hebben. De Minister voor Jeugd en Gezin is beleidsinhoudelijk verantwoordelijk voor de jeugd-ggz, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verantwoordelijk voor het stelsel en de financiering van de jeugd-ggz en is samen met de Minister van Justitie verantwoordelijk voor de Wet bopz. Wijzigingen van de Wet bopz op het terrein van de jeugd worden in overleg met de Minister voor Jeugd en Gezin voorgesteld. Hierdoor kan de aansluiting met andere regelgeving waarvoor de Minister voor Jeugd en Gezin primair verantwoordelijk is (zoals de Wet op de jeugdzorg) worden gerealiseerd. Naar aanleiding van de motie Cörüz (Kamerstukken II 2006/07, 30 644, nr. 19) is op dit moment een wettelijke regeling in voorbereiding waarmee de rechtsposities van jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen in de jeugdzorg, in de jeugd-ggz en in de jeugd-lvg zoveel mogelijk worden geharmoniseerd.

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie welke ondersteuning geboden wordt met betrekking tot de voorlichting aan patiënten, familie en werkers in de GGZ over de Wet bopz en het opstellen van protocollen en deskundigheidsbevordering voor de beroepsgroep. Uit alle evaluaties van de Wet bopz tot nu toe is gebleken dat bij veldpartijen onduidelijkheid en onbegrip heerst rondom de toepassing van deze wet. Met het oog hierop zijn wij van plan op korte termijn nogmaals een voorlichtingstraject te starten. Uiteraard zal de onderhavige wetswijziging, als zij wordt aanvaard, deel uitmaken van deze voorlichting. Voor wat betreft het opstellen van protocollen en deskundigheidsbevordering voor de beroepsgroep wijs ik u erop dat het hier in principe om de professionele verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf gaat en onderdeel hoort uit te maken van het eigen kwaliteitsbeleid. Dat neemt niet weg dat VWS incidenteel projectsubsidie verleent voor het ontwikkelen van richtlijnen. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een 'beslisschema dwangopneming' door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. In dit project zal specifieke aandacht worden besteed aan de gewenste uniforme en optimale benutting van de Wet bopz. Het 'beslisschema dwangopneming' kan als leidraad voor psychiatrische praktijk dienen bij beslissingen over (het inzetten van de procedure tot) dwangopneming.

### **3. Artikelsgewijs**

#### Artikel 14a, vijfde lid

De leden van de fractie van het CDA vragen naar de inhoud van de rechterlijke toetsing waar het gaat om de inspanningsverplichting die aan de behandelaar is gegeven om tot overeenstemming te komen over de aan de machtiging te verbinden voorwaarden. De wet legt geen uitdrukkelijke inspanningsverplichting op aan de behandelaar. Die verplichting vloeit voort uit de eis dat hij dient te handelen als een goed hulpverlener en de eis dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet bieden. De inspanningsverplichting is geen wettelijk criterium op grond waarvan de machtiging kan worden verleend of worden afgewezen. Daarom staat bij de rechter niet de vraag centraal of er wel voldoende is gedaan om overeenstemming te krijgen, maar de beantwoording van de vraag of er van uit mag worden gegaan dat de patiënt de voorwaarden die maken dat hij niet hoeft te worden opgenomen, zal naleven.

#### Artikel 38

De leden van de CDA-fractie vragen naar de wijziging die in artikel 38 is aangebracht naar aanleiding van het advies van de Raad van State. Het aan de Raad van State voorgelegde wetsvoorstel voorzag in het geheel niet meer in overleg met de patiënt. Die omissie is hersteld.

Artikel 38c, derde lid.

Zoals hiervoor al is opgemerkt moet een inhoudelijke beoordeling ten grondslag liggen aan de beslissing van de geneesheer-directeur of een dwangbehandeling op grond van het nieuwe criterium (artikel 38c, eerste lid, onder a), mag worden voortgezet of dat een nieuwe dwangbehandeling mag worden begonnen. Het gaat immers om een behandeling die niet het resultaat had dat er van werd verwacht. De geneesheer-directeur zal dus niet simpelweg een handtekening kunnen zetten onder een eenvoudig briefje inhoudende dat dat met behandeling kan worden doorgegaan. Evenmin kan hij zo maar tekenen voor een andere dwangbehandeling. De beslissing is juist op een hoger niveau in de organisatie gebracht omdat goed bekeken moet worden of doorgaan zinvol is of, als een nieuwe behandeling nodig lijkt, waarom van die nieuwe behandeling wel succes mag worden verwacht.

Artikel 38c, vierde lid.

De leden van de CDA-fractie constateren ten slotte dat het voorgestelde artikel 38c, vierde lid, geen norm bevat aan de hand waarvan de in dit artikellid voorziene algemene maatregel van bestuur moet worden geformuleerd. De bepaling is opgenomen in navolging van het huidige artikel 38, vijfde lid, waarin eenzelfde bepaling is opgenomen. Destijds was de gedachte dat wellicht de elektroshock als dwangmiddel verboden zou moeten worden gezien het ingrijpende karakter van dat middel. Inmiddels is er zoveel veranderd dat dat middel niet meer als zodanig ingrijpend wordt beschouwd dat toepassing onder dwang verboden zou moeten worden. Er is dan ook nooit een algemene maatregel op grond van artikel 38, vijfde lid tot stand gekomen. Wij hebben geen concrete behandelingen in gedachte die verboden zouden moeten worden bij de toepassing van het nieuwe criterium. We willen wel graag beschikken over de mogelijkheid, mocht zich de behoefte aan zo'n verbod voordoen.

Het voorgestelde artikellid voorziet in de laatste volzin nog in de mogelijkheid van een tweede algemene maatregel van bestuur. Die strekt niet tot het in het leven kunnen roepen van een totaal verbod, maar tot het stellen van extra procedurele waarborgen als het gaat om ingrijpende behandelingsmethoden. Ook voor deze maatregel hebben wij nog geen toepassing in gedachten.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

De Minister van Justitie,

dr. A. Klink

dr. E.M.H. Hirsch Ballin