

Vergaderjaar 1997–1998

25 763

Evaluatie Wet BOPZ

Nr. 3

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 18 mei 1998

De vaste commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> en voor Justitie<sup>2</sup> hebben op 26 maart 1998 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, minister Sorgdrager van Justitie en staatssecretaris Terpstra van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de **brief van 27 november 1997 inzake het kabinetsstandpunt betreffende de evaluatie van de Wet BOPZ** (25 763, nr. 1). Van het overleg brengen de commissies bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissies

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD) vond dat uit de evaluatie, een gedegen werkstuk, blijkt dat de Wet BOPZ goed wordt uitgevoerd en voldoet aan de eisen die de Nederlandse samenleving daaraan kan stellen. Dit blijkt ook uit het over het algemeen instemmende karakter van de reacties op het kabinetsstandpunt. Zij verwees in dit verband naar het recent gehouden rondetafelgesprek. De lange totstandkomings-geschiedenis (vanaf 1971!) is blijkbaar niet voor niets geweest. Voor haar stond het zelfbeschikkingsrecht van het individu voorop; inbreuken die daarop gemaakt worden, vereisen een goede rechtsgrond en een wettelijke basis. Wat dat betreft kon zij het eens zijn met de conclusies over de reikwijdte van de BOPZ. In de Wet BOPZ is recht gedaan aan het gevaarscriterium. Een groot deel van de problematiek van de Wet BOPZ speelt zich af langs de scheidslijn van vrijheid van het individu en vrijheid van anderen. Een terugkeer naar het bestwilcriterium is onnodig en zelfs onwenselijk. Het gevaarscriterium werpt geen onoverkomelijke drempel op en doet recht aan de hoge bescherming van het zelfbeschikkingsrecht.

(PvdA), Zijlstra (PvdA), Van Heemst (PvdA), Aiking-van Wageningen (groep-Nijpels), Rabbae (GroenLinks), Koekkoek (CDA), J. M. de Vries (VVD), Van Oven (PvdA), Van der Stoel (VVD), Dittrich (D66), Verhagen (CDA), Rouvoet (RPF), B. M. de Vries (VVD), Van Bortel (D66), O. P. G. Vos (VVD), Van Vliet (D66).  
Plv. leden: Smits (CDA), Van den Berg (SGP), Van Blerck-Woordman (VVD), Marijnissen (SP),

Bremmer (CDA), Doelman-Pel (CDA), Wagenaar (PvdA), Feenstra (PvdA), Bijleveld-Schouten (CDA), Rehwinkel (PvdA), Noorman-den Uyl (PvdA), Apostolou (PvdA), Meyer (groep-Nijpels), Sipkes (GroenLinks), Biesheuvel (CDA), Rijpstra (VVD), Middel (PvdA), Passtoors (VVD), Wessels (D66), Van der Heijden (CDA), Leerkes (Unie 55+), Van den Doel (VVD), Roethof (D66), Weisglas (VVD), De Koning (D66).

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (groep-Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Bortel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woordman (VVD), Wessels (D66).

Plv. leden: Heeringa (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkma (PvdA), Koenders (PvdA), Beinema (CDA), M. M. van der Burg (PvdA), Rouvoet (RPF), Meyer (groep-Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), G. de Jong (CDA), Passtoors (VVD), Apostolou (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Hoogervorst (VVD), Van den Bos (D66).

<sup>2</sup> Samenstelling:

Leden: V. A. M. van der Burg (CDA), voorzitter, Schutte (GPV), Korthals (VVD), Janmaat (CD), Soutendijk-van Appeldoorn (CDA), Van de Camp (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, M. M. van der Burg (PvdA), Scheltema-de Nie (D66), Kalsbeek-Jasperse

Een hoofdstuk apart vormen de verkommerden en verloederden, en de dak- en thuislozenaanpak. De blijvende stijging van het aantal opnames in de BOPZ is een aanwijzing dat de drempel van het gevaarscriterium niet te hoog ligt. Wel moet worden bedacht dat de BOPZ een opname- en geen behandelingswet, en dus ook geen overlastinstrument is. De problematiek van de verkommerden en verloederden hoort in de eerste plaats thuis in de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Hoe gaat de minister van Justitie om met de uitspraak van de Raad van State over opname onder dwang voor langere duur dan de strafwetgeving toestaat? Zij verwees verder naar de brief over de problemen in Amsterdam en constateerde, zonder overigens te pleiten voor verdere opnames onder dwang, dat de meningsvorming op dit punt binnen het kabinet nog onvoldoende is. Het gaat vooral om de manier waarop de capaciteit wordt gebruikt en om de vraag, of er landelijk gezien tekorten zijn te signaleren. Zij betrok hierbij mede de asielfunctie van de GGZ, over de omvang waarvan nog steeds geen overeenstemming bestaat.

Mevrouw Van Blerck achtte het een goede zaak dat de zelfbindingsverklaringen nader worden bestudeerd. Daarbij is het niet de vraag óf deze verklaringen worden ingesteld, maar meer hóé dat gebeurt. De juridische problematiek op dit punt leek haar oplosbaar. Hoe gaat het met het onderzoek naar de merites van de schriftelijke wilsverklaring?

Ambulante dwangbehandeling omschreef zij als «zo licht mogelijke zorg, zo dicht mogelijk bij de thuissituatie», wat ook opgaat in de geestelijke gezondheidszorg. Vanzelfsprekend gelden ook hier de grenzen aan de individuele vrijheid. Deze extramuralisering van de zorgverlening kon volgens haar ook in de Wet BOPZ haar weerslag krijgen. In hoeverre is dit punt, waarin zij zich kon vinden, al op kortere termijn mogelijk dan in het stuk wordt aangegeven?

Zij signaleerde dat het kabinet niet ingaat op het oordeel van de RVZ, die meent dat wilsbekwaam verzet tegen behandeling in beginsel gehonoreerd moet worden, een oordeel dat door verschillende belanghebbendenorganisaties wordt gesteund. Behandeling van een wilsbekwame patiënt die zich tegen behandeling verzet, leek haar fractie in strijd met het zelfbeschikkingsrecht. In dit verband verwees zij naar de somatische zorg, waar zo'n behandeling bij verzet niet mogelijk is. Wat is het oordeel van het kabinet daarover?

Uitgaande van de rechtsbescherming van de patiënt is nader onderzoek noodzakelijk naar het bereidheidscriterium bij mensen die zich niet verzetten, maar ook niet aangeven te willen worden opgenomen, zeker als het gaat om opnames in verzorgingshuizen. Kan daarin meer inzicht worden geboden dan wat uit de stukken blijkt? Kan daar in de komende periode kritisch naar gekeken worden?

Mevrouw Van Blerck vroeg, of een meer actieve rol van de inspectie bij het klachtrecht niet wenselijk zou zijn. Kan het kabinet reageren op het voorstel om, gelet op rechtseenheid en signaalwerking, toch een cassatiemogelijkheid op dit punt op te nemen?

Met verbazing had zij kennisgenomen van het kabinetsstandpunt over de bevindingen van de evaluatiecommissie inzake de kinder- en jeugdpsychiatrie. Kan de minister meer concrete actiepunten noemen dan alleen «mogelijkheden tot verbetering onderzoeken»?

De inspectie, die overigens prima werk doet dient een sterkere rol te krijgen. De huidige rol, waarbij slechts wordt gecontroleerd of de formulieren aan de vereisten voldoen, is wat marginaal. In dit verband wees zij op de schriftelijke vragen die zij met enkele collega's heeft gesteld op dit punt.

Ten slotte constateerde mevrouw Van Blerck dat de Wet BOPZ nog moet worden aangevuld en de tijd moet worden gegund verder in de praktijk te worden gebracht.

De heer **Middel** (PvdA) karakteriseerde het kabinetsstandpunt als goed en helder. Hij was het eens met de uitgangspunten van de Wet BOPZ welke een opnamewet en geen behandelingswet is, hoewel daarover in het land heel anders wordt gedacht. Als knelpunten van de Wet BOPZ noemde hij de reikwijdte, de voorlichting – zeker naar de verschillende beroepsgroepen – de problematiek van de verkommerden en verloederden en ten slotte de balans tussen zelfbeschikking en dwang. De maatschappelijke discussie over dat dilemma moet verder worden gevoed en gevoerd; de politiek moet daaraan meedoen, zonder de pretentie te hebben er op korte termijn uit te komen. Het centrale probleem bij de Wet BOPZ is de spanning tussen enerzijds het fundamentele recht op zelfbeschikking en anderzijds de emotionele gevolgen van niet-behandelen voor de omgeving van de patiënt.

Hij onderstreepte het belang van goede voorlichting over de Wet BOPZ. Aan de andere kant mogen ondersteuners en hulpverleners zich niet verschuilen achter het gevaarscriterium in de Wet BOPZ; dit criterium mag nooit als excuus worden gebruikt om geen hulp te bieden. Verder moet worden nagegaan, welke aanvullende punten in de wet moeten worden opgenomen. Ook moet worden bekeken, welke maatregelen genomen kunnen worden om mensen die niet voldoen aan de criteria van de Wet BOPZ voor gedwongen opname hulp te bieden.

Hem was niet duidelijk geworden, hoe het kabinet de mogelijkheden voor dwangbehandeling, zij het onder strikte voorwaarden, wil vergroten. Wat wordt bedoeld met wat in het stuk staat over alternatieve vormen van hulp?

Hij constateerde een gebrek aan interdepartementale samenwerking tussen VWS en Justitie. Op het punt van de zelfbinding en dat van gedwongen behandeling van patiënten zonder ziekte-inzicht sloot hij zich aan bij de VVD-fractie. Beide aspecten moeten goed onderzocht worden. Hij vroeg in dit verband om een overzicht van de aanvullende mogelijkheden, het onderzoek dat daarvoor nodig is, de onderzoeksresultaten die al bekend zijn en de tijd die daarmee gepaard gaat.

De heer Middel vroeg wat de knelpunten zijn in «BOPZIS» en wat daaraan gedaan gaat worden. Hij sloot zich aan bij de opmerkingen van de VVD-fractie over het klachtrecht. De zin op bladzijde 62 van het stuk over het voorlichtingsplan vond hij niet duidelijk. Het gaat vooral om de toepassing van de wet. Voor de reactie van de minister op de situatie in Amsterdam geldt het spreekwoord «wie de bal kaatst, kan hem terugverwachten». Ten slotte vroeg hij een toelichting op de zinsnede, dat een deel van de problematiek in het westen zou worden veroorzaakt door de vermaatschappelijking van de GGZ, die weer zou leiden tot personeelstekort.

De essentie van het wetsvoorstel bestond volgens de heer **Bremmer** (CDA) uit de verhouding tussen rechtsbescherming en zorg, waarvan het evenwicht te veel is verschoven naar de rechtsbescherming ten koste van zorg en hulpverlening. Hij uitte waardering voor het georganiseerde rondetafelgesprek, het onderzoek van de evaluatiecommissie en het kabinetsstandpunt. Hem was de vaak wat negatieve uitstraling opgevallen van een begrip als «dwangbehandeling». Dit sluit absoluut niet aan bij de brede ervaring die is opgedaan bij behandeling en begeleiding. Hetzelfde geldt voor de erg negatieve uitstraling van psychofarmaca, een behandeling die zo nodig wel degelijk een uitkomst kan zijn om een vicieuze cirkel te doorbreken en herstel van draagkracht mogelijk te maken. De stelling dat de problematiek van verkommerden en verloederden de BOPZ-problematiek overstijgt, is aanvechtbaar.

Hij benadrukte de zorgelijke ontwikkeling dat het veld rechtsongelijkheid en -onzekerheid ervaart door de uiteenlopende interpretaties door de arrondissementsrechtbanken van de begrippen «ernstig gevaar» en «gevaar». Sommige organisaties beweren dat de individuele hulpverlener

of rechter onvoldoende op de hoogte is van de wet en de daarmee samenhangende jurisprudentie. Verder bestaan voor dwangopname en dwangbehandeling verschillende criteria, wat voor alle betrokkenen onduidelijkheid in de hand werkt. Het komt geregeld voor dat na gedwongen opname het directe, acute gevaar tijdelijk vermindert en het criterium voor dwangbehandeling net vervalt. Het is positief dat het kabinet de kritiek op het gevaarscriterium erkent; toch is het kabinet tegen aanpassing ervan. Hoe komt het dat nog jaren na de hierover verschenen brochure het veld een andere interpretatie aan een en ander geeft? De heer Bremmer ondersteunde de benadering van de inspectie van de gezondheidszorg om het begrip «gevaar» niet te smal te interpreteren. Is de op zichzelf uitstekende brochure hierover voldoende? Verder maakt het kabinet zich te gemakkelijk af van het voorlichtingsargument, waarbij hij verwees naar het nog steeds bestaan van het argument «te rigide wetsinterpretatie». Bovendien zijn bij deze materie veel schakels betrokken; als één van die schakels tot een negatief oordeel komt, kan bemoeienis gestaakt worden. Hij toonde zich geen voorstander van een gedoogbeleid. Het oprekken van de wet verdient geen schoonheidsprijs. Hij bepleitte om de grond voor een gedwongen opname, te weten «ernstig gevaar», te wijzigen in «gevaar». Steun gaf hij aan een recent voorstel van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie tot wijziging van artikel 2, lid 2 van de Wet BOPZ. Hiermee wordt tot uitdrukking gebracht dat door het niet behandelen van een stoornis de kwaliteit van het leven sterk wordt aangetast.

De Wet BOPZ doet geen recht aan de bijzondere situatie van mensen zonder ziekte-inzicht. Bij een tijdelijk gebrek aan ziekte-inzicht hoort het recht op zorg te prevaleren boven het recht op autonomie. Een vroegtijdige interventie bevordert een gunstig verloop van de ziekte. Hij vond het jammer dat het kabinet niet op dit pleidooi is ingegaan. Hoe denkt het kabinet over het feit dat de arts die een geneeskundige verklaring voor een IBS of RM moet afgeven, zelf kan bepalen dat het gevaar niet van die aard is dat gedwongen opname nodig is? Hij omarmde het voorstel van Ypsilon tot opstelling van een protocol of checklist, aan de hand waarvan de hulpverlener moet kunnen verantwoorden hoe hij/zij tot een bepaald oordeel is gekomen.

Ten onrechte neemt het kabinet de suggestie van de evaluatiecommissie om het bereidheidscriterium te doen vervangen door het bezwaar-criterium, niet over. Waarom wil het kabinet dit punt nogmaals onderzoeken bij een volgende evaluatie? Het kabinet is hiermee veel te passief jegens de groep verkommerden en verloederden.

De heer Bremmer vond het verontrustend dat bewoners van verzorgings-tehuizen worden gefixeerd of in hun vrijheid beperkt, zonder dat daarvoor een wettelijke basis bestaat of overplaatsing naar een verpleeghuis mogelijk is. Volgens hem had dat te maken met het personeelstekort in de verzorgingstehuizen. Eenzelfde overweging geldt voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, waar men de veiligheid van de patiënten vaak niet dan met rigoreuze maatregelen kan garanderen. Kan de minister het kabinets-standpunt inzake «pedagogische motieven» verduidelijken?

Welke VWS-afdeling bewaakt de grenzen van de afbouw van de asiel-functie? Zorg en justitie worden min of meer communicerende vaten; relatief goedkope bedden in de GGZ worden afgebouwd, terwijl relatief dure plaatsen in de TBS moeten worden opgevuld. Er mag absoluut geen heenzendingsbeleid in de zorg ontstaan. De brief van Amsterdam is wat dat betreft een signalering. Hij verweet het kabinet ook op dit punt passiviteit. Wat vindt het kabinet van de stelling dat de belasting van de colleges van B en W in de grote steden bij het afgeven van inbewaring-stellingen te zwaar wordt?

De suggesties inzake ambulante dwangbehandeling moeten positief worden bejegend. Het kan een goed instrument zijn voordat eventueel tot

opname wordt overgegaan. Ook op dit punt opereert het kabinet uiterst voorzichtig.

De conclusie op het punt van de zelfbindingsverklaring eindigt in de mist. Had qua termijnstelling niet wat concreter kunnen worden aangegeven hoe het verder gaat?

Ten slotte constateerde de heer Bremmer dat juridisering van de zorg, hoewel onontkoombaar, kan doorslaan. Te gedetailleerde regelgeving op centraal niveau kan creatieve en flexibele uitvoering van de meest noodzakelijke zorg op de werkvloer onbedoeld frustreren. In dit verband vond hij de slotbescherouwing van het kabinet illustratief; veel over de rechtspositie, maar nauwelijks iets over de zorgkant.

De heer **Fermina** (D66) vond dat de eerste evaluatie van de Wet BOPZ absoluut noodzakelijk is gebleken. De invoering van de wet heeft immers een grote verandering teweeggebracht bij de patiënt, de familie, de behandelaars en de rechterlijke macht. Is voldoende voorlichting gegeven voorafgaande aan de invoering van de Wet BOPZ? Hoe dient de ondersteuning door het kabinet van de andere actoren plaats te vinden? Wat zijn de eventuele financiële gevolgen daarvan? De rechtspositie van de patiënt is door de wet versterkt, zij het dat er problemen zijn met degenen die niet in een BOPZ-instelling verblijven, maar voor wie wel vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn. Op welke termijn kan voor hen een oplossing worden geboden? Zijn er tot dat moment richtlijnen waaraan verzorgenden zich dienen te houden, zo ja welke en wat is een «ingroeitraject voor verzorgingshuizen»?

Hij kon zich volledig vinden in het geven van betere voorlichting aan betrokkenen over de interpretatie van het gevaarscriterium, zij het dat betwijfeld wordt of dit voldoende is. Is hier wellicht sprake van een principiële verschil van inzicht tussen rechterlijke macht en praktijk? Over de vraag, of in de BOPZ een evenwicht is gevonden tussen het recht op gemeenschapsbelang en het recht op zelfbeschikking van het individu, is tijdens de rondetafelconferentie terecht opgemerkt dat dwangtoepassing altijd moet worden gezien als de laatste mogelijkheid om in te grijpen. Hij onderschreef derhalve de stelling dat gedwongen opname of behandeling een noodgreep is, die lang niet altijd tot genezing leidt en dus geen structurele oplossing biedt. Hoe moet in dit verband het advies worden gezien dat de minister hierover heeft gevraagd aan de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek over invoering van een zelfbindingsverklaring? Hoe moet het voorstel om een bepaalde categorie mensen een gedwongen behandeling te laten ondergaan worden gezien?

De heer Fermina was van mening dat bij invoering van een zelfbindingsverklaring de waarborgen voor de betrokken patiënten maximaal dienen te zijn. Hij stond positief tegenover de mogelijkheid als patiënt te kunnen kiezen tussen gedwongen opname en ambulante dwangbehandeling. Komen veel personen voor het laatste in aanmerking? Hij steunde het voorstel van de evaluatiecommissie niet om het gevaarscriterium weer in te voeren en daarmee het bereidheidscriterium opzij te zetten. Reden is dat daarmee de rechtsbescherming van de patiënt te veel wordt aangetast.

De evaluatie van de procedure rond het geven van een rechterlijke machtiging en een inbewaringstelling worden door het kabinet te gemakkelijk afgedaan. Waarom kan hier geen wettelijke bepaling worden ingevoerd? Hij pleitte voor het verplicht aanwezig zijn van de officier van justitie bij de zitting, waarmee in Amsterdam goede ervaringen zijn opgedaan. Het voorstel van het kabinet om met de VNG te bezien of in dit geval een draaiboek kan worden opgesteld, is onvoldoende. Hij onderschreef het kabinetsstandpunt om toe te zien op totstandkoming van netwerken, waarin alle betrokkenen inschatten of hulpverlening of opvang op een andere wijze dan in de BOPZ mogelijk is. Hoe denkt de

minister dit te bereiken? Zeer positief is het voorstel om beroep mogelijk te maken tegen de weigering om voorwaardelijk ontslag te verlenen. Op welke termijn kunnen voorstellen van het kabinet op dit punt worden verwacht? Wat zijn de sancties, indien bij controle door de inspectie van de interne rechtspositieregeling de huisregels, beleidsnota's, protocollen en andere voorschriften nog niet voldoen aan de BOPZ-bepalingen? Zijn deze sancties vaak toegepast na invoering van de BOPZ? Is dit een reden om het aantal medewerkers bij de inspectie uit te breiden? Het veel te laat invoeren van het klachtrecht bij de instellingen is niet langer te tolereren. Hoewel privacy zwaar weegt, is bij patiënten zonder partner een meldingsplicht van de instelling aan de naaste familie noodzakelijk. Wanneer kan een definitief kabinetsstandpunt hierover worden verwacht? Volgens de wet is alle verzet verzet. Uit de evaluatie blijkt echter dat niet alle instellingen zo met dit begrip omgaan. Volgens het kabinet dient het verzet van een wilsonbekwame patiënt gerespecteerd te worden. Is bij de aangekondigde operationalisering van de wet sprake van het afstappen van het duidelijke «verzet is verzet» van de wet? Hij stond volledig achter het kabinetsstandpunt inzake het klachtrecht en het beleid voor verkommerden en verloederden.

De heer Fermina vond dat de zelfbindingsverklaring en het ondergaan van een dwangbehandeling nauw aan elkaar zijn verwant, zodat er veel gelijklopende argumenten zijn om na onderzoek mogelijk tot verdere verruiming van de Wet BOPZ te komen. De reden om een verklaring tot gedwongen behandeling in te voeren, is het gegeven dat de Wet BOPZ niet de mogelijkheid geeft aan familie en zorgverleners van de patiënt om buiten de in de wet opgesomde omstandigheden voor het bestwil van de patiënt deze gedwongen te laten behandelen. Het recht op zelfbeschikking van de patiënt stond en staat voorop. Is er een oplossing te bedenken voor patiënten zonder ziekte-inzicht? Hij ging akkoord met het voorstel van het kabinet om een advies te vragen over de hoofdlijnen van zo'n regeling.

Ten slotte vroeg hij de reactie van het kabinet op de brief over de situatie in Amsterdam.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks) had moeite met een aantal begrippen in het stuk, zoals «verkommerden en verloederden». Het kabinetsstandpunt inzake deze kwetsbare groep is een toonbeeld van zorgvuldigheid en goede afweging, waarin zij zich heel goed kon vinden. Zij benadrukte dat voor haar partij de Wet BOPZ alleen een opname- en dus geen behandelingswet is. Over reikwijdte en inhoud van de wet moet betere voorlichting worden gegeven. Tussen zelfbeschikking en dwang moet zorgvuldig worden gewogen. Een maatschappelijke discussie daarover, van onderop gevoerd, is belangrijk. Mensen zijn gebaat bij behandeling en niet bij opsluiting. Het begrip «gevaar» hoeft niet te worden opgerekt. Bij het niet-voldoen aan het gevaarscriterium moet wel zorg worden geboden. Zorg staat altijd voorop.

Mevrouw Oedayraj Singh Varma onderstreepte het belang van een onderzoek naar de zelfbindingsverklaring. Als zo'n verklaring wordt ingevoerd, is aanwezigheid van een advocaat belangrijk, omdat duidelijk moet zijn wat de reikwijdte van de verklaring is.

De groep «verkommerden en verloederden» is erbij gebaat in de thuis- of buurtsituatie te worden geholpen, dus zo dicht mogelijk bij huis. Bekeken moet worden of wat dat betreft netwerkvorming mogelijk is. In dit verband verwees zij naar het Westerpark in Amsterdam. Is de staatssecretaris daarvan op de hoogte, zo ja, hoe werkt dit en kan dit worden uitgebreid?

Het klachtrecht moet goed geregeld worden. Kunnen de bewindslieden nader ingaan op het punt «dwangbehandeling van wilsonbekwamen»?

De heer **Marijnissen** (SP) had uit diverse voorbeelden begrepen dat hulpverlenende instanties zich vaak beroepen op de onduidelijkheid van de Wet BOPZ, waarover hij zich ernstig zorgen maakte. Hij onderstreepte de Wet BOPZ veel beter te vinden dan de oude Krankzinnigenwet. Het is onmogelijk te verdedigen dat mensen, die evident zelf niet kunnen uitmaken of zij voor verzorging in aanmerking willen komen dat oordeel toch zelf mogen geven. Moet dit geaccepteerd worden, of moet worden gekozen voor solidariteit? De term «verkommerden en verloederden» vond hij, in tegenstelling tot sommige sprekers, een goede.

In het kader van de Wet BOPZ is het moeilijk balanceren tussen zelfbeschikking en dwang. De groep mensen zonder ziekte-inzicht, met schizofrenie of manische depressies – naar schatting tussen 10 000 en 15 000 mensen – lijkt echter gevangen tussen zelfbeschikking en waardigheid. Voor deze groep mensen lijkt het zelfbeschikkingscredo te ver doorgeslagen. Het probleem is dat het gevaarscriterium onduidelijk te interpreteren blijkt. Denkt de minister werkelijk dat jurisprudentie en het aanpassen van de praktijk hieraan voldoende uitkomst bieden? Hoe kan de samenleving verlost worden van het probleem, waarin de Wet BOPZ als alibi wordt gebruikt om niet te doen wat verwacht wordt? Hoe kunnen regionale verschillen worden opgelost? Er moet een wettelijke inspanningsverplichting komen, die moet garanderen dat hulpverleners en rechter zich voldoende hebben vergewist van de toestand van de patiënt, alvorens zij al dan niet besluiten tot gedwongen opname. Er moet altijd een medische verklaring worden ingevuld, ook indien er geen gedwongen opname plaatsvindt. Hierin moet ook duidelijk zijn wat de alternatieve behandeling is.

De heer Marijnissen vond dat de patiënt recht heeft op het zelf aanvragen van deskundigenonderzoek. Omdat de kosten door de patiënt zelf moeten worden betaald, gebeurt dat echter vrijwel nooit. Hieraan moet aandacht worden besteed. Is dwangbehandeling van wilsbekwamen niet te rechtvaardigen, of is dit criterium bij gevaar niet bruikbaar? De groep mensen zonder ziekte-inzicht, voor wie een succesvolle behandeling bestaat, wordt hiermee aan haar lot overgelaten, waardoor zij op straat of in het justitiële circuit belanden. Zij betalen een te hoge prijs voor het recht op zelfbeschikking. Hij steunde het kabinetsstandpunt om te bekijken of uitbreiding van dwangbehandeling onder strikte voorwaarden mogelijk is. Wil het kabinet haast maken met het toegezegde onderzoek naar dwangbehandeling in niet-BOPZ-instellingen en bij vrijwillige opname? De overheid lijkt als het gaat om de jeugdigen ten onrechte een oogje dicht te knijpen.

Ambulante dwangbehandeling mag niet blijven steken in gedwongen medicatie. Betrokkenen hebben meer nodig dan alleen pillen. Een versterking van de ambulante GGZ is hard nodig. Het gevaarscriterium is hierbij niet bruikbaar; het gaat erom dat betrokkenen zorg, opvang en begeleiding krijgen. Er moet ook begeleiding komen wat betreft het orde op zaken stellen.

De heer Marijnissen sloot zich aan bij de vragen en opmerkingen over Amsterdam. Werkelijke vermaatschappelijking van zorg vergt het bestaan van een goed netwerk om mensen op te vangen die niet meer in de kliniek terecht kunnen. Het is tekenend dat dwangplaatsing direct kan gebeuren, terwijl wanneer iemand zelf geplaatst wil worden een wachtlijst van een halfjaar geldt. Binnen en buiten de kliniek moet voldoende personeel aanwezig zijn om de benodigde zorg te verstrekken. Zo niet, dan is het risico groot dat te snel uit onmacht naar het middel van dwang wordt gegrepen.

Hij vond het nodig dat nog eens wordt beklemtoond, waar alle problemen bij dit onderwerp vandaan komen. Verder vroeg hij zich af, waarom het hier zo'n moeilijk probleem betreft. Solidariteit, iets wat bij dit onderwerp van belang is, moet georganiseerd worden. De resultaten moeten beslissen over de vraag of het al of niet goed gebeurt. Volgens hem was

sprake van het laatste. Met wet- en regelgeving is de praktijk nog niet veranderd. De overheid kan slechts het raamwerk creëren: het gaat om de mensen in de frontlinie. Het dilemma is dat, hoewel er veel geregeld moet worden, er ook niet te veel geregeld kan worden. Hoe ziet de minister dit dilemma?

De heer **Van der Vlies** (SGP) verwees naar de complexiteit van de materie, waarbij de belangen van alle betrokkenen zorgvuldig tegen elkaar moeten worden afgewogen, en naar de lange periode die het heeft geveerd om tot een wettelijke regeling te komen. Verder verwees hij naar de ruime termijnen die zijn genomen voor externe advisering. Het was erg moeilijk om een prudent en delicaat evenwicht te bereiken, een evenwicht dat én maatschappelijk én individueel breed wordt gedragen. Voor deze inspanningsverplichting staat de politiek nog steeds.

Hij stond in het algemeen positief tegenover het kabinetsstandpunt ten aanzien van de evaluatie, dat een heldere opzet kent. Er is veelal rekening gehouden met de aanbevelingen, alsmede met het advies van de RVV. Het standpunt is echter te veel als een aanzet tot verdere discussie beschouwd. Een duidelijk plan van aanpak, met daarin aandacht voor voorgenomen wijzigingen van de Wet BOPZ, zou beter zijn geweest. Kunnen de bewindslieden op de punten waarover overeenstemming wordt bereikt, heel slagvaardig met de nodige implementatie komen?

Interpretatiekwesaties moeten worden opgehelderd, zodat gehandeld kan worden vanuit dezelfde begrippen. Is in de wet een juiste balans gevonden tussen de autonomie van de patiënt, met de daarbij behorende rechtsbescherming, en de aandacht voor gezondheidsbelangen en de omgeving van de patiënt? Het is niet realistisch, het stelsel al te veel overhoop te halen. Het bestwilcriterium mag niet te veel worden opgerek.

Van diverse zijden is erop aangedrongen de procedure rond de gedwongen opneming te bekijken. Hoe kijkt de regering aan tegen de suggestie die vanuit Amsterdam is gekomen om in plaats van de burgemeester het OM te belasten met de afhandeling van inbewaringstellingen? Hoe kan in crisissituaties tot kortere dan de huidige lijnen worden gekomen? Dit zou kunnen door meer inschakeling van de moderne communicatiemiddelen, zij het uiteraard op zorgvuldige wijze.

Goede voorlichting over de rechten en plichten die samenhangen met de Wet BOPZ is essentieel, niet alleen aan patiënten en hulpverleners, maar zeker ook aan hun verwanten. De laatste categorie ontbrak volgens de heer Van der Vlies bijna volledig. De ambulante dwangbehandeling voor psychotische patiënten zonder ziekte-inzicht wordt in het regeringsstandpunt en in de Wet BOPZ gemist, hoewel bij deze groep de problemen het meest pregnant naar voren komen. Erkent de regering dit? Is hier geen kordaat optreden van de hulpverleners gewenst, dat achteraf zorgvuldig kan en moet worden verantwoord?

Voor bepaalde categorieën zag de heer Van der Vlies de toegevoegde waarde van de zelfbindingsverklaring. Moet direct worden overgegaan tot één juridische verankering daarvan? Dit instrument behoeft zorgvuldige conditionering. Bestaat daarvoor voldoende onderzoeksmateriaal? Daarbij gaat het om het principe en de vormgeving.

Hij vroeg of de regering mogelijkheden ziet om een onderscheid te maken tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet, waarbij ten aanzien van de laatste groep zonder meer zou kunnen worden overgegaan tot gedwongen behandeling. Hij sloot zich aan bij de vragen over het klachtrecht.

Het stak hem zeer dat in de praktijk van het leven veel heen en weer geschuif bestaat – het woord «gesol» is genoemd – rond verkommerden en verloederden en zorgwekkende zorgmijders. De kwaliteit van de samenleving zou er borg voor moeten staan dat dat niet kan en niet hoeft. Daarbij gaat het om de trits preventie, zorg/behandeling en nazorg. Alle betrokkenen moeten de weg weten, wat concrete, helder aangeduide



netwerken inhoudt. Aan een heldere toegang tot zorgcircuits en versterking van de ambulante hulp zou moeten worden gewerkt. Hierbij noemde hij het proces van individualisering. Het proces van ontkerstening brengt mensen niet zelden in een vacuüm aan zingeving in het leven.

### **Antwoorden van de bewindslieden**

De **minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport** zei dat op 25 maart 1998 overleg heeft plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de Amsterdamse psychiatrische ziekenhuizen, het grootste ziekenfonds van Amsterdam en omstreken, de gemeente en de Amsterdamse patiëntenorganisaties. Daarbij is uitdrukkelijk gesteld dat het niet de bedoeling van het Amsterdamse is meer geld of capaciteit te vragen. De zelfdiagnose die is gemaakt, houdt in dat een door alle betrokken partijen opgestelde analyse ontbreekt van de problematiek, de oorzaken daarvan en een gezamenlijk actieplan daarvoor. De samenwerking in Amsterdam moet structureel verbeterd worden, waarvoor een plan zal worden opgesteld. Een noodplan dat daarbovenop zal worden opgesteld, zal het poolen van bedden inhouden op een niveau boven de subregio's. Het probleem moet om te beginnen weer op Amsterdamse schaal worden aangepakt. Verder zullen samenwerkingsafspraken worden gemaakt op het gebied van personeelsvoorziening. Men wil op korte termijn extra separeer-voorzieningen opstarten, waartoe men kans ziet zonder extra geld uit Den Haag. De Stichting samenwerkende instellingen gezondheidszorg in de regio Amsterdam (SIGRA) zal het voortouw nemen. Zij wist niet waarom een dergelijk voorspel nodig was voordat tot activiteiten wordt gekomen. Met problemen in andere steden wordt op dezelfde manier omgegaan. Overigens zijn de problemen die in de diverse steden bestaan, niet aangemeld bij het ministerie.

Zij benadrukte dat met de Wet BOPZ gepoogd is een nieuw evenwicht te vinden. Het juiste uiteindelijke evenwicht is waarschijnlijk nog niet helemaal gevonden. De emancipatielijn, en het meer recht doen aan en tonen van begrip voor zelfbeschikking en autonomie van de patiënt, zijn doorgezet. Juist omdat het evenwicht nog niet is gevonden, is het heel belangrijk dat de Wet BOPZ betrekkelijk snel geëvalueerd kon worden. Het is belangrijk dat de evaluatiecommissie heeft geconstateerd dat de centrale doelstelling, het bieden van adequate rechtsbescherming bij en tijdens gedwongen opname, positief kan worden gewaardeerd, evenals het feit dat uit de evaluatie blijkt dat de Wet BOPZ het verkommeren en verloederen niet in de hand werkt. Het hoofdpunt in de evaluatie is het evenwicht tussen dwang, drang en neiging tot zorg en helpen aan de ene kant, en zelfbeschikking aan de andere kant. Zij vond het begrijpelijk dat het aspect «dwang» in de diverse betogen was benadrukt. Toch was zij het eens met diegenen die beweren dat dwang mensen van de zorgkant afkeert: de «zorgwekkende zorgmijders». Vertrouwen is heel belangrijk: zonder vertrouwen kan er geen therapeutische relatie totstandkomen. Dwang kan ten koste gaan van dat vertrouwen.

Het kabinet is van plan om voor gedwongen behandeling ruimere mogelijkheden te scheppen voor gedwongen behandeling, waarbij gedacht kan worden aan ambulante dwangbehandeling, de zelfbindingsverklaring en de dwangbehandeling van gedwongen opgenomen patiënten zonder ziekte-inzicht. Niet-opnemen betekent overigens niet dat er helemaal niets moet worden gedaan. Hulpverleners mogen de Wet BOPZ nooit als een argument gebruiken om de andere kant uit te kijken. Als één van de oorzaken van het feit dat dit toch voorkomt, noemde de minister de antipsychiatriebeweging, die erg lang heeft doorgewerkt. Het kabinetsstandpunt inzake de zelfbindingsverklaring is, voorzover het de juridische vormgeving betreft, vrij ver uitgewerkt, wat niet betekent dat dit beginsel direct kan worden ingevoerd. Aan de Nederlandse organisatie

voor wetenschappelijk onderzoek is gevraagd onderzoeksprogramma's te laten ontwikkelen over de mogelijke juridische en ethische knelpunten hierbij.

De minister onderstreepte het standpunt van het kabinet dat ambulante dwangbehandeling als alternatief voor gedwongen opname mogelijk zal worden gemaakt. Hiervoor zal een regeling worden uitgewerkt. Zij had de indruk dat de Kamer haar daarin steunde.

Omdat de huidige criteria voor dwangbehandeling in de Wet BOPZ voor patiënten zonder ziekte-inzicht kunnen leiden tot het onthouden van effectieve zorg, wil het kabinet deze criteria verruimen. Het zou daarbij moeten gaan om een behandeling die een aanzienlijke verbetering van de ziekte-toestand kan betekenen, waarbij gedacht kan worden aan het criterium «een bijna-garantie op een betekenisvolle verbetering van de gezondheidstoestand». Bij de invoering is wederom de steun van deskundigen ingeroepen.

De IGZ heeft bij klachten alleen een taak bij de doorgeleiding van artikel 41-klachten naar de rechter; de IGZ heeft geen directe rol in het klacht-recht. Wel wordt vaak onderzoek verricht als er meldingen zijn, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg of over de rechtspositie van een individuele patiënt. Er is veel activiteit van de inspectie geestelijke gezondheidszorg rond klachten. Met het oog hierop wordt het aantal formatieplaatsen bij de inspectie uitgebreid met vijftien, waarvan er inmiddels acht zijn ingevuld.

Voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de pedagogische maatregelen geldt dat een grijs gebied aanwezig is tussen het toepassen van dwang en doen wat nodig is bij het opvoeden. Het Trimbosinstituut is gevraagd daar nader onderzoek naar te doen en conclusies te trekken.

De voorlichting over de BOPZ is zeer ruim en open geweest. Met het veld wordt de informatiebehoefte geïnventariseerd. Nieuw beleid dringt traag door tot de beroepsgroep. De bestaande voorlichting geldt ook voor de verwanten. Het door sommige sprekers aangetoonde hiaat in de voorlichting aan verwanten zal worden meegenomen in de informatie-inventarisatie.

De op drie punten voorgestelde veranderingen vereisen wetswijzigingen, inclusief een preadvies. De minister kon hiervoor geen concreet tijdspad aangeven. Zij benadrukte het oneens te zijn met het voorstel van de heer Bremmer tot herinvoering van het bezwaarcriterium. Zij was het eens met de wens dat binnen de GGZ voldoende asielfunctie aanwezig blijft. Hierover bestaat constant contact tussen het veld en de betreffende beleidsdirectie.

Het kabinet is niet afgestapt van het beginsel van «verzet is verzet». De Wet BOPZ zal op dat punt ongewijzigd blijven. Wel kunnen mensen onder bepaalde omstandigheden als zij zich verzetten toch gedwongen behandeld worden.

Volgens de inspectie zijn instellingen steeds bereid tot aanpassingen, als blijkt dat huisregels en protocollen niet conform de BOPZ zijn. Het ultimatum remedium van sluiting van instellingen is nog nooit voorgekomen.

De **minister van Justitie** dacht dat, omdat inmiddels meer bekend is over de verloederden- en verkommerdenproblematiek, men in staat zou moeten zijn om daar adequater mee om te gaan; soms lijkt het er echter op alsof dat niet gebeurt. Bedacht moet worden dat het voor de politie, die vaak de laatste instantie is die zich met dit probleem bemoeit, erg moeilijk is om het goed te doen. Zij begreep absoluut niet, wat werd bedoeld met de opmerking dat de departementale samenwerking tussen Justitie en VWS niet deugt. Wel kon zij het eens zijn met de stelling dat die samenwerking op lokaal niveau niet altijd sluitend is. Zij onderstreepte dat de aanwezigheid van een wet, in dit geval de Wet BOPZ, niet garant staat voor het oplossen van alle maatschappelijke

problemen. Wel moet de wet zo goed mogelijk worden toegepast, onder andere om te voorkomen dat mensen onnodig worden opgenomen in gevangenissen en TBS-instellingen. Het wetsvoorstel strafrechtelijke opvang van verslaafden moet worden gezien als een poging daartoe. De Raad van State vindt het daarin voorgestelde overigens erg ingrijpend; het wetsvoorstel moet beter worden onderbouwd. Daar wordt aan gewerkt.

De Wet BOPZ, een opnamewet, moet gezien worden als een goede reactie op de Krankzinnigenwet. Cruciaal daarbij is het criterium voor de opname, te weten het gevaarscriterium. «Ernstig gevaar» wordt gebruikt voor dwangbehandeling, bij de opname wordt alleen «gevaar» genoemd. Zij was tegen het schrappen van het woord «ernstig» in het begrip «ernstig gevaar». Met het opnemen van het huidige criterium is een juist evenwicht gevonden tussen het recht op zelfbepaling en het voorkomen van gevaar. Vervolgens is het de vraag, hoe met dat criterium wordt omgegaan. Een van de sterke punten ervan is dat daarmee anticiperend kan worden gehandeld. Probleem is dat er veel moet gebeuren voordat een zaak bij de rechter komt. De voorlichting zal mede gericht moeten worden op de mensen in de voorfase: hulpverlening, psychiatrie en de officieren van justitie. In 1995 is daartoe een brochure van de inspectie uitgegaan. Een wet moet niet te snel veranderd worden als kan worden bedacht dat met een goed gebruik van de bestaande wet de gewenste situatie kan worden bereikt.

Over het bereidheidscriterium merkte de minister op dat een oordeel van de rechter moet worden gevraagd als een psychiatisch patiënt zich niet bereid verklaart, maar ook geen bezwaar uitspreekt.

Zodra de knelpunten die rond de zelfbeschikkingsverklaring leven zijn opgelost, zal begonnen worden met de opstelling van een wetsvoorstel. De minister zegde voor wat betreft het klachtrecht toe te zullen bekijken op welke manier een rechtseenheidsvoorziening in het leven kan worden geroepen.

Over het inschakelen van de officier van justitie bij inbewaringstellingen merkte zij op dat ook deze niet deskundig is. Bovendien achtte zij het principieel verkeerd dat een officier van justitie de beschikking tot IBS afgeeft, omdat dit een veel te grote vermenging inhoudt met andere taken die onder de officier van justitie vallen.

Het computersysteem bij de parketten functioneert nog niet optimaal, omdat de gegevens nog niet op de juiste manier worden ingevoerd. Hieraan wordt aandacht besteed.

#### **De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

benadrukte al sinds 1977 – toen als Kamerlid – bezig te zijn met de materie. De antipsychiatrie was volgens haar een reactie op de Krankzinnigenwet. Het evenwicht tussen zorg en dwang is nog steeds niet gevonden, zij het dat wel kleine vorderingen worden gemaakt. Ook voor zorgwekkende zorgmijders bestaat een maatschappelijke verantwoordelijkheid, waarvoor buiten de Wet BOPZ om oplossingen moeten worden gevonden. Er zal altijd moeten worden gewerkt met netwerkvorming, waarbij alle actoren samenwerken in een buurtgerichte, zo dicht mogelijk bij de patiënt op te zetten hulp, in een een-op-eenmaat.

De staatssecretaris toonde zich bereid te bezien of van het zeer succesvolle Amsterdamse project «zorgwekkende zorgmijders» een pilotproject kan worden gemaakt, dat eventueel kan worden aangeboden aan anderen om te voorkomen dat zij het wiel opnieuw gaan uitvinden. In dit verband verwees zij naar het Haagse dak- en thuislozenproject.

Zij besteedde vervolgens aandacht aan de vraag, of de Wet BOPZ alle noodzakelijke zorgsectoren bedient. De verzorgingshuizen hebben te maken met een vergroting van het aantal psychogeriatrische bewoners, waar iedere keer een afweging zal moeten worden gemaakt tussen zorg aan de ene kant en beperking van de vrijheid aan de andere kant. Mede op

aandrang van de inspectie wordt heel gericht bekeken welke verzorgingshuizen met opvang van psychogeriatrische patiënten onder de Wet BOPZ kunnen worden gebracht. Dit zal een oplossing op termijn worden. De inspectie zal in de tussentijd richtlijnen vervaardigen, die beginnen met de aanwezigheid van een zorgplan en een goede regeling van de medische verantwoordelijkheden. Verder wordt gewerkt aan een ingroeitraject, waarbij in ieder geval de verpleegunits die in toenemende mate gerealiseerd zullen gaan worden, als dependance van verpleeghuizen onder de Wet BOPZ zullen worden gebracht.

De staatssecretaris begreep niet goed waarom de heer Bremmer had gepleit voor het herintroduceren van het bezwaarcriterium voor verloederden en verkommerden. Volgens haar helpt dit niet, want het bezwaarcriterium geldt alleen voor die mensen, die niet expliciet weigeren, terwijl de zorgmijders nu juist degenen zijn die expliciet weigeren. Het bereidheidscriterium geldt inderdaad niet voor de opname in verpleeghuizen van psychogeriatrische patiënten en van verstandelijk gehandicapten in die instellingen. Als dat wel zo zou zijn, zou dat leiden tot zeer grote aantallen machtigingen. Voor deze groepen is bij verzet van betrokkenen een machtiging vereist. Maar als verzet en bereidheid ontbreken, geldt de indicatieprocedure.

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie,  
V. A. M. van der Burg

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