

## Voorzitter: Dolman

Tegenwoordig zijn 129 leden, te weten:

Alders, Andela-Baur, Van Baars, Beckers-de Bruijn, Ter Beek, De Beer, Beinema, Van den Bergh, J. D. Blaauw, De Boer, De Boois, Borgman, Braams, Brouwer, Van der Burg, Buurmeijer, Castricum, Cornelissen, Couprie, Dales, G. C. van Dam, M. P. A. van Dam, Dees, Dijkman, Dijkstal, Van Dis, Van der Doef, Dolman, Engwirda, Van Erp, Van Es, Eshuis, Evenhuis, Evenhuis-van Essen, Eversdijk, Faber, Franssen, Frinking, Gerritse, Groenman, Gualthérie van Weezel, Haas-Berger, Van Heemskerck Pillis-Duvekot, Van der Heijden, Hennekam, Herfkens, Hermans, Hermes, Hermsen, Hummel, Van Iersel, Jabaaij, Jacobse, Janmaat, Joekes, Jorritsma-Lebbink, Kamp, Keja, Van Kemenade, Knol, De Kok, Kombrink, Konings, Van der Kooij, De Korte, Korthals, Kosto, Kraaijeveld-Wouters, Krajenbrink, De Kwaadsteiniet, Laning-Boersema, Lankhorst, Lauxtermann, Leerling, Linschoten, Lucassen-Stauttner, Mateman, Meijer, Metz, Mik, Moor, Müller-van Ast, Niessen, Van Nieuwenhoven, Nijhuis, Nijland, Nijpels, Van Noord, Nypels, Van Ooijen, Oomen-Ruijten, Den Ouden-Dekkers, Patijn, Paulis, Poppe, Rempt-Halmmans de Jongh, Van Rey, Rienks, Van Rossum, Schartman, Schreuders, Schutte, Van der Spek, Spieker, Terpstra, Tommel, Van den Toorn, Toussaint, Tripels, Den Uyl, Ter Veld, Veldhoen, Te Veldhuis, De Visser, Van der Vlies, Van Vlijmen, Voorhoeve, B. de Vries, K. G. de Vries, De Waart, Wagenaar, Wallage, Weijers, Weisglas, Wessel-Tuinstra, Wiebenga, Willems, Wöltgens en Zijlstra,

en de heren Van den Broek, Minister van Buitenlandse Zaken, Korthals Altes, Minister van Justitie, De Ruiter, Minister van Defensie, mevrouw Smit-Kroes, Minister van Verkeer en Waterstaat, de heren Brinkman, Minister van Welzijn, Volksgezondheid

en Cultuur, Van Leijenhorst, Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, De Graaf, Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Van der Reijden, Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De **Voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mee, dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden;

Lansink, wegens bezigheden elders, de hele week;

Worrell, Tazelaar, Salomons, Stoffelen, Van der Santen, Scholten en Aarts wegens verblijf buitenslands, de hele week;

Stemerdink, Duinker, Ubels-Veen en Buikema, wegens ziekte de hele week;

De Pree en Wolters, wegens bezigheden elders.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

De **Voorzitter**: Ingekomen is een brief d.d. 30 augustus 1983 van collega Schreuders, van de volgende inhoud: 'Hierbij deel ik U mede, dat ik met ingang van 7 september 1983 het lidmaatschap van de Kamer beëindig. Politieke meningsverschillen in mijn partij, welke nu ook dreigden te leiden tot een vertroebeling van persoonlijke verhoudingen binnen haar kamerfractie, liggen aan mijn weloverwogen besluit ten grondslag.

Hoewel ik slechts gedurende ruim anderhalf jaar in de Kamer heb kunnen werken, heeft deze periode in alle opzichten mijn overtuiging van de fundamentele betekenis van ons parlementair democratisch stelsel bevestigd.

In U dank ik alle medeleden met wie ik heb mogen samenwerken en tevens dank ik medewerkers en personeel van de Kamer voor hun ondersteuning der werkzaamheden.

Hoogachtend,  
(w.g.) G. Schreuders'.

Van deze brief is mededeling gedaan aan de Voorzitter van het Centraal Stembureau en aan de Minister van

Binnenlandse Zaken. Ik stel voor, deze brief voor kennisgeving aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

De **Voorzitter**: Het past 147 onzer niet zich te mengen in binnenlandse aangelegenheden van de CPN. Ik meen echter namens de gehele Kamer te mogen zeggen, dat wij het vertrek van de heer Schreuders om persoonlijke redenen betreuen.

De overige ingekomen stukken staan op een lijst, die op de tafel van de griffier ter inzage ligt. Op die lijst heb ik ook voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan, dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

Het Presidium heeft met eenparigheid van stemmen besloten te stellen in handen van:

a. de vaste Commissie voor Financiën: de brief van de Minister van Financiën over Privatisering (17 938, nr. 1),

b. de vaste Commissie voor Verkeer en Waterstaat: de brief van de Minister van Verkeer en Waterstaat over Privatisering van het loodswezen (17 938, nr. 2),

c. de vaste Commissie voor Economische Zaken:

het wetsontwerp Machtiging tot deelneming in de besloten vennootschap Vredestein Banden B.V. en vergroting van de deelneming in de naamloze vennootschap Vredestein N.V. (18 033).

## Regeling van werkzaamheden

De **Voorzitter**: Ik stel voor aan de orde te stellen op dinsdag 13 september bij de aanvang van de vergadering de brief van het Presidium over het ontslag van een plaatsvervangend griffier en benoeming van haar opvolger (18 040).

## Voorzitter

Ik stel voor te behandelen op donderdag 8 september na het vragenuurtje de wetsontwerpen:

Wijziging van de Wet van 23 september 1959 (Stb. 352), houdende regeling voor het heffen van havengeld in de havens van het Staatsvisserijbedrijf te IJmuiden (17939);

Wijziging van hoofdstuk VII (Departement van Binnenlandse Zaken) van de aanwijzing en de raming van de middelen tot dekking van de uitgaven van het Rijk voor het jaar 1980 (17972).

In verband met de beschikbaarheid van de Minister van Buitenlandse Zaken stel ik voor nu eerst te stemmen over de motie 18031, nr. 3 en de moties 18037, nrs. 1 en 2.

Overeenkomstig de voorstellen van de Voorzitter wordt besloten.

De **Voorzitter**: Op verzoek van de fractie van de PvdA benoem ik in de vaste Commissie voor Justitie de heer Alders als plv. lid in de bestaande vacature.

Aangezien geen van de beide Kamers der Staten-Generaal en – voor zoveel nodig – evenmin de gevolmachtigde Minister van de Nederlandse Antillen, uitdrukkelijk goedkeuring heeft gevraagd van de internationale Overeenkomsten gedrukt onder de nummers 17935 en 17951 (R 1232), die op respectievelijk 27 mei 1983 en 7 juni 1983 aan de Kamer zijn overgelegd, stel ik voor deze stukken voor kennisgeving aan te nemen.

Ik stel voor, alsnog de volgende, zuiver redactionele wijzigingen aan te brengen in het Reglement van Orde, zoals dit op 13 september a.s. in werking zal treden.

In het tweede lid van artikel 13 wordt het woord 'eerste' vervangen door: derde.

In de eerste volzin van het eerste lid van artikel 22 worden de woorden 'een vaste commissie voorzien' vervangen door: een commissie voorzien.

In het tweede lid van artikel 47 wordt het woord 'wetsontwerp' vervangen door: wetsvoorstel.

In artikel 64 wordt 'het Reglement van Orde' vervangen door: dit Reglement.

In het derde lid van artikel 150 wordt het woord 'ingediend' vervangen door: aanhangig gemaakt.

In het derde lid van artikel 164 wordt het woord 'ingediende' vervangen door: aanhangig gemaakte.

In de nieuwe druk van het Reglement van Orde zijn deze correcties al verwerkt.

Overeenkomstig de voorstellen van de Voorzitter wordt besloten.

De **Voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Van der Spek, die het heeft gevraagd.

De heer **Van der Spek** (PSP): Mijnheer de Voorzitter! Het buitengewoon ernstige incident van de vorige week van het neerschieten van een Zuidkoreaans burgervliegtuig door de Sovjet-Unie, geeft mij aanleiding tot het doen van het volgende voorstel. Het lijkt mij dat dit incident belangrijk genoeg is om aan de Minister van Buitenlandse Zaken te vragen een notitie over deze zaak, met daarin de reactie van de Nederlandse Regering, aan de Kamer te zenden, zodat wij daarover eventueel een discussie kunnen voeren. Ik stel dan ook voor, u mijnheer de Voorzitter te vragen dit verzoek tot de Minister van Buitenlandse Zaken te richten.

De heer **Ter Beek** (PvdA): Mijnheer de Voorzitter! Louter ter informatie van de Kamer deel ik mede dat zoëven is besloten, aan de agenda voor het mondeling overleg dat de betrokken vaste Kamercommissie met de Minister van Buitenlandse Zaken vanavond zal voeren de kwestie die de heer Van der Spek zoëven noemde, toe te voegen.

De heer **Van der Spek** (PSP): Een notitie zwart op wit lijkt mij aanzienlijk beter, maar ik vind dit ook best.

---

Aan de orde is de **stemming** over een motie, ingediend op 31 augustus 1983 bij het debat over **Suriname**, te weten de motie-Den Uyl/Engwirda over het instellen van een bijzondere commissie ex artikel 16 van het Reglement van Orde (18031, nr. 3).

Deze motie wordt bij zitten en opstaan verworpen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, D'66, de PSP, de CPN, de PPR en de Centruumpartij voor deze motie hebben gestemd en dat de fractie van de EVP niet aanwezig is.

Ik stel voor, de stukken 18031, nrs. 1 en 2 voor kennisgeving aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen** over twee moties, ingediend op 1 september 1983 tijdens de interpellatie-K. G. de Vries/Engwirda over **kruisvluchtwapens**, te weten:

de motie-K. G. de Vries/Meijer over uitstel van plaatsing van kruisvluchtwapens (18037, nr. 1);

de motie-Engwirda over het meetellen van de Britse en Franse kernmachten (18037, nr. 2).

De **Voorzitter**: Mij is verzocht, de beraadslaging te heropenen. Ik stel voor, aan dit verzoek te voldoen.

Daartoe wordt besloten.

□

De heer **Engwirda** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! Naar aanleiding van het interpellatiedebat van de vorige week heb ik een paar kleine wijzigingen aangebracht in de motie die ik toen heb ingediend. De motie is vanochtend rondgedeeld. Ik verzoek u, mijnheer de Voorzitter, daarvoor vanmiddag nog te laten stemmen.

De **Voorzitter**: Ik heb die tekst niet gezien vanmorgen. Ik zal hem eerst voorlezen.

---

## Motie

De **Voorzitter**: De motie-Engwirda (18037, nr. 2) is in die zin gewijzigd, dat zij thans luidt:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging;

overtuigd, dat een belangrijk verschil van mening bestaat bij de onderhandelingen over middellange afstands-raketten over de kwestie van het rekening houden met de Britse en Franse kernmachten;

verzoekt de Regering, er op korte termijn bij de Verenigde Staten en de andere bondgenoten op aan te dringen dat hetzij in de onderhandelingen over middellange afstands-raketten, hetzij in die over strategische wapens, op de een of andere manier rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van de Britse en Franse kernmachten;

verzoekt de Regering aan de Kamer mede te delen welke stappen zij ter zake heeft ondernomen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Naar mij blijkt, wordt deze gewijzigde motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 3 (18037).

## Voorzitter

Heeft de Kamer er bezwaar tegen, over deze gewijzigde motie aanstonds te stemmen?

De heer **Voorhoeve** (VVD): Ik wil de heer Engwirda een vraag over deze tekst stellen.

De **Voorzitter**: Allereerst vraag ik of er bezwaar tegen is, over deze motie aanstonds te stemmen. Ik had de motie in de gewijzigde vorm overigens niet gezien, maar ik ben blijkbaar de enige.

De heer **Engwirda** (D'66): De motie is gisteren rondgedeeld.

De **Voorzitter**: Dat is best mogelijk. Het ligt dan aan mij en dat wilde ik impliciet mededelen. Ik constateer, dat er geen bezwaar tegen is aanstonds over de gewijzigde motie te stemmen.

□

De heer **Fringing** (CDA): Mijnheer de Voorzitter! Voor ons ligt een herziene motie-Engwirda die thans nauwer aansluit bij de opvattingen die ik de vorige week namens de fractie van het CDA naar voren heb gebracht.

De opvattingen van de Regering over deze motie, moeten wij nog horen. Vorige week heb ik gezegd dat ook de Britse en de Franse kernmachten op de een of andere manier bij de onderhandelingen in het geding zouden moeten worden gebracht. Dat staat nu ook met zoveel woorden in de motie. Een en ander betekent voor ons niet een uitspraak in welke onderhandelingen die nucleaire wapens nu precies in het geding moeten worden gebracht. Zo'n uitspraak wordt ook niet in de motie gedaan. Het betekent voor ons ook niet dat wij op de een of andere manier steun zouden geven aan de benadering die in de huidige Sovjetvoorstellen is gekozen en ook niet dat wij in de soevereine rechten van Frankrijk en Groot-Brittannië zouden willen treden.

Wij erkennen wel de objectieve noodzaak van een inbreng van de Franse en de Britse kernmachten, zoals dat ook geldt voor de nog niet bij de onderhandelingen betrokken middellange-afstands-Sovjet-wapens, bommenwerpers en nieuwe raketten. Voor ons geldt voor alles, dat wij alles willen doen om de onderhandelingen tussen Oost en West succesvol te doen zijn en daarbij moeten zoveel mogelijk wegen open blijven.

□

De heer **Voorhoeve** (VVD): Mijnheer de Voorzitter! De motie in oude met die in nieuwe versie vergelijkend, zie ik slechts wat redactionele verschillen. Ik begrijp dus niet helemaal waarom de heer Engwirda nu met deze wijziging komt. Misschien kan hij toelichten wat eigenlijk het verschil tussen beide versies is.

De heer **Engwirda** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! In antwoord op de vraag van de heer Voorhoeve over de verschillen tussen beide moties, zeg ik dat die niet verschrikkelijk groot zijn. Soms geldt echter: c'est le ton qui fait la musique.

□

Minister **Van den Broek**: Mijnheer de Voorzitter! Ik dank de heer Engwirda voor de aanpassing van de motie, die inderdaad een wat andere toon heeft dan die van vorige week. In het interpellatiedebat heb ik duidelijk gemaakt waarom de Regering met name bezwaar had tegen het inbrengen van de huidige Britse en Franse systemen in de huidige fase van de INF-onderhandelingen. Ik heb dat toegelicht en het bezwaar daartegen blijft van de kant van de Regering onverkort gehandhaafd.

Tegelijkertijd echter – hierbij kan ik mij geheel vinden in de wijze waarop de heer Fringing de motie benaderde – erkennen ook wij dat op enigerlei wijze in een of ander forum de objectieve noodzaak geldt om deze Britse en Franse systemen in wapenbeheersingsonderhandelingen in te brengen. Het is dan ook met die kanttekening, het voorbehoud inzake de INF-onderhandelingen, maar met het duidelijk erkennen van de noodzaak om op de een of andere manier te eniger tijd in enig forum deze systemen in te brengen, dat ik het oordeel over deze motie gaarne aan de Kamer overlaat.

□

De heer **De Vries** (PvdA): Mijnheer de Voorzitter! Ik ben altijd een gelukkig mens als ik zie dat er in het weekend hard is gewerkt.

Ik geef heel in het kort mijn opvatting over de wijzigingen in deze motie. Naar mijn smaak is de motie eigenlijk niet gewijzigd. Ik geloof dat de heer Voorhoeve op dit punt gelijk heeft, ongeacht wat hij verder dezer dagen allemaal uitroept. Het verschil is dat er niet meer wordt gesproken van een belangrijk struikelblok, maar van een belangrijk verschil van mening.

Tegelijkertijd wordt de Regering echter wel uitgenodigd om op korte termijn de Verenigde Staten en andere bondgenoten te 'urgeren' om hetzij in de INF-onderhandelingen, hetzij in de START-onderhandelingen rekening te houden met de aanwezigheid van de Britse en Franse kernmachten. Ik begrijp dat de heer Fringing de betekenis van deze wijzigingen meteen door had, toen hij meedeelde dat dit een stuk dichterbij de CDA-opvatting lag.

Nu heb ik dat debat verleden week toevallig gevolgd. Toen bleek mij dat de heer Fringing namens zijn fractie opmerkte dat, als het zo zou zijn dat de Britse en Franse kernmachten een probleem opleveren, daar natuurlijk ooit eens een keer rekening mee zal moeten worden gehouden. En de Minister zei: ik heb vroeger misschien wel eens wat onbezonnen over deze zaak gesproken, maar het is toch zo dat voor de Regering het standpunt is – en altijd is geweest – dat geen enkel wapensysteem van onderhandelingen mag worden uitgesloten. Welnu, dat staat niet helemaal in deze motie.

De motie refereert aan twee onderhandelingen, de INF-onderhandelingen en de START-onderhandelingen, en vraagt de Regering op korte termijn erop aan te dringen dat met de Britse en Franse wapens rekening wordt gehouden.

Dat is niet zonder belang, omdat vanuit deze Kamer wel vaker het signaal is uitgegaan dat die Britse en Franse systemen natuurlijk hun relevantie hebben voor de besprekingen die op dit moment plaatsvinden. Ik geloof dat de heer Engwirda verleden week heel goed duidelijk heeft gemaakt dat, als het voorstel om rekening te houden met de Britse en Franse systemen niet spoedig wordt gedaan, de onderhandelingen over middellange-afstandswapens dreigen te mislukken.

Ik keer terug naar het punt waarmee ik ben begonnen. Naar mijn smaak is er geen wijziging in de motie. Als de heer Engwirda vindt dat die wél aanwezig is, mag hij daarop wijzen. Ik denk echter dat binnen het CDA een gedachtenontwikkeling heeft plaatsgevonden, waarmee ik overigens bijzonder gelukkig ben.

□

De heer **Voorhoeve** (VVD): Mijnheer de Voorzitter! De essentie van de motie is niet gewijzigd, zoals al is vastgesteld. En de essentie van de motie bevat een verkeerde analyse



## Voorhoeve

van de problemen waar het in Genève om gaat. De motie, ook in haar nieuwe vorm, wekt de suggestie dat in Genève ook over de Britse en Franse kernwapens zou moeten worden gesproken. Het gaat in Genève om het probleem van de explosieve groei van het aantal SS-20-kernkoppen, gericht op West-Europa, en het NAVO-dubbelbesluit. Sinds 1976 heeft de Sovjet-Unie het SS-20-programma uitgevoerd.

In december jl. heeft zij plotseling bedacht dat het bestaan van de Franse en Engelse kernwapens een aardig argument is om in het Westen verdeeldheid te zaaien en daar het recht aan te ontnemen om 162 SS-20's opgesteld te houden, ook als er niets wordt uitgevoerd van het moderniseringsprogramma van de NAVO. Het is een gelegenheidsargument om verdeeldheid in het Westen te zaaien.

Het standpunt van de VVD is dat het Westen niet met zich zelf moet onderhandelingen, maar met de Sovjet-Unie, om tweezijdige wapenbeheersing te bereiken. Daarom zal mijn fractie tegen deze motie stemmen.



De heer **Engwirda** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! Ik begrijp de consternatie rond deze motie niet goed. Het dictum is heel duidelijk: aan de Regering wordt gevraagd initiatieven te ontwikkelen, opdat rekening wordt gehouden met de Britse en Franse kernmachten, hetzij in de INF-onderhandelingen, hetzij in de START-onderhandelingen. Dat staat er gewoon.

De beraadslaging wordt gesloten.

De motie-K. G. de Vries/Meijer (18037, nr. 1) wordt bij zitten en opstaan verworpen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, D'66, de CPN, de PPR en de PSP voor deze motie hebben gestemd.

De gewijzigde motie-Engwirda (18037, nr. 3) wordt bij zitten en opstaan aangenomen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de VVD, de SGP, de RPF, de Centrumpartij en het GPV tegen deze gewijzigde motie hebben gestemd.

De heer **Engwirda** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! Mag ik uit de reactie van de Minister van Buitenlandse Zaken opmaken, dat de motie door hem zal worden uitgevoerd?

Minister **Van den Broek**: Mijnheer de Voorzitter! Ik zeg de Kamer toe, dat ik in het bondgenootschap ter sprake zal brengen, niet in INF, of deze Britse en Franse systemen op enigerlei wijze in de onderhandelingen over wapenbeheersing kunnen worden betrokken.

De heer **Engwirda** (D'66): Ik begrijp dus, dat de Minister de motie niet uitvoert?

Minister **Van den Broek**: Ik heb mij aangesloten bij de benadering van de heer Frinking. Het lijkt mij een uitvoering van de motie, met het voorbehoud dat ik heb gegeven.

De heer **Engwirda** (D'66): De motie vraagt heel duidelijk om een inbrengen van die kernmachten, hetzij in INF, hetzij in START. Als de Minister uitkomt op START, dan is dat een uitvoering van de motie.

Minister **Van den Broek**: Wij willen in het bondgenootschap juist aan de orde stellen, of het mogelijk zal zijn deze systemen in het START-overleg te betrekken. Ik zeg toe het ter bespreking in te brengen.

---

Aan de orde is de **stemming over een motie**, ingediend in de UCV van 22 juni 1983 over de **nota Willemsspoorverbinding**, te weten de motie van de vaste Commissie voor Verkeer en Waterstaat over de Willemsspoorverbinding (17 890, nr. 3).

Deze motie wordt bij zitten en opstaan met algemene stemmen aangenomen.

De **Voorzitter**: Ik stel voor, de nota Willemsspoorverbinding (17 890) voor kennisgeving aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

De heer **Rienks** (PvdA): Mijnheer de Voorzitter! Nu deze motie voor de tweede keer met algemene stemmen is aanvaard – de eerste keer was in de uitgebreide commissievergadering – verzoek ik, als voorzitter van de vaste commissie, de Minister zo snel mogelijk schriftelijk het standpunt van het kabinet over de uitvoering van deze motie aan de Kamer mee te delen.

Minister **Smit-Kroes**: Mijnheer de Voorzitter! Ik neem aan, dat het ook de voorzitter van de vaste Commissie voor Verkeer en Waterstaat bekend is dat op dit moment een ambtelijke commissie samen met Rotterdam nagaat hoe eventueel een Willemsspoorverbinding ook in de zo nadrukkelijk door de Kamer gewenste variant

in een wat voordeliger versie uit te voeren zou zijn. Op het moment dat ik daarvoor de gegevens op tafel heb hoop ik zo snel mogelijk bekend te maken hoe wij verder zullen opereren.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen** in verband met het wetsontwerp **Nadere wijziging van de Algemene Ouderdomswet en de Algemene Kinderbijslagwet (beëindiging met ingang van 1 januari 1983 van de bijdragen van het Rijk aan het Ouderdomsfonds en het Algemeen Kinderbijslagfonds, alsmede vaststelling van die bijdragen over enige voorgaande jaren) (17 712)**.

Dit wetsontwerp wordt, na goedkeuring van de onderdelen, bij zitten en opstaan aangenomen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, de PSP, de CPN, de PPR en de Centrumpartij tegen dit wetsontwerp hebben gestemd.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen** in verband met het wetsontwerp **Wijziging van de Kleuteronderwijswet en de Lager-onderwijswet 1920 met betrekking tot nadere bepaling van het aantal onderwijsgevenden (17 937)**.

De **Voorzitter**: Naar mij blijkt, worden alle op dit wetsontwerp voorgestelde amendementen voldoende ondersteund.

Mevrouw Andela-Baur vraagt om heropening van de beraadslaging. Ik stel voor, aan dit verzoek te voldoen.

Daartoe wordt besloten.



Mevrouw **Andela-Baur** (CDA): Mijnheer de Voorzitter! Tijdens het debat over dit wetsontwerp is door de fractie van het CDA een amendement ingediend, onder stuk nr. 6, dat beoogt de ingangsdatum van de wet te verschuiven van 1 augustus 1983 naar 15 september 1983. De Staatssecretaris heeft de vorige week te kennen gegeven dat er bezwaren kleven aan dit amendement. Die bezwaren hebben mij op dat moment niet geheel overtuigd. Ik stel er prijs op dat de bewindsman nu zijn eventuele bezwaren duidelijk op een rij zet. Aan de hand daarvan kunnen wij dan onze afweging maken.



□

Staatssecretaris **Van Leijenhorst**: Mijnheer de Voorzitter! Voor de intentie van dit amendement om terugwerkende kracht van wetten zoveel mogelijk te vermijden moet en kan ik begrip hebben. De vraag is evenwel of het middel wel het beoogde doel dient.

Het is mij gebleken, dat de scholen op basis van de leerlingensituatie op de eerste schooldag van het inmiddels aangevangen schooljaar 1983/1984 feitelijk al met de in dit wetsontwerp opgenomen maatregelen hebben rekening gehouden. Het amendement zou er nu toe leiden, dat de scholen dit op 15 september nog eens zouden moeten overdoen. Ik denk, dat dit niet de bedoeling van mevrouw Andela kan zijn.

Voor de wijziging van de toepassing van artikel 28, lid 5 van de Lager Onderwijswet is dit niet zo'n probleem. Met een kleine aanpassing van het amendement kan dit worden opgevangen. Ook bij inwerkingtreding van de wet op 15 september 1983 kan de eerste schooldag van het schooljaar immers de teldatum blijven voor het schooljaar 1983/1984. Voor de beide andere maatregelen, het niet vervangen en vervullen van vacatures, kan dit niet. Deze maatregelen gaan onmiddellijk in. De datum van toepassing kan dan niet vóór de inwerkingtreding van het wetsontwerp liggen.

Verder dient naar mijn mening nog het volgende te worden overwogen. Voor het amendement is als datum van de inwerkingtreding 15 september genomen. Daarbij wordt ervan uitgegaan, dat voor die tijd de wet ook door de Eerste Kamer zou kunnen zijn behandeld en in het Staatsblad zou kunnen zijn geplaatst. Ik moet nu vaststellen, dat 15 september kort dag is.

Wordt deze datum onverhoopt niet gehaald, dan is toch enige terugwerkende kracht niet te vermijden. Om deze redenen meen ik, dat dit amendement het beoogde doel niet dient. Verwarring in het onderwijsveld dient te worden voorkomen. Mijn bezwaren tegen het amendement handhaaf ik derhalve.

□

Mevrouw **Andela-Baur** (CDA): Mijnheer de Voorzitter! De argumentatie van de Staatssecretaris is nu duidelijker en scherper dan die van verleden week. Ik trek het amendement in.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **Voorzitter**: Aangezien het amendement-Andela-Baur (stuk nr. 6,1) is ingetrokken, maakt het geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Ik stel vast, dat door de intrekking van dit amendement de andere op stuk nr. 6 voorkomende amendementen als ingetrokken kunnen worden beschouwd.

Het wetsontwerp wordt, na goedkeuring van de onderdelen, bij zitten en opstaan aangenomen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, D'66, de PSP, de CPN, de PPR en de Centruumpartij tegen dit wetsontwerp hebben gestemd.

Aan de orde zijn de **stemmingen** in verband met het wetsontwerp.

**Wijziging van de Wet op het openbare bibliotheekwerk (17 790) en over:**

de motie-Willems over het recht doen aan de motie-Groenman (17 600-XV, nr. 32) (17 790, nr. 11);

de motie-Niessen over uitvoering van het regeerakkoord (17 790, nr. 12);

de motie-Lankhorst over bezuinigingen op het bibliotheekwerk (17 600-XVI, nr. 83).

De **Voorzitter**: Mij is gevraagd om heropening van de beraadslaging.

Ik stel voor, aan dit verzoek te voldoen.

Daartoe wordt besloten.

□

De heer **Niessen** (PvdA): Mijnheer de Voorzitter. Tijdens het debat over de wijziging van de Wet op het openbare bibliotheekwerk hebben de regeringspartijen geweigerd nu reeds een oordeel uit te spreken over de in de ogen van mijn fractie onverantwoord hoge bezuiniging van f 55 mln., die Minister Brinkman volgend jaar op het bibliotheekwerk en daarmee op de lagere overheden wil loslaten.

Niettemin heeft de woordvoerdster van de fractie van het CDA, mevrouw Kraaijeveld laten merken, allerminst gelukkig te zijn met de voorgenomen bezuiniging. Vandaar, dat zij ook naar een aloude anti-revolutionaire traditie – dat waren nog eens tijden – enkele schoten voor de boeg heeft gelost. Letterlijk voegde zij de bewindsman toe: 'Laat de nu te realiseren decentralisatie de Minister alsjeblieft niet verleiden om een te grote bezuinigingslast bij de andere overheden te leggen.'

Tijdens het debat van vorige week heb ik erop gewezen, dat het heel

goed mogelijk is om op een verantwoorde manier op de bibliotheken te bezuinigen. Ook de regeringspartijen kunnen dat met een gerust geweten, respectievelijk met een gerust hart doen. Vandaar, dat ik in een motie de Regering uitnodig om zich bij de bezuinigingen op het bibliotheekwerk te houden aan de bedragen, die op dit punt in het regeerakkoord worden genoemd, namelijk tweemaal f 10 mln.

VVD en CDA moesten de vorige week toegeven, zij het niet met overdreven enthousiasme, dat mijn motie iets aardigs heeft. Om te voorkomen dat zij nu om opportunititsredenen, wellicht zelfs tegen hun zin in, mijn motie zullen verwerpen en tevens om in een later stadium te kunnen beoordelen wat de effectiviteit is van CDA-schoten voor de boeg, verzoek ik u, mijnheer de Voorzitter, de stemming over de motie op stuk nr. 12 aan te houden tot het uur der waarheid, namelijk de behandeling van de begroting van WVC.

De **Voorzitter**: Op verzoek van de heer Niessen stel ik voor, zijn motie (17 790, nr. 12) van de agenda af te voeren.

Daartoe wordt besloten.

□

De heer **Willems** (PSP): Mijnheer de Voorzitter! Een belangrijk discussiepunt tijdens de behandeling van de wijziging van de Bibliotheekwet betrof de gevolgen voor het personeel bij de bibliotheken. Wij hebben de Minister vooral aandacht gevraagd voor de positie van de vrouwen, die door de aangekondigde bezuiniging op de tocht komt te staan. Wij hebben ter zake een motie ingediend, voorkomende op stuk nr. 11, waarin wij gerefereerd hebben aan de motie-Groenman, door de Kamer aangenomen, waarin een voorkeursbehandeling van vrouwen is bepleit. Wij wilden de Regering via een kameruitspraak vragen wat zij doet om die motie in het kader van het bibliotheekwerk uit te voeren.

Helaas is de discussie op dat punt niet erg tot haar recht gekomen. Het komt voor een deel, omdat ik niet de gehele behandeling heb bijgewoond. De Minister is vrij mager ingegaan op de zaken, die door ons met betrekking tot het personeel en de CAO aan de orde zijn gesteld. Wij menen echter dat het beter is, die zaak wat integraler voor de gehele welzijnssector te bezien en erop terug te komen bij de behandeling van de begroting van WVC voor 1984.

## Willems

Wij nemen aan, dat de Minister dan uit eigen beweging zijn visie zal geven op het uitvoeren van de motie-Groenman in die sectoren van het welzijnswerk. Met het oog daarop lijkt het ons juist, de motie op stuk nr. 11 in te trekken en bij de begrotingsbehandeling op deze zaak terug te komen. Daarbij zullen wij een nieuwe motie met een bredere strekking over hetzelfde onderwerp indienen.

De **Voorzitter**: Aangezien de motie-Willems (17790, nr. 11) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **Voorzitter**: Ik geef gelegenheid tot het afleggen van **stemverklaringen** vooraf.

De heer **Niessen** (PvdA): Mijnheer de Voorzitter! Mijn fractie zal om twee redenen tegen dit wetsontwerp stemmen. Op de eerste plaats doet zij dit, omdat de wet strikt genomen slechts toepasbaar is op 20% van de gemeenten en daardoor een bron van conflicten in zich bergt tussen de resterende 80% en de provinciale bibliotheekinstanties. Op de tweede plaats doet zij dit, omdat deze wetswijziging het de bewindsman mogelijk maakt, zonder een extra parlementaire controle in deze sector een bezuinigingsbeleid uit te voeren dat mijn fractie niet verantwoord acht.

De heer **Mik** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! De motie-Lankhorst op stuk nr. 83 zullen wij steunen, al vinden wij wel dat ook binnen de bibliotheeksector bezuinigd kan worden. Naar onze mening kan dit echter binnen het kader van deze wet.

Het wetsontwerp wordt, na goedkeuring van de onderdelen, bij zitten en opstaan aangenomen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, D'66, de PSP, de CPN, de PPR en de Centruumpartij tegen dit wetsontwerp hebben gestemd.

De motie-Lankhorst (17600-XVI, nr. 83) wordt bij zitten en opstaan verworpen.

De **Voorzitter**: Ik constateer, dat de aanwezige leden van de fracties van de PPR, de CPN, D'66 en de PSP voor deze motie hebben gestemd.

Ik geef gelegenheid tot het afleggen van **stemverklaringen** over de onderwerpen, waarover zojuist is gestemd.

De heer **Wagenaar** (RPF): Mijnheer de Voorzitter! Mijn fractie heeft om de volgende redenen haar steun aan de gewijzigde motie van de heer Engwirda onthouden. Naar ons oordeel kleeft ook aan deze afgezwakte motie het bezwaar dat tijdens de beslissende fase van de INF-onderhandelingen te Genève in beginsel een uitspraak aan de Kamer wordt ontlokt over de te voeren onderhandlungsstrategie waarin ons inziens ten onrechte de Franse en Britse kernwapens worden betrokken.

De kans blijft bestaan dat deze uitspraak wordt misverstaan en dat een en ander tot gevolg heeft dat het overleg in Genève voor de voeten wordt gelopen zoals dit al eerder helaas door Griekenland is gedaan. Daarnaast vragen wij ons af wat de betekenis kan zijn van dat deel van het dictum waarin wordt gesproken over 'het op een of andere wijze rekening houden met de aanwezigheid van Britse en Franse kernmachten bij de onderhandelingen over de strategische bewapening in de toekomst'. Het komt ons voor dat er op dit moment weinig behoefte bestaat aan een dergelijke vage motie, temeer omdat het standpunt hierover van de Regering van dezelfde algemene strekking reeds bekend is.

---

Aan de orde is de behandeling van het wetsontwerp **Vervanging van de Wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) (11270)**.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Haas-Berger** (PvdA): Mijnheer de Voorzitter! Ruim 12 jaar na het indienen van het wetsontwerp over de gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen zal de plenaire behandeling dan toch eindelijk plaatsvinden. Daarmee wil ik niet zeggen dat de tussenliggende tijd verspild is. Integendeel, in de afgelopen 10 jaar is het denken over de rechten van de patiënt – en de rechten van de psychiatrische patiënt in het

bijzonder – aan grote verandering onderhevig geweest.

Door velen – schrijvers en ex-patiënten, die hun belevenissen op papier zetten, patiëntenbonden – is op schrijnende wijze verhaald hoe volstrekt rechteloos de psychiatrische patiënt is. De afhankelijke positie van de patiënt, het gebrek aan zorg voor de patiënt en het soms achterwege blijven van noodzakelijke behandelingen, het feit dat velen soms jarenlang gedwongen in psychiatrische inrichtingen verbleven of dachten dat ze er nog gedwongen in verbleven, het werd allemaal duidelijk gemaakt in bittere verhalen.

Ik wil hiermee niet zeggen dat wij alle psychiatrische ziekenhuizen over één kam moeten scheren en dat alle patiënten aan hun lot werden overgelaten.

Ik wil wél zeggen dat het een schande is als het gebeurt en dat het kennelijk nodig is dat de rechtspositie van de psychiatrische patiënt wordt geregeld, dat duidelijk in de wet is geregeld wordt dat de patiënt recht heeft op een behandeling, dat de patiënt als een mondig mens, die zijn eigen wil kan bepalen, moet worden beschouwd en niet tegen zijn wil allerlei behandelingen of dwangmiddelen behoeft te ondergaan. Dit geldt voor alle psychiatrische patiënten. Voor de patiënt die gedwongen wordt opgenomen – en daar hebben wij het nu over – is het duidelijk dat van deze uitzonderingssituatie slechts onder de grootst mogelijke waarborgen sprake mag zijn.

Dit veranderd denken, de kritiek vanuit de maatschappij en de druk vanuit de Kamer hebben ertoe bijgedragen dat het oorspronkelijk ingediende wetsontwerp – dat toen al onacceptabel was voor ons – vele malen veranderd en verbeterd is en dat er meer waarborgen voor de patiënt zijn ingebouwd. Zo beschouwd, is de tijd die er met de schriftelijke voorbereiding was gemoeid, geen verspilde tijd. Het betekent wel dat wij nu de zaak voortvarend moeten afhandelen. Het neemt niet weg dat het nu hoog tijd wordt dat de oude krankzinnigenwet, die nu bijna 100 jaar van kracht is en onder de vigueur waarvan zich zulke rechteloze situaties hebben kunnen afspelen, vervangen wordt.

Alvorens in te gaan op de diverse aspecten van het wetsontwerp, zullen wij moeten ingaan op de vraag of een wettelijke regeling die gedwongen opnamen in een psychiatrische inrichting mogelijk maakt, echt nodig

Bibliotheekwerk  
Kruisvluchtwapens  
Psychiatrische ziekenhuizen  
(bijzondere opnemingen)



Mevrouw Haas-Berger (PvdA)

is. Dit wetsontwerp maakt het mogelijk dat mensen die aan een ernstige stoornis van hun geestvermogens lijden en tengevolge daarvan voor de persoon zelf of voor anderen gevaar kunnen opleveren, tegen hun wil in een psychiatrische inrichting worden opgenomen.

Wij hebben het dus over onvrijwillige vrijheidsberoving. Dit wetsvoorstel geeft waarborgen voor de betrokkenen; de gedwongen opname mag slechts geschieden met een rechterlijke machtiging en de procedures moeten ervoor waken dat niet lichtvaardig tot gedwongen opname wordt overgegaan. De rechten van de betrokkenen en de procedures voor de opname en de verlenging daarvan zijn vastgelegd. Zo zijn ook enkele rechten van de betrokkenen tijdens zijn opname en een bijbehorende klachtenprocedure geregeld.

Er wordt wel gesteld dat er eigenlijk helemaal geen regeling nodig is. Daarbij worden twee argumenten gebruikt. Het eerste is, dat de mens zelf over zijn eigen lichaam mag beschikken, dat hij zelf mag bepalen of hij een behandeling wil ondergaan en daartoe de nodige stappen – in casu opname in een inrichting – wil ondernemen. De mens is altijd zelf in staat om zijn wil te bepalen. Bij een ernstige stoornis kan iemand altijd gemotiveerd worden om zich te laten behandelen.

Laat ik voorop stellen dat dit argument uitgaat van stellingen die wij ten principale kunnen onderschrijven. Te lang en te gemakkelijk heeft

men patiënten gedwongen opgenomen en behandeld, tegen de wil van de patiënt zelf in. Uiteraard deden en doen de behandelaars dit slechts vanuit hun visie op het belang van de patiënt, in hun streven de patiënt te helpen te genezen en hem niet zonder zorg aan zijn lot over te laten. Dit streven maakt toevallig wel een onmondig mens van de patiënt. Heel langzaam is in dat denken verandering gekomen.

Het denken over de psychiatrische patiënt is veranderd. Deze is in staat, zijn wil te bepalen, zijn eigen situatie te overzien en heeft het recht zijn behandeling te weigeren. Anderen behoren niet te bepalen of en hoe de patiënt moet worden behandeld, hoe hij zich moet gedragen en of hij wel gelukkig is. Met welk recht zou die ander dat kunnen doen? In dat denken is geen ruimte voor een gedwongen opname.

Toch moeten wij erkennen dat er mensen zijn die voor zichzelf of voor anderen een werkelijk gevaar opleveren, ten gevolge van een ernstige stoornis van de geestvermogens. Zonder wettelijke regeling is er dan ook geen enkele mogelijkheid om deze mensen te doen opnemen; er is geen enkele rechtsgrond daartoe. Dat zou betekenen dat in ernstige crisissituaties deze patiënten, als zij geen behandeling willen, aan hun lot worden overgelaten en wel – ik beperk mij nu tot degenen die gevaar opleveren – tot op het moment dat zij met de strafrechter in aanraking komen. Wij zijn van oordeel dat dit in het nadeel van de patiënt zou werken.

Denk eens aan de gehele procesgang bij de strafrechter, met alle spanningen en ellende van dien.

Opname in een t.b.r.-inrichting heeft een nog grotere stigmatiserende werking dan een psychiatrische inrichting. Het feit dat de ernstig gestoorde patiënt met de strafrechter in aanraking is geweest, kan in ernstige mate zijn genezing belemmeren en zal na genezing zijn terugkeer in de maatschappij nog extra bemoeilijken.

Het tweede argument dat gebruikt wordt om geen wettelijke regeling voor gedwongen opname te maken, is dat het denken over de psychiatrische patiënt en zijn rechtspositie zozeer en zo snel verandert, dat het nu geen zin heeft om onze huidige opvattingen in de wet neer te leggen er, dat wij over enkele jaren wellicht tot de conclusie komen dat dwangopname – vrijheidsberoving – volstrekt niet getolereerd kan worden in onze maatschappij. Dan zou de rechtspositie beter kunnen worden geregeld.

Ik hoop dat wij zo ver komen dat elke patiënt die hulp krijgt, die hij nodig heeft, opdat gevaar voorkomen wordt. Ik hoop dat de ambulante en de intramurale geestelijke gezondheidszorg werkelijk alle patiënten kunnen motiveren tot een behandeling. Ik hoop dat men ze ook werkelijk wil helpen en niet de moeilijke patiënten zal doorschuiven.

Ik ben het eens met de opvatting dat dwangopname eigenlijk niet zou mogen, maar de zorg is nog niet van dien aard dat voorkomen wordt dat geen enkele ernstig gestoorde patiënt ten gevolge van die stoornis gevaar oplevert. Het is waar dat de rechtspositie in dit wetsontwerp niet optimaal geregeld is.

Wij moeten ons wel echter realiseren dat op dit moment geen rechtspositie en klachtenprocedure in de wet zijn vastgelegd. De psychiatrische patiënt staat rechteloos. Indien wij dit wetsontwerp totaal zouden afwijzen, zou deze rechteloze situatie blijven voortbestaan. Laten wij dan nu een begin maken met de rechtspositieregeling voor een kleine groep patiënten, opdat die later wordt uitgebreid voor alle psychiatrische patiënten.

Dit betekent niet dat deze wet weer meer dan honderd jaar van kracht moet zijn en dat alle toekomstige ontwikkelingen geblokkeerd moeten worden. Integendeel, de uitvoering van deze wet zal regelmatig getoetst moeten worden, met name met betrekking tot de vraag of wel de nodige bescherming aan de patiënt geboden wordt, zo niet, dan zal de wet verbeterd moeten worden.



## Haas-Berger

Er is een voortdurende evaluatie vereist met betrekking tot de vraag of gedwongen opname nog nodig is. Er zal voortdurend moeten worden nagegaan of deze maatschappelijk nog geaccepteerd wordt. Zo niet, dan moet de wet veranderd worden.

Wordt er een rechtspositieregeling voor alle psychiatrische patiënten gemaakt, dan zal het onderhavige wetsontwerp ook moeten worden aangepast, indien tenminste een betere regeling wordt gecreëerd. Onder deze voorwaarden, alle argumenten afwegend, komen wij tot de conclusie dat een wettelijke regeling die als uiterste middel in extreme situaties een rechtsgrond oplevert om patiënten tegen hun wil op te nemen, nodig is; een wettelijke regeling die waarborgen schept om de patiënt te beschermen tegen willekeurige en gemakkelijke opname en die bovendien de rechtspositie regelt. Daarmee heb ik niet gezegd dat ik van mening ben dat in het voorliggende wetsontwerp de bescherming van de patiënt nu al afdoende geregeld is. Wij hebben dan ook een paar wijzigingsvoorstellen ingediend.

Men zou mij kunnen verwijten dat ik met deze keuze het belang van de maatschappij stel boven de vrijheid van het individu om zijn eigen leven naar goeddunken in te richten. Ik denk dat dit niet juist is, dwangopname is niet mogelijk.

Ook de ernstig gestoorde patiënt heeft het recht, elke hulp te weigeren. Gevaar op zich zelf levert uiteraard ook geen rechtsgrond op voor vrijheidsberoving, behoudens in geval een rechterlijk vonnis bij een strafbaar feit. Slechts indien een gevaar voortvloeit uit de ernstige stoornis is dwangopname mogelijk. De overheid heeft het recht en de plicht in een zodanige uitzonderlijke situatie andere burgers te beschermen.

Dit brengt mij tot een ander punt van kritiek met betrekking tot het wetsontwerp. De psychiater zou met name niet kunnen constateren of aan het criterium voor dwangopname is voldaan. Vanuit die hoek wordt opgemerkt dat het gevaar niet aan te tonen is en nog veel minder het te verwachten gevaar. De samenhang tussen het gevaar en de psychiatrische stoornis is dan al helemaal geen werkzaam criterium meer.

In deze kritiek wordt ook gezegd dat deze wet het belang van de samenleving stelt boven het belang van de patiënt, maar dan in een andere zin



*Staatssecretaris Van der Reijden (Volksgezondheid) en Minister Korthals Altes (Justitie) waren aanwezig tijdens het debat over de regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen*

dan ik zojuist vermeldde. In deze visie, vanuit de psychiatrie, is het belang van de patiënt 'zijn eigen bestwil', wat dan door de behandelaar beoordeeld zou moeten worden. Men wil van het element 'gevaar' in het criterium af, omdat hierdoor vele patiënten die niet opgenomen willen worden, ook niet opgenomen kunnen en zullen worden.

In deze visie zal de behandelaar, vooral de medicus die immers door zijn opleiding erin getraind is zorg te verlenen aan de medemens, te genezen en patiënten te helpen, met de in de wet opgenomen eis van gevaar dat voortvloeit uit een ernstige stoornis van de geestvermogens, zijn taak en plicht jegens de patiënt niet kunnen verrichten. De wet zou de psychiatrie het recht ontzeggen de patiënt te behandelen.

Het zij mij vergund een enkele kritische kanttekening bij deze opvatting te maken. Er wordt geen recht gedaan aan de opvatting dat de psychiatrische patiënt zijn wil kan bepalen en zich niet voortdurend in een psychotische of neurotische toestand bevindt.

De medische ethiek die de waarborg zou moeten zijn dat patiënten niet onevenredig lang gedwongen worden opgenomen en behandeld, heeft in het verleden niet altijd vlekkeloos gewerkt. Daar komt nog bij dat vele psychiatrische patiënten die wel hulp zochten en zoeken soms bijzonder lang moeten wachten en van de ene naar de andere instelling of inrichting worden geschoven.

Het belang en de noodzaak de patiënt te motiveren en op een vertrouwensbasis tot behandeling te komen wordt miskend. Mensen mogen niet enkel en alleen omdat zij ernstig gestoord zijn van hun vrijheid beroofd worden, wat in deze opvatting de ethiek in het bestwil van de patiënt wil. In een juridische procedure mag noch de taakopvatting van een behandelaar noch de medische ethiek bepalend zijn voor een gedwongen opname.

Het oordeel van de onafhankelijke rechter moet beslissend zijn. In de bovengenoemde visie wordt juist niet het belang van de patiënt vooropgesteld. De gedwongen opname wordt er eenvoudiger door en de samenleving 'wordt beschermd' tegen degenen die ernstig gestoord zijn.

Zoals ik heb gezegd kunnen wij, behoudens een groot aantal door ons noodzakelijk geachte wijzigingen die met name de waarborgen voor de patiënt vergroten, met het wetsontwerp instemmen, omdat daarmee een begin van een rechtspositieregeling voor een hopelijk gering aantal patiënten is vastgelegd.

De Kamer heeft jarenlang aangedrongen op een goede rechtspositieregeling voor patiënten. Wij hadden met de twee vorige kabinetten een sluitende afspraak. In het onderhavige wetsontwerp zou de rechtspositie voor de gedwongen opgenomen patiënten worden geregeld. In 1981 zou een wetsontwerp met betrekking tot de overige psychiatrische patiënten

## Haas-Berger

komen. Daarna zou de rechtspositie van de somatische patiënten aan de beurt komen.

Deze Regering heeft, ondanks deze afspraken, ineens voor een andere opzet gekozen. Ik zal nu niet verder ingaan op de nota Patiëntenbeleid die wij kort geleden ontvingen. Ik wil nog wel het volgende zeggen. De adviescommissies zijn al lang klaar met het voorbereidende werk.

In 1980 heb ik namens mijn fractie in een motie aangedrongen op een wetsontwerp, waarin een rechtspositieregeling voor de psychiatrische patiënt was opgenomen. Ik heb daarbij uitgewerkte voorstellen voor een klachtenprocedure gedaan. Dit zou dan in zes maanden moeten worden geregeld. Zes maanden was echter te kort.

Op korte termijn zou echter een dergelijk wetsontwerp worden ingediend. Het wordt nu toch werkelijk tijd dat op korte termijn een wetsontwerp over de rechtspositie van de vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten wordt ingediend. Wil de Regering dit toezeggen?

In de nota Patiëntenbeleid staan een aantal keuzemogelijkheden voor een klachtenprocedure. Wat ons betreft zal een externe toetsing door de rechter nodig zijn. Ook in het onderhavige wetsontwerp is een mogelijkheid van toetsing door de rechter opgenomen. De rechter moet de machtigingen tot gedwongen opname verlenen en hij is bevoegd in de klachtenprocedure voor de patiënt.

Wij zijn van mening dat bij de arrondissementsrechtbanken speciale gezondheidskamers moeten worden ingesteld. Deze zouden bevoegd moeten zijn in alle gezondheidszaken en procedures betreffende patiëntenrechten. Ik zou er de voorkeur aan geven dat reeds nu bij dit wetsontwerp die gezondheidskamers worden ingesteld. Wellicht is voor deze aparte kamers onder de vigeur van deze wet nog niet genoeg werk voorhanden.

Wèl staan wij erop dat bij een wettelijke rechtspositieregeling voor alle psychiatrische patiënten en de somatische patiënten deze gezondheidskamers worden ingesteld. Het is echter wel nodig dat, zolang deze kamers er nog niet zijn, de rechters die machtigingen verlenen en klachten moeten beoordelen, zich op de hoogte stellen van de psychiatrie, psychische stoornissen en mogelijke problemen in de psychiatrische inrichtingen.

Bij nota van wijzigingen is kort geleden bepaald dat op de uitspraak van het Hof in Arnhem geen beroep in cassatie meer mogelijk is. Het gaat echter wel om vrijheidsberoving, gedwongen opname, dwangbehandeling, dus heel belangrijke zaken voor de justitiabelen. Natuurlijk worden door de Hoge Raad geen feitelijke zaken meer beoordeeld, maar het zou zeer goed zijn indien op het gebied van dit prille rechtspositierecht voor de patiënt jurisprudentie ontstaat.

Wij hebben dan ook een voorstel ingediend om cassatie weer mogelijk te maken. Bovendien zijn wij van mening dat, waar het om zulke ingrijpende beslissingen gaat, namelijk vrijheidsberoving of klachten over de behandeling of dwangmaatregelen, de uitspraak in hoger beroep bij het Hof in Arnhem niet langer dan vier weken op zich mag laten wachten.

Wij hebben duidelijk gemaakt dat wij een opbouw zien in de wetgeving voor patiënten. Het onderhavige wetsontwerp geldt alleen voor de gedwongen opgenomen patiënt; eigenlijk een lex specialis van de nog in te dienen overige wetsontwerpen. Om die reden, om aan te duiden om welke patiënten het precies gaat en om een eufemisme uit de wet te halen, hebben wij een voorstel ingediend om in het citeerartikel te lezen: 'Wet gedwongen opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen'.

Na deze algemene opmerkingen zal ik ingaan op het wetsontwerp, zoals het voor ons ligt. Daarbij zal ik dan beginnen met iets wat er niet in staat, namelijk de patiëntenvertrouwenspersoon. Deze werkt nu sedert enkele jaren in een paar instellingen en het is de bedoeling dat zo'n vertrouwenspersoon in alle psychiatrische inrichtingen wordt te werk gesteld. Hij moet de patiënt bijstaan, de patiënt hulp verlenen indien deze problemen of klachten heeft met betrekking tot de behandelaars of het bestuur.

Op dit moment werkt de patiëntenvertrouwenspersoon op basis van afspraken; zijn rechtspositie, zijn rechten zijn evenmin geregeld als die van de patiënt. Nu gaat dat natuurlijk vaak goed, maar er kunnen zich conflicten voordoen over de rechten en de plichten van de patiëntenvertrouwenspersoon waardoor hij zijn taak ten opzichte van de patiënten niet optimaal kan vervullen. Dat is bij voorbeeld het geval als de patiëntenvertrouwenspersoon niet op de hoogte wordt gesteld van beslissingen die over de patiënt worden genomen, en van de redenen waarom die beslissingen zijn genomen.

Nu wij bezig zijn, de rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt te regelen, alsmede de wijze waarop deze zijn klachten kan effectueren, is het noodzakelijk ook te regelen in welke situatie de patiënt zich kan laten bijstaan door de patiëntenvertrouwenspersoon. Dan moet echter ook duidelijk worden vastgelegd welke bevoegdheden de vertrouwenspersoon heeft om zijn werk goed te doen.

De gehele Kamer dringt al sinds jaren aan op een verbetering van de rechtspositie van alle psychiatrische patiënten. Destijds is ten gevolge van die drang de figuur van de patiëntenvertrouwenspersoon in het leven geroepen, omdat deze dan aan het werk kon vóórdat een formele wet, houdende een rechtspositieregeling van de patiënt, tot stand was gebracht. Nu wij echter met een beperkte wet – onderhavig wetsontwerp – bezig zijn, is het logisch dat ook de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon daarin wordt verankerd, opdat deze zo goed als mogelijk is de gedwongen opgenomen patiënt ter zijde kan staan.

Mijnheer de Voorzitter! Het criterium op grond waarvan de rechter een machtiging voor dwangopname uitspreekt, is dat de stoornis van betrokkene gevaar doet veroorzaken en dat betrokkene niet vrijwillig wil worden opgenomen. Volgens de onderhavige wet kan de machtiging echter niet worden uitgesproken, indien het gevaar dat uit die stoornis van de geestvermogens voortvloeit, buiten de inrichting kan worden afgewend.

Wij onderschrijven deze laatste voorkeur volkomen. De gedwongen opname moet het allerlaatste middel zijn, indien er werkelijk geen andere oplossing te vinden is.

De vrijwillige behandeling, bij voorkeur ambulante, moet de normale situatie zijn. Dit schept verplichtingen voor de geestelijke gezondheidszorg. Het mag natuurlijk nooit zo zijn, dat patiënten gedwongen opgenomen zouden moeten worden, omdat er geen plaats is in de ambulante zorg. Vaak zal het gaan om patiënten die in een acute crisissituatie zitten. Het is dan ook noodzakelijk dat de 7 x 24 uren-bereikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg in alle regio's nu eindelijk wordt gerealiseerd. Wij dringen er bij de Staatssecretaris op aan, hiermee spoed te doen betrachten.

De verplichting voor de geestelijke gezondheidszorg is, naast het capaci-

## Haas-Berger

teitsprobleem – waar wij de Staatssecretaris duidelijk op aanspreken –, ook om inhoudelijk voor een goede zorgverlening borg te staan. Het mag natuurlijk niet zo zijn, dat alleen de gemakkelijk te behandelen patiënten in de ambulante zorg terecht kunnen. Ook de moeilijker te bereiken patiënt moet geholpen kunnen worden.

In de ambulante zorg moeten verschillende therapieën en methodieken voor handen zijn. Zo zouden de SPD's zich weer moeten richten op hun vroegere – veel zwaardere – taak en hulp moeten bieden aan de meer problematische patiënten.

De hoofdinspecteur Van Borssum Waalkes zegt in een interview in Elseviers Magazine van 27 augustus 1983: 'Ironisch gezegd kun je binnenkort beter met een BOPZ-machtiging worden opgenomen dan zonder, want dan heb je tenminste nog allerlei garanties en rechten.' Afgezien van het feit dat deze opmerking de noodzaak van de spoedige totstandkoming van een rechtspositieregeling voor de vrijwillig opgenomen patiënt nog eens duidelijk onderstreept, hoop ik dat hieruit niet een excuus kan worden gehaald om patiënten te gemakkelijk op grond van een machtiging te laten opnemen. Er zal alle moeite moeten worden gedaan om de patiënten te bewegen zich vrijwillig te laten behandelen.

Ook als de patiënt reeds opgenomen is, moet alles in het werk worden gesteld om een machtiging te voorkomen. Er moet getracht worden de patiënt te motiveren zich vrijwillig te laten behandelen. Wij realiseren ons dat er zich situaties kunnen voordoen waarbij de vrijwillig opgenomen patiënt die een ernstige stoornis van de geestvermogens heeft, ineens, ten gevolge daarvan, gevaar veroorzaakt. Het zal de taak van de behandelaar zijn, te proberen dat de patiënt zich toch vrijwillig laat behandelen. Wil deze dit echt niet, dan zal een machtingsverzoek moeten worden ingediend.

Het kan natuurlijk voorkomen dat het tussen de patiënt en de behandelaars echt niet klikt en dat de patiënt de overtuiging heeft dat hij in het ziekenhuis waar hij is opgenomen, niet goed wordt behandeld. Indien hij niet bereid is in dit ziekenhuis te blijven waar hij is opgenomen, maar zich wel vrijwillig in een andere inrichting wil laten behandelen, mag geen machtiging tot gedwongen opname worden verleend. Wij willen dit uitdrukkelijk in de wet zien opge-

nomen. De gedwongen opname blijft het uiterste middel, als er verder niets meer mogelijk is.

Mijnheer de Voorzitter! Er moet een oorzakelijk verband zijn tussen de ernstige stoornis en het gevaar dat de betrokkene veroorzaakt. Het gevaar moet zijn een gevaar voor één of meer personen – degene die het gevaar veroorzaakt daaronder begrepen – of voor de algemene veiligheid van personen en goederen.

Ik heb reeds betoogd dat wij van mening zijn dat we dit gevaarscriterium niet kunnen missen, ook al zal het oorzakelijk verband moeilijk zijn aan te tonen. Toch levert de formulering zoals deze in het wetsontwerp is opgenomen, nog wel wat problemen op. Wat is de bedoeling van de zinsnede 'voor de algemene veiligheid van personen of goederen'?

Veiligheid van personen is al onder de term 'gevaar voor personen' begrepen. Bij 'algemene veiligheid van goederen' gaat het om ernstige feiten, bij voorbeeld het vernielen van elektriciteitscentrales, maar dit levert toch ook altijd een gevaar op voor personen.

Ik mag toch aannemen dat de vernieling van goederen als zodanig, zonder dat dit gevaar oplevert – direct of indirect – voor personen, geen grond is om iemand gedwongen op te nemen. Wij zouden ons in ieder geval daar ten sterkste tegen verzetten. Wij hebben dan ook voorgesteld deze zinsnede te schrappen. Behalve dat deze naar ons inzicht overbodig is, is er nog een andere reden.

Deze term wordt gebruikt in het strafrecht om gemeengevaarlijke delicten te omschrijven. Er moet ook niet in de terminologie de suggestie gewekt worden dat het strafrecht de psychiatrie binnensluipt. Een van de bedoelingen van dit wetsontwerp was immers om te voorkomen dat betrokkenen met de strafrechter in aanraking kunnen worden. In dit verband wil ik er nog op wijzen, dat naar onze mening psychiatrische patiënten niet in een t.b.r.-inrichting en ter beschikking gestelden van de regering niet in een gewone psychiatrische inrichting thuishoren.

Het 'gevaar' kan zijn voor anderen en voor de betrokkene zelf. Gevaar voor anderen kan ook omvatten de totale ontredde van het gezin ten gevolge van die ernstige stoornis. Ik zal niet ontkennen dat het voor de gezinsleden een grote belasting kan zijn en veel spanning en zorg kan veroorzaken indien men moet samen-

wonen met iemand die een ernstige psychiatrische stoornis heeft. Toch zal met zo'n interpretatie van het gevaarscriterium zeer voorzichtig moeten worden omgesprongen.

Gevaar voor de betrokkene zelf kan veel aspecten vertonen. Zo kan het een poging tot suicide zijn, die het gevolg kan zijn van een acute crisissituatie, bij voorbeeld bij een depressieve patiënt. Deze suicideneiging is meestal van voorbijgaande aard. Het kan echter ook een balanssuicide zijn, waarbij betrokkene tot de conclusie kan komen dat, alles afwegende, zijn leven niet meer waard is geleefd te worden. In dit laatste geval is een gedwongen opname niet geoorloofd.

Ik wil in dit verband met instemming prof. dr. Kwant citeren – Medisch Contact '77, nr. 32 blz. 1163/1164 –: 'Suicide kan immers zedelijk en redelijk verantwoord zijn. Is dit het geval, dan zijn maatregelen uit den boze. Men dient dan iemands beslissing te respecteren'. En: 'Een suicide poging is op zich geen reden tot gedwongen opname. Is er een suicide-poging, dan moet nog worden bewezen dat gedwongen opname nodig en toelaatbaar is. Op welke gronden? Op dezelfde gronden als in andere gevallen. Suicidepogingen zijn op zich geen grond. Hoogstens is een suicidepoging een aanwijzing dat er gronden zijn'.

Het gevaar kan ook ernstige zelfverwaarlozing zijn. Deze situatie kan zich voordoen bij ernstige verslaving, diep zwakzinnigen of sterk demente bejaarden. Dat betekent, dat dezen ook gedwongen opgenomen kunnen worden.

Ter verduidelijking wil ik nogmaals stellen dat er sprake moet zijn van ernstige stoornis van de geestvermogens ten gevolge waarvan de betrokkene gevaar veroorzaakt en dat gevaar moet zich gemanifesteerd hebben. Indien de diep zwakzinnige of de psychogeriatrische patiënt geen blijf geeft van bereidheid zich te laten opnemen, zal een machtiging moeten worden verleend.

Wij realiseren ons, dat het verlenen van die machtigingen en de verlenging daarvan een zeer zware extra belasting van de rechterlijke macht zal opleveren. Daar staat tegen over, dat vele van deze patiënten geen bewegingsvrijheid hebben, omdat ze anders gevaar voor zichzelf – verwaarlozing – of gevaar voor anderen kunnen opleveren. Ook deze patiënten hebben bij een zo ernstige beslissing als een gedwongen opname, de waarborg van een rechterlijke uit-



## Haas-Berger

spraak nodig. Bovendien moet juist voor deze patiënten de mogelijkheid tot klagen geboden zijn, met een eventueel beroep op de rechter, omdat ze letterlijk geen kant uit kunnen. Ze zitten immers vaak achter slot en grendel.

De rechter moet de machtiging verlenen en daarbij moet hij bewezen achten, dat uit de ernstige stoornis van de betrokkene gevaar voortvloeit. Op hem rust een zware taak, die hij niet kan vervullen zonder advies te vragen aan deskundigen.

Wij zijn van mening dat hij in elk geval diegene die de betrokkene tot nu toe heeft behandeld, de wettelijke vertegenwoordiger en de verzorger moet kunnen verplichten voor hem te verschijnen. De rechter moet zich uiteraard voor een belangrijk deel laten leiden door een deskundige, die een verklaring afgeeft dat betrokkene aan een ernstige stoornis lijdt. In het wetsontwerp is elke psychiater bevoegd zo'n verklaring te tekenen en, indien er geen psychiater is, elke arts mits deze toestemming van de inspecteur heeft.

Vanuit de wereld der psychiatrie, psychiaters, is in vele geschriften verwoord dat het zeer moeilijk is vast te stellen of de betrokkene aan de nodige criteria voldoet. Het is ook de vraag of de psychiater die zich met een beperkt aantal therapieën bezighoudt of zich gespecialiseerd heeft in één bepaalde problematiek, wel voldoende in staat zal zijn om deze zeer moeilijke diagnose te stellen.

Wij stellen dan ook voor dat slechts psychiaters die twee jaar werkzaam zijn geweest in een psychiatrische inrichting of in een instelling waar hij ervaring kan hebben opgedaan met alle soorten patiënten en een heel scala van geestesziekten onder zijn ogen heeft gehad, de verklaring mag tekenen dat de betrokkene aan de vereisten voldoet. Er zal daartoe een speciaal register moeten worden ingesteld, waarin psychiaters moeten worden ingeschreven, voordat zij die verklaring mogen afgeven.

Aan de andere kant is er geen enkele reden om deze taak alleen aan psychiaters over te laten. De klinische psycholoog met een Nederlandse opleiding is in de praktijk even goed in staat om een psychische stoornis te onderkennen en te behandelen als een psychiater, indien hij tenminste enige jaren in een inrichting of een instelling heeft gewerkt.

De klinische psycholoog kan namelijk in een inrichting een aanvul-

lende opleiding in de psychiatrie krijgen die drie à vier jaar duurt. Na die opleiding verkrijgt hij een registratie van het Nederlands Instituut voor Psychologen. De waarborgen voor de kwaliteit daarvan liggen evenals bij de specialistenopleiding van de psychiatrie in handen van de beroepsgroep. De status is dus dezelfde als bij het specialisme psychiatrie.

In de praktijk weet de klinische psycholoog dan ook evenveel van de psycho-pathologie als de psychiater. In de inrichtingen wordt bij de behandeling geen onderscheid tussen hen gemaakt. Wij stellen dan ook voor, het deze klinische psycholoog mogelijk te maken c.q. toe te staan, zich in het register te laten inschrijven en een verklaring af te geven.

In deze gedachtengang is het onjuist de huisarts de verklaring te laten afgeven, zelfs bij wijze van uitzondering. Dit hoeft ook niet, want in elke regio zijn inrichtingen en ambulante instellingen waar voldoende psychiaters en klinische psychologen werkzaam zijn die wel aan de eisen voldoen.

Ook al stellen wij extra eisen aan degene die de verklaring moet afgeven, dan nog zal de betrokkene die niet opgenomen wil worden, zich het slachtoffer van een samenzwering tegen hem gericht voelen, zeker als familieleden het verzoek tot machtiging hebben gedaan. Gezien de moeilijke diagnose en de verstrekken-de gevolgen voor de betrokkene zal toch nog een extra waarborg moeten worden ingebouwd en moet een beroep gedaan kunnen worden op het oordeel van een onafhankelijke deskundige.

Wij moeten daarbij onderscheiden of de patiënt zich bij het machtigingsverzoek al of niet in een psychiatrisch ziekenhuis bevindt. Als de patiënt zich daar niet in bevindt, moet de rechter zich bij de aanvraag tot de voorlopige machtiging laten voorlichten door de instelling of de persoon die de betrokkene tot dan toe behandeld heeft. Dan kan de betrokkene zich nog gesteund weten door zijn behandelaar.

Hierop is één uitzondering te maken, namelijk als de betreffende instelling zelf die machtiging heeft gevraagd. Dan nog kan echter de raadsman de getuigenis overleggen van deskundigen, die de betrokkene bij voorbeeld nog daarvoor hebben behandeld of van andere onafhankelijke deskundigen. In de verzoekschriftenprocedure kan de rechter op verzoek van de betrokkene anderen horen. Het belangrijkste is echter dat

de verklaringsgemachtigde – degene die de verklaring afgeeft – in feite nog geen partij is. Hij staat nog vrij blank tegenover de betrokkene.

Het wordt anders, als de betrokkene in een ziekenhuis is opgenomen of dit nu vrijwillig is gebeurd, door een spoedopname of op grond van een reeds verleende voorlopige of voortgezette machtiging. Dan wordt namelijk de verklaring afgegeven door de behandelend verklaringsgemachtigde. Het is niet onmogelijk dat deze behandelaar, juist omdat hij de behandeling van de patiënt graag wil voortzetten omdat er verbetering optreedt, het jammer zou vinden als de patiënt zou vertrekken. Daardoor is het mogelijk dat hij al te vlug aanneemt dat de patiënt nog gevaar veroorzaakt.

In de schriftelijke voorbereiding hebben wij erop aangedrongen dat de verklaring door een behandelteam wordt opgesteld. Het is inderdaad nodig dat al degenen die bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, worden ingeschakeld bij het opstellen van de verklaring dat de patiënt nog ernstig gestoord is en daardoor gevaar veroorzaakt. Wij willen de opvatting van de Regering accepteren, dat maar een persoon de verklaring kan tekenen en dus maar een persoon de verantwoordelijkheid daarvoor krijgt. Wij willen dan wel een extra waarborg inbouwen.

Indien de patiënt die in een psychiatrische inrichting verblijft, in een procedure om een voortgezette of een voorlopige machtiging verzoekt, moet de rechter een onafhankelijke verklaringsgemachtigde een contra-expertise laten opstellen. De betrokkene heeft dus recht op onderzoek door iemand van buiten de inrichting.

Het heeft natuurlijk weinig zin als de patiënt wel recht op een contra-expertise heeft, maar die niet kan betalen. Dat is nogal waarschijnlijk; voor iemand die de hoge eigen bijdrage voor het verblijf in een AWBZ-inrichting moet betalen, kan dit onoverkomelijke bezwaren opleveren.

Echter, vergeleken met de totale kosten van de gedwongen opname zullen de kosten niet zo erg hoog zijn. Het zal dus eigenlijk nodig zijn de contra-expertise onder de verstrekkingen van de AWBZ te brengen. Wij verwachten, indien ons voorstel wordt aangenomen, dat de Regering het verstrekingsbesluit-AWBZ in dier voege zal wijzigen.

In dit wetsontwerp worden op verschillende punten familieleden van betrokkenen ten tonele gevoerd, ook al is de formulering daarvan nogal

## Haas-Berger

verschillend. Wij zullen in die verschillende situaties moeten nagaan waarom zij die rechten en plichten hebben en wat het doel is om hen in te schakelen of hen op de hoogte te stellen.

Iedereen kan een verzoek tot het verlenen van een machtiging indienen, maar wanneer familieleden of de wettelijke vertegenwoordiger dit doen, moet de officier van justitie die vordering instellen. Waarom is er hier sprake van die voorkeursbehandeling voor de familie? Natuurlijk kunnen mensen, familieleden of degenen waarmee men samenwoont, een extra verantwoordelijkheid jegens de betrokkene voelen.

Zij ook zullen veel al als eersten opmerken dat er sprake is van een ernstige stoornis. Zij zullen als eersten het gevaar ondervinden en de ontredde in het gezin voelen. Het heeft nog enige zin om aan hen deze voorkeursbehandeling te geven, alhoewel wij ons natuurlijk wel moeten realiseren dat, indien de relatie in het gezin al slecht was, men in het geval van stoornis wel eens te vlug geneigd kan zijn om een machtiging te verzoeken. Bovendien zal de verstandhouding tussen de betrokkene en de verzoeker er allerminst beter op worden. Er is echter geen enkele reden om broers en zusters en zelfs ooms, tantes, neven en nichten deze sterkere positie te verlenen. Zo nauw is de familieband in de huidige samenleving mijns inziens ook weer niet. Indien men toevallig samenwoont met een familielid, dan heeft dit familielid dezelfde rechten als de echtgenoot. Daarvoor is die speciale positie dus ook niet nodig.

Indien de betrokkene is opgenomen, moeten de huisregels aan de echtgenoot of degene met wie men samenwoont, de wettelijke vertegenwoordiger en aan de naaste (familie)-betrokkenen van de patiënt worden medegedeeld. Eveneens moet worden gemeld welke persoon in het bijzonder verantwoordelijk is voor de behandeling. Deze groep van familieleden kan tevens betrokken worden bij het opstellen van het behandelingsplan, indien de patiënt dit zelf niet kan.

Ik maak hierover enige opmerkingen ter verduidelijking. In de eerste plaats zijn familie- en gezinsleden niet altijd de meest geëigende personen om voor de patiënt in de bres te springen. Het kan voorkomen dat zij de oorzaak van de verslechtering van de toestand van de patiënt zijn. Het wordt hoog tijd dat nu eindelijk eens het mentor-

schap geregeld wordt, hetgeen trouwens reeds lange tijd al is toegezegd. De patiënt kan zich dan vertegenwoordigd weten door iemand die specifiek voor zijn immateriële belangen opkomt. Kan de Minister van Justitie mededelen wanneer wij dit wetsontwerp kunnen verwachten?

Natuurlijk is het als waarborg voor de rechten van de patiënt goed dat de naast betrokkenen weten waar de patiënt verblijft, wat zijn rechten zijn en wie verantwoordelijk is voor de behandeling.

Het is echter niet nodig, de gehele familie hiervan op de hoogte te stellen. De zinsnede 'naaste (familie) betrekkingen' moet dus eng geïnterpreteerd worden, waarbij meer moet worden gekeken naar degenen waarmee de patiënt een goede relatie heeft, dan naar degenen die familie-rechtelijk het dichtst bij staan. Uit het feit dat familie in de wettekst tussen haakjes staat, maak ik op dat heel uitdrukkelijk hieronder moet worden begrepen: degenen waarmee de patiënt een goede relatie heeft en waarmee men toch niet samenwoont. Die personen kunnen vaak veel dichter bij staan dan familieleden.

Deze opmerkingen gelden alle nog veel stringenter voor de groep van personen die op de hoogte worden gesteld van het behandelingsplan of zelf bij de opstelling daarvan betrokken moeten kunnen worden. Dergelijke zaken, die toch echt tot de levenssfeer van de patiënt horen, mogen naar onze mening maar aan een zeer beperkte groep van personen worden toevertrouwd.

Bij de opstelling van het behandelingsplan in de situatie dat de patiënt zijn wil kenbaar kan maken, moet men al heel voorzichtig zijn met het inschakelen van allerlei mensen waaraan de patiënt eigenlijk geen boodschap heeft.

Ik heb betoogd dat gedwongen machtiging een ultimum remedium is, dat er waarborgen moeten zijn, dat dit niet onterecht gebeurt en dat alles in het werk moet worden gesteld om de patiënt te motiveren tot een vrijwillige behandeling.

Als die voorlopige machtiging dan toch door de onafhankelijke rechter wordt uitgesproken, dan betekent dat nogal wat. Dat houdt dan in dat na het horen van deskundigen, behandelaars, de betrokkene zelf en anderen bewezen is, dat er sprake is van een ernstige stoornis van de geestvermogens waardoor gevaar voor personen wordt veroorzaakt. Dat gevaar moet

zich al gemanifesteerd hebben. In die situatie mag het natuurlijk niet gebeuren dat de patiënt niet wordt opgenomen. Er is echter nog steeds geen opnameplicht.

De Regering wil, blijkens de stukken, daar ook nog niet aan. De verzoeker moet met hulp van de inspecteur maar zien dat de patiënt wordt opgenomen. Er is echter geen enkel dwang- en machtsmiddel om die opname te effectueren. Wij stellen dan ook voor dat, indien binnen een week de opname niet is gelukt, de rechter een psychiatrisch ziekenhuis, uiteraard na overleg met de geneesheer-directeur daarvan, kan verplichten de patiënt, die een machtiging heeft, op te nemen.

In het wetsontwerp wordt het mogelijk gemaakt dat patiënten die vrijwillig zijn opgenomen, toch een machtiging krijgen en dat het vrijwillig verblijf wordt omgezet in een gedwongen verblijf. Daarop is nogal wat kritiek uitgeoefend, met name door de patiëntenbonden, omdat dit mensen zou beletten zich vrijwillig te laten opnemen. Ook wij zijn er niet erg gelukkig mee. De situatie kan desalniettemin ontstaan dat de 'vrijwillige' patiënt gevaarlijk wordt voor zichzelf of voor anderen.

Indien deze bepalingen zouden worden geschrapt zou de patiënt kunnen vertrekken en dan zou natuurlijk ook nog een verzoek om een voorlopige machtiging kunnen worden ingediend. Veel voordeel zou de patiënt daar niet van hebben. Wel zou de situatie kunnen escaleren als de patiënt, buiten het ziekenhuis verblijvend, echt gevaarlijk wordt.

Ik stipuleer nog eens dat de geneesheer-directeur nooit een verzoek om een voorlopige machtiging zal mogen uitlokken, indien de 'vrijwillige' patiënt zijn behandeling wil afbreken en als de behandelaar het daar toevallig niet mee eens is. De behandelaar zal de patiënt ervan moeten proberen te overtuigen om de behandeling vrijwillig voort te zetten. Het uitlokken van een machtiging mag ook niet als een sanctie of een stok achter de deur worden gebruikt tegen lastige patiënten. Bij deze machtiging wordt echter dezelfde procedure gevolgd als die ingeval men niet in het ziekenhuis verblijft. Ik hoop dus dat voldoende waarborgen zijn ingebouwd voor een zorgvuldige afweging.

Ik wil daar toch nog wat aan toevoegen. Ik heb het gehad over het recht op contra-expertise en het verbod tot een machtiging als de



## Haas-Berger

betrokkene in een ander ziekenhuis wil worden opgenomen. De betrokkene zal toch echter moeten weten wat de geneesheer-directeur van plan is en mag daar niet achteraf mee worden geconfronteerd.

De geneesheer-directeur zal de betrokkene en de patiënt-vertrouwenspersoon er dus van tevoren van op de hoogte moeten stellen, dat hij de nodige stappen zal ondernemen om die machtiging te verkrijgen.

Indien de betrokkene er blijk van heeft gegeven te willen vertrekken – dus echt daadwerkelijk te willen opstappen –, kan de burgemeester gelasten dat de patiënt voorlopig, tot de procedure is afgelopen, in het ziekenhuis moet blijven. Het is dan wellicht wat problematisch, een patiënt op de hoogte te stellen van de voornemens tot aanvraag van een machtiging. Dat neemt echter niet weg dat de patiënt fatsoenlijk behandeld moet worden en dus recht heeft op alle informatie over wat men met hem van plan is.

De geneesheer-directeur zal in dat geval de patiënt, in aanwezigheid van de patiënt-vertrouwenspersoon, mondeling moeten meedelen dat hij hem gedwongen in de inrichting wil houden en welke stappen hij daartoe heeft ondernomen. Dan zal de geneesheer-directeur ook de patiënt en de patiënt-vertrouwenspersoon duidelijk moeten maken waarom hij dat gedaan heeft. Dan kan hij zich er bovendien nog eens persoonlijk van overtuigen of de patiënt echt niet wil, of er wellicht problemen zijn met de behandelaar en of er toch geen andere oplossing mogelijk is.

De burgemeester kan in acute en spoedeisende situaties, waarbij een persoon ernstig gestoord is en een ernstig vermoeden van gevaar bestaat, gelasten tot een spoedopname. Daarna moet op korte termijn de gewone procedure voor de rechter gestart worden. Hoewel deze constructie op zich zelf geen schoonheidsprijs verdient – de burgemeester zelf kan toch moeilijk beoordelen of iemand een ernstige stoornis heeft – zal iemand de verantwoordelijkheid moeten dragen. En de burgemeester is verantwoordelijk voor de openbare orde.

De burgemeester kan de betrokkene van zijn huis of van een andere plaats laten ophalen, als hij de schriftelijke beschikking tot spoedopname heeft afgegeven. De burgemeester kan dat ophalen van de betrokkene laten doen door personen met kennis van de

zorg voor geestelijk gestoorde. Wij hebben daar sterk voor gepleit. Het is ook in het wetsontwerp opgenomen. Het is natuurlijk zowel in het belang van de betrokkene, die zich toch al in een toestand van opwinding bevindt, zeer gespannen zal zijn en acuut gevaarlijk en voor wie dus een adequaat optreden vereist is, als in het belang van de ambtenaar zelf die dat moet doen.

Maar, mijnheer de Voorzitter, deze bijstand van deskundigen moet worden verleend als het nodig is en niet, zoals in het wetsontwerp staat, 'als het mogelijk is', want als dan bij voorbeeld de GG en GD geen tijd heeft, gaat het niet door. En dat lijkt mij wat slordig.

De burgemeester kan de beschikking tot spoedopname pas geven als een verklaringsgemachtigde een schriftelijke verklaring heeft opgesteld. Voor de zekerheid willen wij in de wet opnemen dat deze verklaringsgemachtigde de betrokkene eerst zelf onderzoekt, opdat hij niet alleen op berichten van anderen afgaat. Ook de burgemeester moet de bevoegdheid krijgen, nadat de verklaring is afgegeven na overleg met de inspecteur, een psychiatrisch ziekenhuis te verplichten de patiënt op te nemen. Ook hier ging het om een acuut gevaarlijke situatie.

In onze visie is het dus niet meer mogelijk dat een patiënt met een voorlopige machtiging of een spoedopname in een gewoon (somatisch) ziekenhuis wordt geplaatst of – wat volgens de wet ook nog mogelijk is – dat aan de beschikking geen gevolg wordt gegeven. De betrokkene veroorzaakt acuut gevaar; daar was het allemaal om begonnen.

De beschikking van de burgemeester, de verklaring van de verklaringsgemachtigde, een afschrift van het proces verbaal en de overige stukken worden ter secretarie bewaard gedurende vijf jaar. In een algemene maatregel van bestuur zullen daar nadere regels over worden opgesteld. Deze stukken kunnen nog nodig zijn, want de betrokkene kan voor de rechter de rechtmatigheid van de spoedopname betwisten en dan moet de burgemeester kunnen aantonen waarom hij tot de spoedopname is overgegaan. Het is echter wel noodzakelijk dat strenge eisen worden gesteld aan de bewaring, zodat niet iedereen op het gemeentehuis erbij kan. Hier dient te gelden dat ze alleen maar voor procedures die de betrokkene betreffen mogen worden gebruikt en dat geen informatie uit de dossiers voor andere doeleinden mag worden vrijgegeven.

Een belangrijk onderdeel van het wetsontwerp is de vrijwillige gedwongen opname. Deze vorm is gekozen om behandeling van ernstig verslaafden mogelijk te maken. Zij kunnen ook onder de gewone bepalingen van dit wetsontwerp vallen, namelijk indien mede ten gevolge van hun verslaving een ernstige stoornis is ingetreden en zij zich daardoor gaan verwaarlozen of gevaarlijk voor anderen worden en niet opgenomen willen worden.

Een gedwongen behandeling zal dan echter volgens dit wetsontwerp ook niet mogelijk zijn. Bij de gedwongen opname op eigen verzoek moet er ook sprake zijn van een ernstige stoornis en van gevaar voor zichzelf of anderen, maar er behoeft nog geen sprake te zijn van een oorzakelijk verband.

Een gedwongen opname, zonder behandeling, heeft voor niemand zin en een gedwongen behandeling zal voor verslaafden geen blijvend resultaat opleveren. Kans op een succesvolle behandeling bestaat pas als de verslaafde gemotiveerd is. Bij de behandeling van verslaafden zien wij vaak dat zij zich op bepaalde momenten aan de behandeling willen onttrekken, dat zij weg willen, dat zij het allemaal niet meer zien zitten, terwijl zij op zich wel degelijk gemotiveerd zijn om zich te laten behandelen. Dan kan een middel, een machtsmiddel, om hen in de inrichting te houden wel degelijk zin hebben.

In het wetsontwerp gaat het bij deze constructie om mensen die wel behandeld willen worden, want zij moeten, voordat zij zelf om die machtiging verzoeken, reeds overeenstemming hebben met een inrichting dat zij opgenomen zullen worden en er moet een behandelingsplan zijn opgesteld. Wat dat betreft kunnen wij wel akkoord gaan met het voorstel, teneer omdat de rechter nu, op ons aandringen, mogelijkheden heeft om de duur van de machtiging tussen zes maanden en een jaar te stellen.

Die gedwongen opname moet echter wel geschieden in verslavingsklinieken. Daar kent men immers de beste behandelingsmethoden, maar bovendien mogen andere patiënten niet wegens het feit dat de psychiatrische inrichtingen vol zitten met verslaafden van een behandeling verstoken blijven.

Ontslag uit de inrichting kan in deze situatie slechts volgen als de machtingsduur is afgelopen. Daar zit één aspect aan waarmee wij het niet eens zijn. Gedwongen behandeling is



## Haas-Berger

volgens dit wetsontwerp in principe niet mogelijk. Ook al heeft men ingestemd met een behandelingsplan, men kan er later toch weer van afzien. Onder de uitzondering van artikel 37, lid 5, derde zinsnede, dat dwangbehandeling mogelijk is, vallen deze patiënten niet, want bij hen is er geen oorzakelijk verband tussen ernstige stoornissen en het gevaar.

Indien nu de verslaafde bij voortdurende weigert zijn behandeling voort te zetten, indien hij dus in feite geen behandeling meer ondergaat, blijft hij alleen maar opgesloten en verder gebeurt er niets. Ter vermindering van misverstand: ik heb het dus niet over die gevallen waarbij de patiënt incidenteel behandeling weigert. Blijft de patiënt echter bij de weigering tot behandeling dan is er, nu hij niet onder de algemene bepalingen van dit wetsontwerp valt, geen reden om hem vast te houden. In feite is er geen rechtsgrond tot een enkele bewaring, want daarop komt het dan neer. Als de verslaafde in die situatie ontslag verzoekt zal hem dat dan ook moeten worden verleend.

Ik kom tot een zeer belangrijk onderdeel van het wetsontwerp: de rechtspositie, de dwangbehandeling en de klachtenprocedure. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon, de behandelaar, moet zo spoedig mogelijk na de opname met de patiënt een behandelingsplan opstellen. Ik acht dit een hele goede zaak. Wij zijn van mening dat dit voor alle patiënten, ook de vrijwillige, zou moeten gelden.

De patiënt heeft recht op een behandeling, ook al mag hij die weigeren. Hij heeft er tevens recht op dat hij weet wat zijn behandeling zal inhouden, wat hij er zelf voor moet doen, welke prognoses er zijn. Hij moet instemmen met de behandelingsmethode en met de voorwaarden die aan hem worden gesteld. Het mag, als de overeenstemming niet meteen lukt, niet bij één poging blijven. Zo nodig moet de behandelaar meerdere voorstellen doen voordat men tot de conclusie komt dat een behandelingsplan niet opgesteld kan worden.

Het behandelingsplan moet ook tussentijds bijgesteld en veranderd kunnen worden, ook als de patiënt zelf met een ander voorstel komt. Nadere regels betreffende het behandelingsplan, de eisen waaraan het moet voldoen en de opzet zullen in een algemene maatregel van bestuur moeten worden neergelegd.

De elektroshock is een middel dat *wel in een behandeling gebruikt wordt*. De Gezondheidsraad heeft in een advies gezegd dat slechts in uiterste noodzaak, met instemming van de patiënt, tot deze behandeling mag worden overgegaan. Maatschappelijk gezien is dit een nauwelijks meer geaccepteerde methode. De algemene maatregel van bestuur zal zeker ook nadere regels moeten opstellen om het gebruik van de elektroshock aan banden te leggen en voorwaarden moeten stellen voor het gebruik daarvan, zowel bij het behandelingsplan als bij de dwangbehandeling.

Evenals alle algemene maatregelen van bestuur die gaan over de rechtspositie van de patiënt, de dwangmiddelen, klachtenprocedure, de privacy en de huisregels van de inrichting, zullen ook bij het behandelingsplan de ontwerpen van deze algemene maatregelen van bestuur te voren bekend gemaakt moeten worden, voordat zij hun definitieve vorm krijgen, opdat aanpassing nog mogelijk is.

Mijnheer de Voorzitter. De patiënt mag niet tegen zijn zin behandeld worden, dwangbehandeling is in principe niet mogelijk. Ik wil dit uitgangspunt, zoals het in feite in het wetsontwerp ligt toch nog eens benadrukken. Iemand tegen zijn zin behandelen, of het nu gaat om psycho-farmaca, gespreks- of groeps-therapieën of andere methodieken, het betekent allemaal een geweldige inbreuk op de persoonlijke vrijheid van de mens. Er gebeuren dingen met hem, er worden processen in gang gezet, die hij niet wil.

Er wordt wel gesteld, dat de patiënt vaak, juist tengevolge van zijn psychische stoornis, geen verbetering of herstel wil. Ook dan is naar onze mening een behandeling tegen de zin van de patiënt niet geoorloofd, omdat de integriteit van de menselijke geest en de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam worden geschonden.

Eigenlijk zouden wij de dwangbehandeling het liefst totaal willen uitsluiten. Er zijn echter situaties, waarin de patiënt ook in een psychiatrische inrichting tengevolge van zijn stoornis gevaar voor zichzelf of anderen oplevert. Volgens de wet mag in die situaties een dwangbehandeling plaatsvinden.

Doen wij dat niet, dan is het gevaar groot, dat meer en langer naar het gebruik van dwangmiddelen wordt gegrepen, totdat de noodsituatie

geweken is, en dat daarna nog geen basis voor een behandeling is gelegd. Integendeel, na het gebruik van een dwangmiddel, bij voorbeeld isolatie, zweedse band, zal de patiënt nog veel meer tegen de draad in zijn.

Alles afwegende, moet toch, in deze uiterste situatie een dwangbehandeling mogelijk zijn, maar niet zonder extra waarborgen voor de patiënt. Deze belangrijke, voor de patiënt diep ingrijpende beslissing – die toch ook voor de behandelaar zeer moeilijk te nemen is – zal niet door de behandelaar genomen mogen worden. Wij stellen voor, dat een commissie, bestaande uit de inspecteur, een vertegenwoordiger van de verklaringsgemachtigden uit het ambtsgebied van de inspecteur en een vertegenwoordiger van de patiëntenvertrouwenspersonen uit dat gebied, van te voren toestemming moet geven voor die dwangbehandeling.

De commissie moet er tevens op toezien, dat de gebruikte methode bij de dwangbehandeling wel toelaatbaar is en kan onder meer op die grond de toestemming weigeren. Naar onze mening kan zo worden voorkomen, dat ten onrechte een dwangbehandeling wordt opgelegd. Doordat er een patiëntenvertrouwenspersoon in die commissie moet zitten, hopen wij, dat de patiënt, die de behandeling moet ondergaan weet, dat zijn belangen – vanuit zijn gezichtspunt – behartigd worden en dat hij zich vlugger bij de situatie zal neerleggen. Het is wel de bedoeling dat de leden van de commissie niet te lang achter elkaar lid zijn van die commissie en tegen elkaar in rouleren.

Mijnheer de Voorzitter! Bij onze benadering zijn wij uitgegaan van het idee, dat langzaam vaste voet krijgt, dat de patiënt zelf mag bepalen, wat met hem gebeurt, welke behandeling hij wil ondergaan. De psychiater gaat meer uit van de ethische plicht tot behandelen, wat wij niet onderschrijven. Daarbij blijven wij dan toch zitten met het begrip gevaar als voorwaarde voor die dwangbehandeling. Moet het gevaar zich hier, zoals bij de criteria voor de gedwongen opname, reeds gemanifesteerd hebben, of is een ernstige dreiging reeds voldoende?

Het gaat toch ook om de veiligheid van het behandelend personeel. Gevaar voor anderen is niet zo moeilijk, maar wat is in dit geval het gevaar voor de patiënt zelf? Een suïcidepoging is duidelijk, maar als de patiënt zonder behandeling geestelijk steeds slechter wordt, zodat verdere genezing onmogelijk wordt of ernstig

## Haas-Berger

bemoeilijkt of vertraagd wordt, is dat gevaar?

Mag men dan een dwangbehandeling in de vorm van psycho-farmaca geven als men weet, dat daarna een gesprek over een behandelingsplan vrijwel zeker mogelijk is? Het lijkt mij van wel, onder voorwaarden van toestemming van de commissie.

Om nog verder te gaan: er is sprake van gevaar indien een agressieve, paranoïde patiënt, die uit de aard van zijn ziekte geen medicijn wil maar na de opname niet meer gevaarlijk is, alles weigert, waardoor hij nooit tot een behandeling bereid zal zijn, terwijl hij na enkele weken medicijngebruik dat wel zal zijn? Levert dat gevaar op voor de patiënt zelf? Het lijkt mij van niet, in de zin van de wet. De vraag is wel wat er dan gebeurt.

In uitzonderlijke situaties is dwangbehandeling mogelijk met toestemming van de commissie. Deze behandeling moet wel, bij effectuering, aan de inspecteur worden gemeld en uiteraard aan de patiëntenvertrouwenspersoon. Een ander aspect is het gebruik van dwangmiddelen. Volgens de bepalingen van het wetsontwerp mogen deze in noodsituaties gebruikt worden. Hoe problematisch ook, er kunnen situaties zijn waarin patiënten met sedativa of op andere wijzen tot kalme gebracht moeten worden, omdat zij anders echt gevaarlijk zijn en er geen andere mogelijkheid is calamiteiten te voorkomen. Het gaat wel om een tijdelijke noodsituatie, die zich slechts kort in de tijd afspeelt.

Wij zijn van mening dat in een algemene maatregel van bestuur moet worden geregeld welke middelen en maatregelen eventueel gebruikt mogen worden, en dat ook de termijn, dat een middel gebruikt mag worden, bepaald wordt; daarbij denken wij aan enkele dagen maximaal.

De Staatssecretaris merkte op 24 augustus jl. in antwoord op vragen van mevrouw Van Es over isolatie – een dwangmiddel – op: 'het beëindigen van een dwangmiddel of -maatregel alvorens het gevaar is geweken, is niet verantwoord'. De Staatssecretaris moet maar eens uitleggen wat naar zijn mening een tijdelijke noodsituatie is, waarin dwangmiddelen gebruikt kunnen worden, en wanneer er sprake is van gevaar, dat een dwangbehandeling rechtvaardigt. Ik heb de indruk dat de Staatssecretaris de zaken door elkaar haalt. Het gaat er echt om dat de dwangmiddelen alleen in een tijdelijke noodsituatie, zoals in de wet wordt

gesteld, gebruikt mogen worden en niet langer.

Wij staan op het standpunt dat een dwangmiddel hooguit enkele dagen gebruikt mag worden, hetgeen niet uitsluit dat daarna, hoewel wij het liever niet hebben, een dwangbehandeling noodzakelijk is. De geneesheer-directeur zal elke maand de inspecteur op de hoogte moeten stellen van de dwangmiddelen die in de inrichting zijn toegepast, en uiteraard van de redenen waarom.

Wij verwachten dat de inrichtingen, als zij het gebruik van dwangmiddelen met redenen omkleed moeten registreren en melden, zich realiseren dat zij met iets exceptioneels bezig zijn en dat door deze registratie en melding overbodig gebruik zal worden voorkomen. Voorzitter! De psychiatrische patiënt heeft dezelfde rechten als iedere andere burger, ook al is hij gedwongen opgenomen. Het probleem is, dat hij deze rechten moeilijker kan effectueren, omdat hij zich in een afhankelijke positie bevindt. Toch worden hem ook beperkingen opgelegd. Voor zover de reden daarvoor is, dat aan het leven in een gemeenschap regels gesteld moeten worden, is dat een logische zaak. In de huisregels kunnen echter vergaande beperkingen worden opgenomen.

De inrichtingen zijn vrij, de inhoud zelf te bepalen, ook al is er overleg gaande in de NZR over model-huisregels. Er is echter geen controle op de inhoud, of een toetsing of de rechten van de patiënt niet onevenredig worden beperkt. Dat is natuurlijk vreemd, als je ziet dat wij ons allen inspannen om de rechtspositie van de psychiatrische patiënt in de wet neer te leggen. Wij stellen dan ook voor, dat in een algemene maatregel van bestuur de minimum-eisen, waaraan de huisregels moeten voldoen, worden neergelegd.

De behandelingsgegevens worden neergelegd in een patiëntendossier. De patiënt bespreekt zijn behandelingsplan; daarover moet overeenstemming zijn. Hij krijgt inzicht in zijn eigen situatie. Dan is het logisch hem ook het recht op inzage in zijn eigen dossier te geven.

In de wet zijn enkele beperkingen neergelegd ten aanzien van het recht op vrij briefverkeer, bewegingsvrijheid het ontvangen van bezoek. Uit de formulering van de tekst maak ik op, dat andere rechten, bij voorbeeld dat op telefoonverkeer, niet beperkt mogen worden.

De beperking van de bezoeken en bewegingsvrijheid in het belang

van de openbare orde in het ziekenhuis kan natuurlijk vrij ruim geïnterpreteerd worden.

Wij zijn ons ervan bewust dat er in bepaalde situaties moet kunnen worden ingegrepen en dat een patiënt beperking in zijn bewegingsvrijheid wordt opgelegd. Die patiënt moet dan echter wel even weten waar hij aan toe is. Vandaar ook dat wij er de voorkeur aan geven te lezen: 'de openbare orde van het ziekenhuis, zoals in de huisregels neergelegd'.

Rechten hebben weinig zin als men niet bij een andere instantie terecht kan indien die rechten worden geschonden. Wij juichen het in principe toe dat in dit wetsontwerp een klachtenprocedure is opgenomen. De patiënt kan zijn beklag doen bij het bestuur of een speciale commissie. Er is beroep op de rechter mogelijk. Toch zijn wij met de gekozen opzet niet helemaal gelukkig.

Het is in de eerste plaats bij uitstek een procedure waarbij de patiënt de hulp en bijstand van een patiëntvertrouwenspersoon nodig heeft. Er kan geklaagd worden, indien een dwangbehandeling of dwangmiddelen worden toegepast en indien de patiënt in zijn rechten wordt beperkt. Wij hebben betoogd dat de patiënt recht heeft op een behandeling. Er moet overeenstemming zijn over het behandelingsplan. Het is voor de patiënt een ingrijpende zaak indien dit plan niet wordt uitgevoerd waar het vaak zijn enige houvast is naar een betere toekomst. Hij zal dan ook een klacht moeten kunnen indienen indien het plan niet wordt uitgevoerd of indien ervan wordt afgeweken.

De indiening van een klacht schorst niet de beslissing waartegen de klacht is gericht. Daar begrijp ik nu echt niets van. Er kunnen zich situaties voordoen waar de beslissing zo duidelijk onredelijk is of de belangen van de patiënt zo ernstig benadeeld worden – bij voorbeeld het weigeren van bezoek, het opleggen van beperking van bewegingsvrijheid als strafmaatregel, het niet uitvoeren van een behandelingsplan – dat het bestuur daarin de bevoegdheid moet krijgen de beslissing te schorsen.

Indien de klager in beroep wil gaan tegen de beslissing van het bestuur bij de rechter, moet hij dit via de inspecteur doen. Deze behoeft de klacht niet door te geleiden als hij in de voorafgaande zes maanden reeds een beslissing over zo'n klacht aan de rechter heeft gevraagd. Maar het feit dat er weer zo'n klacht is, kan aanleiding zijn te veronderstellen dat er iets ernstig mis is in de inrichting.

## Haas-Berger

Het zou kunnen zijn dat men te vaak gebruik maakt van dwangmiddelen of dwangbehandelingen. Het is veel verstandiger, de rechter daarover te laten beslissen dan de inspecteur te laten beoordelen of een klacht van dezelfde aard wel of niet onder ogen van de rechter moet komen. Als ons voorstel wordt aangenomen, hebben wij er ook geen bezwaar meer tegen dat de inspecteur de tussenschakel is tussen klager en rechter.

Mijnheer de Voorzitter! Natuurlijk zal de uitvoering van deze wet een extra belasting voor de rechterlijke macht betekenen. Bij de behandeling van de diverse wetsontwerpen op het gebied van justitie en de begrotingen van justitie hebben wij gesproken over de kosten-baten-analyse van de nieuwe wetgeving. Wij onderschrijven dat je dat zeer zorgvuldig in de gaten moet houden.

Maar ik heb toen ook gezegd dat het niet aangaat om groepen mensen die tot nu toe rechteloos zijn geweest en die in de knel zaten – en dat is het geval met psychiatrische patiënten – wegens de kosten en de druk op de rechterlijke macht van een rechtspositieregeling af te houden. Er zal dan ook zo spoedig mogelijk een in de wet neergelegde rechtspositieregeling voor alle psychiatrische patiënten moeten komen mét een wettelijke klachtenprocedure.

Mijnheer de Voorzitter! Aan de inspectie wordt in dit wetsontwerp een heel belangrijke taak toebedeeld. De inspecteur heeft al een zware taak: het controleren van inrichtingen, beleidsadviezen geven aan de Staatssecretaris, de belangen van de patiënt behartigen. Wij hebben wel eens de indruk dat er teveel tijd in de beleidsadvisering en te weinig in de controlerende taak wordt gestoken.

Wij willen nogmaals pleiten voor een versterking van de controle van de instellingen en inrichtingen. Gezien de taakverzwaring zijn wij van mening dat het nodig is dat de inspectie wordt uitgebreid. Daarbij zal ook gezocht moeten worden naar andere disciplines dan de medische. Wij wachten het antwoord van de Regering af en zullen desnoods in tweede termijn daarover een uitspraak van de Kamer vragen.

Ik besef dat ik lang niet alle aspecten van dit wetsontwerp aan de orde heb gesteld. Concluderend merk ik op dat wij onder bepaalde voorwaarden met dit wetsontwerp kunnen instemmen, omdat het toch een betere waarborg geeft bij gedwongen opnamen van de

krankzinnigenwet en omdat er een begin van een rechtspositieregeling in de wet ligt. De dwangbehandeling en de dwangmiddelen kunnen, indien onze amendementen worden aangenomen, slechts in uiterste omstandigheden en onder strenge voorwaarden worden toegepast.

Dit wetsontwerp heeft velen in beroering gebracht. Het is nu onze plicht, de onzekerheid voor hen op te heffen en dit wetsontwerp zo vlug mogelijk af te handelen.

De **Voorzitter**: Op de opmerking van mevrouw Haas, dat zij niet alle aspecten van het wetsontwerp heeft aangeroerd, geef ik als commentaar dat wij ook slechts met de algemene beschouwingen bezig zijn.

□

De heer **Leerling** (RPF): Mijnheer de Voorzitter! Van uitstel komt afstel, luidt het spreekwoord. Als dat in absolute zin waar zou zijn geweest, zouden wij vandaag het wetsontwerp bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen niet behandelen. De BOPZ – zoals het wetsontwerp kortweg wordt genoemd – heeft, sinds tweeënhalve jaar geleden het eindverslag verscheen, nemigmaal gereed gelegen voor plenaire behandeling. Toch was er diverse keren aanleiding om de behandeling opnieuw uit te stellen.

Nu is het dan eindelijk zo ver dat de BOPZ op de agenda van de Kamer staat om de sinds 1884 functionerende Krankzinnigenwet te vervangen. De RPF-fractie juicht dat toe en beseft zeer wel dat de Kamer, wat de gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen betreft, een historische knoop gaat doorhakken. Het lijkt niet uitgesloten dat de Krankzinnigenwet de 100 jaar nog volmaakt, alvorens de BOPZ het Staatsblad heeft gehaald. Het is echter te hopen dat er na alle discussie zo snel mogelijk een nieuwe wet komt. De BOPZ mag naar mijn mening in grote lijnen als een verbetering worden gezien, met name wat essentiële zaken als de behandeling en de rechtspositie van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt betreft, ook al blijft het allemaal slechts een gedeeltelijke verbetering; ideaal wordt het niet, dat kan ook niet in het ondermaanse.

Gelet op de breedvoerige verhandeling in de jarenlange schriftelijke voorbereiding en de lawine van amendementen, is lang iedereen nog niet tevreden. Ook de RPF-fractie is niet onverdeeld gelukkig, dat zal in de loop van mijn betoog wel duidelijk worden.

De nu vigerende Krankzinnigenwet werd in de loop van de jaren 60 steeds meer als verouderd beschouwd. Alleen de naam al! Vanzelfsprekend richtte de kritiek zich meer en meer op de inhoud van de wet, die een negentiende-eeuwse geest ademt, waarbij de geestelijke zieken, met name wat de rechtspositie betreft, anders worden behandeld dan andere patiënten. Artikel 32 van de Krankzinnigenwet is daarvan een schoolvoorbeeld. Allerlei interimregelingen, jurisprudentie en ministeriële richtlijnen hebben naar onze opvatting dit manco niet kunnen ondervangen.

Toen in 1970 door een wijziging in de Krankzinnigenwet de rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt werd verbeterd, was het al duidelijk dat er een geheel nieuwe wet moest komen. Een paar maanden later – 22 april 1971 – verscheen het wetsontwerp. Dat is nu al weer 12 jaar geleden. Tal van elkaar opvolgende bewindslieden hebben zich met deze materie beziggehouden.

Hoewel er allerlei oorzaken zijn te noemen, ben ik ervan overtuigd dat het allemaal veel te lang heeft geduurd, te meer omdat vrijwel iedereen het erover eens was dat er een nieuwe wet moest komen. Dat was overigens het enige waarover eensgezindheid bestond, want al van meet af aan is gebleken dat zowel in deze Kamer als in het veld totaal verschillend wordt gedacht over bijna alle elementen die het wetsontwerp in zich heeft.

Zo meent menig jurist dat in de BOPZ te veel vanuit de medische optiek wordt geredeneerd. Daarentegen stellen diverse vooraanstaande psychiaters dat de BOPZ hen in hun taakuitoefening op een zijspoor rangeert. Bepaalde patiëntengroeperingen zijn weer ontevreden over de naar hun opvattingen nog onvoldoende geregelde rechtspositie van de patiënt.

Kortom, verdeeldheid allerwege. Feitelijk moet worden geconstateerd dat de BOPZ is uitgegroeid tot een speelbal van de politiek. De zich voortdurend wijzigende opvattingen over zowel de rechtspositie van de patiënt als de behandelingsmethodiek hebben ervoor gezorgd dat de BOPZ een soort feuilleton is geworden. Van de Kamer wordt nu op voorstel van de Regering gevraagd, een punt te zetten. De vraag is echter of dat kan.

Als gevolg van aanhoudende kritiek vanuit de Kamer is tijdens de voorbereidingsrit in feite een geheel nieuw wetsontwerp geboren. Afgaande op



## Leerling

de vele voorstellen tot amendering heeft de Regering ook met het tweede gewijzigde ontwerp van wet kennelijk niet in de roos geschoten. Drastische veranderingen zijn nu niet uitgesloten en de vraag is in hoeverre de bewindslieden die aanvaardbaar vinden. Lopen wij de kans dat zij het wetsvoorstel terugnemen en een nieuwe regelgeving voor wat de gedwongen opname van psychiatrische patiënten betreft, verder weg is dan ooit tevoren?

Ik ben er overigens van overtuigd dat mogelijk ingrijpende wijzigingen geen enkele diskwalificatie inhouden van het werk dat sinds het begin van de jaren '70 is verricht op de departementen. Aanvankelijk onder supervisie van de toenmalige staatssecretaris Kruisinga van Volksgezondheid en minister Polak van Justitie en later hun respectievelijke opvolgers hebben de opstellers van de wet zich voortdurend in een mijnenveld geweten.

Het stond vrijwel bij voorbaat vast dat het onmogelijk zou zijn, het iedereen naar de zin te maken. Daarvoor lopen de meningen te ver uiteen. De veranderde opvattingen over de psychiatrie en de behandeling van de geestelijk zieke mensen is daar uiteraard debet aan. Mijn fractie heeft zonder twijfel bedenkingen tegen een aantal ontwikkelingen in de psychiatrie, zoals de toepassing van sensitivity-training, waardoor de eigen persoonlijkheid wordt gedeformeerd, het opgeklopte democratiseringsproces en het geforceerde streven naar emancipatie van de patiënt.

Naar onze mening werkt een en ander eerder in het nadeel dan in het voordeel van de geestelijk zieke. De beoordeling daarvan heeft uiteraard alles te maken met de mens en wereldbeschouwing van waaruit men denkt en handelt. Ik kom hier straks nog op terug.

Mijnheer de Voorzitter! Mijn fractie is niet in de gelegenheid geweest een aandeel te leveren in de schriftelijke voorbereiding. Het eindverslag verscheen immers al op 9 oktober 1980, een half jaar voordat de RPF in de Kamer verscheen. Ik ontkom er in de loop van mijn betoog dan ook niet aan een enkele feitelijke vraag te stellen die wellicht eerder in de schriftelijke dan in de plenaire behandeling thuishoort.

Ik doel bijvoorbeeld op de naamgeving van de wet. Waarom dat bijvoeglijke naamwoord 'bijzondere', in plaats van 'gedwongen' of 'verplichte'

opname? Zou een van die laatste woorden de inhoud van het wetsontwerp niet beter en vooral duidelijker hebben weergegeven? Uiteraard geef ik direct toe dat een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis zonder meer een bijzondere gebeurtenis dient te zijn.

Mevrouw **Cornelissen** (CDA): Ik kan het toch niet nalaten om aan het adres van de heer Leerling deze opmerking te maken. Hij stelt eerst een vraag over het woord 'bijzonder'. Tegelijkertijd geeft hij een aardige omschrijving van het feit waarom het woord 'bijzonder' in de wet is opgenomen.

De heer **Leerling** (RPF): Ik begrijp best dat mevrouw Cornelissen dit mij duidelijk probeert te maken. Het was mij al duidelijk, maar ik denk dat de woorden 'gedwongen' of 'verplicht' de betekenis beter weergeven dan het woord 'bijzonder'. Bij het woord 'bijzonder' kan ik nog vele andere dingen bedenken. Ik heb uit een bepaald amendement van mevrouw Haas begrepen dat die vraag ook bij anderen leeft. Uit het antwoord van de bewindslieden merken wij wel wat hun reactie is.

Na deze meer inleidende woorden kom ik tot een beoordeling van het voorliggende wetsontwerp. Ik doe dit echter niet, na met alle nadruk gewezen te hebben op de volgende twee punten. In de eerste plaats mag het waar zijn dat volksvertegenwoordigers tot taak hebben mee te beslissing over het juridische karakter van de psychiatrische hulpverlening, maar in die hulpverlening is de praktijk van alle dag van overheersend belang. De zorg vindt immers plaats daar, waar patiënt en hulpverlener met elkaar omgaan.

Regering en parlement kunnen de wetgeving dan nog zo fraai en stipt formuleren; de mensen aan de basis moeten hier voortdurend invulling aan geven. Wij roepen met name de hulpverleners toe, hun grote verantwoordelijkheid in de opvang en de begeleiding van het zieke individu te verstaan, al beseffen wij zeer wel dat juist in deze sector van de gezondheidszorg er veel opofferingsgezindheid, geduld en bovenal wijsheid wordt gevraagd.

Mijn tweede opmerking betreft de absolute noodzaak van een wettelijke regeling inzake gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat er ook in onze samenleving, waarin de wonderen van onder andere de medische techniek zich aaneenrijgen,

zieken van geest zijn, heeft te maken met de gebrokenheid van deze wereld. Als gevolg van de zonde, de breuk tussen God de Schepper en Zijn maaksel, de mens, zijn ziekte en verderf ontstaan. En de gevolgen daarvan zien wij dagelijks om ons heen op allerlei terrein. Dit is in toenemende mate het geval. Het wegvallen van geestelijke fundamenteën en het loslaten van normen en waarden, maken mensen stuurloos en een gemakkelijke prooi van geestelijke machten.

Men kan bezeten raken van kwade geesten, die het lichaam van de mens tot een kerker maken. Heeft de Staatssecretaris cijfermateriaal van recente aard, waaruit blijkt dat het aantal mensen met een geestelijke stoornis toeneemt en dat meer dan vroeger tot gedwongen opname moet worden besloten?

Op deze plaats is het goed de weg naar de plaats van absolute rust te wijzen. Jezus Christus zegt: 'Komt tot mij, allen die vermoeid en belast zijn, en ik zal u rust geven'. Dit aanbod, dat velen totale uitredding bracht in hun leven, sluit medische behandeling en verzorging allerminst uit, al zal die hulp in het perspectief moeten staan van de rustgevende kracht van Christus om ten diepste en volkomen van betekenis te zijn.

Ik sprak van medische behandeling. Het gaat om patiënten, om zieken. Daarom is het van veel betekenis dat de Staatssecretaris van Volksgezondheid de eerste ondertekenaar van het wetsvoorstel is en niet de Minister van Justitie. Nu moet helaas worden geconstateerd dat de mensheid tot voor kort nauwelijks of geen raad wist met de zwaar geestelijk gestoorden. Werden zij in feite niet op één lijn gesteld met criminelen of potentiële misdadigers en daarom buiten de samenleving geplaatst uit utiliteitsoverwegingen?

Wij moeten met schaamte bekennen dat er in de opvang, de behandeling en de verzorging van de geestelijk zieke medemens fouten en vaak helaas ook heel ernstige fouten zijn gemaakt. De kritiek die in de loop der jaren is geuit, is zeker voor een bepaald deel gegrond.

Dat neemt echter niet weg dat tegenwoordig de kritiek op de medische macht wordt overtrokken, als zouden er in het verleden alleen maar grove misstanden zijn geweest en als zouden die zich nog steeds voordoen. Dat is toch een valse voorstelling van zaken. Het is ook een miskennis van de liefderijke zorg waarmee tal van

## Leerling

geestelijk zieke, geestelijk gestoorde en geestelijk labiele mensen zijn opgevangen en begeleid. Daarbij moet dan tevens overeind blijven dat er sprake is van een zieke. Ik onderstreep dat nogmaals.

Er is sprake van iemand die, door welke oorzaak dan ook, voorgoed of tijdelijk niet bij machte is, normaal te functioneren in de maatschappij. In zijn eigen belang en in het belang van zijn omgeving is verpleging dan niet alleen noodzakelijk maar ook het beste.

Ik krijg wel eens de indruk dat in de moderne psychiatrie de geestelijk zieke niet meer als een patiënt wordt gezien. Men erkent wel het anders zijn, maar aan de samenleving moet de eis worden gesteld zo iemand te accepteren en het risico te dragen dat het in de samenleving participeren van een dergelijk iemand met zich brengt. Dat is een aspect van het proces dat zich in de tweede helft van deze eeuw aan het ontspannen is en dat moet uitlopen op wat wordt gevat in de term 'emancipatie' of 'democratisering'.

Ik betwijfel echter in hoge mate of dit zonder meer in het belang van de patiënt zelf is. Wordt de psychiatrische patiënt op die manier mogelijk een willoos slachtoffer van wereldverbetraars, die tegen beter weten in het kwade goed willen noemen of het zieke normaal? Hoe pijnlijk en verdrietig het ook mag zijn en hoe bijzonder het karakter van de opname ook blijft, er kunnen door de aard van de zieke situaties ontstaan waarbij ingrijpen in het belang van de patiënt en de omgeving nodig is en gedwongen opname moet worden voorgeschreven.

Hiermee ben ik gekomen bij het inhoudelijke karakter van het onderhavige wetsvoorstel. Ik heb al gezegd dat het gaat om het gedwongen karakter, om het niet vrijwillig opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. In artikel 2 wordt gesteld dat pas een voorlopige machtiging tot gedwongen opname wordt verstrekt als de stoornis gevaar doet veroorzaken, dus als er iets gebeurt. Er staat dus niet dat het al voldoende is als gevaar moet worden gevreesd.

In de nadere memorie van antwoord stelt de Minister dat in zulke gevallen het gevaar kan worden afgewend door middel van de ambulante en semi-murale zorg. Is dit echter zo? Wordt op deze wijze niet te veel toegegeven aan opvattingen, waarin nauwelijks of geen ruimte wordt

gegeven voor niet-vrijwillige opname? Waarom kan er voor de officier van justitie geen reden tot ingrijpen zijn, als op grond van ervaring en waarneming gevaar moet worden gevreesd? Voorkomen is toch beter dan genezen? Ik hoop dat de Minister zijn visie op dit punt duidelijk wil geven.

Bij de discussie over de BOPZ staat de discussie over het begrip 'gevaar' – terecht – voortdurend in het middelpunt. De aanwezigheid van gevaar en de stoornis van geestesvermogen zijn immers van doorslaggevende betekenis wanneer het gaat over het al dan niet opnemen. In de nadere memorie van antwoord wordt in samenhang met een geconstateerde stoornis de koppeling gelegd tussen gevaar en gevaarlijke gedragingen.

Onze fractie acht een dergelijke omschrijving niet werkelijk afdoende. Voorbeelden uit de psychiatrische praktijk geven immers aan dat normaal gedrag van een patiënt bepaald geen garantie kan worden genoemd voor de afwezigheid van gevaar.

Omgekeerd betekent afwijkend gedrag zeker niet dat er zich gevaar voordoet. Ik verwijs in dit opzicht naar een artikel van Jos de Kroon in het 'Maandblad Geestelijke Volksgezondheid' van augustus 1983, onder de titel 'Het wetsontwerp BOPZ: bedenkingen vanuit de praktijk'. Nu kan voor dit subtiele spanningsveld inderdaad bijzonder moeilijk een waterdichte omschrijving van het gevaarscriterium – als belangrijk opnamecriterium – worden gegeven.

De BOPZ legt de eindverantwoordelijkheid hiervoor dan ook terecht bij de rechter. Op zich zelf heb ik daar allerm minst bezwaar tegen, maar ik vraag mij af, of niet het risico bestaat dat de mening van de behandelend psychiater gemakkelijk kan worden omzeild. Zijn de bewindslieden het met mij eens dat het hier om een volwaardige samenwerking moet gaan tussen personen met gescheiden verantwoordelijkheden, maar een gezamenlijke taak?

Mijnheer de Voorzitter! Naar aanleiding van het begrip 'gevaar' noem ik nog een aspect. De bewindslieden hebben geprobeerd, inhoud te geven aan het begrip 'gevaar'. Zijn zij het met mij eens dat er enerzijds gesproken kan worden van fysiek gevaar en anderzijds van psychisch gevaar of psychische bedreiging? Kun je echter ook niet denken aan gevaar, in de zin van bedreiging van de geestelijke volksgezondheid?

Wij weten allemaal dat er landen in de wereld zijn waar mensen vanwege hun geloofsovertuiging of afwijkende politieke opvattingen niet vrijwillig in psychiatrische ziekenhuizen worden behandeld. Zo iets is in Nederland anno 1983 volstrekt ondenkbaar. Zal dat echter zo blijven?

Ik erken direct dat de letter van de wettekst voldoende waarborgen biedt om ingrijpen vanwege een gevaar voor de geestelijke volksgezondheid op grond van de BOPZ te voorkomen. Ik verwijs wat dat betreft naar hetgeen de bewindslieden in de nadere memorie van antwoord hebben gezegd over het begrip 'gevaar'. Toch zou ik van hen willen horen dat het gevaar voor de geestelijke volksgezondheid nimmer reden voor gedwongen opname zal kunnen zijn.

Wat het wetsontwerp BOPZ als geheel betreft, spreekt mijn fractie waardering uit voor de ontworpen procedure ten aanzien van de gedwongen opname. Niet alleen wordt bijzondere nadruk gelegd op het ultimatum-remediumkarakter van de dwangopname, maar ook wordt hierdoor de mogelijkheid geschapen, de ambulante en de semi-murale zorg zo breed mogelijk te benutten. Hoe beter de kwalitatieve en kwantitatieve voorzieningen in deze vorm van de hulpverlening zijn, hoe minder er – naar mag worden gehoopt – van de rechterlijke machtiging gebruik hoeft te worden gemaakt. De RPF-fractie stemt in met deze consistente procedure die het uitzonderlijke karakter van de dwangopname regelt.

Een belangrijke verbetering brengt de BOPZ – vergeleken met de Krankzinnigenwet – door de geestelijk zieke patiënt in belangrijke mate gelijk te stellen met andere zieken. De rechtspositie van de patiënt wordt beduidend versterkt en de zieke wordt in feite, binnen de beperktheden van de situatie, beschouwd als een volwaardig mens. Dat ter voorkoming van onrecht de rechter een dominerende rol blijft vervullen, acht mijn fractie een goede zaak, ook al realiseer ik mij dat van diverse zijden juist het dominante van het justitiële karakter wordt aangevochten.

Dit alles leidt er onder andere toe dat de patiënt het vermogensbeheer behoudt. Dat is een van de punten die aangeven dat de rechtspositie wordt verbeterd, ook al is het twijfelachtig of de patiënt dat recht, gelet op zijn situatie, naar behoren kan uitoefenen. Zou een en ander daarom niet nader moeten worden geclausuleerd?

## Leerling

Voor ons is het van groot belang dat een dwangopneming niet buiten de rechter om kan. Ik heb dat al eerder betoogd. Niettemin acht ik het een enorme verbetering dat de term 'inbewaringstelling' is vervangen door 'spoedopname'. Dat doet veel meer recht aan het feit dat er sprake is van een patiënt. Dit draagt ertoe bij dat een gedwongen opneming in het algemeen naar wij hopen minder stigmatiserend zal werken dan tot nu toe de krankzinnigenverklaring, die iemand voor zijn leven tekent.

De behandeling van de geestelijk zieke patiënt is een punt apart. Nu reeds mag de opmerking worden geplaatst dat de BOPZ naar mag worden gehoopt er het hare toe zal bijdragen dat misstanden, zoals op aangrijpende wijze zijn beschreven in het onlangs bij de uitgeverij Becht verschenen boekje 'Linda', nooit meer zullen voorkomen. In hoeverre zijn de bewindslieden daarop gerust?

Naast instemming in generale zin, heeft de RPF-fractie toch nog bepaald de nodige bedenkingen bij het huidige wetsvoorstel. Het is niet verwonderlijk dat het uiteindelijke voorstel wordt getekend door de veranderende opvattingen binnen de psychiatrie. Ik heb dat al eerder gesteld. Wij hebben te maken met regelgeving voor zwaar gestoorde psychische patiënten. Daarvoor geldt een ander regime dan voor mensen die gezond zijn naar lichaam en geest.

Wie dit wil ontkennen of bagatelliseren, doet de patiënt geen goed en schaadt de samenleving. Daarom roepen bij mijn fractie de zware accenten op emancipatie en democratisering verzet op, omdat de patiënt dan eerder de kans loopt lijdend voorwerp te worden dan onderwerp van zorg en behandeling. Mijn fractie vraagt daarom aan de bewindslieden, of allerlei overlegstructuren en de daaruit voortkomende vergaderingen, alsmede de toenemende vrijheid van de patiënt en de afname van therapeutische behandeling de kwaliteit van de gezondheidszorg – de bewaking daarvan is toch een overheidstaak – echt ten goede komen.

Kritiek van principiële aard is er ook op het voorstel van de bewindslieden om, zoals artikel 1, lid 2, vermeldt, iemand die een 'duurzame gemeenschappelijke huishouding' voert, op één lijn te stellen met een echtgenoot. Kan de Minister van Justitie vertellen, wat hij onder 'duurzaam' verstaat? Ik meen dat de overheid, als dienaar van God, zich, voor wat de samenle-

vingsverbanden betreft, moet houden aan wat God in Zijn Woord ons leert.

Dit betekent dat alleen het wettig huwelijk en het daardoor gevormde gezin, in overigens onderscheiden uitingen, als enige legale samenlevingsvorm mag worden erkend. Het is nu niet de gelegenheid om daarover breedvoerig uit te weiden. Wel heb ik een amendement op dit betreffende artikel ingediend om tot een mijns inziens noodzakelijke wijziging te komen, waarbij ik voorstel te bepalen dat met een echtgenoot gelijk wordt gesteld degene door wie de betrokkene wordt verzorgd.

Een andere punt van kritiek betreft de lengte van de nieuwe wet. Oorspronkelijk waren er 48 artikelen, nu zijn het er 71. Dat is niet verwonderlijk, omdat in de laatste jaren aspecten als rechtspositie, behandeling en beklagrecht in wetsartikelen zijn geregeld. Naar mijn mening is dit evenwel veel te uitvoerig gebeurd en is het eerder schadelijk dan voordelig voor de patiënt. Ik praat dan nog niet eens over het medisch en verplegend personeel.

Is het wellicht niet zo, dat door de gedetailleerde regelgeving de kans op frustraties aanzienlijk wordt vergroot en het tijdsbeslag, door administratieve handelingen, onevenredig groot wordt? Hoe zien de bewindslieden dit?

Mijnheer de Voorzitter! Ik wil mijn generale beschouwing eindigen met een positief punt. In het ontwerp wordt geen sluitende omschrijving gegeven van het begrip 'geestelijke stoornis'. Dit laat ruimte voor individuele beoordeling, terwijl toch een duidelijk kader wordt meegegeven aan de psychiater die de geneeskundige verklaring moet afgeven en aan de rechter die het uiteindelijke oordeel moet vellen.

De RPF-fractie hoopt dat deze ruimte voor de individuele benadering er zal blijven en dat de vele bezuinigingsmaatregelen dit niet ten gronde zullen richten. Mutatis mutandis geldt dit evenzo voor de ambulante en semi-murale hulpverlening.

Ik kom toe aan enkele specifieke onderdelen uit het wetsvoorstel, in de eerste plaats aan de rechtspositie van de psychiatrische patiënt die in het kader van de BOPZ wordt opgenomen. Er zijn maar liefst een achttal artikelen aan gewijd. In de kern vormen de bepalingen een aanzienlijke verbetering voor de patiënt in vergelijking met de nu bestaande Krankzinnigenwet.

Zo valt het toe te juichen dat er vrij briefverkeer komt en dat het beheer over het vermogen onder alle omstandigheden in stand blijft. Lever ik aan de ene kant kritiek op de uitvoerige wijze waarop de rechtspositie in artikelen is vastgelegd, in feite mis ik anderzijds nog iets dat naar mijn idee zeer wezenlijk is: het recht van de patiënt te worden behandeld vanuit de eigen levensovertuiging. Juist voor de psychiatrische patiënt is dit van het allergrootste belang. Een behandelingsmethodiek die conflicteert met de mensbeschouwing zoals de Bijbel die ons leert, kan tot gewetensnood leiden, hetzij bij de patiënt, hetzij bij zijn familie of wettelijke vertegenwoordiger.

Ik sta hier zo uitvoerig bij stil, omdat het mij ter ore is gekomen dat bij een bepaald psychiatrisch centrum in Rotterdam de patiënt, in voorkomende gevallen, eerst een afkick-kuur zou moeten ondergaan om los te raken van godsdienstige opvattingen, omdat deze het genezingsproces zouden hinderen. Zei Marx niet dat godsdienst opium van het volk is? Kennen de bewindslieden deze behandelingswijze en, zo ja, achten zij deze methode in strijd met de grondwettelijke vrijheid van godsdienst?

Het zal duidelijk zijn dat als iemand zo'n kuur niet wil ondergaan, er een kans moet zijn te worden behandeld overeenkomstig eigen levensovertuiging. Nu geeft artikel 41 wel mogelijkheden voor overplaatsing, maar deze kan door de geneesheer-directeur worden tegengehouden. Elke vorm van tegenwerking is daarmee niet uitgesloten. Wat kan bij voorbeeld niet 'in het belang van de patiënt' zijn, zoals dit volgt uit artikel 41, lid 2, op grond waarvan de geneesheer-directeur overplaatsing kan weigeren als het niet in het belang van de patiënt is?

Is de keuzevrijheid, naar de mening van de bewindslieden, al met al voldoende gegarandeerd? Het zal in dit kader duidelijk zijn, mijnheer de Voorzitter, dat ik het bestaan van psychiatrische ziekenhuizen op levensbeschouwelijke grondslag van de grootst mogelijke waarde acht.

Ik kom voorts toe aan de voorschriften inzake het behandelingsplan, neergelegd in artikel 37. Er rijzen vragen. Dat de patiënt betrokken wordt bij het behandelingsplan is een goede zaak die het vertrouwen tussen patiënt en behandelend geneesheer kan bevorderen. Mag evenwel van een psychiatrische patiënt voor wie onvrijwillige opname noodzakelijk



## Leerling

was, worden verwacht dat deze in staat is een goed oordeel te vormen over dat behandelingsplan?

Weliswaar wordt in lid 5 van artikel 37 gesteld, dat de patiënt in staat moet zijn zijn wil te bepalen, maar welke criteria gelden daarvoor? In hoeverre kan een patiënt een speelbal worden tussen begeleiders en medici, waarin sommigen die patiëntenbelangen behartigen, menen geen vertrouwen meer te kunnen stellen. Zal dit artikel dan ook niet in hoge mate frustrerend gaan werken?

Voorts geloof ik, dat de derde volzin van lid 5 aanleiding geeft tot verwarring. Immers volgens die bepaling kan een patiënt kennelijk worden behandeld om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden, hoewel die patiënt heel wel in staat zou kunnen zijn zijn wil te bepalen.

In tegenstelling tot wat hierover in de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt opgemerkt, menen wij dat het criterium voor de dan optredende uitzonderingssituatie nog onvoldoende omschreven wordt. Wat is volgestrekte noodzaak? Op dit punt vind ik het amendement van D'66 een verbetering en een aanscherping, door te spreken van een ernstig en acuut gevaar. Alleen ernstig en acuut gevaar kan dan behandeling, zelfs tegen de wil van de patiënt in, rechtvaardigen. Het voorgestelde amendement sluit ook beter aan bij de bewoordingen van het eerste lid van artikel 38.

In dit opzicht rest nog wel de vraag, welke behandeling in die situatie van overmacht mag worden gegeven. Het wetsontwerp is hierover onduidelijk. Wil het recht van de patiënt inzake het behandelingsplan inhoud behouden, dan zou in die noodsituatie alleen het meest noodzakelijke moeten worden uitgevoerd om het bestaande gevaar af te wenden. Vandaar dat ik bij amendement voorstel, het woord 'indien' te vervangen door 'voor zover'.

In artikel 37 stel ik bij amendement een andere wijziging voor en wel in lid 3, de tweede volzin. Het is voor mijn fractie van groot belang dat er niet alleen bij algemene maatregel van bestuur eisen kunnen worden gesteld waaraan het behandelingsplan tenminste moet voldoen, maar dat dit zonder meer gebeurt. Ik meen, dat mevrouw Haas-Berger eenzelfde amendement heeft ingediend. Misschien kunnen wij bekijken of dit op één spoor kan worden gebracht.

Om buitensporigheden te voorkomen, vraag ik mij af of in het behandelingsplan bepaalde eisen moeten worden gesteld aan de bewegingsvrijheid van de patiënten. Wordt door te weinig controle op het doen en laten van de patiënt de kans op het plegen van zelfmoord vergroot? Is het juist, dat het aantal zelfmoorden of pogingen daartoe, in psychiatrische ziekenhuizen de laatste jaren aanmerkelijk is toegenomen?

Zijn de bewindslieden ervan overtuigd, dat alles in het werk wordt gesteld om zelfmoord van patiënten te voorkomen? Ons bereiken wel eens signalen waaruit zou blijken, dat verplegend personeel op grond van vermeend zelfbeschikkingsrecht over het eigen leven, bewust niet het uiterste doen om de patiënt voor een aanslag op het eigen leven te behoeden. Hetzelfde geldt wellicht bij de problematiek van de euthanasie. Zijn de bewindslieden in het bezit van gegevens over het toepassen van vrijwillige euthanasie in psychiatrische ziekenhuizen? Wanneer die gegevens er niet zijn, zijn zij dan bereid om die in te zamelen?

Een volgend punt waarmee de fractie van de RPF grote moeite heeft, is het recht dat medepatiënten hebben om klacht in te dienen tegen de behandeling van een patiënt. Met de beste wil van de wereld valt het niet duidelijk te maken dat dit in het belang van de patiënt is.

In de eerste plaats, verwijzend naar de nadruk die ik eerder in mijn betoog heb gelegd op de attitude van de hulpverleners, vraag ik mij af of de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en het behandelend team soms a priori dubieus moet worden genoemd zodat er een derde nodig is om de belangen van de patiënt veilig te stellen. Vanwaar anders een dergelijke redactie van artikel 40 lid 1?

Hoe staat het, in de tweede plaats, met de opleiding van het hulpverlenend personeel? Wordt in die opleiding voldoende vaardigheid bijgebracht in het deskundig en vooral vertrouwenwekkend omgaan met de patiënt? In de derde plaats kun je je afvragen of het hanteren van dit klachtrecht door een andere patiënt, aanleiding kan geven tot spanningen tussen de patiënten onderling, mede als gevolg van beïnvloeding van derden.

Wij hebben immers te maken met mensen die in een bijzondere relatie tot elkaar staan. Zij zijn gestoord in de werking van hun geestvermogens. Daardoor zijn zij niet zonder meer in staat, tot een grondige beoordeling te komen van de situatie van de mede-

patiënt. Wat gebeurt er trouwens als een medepatiënt een klacht indient en de betreffende patiënt wel instemt met de lopende behandeling?

Het komt mij voor dat dit klachtrecht van een medepatiënt allerm minst nodig is en iets weg heeft van groepsvorming. Als een medepatiënt meent dat er grond is voor een klacht, dan kan deze toch hetzij mondeling tijdens het bezoek hetzij schriftelijk worden overgebracht aan de familie of vertegenwoordiger van de betrokkene. Alles overziende heb ik een amendement ingediend om het klachtrecht van de medepatiënt te schrappen. Ik zie daar niet alleen weinig noodzaak toe, maar ik verwacht er, eerlijk gezegd, ook moeilijkheden van.

Ik kom op de verlofregeling. Het is toch bekend dat er juist in de periode dat de patiënt verlof heeft, wel eens ongelukken gebeuren. Het gedrag van een mens, zeker van een geestelijk ziek mens, is naar het mij voorkomt, nauwelijks voorspelbaar. Beschikken de bewindslieden over enige informatie over ervaringen tijdens verlofperiodes en de ongelukken die zich dan voordoen?

Het is volstrekt verwerpelijk om elkaar gevaar van de zijde van de geestelijk zieke aan te praten. Wij mogen de reële situatie echter nimmer uit het oog verliezen. Wij hebben ook een zware verantwoordelijkheid tegenover de samenleving, waarin de patiënt voor kortere of langere tijd bewegingsvrijheid geniet.

De formulering van de verlofregeling in artikel 43, lid 1 is mij te soepel. Is het te overwegen dat iemand die na een opname in het kader van de BOPZ met verlof mag, de eerste en mogelijk ook nog de volgende keer alleen onder toezicht van een begeleider het ziekenhuis mag verlaten? Artikel 43, lid 4 opent wel de mogelijkheid daartoe, maar legt geen verplichting op. Ik hoor hierop graag een reactie van de bewindslieden. Is het al of niet toestaan van verlof uitsluitend een beslissing van het behandelingsteam, of moet een andere instantie buiten de instelling het besluit tot verlof fatteren?

Mijnheer de Voorzitter! Ik maak nog een paar opmerkingen over enkele artikelen. In artikel 8 wordt gesproken over de tenuitvoerlegging van de voorlopige machtiging. Als een week na dagtekening nog niet tot opnemings is overgegaan, kan de inspecteur worden ingeschakeld om opnemings te bespoedigen. Komt een dergelijke bemiddeling van de inspecteur in de praktijk vaak voor? Wat is doorgaans de reden dat de inspecteur te hulp

## Leerling

wordt geroepen? Hoe zijn in het algemeen opnamecapaciteiten voor BOPZ-patiënten?

Wat het veel besproken artikel 13 betreft, heeft mijn fractie geen moeite met hetgeen nu wordt geregeld, omdat de uiteindelijke beslissing bij de rechter ligt, zodat misbruik uitgesloten moet worden geacht.

In artikel 25, lid 6 en artikel 35, lid 4 wordt een en ander geregeld over voorwerpen die de patiënt ontnomen worden. Daarvoor wordt hem een bewijs geleverd. Ik geloof dat dit niet voldoende is. Het is naar mijn mening wenselijk dat een afschrift van het bewijs wordt gegeven aan de echtgenoot c.q. de ouders of vertegenwoordiger. Op dit punt heb ik dan ook een amendement ingediend.

In artikel 26 wordt bepaald dat voor spoedopneming telefonische of mondelinge verklaringen niet meer mogen worden afgegeven, dit ter verbetering van de rechtspositie van de patiënt. Vertraagt of verhindert zo'n schriftelijke verklaring niet te zeer de praktijk van de spoedopname, die uit de aard der zaak bijzonder acuut is? Geeft de schriftelijke verklaring achteraf, bij voorbeeld binnen 48 uur, niet voldoende garantie voor de rechtspositie van de patiënt, indien mondeling of telefonisch bedoelde verklaring werd gegeven?

In artikel 40, lid 6 wordt bepaald dat het bestuur van de psychiatrische ziekenhuizen binnen twee weken een met reden omklede beslissing dient af te geven omtrent de ingediende klacht. Kan het bestuur of de klachtencommissie wel in zo'n korte tijd het nodige onderzoek verrichten en hoor en wederhoor toepassen, alvorens tot een afgewogen oordeel te komen? Is het daarom niet wenselijker de oorspronkelijk voorgestelde termijn van drie weken te handhaven? Dit lijkt mij het minimum, wil of de klacht zelf of het onderzoek daarnaar geen farce worden?

Is de Staatssecretaris van Volksgezondheid van mening dat met de inwerkingtreding van de BOPZ de positie van de SGA-patiënt in het gedrang komt? Er wordt namelijk van deze en gene zijde beweerd, als zou het risico bestaan dat de SGA-patiënt een verkapt hechtenis zonder behandeling moet ondergaan.

Mijnheer de Voorzitter! Ik vat het samen. Het wetsontwerp BOPZ brengt een beduidende verbetering voor de niet vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten en verdient daarom steun.

Er valt niettemin ernstige kritiek te leveren op een aantal onderdelen van het voorstel. Het hangt van het oordeel van de bewindslieden en de steun voor de amendementen van mijn fractie af of de goedkeuring van dit wetsontwerp met meer of minder enthousiasme kan worden gegeven.

Ik eindig mijn betoog met het stellen van een vraag. Zal de Wet-BOPZ uiteindelijk een schokkende verandering brengen in het beleid met betrekking tot geestelijk zieken die niet vrijwillig worden opgenomen of is, zoals al vaak gebeurt, de nu ter bespreking zijnde wettelijke regeling een codificatie van in de loop der jaren gegroeid gewoonterecht dat in de inrichting al lang wordt toegepast, zodat men in het veld van de politici alleen nog maar het eigen gelijk wil horen?

□

Mevrouw **Van Es** (PSP): Voorzitter! Op 23 mei 1976 reed de grote leedafzuigwagen door Nederland. Op die dag werd het leed uit drie grote inrichtingen in de Randstad opgezo-gen. De meetapparatuur in de wagen gaf aan dat het leed in de inrichtingen met even grote snelheid werd bijgeproduceerd. Mensen in witte pakken lieten door middel van stencils weten dat al meer dan een eeuw lang al het leed wordt opgeslagen in grote leedbewaarplaatsen. Aan het einde van de dag werd al het verzamelde leed opgelaten in ballonnen.

Het was een van de acties van de gekkenbeweging om de onhoudbare situatie in psychiatrische ziekenhuizen aan te tonen. De lange geschiedenis van het wetsontwerp dat wij nu behandelen, zou lang niet zo belangwekkend zijn geweest als die niet voor een groot deel parallel gelopen had met de geschiedenis van de psychiatrische tegenbeweging. De feitelijke situatie in de psychiatrie wordt niet zozeer duidelijk uit de grote stapel witte stukken, als wel uit het historisch overzicht van acties in de psychiatrie, opgenomen in onder andere de DIC-map 'Psychiatrie is geen kunst' uit 1982.

Ik denk aan de oprichting van de Stichting Pandora in 1965, en van Release Nederland in 1969, aan het verschijnen van de boeken 'Wie is van hout' van Jan Foudraïne in 1971, van 'Laten ze het maar voelen' van Corrie van Eijk-Osterholt in 1972 en van 'In het land der blinden' van Evelien Paull in 1973. Eindelijk werd een bres geslagen in de dikke muren van de psychiatrie, van de inrichtingen, van de medische macht.

Tot dan toe was het bestaan van totale instituties in de psychiatrie, evenals in de kinderbescherming, als een vanzelfsprekend gegeven aanvaard. Wie gek is, onaangepast, wie zich niet houdt aan de normen en rollen door de meerderheid van de samenleving opgelegd, wordt door die samenleving weggeborgen. Die heeft zich eigenlijk gediskwalificeerd. Er was een scherpe scheiding tussen 'gek' en 'normaal' en viel je in de categorie 'gek', dan werden geheel andere regels van kracht. Niet je persoonlijkheid speelde langer een rol, maar de etiketten die vooral de medici je opplakten.

Vanzelfsprekende, onvervreemdbare rechten, zoals die voor iedereen gelden, golden niet voor psychiatrische patiënten. Als iemand het in haar of zijn hoofd haalde kritiek te hebben of te protesteren, dan was dat een 'opnieuw optreden van het ziektebeeld'. Het is de tegenbeweging die dat aan de kaak heeft gesteld; het is de tegenbeweging die dat door middel van politieke actie en alternatieven als weghoophuizen heeft willen doorbreken.

Als het gaat om dwang, of dat nu gedwongen opname, gedwongen behandeling of dwangmiddelen zijn, dan wordt daarover in de wereld van de politiek en de hulpverlening meestal gesproken in de zin van: dat kunnen wij niet missen. Ook bij dit wetsontwerp speelt het begrip 'uiterste middel' een dergelijke rol. Aan de ene kant is dat begrip een poging tot het tegengaan van misbruik, maar aan de andere kant is er sprake van een legitimatie van dwang: als niets anders meer kan. Het probleem daarbij is, dat op dat moment alleen nog maar gekeken wordt naar het einde van de lijn: het kon niet anders.

Wie zich echter begeeft op het pad van de dwang, moet heel goed bedenken dat aan dat pad geen einde komt. Dat pad leidt alleen maar naar meer dwang. Totale instituties kunnen eenvoudig niet bestaan zonder dwang. Niemand woont voor zijn plezier in een omgeving waar de orde van de inrichting per definitie het belangrijkste is. Verzet daartegen is een te prijzen levenshouding. Voor zo'n positieve waardering is in een totale institutie echter geen plaats.

De 'noodzaak' van separeren, van isoleren en van andere dwangmiddelen ligt dan al gauw voor de hand. Wat in de afgelopen tien jaar aan wetgeving tot stand is gekomen, is zonder uitzondering geweest het aan banden leggen van de onbepaalde

## Van Es

macht van degenen die de bevoegdheid en de instrumenten hebben om die dwang uit te oefenen. Ik denk aan de verbetering van de rechtspositie van de gedetineerden in de Beginnelwet Gevangeniswezen en aan de rechtspositie van minderjarigen in de rijksinrichtingen.

Dat geldt nu ook voor de BOPZ. Op zichzelf is dat een verbetering, vergeleken bij de volslagen rechteloosheid van psychiatrische patiënten in het verleden, van gedetineerden en van kinderbeschermingsklanten. Telkens ontbreekt echter de politieke stap, de politieke moed om die totale instituties als zodanig af te breken, om te erkennen dat vrijheidsbeneming en dwang onverenigbaar zijn met hulpverlening.

Ik moet steeds weer constateren dat het bestaan van totale instituties het gebruik ervan rechtvaardigt en andere ontwikkelingen tegenhoudt. Zolang de samenleving over de middelen beschikt om mensen uit die samenleving te verwijderen, zolang behoeft zij niet na te denken over het verwerklijken van andere, betere voorzieningen, zonder dwang.

In dit verband is de zinsnede in de nadere memorie van antwoord, stuk nr. 12, blz. 20, een lege huls: 'Slechts een te verwachten betere opvang en verzorging in de maatschappij (bij voorbeeld van demente of zwakzinnige patiënten) kan tot het oordeel leiden dat het gevaar geweken en terugkeer mogelijk is'.

Degenen die echter verantwoordelijk zijn voor het verwerklijken van die betere opvang en verzorging, zijn precies dezelfde als degenen die de totale instituties handhaven: Regering en parlement. Wij zijn nu bezig met het opnieuw voor een aantal jaren legitimeren van vrijheidsbeneming in de hulpverlening.

In de afgelopen jaren is echter door de meerderheid van deze Kamer het tot stand komen van andere, betere voorzieningen bemoeilijkt of zelfs geblokkeerd. Tijdens de UCV over psychiatriebeleid dit voorjaar keerde een meerderheid van deze Kamer zich tegen het voorstel, een bouwstop in te stellen voor de bouw van psychiatrische ziekenhuizen en dat geld te gebruiken voor ambulante, kleinschalige voorzieningen voor die 'betere opvang en verzorging'. Ik vind dit een gemiste kans.

Gelukkig heeft de tegenbeweging wel het initiatief genomen om vorm te geven aan andere voorzieningen. In weglouphuizen is geen isoleercel.

Daar ben je dus wel gedwongen om aan andere vormen van hulpverlening te werken.

In de BOPZ zijn patiëntenrechten nauwelijks geregeld. Integendeel. Een volkomen normaal recht als dat op vrije briefwisseling wordt zelfs ingeperkt. Op dit onderdeel hebben mevrouw Eshuis en ik dan ook een amendement ingediend, waarop ik bij de artikelsgewijze behandeling nog zal terugkomen. De vastlegging van patiëntenrechten, ook van 'vrijwillige' patiënten, zal nog lang op zich laten wachten, zoals het er nu naar uitziet. Ook daarin heeft de patiëntenbeweging zich verantwoordelijker getoond dan de politiek verantwoordelijken.

In 1981 is namelijk de Kamer het 'Manifest patiëntenrecht in de geestelijke gezondheidszorg' aangeboden, waarin een groot aantal rechten is vastgelegd. Het zou mij een lief ding waard zijn als de bewindslieden nu duidelijk zouden zeggen dat zij dat manifest spoorlags zullen uitwerken tot wettelijk gegarandeerde rechten. De rapporten van de commissie-Van Dijk, die hier destijds zijn besproken, hebben immers aangetoond dat dit lang geen overbodige luxe zou zijn.

In de BOPZ is eigenlijk alleen een beklageregeling bij het bestuur vastgelegd. Een bestuur neemt toch een andere positie in dan bij voorbeeld een commissie van toezicht in het gevangeniswezen of in rijksinrichtingen? Een bestuur is minder onafhankelijk.

Bevoegdheden van patiëntenvertrouwenspersonen, door amendementen van mevrouw Haas in de wettekst vastgelegd, kunnen een verbetering zijn. Voor het overige is de rechter in kort geding de enige mogelijkheid om het oordeel van buitenstaanders te vragen. Ik laat de inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid als betrokkene nu buiten beschouwing.

Ik heb mij afgevraagd of een verschil in rechtspositie zal ontstaan tussen die van bewoners in particuliere, gemeentelijke of provinciale ziekenhuizen aan de ene kant en die van bewoners van de rijkspsychiatrische inrichtingen aan de andere kant. Kunnen de laatsten zich niet in elk geval wenden tot de Nationale Ombudsman, omdat het om beslissingen van rijksambtenaren gaat? Zo ja, welke mogelijkheden zijn er om die ongelijkheid in positieve zin recht te trekken?

De jurist Paul Laurs heeft gesteld dat het vastleggen van patiëntenrechten in erkenningsnormen voor de individuele patiënt geen oplossing

biedt. Het intrekken van een erkenning is zo'n zwaar middel dat dit bijna nooit zal gebeuren. Bovendien zijn dat geen rechten die door individuele patiënten kunnen worden afgedwongen, maar regels tussen een inrichting en de overheid. Welke bevoegdheden en mogelijkheden zien de bewindslieden om op korte termijn door patiënten afdwingbare rechten vast te leggen?

Ik verwijs in dit verband weer naar de kinderbescherming, waar een bescheiden rechtspositie voor bewoners van rijksinrichtingen wettelijk is vastgelegd, maar waarbij de rechtspositie van bewoners van particuliere inrichtingen onderwerp is van jarenlang slepende discussies tussen overheid en particuliere kinderbescherming.

Wordt die lijdensweg soms ook gevolgd bij de particuliere instellingen voor de gezondheidszorg of worden daar wel voortvarende eenzijdige stappen gezet?

Een van de belangrijkste discussiepunten bij dit wetsontwerp is de systematiek die is neergelegd in artikel 2: de voorwaarden voor het verlenen van een (voorlopige) machtiging. Gekozen is voor een juridische benadering: het gevaarscriterium is doorslaggevend. Ondanks tegenwerpingen in de verschillende fasen van de schriftelijke voorbereiding blijf ik erbij, dat vooral de openbare orde reden zal vormen om iemand gedwongen op te nemen.

In de toelichting hebben de indieners van het wetsontwerp wel geprobeerd nader te omschrijven wat het criterium precies inhoudt, maar de wettekst zelf laat verschillende interpretaties toe. Dat vind ik een slechte zaak. Mevrouw Haas heeft met een amendement het begrip 'gevaar' beperkt. Mevrouw Eshuis en ik willen met een amendement bewerkstelligen dat ook in de wettekst zelf gesproken wordt van 'iemand die ernstig gestoord is in zijn geestvermogens', in plaats van: iemand die gestoord is in zijn geestvermogens. Daarmee hebben wij willen aansluiten bij datgene wat ook de bedoeling van de indieners lijkt te zijn, gezien de toelichting. Daarin wordt duidelijk gesteld dat het moet gaan om ernstige stoornissen. Naar onze mening kan er niets tegen zijn om het woord 'ernstig' dan ook in de wettekst op te nemen. Integendeel, het zal waarborgen tegen misbruik iets kunnen vergroten.

In de voorpublicatie van zijn proefschrift, die de heer Laurs aan de Kamer heeft toegestuurd, is hij uitvoerig ingegaan op de begrippen



## Van Es

'gevaar' en 'stoornis' en ook het oorzakelijk verband tussen die twee. Hij wijst erop dat het gebied van de geestelijke stoornissen geen afgegrensd gebied is waarop de medisch-psychiatrische discipline, met uitsluiting van anderen, een speciale claim kan leggen. Ik citeer:

'Begrippen als geestelijk gezond en geestelijk ongezond zijn relatieve, onduidelijk bepaalde en slecht bepaalde begrippen geworden. Ook de gezonde mens blijkt bij tijd en wijle psychisch gestoord te zijn. Normaliteit en pathologie lijken vloeiend in elkaar over te gaan. Ziek en gezond ziet men daarbij soms als een continuüm, of als twee uiterste, tegengestelde aspecten van één begrip.

Door een sterk toegenomen onscherpte en rekbaarheid van ziektebegrippen is het moeilijker geworden te bepalen in welke gevallen er sprake is – of zou kunnen zijn – van een bepaalde 'psychische ziekte', hetgeen ook geldt voor de ernstige stoornissen, waar het ontwerp BOPZ betrekking op heeft'.

In het nader voorlopig verslag hebben de fracties van de PSP en de PPR gewezen op de veranderingen in de psychiatrie. In psychiatrische ziekenhuizen bevinden zich steeds meer mensen die vooral om sociale redenen in geestelijke verwarring zijn geraakt (in tegenstelling tot medische redenen): door overmatig gebruik van bepaalde farmaca, alcohol of drugs, door isolement, spanning, maar ook door verantwoordelijkheid, eenzaamheid, emotionele spanningen die door woon-, werk- of leefomgeving worden opgeroepen, verschuivingen in normen- en waardenpatroon enz.

De ontwikkeling in de benadering van het begrip 'patiënt' gaat in een andere richting dan het beschouwen van geestelijke verwarring als een ziekte en de betrokken patiënt als ongezond. Andere disciplines hebben hun intrede gedaan, en de rol van de arts beperkt zich meer en meer.

Dit, gekoppeld aan het feit dat de beoordeling van geestelijke stoornissen samenhangt met subjectieve eigenschappen van de beoordelende psychiater, brengt Laurs tot de conclusie dat 'de medisch-psychiatrische discipline heden ten dage niet in staat geacht kan worden in het algemeen op betrouwbare manier ...' – dat wil volgens Laurs zeggen op zodanige manier dat ter zake deskundig geachte beoordelaars op grond van in principe dezelfde gegevens dezelfde conclusies trekken –' ... te

komen tot diagnostisering, prognostisering of therapie'.

Dat legt een heel zware verantwoordelijkheid op de schouders van de rechters. Het brengt mij bovendien tot de conclusie dat een geneeskundige verklaring van een psychiater als onvoldoende moet worden beschouwd. Het primaat van de medische macht wordt opnieuw bevestigd, terwijl de ontwikkelingen in een andere richting gaan. De eisen waaraan een geneeskundige verklaring moet voldoen, zijn niet in de wet vastgelegd; die komen in een algemene maatregel van bestuur. Een minimumeis zou zijn dat in de geneeskundige verklaring ook opvattingen van andere disciplines (psychologen, maatschappelijk werkers en dergelijken) zijn verwerkt.

Ontwikkelingen in de psychiatrie gaan in de richting van het afbreken van de alleenheerschappij van medici. Dat moet ook in dit wetsontwerp zijn terug te vinden. Afbreken van die macht kan lukken doordat daartegenover een tegenmacht wordt opgebouwd, een tegenmacht aan de kant van de patiënt. In dit wetsontwerp wordt weliswaar een grotere machtspositie toegekend aan de rechter en de officier van justitie, maar heeft de betrokkene zelf nog geen instrumenten om tegenmacht te vormen.

Daarom vind ik het belangrijk dat betrokkene in een zo vroeg mogelijk stadium de mogelijkheid heeft om de meningen van door hem zelf gekozen deskundigen voor te leggen. Dat hebben mevrouw Eshuis en ik neergelegd in een amendement, waardoor èn de officier van justitie, voordat hij beslist tot instelling van een vordering tot voorlopige machtiging, èn de rechter tijdens de zitting verplicht zijn de betrokkene en door hem aan te wijzen deskundigen te horen.

Die deskundigen hoeven geen psychiaters te zijn, niet alleen om wat ik zojuist heb gezegd, maar ook om de voorwaarde die verwoord is in artikel 2, tweede lid: het gevaar moet niet kunnen worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis. Je kan je afvragen of juist psychiaters de aangewezen personen zijn om dat te beoordelen.

Andere instellingen kunnen juist vanuit heel andere disciplines zijn opgezet, zoals psycho-therapie, maatschappelijk werk en zelfhulpgroepen. De ervaring leert dat het in veel gevallen ook zo is. Er kan sprake zijn van een gebrek aan kennis op dat

gebied bij de psychiater. Er kan zelfs sprake zijn van concurrentieverhoudingen. De beoordeling van die andere personen of instellingen moet dus juist geen medisch-psychiatrische beoordeling zijn. Denken de bewindslieden hieraan tegemoet te komen door nadere eisen te stellen in de algemene maatregel van bestuur?

De onzekerheid over de criteria in artikel 2 en over de toepassing daarvan leidt mij in elk geval tot de gedachte dat wij er niet vanuit moeten gaan dat hier voor jaren een goede regeling is neergelegd. Ik wijs dwangopname en dwangbehandeling principieel af, dat is al gebleken. Ook diegenen die dat niet doen zullen het met mij eens zijn dat een evaluatie van de werking van de wet binnen één à twee jaar noodzakelijk is. Dan kan op grond van de feitelijke situatie bekeken worden of de garanties tegen misbruik bij dwangopname, die dit wetsontwerp pretendeert te geven, ook werkelijk waar worden gemaakt.

Het lijkt mij van het allergrootste belang dat de Kamer de gelegenheid krijgt te discussiëren over de algemene maatregel van bestuur, voordat die in werking treedt. Kan ik van de bewindslieden op dit punt een toezegging krijgen?

De wet biedt te weinig mogelijkheden voor het vormen van een tegenmacht. In een amendement hebben mevrouw Eshuis en ik geprobeerd dat een beetje te verbeteren, waar het gaat om de mogelijkheid altijd iemand persoonlijk te kunnen machtigen. Het doet er daarbij niet toe in welke verhouding die gemachtigde tot de betrokkene staat. Die persoonlijk gemachtigde krijgt dezelfde positie, en soms een voorkeurspositie, als de overige relaties die in het wetsontwerp steeds worden genoemd. Het liefst zou ik zien dat alleen persoonlijk gemachtigden rechten krijgen. Familie hoeft lang niet altijd het belang van de patiënt voor ogen te hebben, integendeel.

De toevoeging van een raadsman in elk onderdeel van de procedure is ook een deel van die tegenmacht. In het wetsontwerp mis ik dan ook de toevoeging van een advocaat, direct na een spoedopneming. De heer Dees heeft daarover een amendement ingediend dat ik van harte ondersteun. Daarnaast vind ik een persoonlijk gemachtigde, een vertrouwenspersoon – niet te verwarren met de patiënt-vertrouwenspersoon, zoals neergelegd in de amendementen van mevrouw Haas – van groot belang.

## Van Es

Bij een regeling die gedwongen opname legitimeert en die tracht de rechtsbescherming te regelen voor willekeurige gedwongen opnamen, mag je verwachten dat de rechtsbescherming toeneemt naarmate mensen in hun dagelijks leven afhankelijker worden en minder kunnen beschikken over hun eigen leven. Dat doet zich natuurlijk voor als mensen in een psychiatrische inrichting wonen. Het wetsontwerp doet eigenlijk het omgekeerde.

De rechtsbescherming van de mensen die al, vrijwillig of gedwongen, zijn opgenomen is minder dan voor degenen die nog niet zijn opgenomen. De medische macht wordt groter als mensen al zijn opgenomen. Ik verwijs naar de bevoegdheden van de geneesheer-directeur, zoals die zijn neergelegd in het wetsontwerp. Ik vind het absoluut onaanvaardbaar dat mensen die vrijwillig zijn opgenomen niet vrijwillig het ziekenhuis kunnen verlaten. Voor gedwongen opnameprocedures tijdens een vrijwillig verblijf is ook in de geest van dit wetsontwerp geen ruimte. De artikelen die daarop betrekking hebben wijs ik dan ook met kracht van de hand.

Door vele mensen is naar voren gebracht dat in acute situaties crisisinterventie noodzakelijk kan zijn. Al eerder heb ik gesteld dat andere voorzieningen daarvoor ontbreken. Dus wordt in dit wetsontwerp crisisinterventie, maar dan gedwongen, gelegitimeerd, maar ook de veel verdergaande interventie. Immers de termijnen lopen van vier weken tot één jaar. Bij machtiging tot voortgezet verblijf rijzen dan nog veel meer vragen bij het criterium genoemd in artikel 2.

Hoe wordt beoordeeld dat iemand gevaar veroorzaakt buiten de inrichting – daarover mag het alleen gaan – als iemand al langere tijd gedwongen in een inrichting verblijft? Hoe moet een rechter dit beoordelen? Komen ook daarover nadere criteria in de algemene maatregel van bestuur? Ik vind dit van groot belang omdat anders langs deze weg toch weer allerlei mogelijkheden geopend worden om voor de 'bestwil' van de patiënt gedwongen opname mogelijk te maken.

Dezelfde twijfels heb ik bij de regelingen met betrekking tot verlof. Als iemand met verlof gaat, en het gaat allemaal goed, dan is toch de feitelijke grond, en daarmee toch ook de rechtsgrond, vervallen aan de gedwongen opname? Iemand blijkt geen gevaar meer op te leveren. Het

verschil tussen 'tijdelijk' geen gevaar en 'definitief' geen gevaar is toch eigenlijk niet te maken en vindt ook geen rechtsgrond in de wet. De beoordeling daarvan is in dat geval weer bij de behandelend psychiater en bij de geneesheer-directeur gelegd.

Eigenlijk vind ik, dat iemand die met verlof gaat en geen gevaar oplevert, onmiddellijk ontslagen zou moeten worden. Maar ik heb zeker de toevoeging gemist bij de bepalingen over verlof en de intrekking van verlof, die in artikel 2, tweede lid staat: Het gevaar moet niet door andere personen of instellingen kunnen worden afgewend. Waarom is dat ook niet opgenomen in artikel 44, eerste lid? Ik hecht hieraan veel waarde en daarom heb ik op dit punt een amendement ingediend.

Voorzitter! Ik kom te spreken over gedwongen behandeling. Dit staat in schrille tegenstelling tot het recht op behandeling, zoals neergelegd in het Manifest patiëntenrecht in de geestelijke gezondheidszorg, waarover ik al eerder sprak. Bij dwangbehandeling geldt nog sterker dan bij dwangopname: Dwang staat haaks op hulpverlening.

Ik deel dan ook niet de opvatting van Jos de Kroon, zoals neergelegd in een artikel in het Maandblad van geestelijke volksgezondheid van augustus van dit jaar. De heer Leerling heeft hieruit ook geciteerd. Jos de Kroon stelt daarin, dat hij de 'persoonlijke (psychische) vrijheid' van mensen moet kunnen beschermen door beperking van maatschappelijke vrijheid.

Ik ben het daarmee niet eens.

Gedwongen behandeling is mijns inziens in strijd met het grondwettelijk recht op integriteit van het menselijk lichaam. Inbreuk daarop kent geen enkele rechtvaardiging, zeker niet als die rechtvaardiging vooraf gelegitimeerd wordt. Een medicus, ook een psychiater heeft vanuit zijn beroepscode de plicht om in te grijpen in levensbedreigende situaties.

Hij zal dit dan wel achteraf moeten verantwoorden. Voor een legitimatie vooraf biedt geen enkele omstandigheid een argument.

Eerder heb ik gesteld, dat het toepassen van dwangmiddelen een gevolg is van het bestaan van totale instituties. De criteria, die in het wetsontwerp zijn neergelegd voor toepassing van dwangmiddelen zijn mijns inziens te vaag. Zij bieden te veel ruimte voor onterecht gebruik, zelfs misbruik, zeker gezien het feit,

dat een effectieve registratie van dwangmiddelen nog steeds op zich laat wachten, zoals blijkt uit antwoorden op schriftelijke vragen van mij over isolaties in Santpoort, antwoorden van 22 augustus van dit jaar. Waarom is het niet mogelijk om gegevens met betrekking tot dwangmiddelengebruik gekwantificeerd per psychiatrisch ziekenhuis uit te splitsen? Het is van groot belang om verschillen in beleid daaromtrent te zien. Ik verwijs – alweer – naar de kinderbescherming, waarover de Kamer regelmatig dergelijke gegevens uitgesplitst naar inrichting, krijgt. Ik zie niet in, waarom dat voor de psychiatrie niet kan. Ik dring er nogmaals op aan.

Door middel van een amendement hebben wij geprobeerd het gebruik van dwangmiddelen verder te beperken en aan strakkere regelgeving te onderwerpen: Alleen ter afwending van gevaar. Ook voor de mensen, die vinden, dat dwangmiddelen niet gemist kunnen worden, moet toch voorop staan, dat dwangmiddelen een uiterste middel zijn, alleen dus ter afwending van gevaar. Te ruim gebruik van dwangmiddelen valt met de omschrijving in het wetsontwerp te vrezem.

Voorzitter! Ik wil nog iets zeggen over de gedwongen opname op eigen verzoek. Ik vind dit innerlijk volkomen tegenstrijdig. Ik begrijp de argumentatie van de bewindslieden: Vooral drugsverslaafden willen afkicken, maar kunnen dat niet. Dat begrijp ik eruit. Van te voren toestemming geven om gedwongen te worden vastgehouden, het lijkt logisch. Maar er zit, zoals altijd een gevaarlijke adder onder het gras. Wat is, ook te voren, vrijwillig? Wat is toestemming?

Nu al gebeurt het vaak, dat verslaafden, die door de politie zijn opgepakt voor een delict, hun voorlopige hechtenis geschorst zien door de rechtercommissaris op voorwaarde, dat hij/zij zich laat behandelen, zich laat opnemen in een afkickcentrum of iets dergelijks. Dan is er geen sprake van vrijwilligheid.

Ik constateer, dat met deze passage gedwongen afkicken langs een achterdeur wordt binnengehaald. Wie garandeert mij, dat de rechter-commissaris na inwerkingtreding van deze wet niet als voorwaarde voor schorsing van de voorlopige hechtenis stelt: Je laat je gedwongen opnemen. Wat is er dan nog over van vrijwilligheid vooraf? Drugverslaving is een ernstig probleem, vooral voor de betrokkenen. Ook hier geldt: Dwang zal tot niets leiden. Dat is in het verleden al gebleken.

## Van Es

Alleen de blijvende motivatie van de verslaafde kan leiden tot oplossing van dat probleem. Als dit onderdeel van het wetsontwerp trouwens alleen belangrijk is voor verslaafden, waarom is dit dan niet expliciet opgenomen in dit wetsontwerp, vraag ik mij af.

Voorzitter! Artikel 32, vijfde lid, roept bij mij nog meer wantrouwen op. Het gaat om gedwonn opname op eigen verzoek door minderjarigen. Een minderjarige kan zelf om opname vragen op grond van het vierde lid. Waarom dan nog een bepaling, dat ouders of voogden dat kunnen vragen als de minderjarige daarmee instemt? Is er een verschil tussen zelf iets willen en zelf ergens mee instemen?

De mogelijkheid van het uitoefenen van mentale druk door ouders of voogden is hier levensgroot aanwezig en ik vind dat onaanvaardbaar. Daarom moet op zijn minst het vijfde lid van artikel 32 worden geschrapt. En vanzelfsprekend is er geen enkele rechtsgrond meer voor gedwongen opname na eigen verzoek, als de betrokkene niet meer behandeld wil worden. Dan blijft botte vrijheidsbepaling over.

Voorzitter! Mijn conclusie is dat dit wetsontwerp dwang in hulpverleningssituaties legitimeert. Dit wetsontwerp legitimeert vrijheidsbepaling anders dan op grond van het strafrecht. Gaat het in het strafrecht nog om gepleegde delicten, hier gaat het om te verwachten situaties, met alle onzekerheid van dien. Ik vind dat wij daarvan af moeten. Mensen hebben recht op hulpverlening en op rechtafwijkend gedrag. Iedere vorm van dwang richt zich niet alleen tegen psychiatrische patiënten, maar uiteindelijk tegen de hele samenleving.

□

Mevrouw **Cornelissen** (CDA): Mijnheer de Voorzitter! De lange duur van voorbereiding van dit wetsontwerp, dat dateert van 22 april 1971, laat zien dat ook, misschien moeten wij zeggen: helaas, op dit terrein zich de geschiedenis herhaalt. Immers, zo lezen wij in het driedelige boekwerk van dr. P. van Esch, oud-geneeskundig inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, getiteld 'Geschiedenis van het staatstoezicht op krankzinnigen', ook aan de eerste wet, regelende het staatstoezicht op de krankzinnigen, die in 1841 in werking trad, ging een ruime tijd van voorbereiding vooraf. Reeds in 1818 werd de eerste aanzet voor deze wet gegeven.

Ook de wet van 1884, regelende het staatstoezicht op de krankzinnigen, kende een zeer lange aanlooperperiode, waarin door de toenmalige inspecteurs Feith en Schroder van Kolk reeds in 1859 en 1864 concepten van wet werden aangeboden aan de minister van Binnenlandse Zaken. Eerst het derde concept-wetsontwerp van de inspecteurs Ramaer en Van Capelle bereikte in 1881 de Staten-Generaal en haalde na verscheidene ingrijpende wijzigingen op 28 april 1884 de eindstreep. In 1904 werd de eerste wijziging van deze wet door beide Kamers aangenomen.

Daarna heeft het tot 1970 geduurd, voordat de wet wederom enige wijziging onderging, ondanks de publikaties in het begin van deze eeuw van de hand van de inspecteur Schuurmans Stekhoven en ondanks het verschijnen van het boek 'Krankzinnigenrecht' van prof. Querido in de dertiger jaren en zijn publikaties in de zestiger jaren.

Juist de wijziging van 1970 riep vele discussies op. Dit was aanleiding voor de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de heer Kruisinga, en de minister van Justitie, de heer Polak, om reeds in april 1971 te komen met een geheel nieuw wetsontwerp, dat diende ter vervanging van de oude wet van 1884.

Opvallend is het dat in de wetten van 1841 en 1884 gesproken wordt over wetgeving, regelende het staatstoezicht op krankzinnigen, terwijl in het voorliggende wetsontwerp gesproken wordt over de bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuizen. Hieruit zouden wij mogen afleiden dat een belangrijke verschuiving heeft plaatsgevonden in het denken over psychiatrische patiënten nl. van bescherming van de maatschappij naar een positie, waarin de psychiatrische patiënten een aantal rechten wordt toegekend.

Het was echter een zeer mager ontwerp van wet, dat de Kamer bereikte. Dit ontlokte forse kritiek in het voorlopig verslag dat in mei 1972 werd uitgebracht. Wat was namelijk het geval? In de psychiatrische hulpverlening had een aanmerkelijke ontwikkeling plaatsgevonden, mede onder invloed van de mogelijkheden van de psycho-pharmaca waardoor vele patiënten sneller konden genezen en het verblijf in de instellingen aanmerkelijk kon worden bekort. De huidige hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid geeft daarvan een treffend voorbeeld in zijn interview in Elseviers Magazine van 27 augustus jl.

De zorg voor de terugkeer van de patiënt, c.q. de ex-patiënt in de samenleving werd een belangrijk aandachtspunt in de psychiatrische hulpverlening.

Ook nu nog verblijven veel patiënten lang of te lang in de inrichting. Wij zien de dikke sleutelbossen voor een groot deel verdwijnen. De toegankelijkheid van de instellingen wordt vergroot. Experimenteel werd er al gewerkt met fase-huizen. De artsen ontdoen zich van de witte jassen en de verpleegkundigen zijn niet of nauwelijks meer herkenbaar aan hun kleding. De groepsarbeids- en ergotherapeuten deden hun intrede alsmede de gastvrouwen, de ombudsman, de patiëntvertrouwenspersoon en anderen.

Maar ook de patiënten werden mondiger. Patiëntenraden deden – zij het schoorvoetend – hun intrede in de instellingen. De patiëntenorganisaties timmeren aan de weg om aandacht te vestigen op de rechteloosheid waarin de psychiatrische patiënt zich bevindt. Allerwegen werd verder gevraagd om personele uitbreiding omdat het hulp verlenen aan de patiënt en zijn terugkeer in de samenleving een intensieve begeleiding vragen.

Daarnaast was er een dringende vraag om een verbeterde huisvesting want die was verouderd en niet meer ingesteld op de wijziging van de behandeling van patiënten die nu meer gericht was op de individuele en groepstherapie.

Gelukkig kon er soelaas worden geboden via uitbreiding van de personele formatie en daarnaast vroeg en steunde de Kamer unaniem het voornemen van staatssecretaris Veder-Smit om de renovatie en de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen voorrang te geven. Dit gold eveneens voor de zogenaamde tussenvoorzieningen als de hostels, de socio- en fase-woningen.

Maar met de voortgang van de wetgeving ter verkrijging van meer rechten voor psychiatrische patiënten liep het niet zo voortvarend. De bijzondere commissie van de Tweede Kamer heeft in brieven en tijdens een mondeling overleg aangedrongen op spoed. In mei 1975 werd door staatssecretaris Hendriks de Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen ingesteld, de zogenaamde commissie-Van Dijk, genoemd naar haar voorzitter, de Groningse psychiater prof. dr. W. K. van Dijk.

In augustus 1977 bracht deze commissie een interimrapport uit, terwijl in november 1979 het eindrap-



port werd uitgebracht. Het is van belang in dit debat aandacht te besteden aan de algemene conclusies, de gebreken in de zorg en de aanbevelingen die door deze commissie nagenoeg unaniem werden gedaan.

De algemene conclusie was dat er dringend behoefte is aan verbetering van de wetgeving op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Met name dient het recht op goede zorg in de wetgeving, die de rechtspositie van psychiatrische patiënten regelt, te worden opgenomen.

Als tweede algemene conclusie werd gesteld dat het toezicht op het handhaven van de wet meer uitgebreid en intensiever dient te worden. Het rapport somt verder als de voornaamste gebreken op, nadat is geconstateerd dat de zorg in veel opzichten aanzienlijke gebreken vertoont:

- onvoldoende inspraak van de patiënt in behandeling;
- te grote leefgroepen waarin de patiënten moeten leven;
- noodzakelijke differentiatie naar aard van de klachten, het ziektebeeld en de leeftijd ontbreken;
- vele gebouwen verkeren in een zeer slechte staat en zijn ongeschikt voor de juiste behandeling;
- dikwijls ontbreekt elke vorm van privacy;
- vaak ontbreken de mogelijkheden tot zelf gekozen onderling contact;
- de mogelijkheden tot communicatie met de buitenwereld zijn veelal afwezig;
- het aantal stafleden, zoals psychiaters, artsen, psychologen, orthopedagogen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en therapeuten in brede zin is te gering. Daardoor krijgen de patiënten in het algemeen te weinig aandacht.

De werkgroep is er zich van bewust geweest, dat de kwaliteit van de zorg niet verzekerd is louter door het voldoen aan de vele verlangens, eisen en voorwaarden op het gebied van wetgeving, bouwvoorzieningen en personele voorzieningen. In de behandeling van psychiatrische patiënten treden factoren op die zich onttrekken aan de invloed van de wetgeving en de materiële voorzieningen.

Voor alle patiënten, maar zeker voor psychiatrische patiënten, worden de humanitaire aspecten onontbeerlijk genoemd, waarbij dan gedacht wordt aan een goede, prettige leef sfeer in het psychiatrisch ziekenhuis, een menswaardige bejegening en het in acht

nemen van de juiste ethische normen door allen die op enigerlei wijze bij de omvang met en de behandeling en de verzorging van de patiënten zijn betrokken.

Dit houdt onder meer in het erkennen van de persoonlijke waardigheid van de patiënt en het nalaten van een infantiliserende benadering. De werkgroep stelt vervolgens dat een juiste bejegening door de hulpverleners overwegend afhangt van een goede mentaliteit, een juiste scholing en bijscholing, betrokkenheid bij het behandelingsplan van de individuele patiënt en vervolgens een optimale communicatie tussen de personen die met de individuele patiënt te maken hebben.

Ten slotte geeft de werkgroep-Van Dijk nog een aantal aanbevelingen voor de individuele hulpverlener, de inrichtingsdirectie en de staf, de centrale overheid, de in te stellen vertrouwenscommissie en de speciale Kamer van de arrondissementsrechtbank. Ondanks het feit dat de 'Gekkenkrant' van december 1979 zich nogal negatief en kritisch over het rapport heeft uitgelaten en er zeker ook nog aanvullingen op het eindrapport van de werkgroep mogelijk en noodzakelijk zijn, onderschrijft de CDA-fractie van harte de aanbevelingen van de werkgroep-Van Dijk. Ze spreekt graag haar waardering uit voor de leden van de werkgroep en voor de inhoud van het rapport. In dit licht wordt verder naar het wetsontwerp gekeken.

In oktober 1976 is de schriftelijke voorbereiding van het wetsontwerp weer op gang gebracht, omdat toen de memorie van antwoord verscheen, benevens een gewijzigd ontwerp van wet, waardoor ook de vrijwillig opgenomen patiënten voor een deel onder de werkingssfeer van de wet vielen. In februari 1977 hield de bijzondere commissie van de Tweede Kamer een hoorzitting. Zij bracht in augustus 1977 het nader voorlopig verslag uit.

Weer treden de bewindslieden van Volksgezondheid en van Justitie in overleg met de bijzondere commissie, namelijk op 7 februari 1979, waarbij als belangrijk discussiepunt naar voren wordt gebracht de gedachte om de werkingssfeer van de wet te beperken tot de gedwongen opname en de gedwongen opgenomen patiënt. De CDA-fractie, die er steeds voor had gepleit om één wettelijke regeling te maken voor alle patiënten, desnoods voorlopig voor alle patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, heeft zich ter wille van een snelle voortgang

van de wetgeving erbij neergelegd dat in dit wetsontwerp uitsluitend een regeling is opgenomen voor de gedwongen opgenomen patiënt, onder voorwaarde dat ten tijde van de verschijning van de nadere memorie van antwoord terstond verder gewerkt kan worden aan een regeling voor de rechtspositie van alle psychiatrische patiënten.

De mening van de CDA-fractie wordt gelukkig ook gedeeld door de Stichting Patiënten-Vertrouwenspersonen. Wij hebben enige spijt van onze instemming destijds met een wijziging van het wetsontwerp. De regeling in dit wetsontwerp geldt namelijk alleen voor de gedwongen opgenomen patiënten. Voor de vrijwillig opgenomen patiënten kennen wij nauwelijks enige rechten.

De CDA-fractie is dan ook teleurgesteld dat nu, vier jaar later, op de valreep van de behandeling van dit wetsontwerp niet een concept-wetsontwerp de Kamer bereikt, maar weer een voortgangsnotitie over het patiëntenbeleid. Weliswaar was de voortgangsnotitie door minister Gardeniers op 29 april 1982 toegezegd, maar de aanbevelingen van de werkgroep-Van Dijk en het rapport van de centrale - nu Nationale - Raad voor de volksgezondheid, onder voorzitterschap van professor Leenen, bieden voldoende materiaal om een wetsontwerp op te stellen.

Kan de Staatssecretaris aanduiden wanneer hij aan de Kamer een wetsontwerp kan aanbieden dat de rechten van de patiënten/cliënten in de somatische en geestelijke gezondheidszorg regelt? Of denkt de bewindsman nog aan een apart, snel te behandelen wetsontwerp waarin de rechtspositie van de vrijwillig in psychiatrische inrichtingen opgenomen patiënten wordt geregeld?

Acht de bewindsman de huidige regelingen voor de vrijwillig in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten, zoals neergelegd in het Besluit van 27 juni 1980, regelende de normen en voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen in verband met de rechtspositie van psychiatrische patiënten, voldoende? Mijn fractie heeft de indruk dat dit besluit beslist niet voldoende is. Het besluit dateert van 27 juni 1980.

Ik wil de bewindslieden daarom vragen welke de ervaringen in dezen zijn. Mijn fractie hecht zo zeer aan een rechtspositie voor vrijwillig opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, dat wij overwegen, hierover een uitspraak aan de Kamer

## Cornelissen

te vragen, wanneer de bewindslieden ons niet voldoende toezeggingen op dit terrein kunnen doen.

Na deze korte uitwijding keer ik weer terug naar het onderhavige wetsontwerp. Op 5 februari 1980 verschijnen de nadere memorie van antwoord en een nader gewijzigd ontwerp van wet, waarin belangrijke wijzigingen waren aangebracht, zeker met betrekking tot het behandelingsplan, de dwangbehandeling en de dwangmiddelen.

In oktober 1980 volgde het eindverslag van de bijzondere commissie en in maart 1981 kwamen de bewindslieden met een uitvoerige nota naar aanleiding van het eindverslag en een tweede nader gewijzigd ontwerp van wet.

In het licht van de plenaire behandeling wordt aan de Kamer medio augustus dit jaar een derde nader gewijzigd ontwerp van wet aangeboden, waarbij als belangrijkste feit wordt gezien, de mogelijkheid om beroepszaken in een enkelvoudige kamer te behandelen.

Nu wij dan – na een zo uitgebreide schriftelijke voorbereiding – staan voor de plenaire behandeling van dit wetsontwerp, wil ik enkele algemene opmerkingen maken en vervolgens ingaan op een aantal saillante onderdelen die in dit wetsontwerp aan de orde komen.

Gezien de vele op dit moment al ingediende amendementen, is het aannemelijk dat wij via de artikelsgewijze behandeling alsnog heel gedetailleerd op een aantal onderwerpen zullen ingaan. Het zal beslist een boeiende artikelsgewijze behandeling worden.

Het is voor de ontwikkeling van het denken over en de behandeling van psychiatrische patiënten goed geweest, dat er een omstreden wetsontwerp is verschenen. Dit heeft gelegenheid geboden tot vele reacties. Zowel de cliëntenorganisaties, later meer gebundeld in de werkgroep krankzinnigenwet, de Commissie Rechten van de Mens, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nationale Ziekenhuisraad, sectie Psychiatrische Instituten, de stichting Patiëntenvertrouwenspersoon als de VNG, lieten vele malen uitgebreid van zich horen.

Ik wil zeker ook niet vergeten het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid en de NVAGG. Van belang zijn de vele artikelen die verschenen in het tijdschrift voor de Psychiatrie, het Medisch Contact en

vooral in het maandblad voor de geestelijke volksgezondheid, waarbij wij gaarne willen noemen de naam van mevrouw mr. J. Krul-Steketee en van de psychiater Jos de Kroon, die beiden het voorliggende wetsontwerp van kritische vragen en kanttekeningen voorzagen.

De CDA-fractie bracht ter voorbereiding van dit wetsontwerp bezoeken aan de RPI in Eindhoven en aan het christelijk psychiatrisch centrum Bloemendaal. Vooral de staf van deze beide instellingen zijn wij zeer erkentelijk voor de positieve bijdrage, zowel tijdens dat bezoek als daarna.

Alhoewel er positieve aspecten zijn aan te wijzen, blijven wij het betreuren dat dit wetsontwerp zo'n lange voorbereidingstijd heeft gevraagd. Dit werkt niet bevorderlijk voor al degenen die rechtstreeks of zijdelings met deze wet te maken hebben. Verder heeft mijn fractie er behoefte aan om haar waardering en vertrouwen uit te spreken aan het adres van al degenen die dagelijks bezig zijn met de zorg voor de geestelijk gestoorde mens.

Dat er ondanks een traag op gang komende wetgeving, zulke ontwikkelingen binnen de psychiatrische zorg mogelijk zijn geweest, is mede te danken aan de inzet van velen en de risico's die men vanuit een traditionele hulpverlening heeft willen nemen. Wanneer wij verder in het betoog ons kritisch uitlaten over bepaalde groepen van degenen die met de zorg voor psychiatrische patiënten zijn belast, dan moeten wij dit doen om te komen tot een zo goed mogelijke wetgeving, waarin zoveel mogelijk helderheid en duidelijkheid komt, maar ook om mogelijkheden te scheppen voor een toekomstige verdere ontwikkeling.

Geen evolutie, zonder revolutie, klein of groot, zo werd mij duidelijk gemaakt in mijn opleiding. En prof. dr. ir. De Leeuw en prof. De Zwart zeiden het afgelopen zaterdag, 3 september, op het congres over de vernieuwingen in de zorgverlening met andere woorden, maar met dezelfde betekenis. Veranderingen, ontwikkelingen zijn noodzakelijk, daar moet ruimte voor zijn en inherent hieraan is het nemen van risico's.

Een jurist, aanwezig op de studiedag van de Nationale Ziekenhuisraad met het onderwerp 'Tegen de zin', drukte zijn mening over het onderhavige wetsontwerp uit als volgt: 'Met het inwerking treden van de BOPZ marcheren de juristen definitief de inrichting binnen om paal en perk te stellen aan de bevoegdheden van de

behandelaars'. Zo althans tekende Hanneke van der Klippen het op in het maandblad voor geestelijke volksgezondheid van augustus 1983.

Het is begrijpelijk dat de huidige behandelaars met enige zorg en met enige spanning kijken naar de invoering van deze wet. Het zij hun tot troost dat dezelfde juristen in het kader van de forensische psychiatrie de behandelaar zien als bondgenoot van de patiënt/delinquent en als soft en vergoelijkend worden aangemerkt tegenover de strenge jurist.

Onder invloed van de anti-psychiatrie en de patiëntenbeweging, werd de psychiater gezien als de ongecontroleerde machthebber die onder het mom van bestwil patiënten onderwierp aan de meest verregaande vrijheidsbeperking. De jurist, niet de strafrechtelijke, kwam te voorschijn als de beschermer tegen al deze willekeur binnen de inrichting.

De patiënt moest worden bijgestaan door de jurist in zijn verdediging tegen de psychiatrie, terwijl eerst de psychiatrie er door de jurist werd bijgehaald om de cliënt te helpen. Men ziet hoe het kan lopen. Vergeten werd dat ook de psychiatrie wordt bedreven om de patiënt te helpen, zij het dat ook op dit terrein uitwassen zeker voorkomen, zoals zij in alle beroepsgroepen te vinden zijn. Ik zeg dat overigens met enige bezorgdheid.

Ik wil er nog een opmerking aan toevoegen. Juist de conclusies van het rapport-Van Dijk moeten ons allen, wetgever en uitvoerders en degenen die in de instellingen werken, aan het denken hebben gezet met betrekking tot de rechten van de patiënten in de instellingen en de uitvoering door degenen die in de instellingen werkzaam zijn. De CDA-fractie is de mening toegedaan dat er altijd een zeker spanningsveld zal zijn tussen de patiënt, de psychiater en de jurist.

Echter, door heldere, duidelijke en geaccepteerde procedures en door controle en toetsingsmogelijkheden kan dit beperkt worden om de gedwongen opname van de psychiatrische patiënt met meer waarborgen te omgeven en om de patiënt meer inspraak te geven in het behandelingsplan en in het zich bewegen binnen de instelling.

De CDA-fractie kan daarom in grote lijnen instemmen met het onderhavige wetsontwerp, ook al hebben wij amendementen ingediend om de waarborgen bij de gedwongen opname te vergroten en de rechtspositie van de patiënt binnen de instelling

## Cornelissen

te versterken. Wij missen enigszins – het komt althans niet voldoende naar voren – de relatie naar bij voorbeeld de eerste-lijnszorg. Versterking van de eerste-lijnszorg, vooral van de ambulante en semi-ambulante zorg, zien wij duidelijk als voorkoming ook van een opname. Wij zien dit wetsontwerp als een aanzet tot een betere rechtspositie. Waar het in de nota naar aanleiding van het eindverslag voldoende wordt geacht als de ontwikkeling van de toepassing van deze wet wordt vermeld in de memorie van toelichting op de begroting of in het jaarverslag van de Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid, menen wij dat het noodzakelijk is tot aparte verslaggeving over te gaan.

De Regering acht een wettelijke verplichting tot rapportage overbodig. Onze fractie kan zich in die mening vooralsnog vinden. Wij zouden echter in een uitspraak van de Kamer willen vastleggen dat er een drie-jaarlijkse verslaggeving aan de Kamer plaatsvindt. Hoe denken de bewindslieden hierover?

Het brengen van psycho-geriatrische patiënten onder de werking van het onderhavige wetsontwerp roept bij onze fractie problemen van praktische aard op, naast de vraag of de noodzaak hiertoe aanwezig is. Zeker is dat de rechtspositie van deze categorie daardoor versterkt zou worden. Of echter de noodzaak aanwezig is deze wet ook op bij voorbeeld verpleeghuizen van toepassing te verklaren, met alle problemen die een jaarlijkse opname van bijna 9000 psycho-geriatrische patiënten meebrengt, is voor ons toch nog een vraagteken.

Mevrouw Haas-Berger heeft ook al gewezen op de druk die er al komt op onze juridische instellingen. Het zou toch goed zijn, nog eens te overwegen of deze mensen onder de werking van deze wet moeten worden gebracht. Hier komt dus weer naar voren ons verlangen, onze wens om één wet te krijgen voor de geestelijk gestoorden. Er was een ontwerp.

De Nationale Ziekenhuisraad heeft een ontwerp van wet aan de Kamer en aan de bewindslieden aangeboden. Ten aanzien van de psycho-geriatrische patiënten komen wij nu in een stadium dat wij ons moeten afvragen of deze mensen allemaal onder deze wet moeten gaan vallen. Zeker is dat een aantal van deze bejaarden niet in staat zijn hun wil kenbaar te maken. Daarom moet er op een of andere wijze een regeling komen. Wij vinden deze wet daartoe echter een zwaar

middel. Wij vragen ons af of wij deze categorie daarin met betrekking tot de opname in verpleeghuizen moeten handhaven.

In de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt vastgehouden aan de nuttige en belangrijke functie die de wet voor deze categorie zou kunnen hebben. De CDA-fractie heeft daarover met de Nationale Ziekenhuisraad en psychiater Offerhaus zo haar twijfels, zo niet haar grote twijfels. Willen de bewindslieden een nadere uiteenzetting geven, mede in het licht van de praktische bezwaren, over het brengen van deze psycho-geriatrische patiënten onder de werking van deze wet?

Een belangrijk onderdeel van deze wet wordt gevormd door het gevaarscriterium. Dit punt is vanmiddag al zeer uitgebreid aan de orde gekomen. Ik was erg geboeid door de evenwichtig benadering van dit criterium door mevrouw Haas-Berger. Ik heb daar grote waardering en bewondering voor. Uit het artikel van de heer De Kroon in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, ook al geciteerd door mevrouw Van Es en de heer Leerling, blijkt heel duidelijk dat in de praktijk de rechter en de psychiater zeer verschillend denken in relatie tot het beoordelen van gevaar, of moeten wij zeggen: van te verwachten gevaar.

De twee cases die de heer De Kroon beschrijft, tonen duidelijk aan hoe verschillend het begrip 'gevaar' wordt geïnterpreteerd door de psychiater en de rechter. Het artikel van de heer De Kroon is al drie keer aangehaald en ik mag het nu als vierde bespreken. Ik mag dan ook veronderstellen dat de twee genoemde cases bekend zijn bij degenen die dit wetsontwerp behandelen.

De rechter is eraan gewend, de feitelijkheden in aanmerking te nemen – dingen die gebeurd zijn – terwijl hij het maatschappelijk vrijheidsideaal zwaar laat wegen. De psychiater daarentegen zal de psychische toestand en de invloed op de omgeving de doorslag laten geven, waarbij hij zich laat leiden door de praktische kennis van de psychopathologie in het algemeen en de ziektegeschiedenis van de betrokkene in het bijzonder.

Een andere tegenstelling kan bestaan tussen de rechter en de psychiater, omdat de rechter de belangen van de gemeenschap en die van het individu zal moeten afwegen tegen het algemeen belang. De mogelijkheid is dan niet uitgesloten dat het belang van de samenleving

meer accent krijgt dan het persoonlijke belang, terwijl de psychiater uiteraard meer naar het persoonlijke welbevinden van de patiënt zal kijken. Hierop stoelt de door prof. Cohen Stuart, Marlet en anderen uitgesproken zorg dat, wanneer het gevaarscriterium niet of niet meer aanwezig is, een patiënt niet opgenomen c.q. niet behandeld kan worden.

Hierbij doen zich dus twee problemen voor. Wanneer is er sprake van gevaar? Moet dit niet méér en nauwkeuriger worden omschreven, ook al vraagt dit wellicht om nieuwe moeilijkheden? De inzichten van de beoordelaars kunnen ver uit elkaar liggen. Moet de alleensprekende rechter hierin het laatste woord hebben? Moet hij bij verschil van inzicht niet een deskundig en onafhankelijk team tot zijn beschikking hebben, bij voorbeeld een toetsingscommissie die verplicht moet worden geraadpleegd? Dat zal zeker het geval moeten zijn wanneer er verschil van mening bestaat.

Het tweede probleem is de zorg die er bestaat, dat de patiënt die weliswaar geen gevaar vormt, niet de mogelijkheid van inzicht in zijn geestelijk ziek-zijn heeft en mede daardoor niet vrijwillig wil worden opgenomen. Om gezondheidsredenen behoeft deze patiënt echter dringend behandeling, terwijl hij toch verstoken blijft van hulp. Daarbij wordt gedacht aan manieën, depressies, bepaalde vormen van schizofrenie, dementeren-de bejaarden en oligofrenen.

Op grond van het nu aan de orde zijnde wetsontwerp kan het fundamentele recht op behandeling niet worden uitgeoefend. Het scheppen van grotere waarborgen voor een gedwongen opname mag er geen oorzaak van zijn dat een aantal patiënten die niet of niet meer bij machte zijn hun wil te bepalen, van behandeling verstoken blijven. De interpretatie van artikel 2, lid 2a, maakt deze veronderstelling mogelijk. De CDA-fractie zou het bijzonder op prijs stellen, als de bewindslieden uitvoerig zouden ingaan op de door mij aangehaalde artikelen van De Kroon, Cohen Stuart en Marlet.

In de schriftelijke voorbereiding is reeds uitvoerig ingegaan op de omschrijving van lid 2 dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Wij houden hierbij toch nog enkele vragen. Hoe en door wie moet worden aangetoond dat alle mogelijkheden in de eerste-lijnsgezondheids-



## Cornelissen

zorg en in de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn toegepast? Moet de rechter dit beoordelen, die het ingewikkelde stramen van de extramurale gezondheidszorg niet kent?

Biedt dit wetsontwerp niet de kans om de noodzakelijke relatie tussen de intramurale en extramurale zorg ook op dit terrein te versterken? Daarbij is het ook onzerzijds de vraag, of het nog meer expliciet in de wet zou moeten worden geregeld. Het is van belang, dat hierop in dit debat nader wordt ingegaan. Wellicht kunnen de bewindslieden in hun antwoord ook ingaan op de wijze waarop zij de uitvoering van dit artikel hadden gedacht.

De CDA-fractie heeft op artikel 4 enkele amendementen ingediend die ertoe strekken dat de waarborgen rond de gedwongen opname worden vergroot. Wij zijn van oordeel dat het niet de behandelend psychiater moet zijn die verklaringen afgeeft over de persoon die gedwongen opgenomen moet worden.

Wij zijn de mening toegedaan dat een verzoek om gedwongen opname met de nodige zorgvuldigheid moet worden omgeven en wij hebben ons er dan ook over verwonderd dat het een officier van justitie mogelijk is, geheel zelfstandig te bepalen of hij een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging kennelijk ongegrond acht en het dus niet hoeft door te geleiden naar de rechter.

In artikel 47, lid 5, wordt een zelfde bevoegdheid aan de officier van justitie toegekend, indien hij dit verzoek kennelijk niet ontvankelijk acht. Is het mogelijk om in te gaan op het toekennen van zulke bevoegdheden aan de officier van justitie?

De voorlopige machtiging heeft een geldigheidsduur van vier weken, na de dag waarop betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen. In het algemeen is het noodzakelijk om een termijn te stellen aan de duur van de voorlopige, de eerste en de volgende machtiging. Wij hebben daar geen bezwaar tegen. Maar in de praktijk blijkt dat de patiënt die tijd dan ook moet 'uitzitten' en dit kan toch niet de bedoeling zijn.

Wij zouden de bewindslieden in ernstige overweging willen geven om uit te spreken en desnoods in een wetswijziging op te nemen, dat deze termijnen de maximale termijnen zijn of zoveel korter als mogelijk is. Als een patiënt voorlopig is opgenomen, of op grond van een eerste machtiging, moet het mogelijk zijn dat die termijnen

van vier weken of een halfjaar ook korter kunnen zijn dan vier weken – of, zoals wij willen voorstellen: zes weken – en een halfjaar.

Wij willen dit graag vooropstellen, omdat anders het amendement van de CDA-fractie, waarbij wij de voorlopige machtiging een geldigheidsduur van zes weken willen geven, verkeerd geïnterpreteerd zou kunnen worden.

De achtergrond van onze wens om de termijn van de voorlopige machtiging uit te breiden, is gelegen in het feit dat uit de klinische praktijk blijkt dat een periode van zes weken vaak voldoende ruimte biedt om met de patiënt de voor de verdere behandeling zo noodzakelijke vertrouwensrelatie te vestigen. Bij een iets langere geldigheidsduur van de voorlopige machtiging mag en kan worden verwacht dat in veel gevallen de noodzaak van een eerste machtiging tot voortgezet verblijf zal uitblijven.

Wij hechten eraan mede te delen dat in het door ons ingediende amendement alsnog ook de toevoeging zou moeten komen als zojuist reeds door mij aangekondigd, namelijk: zes weken, of zoveel korter als mogelijk of noodzakelijk is.

Volgens artikel 16 is de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis is gelegen, bevoegd om te gelasten dat een vrijwillig begonnen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis gedwongen wordt voortgezet. Blijkens de toelichting op dit artikel in de nota naar aanleiding van het eindverslag (blz. 53) houdt deze taak van de burgemeester verband met de hem in het algemeen opgedragen zorg voor de openbare orde.

In deze gevallen zal het belang van de openbare orde moeten worden afgewogen in de gemeente waar de persoon zich vermoedelijk zal gaan bevinden als hij het ziekenhuis zal verlaten, derhalve zijn woonplaats. Wij zijn de mening toegedaan dat niet aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis is gelegen, maar aan de burgemeester van de woongemeente de bevoegdheid om last te geven tot voortgezet verblijf in het ziekenhuis moet worden toegekend. Juist in verband met de relatie met de eerste-lijnszorg is het wenselijk dat de burgemeester van de woongemeente wordt ingeschakeld.

Deze wet geeft aan de rechter de bevoegdheid om aan de patiënt een raadsman toe te wijzen, tenzij betrokkene daartegen bezwaar maakt. De CDA-fractie zou graag zien dat deze raadsman ook kan worden ingeschakeld wanneer de patiënt een beroep

instelt tegen de beschikking op een vordering tot het verlenen van een eerste machtiging tot voortgezet verblijf. Ook hierdoor krijgt de rechtspositie van de patiënt meer reële inhoud.

Paragraaf 6 bevat een aantal artikelen over de rechterlijke machtiging op eigen verzoek. Ik moge vooropstellen dat wij ons, kijkende naar de nota naar aanleiding van het eindverslag, zouden kunnen voorstellen dat dit bij voorbeeld bij drugverslaafden zou kunnen voorkomen. Zoals een psychiater, een ex-inspecteur van volksgezondheid, mij nog mededeelde, komt het bij een vrijwillige opname wel voor dat patiënten zich soms bedenken en dan is het misschien toch goed dat omzetting plaatsvindt in een verplichte opname. Daarom twijfelt de CDA-fractie oprecht aan het feit dat zich een situatie kan voordoen dat een patiënt op een eigen verzoek gedwongen opgenomen wil worden.

Immers, indien iemand een stoornis van de geestvermogens heeft, dit beseft en op grond daarvan behandeling verlangt, omdat hij of zij zichzelf gevaarlijk acht, kan dit heel goed op vrijwillige basis. Wanneer dit besef ontbreekt, is er geen vrijwilligheid en kan het als achterdeur worden gebruikt om een gedwongen opname te realiseren.

De CDA-fractie was voornemens, een daartoe strekkend amendement in te dienen dat deze paragraaf zou vervallen, maar zij wil eerst het antwoord en de motieven van de bewindslieden horen, die mogelijk op enige ervaringsgrond kunnen steunen, gezien het feit dat ook in de huidige, vigerende wet een dergelijke mogelijkheid wordt geboden. Het hart van dit wetsontwerp wordt gevormd door hoofdstuk III en vooral door artikel 37 en volgende.

Artikel 36 vermeldt dat de patiënt, de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt worden spoedig mogelijk in het bezit worden gesteld van een schriftelijk overzicht van de in het ziekenhuis geldende huisregels. Het is ons gebleken dat juist de huisregels van groot belang zijn voor de patiënt, omdat hierin ook een aantal van de beperkingen van zijn vrijheid worden omschreven. Het komt voor dat een behandelingsplan niet kan worden uitgevoerd omdat het strijdig is met de huisregels.

Zonder nu direct in een algemene maatregel van bestuur vast te leggen waaraan de huisregels moeten

## Cornelissen

voldoen, lijkt het mij gewenst dat deze huisregels tenminste de goedkeuring moeten hebben van de inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid. Mogen wij hierover de mening van de Staatssecretaris vernemen?

Artikel 37 opent patiënt-vriendelijk door te stellen, dat de voor de behandeling verantwoordelijke persoon in overleg met de patiënt een behandelingsplan opstelt. Maar lid 2 van dit artikel, alhoewel onschuldig lijkend, geeft juist door zijn relatie naar lid 5 van dit artikel een bevoegdheid aan anderen dan de patiënt om, weliswaar in overleg met de behandelende persoon, een behandelingsplan op te stellen en te laten uitvoeren, waardoor het recht van de patiënt een farce kan worden.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie pleit er dan ook voor om lid 2 van artikel 37 te laten vervallen. Ook wij hebben grote moeite met dit tweede lid en wij zouden graag van de bewindslieden willen vernemen, welke bezwaren er bestaan om dit lid alsnog uit de wet te verwijderen. Tevens vragen wij de bewindslieden waarom de uitvoerige wijziging van de moeilijke artikelen 37, 38 en 39 die de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen aan de bewindslieden heeft voorgesteld, niet is overgenomen. Graag vernemen wij hierop een reactie.

Uit lid 4 van artikel 37 blijkt dat als het niet mogelijk is om overeenstemming te bereiken tot bereiken over het behandelingsplan, de behandelende persoon de geneesheer-directeur hiervan in kennis stelt. Houdt dit in, dat een persoon die gedwongen is opgenomen maar die wel in staat is zijn wil te bepalen, niet behandeld kan worden? De NZR zegt hiervan dat het psychiatrisch ziekenhuis de patiënt wel dient vast te houden vanwege het dreigende gevaar bij ontslag uit de inrichting, maar dat het niet de behandeling kan geven die het verblijf in de instelling kan bekorten. Voor deze categorie van patiënten wordt de instelling slechts een – naar mijn mening erg duur – custodiaal verzorgingsinstituut. Wij vragen ons af wat de geneesheer-directeur moet doen met het gegeven dat geen overeenstemming wordt bereikt over het behandelingsplan. Moet daarna een andere behandelaar worden belast, moet de inspectie worden ingeschakeld of moet een overplaatsing worden bewerkstelligd?

Lid 5 van artikel 37 geeft in de derde volzin de mogelijkheid om – ook als er geen behandelingsplan is opgesteld

omdat er geen overeenstemming te bereiken is, of als er wel een behandelingsplan is tegen de uitvoering waarvan de patiënt, in staat zijn wil te bepalen, zich verzet – indien dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt en voor anderen af te wenden, het voorgestelde onderscheidenlijk het overeengekomen behandelingsplan toe te passen.

Wij belanden hier bij een cruciaal punt, omdat dit de mogelijkheid biedt een gedwongen behandeling toe te passen, uitgaande van de veronderstelling dat hij in staat is zijn wil te bepalen. Wij hebben hierbij een aantal vragen.

Wie bepaalt dat een behandeling volstrekt noodzakelijk is, tegen de wil van de patiënt in? Moet dit niet een intercollegiaal besluit zijn? Moet niet de inspectie hiertoe toestemming geven? Is het mogelijk om een toetsingscommissie in te schakelen bestaande uit de inspecteur, de toegevoegde raadsman en een deskundige van buiten de instelling?

Mijn fractie beseft terdege – zij baseert zich daarbij op het rapport van de werkgroep-Van Dijk en op de bevindingen van de commissie-Leeuwen – dat dwangopname soms noodzakelijk kan zijn en dat een dwangopname zonder dwangbehandeling zinloos is. Wij vragen ons echter af of deze dwangbehandeling wel met voldoende waarborgen voor de patiënt omgeven is. Beter gezegd, wij vinden dat er niet voldoende waarborgen in de wet zijn opgenomen.

Zowel de NZR als de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stellen voor om de derde volzin van lid 5 van artikel 37 als volgt te wijzigen: 'In afwijking van beide voorgaande volzinnen kan niettemin het voorgestelde, onderscheidenlijk het overeengekomen behandelingsplan worden toegepast indien dit bepaaldelijk in het belang van de patiënt en anderen wordt gevorderd.'

Hoe beoordelen de bewindslieden dit voorstel? Wij blijven ook dan als CDA-fractie onze vragen houden om hier meer waarborgen omheen te bouwen. Het zal ons deugd doen, als de bewindslieden op deze ook bij onze aanwezige vragen en gedachten daarover willen ingaan.

Artikel 38 biedt de mogelijkheid om ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie middelen en maatregelen toe te passen. Het lijkt ons dienstig dat in een algemene maatregel van bestuur wordt opgenomen dat middelen en maatregelen worden beperkt tot bij voorbeeld het toedienen

van psycho-pharmaca en dit beperkt tot een bepaalde duur.

Misschien moeten zelfs bepaalde psycho-pharmaca beslist niet worden toegediend. Zo mogelijk wordt de inspecteur op de hoogte gesteld van de toe te passen middelen, voordat hiertoe wordt overgegaan. Anders moet dit zo spoedig mogelijk gebeuren. Het artikel behoeft daarom ook enige aanpassing. Het is volgens mij ook goed dat een algemene maatregel van bestuur op dit gebied aan een discussie in de Kamer wordt onderworpen.

In artikel 40 vinden wij regelen omtrent het klachtrecht. Een groot aantal personen kan de patiënt weliswaar behulpzaam zijn bij het indienen van zijn schriftelijke klacht bij het bestuur. Gelukkig kennen wij in psychiatrische ziekenhuizen de patiënten-vertrouwenspersoon, althans in een aantal daarvan.

Op dit moment is nog niet in alle psychiatrische ziekenhuizen een patiënten-vertrouwenspersoon aanwezig. De CDA-fractie heeft willen bevorderen dat de functie van de patiënten-vertrouwenspersoon en zijn positie in psychiatrische ziekenhuizen worden onderbouwd. Zij weet echter nog niet in hoeverre in de wet een verplichting moet worden opgenomen om een patiënten-vertrouwenspersoon verplicht in een instelling te doen opnemen. Gezien het amendement van mevrouw Haas-Berger lijkt het ons dienstig dat diep op deze zaak wordt ingegaan.

Zoals gezegd, kan bij het indienen van de schriftelijke klacht bij het bestuur een groot aantal personen behulpzaam zijn. Is het mogelijk dat ook de patiënten-vertrouwenspersoon de patiënt behulpzaam is bij het opstellen van zijn schriftelijke klacht of schaaft dit zijn onafhankelijke positie?

Is het mogelijk dat de toegevoegde raadsman hierbij wordt ingeschakeld of een vertrouwenspersoon uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg? Is het niet goed in lid 6 van artikel 40 te vermelden dat het bestuur van het ziekenhuis – gesteld dat het bestuur van het ziekenhuis dit zou moeten doen – zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee weken na ontvangst van de klacht, zijn met redenen omklede beslissing mededeelt?

Is het bestuur van het ziekenhuis wel de beste instelling om klachten bij te deponeren? Is het daartoe voldoende geëquipeerd? Het kan daartoe personen benoemen. Kan in plaats

## Cornelissen

van 'de termijn van twee weken' niet worden gesteld 'zoveel korter als mogelijk is'?

Een klacht heeft geen schorsende werking. Ik neem aan dat er een aantal situaties is waarin het goed is dat een klacht geen schorsende werking heeft. Ten aanzien van bepaalde dwangmiddelen vraag je je echter af, of die schorsende werking niet aanwezig zou moeten zijn. Ik refereer aan hetgeen mevrouw Haas-Berger hierover heeft gezegd. Hoe kan deze zaak beter geregeld worden?

Met betrekking tot de regeling van het voorwaardelijk ontslag zou mijn fractie graag zien dat de machtiging tot gedwongen opname komt te vervallen. Het kan anders, zoals nu mogelijk is, voorkomen dat verlenging wordt aangevraagd, terwijl betrokkene al voorwaardelijk ontslagen is. Verlenging wordt dan misschien een soort automatisme, omdat men betrokkene dan weer kan terugnemen in de inrichting. Wij moeten in dit opzicht verantwoorde risico's nemen. Wij moeten een machtiging niet langer laten duren dan strikt noodzakelijk is.

Het toekennen van rechten aan de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt kan pas tot werkelijkheid gerealiseerd worden als op de hele wetgeving duidelijk toezicht en controle worden uitgeoefend. De huidige Krankzinnigenwet biedt de inspectie niet veel mogelijkheden. In dit wetsontwerp wordt de inspectie wel belast met vele en belangrijke taken.

Wij vertrouwen erop dat zij aan deze werkzaamheden grote prioriteit zal geven. Wij zien nu de inspectie al te veel in de plannings-, beleids- en overlegstructuren. Binnen bepaalde grenzen is dit ook goed. Vooral van belang is de inspectietaak, juist ook voor deze wetgeving omdat deze geen farce zal zijn, maar ook in het belang van de kwaliteit van de zorg en de rechten van de patiënten.

In de vijfde nota van wijziging werd voorgesteld om in de gevallen waarin een beroep wordt aangetekend tegen de beslissing van de rechter tot het al of niet verlenen van een eerste machtiging, dit beroep te laten behandelen door de Bijzondere Kamer van het Gerechtshof in Arnhem, en wel door een enkelvoudige Kamer. Daartegen bestaan bij de fractie van het CDA grote bezwaren.

Het kan toch niet zo zijn dat juist in een beroepszaak een niet ter zake kundig jurist oordeelt over zaken

welke deskundigheid op het terrein van de psychiatrie vereisen. Bovendien moet juist de appèl-rechtspraak in handen van drie mensen blijven. Wij kunnen instemmen met een bijzondere Kamer in beperkte samenstelling, maar niet met een enkelvoudige Kamer, te meer daar een beroep tegen een gedwongen opname met grote deskundigheid en grote zorgvuldigheid moet worden bekeken.

Door de voorgestelde derde wijziging in dit wetsontwerp is ook het beroep in cassatie vervallen. Wij menen dat het wetsontwerp hierdoor de rechtspositie van de patiënten niet heeft versterkt. Wij vragen de Minister van Justitie waarom uitgerekend in deze situatie, waarin wij spreken over de rechten van de patiënten, het beroep in cassatie is vervallen.

In het begin van mijn betoog heb ik gezegd dat de fractie van het CDA in grote lijnen instemt met het voorliggende wetsontwerp, ondanks onze vele vragen en wensen die wij op tafel hebben gelegd. Het feit dat door het huidige wetsontwerp het begrip 'krankzinnige' uit de wet is gehaald, het feit dat de handelingsbekwaamheid van de opgenomen niet meer wordt aangetast en het feit dat er een begin is gemaakt met het inhoud geven aan de rechten van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten, zijn voor ons redenen om positief tegenover dit wetsontwerp te staan.

Ik ben de Regering ervoor erkentelijk dat zij in de schriftelijke voorbereiding van dit wetsontwerp zo uitvoerig op vele door de Kamer aangedragen zaken is ingegaan. Ik spreek de verwachting uit dat zij dit ook zal doen in het mondelinge antwoord op onze verbale inbreng.

De vergadering wordt van 17.37 uur tot 19.15 uur geschorst.

## Voorzitter: Joekes



De heer **Schutte** (GPV): Mijnheer de Voorzitter! Het ontwerp dat wij vandaag behandelen, heeft niet alleen geschiedenis gemaakt, maar is tevens een weerspiegeling van de historische veranderingen die zich de laatste vijftien jaar in ons land op het gebied van het denken over mens en samenleving hebben voltrokken. Het heeft geschiedenis gemaakt, omdat het heeft gefunctioneerd als kristallisatiepunt van diepgaande tegenstellingen in het denken over de plaats van de geestelijk gestoorden in onze samenleving.

Tot diezelfde geschiedenis behoort de affaire-Dennendal en het recentere, geruchtmakende moratorium voor onze psychiatrische ziekenhuizen. Het weerspiegelt de sociale ontwikkelingen van onze tijd, omdat het een antwoord tracht te geven op de gevoelig liggende vraag naar een optimale verhouding tussen vrijheid en dwang.

De zeer lange periode die ligt tussen de indiening van het wetsontwerp en deze plenaire behandeling, doet vermoeden dat gezocht is naar de meest ideale situatie. Bij het lezen, of beter bij het doorworstelen van de stukken zou men bijna vergeten dat in al die jaren het gedwongen opnemen van geestelijk gestoorden onder het regime van de oude Krankzinnigenwet gewoon is doorgegaan.

Alleen al die wetenschap verplicht ons nu met enige spoed te werken aan de definitieve totstandkoming van een nieuwe wettelijke regeling. Dat ook die het honderd jaar zal uithouden, mag worden betwijfeld. Het is al heel wat dat wij bij de namen van de commissieleden die destijds het voorlopig verslag hebben opgesteld, nog een naam tegenkomen van een collega die nu nog in deze Kamer zitting heeft. Het lid Dolman mag vandaag in dubbel opzicht, zij het vanavond bij vervanging, supervisie houden over de behandeling van dit wetsontwerp.

Ons onderwerp noodt tot het geven van historische beschouwingen, maar alleen al omwille van de tijd lijkt het mij verstandig die verleiding te weerstaan. Ons onderwerp zal nooit historie worden in de zin van een onderwerp uit het verleden. Immers, tot de dag waarop Christus wederkomt, zullen wij de geestelijk gestoorden in ons midden hebben en dienen wij vorm te geven aan onze verantwoordelijkheid om voor hen zo goed mogelijk te zorgen.

Natuurlijk is in de loop van de tijd wel een variatie in psychiatrische ziektebeelden aan te tonen. In de negentiende eeuw was het vooral de hysterie, tegenwoordig meer de schizofrenie. In een samenleving met veel sociale geborgenheid zal het probleem van de opvang van geestelijk gestoorden minder zwaar vallen dan in een volstrekt geïndividualiseerde en koude samenleving.

In onze tijd met zijn grote technologische mogelijkheden, vèrgaande vrijheid en snelheid van maatschappelijke veranderingen is de psychologische draaglast van de mensen sterk verzaard. Tegelijkertijd is echter



## Schutte

door individualisme en egoïsme de psychische en sociale draagkracht van de mens verminderd. Oude waarden en sociale structuren worden stelselmatig afgebroken en bieden geen steun meer bij de zo noodzakelijke integratie. In zulk een klimaat neemt de psycho-sociale nood ongekende omvang aan.

Het kan onbarmhartig zijn, consequent uit te gaan van het axioma van de vrijheid van de patiënt. Bij sommige stoornissen kan die vrijheid worden gereduceerd tot een juridische fictie. In de nota naar aanleiding van het eindverslag is dit goed geformuleerd.

Op blz. 10 staat: 'De gedwongen opneming is een ingreep in de formeel bestaande vrijheid, maar in wezen in de als onvrijheid aan te merken toestand van de geesteszieke patiënt met het oogmerk deze vrijheid te herstellen'.

De ideologie van het zelfbeschikingsrecht botst hier op de gebroken werkelijkheid. Tot die gebroken werkelijkheid behoren ziekte en dood. De schepselen kunnen niet meer volledig aan hun door God gegeven bestemming beantwoorden. Of, zoals de apostel Paulus het uitdrukt, de schepping is aan vruchteloosheid onderworpen en dienstbaar aan de vergankelijkheid. De geestelijke stoornis en de geestelijk gestoorde zijn een last voor ons. Wij zullen de verleiding moeten weerstaan die last te ontkennen óf door de geestelijk gestoorde volledig te isoleren óf door de stoornis te romantiseren. De geestelijk gestoorde heeft recht op onze hulp, ook al zien wij daarvan soms nauwelijks resultaten of breekt het werk bij onze handen af.

Gelet op het ingrijpende karakter van de onderhavige wettelijke regeling is het een goede zaak dat in de schriftelijk stukken voortdurend is gevraagd naar de rechtsgrond. In de memorie van antwoord wordt daarover in duidelijke woorden gesteld, dat het beginsel dat de rechtsorde aan allen bescherming moet bieden tegen gevaar voor lijf en goed de grondslag van het wetsontwerp is.

Het is een wat koele en zakelijke formulering, maar daarom nog niet onjuist, te meer niet daar tevens duidelijk wordt gesteld dat de overheid ook een beschermende taak heeft te vervullen in het belang van de patiënt. Het gaat niet uitsluitend om het veiligheidsbelang van de samenleving.

Het wetsontwerp heeft vervolgens ook aan aanvaardbaarheid gewonnen

doordat er een verplichting is om de patiënt een behandlungsplan aan te bieden. Het wetsontwerp volstaat dus niet met enkel en alleen een regeling van vrijheidsbeneming, en dat is een goede zaak. Het valt ook overigens niet te ontkennen dat het wetsontwerp in de lange duur van voorbereiding aan waarde heeft gewonnen. De schriftelijke stukken van de achtereenvolgende bewindslieden, in het bijzonder de nadere memorie van antwoord en de nota naar aanleiding van het eindverslag, kenmerken zich door hun zorgvuldigheid en afgewogen formuleringen.

In het bijzonder acht ik het een goede zaak dat de verleiding is weerstaan om het wetsontwerp uit te breiden met tal van onderwerpen die min of meer zijdelings met de positie van de geestelijk gestoorde te maken hebben. Ik acht het een goede zaak dat het wetsontwerp zich vrijwel uitsluitend beperkt tot de positie van de onvrijwillig opgenomen patiënt.

Eveneens is het een goede zaak dat het wetsontwerp zijn zelfstandigheid heeft behouden ten opzichte van de TBR-regeling. Ik kan dan ook de opvatting uit de nadere memorie van antwoord onderschrijven, dat het zelfs bij volkomen identieke behandelings- en verplegingswijzen de vraag zou zijn of samensmelting van wetgeving wenselijk zou moeten worden geacht. Er is en blijft ook in dit geval een principiële grens tussen niet-strafbare en strafbare gedragingen, en dat moet doorwerken in het karakter van de wettelijke regelingen.

De zuiverheid van wetgeving is ook gediend met het niet opnemen van de verplichting tot nazorg of een voorzieningengarantie voor ambulante voorzieningen. Natuurlijk zijn dit zaken die onze aandacht verdienen, maar dan wel buiten de onderhavige wettelijke regeling. Een wet kan topzwaar en hanteerbaar worden als er te veel goede bedoelingen in zijn opgenomen. Wel is het juist dat in het wetsontwerp nu een hoofdstuk is opgenomen met patiëntenrechten, toegespitst op de positie van de onvrijwillig opgenomen patiënt.

Immers, als de wetgever de mogelijkheid creëert om in bepaalde gevallen geestelijk gestoorde met dwang in een ziekenhuis te doen opnemen, rust op hem tevens de verplichting zoveel mogelijk te voorkomen dat na de opneming er een situatie van betrekkelijke rechteloosheid ontstaat. Ik kan er vrede mee hebben dat in de normen voor de erkenning van psychiatrische zieken-

huizen een aantal bepalingen is opgenomen betreffende de rechtspositie van zowel de onvrijwillige als de vrijwillige patiënten.

Deze regeling is terecht bestempeld als een tijdelijke. Nu heeft de ervaring wel geleerd dat enige argwaan bij tijdelijk bedoelde regelingen niet misplaatst is. Ik zou daarom willen vragen hoe het met die tijdelijkheid staat. Erkenningsnormen moeten immers het karakter blijven houden van een minimumvereiste en niet een opsomming van maximumwensen.

Een goede zaak die ik nog zou willen memoreren, is de in het verloop van de schriftelijke behandeling verplicht gestelde toevoeging van een raadsman aan de betrokkene gedurende de hele procedure van machtiging en opneming. De positie van deze raadsman is daarom zo belangrijk, omdat het wetsontwerp de gevaarlijke fictie kan creëren van een formeel weliswaar prima rechtspositie, die echter materieel een lege huls blijkt te zijn omdat de patiënt nu eenmaal vanuit de aard der zaak niet altijd in staat zal zijn zelfstandig voor zijn rechten op te komen.

Centraal element in het wetsontwerp is het begrip 'gevaar' en de causaliteit tussen geestelijke stoornis en gevaar. In de loop van de schriftelijke behandeling zijn de formuleringen die over deze zaak zijn gebruikt steeds stringenter geworden.

Het moet bij wijze van spreken wel heel bar zijn wil iemand voor een rechterlijke machtiging of dwangopneming in aanmerking komen. Het is de vraag of dit wel altijd in het belang van de patiënt is. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat de bewindslieden zich op dit punt te veel hebben laten leiden door de angst dat de regeling het mogelijk zal maken mensen te gemakkelijk op te nemen. De nuchterheid gebiedt te erkennen dat het vaak een goede zaak is als iemand wordt ontheven van de verplichting zelf zorg te dragen voor zijn psychische verbetering.

Het kan een eis van barmhartigheid zijn iemand te doen opnemen tegen zijn wil, ook al is hij nog geen onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving. Met belangstelling wacht ik dan ook de reactie van de bewindslieden af op het betoog van mevrouw Cornelissen.

De grote argwaan waarmee dit wetsontwerp in de loop van de jaren is bejegend heeft er helaas toe geleid dat indicatie voor een machtiging of opneming tot een absoluut minimum is beperkt. De psychiatrie en hulpver-

## Schutte

lening incasseren hier de gevolgen van de grote argwaan die, al dan niet terecht, de laatste jaren hun deel zijn geworden. Of het resultaat van het conflict tussen psychiatrie en anti-psychiatrie ten slotte in het belang van de patiënt zal zijn blijft een open vraag.

Het zal dan ook niet verbazen dat ik het een goede zaak vind dat het wetsontwerp de mogelijkheid biedt om een eigen machtiging aan te vragen. Zonder die mogelijkheid zouden veel geestelijk gestoorde tussen de wal en het schip terecht kunnen komen. Iemand die echter een diepgeworteld wantrouwen heeft jegens de psychiatrie zal altijd formuleringen vinden die hem zullen afstoten of zijn wantrouwen zullen versterken.

Zo wordt in de nadere memorie van antwoord gesteld dat in het rechterlijk oordeel de maatschappelijke opvattingen over de vraag of in een bepaalde situatie handelingen als gevaarlijk moeten worden aangemerkt een functie hebben. Als wij deze zin geïsoleerd zouden lezen, is dit een opmerking die waarschijnlijk door de officiële Russische psychiatrie volledig onderschreven kan worden.

Als de kritiek op de psychiatrie zich echter uitbreidt tot een eveneens fundamenteel wantrouwen in onze rechterlijke macht, dan wordt een goede maatschappelijke en politieke discussie wel erg moeilijk. Onze rechterlijke macht staat niet boven alle kritiek, maar ik meen dat wij op dit moment met enig vertrouwen de grote beslissingsbevoegdheid, vervat in dit wetsontwerp, bij de rechterlijke instanties zullen kunnen leggen. De bevoegdheid van de rechter om een machtiging te verlenen is in dit wetsontwerp met zoveel waarborgen omringd dat ik meen dat wij deze regeling aan de praktijk kunnen toevertrouwen.

Is een patiënt eenmaal opgenomen, dan is van principieel belang de bepaling dat hij of zij op grond van artikel 37 de mogelijkheid heeft de voorgestelde of zelfs elke behandeling te weigeren. Dit recht hoort mijns inziens logisch bij de bepaling dat iemand op grond van het gevaar dat hij kan opleveren tegen zijn wil kan worden opgenomen. Opneming en normale verzorging is dan voldoende.

Het ondergaan van een behandeling is een hoofdstuk apart. Van het therapeutisch effect van een dwangbehandeling moet men zich ook niet al te veel voorstellen. Deze stelling kan men ook in het rapport van de commissie-Van Dijk aantreffen.

Ik blijf het daarom een moeilijke zaak vinden dat naast het bestaan van artikel 38, lid 1, waarin aan de geneesheer-directeur bevoegdheden worden gegeven om tijdelijke noodsituaties het hoofd te bieden, ook nog eens door middel van artikel 37, lid 5, dwangbehandeling wordt gelegitimeerd. In de schriftelijke stukken is de noodzaak van deze bepaling mijns inziens niet duidelijk aangetoond. Natuurlijk moet er een mogelijkheid bestaan gevaarvolle situaties in een ziekenhuis het hoofd te bieden, eventueel met dwang. Waarom is het echter daarnaast nodig in het principeel zo belangrijke artikel, waarin de vrijheid van de patiënt is vastgelegd om een behandelingsplan te weigeren, tevens de mogelijkheid van dwangbehandeling te regelen?

Nu heeft de Nationale Ziekenhuisraad er in verschillende brieven aan de commissie op gewezen dat een systematische weigering van een patiënt om mee te werken aan een behandelingsplan het psychiatrisch ziekenhuis kan reduceren tot een verzorgingsinstelling. Het kan zelfs leiden tot gewetensproblemen bij de hulpverleners, die immers op behandeling zijn ingesteld.

Ik denk dat de Raad hiermee een reëel punt aansnijdt. Niet altijd zal een dwangbehandeling haaks staan op het belang van de patiënt. Ik blijf het echter moeilijk aanvaardbaar vinden wanneer een patiënt onder dwang wordt behandeld op grond van een behandelingsplan dat hij eerder principieel heeft afgewezen.

De psychiatrie biedt een verscheidenheid aan behandelingsmogelijkheden en therapieën. De patiënt moet het recht houden zich tegen een bepaalde behandeling te blijven verzetten, zonder dat hij het risico loopt, dat hij die behandeling onder dwang moet ondergaan. Ik zou het daarom een goede zaak vinden, als in het wetsontwerp duidelijker wordt vastgelegd, dat een bepaalde behandeling, waartegen gemotiveerd principieel bezwaar is gemaakt, nooit onder dwang mag worden opgelegd, zonder dat dit overigens behoeft te betekenen, dat een totaalverbod van dwangbehandeling volgt. Graag hoor ik hierover de mening van de bewindslieden.

In dit verband zou ik ook nog een vraag willen stellen over de passage op blz. 32 van de nadere memorie van antwoord, waarin gesteld wordt, dat bij voorbeeld bij idioten of zeer diep dementen familieleden of wettelijke vertegenwoordigers betrokken

moeten worden bij de opstelling van het behandelingsplan. Deze passage roept vragen op over de reikwijdte van het begrip 'behandelingsplan', immers, bij die categorieën zal het toch veelszins niet gaan om een behandeling, gericht op genezing, maar zal moeten worden volstaan met normale verzorging. Ik zie dan ook niet goed in wat de betekenis hier is van een behandelingsplan. Ik hoor hierover graag de mening van de bewindslieden.

Enigszins verwant aan het recht van de patiënt om een behandeling te weigeren, is het recht van de patiënt op overplaatsing naar een ander ziekenhuis. Het komt mij voor, dat dat recht in artikel 41 van het wetsontwerp niet voldoende is geregeld. Te veel blijft het accent liggen bij de bevoegdheden van de geneesheer-directeur.

In de nu gekozen formulering heeft de patiënt niet zozeer het recht op overplaatsing als wel het recht een verzoek tot overplaatsing in te dienen. Of de geneesheer-directeur aan dat verzoek zal voldoen, moet hij zelf beoordelen. Bij weigering kan de patiënt nog gehoord worden door de inspecteur, maar ook dat houdt hem in een afhankelijkheidsrelatie. Natuurlijk kan van een geneesheer-directeur als hoofd van een psychiatrisch ziekenhuis niet worden verlangd, dat hij in alle gevallen automatisch gevolg geeft aan een verzoek tot overplaatsing.

Maar ik meen wel, dat hij een eventuele weigering slechts op concreet te omschrijven gronden kan doen. Als het echter gaat om een patiënt, die normaal wil meewerken aan een behandelingsplan, maar dat in een ander ziekenhuis wil doen, dan moet in principe de geneesheer-directeur dunkt mij aan overplaatsing meewerken. Zoals het nu is geformuleerd, is het recht van de patiënt te veel in handen gelegd van anderen.

Veel kritiek is geuit op de in het wetsontwerp vervatte mogelijkheid van gedwongen voortzetting van een vrijwillige opneming. In het voorlopig verslag heeft mijn fractie daarover indertijd al kritische vragen gesteld. De antwoorden daarop hebben mijn zorg niet weggenomen. Voorkomen moet worden, dat een vrijwillige opneming een soort van fuikwerking krijgt. Het lijkt mij geen goede zaak, als een geestelijk gestoorde vrijwillig tot opneming besluit en wordt geconfronteerd met het risico, dat zulks op een gedwongen opneming kan uitlopen.

## Schutte

In het bijzonder door de gekozen formuleringen in de nota naar aanleiding van het eindverslag heeft mijn vrees op dit punt verder voedsel gekregen. Op blz. 39 van die nota wordt gesteld, dat in de therapeutische relatie met de hulpverlener bij in behandeling zijnde patiënten een werkelijk gevaarlijke situatie eerder onderkend kan worden dan bij anderen, die lijden aan een stoornis van de geestvermogens. Of om het anders te zeggen: Als je vrijwillig in een ziekenhuis bent opgenomen, loop je een groter risico om onder het wettelijk begrip 'gevaar' te vallen dan wanneer je dat nog niet bent.

Met zoveel woorden wordt derhalve erkend, dat de kans om gedwongen te worden opgenomen, groter is, wanneer je eenmaal in een ziekenhuis bent dan wanneer je dat nog niet bent. Het lijkt geen twijfel, dat hulpverleners niet snel geneigd zullen zijn de patiënt te laten vertrekken, met wie zij een goede behandelingsrelatie hebben opgebouwd.

Daarmee is niets gezegd over de integriteit van deze hulpverleners, maar ik zou wel willen vragen, wat er gebeurt, als een vrijwillig opgenomen patiënt op een bepaald tijdstip zijn spullen pakt en het ziekenhuis wil verlaten. Gebeurt zo iets in een somatisch ziekenhuis, dan wordt zo iemand niet met geweld tegengehouden. Hoe ligt dat hier? Kortom, hoe vrijwillig is de vrijwillige opname?

De praktijk zal moeten uitwijzen, in hoeverre de onderhavige wettelijke regeling van toepassing zal zijn op de zware drugsverslaafden. In de loop van de schriftelijke gedachtenwisseling is aan dit onderwerp steeds meer aandacht besteed. Het is bijna een eufemisme, als ik zeg, dat dit een heet hangijzer is en voorlopig wel zal blijven. Vanzelfsprekend is het een goede zaak, dat vooral met het oog op deze categorie de artikelen 32 tot en met 34, waar het gaat over de rechterlijke machtiging op eigen verzoek, zijn opgenomen.

Een goede motivatie is welhaast een voorwaarde voor een succesvolle behandeling. Maar in zowel de nadere memorie van antwoord als in de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt er geen misverstand over gelaten, dat ook de paragrafen 1 tot en met 5 van hoofdstuk II van het ontwerp op verslaafden van toepassing zijn.

Wel moet dan de causale relatie tussen verslaving en gevaar kunnen worden gelegd, waarbij verslaving

ook nog als stoornis moet kunnen worden geïnterpreteerd. De opmerking evenwel op bladzijde 61 van de nota naar aanleiding van het eindverslag, dat niet elke verslaving als een psychische ziekte kan worden gezien, wijst erop dat veel verslavingen blijkbaar wel als zodanig worden beschouwd. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre deze wettelijke regeling effect zal hebben op de behandeling van drugsverslaafden.

De mogelijkheden, die het wetsontwerp op dit punt biedt, zijn mijns inziens verderreikend dan de wat bezwerende formuleringen in de stukken doen vermoeden. Juist op dit punt zal het een belangrijke zaak zijn, dat over een aantal jaren de werking van deze nieuwe wettelijke regeling wordt geëvalueerd. Voorstellen tot een verplichte evaluatie hebben dan ook mijn sympathie.

Over de machtigingsprocedure is in de stukken al zoveel gezegd, dat ik nu wil volstaan met het vragen van aandacht voor slechts een enkel punt. In artikel 3 staat een opsomming van de personen, die tot het indienen van een verzoek, gericht op het verkrijgen van een voorlopige machtiging, bevoegd zijn.

De eerste die wordt genoemd, is de echtgenoot. Krachtens het tweede lid van artikel 1 is daarmee gelijk gesteld degene, die met betrokkene – dat is de patiënt – een duurzame gemeenschappelijke huishouding heeft. Los van de principiële bedenkingen, die mijn fractie heeft tegen gelijkstelling van het huwelijk met alternatieve samenlevingsvormen, meen ik dat de vraag gewettigd is of deze gelijkstelling wel juist is.

Op blz. 35 van de nota naar aanleiding van het eindverslag staat duidelijk dat de ratio van de bevoegdheid van bepaalde familieleden om een machtigingsverzoek in te dienen niet is gelegen in een eventuele betrokkenheid in het gevaar dat de patiënt veroorzaakt, maar in een familierelatie tot de patiënt. Ook wordt er met nadruk op gewezen, dat het niet zozeer gaat om de feitelijke nabijheid maar om de familierelatie. Deze argumenten kan ik goed onderschrijven.

Familierelaties zijn immers geen vrijblijvende relaties, maar hebben ook een juridische betekenis, waaruit verantwoordelijkheden en plichten voortvloeien. Op een familie rust dan ook in eerste instantie de plicht, een geestelijk gestoorde te verzorgen. Houdt de mogelijkheid tot verzorging in geval van gevaar op dan zal de

familie het recht moeten hebben om een verzoek tot machtiging aan te vragen.

Het een vloeit uit het ander voort. Juist daarom begrijp ik niet goed waarom ook aan personen, waarmee de patiënt duurzaam samenleeft, hetzelfde recht moet worden gegeven. Aangezien in dit geval geen huwelijks- of familieverplichtingen bestaan en de relatie zich dus in juridische zin door een zekere vrijblijvendheid kenmerkt, begrijp ik niet goed waarom aan zo iemand de toch zeer vergaande bevoegdheid tot het doen van een verzoek tot machtiging moet worden verleend.

Resumerend, mijnheer de Voorzitter, wil ik zeggen, dat de wettelijke regeling in de vorm zoals die nu voor ons ligt in grote lijnen mijn instemming kan hebben. Over een aantal centrale elementen heb ik kritische vragen gesteld, die ik graag beantwoord zie. Bij tal van kleinere onderdelen en details blijft het natuurlijk mogelijk om verder te sleutelen en te schaven. Daartoe dient de artikelsgewijze behandeling.

Gelet op de zorgvuldigheid waarmee de Regering dit wetsontwerp heeft voorbereid, meen ik dat wij er verstandig aan doen, niet al te rigoureuze te streven naar een perfectionering van de wettelijke regeling. De aard van de materie laat zulks immers nauwelijks toe. Hoe voortreffelijk het werk van de wetgever ook kan zijn, vooral in deze materie geldt dat het de rechter, de psychiater en de familie van de patiënt zullen moeten geven aan de mogelijkheden, die zij op basis van dit wetsontwerp zullen krijgen.

□

Mevrouw **Eshuis** (CPN): Voorzitter. Als wij de plaatsvervangend directeur-generaal van de volksgezondheid mogen geloven, zijn wij vanavond in een bevoorrechte situatie met de aanwezigheid van de staatssecretaris van volksgezondheid, 'niet alleen vanwege de glamour van zijn functie, maar ook vanwege de warmte van zijn persoon'. Mij dunk dat ons dit goed van pas komt op deze kille dag, waarop wij met zo'n taai onderwerp bezig zijn, taai vanwege de hardnekkige materie. Ik wil daarbij de Minister, die naast de Staatssecretaris zit, niets te kort doen.

Over dit onderwerp hebben zich al veel ministers, staatssecretarissen en kamerleden gebogen. De stapels stukken vormen een weerspiegeling



## Eshuis

van tien jaar ontwikkeling in psychiatrie en tegenbeweging.

Ik denk dat dit een goed moment is om de grote maatschappelijke betekenis van juist die patiëntenbewegingen vast te stellen. Elke onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis is een hachelijke zaak. Eigenlijk zou het debat van vandaag moeten gaan over de vraag hoe gedwongen opname kan worden voorkomen.

Want met een verbetering en uitbreiding van andere voorzieningen, ambulante geestelijke gezondheidszorg, crisiscentra, maatschappelijk werk en dergelijk zou het aantal gedwongen opnamen aanzienlijk kunnen teruglopen. Een indicatie daarvan vind ik in het feit dat de criteria voor het wel of niet opnemen van een aangemelde patiënt nog wel eens willen fluctueren met het aantal bedden dat toevallig vrij is in een instelling.

Wordt dus niet al te gemakkelijk, juist in situaties waarin de kwaliteit van de ambulante zorg gering is, gegrepen naar het middel van dwangopname? Onze grote vrees blijft dan ook dat deze wet in de praktijk kan gaan functioneren als een legitimering van dwangopname zoals die nog steeds op grote schaal plaatsvindt en niet als een wettelijke grondslag voor een beleid gericht op het beperken van dwangopnames tot uitzonderlijke gebeurtenissen. In zo'n beleid zal de versterking van de ambulante zorg een belangrijke plaats moeten innemen.

Wij willen de Minister dan ook vragen hoe hij denkt de dwangbehandeling terug te dringen. Ziet hij het als een normaal onderdeel van de psychiatrische praktijk of iets wat zoveel mogelijk moet worden uitgebannen? Als hij dat laatste op het oog heeft, zal het wetsontwerp naar onze mening nog een aanzienlijke gedaanteverandering moeten ondergaan.

Elke opname is in feite een situatie waarin een menselijk probleem zodanig uit de hand loopt dat binnen het bestaande netwerk van de betrokkene geen oplossing meer kan worden gevonden. Situaties worden onhoudbaar door een opeenstapeling van intra-psychische, relationele en sociale problemen. Bij dwangopname wordt één persoon uit het netwerk geëlimineerd. Of dat echter een bijdrage is aan de verheldering van die problemen is de vraag.

Misschien waren andere personen eigenlijk meer aangewezen om eens tijdelijk van het toneel te verdwijnen.

Misschien lagen andere oplossingen meer voor de hand, maar lagen ze buiten de mogelijkheden of het denkkader van deze hulpverlening.

In ieder geval is het noodzaak, te pogen de noodsituatie ter plaatse te ontwarren. Dat staat niet los van leefsituatie en sociaal-economische omstandigheden.

Waarom zijn wij zo huiverig voor dwangopnames? Omdat in de huidige situatie bij dwangopname alle negatieve kanten van psychiatrie, medische macht, totalitaire inrichtingen samen lijken te komen tegenover een individu, die in opperste staat van ontredde, afhankelijkheid en machteloosheid is, ook al lijkt zijn gedrag soms het tegendeel te bewijzen. Bij dit laatste kan worden gedacht aan SGA-patiënten.

Dit wordt vervolgens juridisch gesanctioneerd vanuit de achtergrond dat de psychiatrie het beste voor heeft met de patiënt en als enige tot oordelen bevoegd is. De patiënt is immers niet tot oordelen in staat, want onder invloed van een ernstige stoornis? En dat alles ter bescherming van de samenleving! Psychiatrie als beheersinstrument van de bestaande politieke en economische machtsverhoudingen.

De psychiater heeft de bevoegdheid te bepalen wie deviant is en wie niet, wie opgeborgen moet worden en wie niet, wie lastig is en wie niet. En de inrichting is vervolgens de plek waar mensen aan die normen aangepast leren leven.

Voor wie dit als ideologisch gebral in de oren klinkt, wil ik een paar voorbeelden geven. Gedurende verschillende perioden zijn homoseksuelen gedwongen opgenomen om 'behandeld' te worden met alle gevolgen vandien voor hun persoonlijkheid. Oscar Wilde heeft daarover aangrijpend geschreven. Tot op heden worden met name gehuwde vrouwen in inrichtingen 'geconditioneerd' om tevreden als huisvrouw te kunnen functioneren en andere lichten, die zij eventueel hebben, onder de korenmaat te zetten. Ik wil vervolgens citeren uit een autobiografisch getint verhaal van Charlotte Perkins uit de VS. Het verhaal is bijna even oud als de Krankzinnigenwet maar nog even actueel als de Krankzinnigenwet geldig is.

'Als een dokter met een goede naam'...' vrienden en familieleden verzekert dat er echt niets aan de hand is met je dan een tijdelijke nerveuze depressie – een enigszins hysterische aanleg – wat kun je dan

doen?'...' Ik neem dus fosfaten en fosfieten in, hoe ze ook heten, en tonicums, ik maak reizen, krijg frisse lucht en lichaamsbeweging en het is me absoluut verboden te werken tot het weer goed met me gaat. Persoonlijk ben ik het niet eens met hun ideeën.

Persoonlijk geloof ik dat prettig werk, opwindend en afwisselend, me goed zou doen. Maar wat moet je doen? Huns ondanks heb ik een tijdje geschreven; maar het put mij echt nogal uit, omdat ik er zo stiekem over moet doen of anders hevige tegenwerking krijg. Soms stel ik me wel eens voor dat ik in mijn toestand als ik minder tegenwerking had en meer mensen om mij heen en meer stimulans ... maar de dokter zegt dat het slechtste wat ik kan doen, nadenken over mijn toestand is, en ik moet bekennen dat ik me er altijd erg naar van ga voelen.'

Tot zover 'het gele behang'. In de nadere memorie is aangegeven aan wat voor patiënten de Minister denkt als hij het over 'dwangbehandeling' heeft. Wij zijn daar nogal van geschrokken. Bij veel van de genoemde categorieën stoornissen – ik doel dan met name op zwakzinnigen, demente bejaarden en verslaafden – lijkt ons dwangopname eerder een paardemiddel. In dit soort gevallen is ambulante zorg, in combinatie met kortstondige vrijwillige opname een begaanbare weg die verder maatschappelijk isolement voorkomt en deze mensen in staat zou stellen, nog een zekere levensvreugde te genieten.

Wij willen in elk geval waarschuwen voor een gevaarlijk automatisme dat uit de benadering in de memorie spreekt, namelijk het kiezen voor de gemakkelijkste weg, waardoor dwangbehandeling tot in lengte van dagen een normaal gebeuren zal blijven. In dat licht bezien is de BOPZ, zoals die er nu ligt, een indicatie voor de onmacht om menselijke problemen anders op te lossen, voor de stand van zaken in de geestelijke gezondheidszorg en voor ons denken over wat afwijkend is en hoe wij daarmee omgaan.

Er bestaat nog steeds een vrijwel onbeperkt vertrouwen in de medische wetenschap en vooral in de psychiatrie, waarbij er volstrekt aan voorbij wordt gegaan hoe subjectief die psychiatrische oordelen zijn. Pas de laatste tijd treedt enige verschuiving op. De invloed van patiëntenbewegingen, de anti-psychiatrie en de stroom van publicaties over misbruik van de psychiatrie relativeren de onaantastbare positie van de psychiatrie. De

## Eshuis

rechten van de patiënt krijgen serieuze aandacht. In het gezondheidsrecht is gelukkig een ontwikkeling gaande, waarbij de rechter niet meer automatisch afgaat op het oordeel van de psychiater, maar zelf de patiënt hoort en zo tot een oordeel komt.

In het wetsontwerp worden gelukkig enige voorzichtige stappen gezet om de positie van de patiënt te versterken en de eigen verantwoordelijkheid van de rechter te erkennen. Die stappen zijn nog te beperkt en ze worden tegelijk ontkracht door artikelen – zoals artikel 37, lid 5 en artikel 38 – waarin de hulpverlening weer macht krijgt, maar zonder verantwoordingsplicht. Sneller, resoluter en consequenter moeten de rechten van de patiënt worden vastgelegd om misbruik te voorkomen. Daartoe hebben mevrouw Van Es en ik enkele wijzigingsvoorstellen ingediend.

Wij beogen daarbij een tweeledig doel. Ook de heer Dees heeft zich op dit terrein bewogen. Het is de bedoeling om een rechterlijke toetsing of de maatregel die genomen wordt wel noodzakelijk is verplicht te stellen, zowel bij de opname als bij de behandeling, of de voortzetting daarvan en bij omzetting van vrijwillig in onvrijwillig verblijf.

Anderzijds is het de bedoeling, de patiënt in staat te stellen, vanaf het begin van de procedure door een advocaat terzijde te laten staan. Bij zo'n ernstige ingreep is een minimale rechtshulp vanzelfsprekend een voorwaarde. Het is niet onze bedoeling om de deskundige macht van een psychiater te vervangen door een andere deskundige macht, namelijk die van de rechter of advocaat.

Het gaat er principieel om dat de patiënt een mens is die in staat is, te oordelen over zijn eigen belangen en zijn wil te uiten. Wij erkennen tegelijk dat de psychiatrie nog lang niet altijd de meest voor de hand liggende weg is, met name als maatschappelijke oorzaken of intolerantie ten aanzien van afwijkend gedrag de wortel van de problemen zijn.

Een ander punt is de positie van de familie. In artikel 3 wordt de familie tot de derde graad....

De heer **Leerling** (RPF): Mag ik uit uw betoog concluderen dat u elke vorm van gedwongen opname uit de wet wilt bannen?

Mevrouw **Eshuis** (CPN): Dat heb ik niet gezegd. Ik vind alleen dat veel te weinig garanties zijn ingebouwd om

wat in mijn ogen onnodige opnamen zijn, te voorkomen. Ik kan mij voorstellen – maar ik zeg dit met grote twijfel – dat zich bepaalde medische situaties voordoen. In de artsencode staat dat, wanneer van werkelijk levensbedreigend gevaar sprake is, een arts gemachtigd is tot ingrijpen. Daarvoor is de Wet BOPZ niet nodig. De wet is, zoals zij er nu ligt, een voorbeeld van de stand van zaken van een discussie en een indicatie van wat er ontbreekt. Ik vind dat wij uiteindelijk naar een situatie moeten waarin gedwongen opname niet nodig is.

De heer **Leerling** (RPF): U wilt dan toch de ruimte laten voor gedwongen opname in bijzondere noodsituaties. Toen ik, heel lang geleden, in militaire dienst was, heb ik het meegemaakt dat iemand in een hysterische toestand geraakte. Op dat moment was er maar één mogelijkheid: de dwangbuis. Anders zou dit tot grote schade hebben geleid van de omgeving, zowel materieel als personeel. Ik geloof dat het volstrekt ondenkbaar is – hoe vervelend en hoe naar dit ook is – dat je elke dwangopname bij voorbaat uitsluit. Ik wilde dat graag van u horen en ik heb begrepen dat u die mogelijkheid in elk geval wil laten bestaan.

Mevrouw **Eshuis** (CPN): Ik vind dit een heel slecht voorbeeld. Ik vind het gebruik van dwangbuizen een slechte zaak. Wanneer iemand 'door de rooie ging' dan was – het systeem daar ter plekke kennelijk niet voldoende om die persoon – waarover de heer Leerling sprak – op te vangen. Het gebruik van een dwangbuis is een mogelijkheid, maar als er voldoende personeel was geweest, dan hadden bij voorbeeld drie mensen deze persoon een poos letterlijk stevig bij de hand kunnen houden. Dat lijkt mij heel wat menselijker dan volslagen te worden verlamd. Ik denk dat de schade van dit soort behandelingen zwaar onderschat wordt.

De heer **Leerling** (RPF): Ik weet niet hoe deskundig u op dit terrein bent, ik ben het niet, ik ben een volslagen leek. Ik heb dit voorval zelf waargenomen en ik was toen verbijsterd over de kracht die in een mens zit. Die kracht moest op een gegeven ogenblik bedwongen worden, ter wille van persoon zelf en ten opzichte van de omgeving. Ik denk daarom dat het irreal is om te zeggen dat elke vorm van dwang uitgesloten moet worden. Ik denk dat u dan de zaak te idealistisch voorstelt. Nogmaals, ik concludeer uit uw woorden....

Mevrouw **Eshuis** (CPN): Dat mag u niet concluderen....

De heer **Leerling** (RPF): ...dat u die dwang wilt handhaven.

Mevrouw **Eshuis** (CPN): Ik kan mij heel andere, maar dan puur fysiologische situaties voorstellen. De heer Mik heeft met mij gesproken over gevallen van hersentumoren, enzovoorts. Ik wil daarover nu niet spreken, maar ik vind een dwangbuis verwerpelijk. Wanneer er voldoende mensen aanwezig zijn, dan moet er een alternatief voor zijn.

Ik sprak over de positie van de familie, waarover de heer Leerling ongetwijfeld ook zijn ideeën heeft.

De heer **Leerling** (RPF): Ik luister graag.

Mevrouw **Eshuis** (CPN): In artikel 3 wordt de familie tot de derde graad bevoegd verklaard tot het indienen van een machtiging. Wij vinden dat een slechte zaak. Steeds meer mensen leven buiten gezinsverband en het is twijfelachtig of de familie dan het meest tot oordelen in staat is. Als wij tevens Freud volgen is het gros van de psychische problemen te herleiden tot vroegere ervaringen met ouders, broers of zusters. Ook houdt in vele gevallen actuele problematiek verband met familieleden.

Al die zaken te zamen maken familieleden twijfelachtige belangenhartigers van de patiënt. Wij zien in elk geval geen reden om familiebetrekkingen in de plaats te stellen van de rechterlijke toetsing die in het hele wetsontwerp verder zo'n belangrijke plaats inneemt.

Daarom willen mevrouw Van Es en ik artikel 5, lid 1, graag zo amenderen dat toetsing door de rechter, ook bij verzoeken van de zijde van de familie, gehandhaafd wordt. Tot welke resultaten dit kan leiden moge blijken uit de Rotterdamse ervaringen. Na invoering van deze regeling bleek een aanzienlijke vermindering van het aantal dwangopnames.

Ook hebben wij ons gestoerd aan de centrale rol van de familie bij de verdere procedure. Er blijven vaak situaties waarin de patiënt weinig vertrouwen heeft in de naaste familie, maar wel in anderen. Dat zijn dan bijvoorbeeld vrienden of vriendinnen die als zodanig gedurende de procedure en behandeling als steun en vertrouwenspersoon een heel positieve rol vervullen. Daarom stellen wij voor, naast familie, de door de betrokkene persoonlijk gemachtigde op te nemen in een aantal artikelen.

## Eshuis

Een essentiële verbetering in het wetsontwerp is de rol van de raadsman gedurende de gehele procedure. Ook zijn wij verheugd dat nu verplicht wordt gesteld, dat de patiënt tijdens de machtiging gehoord wordt. Dit is echter niet consequent uitgewerkt.

In deze gedachtengang is niet geregeld wanneer de betrokkene gehoord moet worden tijdens de procedure. Wij achten het van groot belang dat dit direct vanaf de start van de procedure het geval is en dat de patiënt zich bovendien met behulp van advocaten vanaf het begin tegen de ingebrachte beschuldiging kan verweren.

Ernstig zijn de lacunes bij de spoedopname. Gedurende de afgelopen jaren is de spoedopname de machtigingsprocedure steeds meer aan het verdringen. De verwachting is niet ongegrond dat die trend zich ook bij invoering van de BOPZ zal voortzetten. Echter, juist bij spoedopname is de rechtspositie van de patiënt erbarmelijk geregeld. Dat is de achilleshiel van het wetsontwerp. In deze procedure wordt de betrokkene niet gehoord.

De toevoeging van een raadsman is niet geregeld, evenmin als er een recht op contra-expertise bestaat. Wij vinden dit een onbegrijpelijke lacune, evenals het feit dat de spoedopname niet door de onafhankelijke rechter maar door de officier van justitie wordt getoetst. Spoedopname zou dezelfde rechtswaarborgen dienen te hebben als de machtigingsprocedure.

Om een zorgvuldige toetsing door de rechter met de daarbij behorende procedurele waarborgen te realiseren, hebben wij gemeend de wettekst zo te moeten amenderen dat de duur van de spoedopname beperkt wordt tot 10 dagen. Hetzelfde geldt wat ons betreft ook bij omzetting van vrijwillig in onvrijwillig verblijf.

Wat die omzetting betreft hebben wij grote bezwaren tegen de gehele procedure. Wij hebben vooral bezwaren tegen de rol die de geneesheer-directeur hierbij speelt en het feit dat de patiënt hierin niet gehoord behoeft te worden. In feite kan er een ongemerkte omzetting plaatsvinden. Vrijwilligheid gaat zonder dat de patiënt het weet over in een onvrijwillige opname. Het lijkt mij niet bevorderlijk voor een behandeling als dit het geval is, als zoiets in feite voortdurend boven de markt hangt. Ook hier wordt de familie in een oneigenlijke positie geplaatst als een instrument van de geneesheer-directeur om de vrijwillig

opgenomen tot onvrijwillige opname te dwingen.

Ten aanzien van de machtiging tot voortgezet verblijf is bij ons enige twijfel ontstaan over de gewijzigde formulering van het gevaarscriterium dat bij de verlengingsprocedure geldt. Het kan niet de bedoeling zijn de continuering van vrijwillig verblijf te vergemakkelijken. Integendeel.

Voortzetting van onvrijwillig verblijf zou eigenlijk alleen op heel zware gronden moeten plaatsvinden. Er mag op geen enkele manier een automatische procedure met minimale rechterlijke bemoeienis uit de bus rollen. Juist tijdens de verlengingsprocedure kan gekeken worden hoe het behandelingsplan is toegepast en hoe is omgesprongen met de rechten van de patiënt. Aan de hand hiervan zou tot verlenging of ontslag en verdere begeleiding via ambulante zorg besloten kunnen worden.

De heer Laurs, reeds vele malen geciteerd vandaag, heeft de vinger op de zere plek gelegd door erop te wijzen dat het ongewenst is als de rechter met minimale beschikkingen recht gaat doen. Terecht constateert hij dat het niet de patiënt, maar de overheid is die verplicht is, de vrijheidsbeneming te legitimeren.

Dan maak ik nog een opmerking over het voorwaardelijk ontslag. Dat hele begrip moet naar onze mening worden geschrapt. Je wordt ontslagen of je wordt niet ontslagen; voorwaardelijk gevaar of een voorwaardelijke stoornis bestaat naar ons idee niet. Het begrip 'voorwaardelijk ontslag' zou daarom ook niet moeten worden gehanteerd.

Hier en daar wordt een onderscheid gemaakt tussen dwangopname en dwangbehandeling. Dat onderscheid is wat ons betreft kunstmatig. Wie het een doet, ontkomt niet aan het ander. Dit is eigenlijk het paradoxale van het wetsontwerp. Het systeem, het netwerk waarin de patiënt tot voor kort leefde, schiet te kort; het heeft te weinig mogelijkheden om de betrokkene uit zijn problemen te helpen, het gevaar af te wenden en de situatie te herstellen.

Daarom wordt een ander systeem ingeschakeld, namelijk de deskundige hulpverlening, dat wél die mogelijkheid zou moeten hebben. Ook dit systeem schiet echter te kort. Dat blijkt, want dwang is nodig. De kans op bereidheid tot het aangaan van therapie, dus behandeling, lijkt mij daarna niet groot.

Het gevolg is een onhoudbare toestand; dwangbehandeling of

dwangmedicatie zal volgen. Er is sprake van een escalatie van dwangmiddelen, waarbij de wil van de patiënt steeds verder wordt uitgeschakeld. Daarmee wordt naar onze mening ook de mogelijkheid tot genezing uitgeschakeld. Isoleren, plat spuiten, dwangbuis, elektroshock en kunstmatige voeding; al deze afschuwelijke dingen behoren hiermee tot de mogelijkheden, want dat zit onontkoombaar ingebakken in het systeem.

In artikel 37 wordt weliswaar een behandelingsplan gevraagd, maar er worden geen criteria gesteld waaraan dat plan moet voldoen. Bij het ontbreken van medewerking van de patiënt wordt het ook zinloos. Toch menen wij, gezien de praktijk dat behandelplannen niet méér blijken te zijn dan wat huisregels die een medisch etiket krijgen en eigenlijk een beperking van de rechten van de patiënt betekenen, dat hiervoor nadere criteria zouden moeten worden opgesteld.

Ik heb begrepen dat dit bij algemene maatregel van bestuur ook zal gebeuren. Het lijkt mij echter noodzakelijk dat deze ook aan de Kamer wordt voorgelegd. Met alle respect voor de psychiatrie en de medische stand herinner ik er toch aan dat het subjectieve beoordelingen blijven, waarbij de oordelaars zich door hun beroepsgeheim aan controle onttrekken, terwijl zij vergaande bevoegdheden hebben.

Met alle vragen die er over dit wetsontwerp leven, en met alle goede hoop die wij ondanks de stapel amendementen nog hebben op de uitkomst van het wetsontwerp, zijn wij van mening dat dit wetsontwerp een beperkte tijdsduur moet hebben. Zeker gezien de ontwikkelingen in de ambulante zorg zou gezien moeten worden hoe de wet en vooral de termijnen die daarin worden genoemd, functioneren en wat voor verandering vatbaar is. Wat ons betreft zou de wet dus zo snel mogelijk in de Kamer terug moeten komen.

Gedurende het in werking zijn van de wet zou zij uitvoerig begeleid moeten worden. Naar ons idee moet er een commissie van onafhankelijke deskundigen worden ingesteld, die deze wet van het begin af aan toetst. Gezien de grote inbreuk op persoonlijke vrijheden is een zorgvuldige evaluatie nodig. Graag horen wij van de Minister of er plannen zijn in die richting.

De BOPZ is niet ideaal, maar de Krankzinnigenwet nog minder. Bij de



## Eshuis

verdere behandeling van de BOPZ zal blijken hoe bruikbaar de wet straks wordt, dus of het een verbetering wordt – met de amendementen die nu zijn ingediend – of dat het huil met de pet blijft. Ik neem aan dat uit mijn verhaal duidelijk is geworden hoe wij denken over dwangopname.

Het meeste zwarte voorbeeld dat ik ken van misbruik van dwangopname, lijkt mij de positie die psychiatrische inrichtingen in de Sovjet-Unie innemen.

Dat lijkt heel ver weg – voor mijn partij is het soms niet zo ver weg, helaas, maar dat is wat anders. Dit wil niet zeggen, dat in andere landen geen misbruik van psychiatrie plaatsvindt, ook in de Nederlandse situatie, zij het misschien op een andere manier en op een andere schaal.

Ik zou nogmaals willen herinneren – door de psychiatrische stand gebeurt dit te weinig – aan de schade die opname sec betekent, aan het gevaar van een inrichting: een totalitair systeem is beschadigend. Gesloten denksystemen zijn slecht voor individuen: wie zich verzet, wie er niet in past, wordt steeds zieker. Goede bedoelingen misschien van de behandelaar, maar zonder controle.

De leden van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid en wellicht ook de overige Kamerleden hebben in de vakantie een boek toegestuurd gekregen, getiteld 'Linda', het verhaal van iemand die van instelling naar instelling ging en er alleen maar beroerder op leek te worden: zij werd in de ene instelling al weer rijp voor de andere gemaakt. Preventie zou dus veel meer aandacht moeten krijgen.

Ik hoop echter dat bij de verdere behandeling van de BOPZ het evenwicht tussen de rechten en de belangen van het individu enerzijds en de bescherming of de vrijwaring van de samenleving anderzijds aandacht krijgt en dat de balans wat zal omslaan ten gunste van het individu.



De heer **Van Dis** (SGP): Mijnheer de Voorzitter! Niet altijd betekent vertraging dat men moet spreken van verloren tijd, in de zin dat men gunstige gelegenheden moest laten passeren of – misschien erger nog – dat kwade kansen juist zijn gerealiseerd. Soms moet men achteraf vaststellen dat men niet al te voortvarend is geweest. Het gezegde waarin de woorden 'haastige spoed' voorkomen, wil ik wegens mindere gepastheid hier echter niet bezigen.

Als er ooit gesproken kan worden van een vruchtbaar overleg tussen Regering en Staten-Generaal, dan zeker in dit geval. De ontwikkeling welke het wetsontwerp heeft doorgemaakt, spreekt duidelijke taal. Overigens geldt uiteraard ook, dat naarmate een wetgevingsproces meer tijd vraagt, er meer invloeden – ook van buitenaf – in dat proces naar voren komen en zo weer oorzaak zijn dat dit verdragingsproces wordt gecontinueerd of zelfs versneld. Wat dit wetsontwerp betreft, geldt dat zeker voor de invloed van de patiëntenrechtbeweging.

Maar ook andere ontwikkelingen zijn naar alle waarschijnlijkheid – zonder dat zulks met zoveel woorden wordt toegegeven – van invloed geweest. Zo kunnen wij ons niet aan de indruk onttrekken, dat het wetsontwerp ook gezien moet worden in het licht van de verminderde aanvaarding van en het verminderde vertrouwen in de medische ethiek. De bestaande Krankzinnigenwet daarentegen sloot destijds toch vrij sterk aan bij een min of meer blindelings vertrouwen in het doen en laten van de medici.

Een andere invloed die op het ontworpen voorstel heeft ingewerkt, is, naar ons inzicht, het veranderende normbesef, met name wat betreft het antwoord dat moet worden gegeven op de vrij fundamentele vraag: Wat is normaal en wat is normaal gedrag van mensen? Wij kunnen wel vaststellen dat, algemeen gesproken, de maatschappelijke tolerantie ten opzichte van afwijkend gedrag is toegenomen.

In elk geval wordt dit door numeriek belangrijke groeperingen in ons volk bepleit, óók bij voorbeeld wanneer het gaat om crimineel gedrag. Van onze kant kunnen wij toch niet nalaten te waarschuwen voor het klakkeloos volgen door de overheid van het normbesef dat uit de natuurlijke mens opkomt. Dit kan en mag niet zonder meer richtinggevend zijn.

Een laatste ontwikkeling welke wij menen te signaleren, is die van de steeds verder toenemende drang naar vrijheid en zelfbeschikking van de mens. Vanuit deze achtergrond kan men geluiden horen, in het bijzonder ook met betrekking tot de materie van dit wetsontwerp, dat dwang ten enen male onaanvaardbaar is en dat hulpverlening en dwang elkaar uitsluiten.

Vanuit deze optiek is en wordt nog steeds radicale kritiek op het reeds ingrijpend gewijzigde wetsontwerp uitgeoefend. Tot onze voldoening

hebben wij vast mogen stellen, dat de Regering ondanks de gebleken bereidheid om aan kritiek tegemoet te komen, kritiek van de hier bedoelde strekking niet heeft overgenomen. Mijn fractie is de mening toegedaan dat het ontwerp, zeer globaal genomen, een duidelijke verbetering genoemd mag worden in vergelijking met de bestaande wetgeving.

Een nog verdergaande aanpassing van het ontwerp in de richting van meer extreme standpunten achten wij niet wenselijk, noch met het oog op de hulpverleners, noch met het oog op de patiënten zelf. In totaal genomen, menen wij dat een aanvaardbaar evenwicht is gevonden tussen de diverse belangen: bescherming van de openbare orde, het geven van bevoegdheden aan medici en het toekennen van zekere grondrechten aan de patiënten.

Ook al kan men een – na langdurig en intensief beraad bereikt – compromis, in grote lijnen – dus wat de hoofdzaken aangaat – accepteren, het zal duidelijk zijn dat men daarmee nog niet ieder onderdeel voor zijn rekening neemt. Verbeteringen binnen het kader van het compromis zijn soms zeker mogelijk en ook wenselijk.

Eén belangrijk uitgangspunt staat ons daarbij voor ogen, namelijk dat het ultimatum-remediumkarakter van de dwangopneming behouden blijft. Het wetsontwerp mag er enerzijds geen oorzaak van zijn dat de bereidheid om zich vrijwillig te laten behandelen afneemt en anderzijds mag inadequate hulpverlening niet worden opgevangen met meer dwang. Wij signaleren met voldoening dat het percentage dwangopnemingen, voor zover cijfers ons daaromtrent informeren, afneemt en het percentage vrijwillige opnemingen toeneemt, terwijl er tevens een ontwikkeling ten gunste van een kortere verblijfsduur valt waar te nemen.

Wij mogen hieruit toch opmaken dat dit niet wijst op een 'behandel-drang' bij de instellingen en daarin werkzame hulpverleners? Wij kunnen echter allen weten, dat ziekte voor een mens een stuk extra afhankelijkheid van zijn medemensen veroorzaakt. Daardoor ontstaat een, grotere dan normale, ongelijkheid en een verhoogde kwetsbaarheid van de patiënt. Het gevaar ligt voor zondige en gebrekkige mensen op de loer dat hulpverlening onttaardt in onaanvaardbare manipulatie en machtsmisbruik.

De wetgever heeft dan ook de dure plicht, tegen de mogelijkheid van misbruik van macht te waken en deze

## Van Dis

kwade kans zo mogelijk te keren. Wij zien daarbij niet voorbij aan het ook door de Regering onderkende belang van de mentaliteit van behandelaars en andere hulpverleners en van de ziekenhuisbesturen. Dit punt is en zal altijd, bij welke wetgeving ook, het kernpunt blijven.

Mijnheer de Voorzitter! Als wij dan nu enige aandacht vragen voor meer kritisch geuite overwegingen bij dit wetsontwerp, staan wij allereerst stil bij enkele fundamentele voorwaarden voor gedwongen opname in psychiatrische inrichtingen. Wij doelen nu niet op de criteria voor gedwongen opname van een individuele patiënt – daarover wil ik straks wat meer zeggen – maar op meer algemene voorwaarden. Kan de Staatssecretaris zich vinden in deze twee voorwaarden voor gedwongen opname:

1. dat er voldoende alternatieve voorzieningen moeten bestaan en
2. dat er voldoende capaciteit, plaats, differentiatie naar soort enzovoorts, voor gedwongen plaatsingen dienen te zijn? Wat dit betreft stemmen enige passages in de nota naar aanleiding van het eindverslag ons enigszins kritisch. Voor een goed begrip wil ik eerst nog het volgende opmerken.

Wij realiseren ons terdege dat dit wetsontwerp geen voorzieningenontwerp is; het beoogt niet een regeling te geven van de kwaliteit, spreiding of structuur van het Nederlandse stelsel van geestelijke volksgezondheidsvoorzieningen in het algemeen.

Dit vooropgesteld, bevreedt het ons toch dat zo stellig in de nota naar aanleiding van het eindverslag de stelling bestreden wordt dat het ten principale onjuist is, de mogelijkheid van dwangopname in het leven te roepen zonder anderzijds de 'volledige' garantie te geven dat verleende rechterlijke machtigingen ook kunnen worden uitgevoerd wat de opvang in ziekenhuizen betreft.

De Staatssecretaris zegt ook de noodzaak te onderkennen dat ziekenhuizen voldoende opnamemogelijkheden hebben. Wetsystematisch gezien heeft de Staatssecretaris natuurlijk gelijk, in die zin dat een rechterlijke machtiging geen opdracht is, noch aan hen die de machtiging verkrijgen, noch aan de ziekenhuizen. Het ontwerp kent immers geen verplichting tot het uitvoeren van dwang.

Als het uitvoeren van dwang echter mede wordt gelegitimeerd door een behandel aanbod – vrijheids-

beneming zonder dat tevens een behandeling wordt aangeboden, is niet toelaatbaar – worden er toch geen machtigingen afgegeven, als er niet op redelijk korte termijn opnamemogelijkheid bestaat. De Staatssecretaris zal toch wel toe willen geven dat hier sprake dient te zijn van afstemming van het aanbod op de vraag.

Ik zeg nog iets over de opname- en machtigingscriteria. Voorwaarden voor dwangopname zijn dat het een geestelijk gestoord mens betreft die gevaar oplevert voor zichzelf en/of anderen en die niet bereid is zich vrijwillig onder behandeling te stellen. Men mag toch stellen dat wie geen gevaar oplevert, niet voor gedwongen opname in aanmerking komt. Met andere woorden: het gevaarscriterium is dominant. Op zichzelf genomen heeft dit onze instemming. Het gevaarscriterium is echter sterk sociaal getint.

De vraag is nu of daarnaast niet een even sterk medisch criterium moet gelden, zeker nu binnen de inrichting de behandelingsdoelstelling dominant is geworden. Enigszins gechargeerd uitgedrukt: de psychiater is er om het individu te helpen, niet om de samenleving te helpen beschermen. De vraag is of sterke accentuering van het gevaarscriterium niet zal leiden tot verwaarlozing en veronachtzaming van geestelijk gestoorde patiënten.

Wij stellen deze vraag in het licht van hetgeen dokter Cohen Stuart in Medisch Contact heeft genoemd de fundamentele paradox: 'de tegenstrijdigheid dat de sterkst gestoorde mensen vaak het minste inzicht hebben in hun ziekzijn en daardoor de meeste weerstand tegen hun behandeling hebben, maar nochtans de meest intensieve behandeling nodig hebben om de weg naar een gezond bestaan te vinden.'

Geneeskundig hoofdinspecteur Van Borssum Waalkes houdt zelfs rekening met de kans dat allerlei ernstig gestoorde mensen die van opname zouden kunnen profiteren, dreigen te verkommeren. Schetsen wij de situatie juist als wij zeggen dat de Wet van 1884 primair gericht was op het belang van de patiënt en hem daarom het recht geeft om een behandeling te weigeren?

Centraal dient ons inziens te staan de zorg voor de patiënt, een ziek mens. In die situatie kan dwang om bestwil onvermijdelijk en noodzakelijk zijn. Ook dan blijft hij echter een persoon en wordt hij geen object. Om die reden achten wij het winst dat zijn rechtspositie geregeld wordt.

Sprekend over opnamecriteria merken wij op dat er volgens het ontwerp verband moet bestaan tussen de stoornis en het gevaar. Dit moet volgens de wet een causaal verband zijn. Het kan feitelijk echter ook om een coincidenteel verband gaan. Het onheil moet 'ernstig mogelijk' zijn. Dat wil zeggen: de feiten die zich voordoen, moeten alle grond vormen voor de ernstige vrees dat het onheil ook werkelijk wordt gerealiseerd.

De Staatssecretaris schrijft in de stukken dat de eis van waarschijnlijk onheil te ver gaat en dat het gevaar aantoonbaar moet zijn. Hoe het ook zijn, er is, als wij het goed lezen, toch altijd een factor van voorspelbaarheid in het geding. De vraag is nu wie hier bekwaam en competent is. Is dat de psychiater? Met zijn medische invalshoek zal hij in de context van de opnamecriteria toch al het gevoel krijgen dat hij moet doen wat zijn taak niet is, namelijk het beschermen van de samenleving, en dat hij niet mag doen wat wel tot zijn taak behoort, namelijk behandelen.

Als het de psychiater niet is die inzake het causaal verband van geestesziekte en gevaarlijkheid een gezaghebbend oordeel kan of wil geven, moet dan de rechter hierin beslissen? Maar kan hij dat? Is hij in staat om, zoals de wetgever blijkbaar van hem verwacht, zelfs de mate van causaal verband te bepalen? Natuurlijk zou hij de vuistregel 'zékerheid vóór alles' kunnen hanteren, maar dat is toch niet wat de wetgever en wij van hem verwachten?

Een ander vraagstuk dat zich in onze ogen bij het vooropstellen van het gevaarscriterium voordoet, is of niet gevreesd moet worden dat in de toekomst meer dan thans gebruik zal worden gemaakt van de spoedopname, omdat daarvoor niet meer dan een vermoeden van gevaar is vereist. Wijzen de cijfers niet thans reeds op een indrukwekkende toename van het percentage inbewaaringstellingen?

Bij het vraagstuk welke categorieën personen onder de wet kunnen vallen, schenken wij bijzondere aandacht aan hen die niet lijden aan een ziekelijke stoornis, maar aan een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens, namelijk de zwakzinnigen. De wetgever wil blijkbaar de zwakzinnigeninrichtingen en de verpleeghuizen aanmerken als psychiatrische inrichtingen in de zin van de wet.

Een opname met een rechterlijke machtiging van zwakzinnigen zal alleen kunnen en moeten geschieden

## Van Dis

als deze patiënten als gevolg van de gebrekkige ontwikkeling van hun geestvermogens gevaar veroorzaken. Zo'n situatie kan zich bij 'diepe' vormen van zwakzinnigheid voordoen.

Een andere voorwaarde voor het afgeven van een machtiging is de gebleken onbereidheid om zich vrijwillig te laten opnemen. Een groot aantal zwakzinnigen en psycho-geriatrische patiënten zal echter nooit blij kunnen geven van de nodige bereidheid om opgenomen te worden. Betekent dit nu, dat al deze patiënten met een rechterlijke machtiging moeten worden opgenomen? Is dat de bedoeling van de wetgever, of is het omgekeerde de bedoeling, namelijk dat de machtiging noodzakelijk is wanneer de desbetreffende patiënt aangeeft dat hij niet bereid is zich te laten opnemen?

In de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt, wanneer wordt stilgestaan bij het begrip 'bereidheid', opgemerkt dat de beoordeling van de bereidheid zal samenhangen met het oordeel over de vraag of de patiënt in staat moet worden geacht zijn wil te dien aanzien te kunnen bepalen. Is dat niet het geval of reageert de patiënt desgevraagd in het geheel niet, dan zal een rechterlijke beslissing moeten worden uitgelokt, aldus de nota. Ik vraag de Staatssecretaris of wij deze aanwijzing als een aanvaardbare oplossing mogen beschouwen.

Ten aanzien van de categorieën patiënten waarop de BOPZ betrekking heeft, maak ik nog een opmerking over de tbr-patiënten. De aanvankelijk bestaande koppeling tussen de BOPZ- en de tbr-regeling is losgelaten. Toch is in zeker opzicht de scheiding niet volstrekt. In de nadere memorie van antwoord schrijven beide bewindslieden dat de behandeling van tbr-gestelden enerzijds en van BOPZ-patiënten anderzijds niet zo *principieel verschillend is*, dat op grond daarvan het functioneren van twee geheel verschillende inrichtingen of ziekenhuizen noodzakelijk is.

In de praktijk en wat de bekostiging betreft, zijn beide soorten inrichtingen als een differentiatie binnen een categorie aan te merken. De differentiatie betreft de bijzondere voorzieningen voor de veiligheid. In de nadere memorie van antwoord staat: 'Wanneer daartegen geen bezwaar bestaat, kunnen terbeschikkinggestelden in andere psychiatrische ziekenhuizen dan tbr-inrichtingen worden opgenomen'.

Enerzijds zouden wij dit niet absoluut willen uitsluiten, maar anderzijds zouden wij toch willen waarschuwen tegen vermenging. Hoe subtiel het onderscheid ook mag zijn, er zijn accentverschillen. Een formeel onderscheid is natuurlijk of een strafbaar feit heeft plaatsgevonden. Bij de tbr-gestelden staat meer de bescherming van de maatschappij voorop, terwijl bij de BOPZ-patiënten ook de bescherming van de betrokkene voorop kan staan.

Daarbij dient dan te worden bedacht dat de tbr-patiënten worden opgenomen in het kader van de overheidstaak tot handhaving en bescherming van de samenleving, terwijl het bij de BOPZ-patiënten eerder gaat om de betrokkene zelf, als wij goed taxeren. In dit opzicht willen wij ons gaarne aansluiten bij hetgeen de heer Schutte op dit punt naar voren heeft gebracht.

Ik kom tot de beschouwingen over het begrip 'stoornis' in de nadere memorie van antwoord. Daarin wordt gesteld: 'Onder geestvermogens moeten naar de bedoeling van het ontwerp worden verstaan de vermogens tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. Deze vermogens worden bepaald en beïnvloed door biologische en sociale factoren'.

Wij menen een ons inziens belangrijke aanvulling op de genoemde factoren te moeten geven. Het mensbeeld dat in deze zinnen wordt getekend, abstraheert volkomen van de religieuze dimensie in het menselijk bestaan, welke toch voor tallozen een integrale factor is. Het is dringend gewenst, dat men in de psychiatrie de plaats aan deze factor toekent die deze in veler levens inneemt en dat men daarmee ook op gepaste wijze en in positieve zin weet om te gaan. Deze opmerking raakt natuurlijk primair de behandelaars en andere hulpverleners, maar zij is toch ook van belang voor de Staatssecretaris wat de planning van voorzieningen betreft.

Een aspect van het ontwerp dat onze speciale aandacht heeft getrokken, is de positie van de naastbestaanden van de patiënt. Over het geheel genomen, zijn wij niet ontevreden over de regeling. In het ontwerp is enerzijds gepoogd, aan de positie van de echtgenoot en de familie recht te doen door hun de mogelijkheid te geven, te trachten aan een onhoudbare situatie, in hun midden ontstaan door een geesteszieke patiënt die gevaar veroorzaakt, door een gedwongen opname een einde te maken.

Anderzijds is het ontwerp erop gericht, zoveel mogelijk waarborgen te scheppen tegen te gemakkelijk afschuiven door de omgeving van geesteszieke of labiele mensen naar het ziekenhuissysteem. De wetgever zal met beide kanten van de zaak rekening moeten houden. Wij hopen dat het ook lukt om in de praktijk op een evenwichtige wijze uitvoering aan deze doelstelling te geven.

Het zal de bewindslieden echter niet verwonderen dat het tweede lid van artikel 1, waarin de bevoegdheden van gehuwden en ongehuwd samenwonenden categorisch worden gelijkgeschakeld, ernstige bezwaren bij ons oproept. Ook al past dit onderdeel uit de wettelijke regeling in het totale regeringsbeleid, dit kan ons niet verhinderen om op dit punt van onze afkeuring blij te geven.

Een laatste punt inzake de postitie van de naastbestaanden betreft de regeling van artikel 37. Over het geheel genomen, lijken de getroffen wettelijke voorzieningen aangaande het verschaffen van inlichtingen aan de echtgenoot en de familie bevredigend. Blijkens de toelichting op artikel 37 in de nota naar aanleiding van het eindverslag willen de bewindslieden er niet van weten, het ziekenhuis te verplichten het met de patiënt overeengekomen behandelingsplan uit eigen beweging direct mee te delen aan anderen, waaronder begrepen de echtgenoot en de naaste familiebetrekkings.

De bewindslieden beroepen zich daartoe op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Ik moet echter zeggen dat dit argument mijn fractie niet heeft overtuigd. Zeker in de verhouding van echtgenoten of ouders-kinderen vinden wij dit argument niet van voldoende gewicht. Willen de bewindslieden nog eens hun gedachten laten gaan over dit eerder ingenomen standpunt?

Met betrekking tot de procedure bij het verlenen van de rechterlijke machtiging zouden wij even willen stilstaan bij de officier van justitie, die daarin een centrale rol speelt. Op grond van artikel 6 is de officier vrij in het gestalte geven aan zijn toezichhoudende taak. Maar wat voor controle vindt er plaats op het vorderingsbeleid van de officier van justitie? Gaat het openbaar ministerie ook op dit punt met richtlijnen werken? Bovendien is de vraag of er geen toetsing van zijn vorderingsbeleid zou moeten plaatsvinden via een analoge regeling als op het terrein van de strafvordering van kracht is. Ik verwijs naar artikel 12 van het Wetboek van Strafvordering.



## Van Dis

Ondanks aandrang van bepaalde zijde uit de Kamer hebben de bewindslieden gemeend geen gevolg te moeten geven aan het voorstel om in artikel 16 de burgemeester van de plaats van vestiging van het ziekenhuis te vervangen door de burgemeester van de oorspronkelijke woonplaats van de betrokken patiënt in de situatie dat hij vrijwillig is opgenomen en het ziekenhuis wil verlaten, ofschoon hij naar het oordeel van de geneesheer-directeur onmiddellijk dreigend gevaar veroorzaakt.

Misschien ligt het voor de hand om hier te denken aan de burgemeester van de gemeente waar de patiënt zich feitelijk bevindt. De vraag is natuurlijk, in hoeverre de veronderstelling juist is dat de patiënt in die gemeente gevaar zal veroorzaken. Voor de burgemeester van de oorspronkelijke woonplaats zou ook pleiten de verplichting om de huisgenoten te horen en contact met de huisarts te hebben. Zij zullen zich in of bij de woonplaats van die patiënt bevinden.

Het wetsontwerp regelt de mogelijkheid van gedwongen voortzetting van een vrijwillige opneming (paragraaf 2 van hoofdstuk II van de wet). Een bepaalde passage in de nota naar aanleiding van het eindverslag heeft bij onze fractie een vraag opgeroepen. De gedachte dat de mogelijkheid, neergelegd in paragraaf 2 van hoofdstuk II, een verhoogd risico van een gedwongen verblijf voor aldaar verblijvende vrijwillige patiënten inhoudt, weerleggen de bewindslieden met de opmerking dat ook de extramurale hulpverlener, vanuit de wens om zijn patiënt wat het ook kost te helpen, stappen kan ondernemen om tot gedwongen verpleging te geraken.

Deze redenering is ons niet duidelijk. Er bestaat toch een niet te verwaarlozen verschil tussen de positie van een intramurale hulpverlener en die van een extramurale? Kunnen de bewindslieden dit punt nader ophelderden?

Over het hoofdstuk van Patiëntenrechten willen wij thans niet uitvoerig zijn. Het onderhavige ontwerp betekent op zich zelf een belangrijke verbetering vergeleken bij de vigerende Krankzinnigenwet. Mogelijk zal het nodige van de regeling herzien moeten worden wanneer wij ons aan de hand van een algemeen ontwerp betreffende het patiëntenrecht voor psychiatrische patiënten over een totaalregeling moeten buigen. Wij zullen de ervaring die met dit ontwerp zal worden opgedaan dan ook goed kunnen gebruiken.

Intussen willen wij niet verhehlen dat een gedetailleerde en stringente regeling als de onderhavige in de praktijk wel eens op sommige punten een blokkade zou kunnen blijken te zijn voor een uitvoering die overeenstemt met de geest en de bedoeling van de wet. Het luistert zeer nauw in relaties waarin mensen op elkaar zijn aangewezen. De mentaliteit waarover wij eerder in onze bijdrage aan dit debat hebben gesproken, moet gestimuleerd en gecultiveerd worden. Al te veel en te vergaande wettelijke eisen kunnen die broodnodige positieve mentaliteit misschien ook schaden.

Eén opmerking met betrekking tot artikel 35 mogen wij ons hier wel veroorloven. Het hoofdstuk waarvan dit artikel het eerste onderdeel vormt, draagt het opschrift: 'Rechten van onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten', maar in het derde lid van dit artikel is er sprake van een plicht, namelijk het zich laten welgevalen dat voorwerpen die gevaar voor de veiligheid kunnen opleveren, ontnomen worden. Vervolgens kent het vierde lid een recht op een bewijs van ontvangst toe. De vraag is of deze opzet wetstechnisch wel zo voor de hand ligt.

Artikel 39 wil huisregels niet aan overheidsgoedkeuring binden. Wij kunnen daar inkomen. In de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt echter meegedeeld dat de gedachten van de bewindslieden eerder uitgaan naar het stellen van minimum-eisen op bepaalde onderdelen. Vanwege het belang van huisregels voor de positie van de patiënt zouden wij willen vragen of de bewindslieden al overwogen hebben hoe zij nader vorm willen geven aan die gedachten.

Als laatste bijzondere punt willen wij nog de positie van de inspectie van de Volksgezondheid aansnijden. Volgens sommigen wordt deze steeds meer een instrument van het departement en functioneert zij onvoldoende als zelfstandig orgaan dat de kwaliteit van de gezondheidszorg beoordeelt. Wat is de reactie van de Staatssecretaris daarop? Is het niet wenselijk, gelet onder andere op dit wetsontwerp, dat de juridische invalshoek binnen de inspectie wordt versterkt?

Wij besluiten onze bijdrage met het uitspreken van de hartelijke wens dat dit wetsontwerp, eenmaal wet geworden, de zorg voor de geesteszieke medemens ten goede zal komen. Ook wetgeving kan ertoe bijdragen dat de naastenliefde in de samenleving gestalte krijgt.

□

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de Voorzitter! Dat de huidige Krankzinnigenwet wellicht nog net het jaar 1984 en daarmee haar eeuwfeest zal halen geeft weinig reden tot feestvreugde. Tijdens de afgelopen periode is meer dan eens komen vast te staan dat deze wet zich moeilijk laat verenigen met de elementaire rechten van de mens en met de grondbeginselen van de rechtsstaat. Meer dan eens ook waren er berichten over wantoestanden en excessen rondom de opneming en behandeling van patiënten, die als zodanig onaanvaardbaar waren, maar die bovendien het ontoereikend karakter van de Krankzinnigenwet bevestigden.

Veelal waren de reacties op die berichten en rapportages van de afgelopen honderd jaar stereotiep: De kranten stonden er vol van, kamerleden stelden vragen, ministers gelastten onderzoek en wijzigingen van de wet werden in het vooruitzicht gesteld. Voor het eerst vond die in ons parlementaire spel zo gebruikelijke cyclus plaats rond 1892. Vele herhalingen volgden, maar er veranderde doorgaans niets. Of, zoals mevrouw Van Eijk-Osterholt het in een indringend betoog tijdens de hoorzitting van de kamercommissie op 16 februari 1977 uitdrukte: 'Maar de wet van 1884 bleef bestaan; wantoestanden en onrecht duurden voort'.

Dat de Krankzinnigenwet volstrekt verouderd en aan een grondige herziening toe is, stond voor de fractie van de VVD al lange tijd vast. Dat nu pas, twaalf jaar na de indiening, dit wetsontwerp plenair in de Kamer wordt behandeld, is als zodanig te betreuren. Ter rechtvaardiging van die lange termijn kan gelden dat de problematiek van de gedwongen opneming en van de rechtspositie van de psychiatrische patiënten buitengewoon gecompliceerd is. Helaas geldt datzelfde ook voor de tekst van het wetsontwerp. Bovendien heeft die lange periode belangrijke winst opgeleverd voor het gehalte van het wetsontwerp. In procedurele zin heeft het wetsontwerp nog mee kunnen dobberen op de democratisering golf van het vorig decennium. Velen, en niet in de laatste plaats de cliëntenorganisaties, hebben langdurig en uitvoerig commentaar kunnen leveren. Het dossier van een kamerlid, dat alle stukken heeft bewaard, is al gauw één meter dik.

De commentaren van cliënten, hulpverleners en juristen zijn niet voor niets geweest. Zij hebben ertoe

## Dees

geleid dat het oorspronkelijk wetsontwerp ingrijpend is gewijzigd, dat ideeën voor verdere amendering zijn aangedragen en, bovendien, dat dit wetsontwerp niet als eindpunt van regelgeving kan worden gezien. De fractie van de VVD wenst in dit debat haar erkentelijkheid voor al die reacties nadrukkelijk uit te spreken. Zij getuigen van grote betrokkenheid. Zij hebben het fundamenteel denken bevorderd en zij hebben tot een beter wetsontwerp geleid.

In het nu volgend deel van mijn algemeen betoog wil ik enige uitgangspunten formuleren, die voor ons de aanleiding vormen om de Krankzinnigenwet als volstrekt verouderd te beschouwen, die het toetsingskader opleveren voor het wetsontwerp BOPZ en die richtinggevend kunnen zijn voor wetgeving en beleid in de toekomst.

In de eerste plaats gaat de VVD uit van het zelfbeschikkingsrecht van het individu, van het recht om zelf te kunnen beschikken over eigen lichaam en geest. De nieuwe bepalingen in de Grondwet over het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam en het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer zijn daarvan een uitvloeisel. Die rechten zijn ook voor psychiatrische patiënten van toepassing. Eventuele inbreuken daarop vereisen een uitermate zware rechtsgrond, alsmede een wettelijke basis en regeling. Bij de bespreking van de aanvaardbaarheid van dwangopneming en dwangbehandeling kom ik hierop terug.

In de tweede plaats is de grens tussen 'geestelijk ziek' en 'geestelijk gezond' niet te trekken. Er is veeleer sprake van een continuüm, van een glijdende schaal. De erkenning van dit gegeven stelt grenzen aan de wenselijkheid en de mogelijkheid om het begrip geestelijke stoornis of ziekte te hanteren in de wetgeving. Deviant gedrag of een geestelijke stoornis kan naar onze stellige overtuiging als zodanig nooit een reden zijn om elementaire mensenrechten met voeten te treden of om het individu ondergeschikt te maken aan een maatschappelijke orde.

Het misbruik van de psychiatrie in Rusland laat in ieder geval zien, hoe het niet moet. Bovendien betekent de aanwezigheid van een ernstige geestelijke stoornis of ziekte niet, dat elk vermogen tot een eigen oordeelsvorming of wilbepaling per definitie is komen te vervallen. Mondigheid moet worden verondersteld, zolang het

tegendeel niet is bewezen. Dat geldt ook voor de psychiatrische patiënt, die met dwang is opgenomen. Zoals het enkele feit van een geestelijke stoornis niet mag leiden tot gedwongen opneming, zo mag het enkele feit van een gedwongen opneming niet leiden tot verlies van andere elementaire rechten.

In de derde plaats kiest de VVD voor een patiëntenbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. Bevordering van mondigheid, participatie en het dragen van eigen verantwoordelijkheden, een positieve formulering van de rechten van de patiënt en een sterkere bescherming van die rechten naarmate de patiënt in een meer afhankelijke positie verkeert, zijn de hoekstenen van zo'n beleid.

In de vierde plaats geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg de herverkavelingsfilosofie uit het regeerakkoord. Verschuivingen van intramurale zorg naar semi-murale en extra-murale hulpverlening zijn nodig en gewenst. Niet alleen kan daarmee een kostbaar beslag op de beperkte financiële middelen worden voorkomen, maar het betekent vooral en bovendien dat patiënten niet onnodig of nodeloos lang in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen. Bovendien dient de last van een geestelijke stoornis of ziekte niet te snel en niet te automatisch te worden afgewenteld op professionele zorgsystemen, die tot te veel afhankelijkheid en uitholling van persoonlijke verantwoordelijkheden leiden. Korthedshalve verwijs ik hierbij naar het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid over de herwaardering van het welzijnsbeleid.

In de vijfde plaats moet worden beseft, dat elke therapie een vorm van individuele hulpverlening is, die zich niet in een bindend keurslijf laat leiden. Een adequate regeling van de rechtspositie van de patiënt is door onze fractie een en andermaal met kracht bepleit. Maar naar onze mening dient er wel voor te worden gewaakt, dat de individuele relatie tussen hulpverlener en patiënt zodanig wordt verjuridiseerd, dat in de praktijk niet meer te werken valt en dat onvoldoende ruimte bestaat voor het individuele maatwerk in de zorgverlening. Bij de bespreking van de regels over het behandelingsplan kom ik hierop terug.

De reikwijdte van het voorliggend wetsontwerp is beperkt. De voorgestelde regelgeving betreft met name de externe en interne rechtspositie van de patiënt, die met dwang is opgeno-

men. Tal van andere onderwerpen, die voor de psychiatrische patiënt van essentiële betekenis zijn, en die raakvlakken met dit wetsontwerp vertonen, behoeven nadere regeling, hetzij via beleid, hetzij via andere wetten. Zo wordt in de Nota naar aanleiding van het eindverslag erkend, dat er een relatie ligt tussen de werkingssfeer van dit wetsontwerp en de problematiek van de zelfdoding. Immers, gevaar voor zichzelf ten gevolge van een geestelijke stoornis kan een indicatie voor een gedwongen opneming zijn.

Wij delen de opvatting van de Regering, dat de problematiek van de zelfdoding niet in het kader van dit wetsontwerp kan worden opgelost. Het uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad en het nog uit te brengen advies van de Staatscommissie Euthanasie zullen de basis voor een nadere standpuntsbepaling moeten vormen. Wanneer kan het laatste advies worden verwacht? Is de Regering bereid toe te zeggen, hierop te zullen terugkomen? Ik doel daarbij met name op de relatie tussen de uitkomsten van het werk van de staatscommissie enerzijds en de wet BOPZ anderzijds.

De rechtspositie van de patiënt tijdens het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis wordt in dit wetsontwerp gebrekkig, beperkt en niet ten principale geregeld. De Regering geeft dit ook volmondig toe. Aangekondigd werd, dat op basis van de rapporten van de commissie-Van Dijk en de commissie-Leenen, die inmiddels zijn uitgebracht, een apart wetsontwerp tot regeling van de rechten van de psychiatrische patiënt zou worden ingediend. Die toezegging was vrij pertinent.

Tijdens de behandeling van de Nota Patiëntenbeleid op 29 maart 1982 liet de toenmalige minister, mevrouw Gardeniers, ons weten dat er nog geen letter op papier stond, maar dat het streven erop was gericht, nog in 1982 dat toegezegde wetsontwerp in te dienen. Kennelijk is dat niet gelukt. Vandaar onze vraag hoe thans de stand van zaken is.

Ter zake van het patiëntenrecht kiest onze fractie voor een meersporenbeleid. In het verleden hebben wij meer dan eens bepleit dat in afwachting van formele wetgeving het instrument van de erkenningseisen zou worden gehanteerd om het patiëntenbeleid beter gestalte te geven. Door amendering van de artikelen 4 en 5 van de Wet voorzieningen gezondheidszorg heeft de



## Dees

Kamer de noodzaak van zo'n meersporrenbeleid in feite nog eens onderstreept. Dit mag om twee redenen echter geen alibi zijn om het toegezegde wetsontwerp achterwege te laten.

In de eerste plaats stelt de Regering zelf dat het hierbij om zo'n gewichtige materie gaat, dat regelgeving bij formele wet – en dus niet bij algemeen maatregel van bestuur – met inschakeling van de volksvertegenwoordiging derhalve gewenst is.

In de tweede plaats delen wij de opvatting van de jurist Laurs, die ons een uitermate bruikbare en waardevolle voorpublicatie van zijn proefschrift over de Wet BOPZ deed toekomen, dat erkenningsnormen een beperkte betekenis hebben, omdat zij geen afdwingbare rechten aan patiënten toekennen, maar plichten aan ziekenhuizen opleggen, die in de praktijk ook nauwelijks afdwingbaar zijn omdat de sanctie – intrekking van de erkenning – nauwelijks hanteerbaar is. Zijn opmerking dat overigens deze normen in de praktijk slechts zeer ten dele worden nageleefd heeft ons onaangenaam verrast. Kan de bewindsman ons daarover informeren?

Tot de beleidsinstrumenten, die kunnen bijdragen tot een verbetering van de positie van de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis, behoren ons inziens met name de zogenaamde interinstitutionele toetsing en het instituut van de patiëntenvertrouwenspersoon. In hoeverre is de interinstitutionele toetsing, die in de Nota Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg van 28 mei 1980 werd aangekondigd als middel om de kwaliteit van de zorgverlening in de psychiatrische ziekenhuizen te toetsen en te verbeteren, thans ingevoerd?

De patiëntenvertrouwenspersoon functioneert thans in 8 van de 42 ziekenhuizen. Volgens onze informatie zijn de eerste ervaringen van dien aard, dat uitbreiding over alle ziekenhuizen uiteindelijk voor de hand zal liggen. Deelt de Staatssecretaris die opvatting en is hij bereid na te gaan op welke wijze de patiëntenvertrouwenspersoon te zijner tijd kan worden ingepast in bijvoorbeeld de wettelijke klachtenprocedures van dit wetsontwerp?

Bij de onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis gaat het om een ingrijpende vrijheidsbeneming. Fundamentele waarden zijn daarbij in het geding. Belangrijk individuele vrijheden worden daardoor beperkt of aangetast. Dat er niettemin overtuigende rechtsgronden voor een gedwon-

gen opname aanwezig kunnen zijn, wordt door onze fractie erkend. Het enkele feit van de aanwezigheid van een geestelijke stoornis of de opvatting van anderen, dat gedwongen opname van de patiënt voor hem of haar het beste is, vormen een te smalle basis voor zo'n ingrijpende beslissing.

Gedwongen opname op recept staat haaks op het zelfbeschikkingsrecht en kan gemakkelijk leiden tot willekeur. Aan de andere kant is er het beginsel dat de rechtsorde aan allen bescherming moet bieden tegen gevaar voor lijf en goed. Wanneer gebruik van de individuele vrijheid of het zelfbeschikkingsrecht door de een leidt tot aantasting van vrijheden van anderen, vormt dat de basis voor regulerend optreden door de overheid. Wij beseffen daarbij terdege dat het hier om een preventieve vrijheidsbeneming gaat. Niet een strafbaar feit maar gevaar ten gevolge van een geestelijke stoornis waardoor men in mindere mate verantwoordelijkheid kan dragen voor het eigen gedrag, is de algemene rechtsgrond voor de gedwongen opname.

Natuurlijk is er, wanneer men op grond van deze zwaarwegende indicatie een preventieve vrijheidsbeneming een te zwaar middel vindt, het alternatief van de strafrechtspleging. Vrijheidsbeneming is dan mogelijk naar aanleiding van een gepleegd strafbaar feit dat beantwoordt aan wettelijke delictomschrijvingen. Met de Regering is de VVD-fractie van mening dat deze weg niet moet worden bewandeld. Voor de betrokken patiënten zelf zou dit tot onaantvaardbare situaties kunnen leiden.

De waardevolle verbetering die dit wetsontwerp aanbrengt ten opzichte van de Krankzinnigenwet ligt ons inziens met name in het beter onderkennen van de bijzondere ernst van het vrijheidsbenemend karakter van de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Natuurlijk beseffen wij dat de begrippen 'geestelijke stoornis' en 'gevaar' een subjectief karakter hebben en ruimte laten voor verschil in interpretatie. Daarom juist is het van het grootste belang dat hoge eisen worden gesteld aan een zorgvuldige procesgang die moet voorkomen dat te lichtvaardig met deze indicaties wordt omgesprongen. Bovendien is er de wettelijk vastgestelde randvoorwaarde dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Het ultimatum remedium-karakter van de gedwongen opname wordt daarmee bevestigd.

Vergeleken met de Krankzinnigenwet betekent dit wetsontwerp dat niet meer alleen in het belang van de openbare orde of alleen in het geval van een geestelijke stoornis tot gedwongen opname kan worden overgegaan. Ten slotte pleit voor de voorgestelde regeling dat onvrijwillige opname wordt gecombineerd met een wettelijk recht op een behandelingsplan.

Nu de indicaties voor een onvrijwillige opname zo zwaar zijn geformuleerd en nu de nadruk is komen te liggen op het gevaarscriterium, valt het des te meer op dat de rechterlijke machtiging tot een dwangopname in twee opzichten een vrijblijvend karakter heeft. Met name Laurs heeft daar in de voorpublicatie van zijn proefschrift op gewezen. Degene die de machtiging verwerft, is gemachtigd maar niet verplicht de machtiging te effectueren. De machtiging verloopt zelfs van rechtswege wanneer de gemachtigde niets doet of er niet in slaagt binnen twee weken een opname te bereiken.

De keerzijde is dat er vooraanvoeg geen opnameplicht bestaat voor de ziekenhuizen. De problematiek van de rondzwerfende SGA-patiënten is daarvan een schrijnend symptoom. Nu niet het bestwilcriterium maar het gevaarscriterium centraal komt te staan, is bij ons de vraag gerezen of aan de machtiging in tweeërlei opzicht niet het vrijblijvende karakter moet worden ontnomen. Ik hoor hierop graag een reactie van de Regering.

Bij de artikelsgewijze behandeling zullen de verschillende procedures die tot een gedwongen opname kunnen leiden tot in detail aan de orde kunnen komen. Ik wil mij nu beperken tot een aantal hoofdlijnen. Gezien het ingrijpende karakter van de machtiging en de onmogelijkheid de criteria strikt en absoluut te omschrijven, vindt de VVD-fractie dat een zorgvuldige procesgang, waarin de patiënt reële verweersmogelijkheden heeft, moet worden gearandeerd. De Krankzinnigenwet voldoet volstrekt niet aan deze eis. In het voorliggende wetsontwerp worden belangrijke verbeteringen voorgesteld terzake van het horen van de patiënt, de toevoeging van een raadsman, de mogelijkheid van hoger beroep en de kanalisering van de besluitvorming via de officier van justitie en de rechtbank.

Wij kunnen ons echter niet aan de indruk onttrekken dat er ten aanzien van de procesgang in het voorliggend wetsontwerp met twee maten wordt



## Dees

gemeten. Hoger beroep is wel mogelijk tegen een rechterlijke beslissing tot voortgezet verblijf, maar niet in het geval van een voorlopige rechterlijke machtiging. De argumentatie, dat hiervan op praktische gronden is afgezien, vindt onze fractie nogal zwak. Immers, er wordt voorbijgegaan aan de voordelen van het hoger beroep, zoals het bereiken van meer eenheid in de wetstoepassing, toetsing van de kwaliteit van de beslissing en de belangen die de betrokkenen zelf bij zo'n toetsing kunnen hebben.

Bovendien valt op, dat de praktische bezwaren die de Regering aanvoert kennelijk niet gelden voor rechterlijke toetsing van beslissingen van de burgemeester tot spoedopneming. Daarin wordt wel voorzien, terwijl deze beslissing voor een kortere termijn geldt dan de voorlopige machtiging. Het argument, dat de geldigheidsduur van voorlopige machtiging – vier weken – te kort is voor hoger beroep wordt daardoor toch ontzenuwd? Graag krijg ik hierop een reactie.

Bij de procedures van de rechterlijke machtigingen tot een gedwongen opneming wordt aan de patiënt een raadsman toegevoegd. Onze fractie waardeert dat positief, omdat het reëel verweer mogelijk maakt voor patiënten die daartoe zelf niet of slechts beperkt in staat zullen zijn. Maar waarom wordt bij spoedopnemingen op last van de burgemeester niet onmiddellijk een raadsman toegewezen? De zorgvuldige rechtsgang moet bij de minder vaak voorkomende rechterlijke machtigingen toch niet aan hogere eisen voldoen dan bij de veel voorkomende spoedopnemingen?

Voor de externe en interne rechtsbescherming van de betrokkenen vinden wij de toewijzing van een raadsman essentieel. Juist bij de spoedopnemingen gaat het om ernstige crisis- en noodsituaties die eerder een extra dan een beperktere rechtsbescherming rechtvaardigen. Op dit punt hebben we dan ook samen met het CDA een amendement ingediend.

Ik zal nu de rechten van de patiënt tijdens het verblijf in het ziekenhuis bespreken. Vier uitgangspunten staan hierbij voor de VVD-fractie centraal:

1. De rechten die een burger in de maatschappij heeft, zoals bijvoorbeeld neergelegd in de Grondwet, zijn ook van toepassing op de patiënt;

2. De rechten van de patiënt in de gezondheidszorg dienen positief geformuleerd en wettelijk geregeld te worden.

3. De bescherming van de rechten van de patiënt dient sterker te zijn, naarmate de patiënt in een afhankelijk positie verkeert;

4. Inbreuken op de positief geformuleerde grondrechten, burgerrechten of patiëntenrechten vereisen een zwaarwegende rechtsgrond en een wettelijke basis.

Toetsen wij de voorstellen van de Regering aan deze uitgangspunten, dan moet helaas de conclusie worden getrokken dat deze ontoereikend zijn. Wat de patiëntenrechten in engere zin betreft, worden er weliswaar essentiële verbeteringen voorgesteld ten opzichte van de Krankzinnigenwet – ik denk daarbij aan de artikelen over het behandelingenplan, het recht op informatie, het toestemmingsprincipe en de mogelijkheid tot beklag – maar tal van andere onderwerpen die in de recente voortgangsnotitie over het patiëntenbeleid aan de orde werden gesteld, hebben in dit wetsontwerp nog onvoldoende neerslag gevonden. Het excuus dat de Regering daarvoor aanvoert, wordt door ons geaccepteerd.

Immers, de opinievorming over het patiëntenrecht was en is nog niet volledig afgerond, belangrijke adviezen moesten nog worden afgewacht en niet bij voorbaat is vast te stellen welke onderwerpen al dan niet regeling behoeven in dit wetsontwerp of in een ander wetsontwerp. Nu de Regering heeft aangekondigd en heeft herbevestigd dat er een wettelijke regeling inzake de rechten van de patiënt en de medische experimenten met mensen zal komen, willen wij volstaan met de conclusie dat deze toekomstige wetgevende arbeid zo nodig moet kunnen leiden tot nadere aanpassingen van de wet-BOPZ. Is de Regering het daarmee eens? Dit standpunt laat overigens onverlet om ook nu reeds wijzigingen te overwegen en om amendementen in te dienen. Moeilijker ligt het met het volgende punt, dat niet de specifieke patiëntenrechten betreft, maar de rechten die de patiënt als burger heeft of zou moeten hebben.

Uit de toelichtende stukken blijkt niet dat de Regering het uitgangspunt kiest dat de patiënt alle rechten heeft die een burger in de maatschappij buiten het ziekenhuis heeft en dat beperkingen hiervan uitsluitend mogelijk zijn op basis van een wettelijke formulering. Voor de

systematiek en de inhoud van het voorliggende wetsontwerp is het van belang te weten of vooronderstelde vrijheid of vooronderstelde onvrijheid het uitgangspunt van de voorgestelde regeling vormt.

In het eerste geval, dat van de vooronderstelde onvrijheid, komt ieder recht dat niet in deze wet wordt genoemd de patiënt als burger toe, behoeven alleen eventuele beperkingen van deze rechten regeling in het wetsontwerp en heeft het ziekenhuis geen bevoegdheid, rechten te beperken, tenzij daarvoor een wettelijke basis aanwezig is.

In het tweede geval, dat van de vooronderstelde onvrijheid, komt ieder niet in de wet genoemd recht, de verpleegde niet toe en heeft het ziekenhuis als het ware van rechtswege de bevoegdheid rechten te beperken, tenzij de wet dat verbiedt.

Mr. De Bruyn die in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht een belangrijke beschouwing wijdt aan deze aspecten, trekt de conclusie dat het wetsontwerp wat dit betreft op twee sporen rijdt en dat de cocktail van bepalingen, die deels op vrijheid, deels op onvrijheid berusten, principieel-juridisch onjuist is en de praktische hanteerbaarheid van de wet bemoeilijkt.

Van mijn kant wil ik aan de hand van artikel 39 toelichten waar onze bezwaren liggen. De formulering dat behoudens in een aantal gegeven omstandigheden geen beperkingen kunnen worden opgelegd in de uitoefening van het recht op vrije briefwisseling, het recht op ontvangen van bezoek en het recht op bewegingsvrijheid, suggereert dat zonder dit verbod, deze vrijheden wél beperkt zouden mogen worden. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Immers, dat past niet in een stelsel van vooronderstelde vrijheid, waarin niet de rechten, doch alleen de eventuele bevoegdheid tot beperking van die rechten regeling in dit wetsontwerp behoeven. Bovendien impliceert de redactie van dit artikel dat rechten en vrijheden die niet expliciet zijn opgenomen, zoals bij voorbeeld het recht op telefonische communicatie, zonder meer zou mogen worden beperkt.

Om deze redenen heeft onze fractie niet alleen een amendement op artikel 39 ingediend dat een principieel juistere formulering beoogt, maar vraagt zij tevens aan de Regering te reageren op de uitgangspunten die ik heb genoemd. Onze conclusie is voorlopig de volgende: rechten die de

## Dees

patiënt als burger reeds op basis van andere wetten, zoals bij voorbeeld de Grondwet, dienen in dit wetsontwerp zeker niet onvolledig herhaald te worden. Een onvolledige opsomming suggereert ten onrechte dat niet genoemde burgerrechten door het ziekenhuis kunnen worden beperkt. Beter is om in deze wet slechts regels te formuleren over eventuele inperking van burgerrechten.

Een eenduidige interpretatie, waar wij de Regering ook naar vragen, kan er bij voorbeeld toe bijdragen dat niet zonder meer via de huisregels kan worden overgegaan tot inperking van allerlei rechten. Zeker nu de Regering er weinig of niets voor voelt om de huisregels aan overheidsgoedkeuring te binden, maar hierbij bij voorbeeld de patiëntenraden wil inschakelen, is duidelijk vooraf gewenst. Overigens menen wij te weten dat het op grond van de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen nu reeds verplicht is om de huisregels ter kennis van de inspectie te brengen. Gebeurt dat ook en in hoeverre heeft dat ooit aanleiding gegeven tot negatief commentaar van de inspectie?

De voorstellen inzake de medische en therapeutische behandeling van psychiatrische patiënten nopen onze fractie tot het maken van de volgende opmerkingen. De opvatting van de Regering dat dwangbehandeling in zijn algemeenheid niet strijdig is met de wetgeving en rechtspraak tot nu toe, achten wij vatbaar voor bestrijding. Volgens het Wetboek van Strafrecht levert een behandeling zonder toestemming van de patiënt het misdrijf mishandeling op. Bovendien zijn er arresten van de Hoge Raad – het neurochirurgie-, het psycho- en het medicatie-arrest – dat de enkele omstandigheid van TBR of krankzinnigheid geen rechtvaardigheidsgrond voor dwangbehandeling oplevert. Wij kennen ook sinds kort het grondrecht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam.

Echter, belangrijker dan de vraag hoe de oude Krankzinnigenwet hier moet worden geïnterpreteerd, is de constatering dat deze wet ook op dit onderdeel niet voldoet aan onze opvattingen. Nog belangrijker is wat de Regering thans voorstelt. Dwangopname is geen legitimatie voor dwangbehandeling, zo zegt de Regering. Onze fractie is het daarmee volstrekt eens. Ook al wordt men op basis van een zwaarwegende rechtsgrond en een zorgvuldige rechtsgang onvrijwillig opgenomen, dan betekent dat nog

niet dat het overige recht op zelfbeschikking of op onaantastbaarheid van lichaam en geest automatisch mag worden beperkt.

**Mevrouw Eshuis (CPN):** Vindt de heer Dees dat dwangbehandeling in alle gevallen voorkomen kan worden, wanneer dwangopname heeft plaatsgevonden?

**De heer Dees (VVD):** Nee, ik zeg juist dat wij tussen de dwangopneming en dwangbehandeling geen rechtstreeks verband leggen. In het eerste gedeelte van mijn betoog heb ik gesteld dat er een zwaarwegende rechtsgrond moet zijn om tot dwangopneming over te gaan. Over de eisen die wij stellen aan dwangbehandeling kom ik straks meer specifiek te spreken. In dit deel van mijn verhaal zeggen wij, dat gedwongen opneming als zodanig nooit reden kan zijn om automatisch tot dwangbehandeling te mogen overgaan. Dat verband is er niet.

**Mevrouw Eshuis (CPN):** De heer Dees zegt dat er geen verband hoeft te zijn tussen beide.

**De heer Dees (VVD):** Nee, wij zijn tegen dat verband. Het enkele feit van een gedwongen opneming, waarvoor een zware rechtsgrond aanwezig moet zijn, mag nooit als zodanig leiden tot dwangbehandeling.

**Mevrouw Eshuis (CPN):** Maar als iemand als laatste protestmiddel na dwangopname weigert te eten?

**De heer Dees (VVD):** Voor dwangbehandeling – ik kan vast vooruitlopen op de rest van mijn verhaal – ondersteunen wij de rechtsgrond die de Regering in artikel 37 noemt. Die is namelijk dat er sprake is van gevaar voor zichzelf of voor anderen in het ziekenhuis.

**Mevrouw Eshuis (CPN):** Dus dwangopname leidt tot dwangbehandeling.

**De heer Dees (VVD):** Nee, helemaal niet. Nadat de patiënt gedwongen is opgenomen, komt artikel 37 in het vizier. Artikel 37 stelt helemaal voorop dat voor behandeling toestemming van de patiënt nodig is.

**Mevrouw Eshuis (CPN):** Ik kom er straks op terug.

**De heer Dees (VVD):** Het feit dat de gedwongen opneming gepaard gaat met een aanbod van hulpverlening, met een wettelijk geformuleerd recht op een behandlingsplan beoordelen wij uitermate positief. Niettemin zijn er een aantal opmerkingen en wensen die ik deels nu en deels bij de artikels-gewijze behandeling zal bespreken.

Indien het overleg over het behandlingsplan niet tot overeenstemming heeft geleid, kan geen behandeling worden toegepast volgens de wets-tekst. Daarmee worden het zelfbeschikkingsrecht, het recht op onaantastbaarheid van lichaam en geest en het toestemmingsprincipe centraal geplaatst. De VVD-fractie – dit ook in de richting van mevrouw Eshuis – is het daarmee eens.

In de wetstekst en toelichting wordt echter voorbijgegaan aan die behandelingen die zo ingrijpend zijn, dat toestemming van de patiënt niet voldoende moet worden geacht, maar dat daarbij juist extra waarborgen vereist zijn. Wij denken daarbij aan de onomkeerbare ingrepen zoals bepaalde neurochirurgische operaties, castratie en sterilisatie.

De werkgroep-Van Dijk beveelt aan dat naast uitdrukkelijk instemming, toestemming van de patiënt tevens goedkeuring door een onafhankelijke toetsingscommissie en overleg met familie en eventuele vertrouwenspersonen nodig zijn. De wetstekst verschaft echter geen mogelijkheid of bevoegdheid voor de overheid om deze aanvullende waarborgen zo nodig via wettelijke regels af te dwingen. Juist waar het kan gaan om ingrijpende en onomkeerbare behandelingsmethodes, waarvan de geschiedenis heeft aangetoond dat misbruik niet denkbeeldig is, vinden wij dat gemis van een wettelijke bepaling onverantwoord. Daarom hebben wij een amendement ingediend dat voorziet in de mogelijkheid om zo nodig ter zake nadere regels te kunnen treffen.

De keerzijde van de medaille is of er omstandigheden zijn waarin behandeling tegen de wil van de patiënt gerechtvaardigd kan zijn. De Regering beantwoordt die vraag positief en sluit zich aan bij het advies van de werkgroep-Van Dijk.

Gevaar voor eigen of andersmans leven, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, vormt daarvoor de indicatie. Die formulering is stringent en maakt de marges smal.

Toch rijst er een tweetal problemen. Moeten er bij een zo ingrijpende beslissing – dwangbehandeling tegen de wil van de patiënt in – geen extra eisen worden gesteld aan het besluitvormingsproces? Laurs introduceert de figuur van de rechterlijke toetsing en machtiging vooraf, de werkgroep-Van Dijk oppert de gedachte van een 'second opinion' en de Regering volstaat met de verwijzing naar de toetsingsmogelijkheden die er op

## Dees

basis van het tucht-, straf- en klacht-recht achteraf zijn.

Is het laatste wel voldoende? Kunnen onomkeerbare behandelingen op basis van dit artikel worden toegepast? Dat zou toch wel erg indruisen tegen de opvatting dat zelfs toestemming door de patiënt bij het toestaan van onomkeerbare behandelingen niet voldoende is. Bovendien is het klachtrecht tegen dwangbehandeling erg terughoudend en omslachtig geregeld, en wel door de bepaling dat eerst bij het bestuur moet worden geklaagd en vervolgens bij de inspecteur, die de toegang tot de rechter nog kan blokkeren ook. Kortom, zijn de eisen ten aanzien van de besluitvorming en de toetsing achteraf, wel voldoende afgestemd op de zwaarte van de beslissing?

Op het tweede probleem is gewezen door de Nationale Ziekenhuisraad en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Het gaat daarbij niet om het besluitvormingsproces dat aan hoge eisen zou moeten voldoen, maar om de indicaties die dwangbehandeling in uiterste situaties zouden kunnen rechtvaardigen. De NZR en de NVP vinden de voorgestelde wettelijke formulering te stringent. Strikte toepassing ervan zou niet in alle gevallen in het belang van de patiënt zijn, zou het hulpverleningsproces frustreren en zou de hulpverleners in ernstige gewetensnood kunnen brengen. Immers, zo voeren zij aan, een therapeutische dwangbehandeling kan in bepaalde omstandigheden als zodanig in het belang van de patiënt zijn, waarbij pas later blijkt dat de patiënt het er eigenlijk mee eens was.

Mevrouw Van der Klippe heeft in een voortreffelijke analyse in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid beschreven om welke keuze het gaat: het 'gevaarscriterium', het 'bestwil-principe' of het 'radicale standpunt'. Het 'radicale standpunt' dat er nooit en te nimmer sprake mag zijn van therapeutische dwangbehandeling, wijst onze fractie af, omdat er zwaarwegende omstandigheden kunnen zijn om inbreuken op het zelfbeschikkingsrecht te dulden of te rechtvaardigen. Ik verwijs daarbij korthedshalve ook naar de vroegere Inentingswet en naar de huidige besmettelijke-ziektenwet, die ook onder bepaalde omstandigheden inbreuken op het zelfbeschikkingsrecht duldt. Wel erkennen en signaleren we een dilemma tussen het 'gevaarscriterium' en het 'bestwil-principe'.

De Regering kiest voor het 'gevaarscriterium'. Dat standpunt heeft het voordeel dat het aansluit bij onze algemene opvattingen over het zelfbeschikkingsrecht en het recht op onaantastbaarheid van eigen lichaam en geest. Het illustreert ook de zwaarwegende rechtsgrond die nodig is om inbreuken hierop toelaatbaar te achten. Het kan te veel willekeur voorkomen, maar het heeft het nadeel dat er een extra kwetsbare groep van patiënten dreigt te ontstaan die door de strikte formulering kan worden gedupeerd. Er zijn immers ziektebeelden waarbij weliswaar het vermogen tot bepaling en uiting van de eigen wil aanwezig is, maar waarbij dat vermogen minder authentiek is, omdat het mede wordt bepaald door de stoornis van de geestvermogens. Aan deze situaties, waarin de – kan men zeggen – pertinente wil van de patiënt min of meer pathologisch wordt bepaald, besteden wetstekst en toelichting onvoldoende aandacht.

In de tekst van het wetsontwerp wordt namelijk uitgegaan van een tweeslagstelsel. Indien de patiënt niet in staat is zijn wil te bepalen, wordt in overleg met zijn wettelijk vertegenwoordiger of naaste familie bepaald welke behandeling zal plaatsvinden. Als daarentegen de patiënt wél in staat is zijn wil te bepalen, is toestemming voor elke behandeling vereist en is gedwongen behandeling alleen toelaatbaar op basis van het gevaarscriterium. Maar wat is de positie van de patiënt en de hulpverlener, indien de toestemming tot behandeling niet wordt gegeven op basis van een duidelijke wilbepaling die door het ziektebeeld min of meer pathologisch is veroorzaakt? Wij menen dat de voorgestelde wetstekst alleen maar zo kan worden geïnterpreteerd, dat gedwongen behandeling – buiten het gevaarscriterium om – niet mogelijk is.

Is dat, zo vragen wij ons af, inderdaad een bewuste keuze van de indieners van dit wetsontwerp? Als dat zo is, heeft dit niet alleen tot feitelijk gevolg dat deze categorie van patiënten, waarover ik sprak, kansen tot herstel worden ontnomen, maar roept het bovendien en vooral een belangrijke ethische vraag op. Dat is de vraag, hoe absoluut het zelfbeschikkingsrecht is, of, nauwkeuriger geformuleerd: Zijn er in individuele gevallen omstandigheden denkbaar, die een tijdelijke inbreuk op dat zelfbeschikkingsrecht aanvaardbaar kunnen maken?

In algemene zin meent onze fractie dat deze vraag negatief moet worden

beantwoord, omdat het recht op zelfbeschikking ook het recht op een zekere negatieve aanwending daarvan omvat. Daar staat echter tegenover het doel van de psychiatrische hulpverlening.

Doel van deze hulpverlening is niet alleen het verminderen van geestelijk of lichamelijk lijden, maar vooral ook het herstel van het vermogen tot zelfbeschikking. Dat doel lijkt onbereikbaar te worden voor de patiënt met een pertinente, zij het pathologisch bepaalde, uiting van zijn of haar wil. Voor de oplossing van dit spanningsveld heeft onze fractie geen kant en klare oplossing. Ons uiteindelijk standpunt zal worden bepaald door de reacties van de Regering en andere fracties op dit geschetste dilemma.

Aan de Regering vragen we in elk geval een reactie op de voorstellen van NZR en NVP om een behandeling mogelijk te maken, indien dit 'bepaaldelijk wordt gevorderd in het belang van de patiënt of anderen'. Via toetsing achteraf door de rechter, in casu via de jurisprudentie, zou – aldus deze organisaties – nader kunnen worden omlind welke reikwijdte deze rechtvaardigingsgrond kan hebben. Het voordeel van deze constructie is, dat de besluitvorming op het niveau van de individuele hulpverleningsrelatie niet in alle gevallen en niet onder alle omstandigheden bij voorbaat wordt geblokkeerd door een te strikt wettelijk criterium.

Het nadeel is echter – ik besef dit terdege en zeg het ook met nadruk – dat de drempel tot dwangbehandeling te veel kan worden verlaagd. Immers, het is niet denkbeeldig dat de hulpverlener, gedreven door zijn kennis, ervaring en beroepsethiek, zich te snel op zo'n bepaling zal beroepen, waardoor inbreuken op het zelfbeschikkingsrecht te lichtvaardig plaatsvinden.

Toch zijn er ons inziens constructies denkbaar waarin een beter evenwicht tussen pro's en contra's wordt bereikt. Door bij voorbeeld hogere eisen te stellen aan het besluitvormingsproces en de rechtsbescherming kunnen onaanvaardbare situaties worden voorkomen. Ik denk daarbij aan mogelijke formules zoals een rechterlijke beoordeling vooraf of achteraf, af aan de verplichte instelling en inschakeling van divers samengestelde toetsingscommissies.

Op uitholling van de rechtsgrond voor een gedwongen behandeling is onze fractie niet uit, laat daar geen misverstand over ontstaan. Waar het ons om gaat, is dat door strikte



## Dees

formuleringen geen groep van patiënten bij voorbaat tussen wal en schip terechtkomt. Wij hebben dit vraagstuk uitvoerig willen signaleren. Het gaat om een wezenlijk dilemma. De oplossing daarvan staat bij ons niet bij voorbaat vast. Het is daarom, dat wij een uitvoerige reactie van de Regering op dit punt erg op prijs zouden stellen.

Uit al deze opmerkingen moge blijken dat onze fractie er wel enige twijfels over heeft, of de voorgestelde bepalingen inzake het behandelingsplan, de gedwongen therapie en de toepassing van dwangmiddelen, in de praktijk van alledag een werkbaar kader zullen opleveren. Alleen al een analyse van artikel 37, dat betrekking heeft op het behandelingsplan, het toestemmingsprincipe en de gronden voor dwangbehandeling, roept de vraag op of hier geen sprake is van 'gatenkaas', zowel juridisch als uit een oogpunt van zorgverlening. Dit is geen verwijt aan de Regering, omdat we het in algemene zin eens kunnen zijn met de overwegingen die aan dit wetsontwerp, en ook aan dit artikel, ten grondslag liggen. Bovendien gaat het hier om zo fijnmazige regelingen en beslissingen, dat zij nauwelijks behoorlijk in wetgeving zijn vast te leggen. Maar wij maken deze opmerkingen wel omdat de gekozen formuleringen tal van vragen zullen oproepen in de praktijk.

Wat is de betekenis van de formulering dat 'zo spoedig mogelijk na de opnemings van de patiënt in overleg met hem een behandelingsplan wordt opgesteld'? Wordt met dit 'zo spoedig mogelijk' het moment bedoeld waarop de behandelaar in staat is een plan te presenteren of gaat het om het moment waarop de toestand van de patiënt het toelaat een rechtsgeldig behandelingscontract af te sluiten? Is het uitsluitend aan de behandelaar om te bepalen of een patiënt in staat is zelf zijn wil te bepalen en vormt die subjectieve beoordeling een voldoende rechtsgrond om in overleg met de familie tot vaststelling van het behandelingsplan en dus ook eventuele dwangbehandeling te komen? Betekent toepassing van het vijfde lid van artikel 37 dat de patiënt wel het recht heeft, een onderdeel van het overeengekomen behandelingsplan te weigeren, maar dat daarentegen de behandelaar de bevoegdheid mist om daardoor de verdere, partiële behandeling stop te zetten?

Zowel uit juridisch oogpunt als uit een oogpunt van zorgverlening zou

dat de hulpverlener in een onmogelijke positie brengen. In juridische zin betekent het, dat de behandelaar niet kan instaan voor het volbrengen van, wat in het jargon een 'inspanningsverbintenis' heet, laat staan van een 'resultaatsverbintenis'. Uit een oogpunt van zorgverlening betekent die interpretatie dat de hulpverlener het recht wordt ontzegd, een partiële uitvoering van het behandelingsplan te weigeren indien hij of zij van mening is, dat die gedeeltelijke uitvoering van het aanvankelijk overeengekomen behandelingsplan geen enkele therapeutische betekenis meer heeft omdat er één element uit is weggenomen.

Ten slotte herhaal ik, sprekend over artikel 37, het bezwaar dat in de voorgestelde regelgeving niet wordt gedifferentieerd – zowel in de indicatie als in het besluitvormingsproces – naar de aard van de ingreep die zowel herstelbaar als onomkeerbaar kan zijn.

Kortom, de wetstekst roept vragen op die tot nu toe onvoldoende zijn beantwoord. Ook hier nodigen wij de Regering graag uit, op deze vragen in te gaan.

Ik kom nu tot een afronding van deze algemene beschouwing. Vergeleken met de bestaande Krankzinnigenwet, betekent dit wetsontwerp een aanmerkelijke verbetering en vooruitgang. Getoetst aan onze visie op mens en samenleving kan het wetsontwerp de toets der kritiek doorstaan. De langdurige discussie, binnen en buiten het parlement, heeft tot een beter eindproduct geleid, dat in de praktijk beproefd moet kunnen worden.

Deze wet kan en mag echter geen eindpunt zijn. De verdere discussie over de reikwijdte van het zelfbeschikingsrecht, de ontwikkelingen op het gebied van het patiëntenrecht en de ervaringen die met deze wet zullen worden opgedaan, zullen ongetwijfeld tot wijzigingen nopen. Wij mogen daar nu echter niet op wachten. Dit wetsontwerp betekent een breuk met een verleden, waarin één en andermaal is komen vast te staan hoe ontoereikend de Krankzinnigenwet is en hoe noodzakelijk het is, nieuwe wetgeving te ontwerpen die op principeel andere leest is geschoeid.

De rechtsgrond voor een gedwongen opnemingsplan is beter en juist geformuleerd; aan de eis van een zorgvuldige procesgang is beter tegemoet gekomen; een eerste poging is gewaagd om de rechten van de patiënt te omschrijven en de rechtsbescherming wordt verstevigd.

Niettemin hebben wij op belangrijke onderdelen van dit wetsontwerp ernstige kritiek. In amendementen hebben wij aangegeven wat wij wensen. Onze opstelling in dit debat zal erop zijn gericht om van een goed wetsontwerp een beter wetsontwerp te maken.

□

Mevrouw **Beckers-de Bruijn** (PPR): Mijnheer de Voorzitter! De geschiedenis van het wetsontwerp bijzondere opnemingen in psychiatrische zekenhuizen is inmiddels 12 jaar oud. In die twaalf jaar is er sprake van een enorme ontwikkeling. Het oorspronkelijke voorstel van april 1971 en ook het gewijzigd ontwerp van 1976 stelden eigenlijk niets voor vergeleken bij de oude Krankzinnigenwet. Pas na zes jaar kwam er een kentering.

Onder invloed van de discussie die de Patiëntenbeweging losmaakte en van de hoorzitting in februari 1977 verscheen in augustus van dat jaar een nader voorlopig verslag. Daarin werd door enkele fracties uitermate kritisch en uitvoerig een aantal principiële vragen aan de orde gesteld.

De nadere memorie van antwoord kwam in 1980; na een onthullende interimrapportage van de commissie Van Dijk, na een interpellatie daarover van mijn kant – deze werd door Den Haag Vandaag toen nog afgedaan als een zaak van geen politiek belang en als het achternalopen van actiegroepen – na de eindrapportage van dezelfde commissie en na herhaald overleg met de bijzondere kamercommissie over de wijze waarop de rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt, vrijwillig of onvrijwillig opgenomen, een wettelijke structuur moest krijgen.

In de 2,5 jaar tussen nader voorlopig verslag en nadere memorie van antwoord is er heel veel gebeurd. Door de PPR en de PSP werd toen een hele waslijst van wensen geformuleerd die in de voorstellen tot op dat moment niet voorkwamen, zoals behandelingsplan, vertrouwelijkheid van gegevens, recht op medezeggenschap, het toevoegen van een advocaat, het recht om een behandeling te weigeren, het verbieden van farmaceutische en mechanische dwangmiddelen en isolatie, tenzij bij een acute directe aanval tegen zichzelf of anderen. Bovendien stelden wij dat het uitzonderlijke karakter van een gedwongen opname in de wet tot uiting diende te komen. Zeer zwaarwegende argumenten en een situatie die op geen enkele andere manier kon

## Beckers-de Bruijn

worden aangepakt, dienden daarvoor aanwezig te zijn.

Ik heb bij lezing van de stukken geconstateerd dat aan al die kritische vragen door de Regering in de nadere memorie van antwoord voor het eerst fundamentele beschouwingen zijn gewijd. Alle concrete suggesties zijn in principe in het nader gewijzigd ontwerp van wet opgenomen. Daarna volgde op enkele belangrijke punten verdere aanscherping.

De ontwikkeling gaat door. Ook mijn fractie vindt het echter goed dat de behandeling van de BOPZ nu wordt afgemaakt. Immers op blz. 4 van de nadere memorie van antwoord staat: 'het vastleggen van een en ander in het onderhavige wetsontwerp staat niet in de weg aan verdere ontwikkelingen, zeker niet nu van het begin af aan duidelijk is dat nieuwe wetgeving wijziging en aanvulling van de daarin opgenomen bepalingen of zelfs integratie van het tot wet verheven ontwerp in een groter geheel noodzakelijk zal maken.' Juist omdat de discussie doorgaat, acht mijn fractie ook een uitgesproken voornemen tot evaluatie van de eenmaal tot stand gekomen wet noodzakelijk. Wij zien dit voornemen graag in de wetstekst zelf opgenomen.

Het voorgaande neemt niet weg dat mijn fractie blijft zitten met een groot dilemma. Het dilemma is dat dwang en hulpverlening naar mijn vaste overtuiging in de grond onverenigbaar zijn en dat het huidige wetsontwerp BOPZ, hoezeer ook verbeterd, op die onverenigbaarheid is en blijft gebouwd. 'Doel van dwangopname is behandeling', zegt de Regering de commissie-Van Dijk na, 'maar niemand, ook een gedwongen opgenomen patiënt niet, mag een behandeling krijgen die hij niet wenst.' Dit klopt niet. Doel van een opname is behandeling, en niemand mag daarom tegen zijn wil worden opgenomen, noch een behandeling krijgen die hij niet wenst.

Het woordje 'dwang' is in de grond wezensvreemd aan deze situatie die een hulpverleningssituatie is. Hanneke van der Klippe – de heer Dees heeft haar genoemd – bevestigt in haar bijdrage 'Drie visies op dwangopnamen' in het maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1980 dat in psychiatrische kring inmiddels nogal wat twijfel is gerezen aan de therapeutische werking van de gedwongen opname en dat men gaat inzien dat de schadelijke neveneffecten daarvan vaak groter zijn dan de mogelijke positieve effecten.

Dan gebeurt het echter. De conclusie is dan kennelijk niet dat het wezensvreemde element uit de therapeutische situatie moet worden geëlimineerd, maar dat een andere rechtsgrond moet worden gezocht. Dat komt omdat de allereerste en onwrikbare vooronderstelling is dat de mogelijkheid van dwangopname niet kan worden gemist. En daar verschijnt dan, in combinatie met de 'stoornis', het gevaarscriterium. De stoornis zelf, hoe ernstig voor de betrokkene ook, is niet langer doorslaggevend.

Het wegnemen van gevaar, de openbare veiligheid dus, staat voorop en niet de patiënt en diens genezing. Die patiënt is onvrijwillig opname in elk geval een stuk achterop geraakt, niet alleen wat zijn genezing zelf betreft, maar ook in zijn maatschappelijke relaties en vooruitzichten. Daarbij treedt in feite altijd een soort breuk op en vaak een langdurige stigmatisering.

Het is waar dat een afdoende rechtsbescherming en een daarmee meegroeiende mentaliteit van hulpverleners en samenleving de schade die in geval van een gedwongen opname onvermijdelijk is, kan beperken. Het gevaarscriterium kent, echter nogal wat andere problemen.

In de eerste plaats kan men de vraag stellen of dat criterium rechtvaardig is. Anders gezegd: waarom kan een alcoholist die er kennelijk geen been in ziet om dronken achter het stuur van een auto te kruipen wel van zijn vrijheid worden beroofd via een rechterlijke machtiging – ik verwijs naar pagina 18 van de nadere memorie van antwoord – en een autocoureur niet? Het gevaar is vergelijkbaar. Wie oordeelt er over de stoornis? Wat is geestelijk ziek en wat is gezond?

In de tweede plaats kan men de vraag stellen of het gevaarscriterium werkelijk objectief te hanteren is. Daarover hebben wij en velen met ons nogal wat twijfels, waar verschillende onderzoeken uitwijzen dat met name psychiaters duidelijk geneigd zijn bij hun inschatting het zekere voor het onzekere te nemen. Zij zijn het die bij de beoordeling van het dreigende gevaar een hoofdrol spelen.

De heer **Mik** (D'66): Zou dat niet voor alle mensen gelden?

Mevrouw **Beckers-de Bruijn** (PPR): Ook al zou dat zo zijn, dan doet dat onrecht aan de rechtspositie van de patiënt. Ik ben er trouwens niet van overtuigd dat dit zo is, maar dat is een andere vraag. In mijn verdere verhaal zal nog wel doorklinken dat met name

de psychiater vanuit zijn eeuwenlange rol een wat andere positie inneemt bij die beoordeling dan een aantal andere hulpverleners, die ook vaak meer gewend zijn in de directe en de sociale omgeving van de patiënt te werken.

Mijnheer de Voorzitter! Daarbij komt nog dat het criterium van gevaar voor de algemene veiligheid van goederen – ook mevrouw Haas heeft dit gezegd – erg rekbaar is, te rekbaar, en dat het criterium 'gevaar voor eigen leven' omstreden is. Het is meer dan eens aangetoond dat gedwongen opname als middel om zelfddoding te voorkomen zinloos is en afgewezen moet worden. Hierover zullen wij de discussie verder moeten voeren, als de adviezen binnen zijn.

Het grootste probleem, en tegelijkertijd ook de grootste opening, de kern van de zaak dus, ligt in de nadere aanscherping van het criterium: het moet gaan om gevaar dat niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Daarmee wordt de noodzaak van de gedwongen opname direct afhankelijk gemaakt van het al dan niet aanwezig zijn van voldoende andere opvangmogelijkheden, en bij voorbeeld, om het wat minder aardig te zeggen, van het bezuinigingsbeleid van willekeurige kabinetten. Ik herinner aan mijn verworpen motie van enkele maanden geleden, waarin, overigens met respect voor de noodzaak van bezuinigen, werd gevraagd om een stop van de nieuwbouwplannen van intramurale voorzieningen om het geld dat beschikbaar was dan tenminste te besteden aan eerste-lijnsopvang.

Psychische ontregeling die veelal tot dwangopname leidt, staat nooit los van de gezins-, leef- en werksituatie van de patiënt. Goede, laagdrempelige, ambulante voorzieningen die de cliënt in die maatschappelijke situatie kunnen 'zien' en helpen, kunnen veelal een dwangopname overbodig maken. Als dat recht op tijdige hulpverlening echter niet wordt geëffectueerd, buiten de schuld van de patiënt, omdat de hulpverleners overbelast zijn of omdat de overheid geen geld heeft, is het dan redelijk dat de patiënt daarvoor wordt gestraft met een gedwongen opname?

Dwang is in feite onmacht, onmacht van de overheid, onmacht van de hulpverlening. Moeten wij het dan niet eens zijn met Hans van der Wilk, die de studiedag van de Cliëntenbond en Pandora op 13 januari jongstleden over dwangmiddelenregistratie

## Beckers-de Bruijn

opende met onder meer de woorden: 'Als dwang in de geestelijke gezondheidszorg wordt erkend als het gevolg van onmacht, dan is het misschien begrijpelijk waarom het zoveel aanleiding geeft tot het uitoefenen van macht. Maar dan zou in feite onze aandacht niet moeten uitgaan naar de reglementering en de legitimatie van die macht, maar veeleer naar het opheffen van die onmacht?'

De PPR-fractie kan dit wetsontwerp, ook in zijn verbeterde vorm, hoogstens zien als een helaas onvermijdelijke tussenstap naar een psychiatrie zonder gedwongen opname en gedwongen behandeling. Is dit een utopie? Dat zou dan onze maatschappij tekenen. Men is meermalen in de geschiedenis een heel eind op weg geweest. Het ligt er maar aan of wij met zijn allen bereid zijn om de voorwaarden daartoe te scheppen in de vorm van adequate, andere opvangmogelijkheden en ambulante zorg- en behandelingenprogramma's in een humane samenleving. Dat vergt heel duidelijke politieke keuzen, die wij met zijn allen te weinig maken.

Voor wij echter de conclusie trekken dat dit wetsontwerp verdient te worden aanvaard, moet er nog wel het een en ander aan gebeuren. Ik beperk mij in eerste instantie tot de punten waarop mijn fractie amendementen heeft ingediend. Vooral valt op dat het gevaarscriterium, afgezien van de meer principiële vragen die men kan stellen, op verschillende plaatsen heel verschillend wordt gehanteerd.

Ik kom eerst tot artikel 13 tot en met 16, betreffende de voorlopige machtiging tot voortgezet verblijf van reeds vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten, het omzetten dus van een vrijwillige in een gedwongen opname. Dit mag een verbetering zijn, vergeleken bij eerdere voorstellen, omdat het nu om een geldigheidsduur van vier weken gaat en niet meer om een van een jaar.

Ik ben er echter van overtuigd dat artikel 13 in de praktijk zal uitwerken als een dwangmiddel in de handen van de behandelaars. Het blijft een stok achter de deur en hiermee zal het voor de patiënt niet gemakkelijk zijn om bij voorbeeld een behandeling te weigeren. Ik vind bovendien dat wij er principieel vanuit kunnen en moeten gaan, dat iemand die zich vrijwillig laat opnemen zo is te motiveren dat hij blijft zolang dat nodig is. Zeker hierbij geldt dat wij de onmacht

bevorderen als wij de macht legitimeren. Mijn fractie zou daarom deze artikelen geschrapt willen zien.

In de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt overigens gesteld dat de artikelen 13 tot en met 16 zeker niet in hoofdzaak zijn geschreven met het oog op verslaafden. Ik wil hierover graag meer duidelijkheid. Toepassing op verslaafden zal naar verwachting niet op ruime schaal gebeuren, staat er, en met name omdat dan een zodanige toestand moet zijn ingetreden dat 'als gevolg daarvan' van gevaar in de zin der wet sprake is. Ik wil dat graag geloven, ware het niet dat wat op blz. 7 staat, daarmee in tegenspraak lijkt.

In antwoord op vragen van de CDA-fractie zeggen de bewindslieden: 'Bij het oordeel dat geen andere oplossingen dan een dwangopneming mogelijk zijn, zal de rechter zeker ook de draagkracht van degenen die betrokkene nastaan, en hetgeen van hen in redelijkheid mag worden gevergd, hebben te betrekken. Met de uitdrukking 'totale ontredering' hebben wij willen aangeven dat niet te snel mag worden geconcludeerd tot gevaar in wettelijke zin, als het gaat om een dreigende aantasting van het welzijn van gezinsleden of andere huisgenoten. In de terminologie 'aanzienlijke ontredering', zoals door de leden van het CDA gebruikt, ligt deze waarborg eigenlijk eveneens opgesloten.'

Ik wil hierover graag duidelijkheid hebben. Zeker bij drugsverslaving, zal vaak en snel een aanzienlijke ontredering van het gezin voorkomen.

Ik kom tot de artikelen 32 tot en met 34, betreffende de rechterlijke machtiging op eigen verzoek. Dit is in feite een legitimatie van dwangopname onder een minder stringent geformuleerd gevaarscriterium – de relatie tussen de stoornis in de geestvermogens en het gevaar dat wordt veroorzaakt, is vervallen in de tekst – en een legitimatie van dwangbehandeling. Deze artikelen zijn wel voor verslaafden bedoeld.

Mijn fractie acht dwangbehandeling ten enenmale onjuist. Zij ziet in deze benadering bovendien geen enkele oplossing voor de problematiek van de zwaar verslaafden. Daarnaast bestaat het gevaar van oneigenlijk gebruik, bij voorbeeld wanneer de verslaafde vanwege een gepleegd delict met de justitie in aanraking komt en daar voor de keus zou worden gesteld: óf gevangenisstraf, óf een machtiging op eigen verzoek.

En een afgedwongen verzoek is geen eigen verzoek meer. Wij stellen dan ook voor, ook deze artikelen te schrappen.

Het voorwaardelijk ontslag (artikel 45) is eigenlijk het enige belangrijke punt waarop mijn fractie het wetsontwerp inconsistent vindt. Er staat: als de gevaarlijkheid zover is verminderd dat het verlenen van ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis onder nader daaraan te verbinden voorwaarden verantwoord is, verleent de directeur hem of haar, voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is, voorwaardelijk ontslag. Het gaat daarbij kennelijk om voorwaarden die ook in artikel 43 worden genoemd, waar het verlot geregeld wordt: voorwaarden inzake het gedrag van de patiënt en mogelijk de opdracht om zich onder toezicht te stellen van een aangewezen instelling of persoon die hem of haar zal steunen. Maar, Voorzitter, het gaat in dit wetsontwerp om 'gevaar dat niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend'. Zodra de mogelijkheid van het afwenden van het gevaar waarschijnlijk is, dient dus ontslag te volgen, zonder voorwaarden.

Mijn tweede bezwaar is dat hier ineens het zinnetje opduikt: voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is. Ik vind dat inconsistent. De heer Dees gebruikte ook een dergelijke formulering. Ineens duikt het bestwil-principe weer op, hoewel ook de heer Dees zojuist in zijn betoog heel duidelijk zei dat hij kiest voor het gevaarscriterium. Ook hier is dat zo. Ik vind het een beperkend criterium dat in de gedachtegang van dit wetsontwerp ook onlogisch is.

De conclusie die wordt getrokken uit de opmerking van mijn fractie in het eindverslag is dus een verkeerde. Wij vinden dat de mogelijkheid van voorlopig ontslag moet komen te vervallen en willen daarom artikel 45 schrappen. Onze inbreng werd door de bewindslieden anders opgevat.

Er blijven dan vanuit de cliënt gezien in feite nog twee mogelijkheden over: omzetting van het gedwongen verblijf in een vrijwillig verblijf of gewoon ontslag. Dat is veel zuiverder.

Ik kom bij de artikelen 37 en 38, die onder strikte voorwaarden dwangbehandeling mogelijk willen maken en het gebruik van dwangmiddelen aan regels willen binden. 'Dwangbehandeling is gericht op behandeling', zo staat ergens in de nota naar aanleiding van het eindverslag. Ik vul dan aan: en daarom kan dwangbehandeling niet.



## Beckers-de Bruijn

De Stichting patiëntenvertrouwenspersoon heeft op deze artikelen amendementen voorgesteld die wij hebben overgenomen. Het gaat daarbij om een duidelijke scheiding tussen hulpverlening en beveiliging. Dwangbehandeling moet niet worden toegestaan – wij vinden dus dat de wet een te grote opening daarvoor biedt – en dwangmiddelen slechts als dit volstrekt noodzakelijk is ter beveiliging. Het laatste vraagt naar onze mening ook een stringenter formulering dan 'overbrugging van een tijdelijke noodsituatie'.

Wij stellen voor: volstrekt noodzakelijk ter afwending van gevaar. Dit om aan te geven dat slechts dwang mag worden toegepast in situaties waarin de inrichting geen enkele andere mogelijkheid heeft om uit de stoornis van geestvermogens voortvloeiend gevaar af te wenden. Dat strookt overigens met de omschrijving van het oude artikel 38, lid 1: 'acute situaties, die een in principe eenmalig ingrijpen rechtvaardigen'. Mogelijke middelen en maatregelen dienen – en niet: kunnen – bij algemene maatregel van bestuur te worden aangewezen en aan termijnen te worden gebonden. Alle berichten die er zijn over de huidige toepassing van dwangmiddelen en dwangmaatregelen rechtvaardigen mijns inziens dit amendement.

In artikel 55 zouden wij dan graag geregeld willen zien dat dwangmiddelen en dwangmaatregelen moeten worden geregistreerd, niet alleen in het kader van artikel 38, maar ook als ze worden toegepast ter uitvoering van een behandlingsplan, en wel ongeacht de vraag of de patiënt zich al dan niet verzet.

Ten aanzien van de patiëntendossiers het volgende, Voorzitter. Wij zijn van mening dat het inzage- en correctierecht en de vertrouwelijkheid van de gegevens in de wetteksten moeten worden gewaarborgd. Hetzelfde geldt voor vernietiging na de bewaartermijn.

Mijn fractie vindt het het allerbelangrijkste dat deze amendementen de mogelijkheid tot gedwongen opname beperken en dwangbehandeling uitsluiten. Andere fracties hebben andere uitstekende voorstellen gedaan. Ik denk aan het opnemen van de patiëntenvertrouwenspersoon in de wet en met name aan de opnameplicht.

Ik hoop dat de bewindslieden in hun benadering van de meer dan honderd amendementen, die intussen zijn ingediend, zullen laten zien dat zij

vooral ruimte willen geven aan een discussie die voortgaat, ruimte willen geven om het dilemma dwang-hulpverlening meer helder te maken en, wie weet, ooit op te lossen. Als zij daartoe bereid zijn zie ik wel degelijk mogelijkheden om in de toekomst de balans van het belang van de openbare veiligheid te laten doorslaan naar het belang van de patiënt zelf. Daarvoor moet echter aan drie voorwaarden worden voldaan.

De eerste is dat er een werkelijke verschuiving plaatsvindt van intramurale naar ambulante hulpverlening. Als wij echt de geestelijke gezondheidszorg willen veranderen, dan moeten wij zorgen voor goede crisishulp, 24 uur per dag, zeven dagen per week, voor laagdrempelige, praktische, gelijkwaardige, ondubbelzinnige ambulante hulpverlening en niet blijven wedden op de geïnstitutionaliseerde, gemedicaliseerde psychiatrie.

De tweede voorwaarde is dat de positie van de patiënt en de werking van de procedures van dit wetsontwerp intensief worden bewaakt. Daarvoor ben ik het minst bang.

De derde voorwaarde is dat ook van overheidswege een andere mentaliteit tegenover psychiatrische en ex-psychiatrische patiënten wordt bevorderd. Op pagina 9 van de nota naar aanleiding van het eindverslag blijken de bewindslieden daar oog voor te hebben. 'Ex-psychiatrische patiënten worden', zo zeggen zij, 'door intensieve begeleiding van de Gemeenschappelijke Medische Dienst zoveel mogelijk teruggebracht in hun werksituatie. Als het nodig is helpen de afdelingen Bijzondere Bemiddeling van de Arbeidsbureaus. Ex-psychiatrische patiënten, die nog niet kunnen deelnemen aan het arbeidsproces, worden, zo mogelijk, geplaatst in beschutte werkplaatsen'. Ik neem aan dat deze passage inmiddels achterhaald is. Er is geen plaats in de beschutte werkplaatsen en het kabinet heeft de nul-groei afgekondigd.

Dan is er ook nog de Wet Arbeid Gehandicapten, met de verplichting voor de werkgevers om 5% gedeeltelijk arbeidsongeschikten – en dan staat er zo mooi in de tekst: 'onder wie ook ex-psychiatrische patiënten kunnen zijn' – te werk te stellen. Allemaal mooi, voorzover er iets van terecht komt. Ik ben echter nieuwsgierig naar het sollicitatie- en benoemingenbeleid van de overheid op dit moment, waar het gaat om ex-psychiatrische patiënten, die gedwongen of niet-gedwongen ooit in het nabije of verdere

verleden zijn opgenomen. Kunnen de bewindslieden ons daarover duidelijke gegevens verschaffen? Betekent een rechterlijke machtiging in het verleden zonder meer een afwijzing bij de overheid? Zo nee, welke criteria worden dan aangelegd voor welke functies? Wordt de landelijke computer gebruikt om voor dit doel informatie te krijgen of na te trekken?

De overheid, de samenleving reageert op psychische ontregeling en ontreding nog steeds met uitsluiting. Dr. Franco Rotelli uit Triest zegt in een verklaring naar aanleiding van deze discussie: 'Wanneer een wet spreekt van zorg en opsluiting, zal het aspect van opsluiting het altijd winnen van de zorg, omdat dan de cultuur van de psychiater, de cultuur van de voorzieningen, de cultuur van de gemeenschap niet zullen veranderen.' De kans bestaat dat hij gelijk krijgt, tenzij die wet zoveel nieuwe waarborgen inhoudt voor de rechtspositie van de patiënt dat de discussie versneld doorgaat en ten slotte de patstelling tussen opsluiting en hulpverlening onontkoombaar ook voor de politiek op tafel ligt. Dat is mijn hoop. Dat zal ook onze maatstaf zijn bij de uiteindelijke beoordeling van het wetsontwerp: de vraag of het de psychiatrische patiënt werkelijk nieuwe kansen biedt.

□

De heer **Mik** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! Als een mens in een situatie geraakt, waarin het ego de greep op zichzelf en de omgeving is kwijtgeraakt, verkeert deze in een weinig benijdenswaardige positie. Grote angsten, diepe depressies en extreme onzekerheid en labiliteit kunnen dit beeld kenmerken. Vrijwel altijd is hier dan sprake van een immens geestelijk lijden, waarbij veel lichamelijk lijden verbleekt. Als vanuit zo'n situatie betrokkene een gevaar gaat vormen voor zichzelf en de omgeving, komt de onvrijwillige opname in het beeld, die niet zelden nog lijden toevoegt en helaas in onze cultuur meestal ook stigmatisering.

Mijnheer de Voorzitter! Een uiterst delicate problematiek voor de betrokken patiënt, maar ook voor degenen, die op grond van deskundigheid en ervaring de door een opname noodzakelijke verklaring moeten invullen. Een dergelijke situatie is mij bekend, en ook de hieraan gekoppelde gevoelens. Heb ik het gevaar goed ingeschat? Zo ik de verklaring niet geef, wat zal er dan gebeuren? Hoe zal men reageren, als ik te voorzichtig

## Mik

ben of wat zal men voor actie ondernemen, als ik te vroeg of onterecht een dergelijke verklaring uitschrijf? Vrijwel iedere deskundige zal zo lang mogelijk een opnemings willen voorkomen, als men zich de consequenties van een dergelijke ingreep tenminste realiseert. Ik denk, dat dit meestal het geval is.

Gelukkig is het streven van de meeste deskundigen en van de overheid erop gericht de extra- en semi-murale zorg zo te versterken, dat gedwongen opnemings zoveel mogelijk wordt vermeden. Toch blijven er helaas gevallen, waarbij residentiële behandeling en ook de dwang hiertoe onvermijdelijk zijn.

Gelet op het delicate gebeuren en de zware verantwoordelijkheden is het goed dat wij ons vandaag met het onderhavige wetsontwerp bezighouden ter vervanging van de Krankzinnigenwet van 1884, een belegen en verouderde wet, waarvan vervanging dringend gewenst is. Helaas heeft de voorbereiding ertoe veel, te veel tijd gevraagd.

Wat nu voor ons ligt, is acceptabel, mits een aantal ingediende amendementen worden aangenomen en mits een aantal zaken ook in de toekomst nog nader zullen worden geregeld. Daarbij denken wij aan nadere wettelijke regeling van vrijwillige opnemings, wettelijke voorzieningen voor patiënten, die langdurig in hun vermogens tot zelfbeschikking zijn gestoord, recht op speciale bescherming bij controversiële of irreversabele behandelingen en, in bepaalde gevallen, in onze ogen recht op levensbeëindiging.

Dat laatste vereist enige toelichting. Neiging tot suicide is een grond om met machtiging te worden opgenomen. Als die neiging een onderdeel vormt van het ziektebeeld, een symptoom van de ziekte, en in een groot aantal gevallen te bestrijden, spreekt dit voor zichzelf. Moeilijker wordt het als wij te maken krijgen met een ernstig chronisch psychisch lijden met recidiverende opnemings en uitzichtloos therapeutisch perspectief. Als iemand dan in een periode van inzicht tot een weloverwogen besluit van levensbeëindiging komt, mag men dat dan immer met alle geweld verhinderen? Een zeer zware verantwoordelijkheid, waarbij op veilig spelen vaak de balans naar de dwang zal voeren.

Moeilijk zal het zijn voor de verklaringsgemachtigde te beoordelen of een dergelijke suicide-neiging onder-

deel vormt van een stoornis in de geestvermogens dan wel een op gezond inzicht berustende afweging. Ik herhaal: een zware verantwoordelijkheid. Wat te zeggen, als een optelsom van levensellende bij iemand, die in een inrichting verblijft, voert tot de invoelbare slotsom: wat heeft het leven nog voor zin? Mag men dit dan met alle geweld in alle omstandigheden tegengaan, c.q. een machtiging tot verder verblijf daarom continueren? Of ligt hier misschien een taak voor de commissie van drie, waarover mevrouw Haas-Berger sprak? Graag verneem ik over dit vraagstuk de mening van de Regering.

Dan wil ik iets zeggen over onze uitgangspunten ten aanzien van dit wetsontwerp. Zoals gezegd, zijn wij blij dat dit wetsontwerp nu behandeld wordt, al zijn er onzerzijds ambivalenties. Het betreft een gebied met voetangels en klemmen. Ons inziens gelden de volgende uitgangspunten:

- zoveel mogelijk opnemings voorkomen;
- indien opnemings noodzakelijk zijn, dan het liefst in coöperatie met betrokkenen;
- als dwang nodig is, dan met maximale garanties over de juistheid van dit besluit en garanties dat deze dwang niet langer wordt gehanteerd dan strikt noodzakelijk is;
- zoveel mogelijk bescherming van de persoonlijke integriteit;
- adequate rechtshulp op alle niveaus;
- maximale privacy;
- maximaal toestaan van de in de situatie mogelijke vrijheden en rechten;
- zoveel mogelijk communicatie met de buitenwereld;
- optimale organisatie van het klachtrecht;
- het zoveel mogelijk behouden van keuzemogelijkheden ook in die situatie voor betrokkenen;
- de meest adequate behandeling, zoals vanzelf spreekt;
- zoveel mogelijk vermindering van dwang in de behandeling.

Vanuit deze desiderata zullen wij dit wetsontwerp en de amendementen daarop beoordelen.

Mijnheer de Voorzitter! In het voorafgaande spraken wij over de problematiek van de patiënt en van degene die de voor de opnemings benodigde verklaring moet afgeven. Voor beiden is het van groot belang dat in het huidige wetsontwerp nadere toetsing van een dergelijke stap plaatsvindt, dat de patiënt rechtshulp krijgt en dat voldoende

beroepsmogelijkheden voorhanden zijn. In dit kader rijzen wel enige vragen van pragmatische aard. Kan het justitiële apparaat dit aan? Hoe wordt de rechtshulp georganiseerd en hoe wordt een eventueel netwerk van vertrouwenspersonen georganiseerd? Dat dit nogal wat kosten mee zal brengen, ligt voor de hand. Dit constaterende, durf ik nauwelijks nog te zeggen dat ik bij de spoedopnemings een regeling voor rechtshulp heb gemist. Toch lijkt mij die van belang.

Het is niet uitgesloten dat door het ingebouwde stelsel van beoordelingen niet-noodzakelijke opnemings kunnen worden voorkomen, hetgeen menselijk leed beperkt en financieel voordeel oplevert. Waar het hier om zulke evidente zaken gaat als de individuele vrijheid en een adequate psycho-hygiëne mogen financiële gevolgen in onze ogen nooit een waterdichte regeling in de weg staan.

Hoe lang en hoe intensief ook over deze wet is nagedacht, hoe deze wet ook zal worden geamendeerd, het is niet uitgesloten dat bepaalde zaken in de praktijk anders uitvallen dan men nu verwacht. Het is om die reden, dat wij een amendement betreffende de evaluatie hebben ingediend.

Sprekend met, en ons inlevend in de gevoelens van, de patiëntenbewegings kunnen wij zeer ver meegaan in haar reacties op de onderhavige voorstellen. Het is geen wonder, dat het spookbeeld van een wet met mogelijke onvolkomenheden, die tot oneigenlijk gebruik kunnen leiden, haar zeer occupeerd. Het gaat ook om uiterst tere zaken. Men zou in die kringen de wet liever helemaal niet zien en de voorkeur geven aan preventieve hechtenis in verband met een eventuele 'gevaar'-situatie.

Nadere consultatie hieromtrent mijnerzijds in juridische kringen heeft mij duidelijk gemaakt, dat wij die beweging hierin toch niet kunnen volgen: het zou wat de menselijke vrijheid betreft te grote gevaren impliceren.

Mevrouw **Van Es** (PSP): Ik heb begrepen dat de heer Mik sprak over de wens van de patiëntenbewegings om bij eventueel gevaar voorlopige hechtenis als gevolg daarvan te laten intreden. Ik begrijp dit niet zo goed. Voorlopige hechtenis toch pas mogelijk....

De heer **Mik** (D'66): Ik sprak over preventieve hechtenis.

Mevrouw **Van Es** (PSP): Preventieve hechtenis is toch pas mogelijk na het vermoeden van een strafbaar feit? Dat

**Mik**

is toch heel iets anders dan het gevaarscriterium, dat in deze wet is neergelegd?

De heer **Mik** (D'66): Ik gaf weer wat de patiëntenbeweging mij voorlegde. Men deelde mij mee dat men liever zag dat deze dwangbepaling niet in de wet werd opgenomen en dat, als er situaties waren waarin sprake was van gevaar voor de omgeving, het middel van de preventieve hechtenis zou kunnen worden gehanteerd. Als niet-jurist heb ik mij hierover nader laten informeren en toen bleek mij dat zoiets in alle opzichten grote moeilijkheden zou opleveren, zeker als het in preventieve hechtenis nemen van allerlei 'lastige' mensen in beeld kwam.

Mevrouw **Van Es** (PSP): Gelukkig levert dat inderdaad nogal wat moeilijkheden op.

De heer **Mik** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! Hetzelfde geldt ten aanzien van het voorstel van de patiëntenbeweging geen regels omtrent de dwangbehandeling in de wet op te nemen maar dit aan artsen over te laten, die bij oneigenlijk hanteren hiervan tuchtrechtelijk zouden kunnen worden aangesproken. Naast onzekerheden in de kring van de behandelaars biedt dit ons inziens toch onvoldoende garanties voor de rechtsbescherming van de patiënt. Ik zou dit toch niet helemaal aan mijn collega's willen overlaten!

Eén van de scharnierpunten in dit wetsontwerp vormt artikel 37, vijfde lid, derde volzin. De patiëntenbeweging en de patiëntenvertrouwenpersoon zouden deze zin graag geheel verwijderd zien. Ik denk toch dat dit in de praktijk tot grote moeilijkheden aanleiding zou geven. Als iemand zich voor eeuwig verloren waant en zich onwaardig acht om hulp te ontvangen en ernstig suïcidaal is gaat het niet aan zo iemand niet te behandelen als bij voorbeeld enkele weken medicatie – al dan niet gecombineerd met slaapdeprivatie – betrokkene hoogstwaarschijnlijk uit de depressie kan halen. Wie ooit dergelijke mensen zo onmenselijk heeft zien lijden, zal niet graag met lege handen dit blijven aanzien. Maar waar ligt de grens?

Wij hebben de zaak wat trachten aan te scherpen door het begrip 'ernstig en acuut gevaar' in te voeren. Of wij het amendement in deze vorm handhaven, hangt af van de discussies en de verdere besluitvorming rond dit artikel. Het amendement van mevrouw Haas-Berger waarbij een commissie

– waarin participeren iemand uit de kring van de verklaringsgemachtigden, iemand uit de kring van de patiëntenvertrouwenpersoon en de inspecteur – zou kunnen beslissen over een eventuele dwangbehandeling onze zorgen over oneigenlijk gebruik afnemen. De vraag rijst ook hier weer of het praktisch uitvoerbaar is en welke gevolgen het zal hebben voor het tijdpad.

Vervolgens wil ik nog enkele opmerkingen maken over de patiënten waar de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op doelt en waarover de heer Dees ze uitvoerig heeft gesproken. Ik neem aan dat het om de volgende categorie mensen gaat. Iemand is uiterst angstig en gespannen met een zeer paranoïde instelling. Door dit syndroom komt het in de vrije maatschappij tot een escalatie van agressie. Binnen het instituut – als de dreiging van buiten wegvalt – verdwijnt die agressie voor het grootste deel, maar de extreme angst en paranoïdie blijven zonder dat er op dat moment direct gevaar aanwezig is. Wel verhindert de achterdocht dat betrokkene de medicatie tot zich neemt die de paranoïde wanen hoogstwaarschijnlijk snel zouden doen verbleken. Het geestelijk lijden van die mensen kan extreem zijn en de vraag is wat dan de directie van een instituut moet doen.

Men moet uiteraard trachten te overreden. Alles moet worden gedaan wat menselijkerwijs mogelijk is, maar de kans dat het niet lukt, is zeer groot. Moet men de patiënt binnen de poort houden, het lijden niet verlichten en maar afwachten? Een afschuwelijke situatie voor de patiënt, maar ook voor de mensen met verantwoordelijkheidsbesef die dagelijks met deze patiënt moeten omgaan. De door mevrouw Haas-Berger bedoelde commissie zou in dergelijke gevallen een neutraal, bindend advies kunnen geven, maar is dat wel mogelijk binnen de kaders van deze wet, gelet op het begrip 'gevaar'?

De Vereniging van Psychiaters adviseert om dan te kiezen voor de formulering: behandeling, indien dit bepaaldelijk in het belang van de patiënt of dat van anderen wordt gevorderd. Wij vinden de beleidsruimte van de behandelend arts in deze formulering te groot. Aanneming van het amendement-Haas-Berger over de commissie van drie zou veel meer zekerheid bieden. Daarnaast zou het leiden tot een veel groter aantal aanvragen en veel meer werk. Of dit alles is te realiseren, vernemen wij nog wel van de Regering.

Dit is nu een probleem waar ik net zo min als de heer Dees uit ben gekomen. Gedacht zou kunnen worden aan toevoeging van een vierde volzin aan artikel 37, vijfde lid, waarin een uitzondering wordt gemaakt voor gevallen waarbij toch dwangbehandeling mag worden toegepast, terwijl geen ernstig acuut gevaar aanwezig is. Ik doel dan op die gevallen waarvan de eventueel ingestelde commissie van drie unaniem denkt dat het noodzakelijk is en perspectief biedt. Voor een eventueel daartoe strekkend amendement zou bij voorbeeld de volgende formulering kunnen worden gekozen:

De conditie die in de vorige volzin werd gesteld, namelijk aanwezigheid van acuut en ernstig gevaar, komt te vervallen, indien de in artikel 1d opgevoerde commissie unaniem van oordeel is dat in een bepaald geval dwangbehandeling voor de patiënt noodzakelijk is en perspectief biedt.

Het is natuurlijk duidelijk dat dit alleen kan als het amendement van mevrouw Haas-Berger over de commissie van drie wordt aangenomen.

Kortom, er is nog veel onzekerheid. Wij zien het voorgaande dan ook als niet meer dan een suggestie. Voor het kiezen van een oplossing hangt veel af van het verloop van het debat en de gedachten die de Regering daarin naar voren zal brengen.

Mijnheer de Voorzitter! Grote problemen hebben wij met die artikelen in het wetsontwerp waarin omtrent de behandeling van patiënten overleg met c.q. toestemming van familieleden wordt gevraagd als betrokkene hier zelf niet toe in staat is. In onze ogen is dit een ernstige aantasting van de autonomie van de patiënt c.q. van diens wettelijke vertegenwoordiger bij ontoerekeningsvatbaarheid. Hoe vaak vormen kwalijke interacties in familie c.q. gezinsverband niet de oorzaak of de mede-oorzaak van het psychiatrisch syndroom waarvoor de patiënt moet worden opgenomen. Amendementen die dit corrigeren, dienden wij in, c.q. zullen wij steunen. Hetzelfde geldt ten aanzien van amendementen die de bewegingsvrijheid van de patiënt, binnen aanvaardbare grenzen, in positieve zin beïnvloeden.

Zeer juichen wij toe de suggesties die mevrouw Haas deed in een amendement over de regeling in de wet van het instituut patiënt-vertrouwenpersoon en de inschakeling hiervan bij verschillende activiteiten in en om de machtigingsprocedure en



## Mik

de dwangbehandeling in bepaalde omstandigheden. Ook hier extra kosten, maar voor een zeer goede zaak, waarop gelukkig al in vele psychiatrische ziekenhuizen is geanticipeerd. De garanties voor de autonomie en de vrijheid van de patiënt zijn van zo'n groot belang dat wij niet aarzelen, deze voorstellen van harte te steunen.

Wat meer moeite hebben wij met de suggesties van mevrouw Haas-Berger over de promotie van de klinisch-psycholoog tot verklaringsgemachtigde. Niet dat wij er overwegende bezwaren tegen hebben, dit neologisme in ons taalgebruik te assumeren, en ook niet dat wij bezwaar hebben om klinische psychologen op den duur hiervoor in te schakelen. Wij vragen ons echter wel af of het per sé noodzakelijk is. Heeft het misschien ook een ideologische achtergrond? Is het een relativering van het medisch model? Of een veiligstelling tegen de boeman-psychiater? Moet ik mijzelf dit misschien aantrekken? Of denkt men dat hierdoor een adequatere gang van zaken kan worden bewerkstelligd?

Nogmaals: principieel onzerzijds geen bezwaar, maar zoals het nu geformuleerd is, kan het niet. Het Academisch Statuut kent geen klinische psychologen, wel psychologen met de aantekening 'klinische psychologie'. Deze aantekening geeft geen enkele garantie dat betrokkene voldoende vooropleiding en ervaring in het klinisch-psychiatrische – zo men wil psychologische – veld heeft opgedaan. De variaties zijn vele, afhankelijk van de verschillende faculteiten. Nu wordt dit kennelijk opgevangen, doordat zij bij de formulering verder zegt: klinische psychologen die gedurende 5 jaar na het behalen van het doctoraal examen als zodanig werkzaam zijn geweest in een ziekenhuis of instelling.

Wil dit werkelijk iets betekenen in het kader van de psychiatrisch-klinische diagnostiek, die hier wel heel klinisch op dergelijke mensen afkomt en geheel iets anders is dan psychotherapie of IMP- of LM-werk, dan zal die ervaring moeten zijn opgedaan in een psychiatrisch ziekenhuis of een instelling voor de geestelijke gezondheidszorg, niet zijnde een instituut dat ik zojuist aanhaalde, maar bij voorbeeld een sociaal-psychiatrische dienst van een GG en GD of van een provinciaal instituut.

Het is bekend dat het NIP, de beroepsvereniging van psychologen,

doende is de klinisch-psychiatrisch-psychologische nascholing nader vorm te geven als anticipatie op onderbrenging van deze discipline en de wet BIG. Bij mijn weten heeft dit nog geen definitieve vorm gekregen en het nu al onderbrengen van de klinische psycholoog in deze wet achten wij prematuur. Is het ondergebracht in de B.I.G. en heeft het definitief vorm gekregen, dan is er geen enkel bezwaar tegen dat betrokkenen tot verklaringsgemachtigden worden gepromoveerd. Integendeel! Blijft dan wel het feit dat artsen, voor zij hun functie mogen uitoefenen, een beroepseed moeten afleggen. Het ware te overwegen, dit dan ook voor bedoelde psychologen in te voeren, tenzij men van mening is dat zo'n beroepseed voor een arts ook niets zegt. Dan heeft dat ook natuurlijk geen zin.

Mijnheer de Voorzitter! Een aantal amendementen van de leden Haas-Berger, Beckers-de Bruijn, Dees, Cornelissen, Leerling – en mogelijk die van de leden Van Es en Eshuis, maar die heb ik nog niet gelezen – verwoorden wat wij als desiderata in onze inleiding formuleerden. Uiteraard zullen wij deze gaarne ondersteunen.

Afhankelijk van het lot van een aantal amendementen kan de Wet BOPZ een goede aanzet vormen tot een betere rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt en een onderdeel van een verdere uitbouw van een adequate geestelijke gezondheidszorg. Wij hopen van harte dat de praktijk dit ook zal bevestigen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **Voorzitter**: De Regering zal volgende week antwoorden.

Ik stel voor, het verslag van de vorige vergadering goed te keuren.

Daartoe wordt besloten.

Sluiting 22.15 uur.

### **Lijst van ingekomen stukken, met de door de Voorzitter ter zake gedane voorstellen:**

1. acht Koninklijke boodschappen, ten geleide van de volgende voorstellen van wet:

Naturalisatie van Agziballi, Yüksel en 25 anderen (18 025)

Naturalisatie van Broussard, Maurizio Valentino Fernando Claudio en 22 anderen (18 026)

Wijziging van hoofdstuk XI (Departement van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) van

de begroting van uitgaven van het Rijk voor de jaren 1980 en 1981 (verzamelontwerp; derde wijzigingsvoorstel (18 028))

Wijziging van hoofdstuk XV (Departement van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) van de begroting van uitgaven van het Rijk voor het 1982 (wijziging naar aanleiding van de Voorjaarsnota; tweede wijzigingsvoorstel) (18 029)

Wijziging van hoofdstuk IXB (Departement van Financiën) van de begroting van uitgaven van het Rijk voor het jaar 1982 (verzamelontwerp; tweede wijzigingsvoorstel) (18 030)

Wijziging van de begroting van het Staatsbedrijf der Posterijen, Telegrafie en Telefonie en van de Rijkspostspaarbank voor het jaar 1981 (verzamelontwerp; eerste wijzigingsvoorstel) (18 032)

Machtiging tot deelneming in de besloten vennootschap Vredestein Banden B.V. en vergroting van de deelneming in de naamloze vennootschap Vredestein N.V. (18 033)

Goedkeuring van het op 15 juli 1982 te Parijs tot stand gekomen Verdrag tot oprichting van de Europese Organisatie voor Telecommunicatiesa-tellieten 'EUTELSAT' met Bijlagen en de bijbehorende Exploitatieovereenkomst, met Bijlagen (Trb. 1983, 96) (18 034)

Deze Koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken zijn al gedrukt;

2. de volgende brieven:

een, van de Minister-President, Minister van Algemene Zaken, ten geleide van de Medianota (18 035);

een, van de Minister van Onderwijs en Wetenschappen, over de TVC (17 649, nr. 15);

een, van de Minister van Financiën, ten geleide van de richtlijn Financiën-bankwezen (17 050, nr. 25);

een, van de Minister en de Staatssecretaris van Financiën, over rente-ontvangsten in de belastingheffing (17 050, nr. 26);

een, van de Staatssecretaris van Financiën, over aangiften vennootschapsbelasting (17 050, nr. 24);

een, van de Staatssecretaris van Defensie, de heer Van Houwelingen, over het voortbestaan Hembrug N.V. (17 600, X, nr. 44);

een, van de Minister van Verkeer en Waterstaat, ten geleide van de Regeringsbeslissing structuurschema zeehavens (16 789, nr. 8);

een, van de Minister van Economische Zaken, over teruggang van de industriële R&D (17 603, nr. 15);

twee, van de Staatssecretaris van Economische Zaken, de heer Van Zeil, te weten:

- een, over de Drink- en Horecawet (17 600, XIII, nr. 146);
- een, over herstructurering van de broodbakkerijsector (18 036);
- een, van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van een adviesaanvraag aan de SER (17 600, XV, nr. 124);
- vier, van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer De Graaf, te weten:
  - twee, over de WSW (17 600, XV, nr. 123);
  - een, over de eenmalige uitkering (17 976, nr. 6);
  - een, over de BKR (17 994, nr. 1).
- een, van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over het sportbeleid (18 039);
- een, van het Presidium, over het ontslag van een plaatsvervangend griffier en benoeming van haar opvolgers (18 040);
- een, van het lid Knol c.s., over uitdrukkelijke goedkeuring van een Overeenkomst met India (18 014 (R 1235), nr. 2).

Deze brieven zijn al gedrukt;

#### 3. de volgende brieven:

- een, van de Minister van Justitie, over behandeling van wetsvoorstel 18 000;
- een, van de Staatssecretaris van Financiën, ten geleide van het jaarverslag 1981/1982 van landbouwbedrijven in eigen beheer;
- een, van de Minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ten geleide van een verslag over de Wet algemene bepalingen milieuhygiëne;
- een, van de Minister van Economische Zaken, ten geleide van het jaarverslag 1982 beheerscollege BIPC;
- een, van de Staatssecretaris van Economische Zaken, de heer Van Zeil, ten geleide van het verslag toepassing van de Prijzenwet 1982;
- een, van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, over feitelijke toepassing van de Tijdelijke Wet Arbeidsvoorwaarden collectieve sector;
- een, van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer De Graaf, ten geleide van het rapport 'Bijstandsafhankelijkheid, een structureel gegeven.

De Voorzitter stelt voor deze brieven niet te drukken en voor kennisgeving aan te nemen. Voor zoveel nodig is kopie gezonden aan de betrokken commissies;

#### 4. de volgende adressen:

- een, van P. J. Konst te Amsterdam, met betrekking tot zijn belastingen;
- een, van M. J. Verduin te Zoetermeer, met betrekking tot justitiële zaken;
- een, van Bossche IJzer- en Metaalhandel Van Erp B.V. te 's-Hertogenbosch, met betrekking tot haar belastingen;
- een, van mejuffrouw A. v. Dasselaar en de heer P. Heinze te Amsterdam, met betrekking tot hun huisvesting;
- een, van D. P. H. M. Sopers te Berlicum (NB), met betrekking tot een gratieverzoek;
- een, van R. van Casand te Eindhoven, met betrekking tot een gratieverzoek;
- een, van A. M. Toetenel te Zwijndrecht, met betrekking tot zijn WAO-uitkering;
- een, van J. C. Roos te Rotterdam, met betrekking tot zijn belastingen.

Deze adressen zijn gesteld in handen van de commissie voor de Verzoekschriften;

#### 5. de volgende brieven e.a.:

- het jaarverslag 1982 van het KNMI;
- een, van de SBO, over de WUBO;
- een, van de OR van het algemeen ziekenfonds 'Alkmaar-Den Helder en Omgeving', over hun aanwijzing tot trendvolgers;
- een, van het gemeentebestuur van Leeuwarden, over het regionaal stimuleringsbeleid;
- een, van de Academische Raad, over TVC;
- een, van A. N. Köhne, over de BMD; het verslag 1981 van het Muntwezen;
- een, van F. Schipper, over de eigen bijdrage medicijnen;
- een, van gasten van het centrum '40-'45, over de de NVU;
- een, van C. B. Borsten, over 'tweeverdieners';
- een, van de LKG, over de Waffens SS;
- een, van het Havenschap Vlissingen, ten geleide van een gewijzigd besluit verordening onderhoudsbelasting;
- een, van het provinciaal bestuur van Drenthe, over aanpassingen IPR/BRT;
- een, van het Havenschap Vlissingen, ten geleide van het verslag van de vergadering van 15 juni 1983;
- een, van Blijf van mijn Lijf Zeeland en het comité vrouwen in de bijstand Zeeland, over bezuinigingen op de rechtshulp;
- een, van het Havenschap Delfzijl, ten geleide van de notulen van 2 juni 1983;
- een, van B. van Baggum, over een aanklacht met betrekking tot de politie van Nijmegen;

een, van het congres van de Badan Persatuan, over het dekolonisatieproces in Indonesië en de Molukse inspraak;

- een, van het gemeentebestuur van Angerlo, over de Financiële-verhoudingswet 1984;
- een, van de Nationale Raad voor maatschappelijk welzijn, over het welzijnsbeleid;
- een, van J. B. Bouwhorst, over 'Fast for Life';
- een, van de 'Te Gek Groep', over de BOPZ;
- een, van het provinciaal bestuur van Friesland, over IPR/BRT;
- een, van de FAM, over de rijkschoolbranche;
- een, van het Landbouwschap, over de Landinrichtingswet (15 907);
- een, van J. A. W. Gros-Massaar, over het ontbreken van een 'gifwijk' aan Madurodam.
- een, van de raadscommissie 'onafhankelijk Aruba', over de RTC-consensuspunten.

Deze brieven e.a. liggen op de griffie ter inzage.