

Vergaderjaar 2005–2006

**28 283**

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

**C**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 9 juni 2006

Wij zijn de leden van de diverse fracties erkentelijk voor de door hen in het voorlopig verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2005 (Kamerstukken I 2005/06, 28 283, B) gestelde vragen en gemaakte opmerkingen. Hierna gaan wij in op de gestelde vragen en gegeven beschouwingen. Daar waar door verschillende fracties met elkaar verband houdende vragen zijn gesteld, zijn bij de beantwoording de vragen in onderlinge samenhang bezien.

### **I. Beantwoording van de gestelde vragen en reactie op de gemaakte opmerkingen**

De leden van de commissie hebben in algemene zin en in verschillende bewoordingen aandacht gevraagd voor het algehele functioneren van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en voor de meermalen besproken wenselijkheid om te voorzien in een wettelijk stelsel waarin de behandeling van patiënten meer voorop staat. Zoals destijds – onder meer – aan de Tweede Kamer toegezegd (Kamerstukken II 2004/05, 29 363 en 25 763, nr. 10, p. 10) is een evaluatiecommissie van deskundigen en belangenbehartigers ingesteld, die in zijn algemeenheid het functioneren van de Wet Bopz evalueert en die advies zal uitbrengen over de wenselijkheid van een (vernieuwd) wettelijk stelsel (Stcrt. 20 december 2005, nr. 247, blz. 60 alsmede onze brief aan uw Kamer van 19 december 2005 met kenmerk CZ/GGZ-2644856). Deze Evaluatiecommissie betreft vanzelfsprekend bij haar advisering de tot nu toe ingenomen standpunten op dit punt. Het eindrapport van de Evaluatiecommissie verwachten wij maart 2007. In de tussentijd hechten wij er evenwel aan de binnen het kader van de Wet Bopz gewenste wijzigingen aan te brengen, zoals de invoering van de mogelijkheid van een zogenaamde zelfbindingsmachtiging, onderwerp van het onderhavige wetsvoorstel.

In algemene zin willen wij erop wijzen dat de Wet Bopz, anders dan wel eens wordt gedacht, niet beperkt is tot de gedwongen opname van personen, maar wel degelijk ook voorzieningen biedt voor behandeling van opgenomen personen, ook onder dwang. In maart 2006 is bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend (Kamerstukken II 2005/06,

30 492, nrs. 1–5) waarmee beoogd wordt de mogelijkheden van dwangbehandeling na een gedwongen opname nog eens aanzienlijk uit te breiden. Deze wetswijziging beoogt tegemoet te komen aan de kritiek dat personen wél gedwongen mogen worden opgenomen maar vervolgens veelal niet gedwongen mogen worden behandeld.

Bij brief van 1 februari 2006 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport ons gevraagd om een overzicht van de in de afgelopen acht jaar geamendeerde en gewijzigde artikelen van de Wet Bopz. In hoofdstuk II van deze memorie van antwoord is dit overzicht opgenomen, zoals toegezegd in onze brief van 20 februari 2006, kenmerk DBO-CB-U-2658247.

Geconstateerd kan worden dat de Wet Bopz bij veel gelegenheden is gewijzigd. Veel van de wijzigingen waren evenwel juridisch-technisch van aard, voortkomend uit wijzigingen die met de Wet Bopz als zodanig niets te maken hadden. De inhoudelijke wijzigingen van de Wet Bopz zijn beperkt in aantal en zijn steeds goed te verklaren. In de loop van de jaren is de maatschappij veranderd, hebben de inzichten binnen de psychiatrie een ontwikkeling doorgemaakt en zijn de mogelijkheden die de psychiatrie ter beschikking staan, uitgebreid. In de tijd dat de Wet Bopz tot stand kwam, lag de nadruk in onze maatschappij sterk op de autonomie van de patiënt, hetgeen niet alleen resulteerde in een wet die die geest ademde, maar ook in een toepassing van de wet die tot relatief weinig gedwongen opnames leidde. Was een (gedwongen) opname nodig, dan lag de nadruk vervolgens op behoud van autonomie binnen de instelling door pas in het uiterste geval gedwongen te behandelen.

Vervolgens was te zien dat de samenleving inzette op de vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt, die zoveel mogelijk buiten de inrichting moest leven. Dit betekende voor veel patiënten een verbetering, maar ook waren er patiënten voor wie een zelfstandig leven in de maatschappij vooralsnog een stap te ver was. Deze patiënten weten zich buiten een inrichting niet te redden, maar vormen – eenmaal gedwongen opgenomen – binnen de inrichting geen gevaar. Deze opzet van de Wet Bopz leidde ertoe dat zij thans wel gedwongen kunnen worden opgenomen, maar in veel gevallen niet gedwongen kunnen worden behandeld. Samengevat zorgden deze knelpunten ervoor dat er steeds meer vraag kwam naar wetgeving die al in een eerder stadium gedwongen behandeling mogelijk maakt, binnen en buiten de instelling.

De Wet Bopz is in de loop der tijd aangepast aan deze wensen en ontwikkelingen. De aanvullingen op de wet vinden dan ook steeds hun oorsprong in wensen vanuit de praktijk van het veld, die al of niet naar voren zijn gekomen in de periodieke evaluaties van de wet. De wijzigingen en aanvullingen van de wet hebben er wel toe bijgedragen dat de wet complexer werd, maar zij zijn steeds vanuit de wensen van de praktijk gemotiveerd en hebben de wet aangepast aan de eisen van de tijd. Voor een overzicht van deze wijzigingen verwijzen wij u naar hoofdstuk II van deze memorie van antwoord.

In ieder geval hebben al deze wijzigingen ertoe bijgedragen dat de wet niet alleen meer instrumenten bevat die (vooral) op de gedwongen opname van de betrokkenen zien, maar ook tot een wet die meer dan voorheen mogelijkheden tot gedwongen behandeling bevat en die tot buiten de muren van de inrichting reikt. Zoals hierboven al aangeduid, mag in dit kader niet onvermeld blijven dat op 17 maart 2006 een wetsvoorstel aan de Tweede Kamer is aangeboden dat een belangrijke verruiming betekent van de mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling binnen de inrichting (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nrs. 1–5). Uitgangspunt daarbij blijft dat dwang zoveel mogelijk moet worden voorkomen. Tegelijkertijd echter wordt tegemoetgekomen aan de steeds meer geuite

gedachte dat een tijdelijke inbreuk op de autonomie van de patiënt – waar- door de patiënt weer eerder buiten de inrichting kan functioneren – in sommige situaties is te verkiezen boven het onverkort beschermen van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Daarmee wordt het belangrijkste knelpunt van de Wet Bopz voor de prak- tijk weggenomen dat er in bestaat dat patiënten wel gedwongen konden worden opgenomen, maar vervolgens niet gedwongen konden worden behandeld.

Ook het thans aan de orde zijnde wetsvoorstel betreffende de zelfbinding is een voorbeeld van een dergelijk instrument waarmee meer wordt aangesloten bij de wensen vanuit de praktijk tot het toepassen van adequate behandelingen.

De patiënt kan greep houden op de behandeling in het kader van zijn ziekte, door ingrijpen mogelijk te maken als niet, of nog voordat aan het gevaarscriterium wordt voldaan. Hij kan aangeven wat er in bepaalde situaties – desnoods onder dwang – moet gebeuren. De *drang* die uitgaat van de afspraken in de zelfbindingsverklaring zal naar verwachting boven- dien ook tot buiten de muren van de instelling reiken. Immers, die patiënt weet dat als hij de afspraken niet nakomt, het moment nadert waarvan hij zelf heeft aangegeven dat het tot gedwongen opneming moet leiden.

Voor een beperkte groep patiënten betekent dit wetsvoorstel een belang- rijke verbetering, die veel voor hen mogelijk maakt.

Wij willen er dan ook krachtig voor pleiten om niet alleen de aandacht te richten op de vraag of de Wet Bopz zou moeten worden herzien – met het oog op het beantwoorden van dié vraag is, zoals hiervoor al aan de orde kwam, de Evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz ingesteld – maar er in ieder geval tevens voor te zorgen dat ook het bestaande instrumentarium zoveel mogelijk tegemoetkomt aan de eisen van de praktijk. Immers, zolang de vraag naar herziening van de wet niet is beant- woord – en indien de wet zou moeten worden herzien: zolang een nieuwe regeling nog niet van kracht is – is het wenselijk dat het bestaande kader optimaal wordt benut.

Het doet ons genoeg dat de leden van de CDA-fractie met belangstel- ling en instemming hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij stellen het behandelingsplan in samenhang met de inhoud van de zelf- bindingsverklaring aan de orde. De leden van het CDA lazen in de nota naar aanleiding van het nader verslag dat het wetsvoorstel geen belem- meringen bevat voor een negatieve wilsverklaring. Dit doet bij hen de vraag rijzen hoe specifiek een verklaring moet zijn wanneer het de inhoud van de behandeling betreft.

Een zelfbindingsverklaring die te algemeen is, biedt enerzijds de patiënt te weinig bescherming, maar biedt anderzijds ook de behandelaar te weinig houvast om tot behandeling over te kunnen gaan. Een zelfbindings- verklaring die te specifiek is daarentegen, houdt het risico in dat een situatie als beschreven in de praktijk nooit precies zo voorkomt. Daarmee kan een dergelijke zelfbindingsverklaring praktisch zonder nut blijken te zijn.

Het opstellen van een zelfbindingsverklaring is een samenspel tussen behandelaar en patiënt. Samen zullen zij een balans moeten vinden in het beschrijven van de omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot het vragen van de zelfbindingsmachtiging. Hoe gedetailleerd een verklaring moet zijn, zal per situatie en per patiënt kunnen verschillen.

De leden van de fractie van het CDA willen verder weten of een negatieve wilsverklaring in zekere zin een volledige volmacht kan zijn voor de behandelend arts om «bestens» te handelen.

Zij vragen zich af of dan nog sprake is van een laatste wilsuiting van de

patiënt in de zin van dit wetsvoorstel of niet. En voorts of dat wel het geval is indien betrokkene enkel vastgelegd wenst te zien, dat hem of haar één bepaald medicijn niet zal worden toegediend.

Met het instrument zelfbinding wordt afgeweken van het gevaars-criterium: ingrijpen tegen iemands wil wordt mogelijk gemaakt zonder dat sprake is van gevaar. In de plaats van het gevaarscriterium is de grondslag voor ingrijpen de eerdere wilsuïting van de patiënt en niet de meest recente wilsuïting.

Die is neergelegd in de zelfbindingsverklaring; daarin geeft de patiënt aan wat er moet gebeuren wanneer bepaalde omstandigheden zich voordoen. Een patiënt moet dan wel voldoende de inhoud en de gevolgen van de zelfbindingsverklaring kunnen overzien, omdat anders vraagtekens moeten worden gezet bij de rechtsgeldigheid van de toestemming.

Overigens is het niet goed voor te stellen dat een behandelaar akkoord zal gaan met een dergelijke zelfbindingsverklaring zoals die waarop de CDA fractie doelt. Zowel behandelaar als patiënt zal een traject voor het opstellen van een zelfbindingsverklaring zorgvuldig willen afleggen. Bovendien zullen zij elkaar vaak al langere tijd kennen en zullen zij weten wat zij aan elkaar hebben. Het is de bedoeling dat zij op die manier juist een crisissituatie voorkomen, zodat er ruimte is om weloverwogen afspraken te maken. De behandelaar zal willen weten wat de patiënt van hem verwacht. Heeft de patiënt in onvoldoende mate een beeld van zijn ziekte en het verloop daarvan en wil hij daarover geen afspraken maken, dan is zelfbinding waarschijnlijk niet het juiste instrument voor deze patiënt.

Om een zelfbindingsverklaring te laten vaststellen dienen zowel de behandelaar als de patiënt – alsook de onafhankelijk psychiater – het vertrouwen te hebben dat betrokkene de inhoud en de gevolgen van de zelfbindingsverklaring kan overzien.

Tevens moeten zij oordelen dat het in de zelfbindingsverklaring voorziene verblijf en de daarin voorziene behandeling de situatie van betrokkene zodanig kan verbeteren dat deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de behandeling in staat is.

Zoals gezegd, zal een zelfbindingsverklaring waarin enkel als bepaling is opgenomen dat één bepaald medicijn niet moet worden toegediend, een behandelaar in de regel onvoldoende houvast geven om een succesvolle behandeling te bieden. Dit neemt niet weg dat een dergelijke negatieve verklaring onderdeel kan zijn van een meer omvattende zelfbindingsverklaring.

Is er wel sprake van een laatste (dat wil zeggen meeste recente) wilsuïting van de patiënt in de zin van dit wetsvoorstel, dan vragen de leden van de fractie van het CDA zich af hoe dit zich verhoudt tot het behandelingsplan en de mogelijkheid om te klagen, indien het behandelingsplan niet wordt uitgevoerd, c.q. wordt gewijzigd tijdens de opname.

Anders gezegd: hoe klachtwaardig is handelen in afwijking van het behandelingsplan, indien betrokkene in de zelfbindingsverklaring de arts een ruime vrijheid van handelen heeft gegeven of sprake is van een klacht over het niet toepassen van het behandelingsplan?

De leden van de fractie van D66 vragen waarom het onder deze regeling ook mogelijk is dat patiënten die gedwongen zijn opgenomen, tijdens deze gedwongen opname een zelfbindingsverklaring kunnen opstellen. Daarin schuilt volgens hen een levensgroot gevaar dat mensen die gedwongen zijn opgenomen een niet geheel bewuste keuze kunnen maken.

Het is niet de bedoeling dat het behandelingsplan tijdens een gedwongen opname wordt gewijzigd. Grondgedachte is immers dat de patiënt in een heldere periode, uit vrije wil een bewuste keuze maakt tot zelfbinding.

Wijziging is – evenals intrekking – dan ook slechts mogelijk als de patiënt daartoe bekwaam is. Van een heldere periode zal tijdens een gedwongen opname nu juist geen sprake zijn en evenmin is in die situatie duidelijk of iemand werkelijk instemt met het gewijzigde behandelingsplan of dat hij slechts instemt omdat hij zich niet vrij voelt te weigeren.

In de regel zal het bij patiënten die een zelfbindingsverklaring opstellen gaan om mensen die juist hulp zoeken en behandeling willen in bepaalde gevallen. Bovendien gaat het om een weloverwogen document dat de arts en de patiënt gezamenlijk opstellen. Daarbij zullen beide partijen er goed op letten of wel duidelijk is wat de verwachtingen over en weer zijn. Bevat een zelfbindingsverklaring – ondanks beider belang bij concrete afspraken – toch te weinig concrete afspraken over welke behandeling een patiënt wél wil ondergaan, dan zal dat inderdaad consequenties hebben voor de klachtwaardigheid van het niet toepassen van het behandelingsplan. Immers, het is dan moeilijk te bepalen of de behandelaar wel of niet het behandelingsplan (juist) toepast.

De leden van de fractie van het CDA vroegen hoe de situatie dat de betrokkene de arts een ruime vrijheid van handelen heeft gegeven, zich verhoudt tot artikel 34n, derde lid, dat bepaalt dat alleen tegen niet-toepassing van het plan geklaagd kan worden. Ook vroegen zij wat in een dergelijke situatie dan precies de status van het behandelingsplan is in de relatie tussen arts en patiënt.

Zoals is aangegeven in de artikelsgewijze toelichting, wordt voor iemand met een zelfbindingsverklaring de werking van hoofdstuk III van de wet uitgesloten (eerste en tweede lid van artikel 34n van het wetsvoorstel). Dat betekent dat het niet mogelijk is dwang binnen de inrichting toe te passen die niet zijn basis vindt in de zelfbindingsverklaring. Het toepassen van de behandeling die in de zelfbindingsverklaring is vermeld, is door de betrokkene zelf voorzien en geldt dan ook niet als dwangtoepassing waartegen een klacht kan worden ingediend; zie ook artikel 34n, tweede lid, van het wetsvoorstel. De verlening van een zelfbindingsmachtiging omvat mede de machtiging tot het toepassen van de daarin opgenomen behandeling. Daarover kan dan ook geen klacht in de zin van de Wet Bopz worden ingediend. Overigens bestaat er voor patiënten nog altijd de mogelijkheid om te klagen op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

Het afgesproken behandelingsplan is een essentieel onderdeel van de zelfbindingsverklaring. Daarin staan de afspraken tussen patiënt en behandelaar over de wensen van de patiënt betreffende opname en behandeling. Behandelaar én patiënt moeten zich aan deze afspraken houden.

Het doet ons genoeg dat de leden van de PvdA-fractie met belangstelling hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel en hier positief tegenover staan, omdat hierin naar hun mening zeer terecht de rechten van de patiënt in een kwetsbare situatie worden gewaarborgd. Wel hebben zij enkele vragen over de uitvoerbaarheid van de wet en daarmee over het gebruik van het middel zelfbinding.

De leden van de PvdA-fractie hebben uit kringen van behandelaars begrepen dat de intentie van de wet positief wordt gewaardeerd, maar dat het als een moeilijk uitvoerbare wet wordt gezien, waardoor er getwijfeld wordt aan de mogelijkheid om het instrument zelfbinding in te zetten. De leden vragen of dit bekend is.

Wij hebben inzage gekregen in de brief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan uw Kamer van 25 november 2005 over het wetsvoorstel zelfbinding. Hoewel de behandelaars daarin hun twijfels uitspreken over de uitvoerbaarheid van dit wetsvoorstel, geven zij er desondanks de voorkeur aan de zelfbinding in de wet op te nemen. Reden

hiervoor is dat het volgens de NVvP grote betekenis heeft binnen de patiëntenbeweging en dat het een belangrijke stap is naar de invulling van zelfbeschikking én naar een betere beschrijving van de betekenis van wils(on)bekwaamheid in het veld van de Wet Bopz. Wij willen er hier op wijzen dat tijdens de eerste evaluatie van de Wet Bopz door de onderzoekers werd waargenomen, dat veel behandelaars er destijds voorstander van waren dat de mogelijkheid van zelfbindingscontracten in de wet zou worden opgenomen (Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, deelonderzoek 3 «Onvrijwillige opnameprocedures», Rijswijk, november 1996, blz. 67, paragraaf 5.3).

De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel personen bij benadering gebruik zullen maken van dit nieuwe instrument. Het is op dit moment niet duidelijk hoeveel patiënten gebruik zullen gaan maken van de mogelijkheid een zelfbindingsverklaring op te stellen. Uit onderzoek is gebleken dat de door psychiaters gegeven schattingen uiteenlopen van hooguit enkele procenten tot tientallen procenten van grote diagnosegroepen als patiënten met een bipolaire stoornis en schizofrenie.

De verschillen in schattingen van de omvang van de doelgroep zijn te herleiden tot verschillen in opvatting over vereisten waaraan patiënten dienen te voldoen, over de wijze waarop een zelfbindingsverklaring wordt aangeboden en over de uiteindelijke bedoeling van en mogelijke alternatieven voor een zelfbindingsverklaring. De praktijk zal daarom moeten uitwijzen hoeveel patiënten daadwerkelijk gebruik gaan maken van de mogelijkheid een zelfbindingsverklaring op te stellen.

Het verheugt ons dat de leden van de PvdA-fractie het met ons eens zijn dat het onjuist zou zijn om zonder wettelijke grondslag experimenten met zelfbinding mogelijk te maken. Wel vroegen zij zich af waarom er niet voor is gekozen om in de wet een experimenteerartikel op te nemen op grond waarvan experimenten met betrekking tot de zelfbindingsverklaring mogelijk zijn. De leden van de fractie van D66 vragen zich af waarom geen proefregio's als experiment voor deze regeling zijn ingesteld om deze wetenschappelijk te begeleiden en te evalueren, zoals was aangeraden door de Raad voor Volksgezondheid in het rapport «Beter (z)onder dwang».

Zoals onze ambtsvoorgangers destijds in de memorie van toelichting hebben aangegeven (Kamerstukken II 2001/02, 28 283, nr. 3, blz. 5), is voor het terzijde schuiven van verzet – wat een cruciaal kenmerk is van de voorgestelde zelfbindingsregeling – een wettelijke grondslag vereist die, in verband met de eisen die de Grondwet en het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (EVRM) daaraan stellen, bovendien voorziet in een zorgvuldige procedure. Dat geldt dus ook voor eventuele experimenten met zelfbindingsverklaringen die als doelstelling hebben het (latere) verzet van betrokkene zonodig te doorbreken. Aangezien het wetsvoorstel niemand verplicht tot het opstellen van een zelfbindingsverklaring, zou het toevoegen van een experimenteerbepaling of een proefregio als experiment naar onze mening geen toegevoegde waarde hebben.

Deze leden vroegen vervolgens waarom het niet mogelijk is gemaakt de rechterlijke toetsing te laten plaatsvinden nadat de behandeling overeenkomstig de zelfbindingsverklaring is gestart op initiatief van de geneesheer-directeur. Zou in dit geval de verzwaring van de administratieve lasten niet opwegen tegen het voordeel van de mogelijkheid om de zelfbindingsverklaring te kunnen effectueren zodra zich de daarvoor beschreven omstandigheden voordoen, zo vragen zij zich af. Wij stellen hierbij voorop dat de zelfbindingsverklaring strekt tot opne-



ming, verblijf en behandeling van de stoornis van de geestvermogens. Zoals de Raad voor de Rechtspraak aangaf in zijn advies over de nota van wijziging (zie Kamerstukken II 2004/05, 28 283, nr. 8, blz. 8), gaat het bij de opneming van een persoon, die in een eerdere fase heeft ingestemd met opneming maar deze instemming later intrekt, om vrijheidsbeneming. Een grondbeginsel van de Wet Bopz is dat beslissingen tot vrijheidsbeneming worden genomen door een rechterlijke instantie. Weliswaar kent de Wet Bopz de mogelijkheid van inbewaringstelling, waartoe kan worden besloten door de burgemeester, maar dat is slechts mogelijk indien sprake is van een zo onmiddellijk dreigend gevaar dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht.

Daarvan is bij het afgeven van een zelfbindingsmachtiging geen sprake. De Raad voor de Rechtspraak was het zoals blijkt uit zijn hiervoor gemenoreerde advies, eens met het standpunt van de regering dat de beslissing om tot vrijheidsbeneming over te gaan, moet worden genomen door de rechter.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of bij de inrichting van de procedure om te komen tot een zelfbindingsmachtiging, niet volstaan had kunnen worden met het inschakelen van één psychiater, en wel de psychiater bedoeld in artikel 34c.

Graag wijzen wij erop dat in de procedure bij de rechter er slechts één nieuwe verklaring van een psychiater nodig is, namelijk de verklaring van de onafhankelijke psychiater die vaststelt dat de in de verklaring omschreven omstandigheden zich thans daadwerkelijk voordoen (artikel 34h, eerste lid, laatste zinsnede). Deze bepaling is in het wetsvoorstel toegevoegd naar aanleiding van het advies van de Raad van State, die erop wees dat ingevolge jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens een actuele medische verklaring vereist is om tot gedwongen opneming te kunnen overgaan (zie Kamerstukken II 2001/02, 28 283, A, blz. 2).

Voor het overige kan bij de procedure die strekt tot het verkrijgen van de zelfbindingsmachtiging, worden volstaan met «oude» verklaringen die zich volgens artikel 34h, eerste lid, in het dossier ten behoeve van de rechter dienen te bevinden: de zelfbindingsverklaring als zodanig (conform artikel 34b opgesteld door de betrokkene en zijn behandelaar) en de verklaring (conform artikel 34c) waaruit onder meer blijkt dat de betrokkene destijds bekwaam was tot het vastleggen van zijn zelfbindingsverklaring.

Deze leden hebben gevraagd wat de waarde is van de zelfbindingsverklaring van de patiënt als bij de procedure om te komen tot een zelfbindingsmachtiging door de rechter de hele groep betrokkenen, bedoeld in artikel 8, vierde lid, wordt gehoord.

Voor ons staat voorop dat de waarde van de zelfbindingsverklaring buitengewoon groot is en dat die waarde niet minder wordt door het feit dat de rechter een of meer andere personen raadpleegt. De toepasselijkheid van artikel 8 strekt er primair toe dat de patiënt, zo mogelijk, zelf wordt gehoord (artikel 8, vierde lid, onderdeel a) en dat hij bijstand door een advocaat kan krijgen (artikel 8, derde lid).

Het gaat immers om een situatie waarin de betrokkene zich inmiddels verzet tegen opneming terwijl er géén sprake is van «gevaar» dat noopt tot dwangopneming. De rechter moet dan wel adequaat worden voorgelicht. Hij zal zelf kunnen beoordelen welke van de in artikel 8, vierde lid, bedoelde personen hij daartoe uitnodigt. Indien de betrokkene bijvoorbeeld gehuwd is, zal het voor de hand liggen dat de echtgenoot (onderdeel b) wordt uitgenodigd om gehoord te worden. In een dergelijk geval wordt over betrokkene in ieder geval geen ouderlijk gezag meer uitgeoefend, zodat er geen ouders (onderdeel d) uitgenodigd hoeven te worden. Het is dus niet zo dat «de hele groep» van artikel 8 gehoord moet worden.

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom er, gelet op de veranderende wilsbekwaamheid van een patiënt, niet voor is gekozen om een bedenktijd voor te schrijven alvorens een zelfbindingsverklaring ingetrokken kan worden. In dit kader vroegen de leden van de SP-fractie de mening van de bewindslieden over het voorstel een wettelijke termijn van veertien dagen vast te leggen als bezinningstijd als een patiënt zijn zelfbindingsverklaring wil intrekken.

Wij menen dat met de in het wetsvoorstel opgenomen regeling hetzelfde doel wordt bereikt dat deze leden kennelijk voor ogen staat, namelijk dat de patiënt zijn eenmaal afgelegde verklaring niet zomaar weer kan intrekken. Bij het intrekken van de zelfbindingsverklaring moet namelijk aan dezelfde vereisten worden voldaan als bij het opstellen van de verklaring. Dat wil zeggen dat indien de patiënt zijn verklaring wil intrekken, hij voorafgaand daaraan moet worden onderzocht door een psychiater die dient vast te stellen of betrokkene in staat is de inhoud en de gevolgen van de intrekking te overzien.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af waarom de patiënt die op grond van een zelfbindingsmachtiging behandeld wordt, te allen tijde uiterlijk zes weken nadat de behandeling is ingezet dient te worden ontslagen, zelfs als er niets veranderd is in diens situatie en hij dus nog steeds niet zijn belangen ter zake van een behandeling kan waarderen. Ook de SP fractie heeft hiervoor aandacht gevraagd. Waarom is er niet voorzien in een verlengingsmogelijkheid, zo vragen zij zich af. Voor de periode van zes weken is gekozen omdat die periode voor betrokken patiënt te overzien is; hij moet immers kunnen overzien waartoe hij zich verbindt.

Dat de zelfbindingsmachtiging als zodanig een maximale duur heeft van zes weken, wil echter niet zeggen dat de betrokkene na verloop van die termijn dient te worden ontslagen. Zoals al eerder is aangegeven, heeft de zelfbindingsmachtiging vooral betekenis voor patiënten met een ziektebeeld waarbij het ziekteverloop zich kenmerkt door periodes waarin zij nagenoeg vrij zijn van symptomen en periodes waarin zich crises voordoen. Bij de zelfbindingsmachtiging gaat het er niet om dat de behandeling die in het kader van de zelfbinding wordt ondergaan leidt tot de situatie van voor de terugval. De behandeling van degene die is opgenomen met een zelfbindingsmachtiging, is erop gericht de betrokkene weer zover te krijgen dat hij in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van een behandeling, met andere woorden zover te krijgen dat hij weer inzicht krijgt in zijn ziekte en weer bereid is zich te laten behandelen, hetgeen kan leiden tot een vrijwillige behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis of een vrijwillige behandeling daarbuiten. De verwachting is dat in de regel binnen deze periode met behulp van een behandeling een dusdanig herstel kan worden bereikt. Dat een termijn van zes weken voor een zodanig herstel aangewezen wordt geacht, werd aanvankelijk ook bevestigd door de NVvP. Zie ook Kamerstukken II 2002/03, 28 283, nr. 5, blz. 3.

Aan de ene kant moet er dus voldoende tijd zijn voor een adequate behandeling, aan de andere kant moet voorkomen worden dat een patiënt te lang opgenomen blijft en daarmee «uit de maatschappij» verdwijnt. Het is de bedoeling dat de patiënt na deze termijn zelf beslist over opname, verblijf en behandeling. Kan hij dat niet en is er sprake van gevaar, dan zal voor de patiënt een inbewaringstelling of een voorlopige machtiging moeten worden aangevraagd.

De leden van de fractie van de PvdA hebben begrepen dat er een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet Bopz inzake voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling bij de Raad van State ligt en vragen zich af of niet aangesloten dient te worden bij de termijnstelling in die wet. De leden van de fractie van de PvdA merken verder op dat de patiënt weliswaar op



vrijwillige basis opgenomen kan blijven, maar dat het probleem van deze patiënt nu niet juist was dat hij zijn belangen terzake van de behandeling niet kon waarderen en dat er daarom een zelfbindingsmachtiging is verstrekt. Zij vragen zich af of de patiënt hierdoor niet van de regen in de drup komt.

Deze leden zullen het oog hebben op de termijn die onderdeel uitmaakt van de uitbreiding van de mogelijkheden om dwangbehandeling toe te passen bij personen die met een reguliere rechterlijke machtiging zijn opgenomen en waarbij de behandeling als zodanig gericht is op het wegnemen van het gevaar (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nrs. 1–5). Om verschillende redenen sluit dit voorstel evenwel niet aan bij de termijnstelling in die wet. Als iemand zichzelf «bindt» aan een zelfbindingsverklaring is het belangrijk dat de patiënt de termijn waarvoor hij zich vastlegt, kan overzien. Bij het instrument zelfbinding is daarnaast bewust gekozen voor een korte termijn, aangezien er (nog) geen sprake is van gevaar.

Wel is het zo dat een patiënt op het moment dat hij gedwongen moet worden opgenomen ter uitvoering van zijn zelfbindingsverklaring, inderdaad zijn belangen ter zake van de behandeling niet zal kunnen waarderen. Maar er wordt bij deze patiënt op een vroeg moment ingegrepen, nog voordat sprake is van gevaar. De patiënt wordt opgenomen en behandeld conform de afspraken die daarover zijn gemaakt tussen hem en zijn behandelaar. De behandelaar is bekend met de patiënt, met zijn geestesstoornis en met de gewenste behandeling en ook de patiënt weet wat er wel en niet zal gebeuren. Dat scheelt heel veel tijd.

Ten slotte hoeven de opneming en behandeling er niet toe te leiden dat de patiënt weer helemaal beter is; voldoende is het dat de patiënt – net als enige tijd voor de gedwongen opneming – wél weer in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een behandeling. De patiënt komt daardoor dus niet van de regen in de drup.

Het verheugt ons dat de leden van de VVD-fractie op zich geen moeite hebben met het model van de zelfbinding. Zij zien het als een vrij elegante vorm om met inachtneming van de rechten van de geesteszieke patiënt toch over te kunnen gaan tot dwangbehandeling, namelijk op basis van een eerder door de patiënt daarvoor verleende toestemming.

Voor de leden vormen de voorwaarden voor dwangbehandeling (er moet sprake zijn van ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen, dat voortkomt uit de geestesstoornis van de patiënt) het probleem, omdat de laatste voorwaarde in de praktijk moeilijk te vervullen blijkt, terwijl behandeling wel het enige is dat de situatie van de patiënt kan verbeteren. Zij zien het huidige wetsvoorstel als een poging om te ontsnappen aan deze lastige situatie.

Wij willen er hier op wijzen dat er sinds 1 januari 2004 geen sprake meer hoeft te zijn van «ernstig gevaar», maar nog slechts van «gevaar». Voor de verruiming van de dwangbehandeling verwijzen wij naar het onlangs bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel ter zake (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nrs. 1–5).

Terecht stellen de leden van de SP-fractie vast dat deze wetswijziging het fenomeen van zelfbinding in de Wet Bopz introduceert. Ook na de discussies die tot nu toe al over deze wetswijziging zijn gevoerd, hebben deze leden nog vragen.

Allereerst vragen zij, op welke manier de zelfbindingsverklaring en daarna eventueel de zelfbindingsmachtiging vorm wordt gegeven.

In het wetsvoorstel wordt het aan de praktijk gelaten om de zelfbindingsverklaring vorm te geven. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven (Kamerstukken II 2001/02, 28 283, nr. 3, blz. 3–4), kan de patiënt in een zelfbindingsverklaring zelf aangeven in welke toekomstige crisissituatie hij zijn autonomie met betrekking tot opname of behandeling wil

beperken. De omstandigheden moeten duidelijk en helder worden omschreven in de zelfbindingsverklaring. Die omstandigheden kunnen van geval tot geval verschillen. Ook kan de gedetailleerdheid van de beschrijving van de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen. Juist om die persoonlijke verschillen goed tot hun recht te laten komen en om de patiënt en de behandelaar zoveel mogelijk vrij te laten in het opstellen van een zelfbindingsverklaring en het beschrijven van omstandigheden naar de specifieke situatie en wensen van de patiënt worden er in de wet zo weinig mogelijk eisen aan gesteld.

De leden van de SP-fractie vragen daarbij naar een inschatting van de administratieve lastendruk en of dit ook een belemmering kan betekenen voor een adequate uitvoering.

Natuurlijk is het niet de bedoeling dat we onnodig bureaucratische verplichtingen in het leven roepen. Daar let dit kabinet ook juist heel scherp op. Echter, de zelfbindingsverklaring en de zelfbindingsmachtiging rechtvaardigen een zorgvuldige procedure. Het gaat hier immers om vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking van mensen die nog niet eens een gevaar veroorzaken. Deze mensen doen op enig moment afstand van (grond)rechten in die zelfbindingsverklaring. En wij willen hen daaraan houden op een moment dat ze het er zelf niet meer mee eens zijn. Dit vergt een procedure die waarborgt dat wat gebeurt bij opname of behandeling ook is wat iemand volgens zijn zelfbindingsverklaring wilde en dat ook daadwerkelijk sprake is van de situatie zoals beschreven in zijn zelfbindingsverklaring. Daarom is het van belang dat de zelfbindingsverklaring zo helder mogelijk is. Op die manier kan een zelfbindingsverklaring adequaat worden uitgevoerd.

In een situatie zoals door de leden van de SP-fractie beschreven, waarin er een levensbedreigende situatie ontstaat door het enkele feit dat er enige tijd gemoeid is met het vooraf verkrijgen van een zelfbindingsmachtiging, is het zeer de vraag of het instrument van zelfbinding wel voor de hand ligt. Dat instrument is immers juist bedoeld om een gedwongen opname te verkrijgen als voorzienbaar is dat er een situatie dreigt te ontstaan waarin er géén sprake is van gevaar voor de betrokkene zelf of zijn omgeving, maar waarin de betrokkene vooraf heeft aangegeven tóch opgenomen te willen worden. Bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring moeten de omstandigheden worden aangegeven, waaronder de betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen wenst te worden. Als sprake is van een zeer snel verergerend ziektebeeld – wat kennelijk zelfs tot een levensbedreigende situatie kan leiden – is het zaak de omstandigheden zodanig te omschrijven dat op tijd kan worden ingegrepen. Als dat niet mogelijk is, moet de vraag worden gesteld of er niet al aanstonds sprake is van een in potentie zo reëel aanwezig gevaar, dat een opname van betrokkene op basis van een voorlopige machtiging of inbewaringstelling overwogen moet worden.

Daarnaast kunnen zich natuurlijk omstandigheden voordoen die in het geheel niet waren voorzien bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring, en die leiden tot een levensbedreigende situatie voor betrokkene. Als er sprake is van een levensbedreigende situatie voor betrokkene, moeten natuurlijk de daartoe geëigende maatregelen worden genomen. Gedacht kan worden aan het verlenen van geneeskundige zorg waardoor de levensbedreigende situatie wordt afgewend of – als daarvoor wél tijd beschikbaar is – aan het vragen van een inbewaringstelling.

De leden van de SP-fractie vragen zich verder af op wie de taak rust de geestelijke ontsporing te signaleren van een psychiatrische patiënt die in die situatie mogelijk opgenomen en behandeld moet worden, zoals hij zelf in zijn zelfbindingsverklaring had vastgelegd? Is dat alleen de behandelaar of zaakwaarnemer, of ruimer genomen ook familie, politie of huisarts?

Artikel 34g van het wetsvoorstel bepaalt dat de psychiater met wie de patiënt de zelfbindingsverklaring heeft opgesteld, bevoegd is om de officier van justitie te verzoeken een zelfbindingsmachtiging aan te vragen. Als de betrokkene een andere behandelaar heeft dan die psychiater, is ook die andere behandelaar daartoe bevoegd. Maar een belangrijke rol zal ook weggelegd zijn voor de persoon of personen die door de betrokkene zelf zijn aangewezen overeenkomstig artikel 34d, tweede lid, en die uit dien hoofde een afschrift hebben gekregen van de zelfbindingsverklaring. Het ligt voor de hand dat juist die personen in de gaten hebben wanneer de omstandigheden zich gaan voordoen die in de zelfbindingsverklaring zijn omschreven als signaal dat het mis dreigt te gaan. Dit kunnen bijvoorbeeld familieleden zijn of de huisarts. Ook de politie kan dit signaleren, maar dat ligt minder voor de hand.

De leden van de SP-fractie vragen naar de registratie en evaluatie van de praktijk van de zelfbinding. De leden van de fractie van D66 geven aan zeer te hechten aan een goede en snelle evaluatie van de regeling van de zelfbinding. Zij verwijzen naar hetgeen het lid Dittrich hierover naar voren heeft gebracht bij de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer. Zij vragen zich af waarom zo'n snelle evaluatie niet wenselijk zou zijn.

In artikel 34d, derde lid, van het wetsvoorstel is geregeld dat de inspectie een register bijhoudt van de zelfbindingsverklaringen. Op die manier kan al snel een indruk worden gekregen hoe vaak het instrument wordt toegepast. Ook houdt de inspectie toezicht.

De evaluatie van de zelfbindingsregeling zal bij de vierde evaluatie van de Wet Bopz plaatsvinden. Dit is ook een juist moment. De regeling heeft dan naar verwachting voldoende lang gewerkt om zinvol te kunnen evalueren. Om in de tussentijd toch de vinger aan de pols te houden is aan de Tweede Kamer toegezegd dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt verzocht om vooruitlopend op de evaluatie van de Wet Bopz regelmatig te rapporteren over de toepassing van het instrument van de zelfbindingsverklaring (Handelingen II, 2005–2006, blz. 12–713).

De leden van de SP-fractie vragen de ministers om een reactie op de stelling dat uitvoering van dwangbehandeling niet gepaard hoeft te gaan met fysieke dwang, gelet op het feit dat – zoals deze leden stellen – de regering dat toch een reden vindt om ambulante dwangbehandeling af te wijzen. Zij vragen zich af of de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) niet de kaders biedt om ook ambulant tot dwangbehandeling over te gaan als er een zelfbindingsverklaring bestaat. Vooraf merken wij op dat het kenmerk van dwangbehandeling niet is dat de behandeling altijd met fysieke dwang gepaard gaat, maar dat de behandeling met fysieke dwang gepaard moet *kunnen* gaan als dat nodig is. In die bevoegdheid tot het toepassen van fysieke dwang ligt nu net het verschil tussen drang en dwang.

De Wgbo stelt de algemene regels voor de gezondheidszorg. De Wet Bopz biedt regels voor een bijzondere situatie, namelijk als er sprake is van een geestesstoornis die betrokkene gevaar doet veroorzaken voor zichzelf of anderen. De Wgbo biedt wel enige gelegenheid tot dwangbehandeling. Op grond van artikel 7:465 Burgerlijk Wetboek kan bij een wilsonbekwame patiënt een verrichting van ingrijpende aard worden uitgevoerd als die nodig is om kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Het beschouwen van een dwangbehandeling die wordt uitgevoerd in het kader van zelfbinding als «kennelijk nodig teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen», zou een aanzienlijke verruiming betekenen van het begrip kennelijk ernstig nadeel. Er is immers bij de hier bedoelde patiënten nog geen sprake van gevaar. Bovendien zou voor toepassing van dit artikel de patiënt eerst «wilsonbekwaam» moeten worden verklaard ter zake van zijn behandeling en zou vervolgens een persoon die

daartoe schriftelijk is gemachtigd, in zijn plaats moeten optreden.

De door de leden van de SP-fractie aangehaalde wens van het veld om ambulante dwangbehandeling te mogen toepassen, zal praktisch gesproken inhouden dat men de mogelijkheid wil hebben om iemand bijvoorbeeld periodiek poliklinisch depotmedicatie toe te dienen. Zolang het niet gaat om het toepassen van de medicatie onder dwang maar onder drang, zien wij daarvoor ruimte binnen het voorgestelde instrument zelfbinding. Zo kan in de zelfbindingsverklaring als een van de omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot opname worden vermeld, dat betrokkene wil worden opgenomen indien hij zijn medicatie niet meer op de polikliniek komt halen.

Immers, patiënt en behandelaar weten dan dat het binnen afzienbare, mogelijk zelfs zeer korte tijd, niet goed zal gaan met de patiënt. Op deze wijze kan materieel worden bereikt wat het veld wil, terwijl overeind blijft staan dat dwang alleen als laatste redmiddel toelaatbaar is.

De leden van de SP-fractie vragen of er ook nog een opdracht is gegeven voor een internationale vergelijking hoe dwangbehandeling wordt vormgegeven en met welke landen een vergelijking wordt gemaakt. Een van de deelonderzoeken ten behoeve van de Evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz betreft de internationale context (best practices in het buitenland van bijvoorbeeld de juridische vormgeving en de psychiatrische behandeling). In overleg met de onderzoekers besluit de commissie met welke landen een vergelijking wordt gemaakt.

De leden van de fractie van D66 hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel. Zij vragen zich af waarom de ministers zich niet meer hebben georiënteerd op ervaringen rond zelfbinding in de psychiatrie in het buitenland. Ook vragen zij zich af of Nederland het eerste land is in de Europese Unie dat een wettelijke regeling voor zelfbinding opstelt.

Bij het opstellen van de zelfbinding hebben we vooral geluisterd naar de wensen in de praktijk en de behoefte van de betrokkenen. Daarbij hebben we aangesloten bij de ervaringen met de zogenaamde crisiskaart. Bovendien willen we er op wijzen dat bij het kijken naar buitenlandse stelsels moet worden bedacht dat deze voorbeelden «vertaald» moeten worden naar de Nederlandse wetgeving, in dit geval de Wet Bopz. Het direct een op een overnemen van regelingen is niet mogelijk, omdat bijvoorbeeld rechtsstelsels, volksgezondheidsstelsels en cultuur van land tot land verschillen.

Binnen de Europese Unie loopt Nederland met de regeling van de zelfbinding voorop. Wel kent de nieuwe *Scotland Care and Treatment Act* die in oktober 2005 in werking is getreden in Schotland de zogenaamde «*advanced directives*». Daarin geeft een patiënt aan welke aanpak hij wil hebben, indien de psychiater opnieuw dwangbehandeling wil toepassen. De aanwijzingen voor toekomstig handelen worden steeds door de patiënt in overleg met de psychiater bijgesteld. Hierbij willen wij erop wijzen dat een dergelijke «*directive*» meer de status heeft van een crisiskaart dan van een zelfbindingsverklaring.

De leden van de fractie van D66 zetten er vraagtekens bij waarom de rechter slechts toetst of de omstandigheden van de zelfbeschikkingverklaring zich voordoen en niet tevens toetst of de behandeling noodzakelijk is. Zij merken op dat aan de inhoud van de zelfbindingsverklaringen nauwelijks eisen worden gesteld en vragen of de rechter nergens kan ingrijpen als de betrokkenen een wel erg merkwaardig contract hebben opgesteld.

In het wetsvoorstel is gekozen voor een systeem waarin een onafhankelijke psychiater beoordeelt of het in de verklaring voorziene verblijf en de

daarin voorziene behandeling de situatie van de betrokkene zodanig kunnen verbeteren dat deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een behandeling in staat is. Binnen de Wet Bopz heeft de rol van de rechter – afgezien van zijn taak bij de beoordeling van klachten – altijd al met nadruk gelegen op beslissingen omtrent vrijheidsbeneming, dat wil zeggen rond de vraag of iemand gedwongen mag worden opgenomen. De vraag of en zo ja welke vorm van dwangbehandeling vereist is (vrijheidsbeperking), is een vraag die in beginsel door de medisch deskundigen wordt beantwoord.

Bij de totstandkoming van de zelfbindingsmachtiging beoordeelt de rechter de vraag of tot opnemning mag worden overgegaan aan de hand van de vraag of de door de patiënt en zijn behandelaar in een zelfbindingsverklaring vermelde omstandigheden zich inderdaad voordoen. Deze zelfbindingsverklaring is al bij het vaststellen ervan door een onafhankelijke psychiater getoetst op de vraag of het in de verklaring voorziene verblijf en de behandeling de situatie van betrokkene zodanig kan verbeteren dat deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een behandeling in staat is. Wij achten het dan ook niet meer dan voor de hand liggend dat de rol van de rechter in dit geval beperkt is tot het toetsen of de omschreven omstandigheden zich inderdaad voordoen. Deze beperkte rechterlijke toets brengt niet mee dat de rechter zich geheel van een beoordeling van de inhoud van de verklaring moet onthouden. De rechter zal wel degelijk in zijn beoordeling kunnen betrekken of de patiënt en de behandelaar redelijkerwijs tot deze afspraak konden komen. Onder omstandigheden kan deze beoordeling voor de rechter aanleiding zijn om de zelfbindingsmachtiging niet te verlenen. Overigens hebben wij geen reden om te verwachten dat patiënten en behandelaars – met nog een oordeel van een onafhankelijk psychiater – tot erg merkwaardige afspraken zullen komen.

Het verheugt ons dat de leden van de fractie van D66 onze wens begrijpen om geen onnodige regels op te stellen en daarom dan ook geen formats op te stellen voor zelfbindingsverklaringen.

Wel achten zij het van groot belang dat de zelfbindingsverklaringen stand houden bij de rechter. Zij vragen of er streng toezicht komt op de praktijk of deze verklaringen voldoende nauwkeurig en juridisch waterdicht zijn zodat zij bij de rechter het gewenste effect sorteren.

Vóór uitvoering van een zelfbindingsverklaring betreffende opname en behandeling vindt een rechterlijke toetsing plaats.

Dan blijkt of de zelfbindingsverklaringen voldoen. Zoals wij bij de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer hebben toegezegd (Handelingen II, 13 oktober 2005, blz. 12–713) zullen wij dit volgen. Het spreekt voor zich, dat wij passende maatregelen zullen nemen, indien mocht blijken dat zelfbindingsverklaringen – tegen onze verwachtingen in – niet blijken te voldoen bij de rechter.

De leden van de fractie van D66 stellen de vraag of de verklaring automatisch wordt ontbonden, wanneer de patiënt op het moment van verlenging van de verklaring niet willens en wetens in staat is de verklaring te verlengen. Inderdaad is de zelfbindingsverklaring dan niet meer geldig. Dan kan pas weer een nieuwe zelfbindingsverklaring worden opgesteld als de patiënt daartoe in staat is. De patiënt moet natuurlijk wel kunnen overzien waartoe hij zich verbindt. Patiënt en behandelaar zullen waarschijnlijk niet helemaal opnieuw hoeven te beginnen. De oude zelfbindingsverklaring zal in de meeste gevallen als basis kunnen dienen.

De leden van de fractie van D66 vroegen welke aspecten er bij het onderzoek van de Inspectie aan bod komen. Het onderzoek van de Inspectie zal overeenkomsten vertonen met het onderzoek dat de inspecteur tot nu toe doet in het kader van artikel 38, zevende lid van de wet, namelijk onder-

zoek of de beslissing tot dwangbehandeling zorgvuldig is genomen en of de dwangbehandeling zorgvuldig is uitgevoerd. Daarbij wordt gecontroleerd of voldaan is aan de wettelijke eisen, aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid en ook of bijvoorbeeld een second opinion is gevraagd. Bij zelfbinding zal het dan gaan om vragen of de uitgevoerde behandeling inderdaad de behandeling is die met de patiënt tevoren was afgesproken, of die afspraak met de patiënt is gemaakt terwijl hij wilsbekwaam was en of de termijnen niet zijn overschreden.

Ten slotte vragen de leden van de fractie van D66 zich af of er de garantie bestaat dat mensen met een zelfbindingsverklaring ook daadwerkelijk kunnen worden opgenomen en behandeld. Wij gaan er inderdaad vanuit dat de huidige voorzieningen voldoende zijn. Hoewel niet goed valt te voorspellen in hoeveel gevallen een zelfbindingsmachtiging zal worden verleend, bestaat de indruk dat het voornamelijk zal gaan om patiënten die anders in een later stadium met een andere machtiging of met een inbewaringstelling zouden worden opgenomen. Het is overigens mogelijk dat de introductie van de zelfbinding zal leiden tot een vermindering van het aantal benodigde opnemingen, naarmate de zelfbindingsverklaringen eraan zullen bijdragen dat vrijwillige behandeling zal plaatsvinden.

## **II. Wijzigingen in de Wet Bopz van de afgelopen acht jaar**

### **II.1. Totstandgekomen wijzigingen**

#### *II.1.a. Inhoudelijke wijzigingen*

Het betreft de volgende onderwerpen:

- \* *Voorwaardelijke machtiging* (wet van 13 juli 2002, Stb. 431; inwerking-treding op 1 januari 2004)  
Op verzoek van de praktijk is de regeling van de voorwaardelijke mach-tiging in de Wet Bopz opgenomen.  
Voorwaardelijke machtiging houdt in dat een persoon onder voor-waarden buiten de instelling kan worden behandeld.  
Zodra een persoon zich niet meer aan de gestelde voorwaarden houdt, kan hij of zij gedwongen worden opgenomen.
- \* *Observatiemachtiging* (wet van 13 juli 2002, Stb. 431; inwerkingtreding op 1 januari 2006)  
Tijdens de parlementaire behandeling van de voorwaardelijke machti-ging is bij amendement de regeling van de observatiemachtiging in de Wet Bopz opgenomen.  
De observatiemachtiging houdt in dat een persoon tijdens een gedwongen opneming in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende een periode van drie weken wordt onderzocht om na te gaan of hij of zij lijdt aan een geestesstoornis waardoor ernstig gevaar voor hem of haar zelf bestaat.
  - artikelen 8a en 14a – 14g:  
nieuw ingevoegd voor de voorwaardelijke machtiging
  - artikelen 14h – 14i:  
nieuw ingevoegd voor de observatiemachtiging
  - artikel 38, vijfde lid, derde volzin:  
schrappen van het woord ernstig
  - technische aanpassingen i.v.m. voorwaardelijke machtiging en observatiemachtiging van de artikelen 1, eerste lid, onder m, 17, tweede lid, 20, tweede lid, onderdeel c, 31, 33, zevende lid, nieuw 35a, 45, derde lid, 46, tweede lid, 47, tweede lid, eerste volzin, 48,



eerste lid, onder b, subonderdeel 1, 49, 53, tweede lid, nieuw 58a, 66, eerste lid, en 70, eerste lid

- \* *Klachtrecht* (wet van 17 november 2005, Stb. 617; inwerkingtreding op 1 maart 2006)  
De mogelijkheid tot cassatieberoep is geïntroduceerd.  
Voor het in werking treden daarvan is het klachtrecht nog op een aantal punten aangepast.
  - artikel 41, leden 7 – 10:  
expliciet in de wet opgenomen het rechtskarakter van de uitspraak van de klachtencommissie en de bevoegdheden in dat verband van de klachtencommissie, tevens bevestiging van het bindende karakter van de uitspraak van de klachtencommissie
  - nieuw artikelen 41a en 41b:  
voorzien in bevoegdheidsregeling, termijn waarbinnen klager moet opkomen tegen een uitspraak van de klachtencommissie, bevoegdheid voor de rechter om beslissing van klachtencommissie te schorsen, regeling welke stukken IGZ bij een verzoekschrift aan de rechter moet overleggen, rechtskarakter van de uitspraak van de rechter, bevoegdheden die de rechter in dat verband toekomen, introductie van de mogelijkheid voor de patiënt om bij gegrondverklaring van de klacht schadevergoeding te vragen als onderdeel van de procedure bij de rechter
  - technische aanpassingen van de artikelen 38, zesde lid, derde volzin, 41, lid 1, 42, 51, derde lid, en 72a

#### *II.1.b. Technische wijzigingen*

In de Wet Bopz zijn verschillende technische wijzigingen aangebracht of wijzigingen in het kader van de invoering van een nieuwe rechtsfiguur (bijvoorbeeld invoering van het geregistreerd partnerschap) en herziening van het procesrecht.

Het betreft:

- \* Wet houdende een aantal wijzigingen van de Wet Bopz (; wet van 18 april 1997, Stb. 271)  
In deze wet zijn ter verduidelijking op enkele punten wijzigingen aangebracht in de Wet Bopz vooruitlopend op de evaluatie.
  - Artikelen 10, vierde lid, 20, vierde lid, 27, eerste en derde lid, 51, derde lid, 54, tweede lid, onder b, en 66, tweede lid
- \* Aanpassingswet derde tranche Awb I (wet van 6 november 1997, Stb. 510)  
In artikel 18 van deze wet zijn enkele technische wijzigingen aangebracht in de Wet Bopz in verband met de Awb.
  - Artikelen 1, eerste lid, onderdelen b en c, 20, eerste lid, laatste volzin, 63, tweede lid, en nieuw 65a
- \* Aanpassingswet geregistreerd partnerschap (wet van 17 december 1997, Stb. 660)  
In artikel 6 van deze wet is een technische wijziging aangebracht in de Wet Bopz in verband met de invoering van het geregistreerd partnerschap.
  - Artikel 1, tweede lid
- \* Penitentiare beginselenwet (wet van 18 juni 1998, Stb. 430)  
In artikel 83 van deze wet is een technische wijziging aangebracht in de Wet Bopz in verband met invoering van de Penitentiare beginselenwet.
  - Artikel 53, tweede lid, onder f

- \* Reparatiewet I (wet van 28 januari 1999, Stb. 30)  
In artikel XCVI van deze wet zijn enkele technische wijzigingen in de Wet Bopz aangebracht.
  - Artikelen 48, eerste lid, onderdeel b, 53, tweede lid, onderdeel g, 58, tweede lid, 66, tweede lid, eerste volzin, en 70, eerste lid
  
- \* Wet houdende een aantal wijzigingen van de Wet Bopz op technische punten onder meer naar aanleiding van de evaluatie (wet van 22 juni 2000, Stb. 292)  
In deze wet zijn de technische en procedurele aanbevelingen van de commissie eerste evaluatie Wet Bopz geïmplementeerd in de Wet Bopz. Ook zijn enkele wijzigingen waaraan op andere wijze in de praktijk behoefte was opgenomen.
  - Artikel 5, eerste en tweede lid:  
Vastgelegd is dat het onderzoek wordt verricht door een psychiater die niet bij de behandeling is betrokken, terwijl de verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur gehandhaafd blijft.
  - Artikel 22, eerste lid:  
Toevoeging van een raadsman binnen vierentwintig uur na afgifte van beschikking
  - Nieuw artikel 37a:  
Vastgelegd wordt dat aantekeningen over het verloop van de patiënt tijdens het verblijf worden bijgehouden.
  - Technische aanpassingen van de artikelen 16, tweede en vierde lid, 38, zesde lid, 39, 41, tweede, vierde, zesde, zevende en veertiende lid, 45, eerste lid, nieuw 46a, 61, eerste lid, en 51, tweede lid
  
- \* Wet wijzigingen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (wet van 5 april 2001, Stb. 180), hoofdstuk 11, artikel 5  
In artikel 5 van deze wet zijn enkele technische aanpassingen aangebracht in de Wet Bopz in verband met de implementatie van de richtlijn betreffende de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens.
  - Artikelen 23, derde lid, 56, nieuw vijfde lid, 57, en 58, eerste lid
  
- \* Wet tot aanpassing van de wetgeving aan de herziening van het procesrecht in burgerlijke zaken, in het bijzonder de wijze van procederen in eerste aanleg (wet van 6 december 2001, Stb. 581)  
In hoofdstuk 10, artikel 2, van deze wet zijn enkele technische aanpassingen aangebracht in de Wet Bopz in verband met de herziening van het burgerlijk procesrecht.
  - Artikelen 1, vierde lid, 2, eerste lid, 5, tweede lid, 6, 7, 8, eerste lid, 9, eerste, derde en vijfde lid, 13, 15, eerste lid, 16, eerste, derde en vierde lid, 17, eerste, tweede en vierde lid, 18, eerste lid, 27, 28, 29, derde, vierde en vijfde lid, , 31, tweede lid, 32, eerste, derde, vierde en vijfde lid, 33, eerste en zevende lid, 35, 46, tweede lid, 48, eerste lid, 49, derde, vijfde, zesde, zevende, achtste en tiende lid, 54, tweede lid, onder b, 66, eerste lid, nieuw 72a, 74, vierde lid, en vervallenverklaring van artikel 78.
  
- \* Aanpassingswet modernisering rechterlijke organisatie (wet van 6 december 2001, Stb. 584)  
In hoofdstuk 12, artikel 1, van deze wet zijn enkele technische aanpassingen aangebracht in de Wet Bopz in verband met de herziening van het burgerlijk procesrecht ten gevolge van de modernisering van de rechterlijke organisatie.
  - Artikelen 1, vierde lid, en 5, vierde lid

- \* Technische aanpassingen van VWS-wetgeving 2003 (wet van 17 december 2003, Stb. 2004, 32)  
In artikel X van deze wet is een wetstechnisch gebrek hersteld in de Wet Bopz.
  - Artikel 16, vierde lid
- \* Veegwet modernisering rechterlijke organisatie (wet van 13 mei 2004, Stb. 215)  
In artikel XV, onder A, veertiende gedachtestreep, is een technische aanpassing aangebracht in de Wet Bopz ten gevolge van de herziening van het burgerlijke procesrecht ten gevolge van de modernisering van de rechterlijke organisatie.
  - Artikel 49, negende lid
- \* Wijziging van de Wet Bopz in verband met het verbeteren van enkele onvolkomenheden in de regels over de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging (wet van 3 februari 2005, Stb. 95)
  - Artikelen 14a, vijfde lid, 14d, eerste lid, 35a, 40, derde lid, 53, eerste lid, onder a, en 66, eerste lid
- \* Reparatielwet II Justitie (wet van 22 december 2005, Stb. 2006, 24)  
In artikel XXIV van deze wet zijn enkele wijzigingen van wetstechnische of anderszins ondergeschikte aard aangebracht in de Wet Bopz in verband met geconstateerde wetstechnische gebreken en leemten.
  - Artikelen 14e, vierde lid, 33, zevende lid, en 49, negende lid

## II.2. Bij parlement aanhangige wijzigingen

Bij het parlement zijn aanhangig:

- \* *Zelfbinding* (wetsvoorstel ligt bij de Eerste Kamer, Kamerstukken 28 283)  
Op verzoek van met name patiëntenorganisaties bevat dit wetsvoorstel het voorstel om de regeling van de zelfbinding in de Wet Bopz op te nemen.  
De regeling van de zelfbinding houdt in dat een patiënt in een periode waarin hij vrij is van symptomen, met zijn behandelaar een zelfbindingsverklaring kan opstellen, waarin wordt beschreven naar aanleiding van welke omstandigheden en op welke wijze de betrokkene wordt opgenomen en behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. De verklaring geldt dan als laatste wilsuiting.
  - Artikelen 34a – 34p:  
Nieuw ingevoegd met het oog op de zelfbinding
  - Technische aanpassingen in verband met de zelfbinding:  
Artikelen 1, eerste lid, onder m, nieuw 38a, 39, derde lid, 53, derde lid, onder a, 56, eerste lid, aanhef, nieuw 56a, 58, eerste lid, 66, eerste lid, 69, derde lid, en 72.
- \* *Uitbreiding voorwaardelijke machtiging en verruiming van dwangbehandeling* (wetsvoorstel is op 17 maart 2006 ingediend bij de Tweede Kamer, Kamerstukken 30 492)  
  
*Uitbreiding voorwaardelijke machtiging*  
De aanpassing van de voorwaardelijke machtiging wordt voorgesteld naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad van 29 april 2005. Het wetsvoorstel bevat het voorstel het verlenen van een voorwaardelijke machtiging ook mogelijk te maken bij personen die niet uitdrukkelijk kunnen of willen instemmen met de voorwaarden. Voldoende is dat de rechter van oordeel is dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zál houden.

### *Verruiming dwangbehandeling*

De aanpassing van de dwangbehandeling was toegezegd in Kabinetstandpunt tweede evaluatie van de Wet Bopz met het oog op de behoefte hieraan van de psychiatrische praktijk.

Het wetsvoorstel bevat het voorstel de mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling tijdens een gedwongen opname uit te breiden, zodat niet meer alleen bij een binnen de inrichting dreigend gevaar dwangbehandeling mogelijk is: onder dwang kan ook de onderliggende stoornis of het daaruit voortvloeiende gevaar worden behandeld, voor zover aannemelijk is dat zónder die behandeling betrokkene (veel) langer in de inrichting opgesloten zal moeten blijven

- Artikelen 14a, vijfde en achtste lid, 14b, eerste lid, 14, eerste en tweede lid, 16, vierde lid, 35a, nieuw 37b, 38, eerste lid, nieuw 38a – 38c, 39, eerste lid, 39a, 40, zesde lid, 41, eerste en zesde lid, 44, tweede lid, 45, derde lid, 46, eerste lid, 53, tweede lid, onder c, 56, eerste lid, 69, derde lid, 70, eerste lid, en 72

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

De Minister van Justitie,  
J. P. H. Donner