

Slagter-Roukema

tijdens het voorbereidend onderzoek vragen over. Als een patiënt bij een dreigende decompensatie tijdens een voorwaardelijke machtiging zelf verzoekt om een tijdelijke opname mag ten gevolge van het aannemen van dit amendement de duur van het vrijwillig verblijf in een psychiatrische instelling niet beperkt worden. Collega Van de Beeten stelt dan de vraag of dit niet het risico in zich kan bergen dat de behandelaar of de instelling misbruik maakt van de situatie en aan de vrijwillig opgenomene waarborgen onthoudt. Wij denken dat een vrijwillige opname uit behandelooptpunt te allen tijde te verkiezen is boven gedwongen opname onder het BOPZ-regime en dat het de situatie van de patiënt niet ten goede komt als een limiet aan de duur van de vrijwillige opname wordt gesteld. De rechten van de patiënt worden in deze vrijwillige situatie gewaarborgd door de WGBO en de Wet BIG. Graag krijg ik van de ministers de bevestiging dat dit in feite ook al gold voor deze wetswijziging, want sinds de invoering van de voorwaardelijke machtiging laten mensen zich regelmatig vrijwillig opnemen. Ons hebben geen signalen bereikt dat hierdoor problemen zijn ontstaan. Wij krijgen hierop graag een toelichting van de ministers.

Tot slot, een van de vorige wetswijzigingen van de BOPZ betrof de introductie van de observatiemachtiging. Onder de kop "Verplichte observatie helpt Swiebertjes geen spat vooruit" las ik vorige week de mislukking van de introductie van dit instrument in de krant. Een directeur die ermee moest werken zegt: "al bij de invoering dacht ik: dat wordt niets". Het veld dat ook met de voorliggende nieuwe instrumenten moet gaan werken, drong aan op snelle behandeling en invoering van deze wet. Laat ze onder de voorwaarden die ik vandaag genoemd heb, strikte monitoring en duidelijkheid over de nieuwe wet, maar snel aan de slag gaan. Wij hebben ze allang genoeg laten wachten! Ik zie uit naar de verdere discussie.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Meurs, die haar maidenspeech zal houden.



Mevrouw **Meurs** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Dit wijzigingsvoorstel stelt onze fractie voor een lastig dilemma. Het voorstel biedt belangrijke mogelijkheden voor een betere behandeling van patiënten met een psychische stoornis. Mijn fractie wil dit graag steunen. Maar ... instemmen met de voorgestelde wijzigingen betekent tegelijkertijd dat wij meewerken aan de verdere onoverzichtelijkheid en ontoegankelijkheid van de BOPZ. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van wetgeving is dit een slechte zaak. De Wet BOPZ lijkt steeds meer op een lappendeken waarin alleen doorgewinterde juristen de weg nog kennen. Mijn inbreng van vanmiddag zal daarom niet alleen betrekking hebben op het wijzigingsvoorstel dat voorligt, maar ook op het belang en de noodzaak van een nieuwe wettelijke regeling.

De Wet BOPZ is sinds 1994 meerdere keren gewijzigd, zoals eerder is gezegd, maar voor mij is het de eerste keer dat ik de wijziging meemaak. Het feit dat de wet primair een opnamewet is, komt steeds meer ter discussie te staan. De nu voorgestelde wijzigingen rekken dit beginsel verder op. De behandelingsmogelijkheden, met name als sprake is van een voorwaardelijke machtiging, worden verder uitgebreid. Hoe belangrijk

deze wijziging voor de praktijk ook is, het is de zoveelste reparatie binnen een wettelijk kader dat eigenlijk niet meer past bij de inzichten in de behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis en bij de maatschappelijke opvattingen daarover.

Wij hebben alle redenen om ons zorgen te maken. De noodzaak om snel tot een fundamentele herbezinning van de BOPZ te komen, wil ik graag toelichten aan de hand van het laatste overzicht van de Inspectie voor de gezondheidszorg over de werking van de BOPZ. De laatste vijf jaar is sprake van een forse groei van het aantal dwangopnames, ook al is de laatste jaren een zekere vertraging in die groei waar te nemen. De cijfers confronteren ons met het feit dat er jaarlijks meer dan 15.000 gedwongen opnames zijn en dat het aantal rechterlijke machtigingen van 2002 tot 2006 een groei van 40% laat zien. De Rotterdamse psychiater Niels Mulder sprak bij zijn aantreden zelfs van een "een epidemie van dwangopnamen" en constateerde een verminderde maatschappelijke tolerantie voor mensen die op drift zijn geraakt.

Een verontrustend gegeven daarbij is dat de verschillen tussen de provincies en tussen de instellingen groot zijn. De inspectie geeft aan dat het niet duidelijk is waar deze verschillen vandaan komen. Mogelijke verklaringen zijn de demografische en sociaal-culturele verschillen en de manier waarop de zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening is georganiseerd.

Net als bij dwangopnames is ook het aantal dwangtoepassingen gestegen, hoewel beduidend minder dan het aantal opnames. De stijging komt geheel voor rekening van het aantal middelen en maatregelen.

In het kader van mijn werk aan de Erasmus Universiteit heb ik het genoeg om veel gasten uit het buitenland te mogen uitleggen hoe de Nederlandse gezondheidszorg in elkaar zit. Dat is geen eenvoudige opgave en onze gasten verwonderen zich over ons hybride stelsel van publiek-private partijen. Zij zijn ook vaak jaloers op de manier waarop wij een en ander hebben geregeld. Als het echter over de geestelijke gezondheidszorg gaat, zijn zij zonder uitzondering verbijsterd. Nederland is koploper in West-Europa als het gaat om het aantal dwangopnamen. Onze ziekenhuizen kennen zonder uitzondering separatiemogelijkheden, en separeren wordt veelvuldig ingezet. Ook uit het inspectieoverzicht blijkt dat separatie het vaakst wordt ingezet bij dwangtoepassing. Voor onze gasten is dat onbegrijpelijk, en het kost ons altijd grote moeite om uit te leggen waarom dat zo is en hoe de Wet BOPZ werkt.

Ik zal de eerste zijn om aan te geven dat het gevaarlijk is om zonder nadere uitleg internationale vergelijkingen te maken, maar toch vragen deze observaties om nader onderzoek en vooral om het fundamenteel doordenken van de wijze waarop wij met de behandeling en bescherming van mensen met een psychische stoornis omgaan. Die koploperpositie moeten wij natuurlijk zo snel mogelijk kwijtraken. En dat gaat echt niet lukken met een reparatiewetje.

Het is naar het oordeel van mijn fractie van het allergrootste belang om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van de verschillen tussen de regio's en tussen de instellingen. Het zijn de ervaringen en de lessen uit de praktijk van alledag die moeten bijdragen aan een regeling die enerzijds ruimte laat voor verschillen, maar anderzijds voldoende eenduidig is en de bescherming garandeert van patiënten die al in een kwetsbare positie

Meurs

verkeren. Ik zou graag van de ministers vernemen hoe zij aankijken tegen deze verschillen en of zij met mijn fractie en die van de SP van mening zijn dat meer inzicht in de achtergrond van deze verschillen dringend gewenst is. Ook wil mijn fractie van de ministers vernemen of zij verwachten dat de wijzigingsvoorstellen die vandaag voorliggen, een positieve invloed zullen hebben op deze toch dramatische cijfers.

Met de voorliggende wetswijzigingen worden de mogelijkheden voor intramurale dwangbehandeling verruimd. Het wordt mogelijk dwangbehandeling toe te passen als voldoende vaststaat dat de patiënt anders te lang opgenomen moet blijven omdat het gevaar veroorzaakt door zijn ziekte, niet wordt weggenomen. Nu verblijven deze patiënten te lang in het psychiatrisch ziekenhuis zonder dat er een duidelijk vooruitzicht is dat zij kunnen terugkeren in de samenleving. Met de wetswijziging kan voor deze patiënten een intramurale behandeling worden gestart die terugkeer met medicatie wél mogelijk maakt.

Deze verruiming is in feite het meest principiële punt. Het betekent dat de autonomie van de patiënten wordt ingeperkt met het argument dat zij door die inperking later meer mogelijkheden zullen hebben om autonoom te functioneren. De argumenten zijn dat door deze wijziging wat gedaan kan worden aan de verschrikkelijke situatie van patiënten die in de instelling verblijven, die geen uitzicht op verbetering hebben en die te ziek zijn om ambulante begeleiding te worden zonder medicatie. Mijn fractie erkent volledig de schrijnende situatie van patiënten die op de afdeling verblijven en daar een uitzichtloos bestaan leiden ver van familie en verwanten, zonder dat er actief iets aan die omstandigheid wordt gedaan.

Iemand tegen zijn wil behandelen is en blijft echter een verstrekkende maatregel. Naar aanleiding van de schriftelijke vragen van mijn fractie heeft de minister aangegeven het met ons eens te zijn dat gedwongen behandeling uitsluitend als een ultimum remedium gaat werken en dat eerst alles in het werk wordt gesteld om de patiënt te motiveren om vrijwillig mee te werken aan zijn behandeling. Wij weten dat aandacht, bejegening, een goede dagstructuur en een activiteiten- en begeleidingsprogramma belangrijk zijn voor het welbevinden van patiënten. Wij vroegen de minister of er niet toch een groot risico bestaat dat met deze wetswijziging te snel naar het middel "dwang" gegrepen zal worden ten koste van de hiervoor genoemde, wellicht meer arbeidsintensieve werkwijze. In zijn antwoord verwijst de minister naar de projecten dwang en drang in de psychiatrie en naar de aandacht die er in het veld is voor dit precaire evenwicht tussen zelfbeschikking en plicht tot behandelen. Het antwoord van de minister bevredigt mijn fractie nog niet helemaal. Tekorten op de arbeidsmarkt, die naar verwachting alleen nog maar zullen toenemen, kunnen een arbeidsintensieve benadering onder druk zetten. Kan de minister aangeven welke mogelijkheden hij ziet om het gebruik van dwang en drang te monitoren, zodat het daadwerkelijk als ultimum remedium wordt ingezet?

Graag zou ik ten aanzien van een tweede wijzigingsvoorstel de minister een toelichtende vraag stellen. Deze wijziging beoogt een vereenvoudiging van de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke machtiging. Vereenvoudiging is natuurlijk altijd een goede zaak. In de huidige regeling kan de geneesheer-directeur een patiënt pas

opnemen als de patiënt is gehoord en onderzocht door een niet bij de behandeling betrokken arts. Met het voorstel vervalt de eis van een onderzoek en kan de geneesheer-directeur, gehoord de behandelaar, de patiënt opnemen. In antwoord op de vraag van mijn fractie hoe met deze vereenvoudiging van de procedure voorkomen kan worden dat patiënten te snel worden opgenomen, verwijzen de ministers naar het gegeven dat de criteria in de wet staan en naar de extra waarborg die met deze wijziging wordt beoogd: het is niet de behandelaar die de patiënt kan doen opnemen maar de geneesheer-directeur. Maar is de geneesheer-directeur als derde partij wel voldoende onafhankelijk? Kan de minister bij zijn beantwoording aangeven hoe hij aankijkt tegen de positie en rol van de geneesheer-directeur en hoe zijn onafhankelijk optreden kan worden geborgd?

Ik begon mijn bijdrage met de constatering dat mijn fractie zich voor een ingewikkeld dilemma geplaatst ziet: meegaan met dit voorstel betekent meewerken aan de lappendeken die de Wet BOPZ geworden is, tegenstemmen betekent dat mensen die dat hard nodig hebben, verstoken blijven van zorg, bescherming en begeleiding. Mijn fractie wil voor deze wetswijzigingen stemmen, maar die steun willen wij conditioneren. Ten eerste vertrouwen wij op een bevredigend antwoord op de zorgen die ik zojuist heb verwoord. Ten tweede pleiten wij voor het met spoed werken aan een geheel nieuwe wettelijke regeling.

De ministers geven in hun antwoord op onze vragen aan dat zij vooruitlopend op het kabinetsstandpunt over de evaluatie van de Wet BOPZ streven naar een nieuwe regeling ter vervanging van de wet. Overigens zitten wij met smart te wachten op dit kabinetsstandpunt. Mijn fractie ondersteunt dit streven van harte en wil een stap verder gaan: kunnen de ministers toezeggen dat zij in deze kabinetsperiode met een wetsvoorstel ter vervanging van de huidige Wet BOPZ zullen komen? Als het antwoord bevestigend is, wil mijn fractie graag een duidelijke indicatie van het tijdspad dat de ministers voor ogen hebben, zodat wij hen daar ook aan kunnen houden.

De evaluatiecommissie heeft naar het oordeel van mijn fractie een uitstekend inhoudelijk kader ontwikkeld voor een nieuwe wettelijke regeling. Dit kader laat zien dat het niet gaat om het oppoetsen van de huidige wet, maar dat er ten principale gekeken moet worden naar de uitgangspunten van de wet. Een van de centrale uitgangspunten moet zijn een wet die is toegesneden op de noden van de persoon en niet, zoals nu het geval is, gebonden is aan een locatie. In hun beantwoording geven de ministers aan dat zij een nieuwe wet niet willen aanduiden als een behandelwet. Niet zozeer de behandeling moet centraal staan, als wel de zorgbehoefte van de patiënt en de veiligheid van de samenleving. Mijn fractie is het daarmee eens. Het gaat immers niet alleen en niet altijd om behandeling. Begeleiding en/of verzorging kunnen evenzeer aan de orde zijn evenals bemoeizorg.

Met deze opmerkingen gaan de ministers reeds in op enkele uitgangspunten die zij van belang vinden voor de nieuwe wet. Kunnen de ministers in hun beantwoording vandaag nog wat specifiekere ingaan op de voor hen leidende uitgangspunten? Graag verwijs ik hierbij naar het werk van de ethicus Jeanette Pols. Zij houdt een pleidooi – ik wil haar daarin graag volgen – voor het ontstijgen van de dichotomie autonomie en dwang, en wil veeleer uitgaan van de relaties die mensen onderhou-

Meurs

den en de afhankelijkheden die daar bij horen en van de mogelijkheden die zij hebben om in filosofische zin een goed leven te leiden. Zo'n benadering kan betekenen dat het voor sommige patiënten belangrijk is dat hulpverleners zich met hen blijven bemoeien, niet als vorm van controle of inperking van autonomie maar als noodzakelijke steun. In de woorden van Jeanette Pols: "Het betekent iemand niet in zijn eentje laten zitten met de brokstukken van zijn of haar mislukte autonomie. Het betekent op de deur blijven kloppen en zo veel mogelijk doen om de patiënt overeind te houden."

De evaluatiecommissie pleit ook voor het instellen van commissies psychiatrische zorg. Onze vraag is hoe de ministers aankijken tegen de taak en positie van deze commissies.

Mijn fractie wenst in deze kabinetsperiode niet alleen een wetsvoorstel dat toegesneden is op de wensen van de persoon met inachtneming van zowel zijn veiligheid als de veiligheid van de samenleving. Wij hebben ook nog wat noten op onze zang bij de totstandkoming van de nieuwe wet. Het is nog niet zo lang geleden dat deze Kamer uitgebreid gediscussieerd heeft over de relatie tussen beleid en uitvoering en over het belang van de betrokkenheid van veldpartijen bij het wetgevingsproces. Juist die betrokkenheid kan de uitvoerbaarheid van wetgeving vergroten. Dit principe geldt bij uitstek voor de te maken nieuwe wet. Er worden op lokaal niveau veel experimenten en projecten uitgevoerd, die leiden tot nieuwe inzichten en werkvormen. Het wetenschappelijk onderzoek staat evenmin stil. Het is van belang de inzichten over de werkbaarheid van bepaalde interventies in het geheel te betrekken. Juist omdat bij de nieuwe wet een goede balans gevonden moet worden tussen verschillende beginselen, is het van groot belang om gedurende het proces zelf te zoeken naar vormen van raadpleging van en consensusvorming met veldpartijen. Het ministerie van Justitie heeft reeds ervaring opgedaan met een wetgevingsproces waar veldpartijen aan bijdragen. Ik doel daarbij op de herziening van de Vreemdelingenwet. Ik heb het genoegen gehad deel te nemen aan de evaluatie ervan. Een van de centrale conclusies was dat bij de totstandkoming van die wet een externe projectleider en intensieve raadpleging en betrokkenheid van alle partijen in het veld in belangrijke mate hebben bijgedragen aan een wet die uitvoerbaar is en gedragen wordt door degenen die ermee moeten werken of ermee te maken hebben. Delen de ministers de mening van mijn fractie en willen zij toezeggen dat bij de totstandkoming van de onderhavige nieuwe regeling de veldpartijen actief worden betrokken?

Mijn fractie is van mening dat de voorgestelde wijzigingen bijdragen aan een betere behandeling en begeleiding van patiënten. Wij willen het voorstel dan ook graag steunen. Wij blijven evenwel bezorgd over de grote aantallen dwangopnamen en -toepassingen. Daarom heb ik gevraagd naar waarborgen, alsmede verzocht om meer inzicht in de verschillen die er in de praktijk blijken te zijn. In mijn bijdrage heb ik de nadruk gelegd op de noodzaak en de urgentie van de nieuwe regeling. Ik wacht met belangstelling het antwoord van de ministers af.

De **voorzitter**: Mevrouw Meurs, ik feliciteer u van harte met uw maidenspeech over een wetsvoorstel waarvan het onderwerp u niet vreemd is, gelet op uw kennis over en ervaring in de zorgsector.

U studeerde sociologie aan de Nederlandse Economische Hogeschool, thans de Erasmus Universiteit, en aan de Rijksuniversiteit Leiden. Aan die laatste universiteit was u vervolgens gedurende een aantal jaren verbonden als wetenschappelijk medewerker, totdat u in 1982 onderzoeker en adviseur werd van de Nederlandse Spoorwegen. Weinigen zullen van dat laatste feit op de hoogte zijn. Vanaf 1984 was u gedurende vier jaar onderzoeker en afdelingshoofd bij het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, thans bekend als het Trimbos-instituut. Voordat u in 1996 terugkeerde in de universitaire wereld bent u gedurende tien jaar werkzaam geweest als organisatieadviseur en als partner bij Adviseurs voor Organisatiewerk bv. In 1996 werd u benoemd tot bijzonder hoogleraar management en organisatie in de gezondheidszorg aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam; dat is een hele mond vol. U combineerde dat met uw lidmaatschap van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, waarvan u begin dit jaar, na tien jaar, afscheid heeft genomen.

U bent een zeer actieve vrouw, vooral in de zorgsector. Zo bent u onder andere voorzitter van het welbekende ZonMw, lid van de raad van toezicht van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en lid van de raad van toezicht van de Alysis Zorggroep. Dat u bepaald geen onbekende in de zorgsector bent, heeft u mede te danken aan uw publicatie "Health care governance" uit 1999, die handelt over bestuur, toezicht en verantwoording in de gezondheidszorg. Deze publicatie staat onder uw vakgenoten ook wel bekend als "het blauwe boekje". De invloed ervan op bestuurlijke verhoudingen binnen vele zorginstellingen wordt minstens zo groot geschat als die van de code-Tabaksblat in de meer commerciële ondernemingswereld.

In partijpolitiek verband maakt u zich verdienstelijk als lid van het curatorium van de Wiardi Beckman Stichting. Als lid van de PvdA-fractie hebt u vandaag voor het eerst het woord gevoerd in een plenaire vergadering van deze Kamer. Ik ben ervan overtuigd dat uw kennis en ervaring niet alleen voor uw fractie maar voor de gehele Kamer een ware verrijking is. Ik wens u heel veel succes met uw werkzaamheden.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Holdijk** (SGP): Voorzitter. Namens de fracties van de SGP en de ChristenUnie wil ik vanaf deze plaats mevrouw Meurs gelukwensen met haar maidenspeech. Het is duidelijk dat zij wist waarover zij sprak. Als opvolgend spreker heb ik het idee dat mijn bijdrage wat mager zal afsteken bij de hare. Daarom laat ik mijn felicitaties voorafgaan.

Het schijnt dat na een moeizame en langdurige, meer dan twintig jaar vergende parlementaire behandeling, de in 1992 tot stand gekomen en in 1994 in werking getreden Wet BOPZ alweer zijn langste tijd heeft gehad. Mevrouw Dupuis en mevrouw Slagter wezen daar ook al op. Na de eerste evaluatie heb ik intussen hier vier wijzigingsvoorstellen behandeld. Vandaag ligt de vijfde wijziging voor. Ondanks deze en daaraan voorafgaande aanpassingen lijkt het erop dat de wet geen lange levensduur beschoren is. In het rapport "Voortschrij-