

Vergaderjaar 2013–2014

32 399

Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Nr. 13

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPReK

Vastgesteld 5 maart 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op maandag 20 januari 2014 gesprekken gevoerd over:

- **het wetsvoorstel Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) (Kamerstuk 32 399).**

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Clemens

Aanwezige leden: Bruins Slot, Dik-Faber, Pia Dijkstra, Van Gerven, Kuzu, Van Veen en Voortman.

Blok 1 Wetenschappers / artsen

De heer prof. dr. L. de Haan (voorzitter werkgroep MDR dwang AMC/UvA)

De heer mr. dr. R. Keurentjes (rechter te Groningen)

De heer mr. drs. R. Zuijderhoudt (psychiater en gezondheidsjurist)

De heer A. Rutgers (geneesheer-directeur)

De heer dr. A. Hondius (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP))

De heer J. Dute (College voor de Rechten van de Mens)

Blok 2 Juridisch en formeel kader

Mevrouw J. de Vries (Inspectie voor de Gezondheidszorg)

Mevrouw J. Visscher (Vereniging van Nederlandse Gemeenten)

De heer F. Bakker (Raad voor de rechtspraak)

De heer H. van Dijk (Nationale Politie)

Mevrouw B. de Ruijter (officier van justitie arrondissementsparket Rotterdam, Expertisecentrum medische zaken, portefeuille BOPZ)

De heer H. Korvinus (hoofdofficier arrondissementsparket Den Haag, portefeuillehouder Forensische Zorg)

Mevrouw L. van de Puttelaar (Nederlandse Orde van Advocaten)

De heer mr. B. Koelewijn (Nederlands Genootschap van Burgemeesters)

Blok 3 Vertegenwoordigers ggz / ervaringsdeskundigen

Mevrouw drs. C. van der Hoeven (Landelijk Platform GGZ)

De heer T.P. Widdershoven (Stichting PVP)

Mevrouw H. van der Wal (GGZ Nederland)

De heer B. Stavenuiter (Ypsilon)

Mevrouw mr. drs. M. van Hamersveld (Reinier van Arkel groep)

De heer T. Vriens (Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen)

Aanvang 10.00 uur.

Blok 1 Wetenschappers / artsen

De **voorzitter**: Ik heet iedereen welkom. Er zijn nog niet heel veel Kamerleden, maar ik heb gehoord dat er nog een aantal onderweg is. Ik deel eerst mee dat mevrouw Leijten is verhinderd en vervangen wordt door de heer Van Gerven. Hij zal echter wat later komen, maar er wordt wel alvast meegeluisterd.

Ik heet onze gasten hartelijk welkom bij dit rondetafelgesprek over de Wet verplichte ggz. Sommigen zijn van ver gekomen. Daarom lijkt het mij van belang om nu toch maar te beginnen.

Ik stel voor dat u allemaal een korte inleiding geeft, bij voorkeur niet langer dan ongeveer drie minuten. Daarna kunnen de Kamerleden vragen stellen. Dit gesprek zal duren tot 11.30 uur.

Als eerste geef ik dan het woord aan de heer De Haan.

De heer **De Haan**: Voorzitter. Ik ben voorzitter van de Multidisciplinaire Richtlijncommissie. Die commissie is vorig jaar begonnen. Wij zijn overigens nog maar voor een deel opgeschoten. We hebben de uitgangsvragen vastgesteld en de literatuurstudie voor een deel gedaan en we beginnen nu met het formuleren van conclusies en aanbevelingen. Ik zie dat de richtlijn een belangrijke rol in de wet heeft. Wij gaan proberen om dit najaar een richtlijn op te leveren, maar ik kan al wel zeggen dat het ongeveer zes jaar heeft geduurd voor de monodisciplinaire richtlijn er was. Het is niet van tevoren duidelijk dat een multidisciplinaire richtlijn heel veel sneller gaat. Er is wel veel consensus onder de leden van die commissie, de patiënten, de familie, de verpleegkundigen, de psychologen en de psychiaters die erbij betrokken zijn.

Wij hebben de wet nog niet in de commissie besproken. Ik spreek hier dan ook op persoonlijke titel. Ik denk dat de wet een enorme verbetering is. Hij biedt de mogelijkheid om minder ingrijpende vormen van dwang ambulant toe te passen. Er zijn ook een aantal goede zaken wat betreft de rol van de geneesheer-directeur. Ik denk wel dat het belangrijk is dat de geneesheer-directeur zich onafhankelijk kan opstellen. Het is belangrijk om daar in zijn relatie tot zijn werkgever duidelijkheid over te verschaffen. Er is een klein detail in de wet dat mij is opgevallen en dat betreft de mogelijkheid om gehoord te worden door de burgemeester als er een crisismaatregel wordt ingesteld. Dat vindt echter bij nacht en ontij plaats. Ik vraag mij dan ook af of het verstandig is om dat op dat moment te doen. Als dat doorgegeven wordt aan de betrokkene dan krijgt de burgemeester of de wethouder het op akelige momenten druk.

De **voorzitter**: Er zijn nu wat meer Kamerleden aanwezig en ik zal iedereen daarom even introduceren. Aanwezig zijn nu mevrouw Bruins Slot van het CDA, de heer Van Veen van de VVD, mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie en de heer Kuzu van de Partij van de Arbeid. Zelf ben ik van D66 en ik ben voorzitter, maar ik zal ook de gelegenheid nemen om vragen te stellen.

Dan geef ik nu het woord aan de heer Keurentjes, rechter in Groningen.

De heer **Keurentjes**: Voorzitter. Ik had begrepen dat ik ook was uitgenodigd als voorzitter van de derde evaluatiecommissie van de Wet BOPZ. Die evaluatie is natuurlijk alweer lang achter de rug. Wij hebben ons rapport ingediend in mei 2007. Een van mijn punten van aandacht bij dit wetsvoorstel heeft daar betrekking op. In zijn oorspronkelijke versie is dit wetsvoorstel al in 2010 bij de Tweede Kamer ingediend, en inmiddels is het 2014. We weten hoe het met de Wet BOPZ is gegaan. Daarbij heeft het 21 jaar geduurd voordat die er was. Dat is ook een van de redenen waarom hij van begin af aan zo onduidelijk is geweest.

Ik ben er een beetje bang voor dat dit wetsvoorstel dezelfde kant opgaat. De belangrijkste wijziging in de nota van wijziging betreft namelijk de rol van de commissie. Die is eruit gehaald en de taken van de commissie zijn voor een belangrijk deel verschoven naar de geneesheer-directeur. Dat laatste is een punt van zorg, want de geneesheer-directeur is daar op dit moment niet voor geëquipeerd. In de memorie van toelichting en in de toelichting in de nota van wijziging staat dat het een logische keuze is, omdat hij degene is die nu ook al de spin in het web is. Dat is zeker waar, maar ik ben er toch van overtuigd dat hij op dit moment een andere spin in een ander web is dan hij zou moeten zijn in het kader van deze nieuwe wet. Dat vereist heel wat aandacht, voorbereiding en implementatie. Dat sluit aan bij het volgende punt. Niet alleen bij de geneesheer-directeur en bij de ziekenhuizen en andere instellingen, maar ook bij de rechterlijke macht moet nog heel veel gebeuren. Ik krijg de indruk dat rechters in het huidige wetsvoorstel steeds meer gedwongen worden om de witte jas aan te trekken. Op cursussen die ik geef aan rechters, roep ik altijd: jongens, wij moeten nooit de witte jas aantrekken, want daar

hebben wij niet voor geleerd; wij zijn geen medici, en we moeten ook zeker niet willen doen alsof we dat zijn. Met het oog op de zorgmachtiging die straks aan ons voorligt, kunnen wij er niet aan ontkomen dat we inhoudelijk met mensen in discussie gaan over de verschillende modaliteiten die in de zorgmachtiging zijn verwoord. Dat is een heel ingewikkeld verhaal, want daar zijn we niet toe geëquipeerd. Dat vind ik een van de belangrijkste zorgpunten. Ik vrees namelijk dat dat een werklastvermeerdering voor de rechterlijke macht tot gevolg heeft. Ik neem ook aan dat de Raad voor de rechtspraak daar in het tweede blok over zal beginnen. Een van vragen die op voorhand door de leden werd gesteld, was of wij denken dat er een toename of afname van het aantal verplichte opnames in ziekenhuizen zal zijn. Ik denk dat het wetsvoorstel sec enerzijds zal leiden tot een afname van de verplichte opnames. Anderzijds zijn er ontwikkelingen rondom de wet inzake de forensische zorg en hebben we te maken met afspraken van de instellingen met de zorgverzekeraars die ertoe leiden dat er een reductie van het aantal bedden moeten komen. Daardoor ontstaat er een spanning tussen enerzijds de forensische psychiatrie en de algemene psychiatrie. Omdat vanuit de forensische psychiatrie de druk op de algemene psychiatrie steeds groter wordt, ben ik bang dat er van de algemene kant weer bedden bij zullen moeten komen, omdat de mensen daar in beginsel niet voldoende met ambulante zorg kunnen worden behandeld. De behoefte aan bescherming zal voor hen dan ook groter zijn dan voor een aantal van de mensen die thans in de reguliere psychiatrie met een gedwongen machtiging worden behandeld.

De heer **Zuijderhoudt**: Voorzitter. Ik sluit aan bij wat de vorige spreker zei; dat kan als ingelast worden beschouwd. De Wet BOPZ moet naar mijn mening zeker worden vervangen en het wetsvoorstel inzake de verplichte ggz is daar een goede kandidaat voor, zij het dat ik er iets minder van overtuigd ben sinds de nota van wijziging. Ik vind dat die verbetering brengt, maar er ook een heleboel bijwerkingen bij levert.

De Ministers lijken enorme ambities te hebben op dit terrein. Er moeten veel bedden worden afgebouwd, er moet veel minder dwang worden toegepast en er moet vooral ambulant en beter zorg worden verleend. Ook moet de burgemeester zijn oggz-problematiek kwijt kunnen en de Minister van Veiligheid en Justitie moet zijn forensische populatie kwijt kunnen, het liefst met het passende veiligheidsniveau. Dat zijn allemaal deels innerlijk tegenstrijdige ambities die onverkort worden losgelaten op dit terrein.

Intussen is de populatie die hiermee in de praktijk te maken heeft, niet alleen het slachtoffer van allerlei complexe situaties maar zijn de situaties zelf ook complex. Je ziet veel gevallen waarin het gaat om double trouble of triple cripple: iemand is zwakbegaafd, heeft een ernstige psychiatrische stoornis, het liefst nog met verslavingsgedrag, en heeft te maken met het strafrecht, via de politie, als gevolg van ernstige maatschappelijke ontwrichting. Op deze complexe problematiek wordt straks niet één wet maar een drietal wetten losgelaten, namelijk ook de Wet forensische zorg en de Wet zorg en dwang.

De Ministers hebben wel aangegeven dat de terminologie zo veel mogelijk geharmoniseerd is, maar voor zover de termen overeenstemmen verschilt de betekenis in de diverse toelichtingen in essentie. Dit zadelt de praktijk op met drie niet-geharmoniseerde wetten met deels overlappende terminologie en met per wet verschillende betekenis. Er zijn alleen nog een paar magere schakelbepalingen waarop bijzonder weinig toelichting is. Dat levert straks een serieus probleem op.

Ik kom op mijn tweede punt. Het oorspronkelijke ontwerp van de Wet verplichte ggz vond ik goed. Het was compact, leesbaar en logisch. Sindsdien hebben er ontwikkelingen plaatsgevonden en zijn er jaren verstreken. Wij weten uit de historie van de BOPZ dat het alleen maar

complexer wordt, zoals Rob Keurentjes ook zei. We hebben ook gezien dat er aangroei is. De wet is dikker en complexer geworden. Te weinig is vanzelfsprekend. Termijnen en procedures zijn te weinig voorspelbaar. Die lijken soms at random in de wet geschreven te zijn. Daarmee is er tegelijkertijd te veel bureaucratie. Er is een grote neiging om te denken dat de rechtsbescherming van de patiënten en het toezicht het beste gewaarborgd worden door datgene te doen wat al 175 jaar non-stop gebeurt, namelijk het verzamelen van meer gegevens, het op één punt deponeren daarvan en het idee dat daarvan vanzelf rechtsbescherming uitgaat. Wij zijn daarbij natuurlijk geneigd om te denken dat ICT ons zal helpen, terwijl de ervaring met ICT bij dit soort projecten niet bemoeïgend is. Kijk maar naar het Bopzis onder de BOPZ. Het idee bestaat dus dat het goed komt met de rechtsbescherming van de patiënt als je maar heel veel gegevens aggregereert, beschikbaar stelt en uitwisselt, wat ten koste gaat van de privacy. Ik meen dat dit echt niet het geval is. Ik vrees dus dat het ontwerp leidt aan te veel bureaucratie en hier en daar te weinig scherpheid heeft.

De **voorzitter**: Hartelijk dank. Er zijn twee vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Ik weet niet wie van u beiden zal spreken. Ik zie dat de heer Hondius het woord zal nemen. De heer Rutgers is geneesheer-directeur. Hij zal straks vast ook aan het woord komen, als wij verdere vragen gaan stellen.

De heer **Hondius**: Voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging. Het is vandaag Blue Monday. Ik hoop dus dat wij de stemming goed houden. Ik ben zelf vrij goed gestemd. Ik heb zitten denken wat ik doen moet. Ik heb het voorbereid. Moet ik het voorlezen of doe ik een «TED'je»? Ik ga het voorlezen. Ik denk dat dat beter is. Dan blijf ik bij mijn leest en houd ik het waarschijnlijk binnen de drie minuten, waarvan ik nu al een aantal seconden kwijt ben. Ik ben psychiater. Ik zit hier vanuit mijn rol als voorzitter van de Commissie wet- en regelgeving van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Dat klinkt heel wat, en dat is het ook. Psychiaters hebben rollen. De ene rol is die van medisch specialist. Je bent behandelaar en je diagnosticeert. De andere rol is die van medical expert. Dat houdt in dat je publieke taken hebt, zoals in de Wet BOPZ en de Wet verplichte ggz staan. De kern van de psychiatrische expertise bij de verplichte zorg is het vaststellen van het causale verband. Is er tussen de stoornis en het gevaar of de schade sprake van een causaal, oorzakelijk verband? Dat kunnen wij eigenlijk het beste. Daarvoor worden wij dan ook ingehuurd. Dat onderscheid is heel belangrijk voor de rechtsbescherming van de betreffende persoon en de maatschappij, maar ook voor het voorkomen van onnodige psychiatrisering van de overlast. Een bericht als «Verwarde man blaast flat op» is een voorbeeld van psychiatrisering. Daarvoor moet je oppassen. Hij kan verward zijn, maar het kan ook iets anders zijn. Het is een uiterst specialistische deskundigheid, die vraagt om zorgvuldigheid en betrokkenheid. De psychiater zal proberen om de schade in stappen af te wenden. Het is heel belangrijk dat wij een goede kijk hebben op het haalbare. Dat is het belangrijkste principe van stepped and mixed care.

Wat is het doel van de wet? Het doel is simpel, namelijk het bieden van noodzakelijke zorg aan ernstig zieke mensen met een psychiatrische stoornis. Het gaat dus om mensen met een psychiatrische stoornis. Daarnaast heb je natuurlijk mensen die vooral een verstandelijke beperking of forensische problemen hebben. Deze wet gaat niet over hen. De wet is dus gericht op het verminderen van schade, die veroorzaakt wordt door de ziekte. Het gaat om een vermindering ervan voor de mensen zelf maar ook voor hun familie en omgeving. Mensen hebben vaak zo weinig besef van hun ziekte. Ik heb het overigens over een beperkte groep. Zij kunnen vol overtuiging zeggen dat er niets aan de hand is en dat zij geen zorg nodig hebben. Het is dan natuurlijk een hele

toer om die mensen vrijwillig te verleiden om mee te doen. Soms moet dat met drang. Als dat alles niet lukt, kun je naar de verplichte zorg. Met deze wet wordt dat heel goed geregeld.

De leden hadden vier vragen. De eerste vraag was waarom dit wetsvoorstel beter is dan de Wet BOPZ. Ik kan een heleboel punten noemen. Ik noem er een paar. Ik vind de preferentie heel belangrijk. We moeten goed horen wat de patiënten en hun familie vinden. Dat moet worden vastgelegd in de zorgkaart en dergelijke. De maatvoering is ook heel belangrijk. Op dit moment is ambulante verplichte zorg niet mogelijk. Het is een grote verbetering dat die wel mogelijk wordt. De rechtsbescherming krijgt een veel zwaardere procedure. De rechter krijgt veel meer informatie. De advocaat, de patiëntvertrouwenspersoon en de familievertrouwenpersoon komen er eerder bij. Ik vind ook heel belangrijk dat macht en tegenmacht beter georganiseerd zijn bij de zorgaanbieder. De raad van bestuur en de geneesheer-directeur zijn duidelijk onafhankelijk van elkaar. Het laatste punt dat ik heel belangrijk vind – ik ben overigens niet volledig – is het wederkerigheidsprincipe. Als je geen huis en uitkering hebt, zal de stress hoog blijven. Stress is een uitlokkend iets voor een stoornis en daardoor ook misschien voor schade en gevaar. De maatschappelijke context, de wederkerigheid, is van groot belang. Er is ook gevraagd of verminderde opname een snellere inzet van gedwongen zorg thuis en beter maatwerk tot gevolg heeft. Dat is natuurlijk wel de verwachting en ook zeker de bedoeling. Gedwongen opname is een mogelijkheid, maar niet dé mogelijkheid. Dit kan allemaal lukken als de uitvoerbaarheid goed in orde is. Er moet dus niet te veel bureaucratische druk komen, waarover de heren Zuiderhoudt en Keurentjes iets zeiden. Er moet daarnaast een goede logistieke ondersteuning komen. We moeten niet te veel in de wet willen regelen, maar kunnen het veel beter met uitvoeringsbesluiten regelen. Als we het in de wet regelen, zitten we er heel lang aan vast. Als het niet werkt, zijn er alleen verliezers.

Wat is ervoor nodig? Je moet vrijwillige zorg als algemeen uitgangspunt nemen. Die gaat vooraf aan drang en verplichte zorg. Je moet een gedragen regionaal beleidsplan hebben voor de gebieden van zorg. Hoe dingen moeten worden gedaan, staat in het beleidsplan. Wat er gedaan moet worden, staat meer in de multidisciplinaire richtlijn, waarover de eerste spreker het had. Het is heel belangrijk dat er een goede digitale landelijke ondersteuning is, procesgestuurd. Ik heb eerlijk gezegd geen vertrouwen in de ICT, maar ik ken ICT'ers die het heel goed doen. Het is heel belangrijk dat de formele stappen worden gedigitaliseerd, zodat, net als bij BOPZ-online, de goede mensen in de goede volgorde van de goede informatie worden voorzien. Het werkt dan ook net als een belastingformulier: je kunt niet verder als je dingen niet hebt ingevuld. Dat geeft een zekere zorgvuldigheid. Ik pleit daar zeer voor. Verder pleit ik voor wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld door Niels Mulder uit Rotterdam, waarbij een nulmeting wordt gedaan. Daarnaast pleit ik voor een goede training en uiteraard voor adequate financiering, waarover waarschijnlijk ook vele anderen zullen spreken.

De laatste vraag was of er voldoende waarborg is voor toezicht op de thuisdwang. Dat vinden wij ook een uiterst belangrijk punt. De inspectie speelt daarin een grote rol, de belangrijkste rol. De inspectie werkt nu systeemgericht en risicogestuurd. Zij gaat vaak op individuele gevallen van dwang af. Daarbij gebruikt zij het registratiesysteem voor individuele dwang, ARGUS. Dat is op zichzelf een goed systeem, maar is mijns inziens niet geschikt voor landelijke dekking. Ik pleit ervoor om de inspectie veel meer toezicht te laten houden op de besluitvorming. Zij kan zien wie de stappen neemt en wanneer de beslissing voor het starten van verplichte zorg en de beslissing voor beëindiging daarvan worden genomen. Zij kan daar query's op loslaten. Vervolgens kan zij zien waar

risicogebieden zijn. Daarna kan men op lokaal niveau met ARGUS uit de voeten. Als van ARGUS en het digitale systeem één systeem wordt gemaakt, gaat het niet goed.

De **voorzitter**: Mag ik u vragen om hierbij af te ronden?

De heer **Hondius**: Ik ben bijna klaar.

Er zijn een paar risico's bij het toezicht door de geneesheer-directeur. Privacy is genoemd. Bij de jeugd speelt de kwestie dat de duur van een crisismachtiging, drie dagen, te kort is. Dat leidt tot veel te veel zorgmachtigingen. De positie van de officier van justitie is een risico. De officier moet aan de geneesheer-directeur vragen om een zorgmachtiging voor te bereiden. Hij moet dat niet zelf doen. Ten slotte moeten de Jeugdwet en de Wvvgz worden afgestemd. Het antwoord op de vragen is vier keer «ja, mits».

De **voorzitter**: Het woord is dan aan de heer Rutgers. Ik verzoek hem wel om zijn inbreng iets korter te laten zijn dan die van zijn collega.

De heer **Rutgers**: Misschien ga ik daar zelfs wel voor zorgen.

Adger legde u al voor wat de bedoeling is van de Wet verplichte ggz: het bieden van zorg, desnoods verplichte zorg, aan psychiatrisch ernstig zieke mensen. De geneesheer-directeur wordt in het zorgproces naar en tijdens verplichte zorg expliciet een regierol toebedacht.

Bij de evaluatie van de Wet BOPZ was onveranderd de conclusie dat de geneesheer-directeur naar tevredenheid en rolvast acteert. De geneesheer-directeur houdt bij deze wet de regierol, zodat hij het proces vanuit een medisch-psychiatrisch perspectief kan blijven toetsen. Never change a winning team!

In de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg is de regierol van de geneesheer-directeur veel duidelijker vormgegeven dan in de Wet BOPZ. Ik licht graag toe waarom zijn rol als regievoerder in het belang van de patiënt is. Allereerst is de geneesheer-directeur een psychiater. Alles wat er al over de psychiater is gezegd, geldt onverkort ook voor de geneesheer-directeur. Ook hij weegt de causaliteit af tussen de psychiatrische stoornis en de schade die uit deze stoornis voortkomt, en dat is heel belangrijk. Ook hij beschermt de patiënt tegen oneigenlijk gebruik van de wet. In de Wet verplichte ggz komt de psychiater voor als zorgverantwoordelijke, als onafhankelijk arts en als geneesheer-directeur. Voor de individuele patiënt is het essentieel dat deze drie rollen van de psychiater streng gescheiden worden. Dat is in deze wet duidelijk, zuiver en in detail geregeld en dat vinden wij heel erg mooi.

De geneesheer-directeur dient onafhankelijk af te wegen en te beslissen. Hij weet uit ervaring wat onafhankelijk betekent, namelijk: onbevangen, zich niet laten beïnvloeden door andere psychiaters of door zorgaanbieders, burgemeesters, de politie en andere actoren. Verder betekent het onbevooroordeeld. Hij neemt beslissingen op grond van zijn actuele beoordeling. Bovendien is hij meerpartijdig. Hij weegt de belangen van de patiënt, de familie, de zorgverantwoordelijke en eventueel van de maatschappij af en brengt die met elkaar in verbinding.

Doordat de geneesheer-directeur in dienst is van de zorgaanbieder, werkt hij structureel aan de voorkant van de verplichte zorg. Dat kunnen wij niet genoeg benadrukken. Hij zorgt voor een kwalitatief verantwoorde infrastructuur van de verplichte zorg voor deze kwetsbare groep patiënten, zodat hij weet wat hij de patiënt en zijn familie aan verplichte zorg kan bieden. Hij went zijn invloed aan om psychiaters en andere zorgverantwoordelijken scherp te houden. Hij licht hen voor, consulteert, leidt op en stuurt bij. Zo voorkomt de geneesheer-directeur dat hij alleen achteraf kan toetsen hoe de verplichte zorg wordt uitgevoerd en ook dat

helpt de patiënt. Achteraf toetsen is immers de taak van de inspectie. Daar zei de heer Hondius al iets over.

Ten slotte pleiten wij ervoor om de geneesheer-directeur, die als psychiater in dienst is van de zorgaanbieder, door de raad van toezicht te laten benoemen. Daardoor kan de raad van toezicht de samenwerking, de verschillende verantwoordelijkheden op het terrein van de verplichte zorg en de onafhankelijke opstelling van zowel de raad van bestuur als van de geneesheer-directeur toetsen en waar nodig bijsturen.

De **voorzitter**: Dank u wel, mijnheer Rutgers. Het woord is nu alsnog aan de heer Dute van het College voor de Rechten van de Mens.

De heer **Dute**: Voorzitter. Het College voor de Rechten van de Mens ziet toe op de naleving van de mensenrechten in Nederland. Het voorliggende wetsvoorstel raakt aan een groot aantal mensenrechten. Het college staat op zichzelf positief tegenover het voorliggende wetsvoorstel, inclusief de nota van wijzigingen. In het bijzonder waardeert het college de introductie van de zorgmachtiging, waardoor niet alleen de dwangopname, maar ook andere dwanginterventies op voorhand door de rechter op rechtmatigheid worden getoetst. Daarbij zijn het uitgangspunt van verplichte zorg als ultimum remedium en de nadruk op het voorkomen van dwang en de beperking van de duur van de dwangtoepassing van grote betekenis. Voorts juicht het college het toe dat de rechtspositie van psychiatrische patiënten bij wie dwang wordt overwogen of toegepast, meer bij de tijd is gebracht. Ook waardeert het college de aandacht die de kwaliteit van verplichte zorg binnen het wetsvoorstel krijgt.

Het college heeft echter ook zorgen. Ik wijs daarbij graag op het grote aantal actoren dat bij de uitvoering van de wet is betrokken: de geneesheer-directeur, de officier van justitie, de onafhankelijke arts, de advocaat, de rechter, de zorgverantwoordelijke, de zorgverlener, de patiëntvertrouwenspersoon, de familievertouwenspersoon, de vertegenwoordiger, familieleden, naasten en dan heb ik de patiënt nog niet eens genoemd. Afgezien van het punt van de bureaucratie dat al is genoemd, is het de vraag of al deze actoren wel voldoende berekend zijn op hun taak. Heeft dit punt de aandacht van de regering? De beoogde doelen van de wet kunnen namelijk alleen worden bereikt als alle actoren niet alleen hun rechten, plichten en bevoegdheden kennen en in de praktijk kunnen toepassen, maar ook ten volle begrijpen wat de mensenrechtelijke achtergrond en betekenis van hun rol zijn. Op dit punt is volgens het college nog een lange weg te gaan. Dit vraagt om structurele aandacht voor voorlichting, scholing en facilitering.

Naar het oordeel van het college staat of valt de wet immers met de uitvoering in de praktijk.

In het verlengde hiervan vraagt het college zich af of de beoordeling van een verzoek om een machtiging tot verplichte zorg niet in handen zou moeten zijn van gespecialiseerde rechters. Anders dan de heer Keurentjes kennelijk meent, zal die rechter toch wel een beetje een witte jas aan moeten trekken. Hij zal toch een idee moeten hebben van de context van de psychiatrische zorg, de relevante ziektebeelden, behandelingsprincipes, maar ook bijvoorbeeld van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Op z'n minst zou de eis moeten worden gesteld dat de betreffende rechters een minimumaantal zaken per jaar behandelen.

Het college leidt verder uit het wetsvoorstel af dat de geneesheer-directeur weliswaar kan worden opgeroepen om ter zitting te verschijnen, maar daar niet standaard aanwezig is. Voor een goed verloop van de procedure acht het college dit wel van belang. Het college vraagt zich voorts af – dit punt is al genoemd – of het wel een gelukkige keuze is dat er twee mogelijke verzoekers zijn, dus naast de geneesheer-directeur ook de officier van justitie.

Meer expliciete aandacht voor de mensenrechten zou in de wet niet misstaan. Zo dient dwangtoepassing plaats te vinden op basis van richtlijnen, zoals al is genoemd. Daarover wordt opgemerkt dat de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid leidend zijn. Zeker, maar naar het oordeel van het college zullen deze richtlijnen ook mensenrechtenproof moeten zijn. Zij zullen moeten worden opgesteld en toegepast in het licht van de toepasselijke mensenrechten.

Het college betwijfelt voorts of het wetsvoorstel wel in alle opzichten voldoet aan het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap en evenzeer of wel in alle opzichten is voldaan aan het Verdrag inzake de rechten van het kind. Nadere studie op dat punt zou op zijn plaats zijn.

Tot slot. In het wetsvoorstel is betrekkelijk weinig aandacht voor de positie van allochtone patiënten. Juist bij hen worden vaak dwangmiddelen en dwangbehandeling toegepast; meer en langer dan bij autochtone patiënten. In de wet is weliswaar voorzien in een recht op bijstand door een tolk voor wie de Nederlandse taal niet beheerst, maar de barrières betreffen vaak niet alleen de taal, maar ook de cultuur van waaruit de patiënt afkomstig is. Bovendien bestaat een dergelijk recht op bijstand door middel van een tolk kennelijk niet voor de vertegenwoordiger, de contactpersoon en de familievertrouwenspersoon. Dat lijkt ons ook voor deze actoren van groot belang.

De **voorzitter**: Ik dank u hartelijk voor uw inleiding. Dan geef ik het woord aan mijn collega's. Ik stel voor dat zij om te beginnen één vraag stellen waarop gereageerd wordt. Dan kunnen we kijken hoe ver we komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank voor uw komst en voor de heldere toelichting die u allen hebt gegeven. Ik heb een vraag over de positie van de geneesheer-directeur. We hebben allemaal position papers ontvangen, die ik met veel interesse heb gelezen. Door de patiëntenverenigingen worden wel vraagtekens gezet bij de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur. Is deze voldoende geborgd in deze wet? Is hij voldoende geëquipeerd, zoals de heer Keurentjes zei, om zijn taak te gaan uitvoeren? Ik hoor daarover verschillende geluiden van de heer Keurentjes en van de heer Rutgers. Ik wil ook een reactie vragen van de heer Dute. Is de positie van de geneesheer-directeur voldoende onafhankelijk in deze wet? Is hij hiervoor ook voldoende geëquipeerd? Dat hangt natuurlijk met elkaar samen.

De **voorzitter**: Aan wie stelt u deze vraag?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Allereerst aan de heer Keurentjes, want hij zette er vraagtekens bij. De heer Rutgers was buitengewoon complimenteus. Ik denk dat de heer Dute er ook wel iets over kan zeggen, met het oog op de rechten van de mens en de onafhankelijkheid.

De heer **Keurentjes**: Voor alle duidelijkheid, ik heb buitengewoon veel respect voor de manier waarop de functie nu wordt ingevuld door de geneesheren-directeur. Dat is heel zorgvuldig en naar mijn mening heel onafhankelijk. Er is natuurlijk een spanningsveld, maar dat kunnen zij beter uitleggen dan ik. Zij zijn een primus inter pares als leidinggevende voor de psychiaters in hun instelling.

In de position paper ben ik ingegaan op iets wat ik een groter probleem vind, namelijk het aantal geneesheren-directeur dat je vindt per arrondissement. De wetgever lijkt ervan uit te gaan dat er maar één is per arrondissement, maar het tegendeel is het geval. Er zijn er vijf, tien, vijftien of twintig per arrondissement. Wie is dan de geneesheer-directeur die de rechtbank gaat verzoeken een machtiging af te geven? Ik vind dat dit niet voldoende helder is. Ik pleit ervoor om de onafhankelijkheid van

de geneesheer-directeur ten opzichte van zijn eigen instelling en ten opzichte van derden te garanderen door het hele instituut te regionaliseren.

Er is veel voor te zeggen om er een apart bureau van te maken met zijn eigen expertise en ondersteuning. Er wordt namelijk heel veel gevraagd van de geneesheer-directeur, niet alleen met betrekking tot de externe rechtspositie maar ook met betrekking tot de interne rechtspositie. Hij moet nog steeds toestemming geven voor een aantal dingen. Dat kan veel beter geborgd worden als je het regionaliseert met een eigen, stevig bureau.

De heer **Rutgers**: Ik geloof dat we het niet oneens zijn over het organiseren van administratieve ondersteuning in de vorm van een bureau. Hier gaat het echter om het wegen van inhoudelijke beslissingen. Ik denk dat onafhankelijkheid niet betekent dat ik lossta van de instelling. Als ik lossta van de instelling, word ik een soort indicatieorgaan. Dat wordt bureaucratie. Doordat ik in de instelling werk, zie ik wat er gebeurt en kan ik voorafgaand aan het leveren van individuele verplichte zorg ervoor zorgen dat de infrastructuur voor de verplichte zorg op orde is. Daar kan ik mijn aandeel in nemen. Daar kan ik invloed op uitoefenen. Daar kan ik de psychiaters bij betrekken. Bovendien kan ik mijn psychiaters corrigeren, als ik dat zo mag zeggen, als zij al te gemakkelijk met de verplichte zorg aankomen.

Ik begrijp wel dat er in het verleden zorgen zijn geweest over het feit dat de psychiater die de behandelaar is, de psychiater die onafhankelijk tot een oordeel komt en de geneesheer-directeur alle drie in dezelfde instelling werken. Ik kan niet genoeg benadrukken dat de geneesheer-directeur dit weet. Hij heeft altijd een andere positie ingenomen dan de psychiater en de onafhankelijke psychiater. Wij bemoeien ons niet met de behandeling. Wij kijken meer naar hetgeen er nodig is voor de zorgvuldigheid van de uitvoering van de wet. Is er sprake van een gevaarzettende stoornis? Kan het echt niet voor minder? Ik heb net benadrukt dat onafhankelijkheid voor mij veel meer betekent dat ik in staat ben om onbevangen, onbevooroordeeld en meerpartijdig te kijken naar elke individuele situatie.

De **voorzitter**: Misschien is het goed als u meteen even reageert op hetgeen de heer Keurentjes zei over meerdere geneesheren-directeuren in één arrondissement.

De heer **Rutgers**: Dat gaat zeker gebeuren. Het behandelen van een individuele casus zal meerdere uren met zich meebrengen. Een gemiddelde geneesheer-directeur werkt 40 uur in de week, dus zullen er meerdere geneesheren-directeuren in de regio komen. Dat is onontkoombaar. De wet voorziet daarin. Daarin staat dat we goed moeten samenwerken. De zorgaanbieders zijn verplicht om een beleidsplan verplichte zorg op te stellen. We moeten ervoor zorgen dat dit regionaal goed is ingebed. Ik ben niet bekend met de situatie dat er 10 tot 25 geneesheren-directeuren in een regio zijn, want we hebben er in totaal in dit land niet meer dan 120. Dit zijn zowel geneesheren-directeuren als waarnemend geneesheren-directeuren.

De heer **Dute**: De geneesheer-directeur is toch een beetje een «second best»-oplossing, nu de multidisciplinaire commissie niet haalbaar is gebleken. De wet kent zeker een aantal waarborgen voor de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur. Het lijkt erop dat de externe onafhankelijkheid voldoende is gewaarborgd. Dat neemt niet weg dat de geneesheer-directeur belang kan hebben bij het doen van verzoeken, al is het alleen maar voor het op peil houden van de bezettingsgraad binnen de accommodatie.

Je kunt je ook afvragen of het perspectief van de geneesheer-directeur toch niet vooral dat van de intramurale zorg is. Het is de taak van de geneesheer-directeur om te toetsen of de verplichte zorg het ultimium remedium is. Je kunt je afvragen of de primaire gerichtheid op de intramurale zorg daar een belemmering voor is. Je kunt je ook afvragen of de geneesheer-directeur altijd wel voldoende afstand heeft van de onafhankelijke arts die de medische verklaring opstelt.

De **voorzitter**: Ik wil de heer Rutgers de gelegenheid geven om te reageren op de heer Dute. De heer Dute zegt dat het vooral om het perspectief van de intramurale zorg gaat.

De heer **Rutgers**: Dat is de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. De BOPZ staat alleen toe dat er intramuraal verplichte zorg, dwangzorg, wordt geleverd.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik wil u allen danken voor de uitvoerige position papers die wij hebben ontvangen en voor de toelichting die u zojuist hebt gegeven. Ik wil mijn vraag toespitsen op de factor «tijd» in het wetsvoorstel. De mensen van de psychiatrie en de heer Keurentjes hebben aangegeven dat die factor belangrijk is. In het wetsvoorstel is onvoldoende beschreven wat «tijd» is. Ik kijk even vanuit de patiënt. Hoe kijkt u tegen de tijdsfactor aan als een patiënt ten onrechte dwangverpleging is opgelegd? De procedures duren over het algemeen vrij lang. Een van de zorgen die de politiek heeft, is dat iemand te lang onterecht verplicht is opgenomen. Deze vraag stel ik aan de mensen van de psychiatrie en de heer Keurentjes. Hoe kijken zij aan tegen de tijdsfactor in dit wetsvoorstel?

De **voorzitter**: Mijnheer Hondius, ik zie u kijken.

De heer **Hondius**: Ik kijk altijd eerst naar de rechter.

De **voorzitter**: U hebt nu de gelegenheid om het andersom te doen.

De heer **Hondius**: Daar ben ik blij mee. De rechter kijkt nu naar mij en dat is ook wel prettig.

De term «dwangverpleging» komt een beetje ongelukkig over. Bij dwangverpleging denk ik aan tbs. Dwangbehandeling is iets anders. Daar kun je ook wel bij verpleegd worden, maar dwangbehandeling gaat volgens richtlijnen. Als je schizofrenie hebt, krijg je onder dwang een passende behandeling volgens de richtlijnen, dus alleen als er gevaar is en dergelijke. Dwangverpleging zou ik vooral forensisch willen zien. Een burger kan op twee manieren in de verplichte zorg terecht komen. Hij kan daarin acuut terecht komen. Dan krijgt hij met de crisismaatregel te maken; dat is een beslissing van de burgemeester. Hij heeft dan drie dagen de tijd om een zorgmachtiging voor te bereiden. Dat is bijna te kort. Nu, in de BOPZ, zijn het drie werkdagen. Dan zijn het drie dagen. Als je de vrijdag voor Pinksteren ergens acuut in de penarie komt, dan is het heel lastig. Op zich is er echter snel rechtsbescherming; dan komt de rechter en moet je uitleggen wat er aan de hand is. De beslissing van de burgemeester zit er ook nog voor. Daarnaast heb je allerlei modaliteiten in de tijd van de zorgmachtiging. Het grote voordeel is – ik weet niet wie dat zei – dat de rechter nu aan de voorkant zit. Dat vind ik erg belangrijk. Nu zit de rechter maar een beetje aan de voorkant, namelijk alleen als iemand opgenomen moet worden. In de nieuwe wet bekijkt de rechter het hele scala en kan hij zeggen: dit wel, dat niet; als dit niet gebeurt, dan moet dat gebeuren. Hij heeft een «stepped care»-achtige positie. Ten onrechte vastgehouden worden, kan dus plaatsvinden in nood; dan val je onder de crisismaatregel en de drie dagen. Het kan ook langduriger en bij meer

schade, maar dan zit de stap bij de rechter ervoor. Ik denk dat het wel belangrijk is dat wij daar goed op letten, maar misschien wil de rechter daar nog iets over zeggen.

Daarnaast kijken wij ook naar de inhoud van de zorg. Als iemand niet meer gevaarlijk is of geen schade meer veroorzaakt vanuit zijn stoornis, zal van binnenuit al gezegd worden: we maken de zorg weer vrijwillig. Dat gebeurt heel veel. We zijn er erg alert op om dwang zo veel mogelijk te reduceren.

Het is niet zo dat een geneesheer-directeur leiding geeft. Dat werd net gezegd, maar dat is niet zo. Wij zijn geen lijnfunctionarissen. Dat doet de raad van bestuur. Men kan ons ook nooit plaatsen in het organigram. Men weet niet waar wij zitten. Wij hebben vaak een ombudsachtige toezichtsrol. Dat is goed om nog even te melden.

De heer **Keurentjes**: Overigens luistert de rechter altijd eerst naar partijen voordat hij een beslissing neemt, maar dat terzijde.

Het gaat over termijnen. Ik heb in mijn position paper al aangegeven dat er sprake is van zestien termijnen. Daaronder vallen ook een aantal vage termijnen zoals «zo spoedig mogelijk», «onverwijld», «gedurende korte tijd» en «binnen een redelijke termijn». Dat is inderdaad ingewikkeld en het ligt kennelijk iedere keer bij ons op het bordje om dan te bepalen of de termijn bijvoorbeeld redelijk of voldoende spoedig is geweest. Dat vind ik lastig en vervelend. Hoewel er in de BOPZ nog wat minder termijnen zijn dan in de nieuw voorziene wet, merk je ook nu al in de praktijk dat het voor partijen vaak onbegrijpelijk is. Het is de ene keer drie dagen, de andere keer drie weken, dan weer zes weken, dan weer vijf weken en dan weer drie weken. Het is daardoor echt ongelooflijk ingewikkeld. Wat mij betreft, zou dat eruit moeten.

De termijn moet altijd kort zijn, want we moeten ons heel goed realiseren dat het bij een gedwongen opname om een vrijheidsbeneming gaat en bij gedwongen zorg om dwang tegen de wil van iemand in. Dat leeft dus altijd op gespannen voet met de lichamelijke integriteit en de onaantastbaarheid van ons lichaam. Dat is essentieel en daar moet je van uitgaan. Daarom moeten de termijnen volgens mij per definitie altijd kort zijn. Je kunt namelijk achteraf alleen maar repareren door middel van schadevergoeding, en dat is niet waar de mensen eigenlijk primair om vragen. De mensen vragen primair om de onaantastbaarheid van hun eigen lichaam. Natuurlijk is het noodzakelijk om dat te doorbreken. Rechters worden ook opgeleid om dat soort elementen te kunnen toetsen. Mijn eerdere opmerking was veel meer gericht op het feit dat een rechtenopleiding een totaal andere opleiding is dan een opleiding tot psychiater. Dat is echt heel verschillend, ook in denken en doen. Het is echt totaal anders. Het is dus heel ingewikkeld om de rechter die witte jas aan te laten trekken. We hebben het tot nu toe altijd kunnen voorkomen, maar dat kunnen we dadelijk niet meer. Dat is prima. Maar dan moeten we er inderdaad voor zorgen dat ze goed worden opgeleid voordat ze dat gaan doen.

Er is opgemerkt dat er ten minste een aantal zaken per jaar moeten worden gedaan. Wees niet bevreesd: rechters hebben ook in het kader van de BOPZ enorm veel zaken per jaar te doen. Ik denk derhalve dat het bepaald niet minder zal worden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik dank de aanwezigen voor hun goede inbreng. Ik heb heel veel vragen, maar ik ga toch maar verder op het laatste punt: de positie van de rechter. Ik hoor aan de ene kant het pleidooi dat erop moet worden gelet dat de rechter geen witte jas aantrekt. Ik hoorde vanuit het College voor de Rechten van de Mens een pleidooi om dat in bepaalde mate juist wel te doen, dat er toch om professionaliteit gevraagd wordt. Verschillende sprekers hebben hier iets over gezegd. Ik hoor er graag nog een nadere toelichting op, omdat ik het idee heb dat de positie van de rechter in dit wetsvoorstel zeer benadrukt

wordt, maar dat er ook misschien op de rechters een appel wordt gedaan dat zij op korte termijn niet kunnen waarmaken, zowel als het gaat om kennis als om het aantal zaken. Misschien is mijn angst niet terecht. Dat hoor ik dan graag.

De heer **Keurentjes**: Men moet zich realiseren dat een rechter geleerd heeft om deskundigenrapporten te lezen. Een rechter moet ook in civiele zaken heel ingewikkelde rapporten lezen. Dat kunnen rechters, daar zijn ze op geselecteerd en daar zijn ze in getraind. Ook de verslaglegging in de huidige BOPZ-documenten en dadelijk in de dossiers in het kader van de Wet verplichte ggz kunnen wij lezen en interpreteren. Op zitting stellen wij daarover vragen. Wij hoeven dus geen medicus te zijn om datgene wat in die verslagen of voorgestelde zorgplannen staat, te kunnen toetsen, te interpreteren en te leggen naast de eis die de wet stelt. Daar zijn we in getraind, dat leren we. Wat we in de cursussen nu doen, en in de toekomst wat meer zullen moeten doen, is nog meer uitleggen wat al die verschillende medische termen inhouden. Mijn verzoek aan de medici is om daar in wat meer normale mensentaal over te spreken en te schrijven dan zij nu gewend zijn te doen. Dat zou ons helpen. Nogmaals, rechters kunnen dat wel. Zij kunnen rapporten lezen. Wij doen niet anders dan deskundigenrapporten lezen. Dat geldt ook voor de tbs-verlenging. Daarvoor geldt precies hetzelfde verhaal. Daar zijn we wel in getraind. Ik denk dus dat de zorg van mevrouw Dik-Faber daarmee voor een deel kan worden weggenomen. Ik hoop dat althans.

De heer **Zuiderhoudt**: Ik deel de mening van mijn buurman, zoals zo vaak. We merken ook in de cursus dat de rechters over het algemeen erg voorzichtig zijn met het aantrekken van een witte jas. Daar zijn ze over het geheel genomen behoedzaam in. Het wordt wel lastiger voor hen. Dat hebben we ook al gezien bij de ontwikkeling van de Wet BOPZ. Aanvankelijk hoefde de rechter alleen te beslissen over wel of geen vrijheidsbeneming. Dan krijg je andere arrangementen, zoals de voorwaardelijke machtiging of een zelfbindingsmachtiging waarbij terloops ook een wezenlijk oordeel wordt gevraagd over de kwaliteit van de behandeling. Dat is een terrein waar de rechters in gezogen zijn. Wij hebben wat beginproblemen gezien bij de voorwaardelijke machtiging. Er waren rechters die wilden tot in milligrammen nauwkeurig de hoeveel lithium bepalen en er waren rechters die op hoofdlijnen bleven. Dat is in de praktijk wel uitgewerkt.

Als het gaat om de beschermende werking, moeten we niet vergeten dat er, zoals de heer Dute terecht zei, een adembenemend aantal actoren omheen staat. Je hebt dus wel wat checks-and-balances. Je moet eerder vrezen voor te veel bureaucratie dan voor een lichtvaardig optreden van de rechters hierin. Ik ben daar ook niet zo bezorgd over. Ik denk wel dat de praktijk zal moeten eindigen – dat lijkt er ook wel op – dat rechters dit soort werk gaan doen als ze even niets anders te doen hebben of als ze even van een andere plek af moeten. Je mag wel van de rechterlijke macht veronderstellen dat de rechters die worden ingezet, ook daadwerkelijk een concrete en omvangrijke scholing hebben gehad. Die scholing wordt ook aangeboden.

De heer **Hondius**: We hadden het over de opleiding van rechters. Ik heb een aanbeveling. Als een strafrechter in de positie blijft zoals die nu in de wet staat, zou ik hem zeer veel scholing aanbevelen. Strafrechters kunnen nu bij mensen uit de forensische psychiatrie op verzoek van de officier een zorgmachtiging organiseren, terwijl ze geen idee hebben wat de geestelijke gezondheidszorg inhoudt. Ze denken soms nog dat het zo is als in de tijden van Kuifje, waarin er instellingen waren met een slotgracht et cetera. Dat is echter niet meer het geval. Er is sprake van een uitgekledede

opnameafdeling. Men krijgt net niet de sleutel van de voordeur. We hebben high en intensive care. Het is heel gespecialiseerd. Vanuit het perspectief van deskundigen op het gebied van gevangenis, is het zo lek als mandje. In de opnameafdeling is er echter ook niet een soort visie om zo met mensen om te gaan. De strafrechters moeten fors op cursus, als ze al in die positie blijven. Dat zou ik graag aanbevelen.

De **voorzitter**: De heer Keurentjes wil hier natuurlijk op reageren. Kort graag.

De heer **Keurentjes**: Daar moet ik helder op reageren. Een en ander heeft te maken met de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg. Momenteel ligt het wetsvoorstel volgens mij bij de Eerste Kamer. Die wet is dus nog niet in werking getreden. Dat is maar goed ook. Er moet voor gezorgd worden dat die wetten parallel blijven lopen. Zowel de Wet Zorg en dwang als de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg als de Wet forensische zorg en het liefst ook nog de Jeugdwet, maar dat is misschien te veel gevraagd, zouden eigenlijk op eenzelfde moment in werking moeten treden. Er gebeurt immers zo ongelooflijk veel. Er gaat zo veel naar de gemeenten toe en er verandert zo veel dat het bijna niet meer bij te houden is. De heer Hondius gaf als voorbeeld dat de strafrechter moet worden opgeleid in het kader van de BOPZ. Als hij in het kader van de Wet forensische zorg civielrechtelijke maatregelen wil opleggen, moet dat namelijk wel aan de hand van de criteria van de civielrechtelijke wet. Daar weet hij echter niets van. Dat is dus ingewikkeld. Dit geldt overigens ook voor de raadsheren van de hoven. Met dit wetsvoorstel wordt immers de mogelijkheid van een hoger beroep geïntroduceerd. Dat vind ik enerzijds jammer. Ik begrijp het wel vanwege de rechtsbescherming, maar ik vind het jammer, want de huidige wet heeft in mijn beleving niet laten zien dat er een tekort aan rechtsbescherming is, gelet op de cassatiemogelijkheid die er nog steeds bestaat. Ook de hoven zullen dus een inhaalslag hebben te maken. Dat pleit voor een lange implementatietermijn.

De **voorzitter**: Dat is duidelijk.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik wil de sprekers bedanken dat zij uit alle kanten van het land hiernaartoe zijn gekomen om met ons van gedachten te wisselen over dit wetsvoorstel. Ik heb een vraag over het indienen van de rechterlijke machtiging. Het betreft een theoretische vraag. Zou u de keuze maken voor het indienen van een rechterlijke machtiging door een multidisciplinaire commissie of voor het indienen daarvan door een geneesheer-directeur? Kunt u uw antwoord onderbouwen? Ik stel deze vraag in ieder geval aan de heer Keurentjes en aan de heer Hondius. Ik werd overigens ook getriggerd door een opmerking van de heer Dute over dit onderwerp.

De heer **Keurentjes**: Dit is een gewetensvraag. Als voorzitter van de derde evaluatiecommissie moet ik natuurlijk zeggen dat ik het jammer vind dat de commissie gedwongen zorg eruit is gehaald. In mijn position paper ben ik dan ook begonnen met deze opmerking. Die commissie is namelijk een prachtig instrument om via multidisciplinaire inspraak te komen tot een weloverwogen advies aan de rechter. Ik weet dat er heel veel gedoe over is geweest, maar uiteindelijk is dit instrument afgeserveerd vanwege de kosten die ermee gepaard gingen. Overigens vind ik de kostenschets die nu gemaakt is in de memorie van toelichting redelijk illusoir en vrij arbitrair. Ik denk niet dat we het daarmee redden, maar dat is een zijpad. Natuurlijk zou ik het mooier vinden als de rechter een dossier kreeg dat is opgemaakt door een multidisciplinair samengestelde commissie. Maar ik kan er, zoals ik ook heb geschreven, wel mee leven

dat dit wordt gedaan door een geneesheer-directeur, op voorwaarde dat er wel een heel groot rapport komt te liggen dat meer voorbereiding zal vragen dan thans het opstellen van een geneeskundige verklaring vraagt.

De heer **Hondius**: Theoretisch was die commissie een heel goed idee. Uit pilots bleek echter dat een en ander ongelooflijk bureaucratisch was en niet werkte. Vanuit de psychiatrie slaakten we een zucht van opluchting toen bleek dat het toch niet een commissie werd. Het principe is wel heel goed dat je veel meer informatie aan een rechter aanbiedt dan nu het geval is.

Ik noem bijvoorbeeld het idee van de zorgkaart: wat zou een patiënt, of betrokkene zoals die in de wet heet, willen? Wat ik apart vind, is dat de patiënt het samen met de zorgverantwoordelijke, de behandelaar, de psychiater, moet invullen. Ik zou zeggen: laat hij dit vooral doen met een contactpersoon of met de familie. Dan kan hij echt opschrijven wat hij wil. Als het goed is, krijg je ook informatie van de familie. Dan krijg je een medische verklaring die veel uitgebreider is dan de huidige geneeskundige verklaring op grond van de Wet BOPZ. De medische verklaring bevat niet alleen de criteria voor stoornissen en schade, maar gaat ook over de vraag wat de onafhankelijke arts vindt van wat er aan vrijwillige zorg is aangeboden. Dat komt er ook nog bij en dan heb je in ieder geval een veel bredere informatiestroom.

Er is ook nog over gedacht om mensen op te roepen. Dat kan de rechter altijd doen. Die kan denken: ik mis iets. Nu de commissie er niet is, denk ik dat dit dat een goede mogelijkheid is om een en ander te laten doen. Ik zou willen pleiten voor een digitaal systeem, waarin al die dingen goed zijn ingevuld. Ik noem daarbij ook de crisiskaart. Als je 's avonds op een politiebureau belandt en een vodje in je zak hebt zitten, een crisiskaart, heeft dat minder kracht dan wanneer de informatie in zo'n digitaal systeem zit. Ik zou dat soort mogelijkheden sterk willen aanbevelen. Ik denk dat de geneesheer-directeur ervoor moet zorgen dat alles er is. Hij moet bezien of het klopt en aan de eisen voldoet. Hij moet vooral inhoudelijk kijken.

De commissie was wel erg duur in deze tijden van bezuiniging. Dat was ook een punt dat ik hoorde. Nu is een geneesheer-directeur ook niet goedkoop, hoor, want dan moet er ook geld bij. Maar hij is misschien goedkoper dan de commissie.

De **voorzitter**: De heer Keurentjes wil heel even reageren. Daarna geef ik het woord aan de heer Dute.

De heer **Keurentjes**: De heer Hondius zei dat uit de pilot zou zijn gebleken dat de commissie heel bureaucratisch was en niet werkte. Dat ben ik niet met hem eens. Wij hebben een aantal pilots gehad. Natuurlijk waren er opstartproblemen, want het was een nieuwe manier van werken. Na verloop van tijd bleek echter dat het eigenlijk wel heel goed werkte. Dat wilde ik nog even nuanceren.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik constateer dat u het niet helemaal met elkaar eens bent. Het woord is aan de heer Dute.

De heer **Dute**: Het was ook mijn indruk dat die pilots niet zo negatief waren als zojuist is gesteld. De multidisciplinaire commissie was natuurlijk een buitengewoon goed idee, maar misschien iets teveel bedacht aan de tekentafel. Overigens was de taak van de commissie niet alleen het indienen van verzoeken. Er werd ook voorzien in een aantal andere taken, zoals het ontwikkelen van de richtlijn. Het College heeft begrip voor enerzijds het kostenaspect en anderzijds – misschien wel iets belangrijker – de verdubbeling van de procedure die erin zit: eerst wordt

de patiënt gehoord door de commissie en vervolgens door de rechter. Ik kan er wel mee leven dat die taak nu terecht is gekomen bij de geneesheer-directeur, al zouden natuurlijk ook andere oplossingen denkbaar zijn geweest, zoals een besluitvormende commissie met een beroep op de rechter.

De **voorzitter**: Misschien is het goed om ook de heer De Haan hiernaar te vragen, want de richtlijn werd al genoemd.

De heer **De Haan**: Een heel belangrijk punt is volgens mij dat patiënten het gevoel hebben dat, als er een zorgmachtiging voor hen wordt aangevraagd, deze direct juridisch gewogen is. Ik denk dat de geneesheer-directeur in staat is om patiënten het gevoel van onafhankelijkheid te geven. Ik denk echter wel dat het vraagt om een erg duidelijke positionering van de geneesheer-directeur, die eigenlijk de commissie in zichzelf moet verenigen. Ik denk dat dit kan. Het lijkt mij goed dat de geneesheer-directeur invloed heeft bij de zorgaanbieder. Ik denk dat het goed is dat dit blijkt uit wat wij weten over geneesheer-directeuren en wat patiënten en familieleden daarover weten. Het vraagt echt om een nieuwe positie.

Of je dan ook moet zeggen dat een geneesheer-directeur ook op een andere manier een relatie heeft met het juridische systeem, weet ik niet, maar ik denk dat die positie kan en op dit moment kwalitatief hoog is. Dat vraagt echter wel om een bestending en goede borging. Er is al een paar keer gesproken over de bijscholing van rechters, maar ik denk dat die scholing ook voor geneesheren-directeuren nodig is. Ik maak mij namelijk ook zorgen over het werk dat hiermee van geneesheren-directeuren wordt gevraagd. Dat werk zal niet door de zorgaanbieder kunnen worden bekostigd, want er hangt nog helemaal geen dbc aan. Hoe die 8 miljoen tot stand is gekomen ... Je moet die positie echt versterken en daar ook de rol van patiënten en familieleden bij betrekken.

De heer **Zuijderhoudt**: Ik wil graag nog één opmerking maken. De vraag was oorspronkelijk: wat moeten wij kiezen, de geneesheer-directeur of de commissie?

De **voorzitter**: Wat heeft de voorkeur? Die vraag is eigenlijk aan alle aanwezigen gesteld.

De heer **Zuijderhoudt**: Onder de huidige omstandigheden geef ik de voorkeur aan de geneesheer-directeur als de commissie niet kan. De keuze voor de commissie zou principieel netter zijn. Daar was ik voorstander van. Als dat niet lukt, dan maar de geneesheer-directeur. Men moet bedenken dat dit in een context gebeurt. De verzoeker was altijd de officier van justitie. De evaluatiecommissie heeft op goede gronden besloten dat dat geen gelukkige keuze was. Het OM wilde zelf per se niet meer. Het OM is er gaandeweg uitgekomen, omdat de geneesheer-directeur gaandeweg de facto steeds meer taken van het OM naar zich toegeschreven heeft gekregen. Die context moeten wij voor ogen houden. Daarom is het ook zo van belang dat wij nu via de Wet forensische zorg opeens zien dat de officier van justitie weer terug is als verzoeker. Hij moet weliswaar met de geneesheer-directeur overleggen, maar als dat overleg marginaal is en tot niks leidt, gaat hij gewoon zijn gang. Wij hebben dus een wonderlijke constructie. Wij doen heel erg principieel over die geneesheer-directeur, terwijl er via de zijingang zoiets wordt binnen gefietst. En dan heb ik het nog niet gehad over de invloed die de burgemeester kan hebben. Over andere belangen gesproken.

De **voorzitter**: Ik dank u voor deze toevoeging. Dat brengt mij bij mijn eigen vraag. Van u allen heb ik gehoord dat wij goed moeten kijken naar

de samenhang met die andere wet, en dat het op dat punt heel erg schuurt, terwijl wij in een briefing te horen hebben gekregen dat die relatie nu beter is geregeld. Het zijn andere doelgroepen en het is een andere benadering, maar de uitgangspunten van de wetten zijn gelijk. De aansluiting met de Wet forensische zorg zou verbeterd worden. Volgens de heer Zuiderhoudt is dat niet het geval. Hij wees erop dat ook de terminologie niet overeenstemt. Kan hij wat voorbeelden noemen, zodat het voor ons wat tastbaarder wordt? Als andere sprekers iets willen aanvullen, dan zijn zij daartoe uitgenodigd.

De heer **Zuiderhoudt**: De ene wet spreekt van «betrokkene», de andere van «cliënt» en de derde van «forensische patiënt». Dat is nog niet zo erg, maar daarnaast wordt in twee wetten gesproken van «accommodatie», waarbij je je moet afvragen of daar hetzelfde mee wordt bedoeld. De toelichting laat ons op dit punt in de steek. Ik noem een aantal thema's waarbij dit echt vragen oproept: wilsbekwaamheid, huisregels en klachtenprocedure. Op die punten zijn de wetten niet geharmoniseerd. Wij hebben het begrip «zorgverantwoordelijke», maar in de ene wet betekent dat echt wat anders dan in de andere wet. Dat is niet handig. Je kunt wel harmoniseren door dezelfde term te gebruiken, maar als er sprake is van een wezenlijk verschillende betekenis en je de zorg wilt integreren en «ambulantiseren», dan moeten de mensen in het veld weten dat de zorgverantwoordelijke op het ene moment het ene doet en op het andere moment het andere. Dat is niet handig. Ik vind dat niet optimaal.

Waar de bewindslieden betogen dat er optimaal geharmoniseerd is, bedoelen zij kennelijk die paar schakelbepalingen. Die geven wel doorzettingsmacht, zeker aan het Openbaar Ministerie, maar dat is nog geen harmonisering van wetten.

Een laatste punt ter illustratie. Alle drie wetten kennen in hun citeertitel het begrip «zorg». Ga je dan echter kijken hoe «zorg» gedefinieerd is, dan zie je drie totaal verschillende definities, waarvan in twee gevallen het financiële aspect leidend is. Er wordt wel gezegd: als je niet weet of een patiënt onder de Wet zorg en dwang moet vallen – excuus dat ik van «patiënt» spreek, ik ben een oude dokter – of dat hij beter af is onder een andere wet, dan is de zorgvraag leidend. Zeg je dat echter als Minister, dan moet je ook weten wat de zorgvraag is en waar die naar refereert. Als die refereert naar drie zorgbegrippen die niet overeenstemmen en waarvan er twee alleen financieel gedreven zijn, dan vraag ik mij af hoe het veld daar het beste mee kan omgaan. Ik hoop dat ik de vraag beantwoord heb.

De **voorzitter**: U hebt behoorlijke verheldering gegeven, mag ik wel zeggen. Wil daar iemand nog iets aan toevoegen? Dat is niet het geval. Dan geef ik graag voor een tweede ronde van vragen het woord aan mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb een vraag over een onderwerp dat nog niet besproken is tot nu toe, namelijk het vormgeven van het toezicht in de ambulante setting straks. Welke ideeën leven daarover? Waarop moeten wij als Kamer letten om ervoor te zorgen dat degene die straks de verplichte geestelijke zorg in de ambulante setting geeft, ook het idee heeft dat het toezicht op de juiste manier wordt uitgevoerd? Dat wil ik vragen aan de heer De Haan en de heer Zuiderhoudt.

De heer **De Haan**: Ik acht het van groot belang dat het, nu er steeds meer richting wordt gegeven aan ambulante vormen van zorg, ook voor patiënten heel duidelijk is waar zij terecht kunnen als zij klachten hebben over de gedwongen zorg die zij krijgen of over termijnen of over wat dan ook. Bij patiënten die in de ouderwetse situatie zijn opgenomen, lukt dat

meestal wel met een patiëntvertrouwenspersoon. Dan wordt de patiënt geïnformeerd over de mogelijkheden. Dat kan ambulant natuurlijk ook goed. Het vereist een soort algemene ontwikkeling bij instituties, bij behandelaars, maar ook bij patiënten en burgers: daar kun je terecht en op deze manier gaat dat. Ik ben heel wel met de heer Hondius eens dat de inspectie er goed toezicht op zou kunnen houden als er een goed digitaal systeem was van de stappen die doorlopen moeten worden. Tekst is altijd wel een verslag van de werkelijkheid. Dit is een heel belangrijk terrein waarin de toegang tot beroepsmogelijkheden voor patiënten heel duidelijk moet zijn.

De heer **Zuijderhoudt**: Als wij het hebben over toezicht, dan denken wij vooral aan staatstoezicht sinds halverwege de negentiende eeuw, te weten de inspectie. Dat is ook een goed vertrek- en uitgangspunt, maar uit het proefschrift van Hanneke van de Klippe blijkt dat het een soort cirkelgang is. Steeds weer wordt er gezegd: het gaat niet goed, we moeten meer data verzamelen en daar moet meer op toegezien worden. Er moet strengere repressie komen en er moeten hogere straffen komen. Dat gaat maar door. Je ziet nu ook dat de strafmaat weer enorm omhoog gekruid is. Dat leidt niet tot «high trust, high penalty», maar tot «low trust and high and random penalty». Dat is mijn bezwaar tegen de regeling die er nu is. Low trust, high and random penalty. De bedoeling van de Wet BOPZ was – en dat staat ook netjes in de wet – dat bijvoorbeeld bij dwangbehandeling van iemand die niet gebruik kon maken van de klachtenregeling, melding gemaakt moest worden door de geneesheer-directeur, opdat de inspecteur dan dacht: hier is een weerloze patiënt die zelf niet kan klagen, ik stap op mijn Gazelle en ik ga naar het ziekenhuis. Dat is een concrete vorm van wezenlijk toezicht, die een wezenlijke bijdrage levert aan de rechtsbescherming van de individuele patiënt en daar gaat het om. Het gaat niet om de openbare orde, maar om de individuele patiënt.

Als je het staatstoezicht zo organiseert dat het toezicht veel meer op afstand komt te staan en dat er op een bureau vlak bij Station Laan van NOI maandelijks grote hoeveelheden data binnenkomen van een ziekenhuis, dan is dat aspect van het toezicht niet geborgd. Dan heeft de individuele patiënt daar plat gezegd heel weinig tot niets aan. Dat is op alle mogelijke manieren gerepareerd in de Wet BOPZ. Er is geen enkel stuk zo vaak gerepareerd als bijvoorbeeld de klachtenregeling. Er zijn volgens mij zeven wettelijke regelingen in de loop van de tijd geweest, waarbij steeds verder gejuridiseerd werd.

De regeling die nu bestaat met die route helemaal langs de rechterlijke macht, wordt dus in ongeveer 20 gevallen op 20.000 rechterlijke machtingen per jaar gebruikt. Dan heb je dus een virtuele rechtsbescherming voor de «lucky few» maar het gros heeft er weinig aan.

Je zou eigenlijk twee dingen moeten hebben. Als de inspectie op grote afstand zit, wil zij impliciet dat het toezicht binnen de instellingen zelf is georganiseerd, dat de instellingen op zichzelf toezien. Daar is op dit moment de geneesheer-directeur de centrale actor in. Als je de inspectie dus al op zo'n grote afstand houdt en je alleen toezicht houdt via enorme sancties, hoge boetes en een klachtenregeling die heel ingewikkeld is en op afstand staat, organiseer dan in ieder geval het toezicht concreet rond de patiënt. Dat kan iets anders zijn en iets verder gaan dan het introduceren van een hele reeks actoren die erbij betrokken zijn.

Zorg er dus voor dat de rechten van de individuele patiënt die zich weerbaar moet opstellen tegen een verzoek van de officier van justitie of tegen een problematisering van de kant van de burgemeester, goed worden geborgd en dat daar toezicht op is. Onder de huidige omstandig-

heden doet de geneesheer-directeur dat vooral. Of zijn rol met deze wet zozeer wordt overbelast dat hij dat niet meer goed zelf aankan, weet ik niet.

De **voorzitter**: Als ik uw woorden goed begrijp, dan vindt u het niet wenselijk dat een en ander zo bij de geneesheer-directeur ligt, vraag ik mede namens de D66-fractie.

De heer **Zuiderhoudt**: Ik vind het in ieder geval niet wenselijk dat het staatstoezicht op zo'n grote afstand is komen te staan. Dat is het punt. Aangezien de burgemeester en de officier van justitie in de Wet BOPZ een beperkte rol vervulden in de rechtsbescherming van de patiënt, werd die lacune gevuld door de activiteiten van de patiëntenvertrouwenspersoon en intern door de geneesheer-directeur. Dat ziet u in het evaluatierapport. De oorspronkelijke beschermende actor, te weten de IGZ, ging op grote afstand staan. De officier van justitie zei: wij gaan boeven vangen, bemoeien ons er verder niet mee en worden een brievenbus. En de burgemeester tekende een inbewaringstelling maar deed echt niet zo veel onderzoek naar de noodzaak daarvan. De tekorten in de rechtsbescherming van de individuele patiënt zijn binnen de instelling de facto opgevuld door de geneesheer-directeur, die toezicht houdt op cowboygedrag van psychiaters, en door de patiëntenvertrouwenspersoon, die daarbovenop zit. Onder het nieuwe wetsvoorstel heeft de advocaat veel meer toegang omdat het intramurale een beetje verdwijnt. Ik heb er goede hoop op dat de combinatie van patiëntenvertrouwenspersoon en de advocaat behoorlijk oprukt. Dat zou heel zuiver zijn.

De heer **Hondius**: Ik heb een aanvulling. De multidisciplinaire richtlijn, waar de heer De Haan ook over gaat, zou daar ook wat over kunnen gaan zeggen. Ik kan mij voorstellen dat er allerlei verschillen zijn in verpleegzorg en ambulante zorg. Sommige vragen meer toezicht of een ander soort toezicht. Dat gebeurt heel lokaal en gaat gepaard met allerlei afspraken en registraties. Ik kan mij voorstellen dat iemand thuis fixeren van een heel andere orde is – daar zou ik zelf moeite mee hebben – terwijl iemand medicatie geven voor wie nu gedwongen opname nodig is, juist het grote winstpunt is.

Wanneer iemand nu gedwongen medicatie moet hebben en hij zich daartegen verzet, dan moet hij onder de huidige BOPZ eerst uit zijn huis worden gehaald omdat hij gevaarlijk is. Vervolgens moet hij worden opgenomen in het ziekenhuis, moet er worden gewacht totdat er gevaar is en dan kan er dwang worden toegepast. Dat is sociaal heel onwenselijk voor die persoon en ook onnodig. Dat soort dingen kan een andersoortig en toegankelijker toezicht geven. Dan heb ik het over medicatie en zo, maar daar moet de richtlijn over gaan. Je zou je echter moeten afvragen hoe je fixatie gaat toepassen. Mij lijkt het dat de geneesheer-directeur daarbij genoeg informatie kan krijgen om een aantal dingen op tijd te signaleren.

De heer **Dute**: De toezichtstaak ligt bij de inspectie. Althans, die zou daar moeten liggen. Inspectie op afstand is dan een groot probleem, met name in thuissituaties. Nergens wordt duidelijk hoe de IGZ daar op een verantwoorde manier invulling aan kan geven.

Overigens voorziet het wetsvoorstel in een binnentredingsbevoegdheid van de inspectie. Kennelijk is het toch de bedoeling om in individuele gevallen af en toe een kijkje te nemen. Die spanning tussen het individuele toezicht en het algemene toezicht, het toezicht op hoofdlijnen, is een terugkerend probleem. Dat zal ook in deze wet weer terugkomen. Er zal toch een aantal problemen of calamiteiten in de thuissituatie moeten optreden, waarna iedereen weer roept: de inspectie moet toch op het

individuele niveau gaan kijken. Het zou beter zijn als daar wat structureler over wordt nagedacht.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik blijf even bij de heer Keurentjes. U schrijft dat in dit wetsvoorstel veel informatie moet worden gedeeld met betrokkenen en derden. U zegt ook dat de noodzaak daartoe niet altijd evident is. Kunt u concreet toelichten op welke terreinen die dan niet evident is? En welke rol zou een elektronisch patiëntendossier, waarin de cliënt zelf toestemming geeft voor het uitwisselen van informatie, daarin kunnen spelen?

De heer **Keurentjes**: Dat is een lastige. Ik vind dat er wel erg nonchalant wordt omgegaan met de privacy van de patiënt. Dat vond ik bij de wet BOPZ al, dat vind ik bij het nieuwe wetsvoorstel wederom en dat heeft de derde evaluatiecommissie ook geconstateerd, evenals eerdere evaluatiecommissies overigens. Een van de meest extreme voorbeelden in het wetsvoorstel is de crisismaatregel. Voordat de de burgemeester die neemt, moet hij daar al mensen over informeren. Dat vind ik heel ver gaan. Er zijn meer voorbeelden in de wet te vinden waarin aan de behandelaar of de geneesheer-directeur de verplichting wordt gegeven om aan de nieuw te creëren vertrouwenspersoon, de contactpersoon, informatie te geven. Dat gaat heel ver, ook wanneer er gedwongen behandeling plaatsvindt of er sprake is van noodmaatregelen. Dat is niet altijd relevant en in de praktijk merken we dat het gewoon niet gebeurt. Ook nu gebeurt het niet altijd en dat vind ik terecht, want niemand heeft er iets mee te maken wat jouw precieze verzorging inhoudt. Dat vind ik het probleem.

Dan het elektronisch patiëntendossier. Als iemand toestemming geeft om alle informatie die hem betreft, ook over gedwongen toegediende medicatie, aan derden te geven, dan is er niets wat dat tegenhoudt. Je moet dan echter wel expliciet toestemming vragen, en we weten allemaal dat een psychiatrisch patiënt op het moment dat hij wordt opgenomen, in zo'n staat is dat hij op dat soort vragen geen weloverwogen antwoord kan geven. Dat is het dilemma waar je altijd mee zit, denk ik.

De **voorzitter**: Dank u wel. Wil een van de anderen hierop reageren?

De heer **De Haan**: Even kort. Ik denk dat je het van twee kanten kunt bekijken. Het besluit van een patiënt om geen toestemming te geven om de informatie met anderen te delen, kan zowel genomen worden vanuit een psychiatrische stoornis – niemand mag iets van mij weten! – als vanuit een heel weloverwogen begrip van zijn eigen situatie. Ik denk dus dat dit een heel belangrijk punt is. We weten niet waarom iemand het niet wil. Dit is een precair punt als die informatie met veel mensen gedeeld wordt.

De heer **Zuijderhoudt**: Ik citeer uit artikel 8:22: «Onverminderd andere informatieverplichtingen die voortvloeien uit deze wet, verstrekken de geneesheer-directeur, de zorgverantwoordelijke, de burgemeester en de officier van justitie elkaar, zo nodig zonder toestemming van betrokkene, gegevens voor zover dat noodzakelijk is ter: ...» En dan komt het rijtje, waarin ook schade voor een ander staat. Ik zeg niet dat dit op zichzelf onzin is, maar ik zie werkelijk niet waarom toch iedere keer de burgemeester op de hoogte gesteld moet worden. Die oggz is er in de nota van wijziging sluipend ingeschreven, terwijl deze wet er toch is om de grondrechten van de patiënt te waarborgen en niet om de burgemeester van zijn openbareordeproblematiek af te helpen. U kunt het mij uitleggen; ik snap het niet.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb een heel korte, maar zeker niet onbelangrijke vraag. Ik moet even opzoeken wie dit punt naar voren bracht; mijn excuus dat ik dat zo gauw niet kan vinden. Volgens mij was het de heer **Hondius**. Hij refereerde heel kort aan de preferentie, aan de voorkeuren van patiënten en familie om dit goed vast te leggen. Hoe zouden we dat moeten doen? Is het op dit moment in de wet vastgelegd? Is het onvoldoende vastgelegd? Moet het in een richtlijn naar voren komen? Daarop zou ik graag een toelichting krijgen.

De heer **Hondius**: Dank voor de vraag. Dit is een heel belangrijk punt. Het wordt nu wel gedaan met een voorwaardelijke machtiging en met de crisiskaart, maar dat is toch willekeurig: de een wel en de ander niet. Ik denk dus dat het goed is dat het in de wet wordt geregeld. Er zijn een paar onderdelen. Er is de zelfbinding. Als je te maken krijgt met verplichte zorg kun je aangeven wat je wel wilt en wat je niet wilt, en hoe je dat georganiseerd wilt hebben. Daar komt een verklaring van, die opvraagbaar is. Dat geeft al richting aan wat mensen willen. Daarnaast is er de zorgkaart. Die is verplicht. Je kunt niet naar de rechter als de zorgkaart er niet is. Je kunt je afvragen wie hem opschrijft, maar het feit dat hij er is, is heel belangrijk.

De familie heeft ook een kaart. Ik noem die de triadekaart. Ik weet niet of die in de wet staat, maar daarmee kunnen zij informatie aangeven. Op die manier leg je een aantal dingen vast. De crisiskaart is volgens mij een goed initiatief dat ook ergens geregeld zou moeten worden. Het staat dus in de wet. Als de geneesheer-directeur beslist om de voorbereiding voor een machtiging te starten, dan kan de cliënt of patiënt ook met een eigen plan van aanpak komen. Dat is op zich een mooie mogelijkheid om op een minder ingrijpende manier de verplichte zorg te vermijden, want dat willen alle partijen eigenlijk: de patiënt, de familie en de behandelaar. Het is niet de enige oplossing en deze oplossing zal ook niet altijd werken, maar het is wel een mooie mogelijkheid om dit vorm te geven. Ik denk dus dat er goede mogelijkheden zijn. Die moeten echter wel werkbaar blijven en niet leiden tot allerlei uitstelgedrag waardoor de schade alleen maar groter wordt. Het geeft een soort redelijkheid om met elkaar in debat te gaan en om naar betere en minder zware oplossingen te zoeken.

De **voorzitter**: Mijnheer Rutgers, wilt u daar nog wat aan toevoegen?

De heer **Rutgers**: Ja, heel kort. Ik vind dat de geneesheer-directeur krachtens de wet verplicht is om goed te wegen wat de belangen en de positie van de patiënt en de familie zijn. Hebben zij voldoende ondersteuning gehad van de patiëntenvertrouwenspersoon en de familievertrouwenspersoon, die nu allebei in de wet verankerd zijn? Zonder dat kun je niet met goed fatsoen zeggen dat alles uit de kast is getrokken om eerst vrijwillige zorg te leveren alvorens tot verplichte zorg over te gaan. De geneesheer-directeur zal dus heel kritisch moeten zijn in het aanvragen van verplichte zorg als daarvoor onvoldoende inspanning is geleverd om in gesprek te komen met de patiënt of de familie over de vraag hoe het anders zou kunnen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik wil graag iets vragen over de aansluiting tussen de forensische psychiatrie en de reguliere psychiatrie. Ik meen dat de heer Keurentjes daarover zijn zorgen heeft geuit in zijn position paper en tijdens zijn inbreng. Dat heeft natuurlijk te maken met de aansluiting tussen de Wet forensische zorg en deze wet. Hoe zou je concreet kunnen borgen dat die twee doelgroepen op elkaar aansluiten en de vrees die hij terecht opmerkt over het doorsluizen, niet bewaarheid wordt?

De heer **Keurentjes**: Voor dat laatste kan ik niet zorgen en dat is denk ik ook niet reëel. Ik heb geprobeerd aan te geven dat niet zozeer de behandeling en de bescherming anders moeten. Als evaluatiecommissie hebben wij bepleit dat de zorg centraal moet komen te staan. De mate van bescherming of het regime waarin mensen worden ondergebracht kan anders zijn naar aanleiding van de titel waarop ze er zijn. Als het een strafrechtelijke titel is, is het logisch dat er een andere vorm van bescherming noodzakelijk is dan bij de reguliere psychiatrie. In de praktijk zien we een aantal ontwikkelingen. Instellingen worden bijvoorbeeld gedwongen tot beddenreductie puur vanwege de kosten. Aan de andere kant zien we dat als gevolg van de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg meer mensen van de forensische zorg naar de algemene psychiatrische zorg zullen gaan. De strafrechter zal dus veel meer civielrechtelijke BOPZ-maatregelen opleggen. Dat is ingewikkeld, want de strafrechter is op dit moment niet geëquipeerd om de Wet BOPZ toe te passen, omdat hij daar niet in is opgeleid. Dat vind ik lastig. Er moet echt veel gebeuren voordat dat kan. De tijd daarvoor is echter kort, want naar het zich laat aanzien zal de Wet forensische zorg op 1 juli in werking treden. Dat is dus echt heel ingewikkeld. Nogmaals, ik denk niet dat de behandeling zoveel anders zal moeten zijn. Dat zou u aan de artsen moeten vragen en niet aan de rechter. Ik denk alleen dat we goed moeten opletten dat de regimes waarin mensen verblijven goed zijn aangepast aan de mate van bescherming die zij en de maatschappij nodig hebben.

De heer **Hondius**: Een aantal mensen uit de forensische psychiatrie zal niet klinisch hoeven. Er kan ook ambulante heel veel gedaan worden, door vakteams bijvoorbeeld. Wel zou het helpen als de financiering niet meer titelgebonden is. Dan zou je de zorgveiligheidsmatrix kunnen inlassen. Je hebt zorg op hoog, middel en laag niveau. Ook heb je veiligheid op hoog, middel en laag niveau. Dan krijg je negen hokjes en daarin kun je op- of afschalen. Als iemand meer zorg nodig heeft, kan hij naar een hokje waar meer zorg is. Als iemand meer veiligheid nodig heeft, kan hij een hokje hoger qua veiligheid. Als je in de reguliere ggz zit en onveilig gedrag vertoont, dan kun je tijdelijk naar een forensische kliniek omdat daar meer veiligheid is. Je moet wél terug kunnen, omdat de continuïteit van zorg van belang is, maar het moet even wat veiliger. Nu komen mensen met heel onveilig gedrag terecht in de uitgekleden opnameafdeling. Er zijn allerlei artikelen over verpleegkundigen die worden geslagen. Het is een kleine groep waarbij dit gebeurt, maar het is slecht voor het imago en slecht voor de andere patiënten. Het moet dus veiliger. Nu krijg je een rugzak vol goud mee als je uit «forensisch» komt, maar als je titel eraf gaat dan is die zak goud weg, terwijl de zorg nog wel nodig is. Daar moet dus iets gebeuren. Misschien zou je het ergens kunnen uithalen, zodat niet de zorgverzekeraars er iets over te zeggen hebben maar dat het op een andere manier gaat, zodat je op inhoudelijke gronden naar de zorgveiligheid gaat kijken. Je kunt dan bekijken of het ambulante kan, of het klinisch kan of dat het in het forensische beschermde milieu moet. Je moet daar soepel in kunnen schakelen. Daarmee doe je de patiënt het meeste recht en houd je de zaak veilig. Dat is volgens mij niet ingewikkeld, alleen zijn de schotten groot.

De heer **Keurentjes**: Een aanvullende opmerking. Ik ben het helemaal eens met wat Hondius zegt. Dat pleit er nu juist voor om de wetten veel beter op elkaar af te stemmen, zodat je een patiënt inderdaad formeel moeiteloos van het ene regime naar het andere kunt brengen. Als je ziet welke bevoegdheden er nu bijvoorbeeld in de forensische psychiatrie worden toegekend aan de Minister van Veiligheid en Justitie, op een heel ander terrein dan zijn eigen vakgebied, is dat echt zorgwekkend, als ik dat zo mag zeggen.

De heer **Rutgers**: De Wet verplichte ggz verplicht ons om eerst uitputtend vrijwillige zorg te leveren alvorens over te gaan tot verplichte zorg. Mensen die uit de forensische psychiatrie komen, worden door een strafrechter buiten het toetsingssysteem van de geneesheer-directeur, dus buiten de inhoud, al aan een zorgmachtiging geholpen. Ik vind dat een rechtsongelijkheid die niet kan. Ik zou dus sterk voor het volgende pleiten. Ook als mensen vanuit de forensische zorg een beroep doen op de verplichte zorg, moet je dit zorgvuldig via de geneesheer-directeur laten lopen en het niet achterlangs regelen via een uitspraak van de rechter.

De **voorzitter**: Een goede aanvulling; dank u wel.

We hebben nog vijf minuten. Ik snijd nu misschien iets heel nieuws aan, maar ik wil het als woordvoerder van de D66-fractie toch nog even aan de orde stellen. De heer Dute heeft in zijn inleiding gezegd dat hij vindt dat er eigenlijk te weinig aandacht is voor allochtone cliënten en patiënten. Er is weliswaar voorzien in tolken, dus er is aandacht voor de taal, maar er zou vooral meer aandacht moeten zijn voor de cultuur. Hoe zou je dat echter in de wet moeten vastleggen? Ik vraag de heren Dute, Zuiderhoudt en Keurentjes om daar eens op te reageren.

De heer **Dute**: Ik denk dat het wel mogelijk is om dit in de wet vast te leggen, maar het zal toch vooral aankomen op de uitvoering in de praktijk. Ik heb al gewezen op een punt dat in de wet zou kunnen worden vastgelegd, namelijk de vergoeding voor de tolkendienst ofwel het recht op bijstand. Dat is nu beperkt tot de patiënt zelf, maar er staan een heleboel actoren om die patiënt heen die natuurlijk op eenzelfde wijze moeten worden geïnformeerd en die deze garantie niet hebben. Dat is in ieder geval een punt waarvan ik denk dat het in de wet kan worden vastgelegd. Voor de rest is het ook een kwestie van opleiding, van cultuur binnen de instelling zelf en van deskundigheid van psychiaters op dit terrein. Dat is minder goed in de wet vast te leggen.

De heer **Zuiderhoudt**: Mijn opmerking ligt in het verlengde van datgene wat de heer Dute heeft gezegd. Opvallend aan de nota van wijziging is dat helemaal aan het begin, in de toelichting, het wederkerigheidsbeginsel eigenlijk wordt geherdefinieerd. Daarbij wordt de verplichting van de overheid als centrale actor om aan de patiënt die van zijn rechten wordt ontdaan, een reële tegenprestatie te leveren, er eigenlijk uitgehaald. Die verplichting wordt bij de zorgaanbieders en eventueel bij de gemeenten gelegd. Je zou je ervoor moeten zorgen dat er geen taalbarrière is voor allochtone patiënten. Je moet ook bedenken dat als je dusdanig focust op de zelfredzaamheid van de patiënt en van diens eigen systeem, je ook moet borgen dat dit systeem dat ook werkelijk kan opbrengen. Het gaat dan niet altijd om de sociaaleconomisch en juridisch meest bevoorrechte in de samenleving. Je zult dan dus iets meer moeten vragen van gemeenten dan wat ze op dit moment leveren.

De heer **Keurentjes**: Ik heb weinig toe te voegen. Ik kan hooguit nog zeggen dat nu in de praktijk al een tolk wordt ingeschakeld en dat die ook wordt gebruikt om de familieleden te horen, als die er al zijn. U moet zich echter ook realiseren dat heel veel mensen helemaal niet willen dat familieleden gehoord worden over hun preciaire situatie.

De heer **Dute**: Ik heb nog een kleine toevoeging. Het gaat nu alleen om de afgifte van de zorgmachtiging, maar we hebben natuurlijk ook nog het hele uitvoeringstraject. Het gaat om een heel hulpverleningstraject, waarin dat ook gegarandeerd moet zijn.

De **voorzitter**: Dank u. Het is nu 11.30 uur. We zijn dus mooi binnen de tijd gebleven.

Ik dank u allen hartelijk voor uw uitvoerige toelichting. Ik wens u een goede reis terug.
Wij nemen vijf minuten pauze om even te wisselen en dan gaan we met het volgende blok beginnen.

De vergadering wordt van 11.30 uur tot 11.35 uur geschorst.

Blok 2 Juridisch en formeel kader

De **voorzitter**: Hartelijk welkom. We vervolgen dit rondetafelgesprek over de verplichte ggz met het tweede blok «Juridische en formele kader». Ik heet de gasten van harte welkom. Bij het begin van het eerste blok heb ik gezegd dat de SP zich laat verontschuldigen omdat mevrouw Leijten niet in staat is om hier te zijn. Zij hoopt haar collega Van Gerven te kunnen sturen. Die komt later, maar er wordt wel meegeluiderd; dat is goed voor u om te weten. Van de kant van de Kamer zijn aanwezig mevrouw Bruins Slot van het CDA, de heer Van Veen van de VVD, mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie en de heer Kuzu van de Partij van de Arbeid. Hij is even weg, maar hij zal elk moment terugkomen.

Ik stel voor om een korte ronde te houden waarin u een inleiding van maximaal drie minuten geeft. Omdat u met meer sprekers bent dan in het eerste blok, verzoek ik u heel vriendelijk om het echt binnen de drie minuten te houden. Anders moet ik u onderbreken en dat vind ik nooit leuk om te doen. Ik hoop dus dat dat gaat lukken.

Als eerste is het woord aan mevrouw De Vries van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Mevrouw **De Vries**: Voorzitter. Ik zal heel kort een reactie geven. Als inspectie zijn wij blij met deze wet, omdat hierin een aantal dingen wordt geregeld waar wij behoefte aan hebben en waar wij in ons toezicht al vorm aan geven. Ik zal een aantal zaken noemen: er wordt om een multidisciplinaire richtlijn gevraagd, er moet een beleidsplan worden opgesteld door de raad van bestuur en er moet een eenduidige registratie zijn. In ons toezicht hebben wij geconstateerd dat wij naar aanleiding van meldingen in concrete ad-hoczaken kunnen beoordelen of zaken goed zijn gegaan of niet, maar veel belangrijker is natuurlijk dat zaken structureel geborgd zijn in een instelling. Voor die structurele borging zijn de zaken die ik zojuist noemde, heel erg belangrijk. Dat hebben wij geconstateerd in ons toezicht, maar het is ook gebleken uit wetenschappelijk onderzoek. Een punt waar wij wel aandacht voor vragen is de verplichte ambulante zorg. Dat punt is wat ons betreft nog niet goed uitgewerkt. Op zich is het goed dat er verplichte ambulante zorg kan zijn. Die zal ook altijd goed geregeld moeten zijn, maar de vraag daarbij is natuurlijk altijd: hoe doe je dat dan? Wij vinden het heel erg belangrijk dat het veld zelf nagaat hoe het die waarborgen gaat formuleren, zodat wij dat ook kunnen toetsen. Een aantal zaken zal altijd weer terug moeten komen, het moet altijd het ultimatum remedium zijn en er moet goed toezicht zijn door de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur. En nog even voor de duidelijkheid: wat ons betreft kan verplichte ambulante zorg ook inhouden dat een patiënt thuis woont, maar dat hij voor de verplichte zorg, bijvoorbeeld de gedwongen medicatietoediening, naar de polikliniek gaat. Dat zou onze voorkeur hebben, omdat de waarborgen dan beter zijn geregeld.

Mevrouw **Visscher**: Voorzitter. De nieuwe wet raakt de gemeenten en in het bijzonder ook de burgemeesters als het gaat om de crisismaatregel. Daarop zal de heer Koelewijn straks namens het Nederlands Genootschap van Burgemeesters nader ingaan.

Namens de Vereniging van Nederlandse Gemeenten begin ik met de hamvraag: is deze wet een verbetering ten opzichte van de situatie nu? Daarop zeg ik volmondig ja. Grote pluspunten ervan zijn dat nu de

behandeling centraal staat in plaats van de opname, dat de rechtspositie van de patiënt goed geregeld is en dat de familie en de hele sociale omgeving van de patiënt een belangrijke rol spelen en beschouwd moeten worden in het zorgplan. Wat dat betreft moet de wet zo snel mogelijk worden ingevoerd. Om een wet in te voeren moeten echter wel alle condities goed voor elkaar zijn, want je moet hem goed kunnen uitvoeren. Daarop komt het aan.

Wat dat betreft heb ik nog een aantal aandachtspunten. De hele beweging past goed in de beweging die ook de gemeenten maken met betrekking tot de Wet maatschappelijke ondersteuning. Wij leggen daarbij echt onze focus op het ondersteunen van mensen bij het ondanks hun beperking participeren in de samenleving. Zij moeten zo goed mogelijk worden gecompenseerd en ondanks hun beperking toch hun partijtje meeblazen in de samenleving.

Van gemeenten wordt nu echt een nieuwe wettelijke rol gevraagd. Dat vraagt implementatiecapaciteit. Veel grotere gemeenten hebben al ervaring met een gemeentelijk meldpunt. Dat is een goede plek om meldingen binnen te krijgen, te beoordelen en door te sluisen waar dat nodig is. Voor die nieuwe wettelijke taak moet er wat ons betreft ook een goed implementatieplan zijn. Daar moeten ook middelen tegenover staan. Het is op zich goed afgesproken in ons land. Met de Financiële-verhoudingswet wordt het goed geregeld, maar wij hebben nu nog niet gezien dat het ook in dit geval goed geregeld is. Wij vragen dus om middelen. Zoals u weet, is dit niet de enige taak die gemeenten er op korte termijn bij krijgen. Wij willen het heel graag doen en wij kunnen het ook heel goed doen, maar wij moeten daarvoor ook echt de middelen en de financiële middelen hebben.

Graag zoom ik nog even in op het meldpunt. Wat ons betreft is het belangrijk dat er in alle gevallen wordt teruggemeld. Nu staat er nog omschreven dat dit ter bepaling van de geneesheer-directeur is, maar wij weten niet zeker of de geneesheer-directeur alles kan overzien wat ons en de patiënt raakt. Wij zeggen dus dat het altijd moet worden teruggemeld. Wij hebben van ex-gedetineerden geleerd dat de kans op recidive veel groter is als wij niet weten wanneer mensen vrijkomen. Dat is dus een belangrijk aandachtspunt.

De **voorzitter**: Mag ik u vragen af te ronden?

Mevrouw **Visscher**: Jazeker. Ook vraag ik aandacht voor de goede mogelijkheden om beschermd wonen goed te organiseren. Die discussie vindt momenteel plaats aan een andere tafel.

Ten slotte is er de wijziging ten opzichte van het begin van de wetsvoorbereiding dat de geneesheer-directeur een belangrijke rol heeft. Dat is wat ons betreft heel goed. Wel kun je daarbij overwegen of daarvoor niet een regionale functionaris moet worden gekozen. Het is fijn dat er een onafhankelijke commissie is en dat de geneesheer-directeur goed geëquipeerd is om de documentatie goed te verrichten.

De heer **Bakker**: Voorzitter. Ik dank u voor de gelegenheid om hier vandaag te spreken. Ik zal het kort houden, ook vanwege de tijd. In het algemeen gesproken kan de raad zich namens de rechtspraak op hoofdlijnen vinden in het wetsvoorstel. Wel heb ik een aantal opmerkingen.

Allereerst heb ik begrepen dat er over de positie van de geneesheer-directeur in het eerste blok ook uitgebreid gesproken is. De rol van de geneesheer-directeur is nog weinig duidelijk. Dat is voor een goede uitvoering wel van essentieel belang.

Een tweede belangrijk zorgpunt voor de rechtsspraak is de invoering van het hoger beroep. Dat wordt voor ons een heel ingewikkelde operatie. Daarvoor is in de wet weinig geregeld.

Het is zelfs niet eens duidelijk welke procedure er precies gevolgd moet worden: de procedure van eerste aanleg of de cassatieprocedure. Wij zien bij het hoger beroep een flink aantal problemen, waaronder de vraag wat er gebeurt met het doorlopen van de zorgmachtiging als er hoger beroep wordt ingesteld. Dat speelt voornamelijk bij kortere machtigingen. Ook is de vraag wat er gebeurt als er intussen een vervolgmachtiging is ingesteld. Ik schets even het probleem. Het rechtsgebied van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden omvat heel Noord- en Oost-Nederland. Dat is geen geringe opgave. Over het appel is naar onze mening te weinig nagedacht.

Verder adviseren wij om de hoorplicht te handhaven. Ik zal dat hier nu verder niet uitleggen.

Wij vragen aandacht voor de werklast en implementatieproblemen. De werklast voor de rechtspraak neemt als gevolg van het op zich goede wetsvoorstel aanzienlijk toe. Er zal aanzienlijk meer kennis bij rechters nodig zijn, zowel in het civiele domein als in het strafdomein. Wij zullen derhalve extra kosten moeten maken – dat is prima – en moeten daarnaast een ruime implementatietermijn hebben om dit goed en verantwoord te laten verlopen. Anders dan wat mijn buurvrouw zegt, die het had over hoe sneller hoe beter, willen wij een lange implementatietermijn, zodat wij de zaken op een rij kunnen zetten.

De voorzitter: Dank u wel, mijnheer Bakker.
Het woord is aan de heer Van Dijk van de Nationale Politie.

De heer Van Dijk: Dank u wel dat ik hier iets mag zeggen vanuit het perspectief van de politie. Zo'n 20% van het politiewerk is gerelateerd aan psychiatrie, verslavingszorg, psychosociale problemen et cetera. Voor ons is het daarom van groot belang dat de wetgeving hieromtrent goed is. Er is ons veel aan gelegen om goede samenwerkingsverbanden te creëren. Het convenant tussen politie en ggz is daar een van de uitvloeisels van. Het valt ons op dat veiligheid niet echt een item is in de toelichtende stukken rond de wet. In de Wet verplichte ggz, een behandelwet, zou dit toch een onderdeel moeten zijn, met name veiligheid en samenwerking. Dat brengt mij meteen bij mijn eerste punt: de politie is in deze wet eveneens een ultimum remedium. De ggz doet middels zijn professionele optreden alles om de veiligheid te beheersen. De politie is er als de veiligheid in het geding is en als sprake is van strafbare feiten. De wet heeft daar te weinig van in zich.

Wij zijn bijzonder blij met artikel 7, waarin de bevoegdheid van de politie is vormgegeven om verwarde personen aan te houden en ter beoordeling aan te bieden aan de ggz. Het misbruik van de Politiewet dat wij al die jaren hebben gepleegd, wordt daarmee voorkomen.

In het kader van informatie-uitwisseling is het voor ons van belang dat de officier van justitie in de positie is – dat is hij in deze wet – om informatie van de politie niet alleen in zaken van verwarde personen en strafrecht in te brengen met het oog op de zorgmachtiging, maar ook in zaken waarbij alleen sprake is van verwarde personen. Eveneens is het van groot belang dat de geneesheer-directeur via de officier van justitie of rechtstreeks informatie kan opvragen bij de politie ten behoeve van de inschatting rond een zorgmachtiging. Wat ons betreft, mag dat echt minder vrijblijvend. De praktijk geeft daar alle aanleiding toe.

Omdat de politie overspoeld wordt met vermissingen uit de ggz, ontstaat er een enorme administratieve last en vervuiling, terwijl bij benadering zo'n 80% van de patiënten binnen een dag terug is. Het is zaak dat de ggz de politie ziet als uiterste middel en maximale inspanning pleegt om vermissing te voorkomen en patiënten terug te halen. Dit kan scherper aangezet worden in deze wet.

Deze wet biedt de ggz gelukkig de ruimte om niet alle weglopers te melden. Alleen als sprake is van ernstige zorgen kan aangifte worden

gedaan. Uiteraard moet aangifte gepaard gaan met risicotaxatie, zodat wij ons optreden daarop kunnen aanpassen.

Het is van belang dat de officier van justitie als het bevoegd gezag van de politie ook de weglopers gemeld krijgt. De politie werkt immers in opdracht van het Openbaar Ministerie aan opsporing van vermiste patiënten.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

De heer **Van Dijk**: Tot slot. Centrale registratie van zorgmachtigingen en crisismaatregelen bij het OM of elders is van belang. Het gaat daarbij vooral om de beschikbaarheid van deze informatie voor de politie, zodat wij onze bevoegdheden op juiste wijze kunnen toepassen.

Dit is ook van belang met het oog op de veiligheid. Ik noem een in het oog springend voorbeeld dat enigszins bezijden deze commissie gaat, namelijk: als wij gevaar willen afwenden in het kader van deze wet, moet de politie bijvoorbeeld beschikken over deze informatie voor het verstrekken van een wapenverlof.

De **voorzitter**: Hartelijk dank. Het woord is nu aan mevrouw De Ruijter, officier van justitie van het arrondissementsparket Rotterdam en het Expertisecentrum Medische Zaken met in haar portefeuille BOPZ.

Mevrouw **De Ruijter**: Voorzitter. Dank! Naast mij zit Henk Korvinus. Hij is hier aanwezig als portefeuillehouder Forensische Zorg binnen het Openbaar Ministerie.

Onder de huidige Wet BOPZ wordt vaak oneerbiedig gezegd dat de officier van justitie fungeert als een administratief doorgeefluik. In de eerste ronde hoorde ik ook al de formulering «brievenbus». Het Openbaar Ministerie kan zich daarin niet vinden. Dat mag duidelijk zijn. De dwangopname in de Wet BOPZ ziet op vrijheidsbeneming en vrijheid is ons grootste goed. Daarmee moet zeer zorgvuldig worden omgegaan. Het Openbaar Ministerie is momenteel onder de Wet BOPZ verzoeker in de machtigingenprocedure en ook bewaker van de procedurele gang van zaken. Gemiddeld worden op de grote arrondissementparketten jaarlijks zo'n kleine 4.000 verzoeken kritisch bekeken, gelezen en bij de rechtbanken ingediend. Landelijk zijn dat er 20.000.

Ondanks die grote rol van het OM onder de Wet BOPZ als hoeder van de verzoekschriftenprocedure en van de rechtsbescherming in algemene zin, was de insteek van de Wet verplichte ggz toch, het OM uit de nieuwe wet weg te schrijven. Een onafhankelijke commissie zou de positie van de officier van justitie over gaan nemen. Inmiddels is die commissie weer uit het wetsvoorstel geschrapt. Al meerdere keren is vandaag gezegd dat daarvoor in de plaats een veelheid van actoren treedt. Het zijn er zo veel dat ik de opsomming niet zal herhalen. Al die actoren hebben ieder voor zich een eigen taak toebedeeld gekregen, maar dat komt de stroomlijning, het overzicht en de bewaking van de kwaliteit niet ten goede. Dit brengt het risico met zich dat men straks zonder gezamenlijk overleg langs elkaar heen gaat werken. Het ontbreken van een landelijk systeem – hetgeen er nu wel is – werkt dit in de hand. Het overzicht dat het Openbaar Ministerie nu, onder de Wet BOPZ, nog wel heeft, gaat daarmee verloren. Het is maar de vraag of er een partij is die dat overzicht straks weer krijgt. Als er een landelijk systeem zou komen, wie krijgen daar dan toegang toe? Het is de bedoeling dat de geneesheer-directeur voortaan gaat fungeren als centrale spin in het web, als poortwachter van de verplichte zorg en als regisseur van het proces van de totstandkoming van de zorgmachtiging en de inhoud daarvan. Dat is de bedoeling van de wetgever, maar het OM behoudt ondertussen toch nog een bijzonder grote rol, die misschien zelfs wel veel omvattender is dan voorheen. Zo behoudt het Openbaar Ministerie de rol van verzoeker en leverancier van informatie.

De officier van justitie kan straks via drie verschillende wegen weer een aanvraag voor een zorgmachtiging doen. Dat kan niet alleen via de Wet verplichte ggz, maar ook via de Wet forensische zorg. Ik vind het van belang om die koppeling te noemen, omdat die wetten nu gescheiden in werking zouden treden. Dat is voor het Openbaar Ministerie ondoenlijk. Wij kunnen straks – om het nog lastiger te maken – via de civiele route en dus ook via de strafrechtelijke weg in de Wet forensische zorg een zorgmachtiging aanvragen. Iedere officier van justitie kan dit doen. Ik rond af. Het Openbaar Ministerie gaat ook een grote rol spelen bij de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging. Die rol speelt het nu niet, maar krijgt het er straks bij. Het is lastig in te schatten hoe dit bedoeld is en op welke wijze dit in de praktijk moet gaan werken. Dit roept bij het OM veel vragen op.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dit was even een snelle eindspurt. Wij komen hier ongetwijfeld nog verder over te spreken. U zult nog alle gelegenheid krijgen om dit nader toe te lichten. Wil de heer Korvinus ook het woord voeren?

De heer **Korvinus**: Nee, wij hadden heel praktisch besloten om één vertegenwoordiger het woord te laten voeren.

De **voorzitter**: Dat is uitstekend. Het is misschien goed om te vermelden dat de heer Korvinus met name de forensische zorg in portefeuille heeft, terwijl mevrouw De Ruijter de portefeuille BOPZ heeft. Het woord is nu aan mevrouw Van de Puttelaar van de Nederlandse Orde van Advocaten.

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Voorzitter. De focus is bij de advocatuur gericht op de rechtspositie en de rechtsbescherming van onze cliënt, van de betrokkene. Zo kijken wij naar een nieuwe wet. De orde heeft in het verleden, in 2010, een position paper gegeven. Daarin staat dat men zich wel kan vinden in de visie van de nieuwe wet. Ik zal de vragen even aflopen. De eerste vraag is of deze wet een verbetering of een verslechtering is ten opzichte van de Wet BOPZ. Qua visie vind ik het een verbetering, omdat ik het een humanere wet vind, die in principe meer uitgaat van het belang van de betrokkene. Het gaat meer om het verlenen van goede zorg dan om de kale opnameprocedure, zoals bij de Wet BOPZ. De Wet BOPZ kwam tot stand in een tijd waarin het vooral ging om de bescherming van de lichamelijke integriteit en om zelfbeschikkingsrecht. Dat had ook iets kaals. In de praktijk zien we wel dat de tenuitvoerlegging in de loop der jaren is veranderd, zodat er veel meer aandacht was voor zorg. Wij vinden dat dit een beter uitgangspunt is voor de wet. Een ander punt dat wij beter vinden in deze wet, is de multidisciplinaire aanpak. Leidt deze wet tot een verminderde opname en snellere inzet van gedwongen zorg thuis? Ik weet niet of het tot een verminderde opname leidt. We zien dat die mogelijkheden er al zijn met de voorwaardelijke machtiging. In de praktijk hebben we die mogelijkheid ook al met de huidige wet. Ik ben wel bevreesd voor snellere inzet van gedwongen zorg thuis, omdat deze als minder ingrijpend gezien zal worden. Ik vrees dat een grotere groep wordt geconfronteerd met aangeboden, al dan niet vrijwillige zorg. Leidt deze wet tot meer maatwerk in een situatie dat dwangzorg nodig is? Dat denk ik wel, omdat er ook meer aandacht is en een breder zorgplan wordt opgesteld. Is het toezicht voldoende gewaarborgd? Dat denk ik niet. Ik denk dat dit een aandachtspunt is en dat er beter over nagedacht moet worden welk toezicht in welke situatie vereist zal zijn.

Twee zorgpuntjes. Het eerste betreft de privacy, zoals zo-even ook al is genoemd. Artikel 8:22 is natuurlijk een griezelige bepaling. De privacy moet zich niet keren tegen de cliënt, maar moet er zijn voor de cliënt. Dat betekent dat je hygiënisch moet omgaan met het verspreiden van gegevens.

De **voorzitter**: U noemde twee punten van zorg. Het eerste was de privacy. Kunt u heel kort het laatste noemen?

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Het tweede punt betreft de positie van de geneesheer-directeur en de onafhankelijkheid.

De **voorzitter**: Ten slotte de heer Koelewijn van het Nederlands Genootschap van Burgemeesters.

De heer **Koelewijn**: Mevrouw de voorzitter. Als het erom gaat met een positieve insteek te kijken naar deze wet deel ik de opmerkingen van mevrouw Visser van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Er blijven een paar aandachtspunten over. Als burgemeesters hebben wij op jaarbasis te maken met ongeveer 8.000 inbewaringstellingen in het kader van de BOPZ. We hopen natuurlijk dat dit aantal door een preventievere manier van werken en door op de inhoud van de behandeling in te zetten significant naar beneden zal gaan. Mogelijk kan dat te zijner tijd bij een evaluatie worden meegenomen.

Wij zijn blij met de rol die de burgemeester blijft uitoefenen, omdat de positie van het individu centraal staat. Wanneer zich een noodsituatie voordoet en bij het vervolg daarop, heb je ook heel vaak te maken met de omgeving; de buurt, de burens of de wijk. Zij maken zich soms behoorlijk zorgen over bepaalde ontwikkelingen. Die komen dan bij de gemeente en bij de burgemeester terecht. Het is wel prettig om andere actoren te kunnen aanspreken om in actie te komen, om ketenafspraken te maken en contacten te leggen met de wijk en de buurt, voor als het uur U er is en eventueel ook voor het vervolg. Wij vinden dat deze thematiek misschien nog te weinig aandacht heeft gehad bij dit wetsvoorstel.

Wij worden tegenwoordig vaak door buurten benaderd. Hiermee loop je ook tegen de privacybepaling aan. Wat kunnen wij delen met een buurt waardoor de mogelijk overbodige zorgen en angsten van burens tot redelijke proporties kunnen worden teruggebracht? Soms hebben wij dus inhoudelijke informatie nodig om met de buurt te kunnen spreken.

Wij pleiten voor een behoorlijke en zorgvuldige termijn van inwerking-treding. Wij vragen aandacht voor artikel 7:6, waarin de burgemeester verplicht wordt om de betrokkenen te horen. Hoe moeten wij dat horen vormgeven in een noodsituatie? Als iemand op het dak van een flat staat, zetten wij daar grote vraagtekens bij. In hoeverre is iemand op zulke momenten aanspreekbaar? Je kunt ook de vertegenwoordiger horen, maar dit moet allemaal binnen een beperkte tijd gebeuren. Daarom vragen wij expliciet aandacht voor de vraag wat dat «horen» betekent. Er staat bij «zo mogelijk», maar vaak zal het niet mogelijk zijn. Dat moet u zich wel realiseren.

We denken dat dit wetsvoorstel onvoldoende ruimte geeft voor een categorie waar we in de praktijk tegen aanlopen. Het gaat hierbij om mensen die een persoonlijkheidsstoornis hebben. Op dat punt kunnen ze wellicht wel door de ggz worden behandeld. Als ze echter ook nog gebruikmaken van verdovende middelen, zijn ze werkelijk onbehandelbaar. Ze willen dan ook niet behandeld worden. In de praktijk kunnen we geen kant op met die mensen. De ggz kan wel de persoonlijkheidsstoornis behandelen, maar hij is er niet voor de verdovende middelen. Met deze categorie kunnen we dus niet goed uit de voeten. Daar vragen we specifiek aandacht voor.

Mijn laatste opmerking gaat over de financiering van dit soort situaties. Er geldt een geringe vergoeding als iemand voor de nodige zorg via de ggz wordt geplaatst bij een tbs-kliniek. Men maakt veel liever afspraken met justitie. Dan krijgt men namelijk een redelijke vergoeding. Ik vraag dus ook aandacht voor de financiën.

De **voorzitter**: Dank u wel. De financiering is ook door anderen al genoemd. Aangeschoven is de heer Van Gerven van de SP. Welkom, fijn dat u er alsnog bij bent.
Mevrouw Bruins Slot, ik geef u graag de gelegenheid om de eerste vraag te stellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik stel met plezier de eerste vraag, maar ik vind het ook prima om dit aan een andere collega over te laten, zodat ik de collega's niet het gras voor de voeten wegmaai. Ik laat het aan de voorzitter over.

De **voorzitter**: Het leek me makkelijk, maar we kunnen ook bij de heer Van Veen beginnen.

De heer **Van Veen** (VVD): Dan fungeer ik als grasmaaier. Dat vind ik ook prima.
Ik heb een vraag aan de burgemeesters, dus aan de heer Koelewijn. Heeft hij nagedacht over het eventueel schrappen van de burgemeester uit dit wetsvoorstel?
Dat is mijn eerste vraag, maar ik ga nog even verder. Anders is het heel weinig gras. Vindt de heer Koelewijn dat hij de juiste persoon is om midden in de nacht een gedegen oordeel te geven? Hij gaf net aan dat hij ook een hoorplicht krijgt. Heeft hij nagedacht over alternatieven?
Tot nu toe werden alle gedwongen opnames vastgelegd in een landelijk computersysteem van het Openbaar Ministerie. Deze administratieve taak wordt overgedragen aan de gemeenten. Hoe kijkt de heer Koelewijn tegen deze verandering aan?

De heer **Koelewijn**: Wij vinden het schrappen van de burgemeester een onzalig idee. Wij kennen de discussie. Het Nederlands Genootschap van Burgemeesters heeft zich er ook mee bemoeid. Wij hebben er juist voor gepleit om de rol van de burgemeester te handhaven, maar niet omdat wij de deskundigheid hebben om te kunnen beoordelen hoe het zit met de psychische omstandigheden van de betrokkene. Daarvoor zijn wij afhankelijk van de psychiater. Dat blijkt ook uit dit wetsvoorstel en dat vinden wij een goede zaak. Wij zijn wel op de hoogte van de lokale omstandigheden. Vaak kennen wij ook de betrokkenen, omdat al vaker in het politieoverleg of in andere overleggen, bijvoorbeeld over jongeren, over de situatie is gesproken. Wij kunnen dus heel goed beoordelen hoe de persoon staat in de maatschappelijke context. Voor die maatschappelijke context is de burgemeester het combinatiepunt.
Het belang van degene die psychische hulp nodig heeft, staat in dit wetsvoorstel centraal. Dat is de strekking van dit voorstel. Tegelijkertijd biedt dit wetsvoorstel ook een instrument om, of voor de betrokkene zelf of voor de omgeving, de situatie weer tot een zekere rust te brengen.

Op dat punt, waarbij de openbare orde en de rust in de wijk centraal staan, is er volgens mij een heel belangrijke rol weggelegd voor de burgemeester.

Ik zei het al: de burgemeester kan het niet alleen. Voor alternatieven blijft hij sterk afhankelijk van het advies van de psychiater. In de praktijk betekent het vaak dat er, zoals nu, een gesprek met de psychiater plaatsvindt. Via BOPZ-online krijgen wij nu bijvoorbeeld teksten op papier. Tegelijkertijd gaat er echter geen moment voorbij of we hebben ook

telefonisch contact. We bespreken de situatie, we vragen door en als we echt het gevoel hebben dat iets reëel is en we het heel goed kunnen begrijpen – veel verder gaat het niet – dan geven we de inbewaarestelling af. Zo zullen we denk ik ook omgaan met deze situatie, waarbij het oordeel van de psychiater van essentieel belang is. Als regel is een burgemeester geen medicus; er zijn er wel die medicus zijn, maar niet iedereen is dat. Ik kom op het register. Ik pleit niet voor niets voor een zorgvuldige invoering van de wet. Een en ander zal immers meer zorgpunten voor de gemeente met zich brengen. Mevrouw Visscher is daarop al ingegaan. We zullen er wel aandacht aan geven. In districtelijke veiligheidsoverleggen wordt trouwens steeds meer intergemeentelijk samengewerkt om dit soort systemen op een goede manier gestalte te geven. We vragen echter wel tijd om het op een ordentelijke manier in te voeren.

De **voorzitter**: Dank u wel. Het is misschien goed om nog een van de anderen te horen over de rol van de burgemeester en het feit dat deze weer zo in dit wetsvoorstel is terechtgekomen. Mag ik het woord geven aan een van de officieren van justitie? Straks kom ik ook bij de politie.

De heer **Korvinus**: Het is niet onlogisch dat deze keuze is gemaakt. Die past bij huisverboden, waarbij de burgemeester ook een belangrijke positie heeft. Het gaat om een soort ordemaatregel, in het kader van de openbare orde. Het is dus geen onlogische keuze, gelet op een aantal andere keuzes. Het alternatief is dat je deze rol zou beleggen bij het Openbaar Ministerie. Wij hebben altijd piketofficieren die dienst doen. Het kan wel, maar dan mis je een beetje de invalshoek waar burgemeester Koelewijn net over sprak, namelijk het aspect van de openbare orde. Ook zijn vaak al andere zorgtaken bij de gemeente terechtgekomen door de overheveling van taken naar de gemeente. De burgemeester is de logische ontsluiting van die informatie. Ik verwacht overigens wel dat er regionale overleggen gaan plaatsvinden, waarbij ook wij en de gemeente zullen aanschuiven. Samen met vertegenwoordigers van de ggz-instellingen en van de politie kunnen wij dan praten over een groep mensen die met enige regelmaat zorgen voor risico, waardoor dit soort machtigingen gegeven moet worden. Op die manier krijg je een soort bedding van waaruit de inbreng geleverd kan worden.

De heer **Van Dijk**: Ik sluit mij hierbij aan. Voor het aspect van de openbare orde is het van groot belang dat de burgemeester zijn rol kan vervullen. Daarnaast is de burgemeester ook nog eens het bevoegd gezag voor de politie voor de uitvoering van een aantal zaken in deze wet. Bovendien is de burgemeester voor ons, als in de samenwerking tussen politie en ggz scrupules ontstaan, het aanspreekpunt bij escalatie, het oplossen van problemen en het lostrekken van een aantal knelpunten.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik kom terug op het betoog van mevrouw De Ruijter namens het OM. De inzet was aanvankelijk dat het OM uit de wet gehaald zou worden, dat er een onafhankelijke commissie zou optreden of dat een officier van justitie taken zou overnemen. Ik heb heel veel aantekeningen gemaakt. Er komt een geneeskundig directeur. Het OM heeft nu overzicht, maar dat gaat verloren. In plaats daarvan zou een landelijk systeem behulpzaam kunnen zijn. Als er dan zo'n systeem komt, is de vraag wie daar toegang toe krijgt. Op al die elementen zou ik een nadere toelichting willen, want het ging echt ongelooflijk snel. Ik begrijp dat het huidige systeem van het OM echt meerwaarde heeft maar dat die zal wegvallen, volgens mevrouw De Ruijter. Wat valt er precies weg? Wat zijn nut en noodzaak van het opnieuw optuigen van een systeem en hoe zou dat moeten gebeuren?

Mevrouw **De Ruijter**: Er wordt op dit moment gewerkt met het systeem BOPZ-Omnis of BOPZ-online. Dat is niet per se het systeem van het Openbaar Ministerie, maar wij hebben daar wel inzicht in. Daarin is ook landelijk te zien wie wanneer een machtiging heeft gehad en die nog heeft. Er is dus te zien of er lopende machtigingen zijn. Dat is cruciale informatie. Op het moment dat iemand een lopende machtiging heeft, zul je geen nieuwe hoeven aan te vragen. Het kan zijn dat iemand in Groningen een machtiging heeft. Het is handig om dat in Rotterdam te weten, want anders ga ik in Rotterdam een nieuwe machtiging aanvragen. Het is maar de vraag of dat systeem blijft bestaan. In de nota van wijziging wordt daar niet over gerept. Ik denk wel dat dat heel belangrijk is, zeker omdat de geneesheer-directeur straks een regierol moet gaan spelen terwijl het OM er zo via de zijlijn in kan fietsen en ook een verzoek – misschien wel parallel – bij de strafrechter gaan indienen. Dat is vandaag ook al eerder aangegeven. Op het moment dat er twee verzoeken parallel lopen, zowel via de geneesheer-directeur als bij het Openbaar Ministerie, weten wij dat in het beginsel niet van elkaar. Een landelijk systeem zou uitkomst kunnen bieden om dat inzicht wel te hebben. Ik zou er dus voor willen pleiten om het systeem dat in mijn ogen nu goed werkt, in de lucht te houden. Daar zit echter een kostenplaatje aan vast. Daar heb ik geen inzicht in.

De **voorzitter**: Ik die dat deze informatie voldoende is voor mevrouw Dik-Faber. Ik dank mevrouw De Ruijter voor haar antwoord. Het woord is aan de heer Kuzu.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik bedank de sprekers voor hun bijdrage en de position papers. Ik wil een vraag stellen over het toezicht van de inspectie. Dat is ook aan de orde geweest bij de behandeling van de Wet zorg en dwang. Ik zit eigenlijk nog steeds met de vraag hoe het toezicht op de thuissituatie en de ambulante setting georganiseerd kan worden, behalve door te toetsen op de aanwezigheid van een protocol bij instellingen.

Mevrouw **De Vries**: Dat is een lastige vraag. Wij kunnen ad hoc toezicht houden als wij een melding krijgen van een situatie die voldoet aan een aantal criteria. Dat is een situatie waarvan wij denken dat er risicovolle aspecten aan zitten. Daar gaat eigenlijk nog aan vooraf dat wij heel graag met het veld afspraken willen maken over de wijze waarop kan worden gewaarborgd aan welke voorwaarden dit soort maatregelen moeten voldoen. In het algemeen is toezicht achter de voordeur lastig, omdat wij toezicht houden op instellingen, en niet op een patiënt of een cliënt. Wij zullen het dus altijd via de band van de instelling moeten doen, dus via degene die de gedwongen hulpverlening uitvoert. Daarover willen we graag afspraken maken met de sector.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik heb nog een vervolgvraag. Aan wat soort afspraken moet ik denken? Hoe zou je dat nu kunnen operationaliseren? Waar moet ik precies aan denken?

Mevrouw **De Vries**: Ik geef een voorbeeld. Wij zouden met de sector willen afspreken welk type dwang bijvoorbeeld poliklinisch wordt uitgevoerd. Wij zouden willen afspreken in welke situatie dat mogelijk is. Bepalen kenmerken van de patiënt wanneer je dat wel of niet doet? En wij willen afspreken welke waarborgen aan de orde zijn als het thuis plaatsvindt. Wij willen afspreken hoe het toezicht op die gedwongen hulpverlening plaatsvindt vanuit de instelling. Toezicht is voor ons dus eigenlijk cruciaal. Het is cruciaal dat toezicht op de gedwongen hulpverlening ter plekke plaatsvindt. Een volgende punt is hoe dat genoteerd wordt door de instelling in het patiëntendossier en dat we dat kunnen zien.

Mevrouw **Visscher**: Ik wil graag nog een aspect in het bijzonder onder de aandacht brengen. Het grote voordeel van de gedwongen hulpverlening thuis is natuurlijk dat de kans groter is dat mensen hun rol in de samenleving kunnen blijven spelen, dat de participatie in de samenleving op een natuurlijke manier voortgang kan vinden. Dat wordt door gemeenten heel erg gewaardeerd.

Het is denk ik ook heel belangrijk dat de zorgverlener een heel goed samenspel heeft met de civil society, met het sociale netwerk en met de familie, kennissen, burens of collega's van iemand. Bij dit aspect moet de inspectie op een andere manier dan in het verleden rekening moeten houden met het toezicht. Dat is een andere en betere situatie, maar misschien op het gebied van toezicht ook wel een moeilijker situatie.

De **voorzitter**: Wil iemand anders nog iets zeggen over het toezicht? Dat is immers wel een cruciaal punt in het kader van de ambulante zorg.

De heer **Korvinus**: We zien dat er een zekere mate van opeenhoping in bepaalde wijken is. Het betreft vaak wijken die min of meer in de buurt liggen van psychiatrische ziekenhuizen en waarin redelijk veel patiënten thuiszorg aangeboden krijgen. Daarbij speelt de wijkagent uiteindelijk een redelijk cruciale rol in het overzichtelijk houden en het een beetje dempen van de soms onrustige gevoelens die naar boven komen bij andere bewoners. Ik denk dat de politie hierbij ruim meegenomen mag worden. De politie heeft zeker een rol om een en ander een beetje in goede banen te leiden. Soms zouden wij zelfs tegen een psychiatrisch ziekenhuis moeten zeggen: je zou niet meer van deze patiënten in die wijk moeten plaatsen; een iets ruimere omgeving zou wellicht ook aangewezen zijn.

De **voorzitter**: Wilt u nog reageren, mijnheer Van Dijk?

De heer **Van Dijk**: Deze wet gaat het licht zien in een tijdsperk waarin heel veel veranderingen zijn in de zorg. Als politie denken wij ook aan de forse bezuinigingen, aan de afbouw van bedden en de diverse transities die nog met allerlei onduidelijk gepaard gaan en daarnaast de ambulantisering, waar op zich niemand op tegen kan zijn. Wij maken ons daar wel zorgen over: hoe gaat dat allemaal vallen? We maken ons er met name zorgen over dat deze maatregelen en deze ontwikkelingen mogelijk ertoe zullen leiden dat er meer psychiatrische patiënten op straat terechtkomen. Dan zullen wij daarmee geconfronteerd worden.

De **voorzitter**: Hebt u nog een opvatting over de rol van de IGZ hierin en het contact dat u als politie of als gemeente met de IGZ hebt?

De heer **Van Dijk**: Wij hebben niet zozeer direct contact met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, behalve als wij incidenten zien waarvan wij ons afvragen: wat gebeurt hier? Het gaat natuurlijk vooral om het samenspel met de ketenpartners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, de rol van de burgemeester, de rol van het Openbaar Ministerie en de politie. Als vooruitgeschoven post binnen die wijk zullen we, als het goed is, direct merken wat de consequenties zijn van maatregelen. Op dit moment spreken we onze zorgen uit, maar tegelijkertijd hebben we nog geen cijfers in handen op basis waarvan ik kan zeggen: moet je kijken wat er op dit moment gebeurt. We zijn met zijn allen immers nog niet zover.

De heer **Koelewijn**: Ik sluit mij aan bij de zorg van de heer Van Dijk. Tegelijkertijd zie ik dat we steeds meer met allerlei partners afspraken maken, ook als het gaat om onrust in de wijk. Daarom heb ik ook aandacht voor het punt van privacy. Het gaat hierbij om de vraag welke informatie kan worden gedeeld door deze ketenpartners. Eventueel gaat het hierbij

ook om de vraag welke informatie naar buiten kan worden gebracht, want er zijn ook anderen die acteren in zo'n wijk.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn excuses voor de doublure, maar ik wil nog wat verder ingaan op het punt van toezicht. Ik heb een vraag aan mevrouw Van de Puttelaar over dit punt. Kan zij schetsen hoe het toezicht is onder de huidige omstandigheden, hoe het wordt en hoe het wat haar betreft zou moeten zijn? Hierbij gaat het om het element van de privacy, maar ook om het element van een kwalitatief goede behandeling. Kan zij daar haar licht over laten schijnen?

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Het toezicht binnen de instelling valt nu onder IGZ. Met de voorwaardelijke machtiging is er eigenlijk geen toezicht buiten de instelling. Ik heb gelezen dat er nu geen idee is over de wijze waarop dat zal worden vormgegeven. Je kunt je echter voorstellen dat er helaas sprake is van toezicht op toezicht, in die zin dat IGZ bekijkt hoe de «behandelplannen» – zo noem ik ze nog maar eventjes – oftewel de zorgovereenkomsten ten uitvoer worden gelegd.

Die kun je gaan controleren en meten. Daar zou een plan voor moeten komen, zodat je weet wat er achter de voordeur gebeurt. Welke beperkingen worden er opgelegd en welke druk wordt er op iemand uitgeoefend om akkoord te gaan met medicatietoediening? Dat zou ontwikkeld moeten worden. De voorzitter kijkt mij nu vregend aan.

De **voorzitter**: U zegt dat een en ander ontwikkeld moet worden. Hoe zou je dat in uw visie kunnen regelen?

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Ik denk dat de Inspectie met een plan zou moeten komen voor een manier om dit te controleren. Het toezicht zou bijvoorbeeld in de toelichting op de wet moeten worden opgenomen.

De heer **Van Gerven** (SP): U zegt dat de Inspectie geen rol heeft als het gaat om ambulante behandeling. Dat lijkt mij vreemd, maar daarop hoor ik graag een reactie van de kant van de Inspectie.

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Geen actieve rol. Natuurlijk valt dit onder het toezicht van de Inspectie, maar de Inspectie reageert alleen op klachten of aanwijzingen. Voor zover ik weet speelt de Inspectie nu geen actieve rol bij de voorwaardelijke machtigingen.

De **voorzitter**: We gaan het aan mevrouw De Vries vragen.

Mevrouw **De Vries**: Wij houden toezicht op de instellingen die deze zorg verlenen, dus ook de gedwongen zorg. Dit betekent dat wij toezicht houden op alles. Dat geldt ook voor wat de instelling doet op het gebied van gedwongen zorg achter de voordeur. Wij houden dan toezicht op het handelen van de instelling. De vraag is dan, hoe wij dat precies doen. Welnu, dat kan naar aanleiding van een melding, maar wij kunnen ook thematisch toezicht uitoefenen. Met de nieuwe wet zullen wij dat inderdaad gaan doen. Dan gaan wij systematisch na hoe de nieuwe wet ten uitvoer wordt gelegd door de instelling en of er wordt voldaan aan de randvoorwaarden die gesteld zijn. Een aantal randvoorwaarden staat in de wet, maar verder zijn er ook open normen. Over het invullen van die open normen willen wij graag afspraken maken met de sector, zodat voor iedereen duidelijk is wat wij verwachten en wat de sector verwacht. Dan kunnen wij toezicht houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter...

De **voorzitter**: Mijheer van Gerven, wij hebben afgesproken om één vraag per keer te stellen, maar ik begrijp dat u nog niet voldoende helderheid hebt over dit punt.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn vraag was: hoe is het nu en hoe wordt het? Als ik het goed heb begrepen, is het in de huidige wet zo geregeld dat de Inspectie formeel als het ware een soort individuele waarborg biedt aan een individuele patiënt die bijvoorbeeld wilsonbekwaam is. De vraag is, hoe dit straks wordt met de nieuwe wet. Als het fout gaat, kan een patiënt dan een beroep doen op de Inspectie of een ander toezichtsorgaan? Hoe is dat dan straks geregeld?

Mevrouw **De Vries**: Bij mijn weten is een beroep door de patiënt zelf in individuele gevallen niet formeel geregeld, behalve dat iedereen bij ons een klacht kan indienen. Daar reageren wij altijd op. Wij krijgen vrij veel klachten van psychiatrische patiënten, over het feit dat zaken niet goed zijn gegaan. Wat ik in mijn eerste termijn zei, is dat wij het heel erg van belang vinden dat een aantal zaken nu meer structureel worden geregeld binnen de instelling, om te waarborgen dat het uitspreken en aangaan van dwangbehandeling vermindert, en dat de waarborgen duidelijker zijn.

De **voorzitter**: Ik denk dat wij het voor dit moment even hierbij laten. Ik zou graag een vraag willen stellen aan de heer Bakker van de Raad voor de rechtspraak. U zei dat het hoger beroep een van de zorgpunten is. U merkte op dat een aantal dingen niet duidelijk zijn. Welke procedure moet worden gevolgd? Is het cassatie? Wat moet er gebeuren met het doorlopen van de zorgmachtiging tijdens hoger beroep? Mijn vraag aan u is: hoe zou u vinden dat het geregeld moet worden?

De heer **Bakker**: Dat is een heel lastige vraag. Ik snap de behoefte om de rechtsbescherming beter dan nu te verankeren in de wet. Tegelijkertijd praten wij over beslissingen die direct allerlei effecten hebben, waardoor hoger beroep een heel andere beoordelingssituatie vormt dan het traditionele hoger beroep. Ik geef een voorbeeld. Als een zorgmachtiging voor zes weken wordt gegeven en iemand daartegen in hoger beroep gaat, dan zul je in veel gevallen zien dat de situatie na zes weken behoorlijk is veranderd, bijvoorbeeld omdat er intussen medicatie is toegepast etc. etc. De vraag is dus of je wel bezig bent met hoger beroep in de klassieke zin van het woord. Of gaat het om de mogelijkheid om er vrij snel een andere rechter naar te laten kijken? Bij hoger beroep in de klassieke zin van het woord is de vraag of de rechter die de machtiging heeft gegeven, de juiste beslissing heeft genomen. Dat wordt beoordeeld naar de situatie van toen. Dan zou je het hoger beroep misschien meer moeten beperken tot situaties waarin machtigingen voor langere duur aan de orde zijn. In andere gevallen is het de vraag in hoeverre het hoger beroep veel toevoegt aan de bestaande rechterlijke toets.

De **voorzitter**: Betekent dat dat wij ons moeten afvragen of het hoger beroep dat in dit wetsvoorstel mogelijk wordt gemaakt, wel wenselijk is?

De heer **Bakker**: Ja, u zou zich kunnen afvragen of het in deze vorm, zoals het nu wordt gepresenteerd, wenselijk is. Ik heb het niet over allerlei detailkritiek die wij hebben op de inrichting ervan.

De heer **Korvinus**: Ik deel de kritiek van de Raad voor de rechtspraak, ook omdat de vraag wordt opgeroepen wat er hangende het beroep wel en niet feitelijk gebeurt en wat dat betekent voor de titel. Die blijft dan een beetje in het midden hangen. Het is ook de vraag hoe het geregistreerd wordt in dat centrale register. Ik kan het mij heel goed voorstellen dat de Kamer toch nog eens nadenkt over de vraag of dit wijsheid is. Zodra het

gaat om wat langduriger machtigingen, lijkt het veeleer logisch om daar bescherming te bieden. Dan zou je moeten praten over toetsingen die langer dan een halfjaar duren. Bij machtigingen voor een jaar heb je in de huidige situatie uiterlijk na een maand of zes toetsing. Dat zou je misschien op een andere manier moeten inbouwen.

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Vanuit de advocatuur is al langer gepleit voor de mogelijkheid van hoger beroep. Wij moeten ons realiseren dat het om vrijheidsbeneming gaat. Het is heel raar dat je in zaken van vrijheidsbeneming iets niet aan een hogere rechter kunt voorleggen. Praktische problemen kunnen denk ik wel worden opgelost. Principieel lijkt het mij een goede zaak.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er is her en der wat gras weggemaaid, maar er blijft voldoende over. Ik dank de aanwezigen hartelijk voor hun bijdrage. In verschillende schriftelijke bijdrages zitten veel terechte juridische vragen. Die nemen wij vaak mee in de vragen die wij nog aan de Staatssecretaris gaan stellen. Veel van wat hier niet wordt besproken vindt ook langs de papieren weg dus zijn weg naar de Staatssecretaris. Ik heb een vraag over een onderwerp dat wij in de vorige ronde hebben besproken: de rechter moet om tot een goede beoordeling te komen met deze wet meer een witte jas aantrekken. Ik vraag de heer Bakker, maar ook een van de officieren en mevrouw Van de Puttelaar van de Orde van Advocaten om hierop te reageren.

De heer **Bakker**: Het reglement op onze dienstkleding zou hiervoor moeten worden gewijzigd, maar ik snap de vraag heel goed. Het is waar. Met de nieuwe wet komt er veel meer op de rechter af dan in de huidige wet. Wij zullen de rechter dus beter moeten toerusten om daar met kennis van zaken over te oordelen.

Dat betekent overigens nog niet dat de rechter de kennis van een psychiater zou moeten hebben. Rechters zijn heel erg gewend om in hun beoordeling te werken met de oordelen van deskundigen en zijn heel erg getraind om daar op een goede manier mee om te gaan, met name als het gaat om de vragen die zij aan deskundigen moeten stellen. Maar wij moeten hen wel zodanig toerusten dat zij de goede vragen stellen en goed begrijpen welke problematiek in een individueel geval aan hen wordt voorgelegd.

Dat betekent voor ons dat er fors zal moeten worden geïnvesteerd in extra trainingen en cursussen. Dat geldt niet alleen voor de rechters in het algemeen in de famili sectoren die nu met de BOPZ-zaken zijn belast, maar in het kader van de wet op de forensische zorg ook voor onze strafrechters. Die worden immers met precies dezelfde vraagstukken geconfronteerd. Dat is allemaal te doen, maar het kost tijd. Daarom hebben wij implementatietijd nodig. Ook kost het geld. Dat is tegenwoordig ook schaars, maar daar moeten wij dan maar een andere oplossing voor vinden.

Mevrouw **De Ruijter**: Hetzelfde probleem dat de rechtspraak heeft, de zittende magistratuur, heeft ook de officier van justitie. Op dit moment is per arrondissement namelijk één BOPZ-officier aangesteld, die dus ook is belast met de verzoeken die moeten worden ingediend. Dat gaat veranderen, want wij krijgen ook de mogelijkheid om direct bij de strafrechter een zorgmachtiging aan te vragen. Dat kan elke officier dan op zitting doen. Dat betekent dat niet alleen meer de BOPZ-officier dat gaat doen en dat alle officieren moeten worden opgeleid om dat te kunnen doen. Ik denk dat het er nu gemiddeld 600 zijn. Dat vergt tijd. Uiteraard is daar ook een kostenaspect aan verbonden.

De **voorzitter**: Nu wij het er toch over hebben, vindt u het wenselijk?

Mevrouw **De Ruijter**: Dat is een heel lastige vraag, want het kan ook zomaar gebeuren dat je als officier op zitting staat en die vraag zich ineens voordoet. Dat gaat heel veel uitvoeringsproblemen geven, want op dat moment moet je als officier wel beschikken over de benodigde stukken. Ik maak mij ook zorgen over de opleiding van al die officieren, want dat moet wel in het vat gegoten worden. Als de wet forensische zorg al per 1 juli in werking zou treden, dan wordt dat een bijna onmogelijke taak.

De heer **Bakker**: Ik heb een aanvulling. Wij vinden dat wel wenselijk en willen dit ook graag doen mits er voldoende ruimte voor is.

De **voorzitter**: Maar dat betekent dan ook een lang implementatietraject, extra middelen enzovoort. Dan kom je dus wel in de problemen met de invoering van de wet forensische zorg, ook in uw optiek.

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Ik heb blijkbaar een redelijk groot vertrouwen in de rechterlijke macht, want ik denk dat dat te doen is. Ik heb gemerkt dat rechters bij voorlopige machtigingen waarbij het ook ging om een behandelplan, in het begin ook even moesten zoeken naar wat ze wel en niet konden. Zij moeten zich inderdaad niet bezighouden met de doseringen, maar als ze goed worden geleid door de deskundigen, is dat wel te doen en kunnen zij hun zwarte jas aanhouden.

De **voorzitter**: Dank u wel. Wij gaan de tweede ronde vragen in.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik zal het proberen kort te houden gezien de tijd en de tijd die collega's dan nog is gegund. Ik wil het tijdsaspect ook graag bij u onder de aandacht brengen, mijnheer Bakker. Zijn de procedures die worden doorlopen om een patiënt uiteindelijk dwang op te leggen, niet te lang geredeneerd vanuit het perspectief van de patiënt? Lopen wij het risico dat mensen onterecht zijn opgenomen of verplichte dwang is opgelegd? Hoe kijkt u aan tegen het tijdsaspect, aangezien u in uw position paper drie keer aangeeft dat tijdsgewrichten elkaar overlappen in de procedure?

De heer **Bakker**: Dat gaat vooral over het hoger beroep. Wij denken dat wij in de gewone procedure in eerste aanleg, zoals wij die nu in feite ook kennen maar dan in enige aanleg, als rechters snel kunnen handelen als aan een aantal meer administratieve voorwaarden is voldaan en als er voldoende afstemming is. Dat is een discussie die hier al uitgebreid aan de orde is geweest. Die ging over de opbouw van het dossier, regionalisering en dergelijke. De problemen zitten bij het hoger beroep, want dat gaat gewoon veel meer tijd kosten.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dank u wel. Ik vond het buitengewoon boeiend. Ik heb op dit moment geen aanvullende vragen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik wel, voorzitter. Ik moet even goed naar de naambordjes kijken, want mijn ogen worden steeds slechter. Ik heb een vraag voor de heer Van Dijk.

De **voorzitter**: Van de Nationale Politie.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ja, precies. De heer Van Dijk schetst in zijn position paper dat de indruk bestaat dat het bevoegd gezag van de politie minder goed is geregeld in dit wetsvoorstel ten opzichte van de wet BOPZ. Ik vroeg me af waar hij die indruk op baseert en wat er volgens hem aan gedaan moet worden.

De heer **Van Dijk**: Die omissie in deze position paper was niet bedoeld om te testen of u hem wel had gelezen. Ik heb zojuist echter in mijn statement wel aangegeven dat het bevoegd gezag toch weer teruggekeerd is. Ik doel met name op de rol van het Openbaar Ministerie bijvoorbeeld bij de opsporing van vermiste mensen. Wat u op papier hebt gekregen, heb ik dus bijgesteld met de woorden die ik hier heb gedeeld. Dat betekent dat wij op dit moment blij zijn dat het Openbaar Ministerie in die rol terug is.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dat is dan opgehelderd. Hebt u nog een andere vraag, mijnheer Kuzu?

De heer **Kuzu** (PvdA): Nee, ik laat deze ronde verder aan mij voorbijgaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb ook geen aanvullende vragen op het moment.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Tijdens hun introductie zeiden de sprekers over verschillende aspecten dat zij zich over de financiering daarvan nog zorgen maakten. Ik probeer nu een compleet lijstje te krijgen. Misschien is het goed om even de betrokkenen langs te gaan om te vragen waar hun pijnpunten liggen. Er zit natuurlijk een financiering achter dit wetsvoorstel, maar gevoelsmatig heb ik ook het idee dat er tot nu toe een vrij illusoire, arbitraire berekening aan ten grondslag ligt.

De **voorzitter**: Wilt u dan getallen horen, mevrouw Bruins Slot? We hebben namelijk al van iedereen gehoord dat het te weinig is. Wat is precies de vraag?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het belangrijkste is: waar liggen de precieze pijnpunten nog? Mocht men al een bepaalde inschatting hebben, dan is dat altijd meegenomen, maar ik weet niet of mensen daarmee in hun achterzak hierheen zijn gekomen.

De **voorzitter**: Goed. Ik geef eerst het woord aan mevrouw Visscher van de VNG.

Mevrouw **Visscher**: Misschien mag ik het qua pijnpunten iets verbreden. Zonet is er al voor gepleit om te kijken naar de samenhang met andere ontwikkelingen en wetten, bijvoorbeeld de Wet forensische zorg. Dat geldt voor meer zaken. Wat betreft de gemeenten geldt het volgende. Het is goed dat mensen weer de kans gegund wordt om in de samenleving behandeld te worden. Dat valt echter samen met ingrijpende wijzigingen in de ggz en met een heleboel nieuwe taken die de gemeenten krijgen op grond van de verschuiving van de AWBZ naar de Wmo. Daarbij spelen een heleboel dingen tegelijk en lijken de budgetten lang niet toereikend te zijn. Afgelopen vrijdag heeft de VNG daar nog een brief over gestuurd. Dat hangt allemaal met elkaar samen. Wat betreft het budget is op dit moment niet duidelijk wie welk geld krijgt. Er zijn echter afspraken, zoals de Financiële-verhoudingswet. Daarin staat duidelijk dat als gemeenten wettelijk nieuwe taken krijgen, daar ook een passend budget bij moet. Ik denk dat het budget voor gemeenten op grond van die uitgangspunten berekend zou moeten worden.

Daarnaast wil ik een meer inhoudelijk punt van aandacht noemen. Gemeenten moeten voor de nieuwe taak natuurlijk hun medewerkers scholen, maar we moeten ook zorgen voor voldoende plekken voor beschermd wonen. Daar is ook nog allerlei discussie over. Ik wil nog even aanhaken bij wat de mijnheer van het OM net bepleitte. Hij zei dat zorginstellingen moeten oppassen voor een te hoge concentratie van bepaalde problematieken in bepaalde wijken. Ik denk dat daarvoor

een goed samenspel met gemeenten heel belangrijk is. Die hebben daar zicht op en werken in een wettelijk geregelde rol samen met de politie en met woningcorporaties. Dat samenspel moet goed gefaciliteerd worden. Ten slotte heb ik nog een heel ander, maar wel belangrijk punt. De privacy staat soms op gespannen voet met het delen van gegevens met gemeenten, maar om het werk goed te kunnen doen, moeten gemeenten in dit samenspel over bepaalde gegevens kunnen beschikken. Voorzitter, ik heb even de kans genomen om ook enkele andere punten te benoemen.

De **voorzitter**: Helder. Nu u er niet naar gevraagd bent, hebt u het zelf kunnen doen.

De heer **Bakker**: Wij hebben berekend dat het structureel ongeveer 1,6 miljoen op jaarbasis extra gaat kosten. Ik neem aan dat het Ministerie van Veiligheid en Justitie daarvoor een claim bij VWS zal deponeren. En dan moeten wij maar weer hopen dat we het van V en J krijgen. Voor de implementatie hebben we geen bedrag opgenomen. Met nattevingerwerk komen we op een bedrag van ongeveer 1 miljoen. Dat zit 'm met name in IT-kosten.

De **voorzitter**: Hoe zit dat bij de Nationale Politie, mijnheer Van Dijk?

De heer **Van Dijk**: We zullen de medewerkers uiteraard op de hoogte moeten brengen van een aantal veranderingen binnen de wet, maar wat ons betreft zijn de kosten daarvan marginaal.

De **voorzitter**: Mevrouw De Ruijter of mijnheer Korvinus?

De heer **Korvinus**: Wij hebben er geen berekening op losgelaten, maar voorstelbaar is dat, als wij onze officieren eerst moeten trainen op de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg, daarna op deze wet en dan nog op de Wet zorg en dwang, wij onze mensen drie keer mogen gaan opleiden. Daar zou iets op te vinden zijn, bijvoorbeeld door dit wat meer gelijktijdig te doen. Desalniettemin zit er een opleidingszorg aan. Ik heb die niet gekwantificeerd, maar die is zeker aanwezig.

Ik wil ook nog iets anders benoemen, namelijk het landelijke systeem waarover we het net hebben gehad en waarin alle vormen van zorgmachtingen een plekje moeten krijgen. Als dat gebouwd wordt, brengt dat ook kosten met zich mee. Er zal ook tegemoetgekomen moeten worden aan de privacywensen aan de ene kant en de toegankelijkheid voor iedereen die iets met die gegevens moet aan de andere kant. Als we dit adequaat willen regelen, hangt daar wat ICT betreft wel een prijskaartje aan.

Ik schat dat we er behoefte aan zullen hebben om te kunnen schuiven met de gevaarlijke mensen in het kader van de verplichte ggz. Dat bleek ook al in de vorige ronde van insprekers. Af en toe, op momenten dat zij echt gevaarlijk voor hun omgeving worden, wil je die mensen kunnen verplaatsen naar een omgeving voor forensische zorg. Om te zorgen dat dit redelijk gemakkelijk kan en verantwoord is, zullen we ook iets moeten organiseren. Het aspect veiligheid lijkt verscholen te liggen in deze wet voor de verplichte ggz – de heer Van Dijk zei ook zoiets – maar is wel degelijk heel belangrijk om forensische zorg en verplichte ggz beter op elkaar aan te laten sluiten.

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Ik heb al vaker gepleit voor het toevoegen van een kostenbegroting rechtshulp bij elk wetsontwerp. Dat zal hier ook niet bij zitten. Rechtsbescherming gaat niet zonder advocatentoevoeging. Dan moet die toevoeging wel reëel zijn. We hebben bij de Vreemdelingenwet gezien dat er weliswaar rechtsbescherming was, maar dat de

vergoedingen voor beroepszaken van € 900 naar € 200 zijn gegaan. Het blijkt in de praktijk lastig te zijn om dan goede rechtshulp te leveren.

De heer **Koelewijn**: De ondersteuning van de burgemeesters als geheel reken ik tot de inbreng van de VNG op dit moment. Ik heb nog wel iets specifiek wat aansluit op wat de heer Korvinus zegt. In de praktijk lopen wij aan tegen onbehandelbare ggz'ers. Die heb ik net ook beschreven. Het zou heel goed zijn als zij niet in de gewone ggz-instellingen terecht zouden hoeven komen, maar bij wijze van spreken terecht zouden kunnen in een speciaal daarvoor ingerichte tbs-kliniek.

Dan loop je dus aan tegen de financiering. Als iemand met tbs wordt opgenomen, betaalt justitie een «mooie dagprijs», een verantwoorde prijs. Iemand die niet met een strafrechtelijke titel wordt opgenomen, dus onder de BOPZ of AWBZ, wordt geplaatst met een lage vergoeding, die niet voldoende is om het bed te financieren. De tbs-kliniek heeft dus liever justitie dan AWBZ als leverancier. Daarbij komt nog dat iemand met een rechterlijke machtiging niet rechtstreeks naar een tbs-kliniek kan, maar alleen via de ggz-instelling. Dat brengt weer een praktisch probleem met zich mee. De ggz-instelling heeft een bed, dat dan dus wordt bezet op een andere plek, en moet dat bed ook overhouden. In die zin is er ook een praktisch, technisch-financieel probleem dat in dit verband zou moeten worden opgelost. Dit lijken mij heel praktische punten. Gezien de maatschappelijke impact die juist de lastige groep heeft op politie, justitie, de ggz-instellingen en de samenleving, pleit ik ervoor om hiervoor een goede voorziening te treffen.

De **voorzitter**: Hebt u zicht op de omvang van deze groep, mijnheer Koelewijn?

De heer **Koelewijn**: Landelijk gezien kan ik dat niet nauwkeurig zeggen. De zaken die we op dit moment via de BOPZ regelen, zijn zaken die je bij wijze van spreken één keer goed oppakt. Dit zijn echter zaken die regelmatig voorkomen. Het zijn wel vaak dezelfde personen. Ik durf geen getal te noemen.

De **voorzitter**: Iemand anders?

De heer **Van Dijk**: Ook ik kan geen getal noemen. Ik weet alleen dat de vraag wat wij moeten met deze doelgroep, in elke regio een zeer prominent onderwerp van gesprek is tussen ketenpartners, met name omdat de financiering tekortschiet.

De **voorzitter**: Als de collega's geen verdere vragen hebben, neem ik graag de gelegenheid te baat om ten slotte een vraag te stellen namens de D66-fractie. Wat we steeds zien terugkomen is de spanning tussen veiligheid en privacy. Enerzijds is er de noodzaak om veel te weten en anderzijds is er het recht op privacy van de mensen om wie het gaat. Wat zou er in dit voorstel moeten veranderen om de privacy te vergroten? Ook in de eerste ronde is al vastgesteld dat op een gegeven moment er zo ontzettend veel partijen bij betrokken zijn en er op zo veel plekken informatie ligt dat die privacy er bijna niet meer is. Heeft iemand een gedachte hierover?

De heer **Korvinus**: Dat hangt natuurlijk heel erg af van de wijze waarop het wordt geregeld. Dezelfde problematiek speelt zich breder af in de veiligheidshuisdiscussie. Het belangrijkste lijkt dat als er een titel is, dat ook vermeld wordt. Ook moet worden vermeld welke zorginstelling of welke geneesheer-directeur je erop zou kunnen en moeten bevragen dan wel welke politieregio of wijkagent erbij betrokken is. Misschien zou je het

wat meer langs dat soort wegen moeten organiseren, waardoor er minder feitelijke informatie over bijvoorbeeld stoornissen toegankelijk is. Ik denk dat het heel ongewenst is om te breed iets te kunnen vernemen over dat soort dingen. Ik schat dus dat je het meer moet zoeken in bekendheid bij verschillende instellingen, maar moet wegblijven bij te privacygevoelige informatie die heel erg betrekking heeft op de persoon en zijn ziektebeeld.

De heer **Koelewijn**: Ik sluit daarop aan in die zin dat we privacy niet te zwart-wit moeten zien en onderscheid zouden kunnen maken in de aard van de informatie. De informatie die men met ketenpartners deelt, hoeft niet het complete dossier te omvatten. Wat we delen met bijvoorbeeld wijkbewoners kan nog veel minder zijn, maar wel net voldoende relevant om hen te kunnen melden dat we ermee bezig zijn. Het vraagt wel enige creativiteit om differentiatie in de inhoud aan te brengen.

Mevrouw **De Vries**: Wellicht is het zaak om onderscheid te maken tussen de persoonsinformatie en de medische informatie. Medische informatie is naar mijn mening niet noodzakelijk om te delen; wel dat iemand bekend is maar niet de medisch-inhoudelijke informatie.

Mevrouw **Visscher**: Ik sluit mij aan bij wat hier door anderen over is gezegd. Je moet echter wel altijd het doel voor ogen houden. Hoe kun je de situatie verbeteren en wie heb je daarvoor nodig? Je moet echt in het belang van de persoon, van de patiënt kijken wat zinnig en goed is om te delen. Als je ook familie erbij wilt betrekken, dan moet dat op een goede manier kunnen doen. Je moet dus het doel voor ogen houden. Hoe je dat precies in protocollen moet vastleggen, daar zijn anderen deskundiger in, maar je moet goed kijken wat je wilt bereiken voor die persoon.

De heer **Van Dijk**: Dit is voor ons een belangrijk punt om ons werk in de wijken goed te kunnen doen. Het gaat dan absoluut niet om de medische informatie, maar het gaat er wel om dat je weet bij wie iemand in behandeling is. Oftewel, hoe kunnen wij onze signalerende rol goed spelen? Als wij dat weten, kunnen wij gelijk contact leggen en dat komt de patiënt ten goede. Hetzelfde geldt voor onze kennis over de maatregel die iemand heeft. Ook daarvoor geldt dat wij ons optreden en onze bevoegdheden daarop kunnen afstemmen en ook de verbinding kunnen maken met de desbetreffende hulpverlener. Het is voor ons vaak een ontzettende zoektocht. Politie en ggz draaien vaak langs elkaar heen, omdat we niet weten waar iemand in behandeling is. Niet alle mensen worden besproken in de veiligheidshuizen. Mensen wonen dan rustig in de wijk, maar het gaat wel eens mis en dan willen we graag samenwerking zoeken. Het is dan cruciaal dat je op basis van hit, no-hit, zoals wij dat noemen, weet waar we de betrokken persoon kunnen vinden.

Mevrouw **Van de Puttelaar**: Ik ben heel huiverig voor het verzamelen van die gegevens, juist voor deze kwetsbare mensen. Ik zou veel meer de cliënt zelf een zeg daarin willen geven, zodat hij zelf in overleg aan kan geven wie hij wil dat geïnformeerd wordt en welke informatie hij wil delen. Dat moet dan worden opgenomen in het plan.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik denk dat wij op dit moment voldoende informatie hebben. Ik dank u allen hartelijk voor de uitvoerige toelichting die u gegeven hebt. Wij zullen daar allemaal ons voordeel mee doen bij de behandeling van deze wet.
We gaan nu pauzeren voor de lunch.

De vergadering wordt van 12.52 uur tot 14.00 uur geschorst.

Blok 3 Vertegenwoordigers ggz / ervaringsdeskundigen

De **voorzitter**: Goedemiddag. Hartelijk welkom bij alweer het derde blok van dit rondetafelgesprek over de Wet verplichte ggz. We hebben vanmorgen een aantal sprekers gehoord. Vanmiddag spreken wij met vertegenwoordigers uit de ggz en met ervaringsdeskundigen. We hebben tot 15.30 uur de tijd. Ik heet u hartelijk welkom. Wij hebben elkaar al even de hand geschud. U krijgt zo de gelegenheid om even een korte inleiding te geven. Wat de Kamerleden betreft zijn aanwezig mevrouw Bruins Slot van het CDA, de heer Van Veen van de VVD, de heer Kuzu van de Partij van de Arbeid, de heer Van Gerven van de SP en ook is mevrouw Voortman van GroenLinks aangeschoven. Welkom. We hopen dat mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie zich zo dadelijk weer zal melden. Ik wil toch maar beginnen, want wij hebben onze tijd hard nodig. Als eerste geef ik het woord aan mevrouw Van der Hoeven van het Landelijk Platform GGz. Zij heeft pakweg drie minuten de tijd.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Voorzitter. Voordat ik begin, geef ik eerst even aan dat ik het namens het Landelijk Platform GGz heel erg jammer vind dat er voor dit moment geen echte ervaringsdeskundige is gevraagd om te spreken. Ik zie Jolijn in de zaal zitten, maar het was prettig geweest als een echt ervaringsdeskundige cliënt hier aan tafel had gezeten. Uiteraard vertegenwoordigen wij hen wel.

De vraag die voorligt, is hoe wij in Nederland willen omgaan met de zorg voor en bescherming van mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid in crisissituaties en bij ernstige ontregeling met mogelijke schade. Wij staan voor ingewikkelde keuzes en dilemma's. Wij zijn op weg naar een nieuwe wet die de rechtspositie van cliënten in de ggz en hun familie moet verbeteren.

Daarnaast heeft deze wet als belangrijke doelstelling om dwang zo veel mogelijk te voorkomen. Wij willen in Nederland geen eenzame opsluiting meer maar mogelijkheden voor vrijwillige zorg en alternatieven voor dwang, geleverd door hulpverleners met compassie en met voldoende deskundigheid. Burgers moeten kunnen vertrouwen op een wet die hen beschermt tegen elke onnodige inperking van hun grondrechten.

In de wet dient niet alleen geregeld te worden dat een betrokkene zelf in actie kan komen door een klacht in te dienen, naar de rechter te stappen of in hoger beroep te gaan, eventueel met een pvp of een advocaat. Indien hij hier al de kracht voor heeft, is het leed dan al vaak geleden. Met de wet zelf moet een onafhankelijke en zorgvuldige besluitvorming worden geregeld ten aanzien van de zorgmachtiging.

De rechter heeft daarin een belangrijke rol, maar op tal van momenten is de rechter niet of nog niet in zicht. De regievoerder en verzoeker bij de aanvraag, de uitvoering en de beëindiging van dwang is in het wetsvoorstel de geneesheer-directeur. Zoals het vanochtend al gekscherend ging over een rechter in een witte jas, zo kun je het ook hebben over een geneesheer-directeur in een toga. Een deel van de rechtsbescherming van cliënten zal namelijk plaatsvinden in de instelling of waar de geneesheer-directeur ook werkzaam is. Hij is daarvoor verantwoordelijk. Wat ons betreft heeft hij niet de juridische kennis, maar zorginhoudelijke kennis heeft hij wel. Gezien de uitbreiding van zijn takenpakket vinden wij het heel belangrijk dat de geneesheer-directeur onafhankelijk wordt gepositioneerd.

Verder kan een wet die dwang mogelijk maakt, ook in de persoonlijke levenssfeer van mensen, niet zonder een effectief toezicht en handhaving door een onafhankelijke instantie. De inspectie is daarbij wat ons betreft aan zet om daarmee aan de slag te gaan. Wij waren er best verbaasd over om tijdens het vorige blok te merken wat een stilte de inspectie daarin laat vallen. Als men met een wet dwang wil voorkomen, zal men daarnaast moeten inzetten op randvoorwaarden die nodig zijn om mensen te

ondersteunen in hun zelfregie en inclusie. Wederkerigheid is daarbij onontbeerlijk. Alle inspanning moet gericht zijn op het voorkomen van dwang en op herstel. Dat vraagt om nadere uitwerking.

De heer **Widdershoven**: Dank u. Stichting PVP is in zekere zin blij met dit nieuwe wetsvoorstel, omdat het op punten een duidelijke verbetering geeft van de rechtspositie van de psychiatrisch patiënt. Het heeft primair van doen met de zorgmachtiging, waarbij de rechter niet alleen dwangopneming toetst, maar op voorhand ook dwangbehandeling en andere dwanginterventies. Daarnaast heeft het ermee van doen dat het geluid van de patiënt in de procedure beduidend duidelijker naar voren komt en meer gewicht krijgt dan in de huidige Wet BOPZ.

Stichting PVP heeft echter ook zorgen en kritische kanttekeningen. Twee punten daarvan zijn vanochtend met name al behandeld. Ten eerste is dat de positie van de geneesheer-directeur. Aan de wijze waarop die nu wordt neergezet, ontbreekt iets aan de onafhankelijkheid. Wellicht komen daar straks nog vragen over. Ten tweede is dat de wijze waarop het inspectietoezicht vorm heeft gekregen in deze wet. Dat is in algemene zin omschreven en beduidend minder normatief, opdrachtgevend aan de inspectie, dan in de huidige Wet BOPZ het geval is. Wat ons betreft zit daar een hiaat. Je mag er namelijk van uitgaan dat deze wet op alle punten een verbetering zou behelzen.

Een paar onderwerpen die niet aan bod zijn gekomen, zou ik graag willen noemen. Het eerste onderwerp is de wijze waarop in het wetsvoorstel wordt omgegaan met wilsbekwame en wilsonbekwame wensen en voorkeuren van de betrokkenen. Stichting PVP, en niet alleen zij, maar ook de evaluatiecommissie die handelde over de thematische wetsevaluatie over wilsonbekwamen en hun vertegenwoordiging en, hoewel dat vanochtend geen aandacht kreeg, het College voor de Rechten van de Mens maken zich zorgen op dat punt. Het idee zou moeten zijn dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd moet worden als enkel gevaar of nadeel voor de betrokkene zelf aan de orde is. Zo hebben we het in Nederland in algemene zin geregeld. We zien geen reden om dat voor psychiatrische patiënten anders te regelen. Wilsonbekwame voorkeuren lijken in de regeling haast weggeschreven te zijn, terwijl die van evident belang zijn om na te gaan wat bijvoorbeeld het minst ingrijpend is en of een interventie proportioneel is.

Dan nog even snel iets over het tweede onderwerp, de huisregels. We hebben daar iets over gezegd in onze position paper. De wet focust natuurlijk niet op dwangopneming, maar dwangopneming gaat straks nog heel veel voorkomen. Dan is het van groot belang wat de cliënt aan standaardvrijheden heeft binnen die gedwongen setting en welke standaardbeperkingen hij moet ondergaan. Een belangrijk instrument daarbij zijn de huisregels. In het originele voorstel zou de commissie verplichte ggz daarvoor verplichte modellen maken, maar dat is nu geschrapt. Nu kan het Ministerie van Justitie modellen maken. Wat ons betreft zijn modellen noodzakelijk, ook al omdat huisregels een bredere werkingssfeer kunnen hebben omdat ze ook regels mogen bevatten die nodig zijn voor een therapeutisch klimaat. Als je al meent dat je patiënten hun vrijheid moet ontnemen op de gronden waarover het hier gaat, zul je hun daarbinnen alle vrijheid moeten geven die maar enigszins kan. Je zult zelfs heel actief moeten zijn in het aanbieden van mogelijkheden om van vrijheidsrechten gebruik te maken. Dit betekent dat huisregels zo min mogelijk beperkingen moeten bevatten. Je moet dat dus niet overlaten aan het veld en niet aan elke individuele zorginstelling, maar je moet landelijk met elkaar bespreken wat je al dan niet geëigend vindt in een bepaalde situatie van dwangopneming.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

De heer **Widdershoven**: Ja, heel snel. Daar hoort nog iets bij wat vanochtend aan bod kwam en wat misschien straks nog terugkomt. Zo nu en dan werd gesproken over het opschalen van de beveiliging. Men wil kunnen doorpakken richting forensische zorg als dat nodig is. Allemaal mooi en wel, maar als er andere rechtsposities worden vastgesteld is dat wat ons betreft een taak voor de rechter. Dat zal op basis van de zorgmachtiging moeten kunnen plaatsvinden en niet gedurende een zorgmachtiging door geneesheren-directeur of anderszins.

De **voorzitter**: Hartelijk dank.

Het woord is aan mevrouw Van der Wal van GGZ Nederland.

Mevrouw **Van der Wal**: Dank u wel, mevrouw de voorzitter en de geachte leden van de commissie. Dank voor de uitnodiging om hier aanwezig te mogen zijn bij dit rondetafelgesprek, waarin ik het standpunt van GGZ Nederland zal toelichten.

GGZ Nederland is van meet af aan nauw betrokken geweest bij het wetgevingstraject. Dat hebben we zeer gewaardeerd. De branche staat positief tegenover deze wet, die een kwalitatieve verbetering met zich lijkt te brengen voor mensen die in het kader van hun psychiatrische problematiek gedwongen behandeld zouden moeten worden. De Kamer heeft als input voor dit gesprek een standpuntbepaling ontvangen. Vandaag zal ik mondeling de twee belangrijkste onderwerpen die ons op dit moment ter harte gaan, toelichten, zonder daarmee te willen zeggen dat de andere onderwerpen die vandaag en vanmiddag over tafel gaan, er niet toe doen. Die punten worden door anderen belicht.

Ik zal mij toeleggen op de financiering en bekostiging van alle taken en verplichtingen die deze wet met zich brengt en met de landelijke dekking van de verplichte zorg, inclusief een landelijk registratiesysteem om aan te sluiten bij de doelstelling om van deze wet een patiëntvolgende wet te maken.

Ten eerste ga ik in op de financiering van alle taken en verplichtingen die de wet aan zorgaanbieders, geneesheer-directeuren, zorgverantwoordelijken, verklarend artsen en zorgverleners oplegt. Deze taken en verplichtingen komen naast alle taken en verplichtingen die andere actoren in deze wet krijgen. Te denken valt hierbij aan gemeenten, inclusief de meldpunten oggz, de rechterlijke macht, de politie en de officieren van justitie. Wij vragen indringend om aandacht te schenken aan de aannames over de kosten en de financiering die nu in de wettekst staan. Die wettekst dateert duidelijk uit een pre-dbc-tijdperk, om het maar even kort samen te vatten. De financiering van de huidige gespecialiseerde ggz is gebaseerd op dbc-financiering die uitgaat van een gestelde diagnose, veel face-to-facetijd en een strak inkooptraject door zorgverzekeraars. Deze wet en de uitvoering daarvan zal zowel in het voortraject in het kader van de preventie van dwangbehandeling, dus van de op te leggen maatregel, als gedurende de maatregel veel meer indirecte tijd vragen van alle betrokkenen. De financiering op basis van dbc-systematiek heeft hier geen antwoord op. Dat zal moeten worden gevonden en gemaakt. Wij stellen graag onze expertise beschikbaar om een goed antwoord te kunnen vinden.

In een tijd dat er op alle fronten bezuinigd moet worden, is het risico groot dat één of meerdere actoren hun taken niet waar kunnen maken, waarmee het probleem naar de geneesheer-directeur of, nog erger, naar de samenleving en de patiënt gaat. In de aanloop naar deze wet zijn er aannames gedaan over de te verwachten kosten en over de patiëntpopulatie die onder de wet komt te vallen, maar de vraag is of die aannames kloppen. Daarom vragen wij om een nulmeting naar de effecten van deze wet en de uitvoering van ieders rol. Wij pleiten voor financiële compensatie, mocht het voor de ene of de andere partij niet uitkomen.

Ten tweede wil ik de landelijke dekking van de verplichte zorg, inclusief een registratiesysteem, onder de aandacht brengen.

De **voorzitter**: Wilt u dat heel kort houden?

Mevrouw **Van der Wal**: Gaat de tijd zo snel? Ik zal een stukje overslaan. Wij pleiten ervoor om in de regio – zoals in de wet vastgelegd vallen de regio's samen met de GGD-regio's – samen te werken met andere geneesheer-directeuren, omdat er in een regio nu al meerdere geneesheer-directeuren aan het werk zijn, en met de gemeenten, de politie, de rechterlijke macht en het OM. Wij pleiten verder voor een systeem waarin landelijk opgezocht kan worden of aan iemand al een maatregel is opgelegd. Ik noem als voorbeeld dat iemand die een maatregel heeft opgelegd gekregen in Groningen, zich nu in Maastricht bevindt. Ergens moet men dat dan te weten zien te komen. Ik kan hier nog langer over doorgaan, maar ik zal mij nu beperken tot dit standpunt.

De **voorzitter**: Dit zal waarschijnlijk nog wel aan de orde komen in het vervolg van deze anderhalf uur.
Ik geef nu het woord aan de heer Stavenuiter van Ypsilon.

De heer **Stavenuiter**: Voorzitter. Ik vertel een mopje. Een marathonloper springt aan het eind nog over drie hordes. Het hele publiek staat op de stoelen, op één persoon na. Zijn buurman merkt op: «Man, waarom juich jij niet? Die man heeft 42 kilometer gelopen en springt nu ook nog over drie hordes!» De ander reageert: «Kunst, met zo'n aanloop!»
Ik vertel dit, omdat de aanwezigen er vandaag al een lange marathon op hebben zitten. Je kunt je vertwijfeld afvragen wat nu echt belangrijk is van alle dingen die je hoort. Welnu, de verhalen die echt belangrijk zijn, zitten in dit blok, het laatste blok. Ik zal vertellen waarom.

Wij lopen zo onze eigen marathon. Ik laat de voorkant van een boekje zien. Is er iemand die het kent? Ik zie niet meteen blikken die daarop duiden. Je moet ook al wel een tijdje meedraaien, wil je dit boekje nog kennen. Het is uitgebracht door Ypsilon, een vereniging die via haar zieke familieleden grootverbruiker te noemen is van de Wet BOPZ. Op basis van ervaringsverhalen kwam Ypsilon in het boekje tot negen aanbevelingen. Bij elke evaluatie werden er enkele doorgevoerd. Met de komst van de Wet verplichte ggz worden drie belangrijke, nog steeds openstaande aanbevelingen doorgevoerd. Het gaat om de volgende aanbevelingen:

«Aanbeveling 2: Laat de wet (BOPZ) meer spreken vanuit het oogpunt van «bescherming» dan vanuit het oogpunt van «gevaar»;

Aanbeveling 6: De wilsverklaring zou een wettelijke status moeten krijgen;

Aanbeveling 8: Ambulante dwangbehandeling moet een alternatief kunnen vormen voor patiënten die buiten een psychiatrisch ziekenhuis beter af zijn.»

18 jaar geleden schreven we ze en nu worden ze doorgevoerd. En ja, familieleden zijn er blij mee, heel blij. Maar wie hier niet over 18 jaar weer wil zitten, raad ik aan om de aanbevelingen te volgen die in het huidige position paper van Ypsilon en het Landelijk Platform GGz staan. Ook nu zijn er onderdelen waarop verdere aanpassing beslist noodzakelijk is. Tot slot: besef, welke wet we ook maken, als de zorg aan de voorkant niet goed is, blijft het dweilen met de kraan open. Dan ligt dwang op de loer, om het gebrek aan goede zorg te verhullen.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Voorzitter. Allereerst dank voor de uitnodiging om aan dit rondetafelgesprek deel te nemen. Ik wil twee punten uit de position paper van de Reinier van Arkel groep naar voren halen. Het eerste punt betreft de samenwerking met andere partijen. Niet alleen ggz-instellingen, maar ook politie, justitie, gemeenten en andere zorgverleners spelen een rol in het kader van deze wet. Van belang is dat ieders

verantwoordelijkheid daarin duidelijk is en dat elke partij zijn verantwoordelijkheid ook neemt als het erop aankomt.

In dit kader willen we ook het vraagstuk van veiligheid expliciet aan de orde stellen. Veiligheid, in de eerste plaats van de cliënt, maar ook van de familie, de hulpverleners en anderen die met de cliënt in de thuissituatie te maken krijgen. Welke vormen van verplichte zorg kunnen wel en welke kunnen niet in de thuissituatie verleend worden? Onder welke omstandigheden kan dat? Wanneer mag je een beroep doen op andere partijen, bijvoorbeeld op de politie?

Wij verwachten dat de rol van de gemeenten en van de politie ingrijpend zal veranderen als gevolg van dit wetsvoorstel. Het lijkt ons daarom goed dat het convenant tussen politie en ggz hierop opnieuw wordt bekeken. Verplichte zorg in de thuissituatie betekent ook 24 uren ambulante zorg, waarvan de bekostiging goed geregeld moet zijn. Dat is ook een heel belangrijk punt.

Een belangrijke samenwerkingspartner is de familie. Het spreekt voor zich dat wij dat toejuichen, maar wij willen waarschuwen voor een te rooskleurig beeld. Er zijn ook cliënten die alleenstaand zijn of waar de relatie met familie dusdanig verstoord is dat op hulp en ondersteuning niet gerekend hoeft te worden. Het is de vraag hoe begeleiding en ondersteuning, met name in de thuissituatie, dan gewaarborgd moeten worden. Welke andere instanties, bijvoorbeeld gemeenten, op grond van de Wmo, hebben hierin een verantwoordelijkheid?

Het tweede punt dat ik naar voren wil halen, is de regiefunctie van de geneesheer-directeur. In het wetsvoorstel is een groot aantal taken bij de geneesheer-directeur terechtgekomen, die hiermee een belangrijke regierol heeft gekregen. Die taken zijn zowel inhoudelijk als administratief van aard en leiden tot een verzwaring van het takenpakket van de geneesheer-directeur. Een apart secretariaat hiervoor is bepaald geen overbodige luxe, maar een absolute noodzaak, vinden wij. Omdat het hier gaat om kosten die niet direct aan de behandeling van een individuele cliënt zijn toe te rekenen, is het de vraag hoe deze worden gedekt. Ter illustratie, de Reinier van Arkel groep heeft op jaarbasis te maken met ruim 300 nieuwe machtigingen voor gedwongen opname.

Er is helaas geen tijd om in te gaan op de andere punten die in ons position paper staan. Ik verwijs daar graag naar en ik dank u voor uw aandacht.

De **voorzitter**: Hartelijk dank. Ten slotte de heer Vriens van de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen.

De heer **Vriens**: Voorzitter. Ik wil graag beginnen met Paul. Paul heeft groep 8 overgeslagen en is in één streep doorgedaan naar het gymnasium. Helaas werd zijn flitscarrière op zijn vijftiende jaar toch onderbroken en verloor hij zijn motivatie. Drie maanden geleden stond hij in vertwijfeling op het dak van zijn ouderlijke woning. Paul is nu 18. Gelukkig is er een psychiater bij wie Paul voor het eerst het gevoel heeft dat hij er contact mee heeft. Die psychiater heeft echter gezegd dat hij van de crisisdienst is. Hij heeft twee gesprekken met hem gehad, maar er moet worden bekeken hoe er vervolg wordt gegeven aan die zorg. Ik wil maar even zeggen dat dit een heel zorgwekkende situatie is. De ouders zijn inmiddels wanhopig en vooral ook uitgeput. Zij hebben een marathon gelopen. Die situatie met betrekking tot het uithoudingsvermogen gaan wij nu ook vragen van veel grotere aantallen familieleden. De zorg zal veel meer met dwang thuis gaan plaatsvinden. Wat je dan nodig hebt, want dat gebeurt in deze situatie ook, is dat je inderdaad ondersteuning hebt van een familievertrouwenspersoon.

Je moet namelijk ook heel veel werk doen. Je moet heel veel informatie leveren voor deze wetgeving. Je moet je standpunt duidelijk kunnen maken. Ik denk dat je dan veel steun nodig hebt.

Een belangrijk punt dat ik uit de position paper wil halen, is dat we voor een wvvgz-erkenning zijn. Wat namelijk enigszins ontbreekt, is dat ggz-aanbieders moeten voldoen aan hoge standaarden om gedwongen ambulante zorg te kunnen leveren. Daarvoor moet je eminente kennis hebben. Je moet weten hoe je systeemgericht werkt en hoe je wanhopige en boze mensen terzijde kunt gaan. Het gaat om mensen die ook boos zijn op jouw hulpverlening en die het proces waarin zij verkeren, nog niet begrijpen.

Ik pleit voor een scherp toezicht. De familievertrouwenspersoon kan hierin een rol spelen. Dan doel ik niet op het toezicht, maar wel op de kwaliteit van de zorg. De familievertrouwenspersoon kan ervoor zorgen dat de familieleden de beste kwaliteit zorg kunnen vinden. Hij of zij kan hen daarbij ondersteunen en kan de communicatie op gang brengen, ook als men boos of teleurgesteld is of niet de topkwaliteit krijgt die men wil. Daarin kan de familievertrouwenspersoon een rol spelen. Ik vind dat het toezicht op dit moment heel erg ontbreekt. Dat kun je niet aan de partijen overlaten die hier met elkaar om de tafel zitten. Dat geluid hoor ik vandaag ook uit andere microfoons komen. Daar hebben we een heel heikel punt te pakken.

De **voorzitter**: Hartelijk dank. Ik geef graag het woord aan de Kamerleden. Ik stel voor om deze keer te beginnen met mevrouw Voortman. Zij is nieuw aangeschoven. Als zij voldoende klaar is voor de eerste vraag, wil ik met haar beginnen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter, dank u wel. Excuses dat ik er vanochtend niet bij kon zijn. Ik had verplichtingen op een andere plek. Ik heb verschillende mensen gehoord over de rol van de geneesheer-directeur, maar ik kan me voorstellen dat daar vanochtend al veel over is gesproken. Daarom wil ik het hebben over het belang van het terugdringen van dwang. In hoeverre kan het voorliggende wetsvoorstel daaraan bijdragen? De bedoeling is dat er een eigen plan van aanpak gemaakt wordt. Ik denk dat ik mijn vraag het beste kan stellen aan de heer Stavenuiter of aan mevrouw Van der Hoeven van het Landelijk Platform GGz. Hoe kan het plan van aanpak bijdragen aan het terugdringen van dwang? Mochten ze zich nog geroepen voelen om iets te zeggen over de geneesheer-directeur, dan kan dat natuurlijk.

De heer **Stavenuiter**: In het wetsvoorstel staan een aantal zaken die kunnen bijdragen aan het terugdringen van dwang. Ik heb de crisiskaart al genoemd. In mijn hoek hebben we vooral te maken met psychoses. De eerste psychose overkomt je bijna altijd. Er is bijna niets wat dit kan tegenhouden, welke wet je ook maakt. Als je dit verhaal echter achter de rug hebt, kun je wel nadenken over de vraag hoe je het wilt doen als er een tweede komt. Hoe vind je dat de zorg er dan uit moet zien? Daar is een crisiskaart voor bedoeld en ik denk dat die daarin een uitstekende rol kan vervullen.

Die crisiskaart houd je achter de hand. Stel dat zich op een gegeven moment weer een situatie voordoet waarbij men zich afvraagt wat er moet gebeuren. Daarvoor is in het wetsvoorstel de zorgkaart opgenomen. Die zorgkaart is van belang. Die crisiskaart heb je misschien wel drie jaar geleden voor het laatst bedacht. Je kunt je voorstellen dat je je in een bepaalde situatie op een bepaalde manier voelt en dat je nog wel degelijk iets vindt van hoe die zorg er dan voor jou uit moet zien. Dan hoef je niet meteen aan de ergste vorm te denken. Het kan ook gaan om de wens om niet in de gezamenlijke eetzaal te zitten, omdat je daar hyper van wordt. Ik

verzin maar een dwarsstraat. Het gaat ook over dat soort kleine dingen. Die zijn ontzettend belangrijk voor de vraag of je je ergens thuis voelt.

Daar hoort ook het volgende bij; daar zit toch het punt van deze wet in vergelijking met de vorige. Als iemand kan zeggen dat hij thuis beter af is omdat hij zich daar meer op zijn gemak voelt, is dat absoluut winst ten opzichte van de vorige wet, zo beweer ik, want dan heb je in ieder geval twee mogelijkheden in plaats van een.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Aan mij zijn twee vragen gesteld, over het terugdringen van dwang en over het eigen plan van aanpak daarbij. Wij denken dat deze wet wel kan bijdragen aan het terugdringen van dwang als hij op de werkvloer goed vorm krijgt. Alles staat of valt met de uitvoering van de wet. Wij kunnen nog zo veel met elkaar opschrijven en bedenken, maar uiteindelijk gaat het erom wie het doet en wie het uitvoert. Zijn dat mensen met voldoende deskundigheid, met compassie, met een mentaliteit die uitgaat van vrijwillige zorg, en niet van beheersmatig werken? Dat zijn heel belangrijke aspecten. Die kun je niet allemaal regelen met dit wetsvoorstel, want daarin regel je de randvoorwaarden, maar dat zijn wel heel belangrijke aspecten. Het wetsvoorstel gaat verder in op preventie. Een eigen plan van aanpak schrijven is een preventieve maatregel die je kunt inzetten in plaats van het aanvragen van een zorgmachtiging. Het kan zo'n Eigen Krachtconferentie zijn; daar worden momenteel voldoende ervaringen mee opgedaan in het veld. Ik denk aan het Eindhovens model, waaruit allerlei conclusies te trekken zijn dat een en ander werkt en dat het goed is dat cliënten zelf met familie en omstanders een plan maken waardoor dwang kan worden voorkomen. Dat dit in het wetsvoorstel staat, juichen wij erg toe.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ook ik dank de sprekers voor hun inbreng. Ik heb een vraag voor mevrouw Van Hamersveld van de Reinier van Arkel groep. Zij zei dat de bekostiging adequaat moet zijn, als ik het goed heb genoteerd. De dbc-financiering die wij kennen, is daar niet goed voor toegerust, volgens haar. Hoe zou dit beter kunnen of hoe zou dit dan moeten?

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ik pretendeer niet dat ik overal een pasklaar antwoord op heb. Ik heb mijn opmerking vooral bedoeld in de setting waarin de geneesheer-directeur de voorbereidingen gaat treffen voor het aanvragen van de zorgmachtiging. Het punt is dat hij dan al een heleboel voorbereidende handelingen moet doen. Op een gegeven moment doet hij zelf de toets of er voldoende aanleiding is om de zorgmachtiging daadwerkelijk aan te vragen. Als hij denkt van wel, gaat de aanvraag uiteindelijk door naar de rechter. Die toetst ook nog een keer. Als dit daadwerkelijk tot zorg aan een cliënt leidt, kun je de kosten eventueel terugbrengen in de dbc-structuur. Als dit echter niet zo is, heb je wel een heleboel moeite gedaan, plat gezegd, en heeft het heel veel geld gekost. De vraag is dan, hoe je dat vergoed moet krijgen.

Dan heb ik het nog niet eens over alle veranderingen die je in je organisatie moet aanbrengen om überhaupt het hele administratieve proces rond de zorgmachtigingen op poten te zetten, want dat is nogal wat. Wat mij betreft, zou daar een aparte bekostiging voor moeten komen, of in ieder geval een erkenning van het feit dat het kosten oplevert. Nu wordt er toch vaak van uitgegaan dat de geneesheer-directeur die taken al heeft, terwijl dat niet zo is. Ik geef een voorbeeld. Als een cliënt zelf een zorgplan mag gaan maken om verplichte zorg te voorkomen, is het de taak van de geneesheer-directeur om in de gaten te houden ten eerste dat dit gebeurt en ten tweede dat het van goede kwaliteit is. Dat moet hij wel allemaal gaan doen en dat is nu niet aan de orde. Ik sluit mij dus aan bij het

argument om bijvoorbeeld een nulmeting te doen en dan na te gaan wat er aan kosten bij komt.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. De heer Stavenuiter zei heel terecht dat dit laatste blokje het blokje is waar het om gaat. Hier zitten de mensen aan tafel die in de praktijk werken; dat is van uitermate groot belang. De heer Van Gerven vroeg naar de financiering. Aan mevrouw Van der Wal vraag ik wat de sector op dit moment doet om dwang en drang zo veel mogelijk te beperken. Daarna zou ik graag een reactie willen van mevrouw Van der Hoeven over wat er nog meer gedaan zou kunnen worden om dwang en drang terug te dringen.

Mevrouw **Van der Wal**: Daar ga ik eens even mijn best voor doen. Het Ministerie van VWS heeft een tijdlang subsidie beschikbaar gesteld om dwang-en-drangtoepassingen in met name de klinische ggz – daar vindt onder de BOPZ de dwangtoepassing plaats – terug te dringen.

Daarin hebben we ook samengewerkt met partijen, bijvoorbeeld met het Landelijk Platform GGz. Dat is redelijk succesvol geworden. Het is goed om ons te realiseren dat de dwang zoals we die nu hebben in een klinische situatie met name wordt vastgelegd en gemeten. Dan gaat het bijvoorbeeld over de tijd die iemand in de separeer doorbrengt. In de wet zoals die nu voorligt, zal het gaan over ambulante dwang en niet meer over het opsluiten – om het maar even plat te zeggen – maar om de mogelijkheid om iemand gedwongen te behandelen. Dat is wat anders. Eigenlijk regelt de BOPZ dat niet. Dat is dus een heel nieuwe situatie, waarmee je heel veel preventie moet plegen om iemand mee te nemen in het verhaal. Het gaat om zijn eigen verhaal en er moet meer samen met de familie worden gekeken. Er zal meer preventie dan ingrijpen en beheersen moeten plaatsvinden. Dat heeft mevrouw Van der Hoeven ook al aangegeven. Leg ik het zo goed uit?

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik had graag willen horen wat de sector hieraan doet zonder VWS-subsidie. Dat heb ik nog niet gehoord.

Mevrouw **Van der Wal**: De subsidie is al voorbij. Die bestaat niet meer. Het is nu gewoon kwalitatief handelen geworden, het is business as usual. De cijfers gaan nog steeds naar beneden. De subsidie is echter al meer dan een jaar afgelopen.

De **voorzitter**: Er is ook om een reactie van mevrouw Van der Hoeven gevraagd.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Als ik het goed begrijp, wordt gevraagd wat er nog meer mogelijk is. Een van de dingen die op dit moment gebeuren en die wij als landelijk platform ook heel prettig vinden, is het nadenken over het opschalen van de zorg. Dat gebeurt op weg naar de ontwikkeling van high en intensive care. Dat zie je nu op verschillende plekken al gebeuren. Er is intussen ook een Werkboek High & Intensive Care en een flink aantal instellingen wil daarmee aan de slag. Dat betekent dat mensen zo veel mogelijk een-op-eenbegeleiding gaan krijgen in plaats van dat ze worden opgesloten en dan ben je ervan af. Onze achterban mist vooral een tussenvorm tussen vrijwillige zorg en dwang. Uit eigen beweging zeggen mensen wel eens dat zij graag een respijtplak willen, een soort crisisplek waar ze een paar dagen naartoe kunnen zonder dat dat meteen tot een dwangopname of een dwangbehandeling hoeft te leiden. Die zijn er te weinig. Die zouden er bijvoorbeeld in de wijk moeten zijn, zodat de familie en de cliënt zelf even tot rust kunnen komen. Dat soort initiatieven zou, wat ons betreft, nog beter uitgewerkt kunnen worden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De kracht van het nieuwe wetsvoorstel is onder andere dat er nog uitdrukkelijker aansluiting wordt gezocht bij de thuissituatie. Het gaat daarbij ook om de betrokkenheid van het gezin. Ik hoorde een van de sprekers al zeggen dat we ook niet een te rooskleurig beeld moeten schetsen van het inzetten van de familie. Ik heb in mijn mailbox niet veel maar wel een beperkt aantal mailtjes van mensen ontvangen die te maken hebben met deze situatie. Hun huiselijke situatie wordt echt gekenmerkt door angst en onzekerheid. Dat zijn twee woorden die naar voren komen. Naast het goede verhaal over de rust voor de cliënt en de zorg vanuit de omgeving is er dus ook die andere kant: de angst en onzekerheid. Hoe zouden wij hier nu vanuit de politiek mee om moeten gaan? Hoe kunnen we voorkomen dat we familie overvragen? Hoe kunnen we familie daar goed in ondersteunen? Moet dat een plek krijgen in deze wet of op een andere manier? Het zijn wel echt concrete verhalen waarvan ik verwacht dat die zich veel vaker zullen voordoen als deze wet in werking is getreden. Ik stel mijn vraag aan mevrouw Van Hamersveld en de heer Vriens. Ik vind het ook prima als andere sprekers reageren, maar daar gaat de voorzitter over.

De heer **Vriens**: Ik denk dat er in ieder geval wel een richting is waarop je kunt inzetten. Dat is overigens al gedaan. Ik wil eerst stilstaan bij wat ik eerder gezegd heb over kwaliteit van zorg en erkenning. Ik heb gezegd dat ggz-organisaties die ambulante dwang willen gaan leveren, in staat zijn om ook systeemgericht te werken en de familie goed te ondersteunen. Daar zijn heel veel goede voorbeelden van.

Dat betekent dat uitvoerende FACT-teams ervoor zorgen dat er verlichting in de thuissituatie komt en dat er wordt meegedacht met familieleden. Dat gebeurt al op heel veel plekken. Tegelijkertijd moet je altijd weten dat dit heel moeilijk is. Ik denk dat de familie bij de ondersteuning door een vertrouwenspersoon een onafhankelijke plek heeft. Als het niet loopt, als men boos of teleurgesteld is over de kwaliteit, over de communicatie of over de bejegening of als men er met de naasten niet uitkomt, is er toch een plek om opnieuw te proberen de beste zorg te krijgen. Ik denk dus dat het twee kanten op moet gaan. Het gaat hierbij om de inzet van vertrouwenswerk. Graag wil ik dat dit professioneel wordt gedaan, dat hierbij sprake is van toezicht en dat het gebeurt onder bepaalde voorwaarden. Ik pleit voor een sterke zorgorganisatie voor familievertrouwenspersonen. Maar er moet zeker ook worden geïnvesteerd in erkenning en in regels voor ggz-instellingen die dit mogen doen. Zij dienen met de familie samen, cliënt- en systeemgericht te werk te gaan.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ik wil daar graag aan toevoegen dat samenwerking heel erg te maken heeft met het managen van verwachtingen. Als familie kun je het volhouden als je weet wat je mag verwachten. Hierbij gaat het niet alleen om de wijze waarop in de ggz de hulpverlening wordt georganiseerd en de wijze waarop de familie wordt betrokken bij de hulpverlening, maar ook om de vraag wat je van andere organisaties, van zorginstellingen en gemeenten en eventueel van de politie mag verwachten. Ik pleit ervoor dat daar heel duidelijke afspraken over komen.

Ik hoorde vanmorgen in blok 2 de vertegenwoordiger van de politie zeggen: niet alleen dwang is een ultimatum remedium, maar de politie ook. Ik kan mij daar wel wat bij voorstellen, maar ik denk dat het goed is om met elkaar helder te hebben wanneer de situatie van het ultimatum remedium is bereikt. Nog te vaak wordt met een flink aantal samenwerkingspartners rondom één cliënt van alles gedaan met de beste bedoelingen, maar als het erop aankomt, is het nog niet scherp wie wat mag doen en waar de grenzen liggen. Daar doelde ik daarstraks ook op in mijn

inbreng. De familie stelt immers ook grenzen. In dat kader was ik blij met de vorige versie van het wetsvoorstel waarin nog een mantelzorgplan stond. Daarin kan de familie namelijk niet alleen aangeven wat zij wel wil doen, maar ook wat zij niet kan doen. Dat moet ook mogen. Ik heb nog één puntje, als dat mag. Gezien de maatschappelijke positie van de cliënt, is de betrokkenheid van de gemeente ook een belangrijk punt in dit verband, zeker als er geen familie zou zijn.

De **voorzitter**: Mag ik constateren dat u vindt dat dit in het voorstel zoals dat nu voorligt na de nota van wijziging, te weinig is geregeld?

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ja, dit zou wel wat duidelijker mogen zijn.

De heer **Stavenuiter**: Ik deel de mening van de twee vorige sprekers. Ik wil er nog een paar dingen aan toevoegen. Allereerst heeft de LSFVP nadrukkelijk gepleit voor wvvgz-erkenning. Het is immers niet vanzelfsprekend dat iedereen dat zomaar kan doen en dat het altijd goed gaat. Hetzelfde geldt voor de vertrouwenspositie die familievertrouwenspersonen hebben. Ook die zou ik graag erkend zien. De LSFVP verricht prima werk en wat mij betreft zou zij degene zijn die het stempeltje krijgt waaruit blijkt dat zij in staat is om kwalitatief goed werk te leveren. Dat zou al helpen.

Stel dat je een situatie hebt waarin sprake is van ambulante dwang. Vanuit de positie van de familie zou ik dan twee dingen willen. Ik zou ten eerste willen dat de hulpverlener zegt: hoe het ook gaat, ik ben verantwoordelijk en als het fout dreigt te gaan, ben ik aanspreekbaar. Niet het familielid zou verantwoordelijk moeten zijn, want die zit daar de hele dag met de betrokkene. Nee, de hulpverlener is verantwoordelijk. Dat hoort immers bij zijn professionele taak. Ten tweede zou je, als het niet meer gaat, de mogelijkheid moeten hebben om ergens bij aan te kloppen. Die mogelijkheid kun je inbouwen in het mantelzorgplan. Die opvatting deel ik met mijn buurvrouw. Ik heb geen idee waarom, maar het mantelzorgplan is eruit geschreven sinds de vorige versie. Wat mij betreft komt dat plan terug.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Laat ook ik starten met de sprekers te danken voor de position papers die wij hebben gekregen en voor hun bijdragen. Ik wil mevrouw Van der Hoeven graag geruststellen: tijdens de werkbezoeken worden wij in de gelegenheid gesteld om met mensen te spreken die dit soort dingen moeten ondergaan. De informatie komt uiteindelijk dus wel bij ons terecht.

Ik wil gebruikmaken van het haakje dat mevrouw Van Hamersveld heeft geboden in haar position paper met het pleidooi voor een landelijk digitaal registratiesysteem voor het aanvragen van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. In het registratiesysteem moet ook komen te staan wie een zorgmachtiging of crisismaatregel opgelegd heeft gekregen. Mijn vraag is: mist u dit systeem en kunt u daarvan voorbeelden geven? Vanmorgen hebben wij het gehad over de privacy van de patiënten. Ik vraag u allen hoe u daartegenaan kijkt op het moment dat u vanuit de patiënt redeneert, die eigenlijk maar één heel groot probleem heeft, namelijk dat hij ziek is.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ik wil graag reageren op de vraag over het landelijk registratiesysteem. Vanmorgen is dit al aan de orde geweest. Juist omdat de zorg ambulant is en in verschillende situaties moet kunnen worden verleend, is het heel praktisch om één systeem te hebben waarin de zorgmachtigingen zijn vastgelegd. De Reinier van Arkel groep is gevestigd in Den Bosch. Wij hebben een nogal specifiek belang. Bij ons worden namelijk twee verschillende systemen gebruikt: BOPZ-online en crisis-online. Het een is voor de ene gemeente en het andere is voor een

aantal andere gemeenten. Dat werkt bijzonder onhandig, kan ik u vertellen. Ik heb er persoonlijk geen ervaring mee, maar ik heb daarover natuurlijk wel informatie gekregen. Eén landelijk systeem zou een heel goede oplossing zijn.

Wilt u van mij ook een reactie op de vraag over privacy, of zal ik eerst iemand anders aan het woord laten?

De **voorzitter**: Wil iemand anders nog reageren op de vraag over het landelijke systeem?

De heer **Van Widdershoven**: Ik ga niet zozeer in op het landelijk systeem als wel op het algehele punt van de privacy. De gegevensuitwisseling is daarvan een onderdeel. Iedereen snapt bijna elk stapje, hoewel er bij sommige stapjes vragen zijn te stellen. De totaliteit is echter vreselijk omvangrijk. Het gaat niet alleen om de privacy van de patiënt of cliënt, maar ook die van de familie eromheen, omdat die er juist zo bij wordt gezogen. Ik denk dat het verstandig is dat er in een nadere toelichting van de regering nog eens met de stofkam door al die bepalingen heen wordt gegaan en dat er wordt bezien waar het minder kan. Waar kunnen wij een grens trekken? Vanochtend zijn al enkele grenzen aangegeven, onder anderen door de inspectie. Ik denk dat dit van groot belang is. Wij van de Stichting PVP hebben zelf aangegeven dat een van die bepalingen onszelf treft. Wij hebben het idee dat wij te snel informatie krijgen op een bepaald punt. Daarbij zie je al wat het oplevert. Wij hebben het idee dat dit ook geldt – afhankelijk van de manier waarop je de bepalingen leest – voor de familievertrouwenspersoon, die soms erg veel gegevens krijgt, zonder dat daarvan de noodzaak is aangetoond. Ik denk dat de hele regeling zo nog eens zou moeten worden langsgeslagen. Vinden wij van elke stap dat die nodig is? Informatie-uitwisseling is natuurlijk nodig, maar laten wij, als wij elke stap hebben bekeken, nog eens naar het totaal kijken. Vinden wij dan dat dit nog in verhouding staat? Als we dat vinden, heeft het in ieder geval de aandacht gekregen die het verdient.

Mevrouw **Van der Wal**: Ik pleit ook voor zo'n landelijk registratiesysteem. Die twee zaken hangen nauw met elkaar samen. Als je niet meer denkt vanuit klinische dwangbehandeling, maar vanuit de gedachte «de mensen kunnen door het hele land», dan moet dat ergens vastliggen. Dat is ook in het belang van de mensen. Het moet echter niet zo breed dat iedereen er maar in kan. Er moet dus even over worden nagedacht. Het privacy-aspect is verschrikkelijk belangrijk, aangezien deze wet, meer dan de vorige, heel veel partijen betreft. In dit gesprek hebben wij het al gehad over de familie, de maatschappij en noem maar op. De algehele tendens die wij als ggz-instellingen nu al meemaken – wij zijn natuurlijk betrokken bij veiligheidshuizen en ik weet niet wat – is dat het heel lastig is dat wij als het ware vanuit het medisch beroepsgeheim een hogere standaard hebben voor het beschermen van de gegevens dan de andere partijen. Het is haast een permanent gevecht. Ik sluit mij daarom aan bij de woorden van mijn buurman, die zegt: laat de overheid hier nog eens goed met de stofkam doorheen gaan. Welke gegevens moeten nu op welk moment worden gedeeld? Voor je het weet krijg je als 18-jarige de diagnose bipolair.

Omdat dat weleens gevaarlijk zou kunnen zijn, betekent het dat iedereen voor de rest van je leven mag weten dat je dat hebt. En dat lijkt mij in Nederland niet echt een handige situatie.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ik zou daar nog iets aan willen toevoegen: en voordat je het weet heb je als hulpverlener een tuchtklacht aan je broek, omdat je niet precies weet wat je wel en niet met wie mag delen. Het is mijn ervaring dat er ook in het kader van bemoeizorg grote overleggen

zijn waaraan verschillende organisaties deelnemen. Er zijn wel degelijk regels voor wat je daar wel en niet mag uitwisselen, maar soms worden stappen in het zorgproces gezet waarbij mensen zich afvragen of ze iets wel of niet mogen uitwisselen. Voor je het weet heb je met alle goede bedoelingen iets gedaan wat totaal verkeerd blijkt te zijn. Duidelijkheid hierover zou een heel grote pré zijn.

De **voorzitter**: Als wij met elkaar constateren dat duidelijkheid belangrijk is, dan wordt het wel heel ingewikkeld om dat allemaal vast te leggen. Immers, het gaat elke keer over individuen met hun eigen verhaal en dynamiek. Ik kan mij voorstellen dat je dit nooit helemaal precies kunt definiëren. Of vergis ik mij daarin?

Mevrouw **Van Hamersveld**: Nee, ik denk dat u zich daar niet in vergist. Het is inderdaad heel erg moeilijk. Enerzijds moet je kijken naar de bescherming van de cliënt. Er moeten sowieso niet onnodig gegevens bij partijen terecht komen die die gegevens helemaal niet nodig hebben. Anderzijds zijn er de hulpverleners, die in de praktijk nogal eens twijfelen over wat wel en wat niet mag. Ik pleit ervoor dat zij wat meer houvast krijgen. Maar hoe wij dat precies moeten regelen? Ik heb er geen pasklare oplossing voor.

De heer **Stavenuiter**: Ik zit hier in eerste instantie vanuit de kant van de familie. Als in de Wet verplichte ggz over familie wordt gesproken, gaat het niet zomaar over willekeurige familie. Het is niet je schoonmoeder, tenzij je een enorm goede band met haar hebt. Het gaat om een aangegeven contactpersoon. Als ik zou worden opgenomen, zijn er tal van familieleden van wie ik het niet fijn zou vinden als zij ervan zouden horen. De wet gaat uit van het idee dat niemand alleen in deze wereld staat en dat er altijd een contactpersoon is waar iemand vertrouwen in heeft. Of het een familielid is of een buurman, dat maakt mij niet uit. En zo staat het ook in de wet. Het moet gaan om een contactpersoon in wie de cliënt in kwestie vertrouwen heeft. Op het moment dat een zorgmachtiging wordt afgewezen of een opname plaatsvindt, moet ervoor worden gezorgd dat hij daarvan hoort. Immers, die cliënt moet kunnen overleggen. Op het moment dat hij daar niet toe in staat is, mag je hopen dat er iemand in zijn vertrouwde omgeving is die meekijkt. Laten wij er geen karikatuur van maken in de zin dat de hele familie meekijkt. Nee, daar pleit niemand voor.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Ik kan mij heel goed aansluiten bij de vorige spreker als het gaat om de zorgen rondom de privacy en de enorme hoeveelheid informatie die wordt uitgewisseld. Ik vraag aandacht voor de bewaartermijn van al die informatie. Op een gegeven moment heeft een cliënt een dossier. Er mag niet steeds worden teruggevallen op situaties die jaren geleden speelden en nu allang niet meer. Als je daar niet heel goed op let, dan gaan ze toch weer een rol spelen in de manier waarop er naar de cliënt wordt gekeken, en dat zou heel kwalijk zijn. Er moet niet alleen naar de uitwisseling van de gegevens worden gekeken, maar ook naar de bewaartermijn, naar de termijn waarop ze relevant blijven.

De heer **Vriens**: Ook wij vinden het belangrijk om met de stofkam te gaan door alle procedures waarin gegevens worden uitgewisseld. Een familievertrouwenspersoon moet zich verplaatsen in de positie van de familie.

Het zou slecht zijn als wij ongevraagd allerlei gegevens zouden krijgen, omdat bepaalde modellen of procedures veronderstellen dat de familievertrouwenspersoon in dossiers moet kunnen kijken zonder toestemming. Ik acht het belangrijk dat ook wij daarnaar kijken. Het andere punt is dat

wij moeten en willen investeren en dat we ook aan het investeren zijn in zo waterdicht mogelijke registratie- en informatiesystemen voor onszelf.

De **voorzitter**: Dank u wel. Mevrouw Bruins Slot voor de tweede ronde.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dank. Ik wil de gasten allemaal bedanken voor hun inbreng, maar ook voor wat zij ons schriftelijk al hebben toegestuurd. Ik wil nu voornamelijk nog ingaan op de onafhankelijke positie van de geneesheer-directeur en op vragen zoals of die onafhankelijkheid voldoende geborgd is in het wetsvoorstel en wat daaraan verbeterd kan worden. Ik wil die vraag stellen aan mevrouw Van der Hoeven en aan de heer Widdershoven. Zij hebben daar beiden in hun mondelinge, maar ook in hun schriftelijke inbreng al het nodige over gezegd. Voorts wil ik mevrouw Van der Wal vanuit haar positie als GGZ Nederland, als vertegenwoordiger van de instellingen, vragen om vanuit haar ervaringen een mening te geven over de positie van de geneesheer-directeur.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Wij maken een vrij groot punt van die onafhankelijkheid, omdat wij zien dat de geneesheer-directeur in het wetsvoorstel een heel centrale regierol krijgt. Hij krijgt veel meer taken erbij dan onder de huidige Wet BOPZ. Wij zien en horen dat gewezen directeuren zeggen dat zij onbevangen en onbevooroordeeld naar een cliënt en naar zijn situatie willen kijken. Daar spreken natuurlijk heel goede intenties uit. Wij zetten nu een wettelijk kader neer en daarin heb je waarborgen nodig voor de cliënt, zodat je ook kunt vertrouwen op het systeem. Het is lastig aan mijn achterban uit te leggen dat hij naar een geneesheer-directeur kan stappen die onafhankelijke gepositioneerd is, maar wel werkzaam binnen de instelling en dus in dienst bij een markt-partij die zorg en dwang in haar aanbod heeft en daar geld mee verdient. Dat is een heel lastige combinatie.

De heer **Widdershoven**: Ik kan mij daarbij aansluiten. Als je from scratch een nieuwe regeling zou bedenken, dan zou je hier niet op uitgekomen zijn. Men is hierop uitgekomen, omdat de commissie verplichte ggz niet meer kon. Dan ga je kijken wie het dan zou kunnen. Ik snap dat je dan bij de geneesheer-directeur uitkomt en ik snap ook dat je zegt: de raad van bestuur mag hem eigenlijk niets zeggen, want anders is hij niet onafhankelijk. Het blijft echter wrikken. In de huidige Wet BOPZ is het de officier van justitie die deze taken primair heeft. Die is zelfs lid van de rechterlijke macht en mag zijn eigen wegingen maken bij het bepalen of hij een machtiging doorzet of niet. Er is een soort hiaat in de onafhankelijkheid en ik weet eerlijk gezegd niet zo goed hoe je dat probleem zou kunnen oplossen. Op basis van deze wet mag de raad van bestuur niets meer zeggen tegen de geneesheer-directeur waar het gaat om zijn rol. Je mag je wel afvragen wie dat dan doet. Wie zegt dan: jij doet het niet goed? Normaal is dat de werkgever, maar die mag dat niet meer, maar er is niets parallel aan opgezet, behalve dat ze met elkaar moeten overleggen. Dat lijkt mij te weinig. Ik heb het idee dat er nog eens nagedacht moet worden over de vraag of we hem niet veel onafhankelijker willen maken. Dat kan bijvoorbeeld als hij benoemd wordt door het Ministerie en daaraan ook verantwoording moet afleggen. Of de inspectie moet anders worden opgetuigd. Dan moeten we niet volstaan met het halfzachte algemene inspectieartikel dat er nu staat. «De inspectie houdt toezicht», dat staat in elke wet, maar wij hebben het hier over een wetsvoorstel dat essentiële vrijheidsrechten raakt en daarom mag je hiervan meer verwachten. Een onderdeel van de taak van de inspectie is om er terdege op toe te zien dat die geneesheer-directeur zijn taak volbrengt zoals hij geacht wordt die te volbrengen en dat hij zich ook feitelijk niet laat afleiden door zorgen van zijn werkgever die hem niets meer mag zeggen.

Mevrouw **Van der Wal**: Aan mij de taak om hierop te reageren. Wij hebben nu ook geneesheer-directeuren in dienst, zou je kunnen zeggen. Die zijn nu ook al onafhankelijk voor een deel van hun taken, namelijk de taken die zij hebben ten opzichte van de BOPZ-patiënten. Het is goed om zich dat te realiseren. Ik ben bestuurder van een ggz, maar ik heb daarover niets in te brengen. Dat zou ik ook niet willen.

Als je hun huidige taken vergelijkt met de toekomstige taken, dan ligt er met het wegvallen van – als ik het zo mag zeggen – de commissie duidelijk een veel grotere taak, ook op het terrein van onafhankelijkheid. Wij denken als instellingen dat wij die onafhankelijkheid zo veel mogelijk kunnen garanderen door deze persoon bijvoorbeeld voor dit gedeelte van de taken van deze persoon – ik zal u zo meteen zeggen waarom ik dat zo zeg – te laten aanstellen door de raad van toezicht, die daar ook een toezichthoudende taak op heeft. Daarnaast kun je de inspectie toezicht laten houden op de manier waarop dit als systeem functioneert. Een alternatief zou zijn om onafhankelijke geneesheren-directeuren uit het veld te halen. Even los van de vraag of het kan, maar wij denken dat je bijvoorbeeld vrij gevestigde psychiaters deze taak zou kunnen laten doen. Daar zit in onze ogen een heel groot kwalitatief probleem aan vast. Het mooie aan deze wet is dat er heel veel tijd en aandacht aan preventie wordt besteed. Dat wil ik nogmaals benadrukken. Om goed preventief te kunnen optreden en dwang te voorkomen moet je goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden die in de vrijwillige zorg kunnen worden geboden. Wat is de staat van de vakteams? Welke mogelijkheden zijn er om iets te doen met Eigen Kracht-conferenties? Op dat terrein weten wij nu een en ander, maar er zal in de toekomst nog veel meer worden ontwikkeld. Als je het losmaakt, wordt die verbinding doorgehaald. Het is dus een kwestie van kiezen tussen twee kwaden. Ik snap dat cliënten graag willen dat iemand hen echt onafhankelijk beoordeelt. Dat was in een eerder wetsvoorstel duidelijker geregeld met die commissie, maar als wij de raad van toezicht betrekken bij de benoeming, dan zouden wij als instellingen verantwoording kunnen afleggen over de onafhankelijk en de professionaliteit van de geneesheer-directeur. Je zou dat vanuit hun vak kunnen doen met intervisie of kwaliteitstoetsing, zoals psychiaters dat nu al doen. Dan zou je dat kunnen garanderen, bijvoorbeeld naar de cliëntenraad van de instelling en anderen.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Het blijft voor mij onduidelijk. Wij zien een geneesheer-directeur graag onafhankelijk gepositioneerd worden. Vervolgens bedenken wij een ingewikkelde constructie om hem toch nog werkzaam te laten zijn bij een van de zorgaanbieders in de regio. In het licht van ambulantisering denk ik echter: plaats die geneesheer-directeur in de regio, waar hij zicht heeft op al die preventieve mogelijkheden, niet alleen bij zijn eigen werkgever maar ook bij andere werkgevers.

Mevrouw **Van der Wal**: Er zijn nu ook meerdere geneesheren-directeuren in die regio's. Je hebt bijvoorbeeld een geneesheer-directeur van de verslavingszorginstelling, een van de jeugdinstantie in de regio en een van de geïntegreerde ggz-instelling. Daar ongeveer zijn geneesheren-directeuren op dit moment werkzaam. Binnen een regio zal het volgende duidelijk moeten zijn. Als een geneesheer-directeur van een geïntegreerde ggz-instelling waar geen verslavingszorg wordt geboden, vindt dat een patiënt een behandeling nodig heeft binnen een verslavingszorginstelling, dan moet het mogelijk zijn dat de geneesheer-directeur dat kan opleggen aan een andere instelling. De instellingen zullen er dus voor moeten zorgen dat deze mens, deze geneesheer-directeur, in staat wordt gesteld om het werk als zodanig uit te voeren. Dat is naar mijn idee wel mogelijk. In grote gedeeltes van Nederland vindt het gros van het werk van de geïntegreerde instellingen thans al ambulant plaats en steeds minder klinisch. Daar zijn geen bedden meer en dat zullen er nog minder worden.

De heer **Widdershoven**: Ik herhaal het maar even: je zou het zo niet verzinnen als je «from scratch» zou mogen beginnen. Mijn buurvrouw zei: misschien is een benoeming door de raad van toezicht een idee. Dat is een idee, maar ik heb begrepen dat de governance code vervolgens uiterst ingewikkeld wordt. Dat geldt helemaal als het gaat om aansturing van de geneesheer-directeur in gevallen van minder goed functioneren. Ik hoorde ook: inspectietoezicht, toezicht op het systeem. Dat zou goed aanvullend zijn. Het gaat dan juist niet om systemisch toezicht. Ik wil concreet toezicht op de vraag of het spoort of niet.

Dat geldt straks idem voor de dwangtoepassingen. Volgens de huidige Wet BOPZ houdt de inspectie toezicht en controleert zij of dwangbehandelingen zorgvuldig hebben plaatsgevonden. Zo concreet wil ik het graag weer in de nieuwe wet hebben. Toen ik vanochtend de inspectie hoorde, kreeg ik het idee dat zij nog zoekende was over haar rol. Dat geeft niet gelijk vertrouwen. Ik vind dat de overheid als wetgever de inspectie moet aangeven wat voor type toezicht zij wil. Dan is het net te weinig om te volstaan met: de inspectie houdt toezicht. Eerlijk gezegd staat er niet veel meer dan dat in deze wet. Als de inspectie dus een rol krijgt, dan is dat niet om te bekijken of het systeem in een regio goed is opgezet. Nee, haar rol is om te bekijken of de geneesheer-directeur feitelijk zijn werk goed doet. Ik weet namelijk niet wie het anders kan doen. Maar dan nog zouden we moeten nadenken: is dit nu zoals we het willen? Dat heeft te maken met het volgende. We gaan nu waarschijnlijk weer twintig jaar doen met de nieuwe wet, en dat bouwwerk moet wel een beetje stáán. In ieder geval op dit gebied schuurt het een beetje.

De **voorzitter**: Helder. Dank u wel, mijnheer Widdershoven. Ik ga weer naar mevrouw Voortman van GroenLinks, voor de volgende ronde en een volgende vraag. Zij zit al erg te fronsen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ja, ik zat nog even na te denken over de positie van de geneesheer-directeur. Eerder was het voorstel namelijk om een aparte commissie in te stellen. Er is voor gekozen om toch het pakket van de geneesheer-directeur uit te breiden. Zeggen de aanwezigen nu dat een aparte commissie toch een beter idee zou zijn? Als ik die twee naast elkaar zet, kan ik me voorstellen dat er ook wel wat argumenten tegen zo'n aparte commissie zijn te bedenken.

De heer **Widdershoven**: Ik zal even kort reageren, omdat wij dit ook hebben aangegeven in onze brief. Wij vinden het jammer dat de commissie er niet meer is. Op dat construct was kritiek te geven, bijvoorbeeld over de verdubbeling van procedures. De kritiek was vooral dat het heel veel geld kostte. Ik heb namelijk het idee dat we, als we geen crisis hadden gehad, deze wet allang eerder hadden gehad, mét commissie. Daarvoor in de plaats komt nu de geneesheer-directeur en dat is een soort uitgekleden commissie die een onafhankelijkheidsprobleem heeft.

De **voorzitter**: Mevrouw Voortman, het is misschien goed om te zeggen dat vanmorgen heel uitvoerig over dit onderwerp is gesproken. Het komt nu weer terug, maar feit is dat niet is besloten tot die commissie. Dit is dus de situatie waarvan we uitgaan. Ik weet niet of het zin heeft om heel lang stil te staan bij de vraag of we toch niet de commissie zouden moeten hebben.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het staat ons natuurlijk vrij om amendementen in te dienen. Die vrijheid hebben wij, maar daarvoor heb ik wel input nodig.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Ik wil daar graag op reageren. Wij waren ook vrij bedroefd toen wij zagen dat de commissie uit de nota van wijziging was geschrapt. Wij waren ook voorstander van die commissie, om allerlei redenen. In de memorie van toelichting van 2010 stond bijvoorbeeld op pagina 95 waarom die commissie er moest komen. Dat was omdat de geneesheer-directeur een eigen belang kon hebben, bijvoorbeeld bij de beëindiging van de verplichte zorg. Dat was een van de redenen waarom wij heel graag wilden dat er een onafhankelijke commissie kwam die zou bestaan uit drie verschillende leden met ieder een eigen deskundigheid: een medische, inhoudelijke deskundigheid, een juridische deskundigheid en een deskundigheid vanuit cliënt-familieperspectief. Wij betreuren het dat dit in deze wet niet meer goed belegd is.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog iets vragen aan de heer Stavenuiter, die sprak over het boekje uit 1996. Hij zei dat er nu drie zaken zijn «opgelost», maar dat er nog een paar resten. Ik vraag hem om er nog twee of drie te noemen waarvan hij denkt: nu we toch bezig zijn ... We zijn al een paar jaar bezig, dus misschien kunnen we er nog een paar hordes bij nemen.

De heer **Stavenuiter**: Dank voor de vraag. Ik heb goed nieuws: bijna alle aanbevelingen zijn inmiddels doorgevoerd. De enige aanbeveling waarop we toen heel erg focusten en die uiteindelijk nooit is doorgevoerd, ging over het feit dat er in de oorspronkelijke Wet BOPZ een aparte categorie was voor mensen die dementerend waren.

Wij zeiden toen dat er meer van zulke categorieën in de wet omschreven waren: duidelijk afgebakende groepen die je op een bepaalde manier het beste kunt bedienen. Volgens ons was de politiek echter de groep psychotische mensen zonder ziekte-inzicht vergeten. Daar valt heel veel over te doen. Wij denken dat ook die categorie met de wet die er nu ligt behoorlijk goed bediend kan worden. Ik blijf me wel zorgen maken over de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat de rechtszekerheid voor die groep gewaarborgd wordt. Het gaat immers wel over vrijheidsbeneming. Dat is vanmorgen ook ter sprake gekomen. Toen viel mij op hoe volkomen visieloos de reactie van de inspectie was op nota bene hun eigen taak of potentiële taak. Ik heb niets gehoord over de manier waarop zij dat wil borgen, terwijl dat heel belangrijk is. Vanuit het standpunt van de familie denk ik dat ik blij moet zijn met deze wet en zijn we een stuk verder gekomen. Als je echter die andere kant niet goed borgt, dan zitten we hier over achttien jaar weer.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dat is precies het punt waarop ik door wilde gaan. In het tweede blok hebben we de inspectie inderdaad aan de tand gevoeld over haar visie op het toezicht op de thuissituatie. Ik zou graag willen weten hoe jullie hierover denken. Hoe zou dat concreet door de inspectie ingevuld moeten worden? We hebben het ook over privacy gehad. Kijken achter de voordeur is theoretisch. Ik heb al enigszins kennis mogen nemen van jullie opvattingen over de privacywaarborgen in deze wet. Daar zou ik graag ideeën over willen horen.

De **voorzitter**: Aan wie vraagt u dat?

De heer **Kuzu** (PvdA): Aan wie zich geroepen voelt.

De **voorzitter**: Dat geldt voor iedereen denk ik.

De heer **Widdershoven**: Wij hebben hieraan in de position paper een regel gewijd: «Het is van belang dat de inspectie op gezette tijden ook feitelijke dwangtoepassingen op rechtmatigheid toetst. De wettelijke

regeling zou ten minste een dergelijke norm mogen bevatten. «Dat ligt in het verlengde van de huidige BOPZ. Daarin toetst de inspectie dwangbehandelingen. De officier van justitie wordt geacht te toetsen of in de kliniek vrijheidsbeperkende maatregelen rechtmatig plaatsvinden. Dat is allemaal weg. De officier van justitie heeft ook amper nog een rol. Ik wil niet dat er in de wet wordt volstaan met «de inspectie houdt toezicht». Ik wil iets concreets, bijvoorbeeld dat er op gezette tijden getoetst wordt op de rechtmatigheid van feitelijke dwangtoepassingen. Dan geef je de inspectie nog steeds de ruimte om daar beleid op te maken en om aan te geven hoe zij dat wil vormgeven. De politiek kan daar dan weer op reageren als het te weinig of te onduidelijk is. Maar dan hebben we in ieder geval iets waarop de inspectie af te rekenen is. Nu is het zo algemeen gelaten dat ze, naar mijn idee, eigenlijk niets hoeft te doen om toch nog te voldoen aan die kreet. Het gaat mij dus om de feitelijke dwangtoepassingen met accenten op hoe het zit achter de voordeur. Een deel van de zorgvuldigheid zal te vinden zijn in de multidisciplinaire richtlijn, bijvoorbeeld of een hulpverlener ergens alleen heen gaat of iemand meeneemt. We hebben het mooi geregeld wat betreft de besluitvorming, maar we moeten ook weten hoe de feitelijke toepassing verloopt. Dat is van groot belang.

Eveneens van belang is – volgens mij zei de heer Zuiderhoudt dat vanochtend ook – de huidige tekst uit de Wet BOPZ over het gebruikmaken van het klachtrecht door de patiënt. Is hij daartoe in staat? Als hij daar niet toe in staat is, zal hij ook niet zo gauw een patiëntenvertrouwenspersoon weten te vinden. Dat zijn potentiële blinde vlekken, terwijl dat ook signalen kunnen zijn voor de inspectie om ergens op af te gaan. Ik wil de inspectie er echt op af laten gaan. Dat betekent niet dat de inspectie met ieder huisbezoek mee moet gaan, maar er moet een visie op ontwikkeld worden. Daar moeten we ons bij kunnen aansluiten. Wat is voldoende en bij welke signalen moet de inspectie nog een tandje bijzetten?

Mevrouw **Van der Wal**: Als we mogen invullen wat de inspectie zou moeten hebben bedacht ... Op zichzelf zou de inspectie het middel van thematisch toezicht kunnen gebruiken om een instelling die gekwalificeerd is om de Wet verplichte ggz uit te voeren in het totaal te bezoeken, net als bij andere thema's. Nu wordt er ook door de inspectie getoetst op de dwangbehandelingen. De inspectie komt af en toe langs en vist er als het ware een aantal dwangbehandelingen uit die zij helemaal naloopt en zo mogelijk met de patiënt bespreekt. Ik denk dat je dat in een ambulante situatie ook kunt doen. De inspectie kan ook gewoon bij iemand thuis langsgaan en bekijken of iemand voldoende geïnformeerd is over zijn klachtrecht en bekijken hoe alles is gelopen. Dan doe je als het ware een inspectieaudit over het systeem. Je hoeft ze niet allemaal te toetsen – dat is onmogelijk – maar bij een paar krijgt een inspectie met haar deskundigheid toch een beeld of het goed geregeld is.

De heer **Stavenuiter**: Ik heb een korte aanvulling daarop. De inspectie zei vanmorgen dat het iedereen vrij staat om een klacht in te dienen en zei daarna «dan reageren we ook nog». Hoe de inspectie dan reageert, is in ieder geval in dat antwoord onduidelijk gebleven. Ik weet wat het antwoord is, namelijk: sorry, maar wij reageren niet op individuele klachten. Dat heeft de inspectie namelijk niet meegekregen als taak. Dat moet de Kamer zich wel realiseren als zij zegt te willen waarborgen dat het goed gaat. Als de Kamer daarin een rol voor de inspectie ziet, zijn de suggesties van mijn twee voorgangers wat mij betreft bijzonder waardevol. Houd er echter rekening mee dat als de inspectie niet kan reageren op individuele situaties die onwenselijk zijn, zij eigenlijk niets kan.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Mag ik een korte aanvulling geven? In artikel 8.25 staat dat de zorgaanbieder een digitaal register bijhoudt van de verplichte zorg, mede ten behoeve van de inspectie. Daaronder staat een hele rits van zaken die daarin moeten worden opgenomen, dus dat is in ieder geval een aanknopingspunt voor de inspectie om bij aan te sluiten. Het begin lijkt me niet zo moeilijk, laat ik het zo zeggen.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Volgens mij heeft de inspectie op basis van de wet genoeg aan één keer per halfjaar een overzicht van alle dwangtoepassingen. Dat lijkt mij volstrekt onvoldoende, waar het in de BOPZ nu in ieder geval één keer per maand is. Er is nu veel meer individueel toezicht. Ik hoorde de heer Zuyderhoudt vanochtend zeggen dat de inspectie met een Gazelle kwam. Ik zou dus zeggen: koop gewoon nog een stuk of wat Gazellefietsen en laat de inspectie vooral aanbellen!

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ik zei ook niet dat dit het enige was, maar dat het een beginpunt was.

De heer **Vriens**: Ik denk dat het wel duidelijk is dat de ggz-aanbieder veel concreter zal moeten uitwerken hoe hij in ambulante situaties de dwang gaat uitvoeren. Anders is het zonder meer duidelijk dat de gevolgen van deze wet bij familie en omstanders terechtkomen, die dan maar moeten uitzoeken hoe het zit. Er is een mogelijkheid om patiëntvertrouwenspersonen te vragen om signalen af te geven over kwaliteit en om het aan cliënten- en familieorganisaties te vragen. Werk dan een model uit en doe dat samen met de inspectie. Probeer tot een model te komen waarin je inderdaad op die plek achter de voordeur kunt zijn, zodat je goed geïnformeerd kunt meekijken. Wellicht kan dat met flitsonderzoeken. Duidelijk is dat het veel meer moet worden geconcretiseerd dan nu het geval is. Anders leggen we de rekening neer bij de familie en de cliënt zelf.

De **voorzitter**: Hebt u nog een nabrander, mijnheer Widdershoven?

De heer **Widdershoven**: Ik ben het eens met wat ik allemaal hoor. Ik heb daar eigenlijk niets aan toe te voegen. Uiteindelijk vindt iedereen hier dat het toezicht door de inspectie moet worden geïntensiveerd. Ook Stichting PVP moet daarbij een rol hebben, hoewel niet bij het inspectietoezicht zelf. Wij hebben een signalerende taak en wij weten de inspectie ook te vinden. Het gaat erom dat in de regeling zelf iets nadrukkelijker wordt aangegeven wat we van de inspectie willen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb een vraag aan het Landelijk Platform GGz en GGZ Nederland over de positie van gemeenten. Daarover wordt veel gesproken, ook in het kader van andere wetgevings-trajecten en de grote decentralisatie. Wellicht kunt u een reflectie geven op de positie van gemeenten en de samenwerking met gemeenten.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Wij hebben in het wetsvoorstel gelezen dat de gemeente een centrale rol krijgt bij het invullen van de randvoorwaarden. We hebben te maken met een wet die vrijheidsbeperkingen mogelijk maakt. Daar staat een grote verantwoordelijkheid tegenover, namelijk om het wederkerigheidsprincipe echt handen en voeten te geven. We zien dat gemeenten straks allerlei randvoorwaarden moeten leveren, maar tegelijkertijd een beleidsvrijheid hebben om dit zelf in te vullen.

Wij vinden dat in het kader van deze wet en deze dwangwet echt te vrijblijvend. Wij vragen de wetgever om daarbij met meer sturing te

bepalen wat de gemeenten moeten leveren. Ik heb het daarbij eerder over een resultaatsverplichting dan over een inspanningsverplichting.

Mevrouw **Van der Wal**: Ik kan mij makkelijk bij mevrouw Van der Hoeven aansluiten. De zorg is inderdaad dat het geen resultaten oplevert waarmee het wederkerigheidsprincipe zoals dat in de wet beschreven staat, vervuld kan worden. Ik wil daaraan nog toevoegen dat dit ook geldt voor de zorgverzekeraars. Zij moeten in feite ook randvoorwaarden leveren om met name in het preventieve stuk van deze wet een aandeel te hebben, ook wanneer die uitgevoerd gaat worden. Zij zijn niet beschreven. Ook zijn zij er niet bij betrokken.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik stel een vraag die ik vanmorgen ook in beide rondjes heb gesteld. Ik wil bij de heer Vriens beginnen. Biedt deze wet voldoende waarborgen dat patiënten hun recht kunnen halen op het moment dat zij ten onrechte onder dwang zijn geplaatst? Hoe kunnen wij beter waarborgen dat het geen seconde langer is dan noodzakelijk? Hebt u daarvoor een oplossing? Is er in de procedure om te komen tot een dwangopname voldoende ruimte?

De heer **Vriens**: Wij zien in de procedure van de wet een heel gedegen constructie ten aanzien waarvan is nagedacht over de vraag hoe de gedwongen zorg zo goed mogelijk tot stand kan komen. Daarover is dus nagedacht. Wij constateerden net dat daaraan een paar elementen ontbreken, zoals inderdaad toezicht van de inspectie. Ook denk ik dat je daarvoor moet kijken naar zaken zoals de positie van de geneesheer-directeur. Zoals wij constateerden, zijn dat heikele punten. Daardoor kun je je afvragen of de dwang echt geen seconde langer duurt, of die echt toegesneden is op mijn situatie en of die onmiddellijk wordt opgeheven als het niet meer nodig is. Ik kan daar niet voor instaan. Wel zie ik dat dit in de basis van de wet zo nauwkeurig mogelijk gedaan is, maar door bepaalde voorwaarden weg te halen, namelijk onafhankelijkheid en inspectie, zul je een zeer matig toezicht hebben op de dingen die de heer Van Veen vraagt.

De heer **Van Veen** (VVD): Wij hebben het over de patiëntvertrouwenspersoon gehad in de procedure. Is die voldoende geborgd? Is zo'n patiëntvertrouwenspersoon straks in staat om mede te beoordelen of er sprake is van rechtmatigheid, ja of nee?

De heer **Vriens**: Ik stel voor dat ik die vraag aan de Stichting PVP overlaat.

De heer **Widdershoven**: Mag ik eerst iets in het algemeen zeggen? Het punt van de heer Van Veen is dat er niet meer dwang dan nodig moet worden toegepast. Het belangrijkste punt van de hele wet is ook dat er niet meer dwang dan nodig moet worden toegepast en dat men moet stoppen als het kan.

Ik wil toch nog even overschakelen op de huidige geneesheer-directeur. Als wij vandaag de dag bekijken wat er gebeurt bij het beëindigen van dwang, zien wij dat machtigingen aflopen en dat er geen nieuwe machtiging wordt aangevraagd. Dat is de standaardmanier waarop cliënten en patiënten van hun machtiging verlost raken. Soms krijgen zij ook voortijdig ontslag. Dat is dan fantastisch. Op het moment dat een machtiging eindigt, er geen nieuwe machtiging wordt aangevraagd en de betrokkene onvrijwillig in de instelling blijft, is het heel opvallend dat de dwang er juist op dat punt af kan en niet een week eerder.

Het blijft altijd een beetje moeilijk. Het geeft wel aan dat een deel van de zorg, ook bij de derde evaluatiecommissie, gaat over het geven van de

bevoegdheid aan de geneesheer-directeur om de machtiging te beëindigen. Daar moet je vreselijk alert op zijn. Vergeleken met de huidige situatie komt de patiëntenvertrouwenspersoon veel eerder in het traject aan bod. Hij wordt erbij gehaald bij het opstellen van de zorgkaart en anderszins. Nu komt hij pas aan bod als de machtigingen er zijn. In dat traject is er naar ons idee winst. Dat geldt met name voor het naar voren brengen van de stem van de cliënt. Het oordeel over de vraag of dwang rechtmatig plaatsvindt, matigt de patiëntenvertrouwenspersoon zich niet aan. Hij is immers een partijdige ondersteuner en neemt in zekere zin de rol van advocaat aan gaande dat traject van dwang en bij de tenuitvoerlegging van dwang. Dat laat onverlet dat wij een signalerende functie hebben als wij structurele tekortkomingen zien. Die kunnen met name betrekking hebben op onrechtmatig handelen. Die functie hebben we nu, maar straks is zij in de wet verankerd. Dat vinden wij een groot goed.

Ik kan het niet laten om te benadrukken wat eerder in dit gesprek werd gezegd, namelijk dat er in de wet opeens een patiëntenvertrouwenspersoon is terwijl aan hem geen kwaliteitseisen worden gesteld. Gaande het traject werd het duidelijk dat het gaat om de patiëntenvertrouwenspersoon zoals die er nu is, maar dat blijkt nergens uit. De patiëntenvertrouwenspersoon is onafhankelijk, maar de geneesheer-directeur is opeens ook onafhankelijk. Zo zou je straks nog kunnen zeggen dat de patiëntenvertrouwenspersoon in dienst kan bij de instelling, aangezien iedereen onafhankelijk is. Wij zien graag dat in een AMvB kwaliteitseisen voor patiëntenvertrouwenspersonen worden opgenomen. Daarin zien wij ook graag de statuut van Stichting PVP bevestigd worden. Wij menen dat wij borg mogen staan voor kwalitatief goed patiëntenvertrouwenswerk.

De **voorzitter**: Ik denk dat dit een heel goede aanvullende opmerking is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Aan het begin van zijn introductie ging de heer Widdershoven in op wilsbekwame en wilsonbekwame wensen van betrokkenen. Zijn pleidooi is dat het van belang is dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd wordt als dat alleen gevaar voor de cliënt oplevert. Mijn vraag is of hij dit nog iets meer wil toelichten. Kan hij twee concrete voorbeelden geven van gevallen waarin wat hem betreft het wilsbekwaam verzet gehonoreerd zou moeten worden? Ik zou ook graag mevrouw Van Hamersveld op dit punt willen horen en mevrouw Van der Hoeven, als zij daar iets over wil zeggen.

De heer **Widdershoven**: Het punt van het wilsbekwaam verzet is een theoretisch probleem met praktische consequenties. De derde evaluatiecommissie zei dat dit eigenlijk niet helemaal mooi geregeld is in de Wet BOPZ. De aard van het verzet speelt geen rol. Het doet er eigenlijk niet toe of iemand kan overzien of hij al dan niet behandeling of opname wil. Het idee was dat dit een gemis is. We hebben anderhalf jaar geleden de thematische wetsevaluatie wilsbekwaamheid gehad. Daarbij werd gezegd dat wilsbekwaamheid in zekere zin een sleutelbegrip zou moeten zijn in deze regeling. Het College voor de Rechten van de Mens heeft iets soortgelijks gemeld.

Het gaat erom dat we de psychiatrische patiënt niet op achterstand willen plaatsen via zo'n regeling ten opzichte van wat we in de gezondheidszorg gebruikelijk vinden. Nu doen we dit sowieso al. Het preventief optreden dat hier aan de orde is en dat tot dwang leidt, is van een eigen aard en is op andere gebieden absoluut niet mogelijk. We zeggen dan dat betrokkene niet vrij is in het gevaarzettend gedrag door zijn stoornis. Zijn stoornis bepaalt dat hij niet anders kan handelen. Daarin vinden we de legitimatie voor dit type wetgeving. Daar zou het volgende bij moeten horen; dat is althans de gedachte en ik meen dat dit ook zo zou moeten. Als iemand dat complex kan overzien, dus weet dat hij gevaarlijk is ten

gevolge van een stoornis, hij daar toch zijn keuze in wil bepalen en het gevaar dat dreigt alleen hemzelf aangaat, dan moet je hem die vrijheid laten. Er is geprobeerd om iets in die sfeer op te nemen in deze wet, maar dat is nu net op een totaal onhandige manier gebeurd. Ik kan het niet anders zeggen. Er staat eigenlijk: wilsonbekwaam verzet boeit ons niet meer. Wilsonbekwaam verzet is echter essentieel. Het gaat erom dat je dwang toepast, dus natuurlijk weeg je dat mee. Het is zelfs bepalend voor het subsidiariteitsbeginsel. Of we iets doen met het wilsbekwaam verzet, zal blijken uit de zorgmachtiging, staat in de toelichting.

Nee, het zou andersom moeten zijn. Of iemand al dan niet wilsbekwaam is en in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen op dit punt, zou voor de rechter de grens moeten zijn bij de vraag of hij dwang geëigend vindt als het gaat om gevaar voor die persoon zelf. Dat kan op vele manieren. Iemand die manisch-depressief is, wordt op dat moment gestuurd door de stoornis in zijn gevoel en gedrag. Het is mogelijk dat hij dat complex kan overzien. Het kan zijn dat hij zegt dat hij evengoed geen zin meer heeft in medicatie, omdat die hem zo enorm afvlakt en dat het zo niet hoeft voor hem. Als dat alles wordt gewogen en als men dan vindt dat dit voldoende overeenstemt met een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, zou het voor de samenleving hands-off moeten zijn. Dat is de gedachte.

Mevrouw **Van der Hoeven**: Ik kan mij daar helemaal in vinden. Dit is ook in lijn met wat het college aangeeft in het kader van het VN-verdrag voor rechten van mensen met een beperking. Het college vraagt zich in een reactie daarop af waarom een wilsbekwame zonder beperking niet tegen zichzelf hoeft te worden beschermd en een wilsbekwame met een beperking wel tegen zichzelf zou moeten worden beschermd. Ik kan mij dus eigenlijk volledig vinden in het commentaar van het college en van de Stichting PVP.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Ik wil graag reageren. Ik vind dit een heel moeilijk punt. De stelling is dat wij niet tegen de zin in van een persoon die bijvoorbeeld psychotisch, maar wel wilsbekwaam is en dus overziet wat dit met zich brengt aan gevaar voor hemzelf, bepaalde dwanginterventies moeten gaan doen. Heb ik de andere sprekers zo goed begrepen?

De heer **Widdershoven**: Ja, maar ik zou niet het voorbeeld van de acute psychose willen nemen.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Nee, want dan zie je het helemaal niet meer, geloof ik. Er wordt nu gezegd dat het om schade aan de cliënt alleen gaat. Dan gaat het bijvoorbeeld om gevaar voor zijn leven. Ik denk echter aan de mensen om die persoon heen. Dit is misschien een vorm van vloeken in de kerk in dit gezelschap, maar er is ook nog een familie. Het belang van de familie wordt voor de ondersteuning, het supporten, van de cliënt heel zwaar gewogen. Ik vraag nu aandacht voor wat het met de familie doet – laat ik het maar heel subtiel benoemen – als iemand zichzelf iets aandoet. Hetzelfde geldt voor hulpverleners. Binnen onze instelling heeft iemand zich voor de ogen van twee hulpverleners zelf opgehangen. Wat betekent dit voor hen?

De heer **Widdershoven**: Het is altijd mogelijk om traumatische casuïstiek te verzinnen.

Mevrouw **Van Hamersveld**: Hier wil ik tegen protesteren, want dit is niet verzonnen.

De heer **Widdershoven**: Nee, natuurlijk is dat niet verzonnen, maar het verwijzen naar casuïstiek helpt soms de algemene regel niet veel verder. Dat is wat ik wil zeggen. Als het gaat om wilsbekwame wensen van burgers in dit land, is de positie van de familie nooit bepalend en dat zou deze hier ook niet moeten zijn. Dat is de insteek. Familie vindt allerhande keuzes van hun naasten vaak dramatisch, maar dat is geen reden om overheidsdwang in te zetten om die onmogelijk te maken. Het is evident dat het vaak om drama's gaat en dat je daarmee prudent moet omgaan. Ik zei al dat het deels een theoretische exercitie is, maar met een grote praktische impact. Die theoretische exercitie is wel van belang, omdat je anders de psychiatrische patiënt apart zet van alle andere burgers. Daarvoor kun je eigenlijk geen goede rechtvaardiging vinden. Als iemand kan overzien wat zijn acties teweegbrengen, ook als het gaat om acties die hij zelf niet anders kan sturen, dan heb je hem daarin vrij te laten. Het is vast zo dat het voor de omgeving en voor de betrokkene zelf tot drama's kan leiden, maar dat is niet voldoende grond om te zeggen: daarom doen we het anders en passen we in dat soort situaties dwang toe.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot heeft wel wat losgemaakt met haar laatste vraag. Ik had dezelfde vraag in voorbereiding, dus ik vind het mooi dat deze nog even aan de orde is geweest. Ik zal geen vragen meer stellen, want onze tijd zit erop. Ik dank onze gasten heel hartelijk voor hun toelichting. Ik vind dat we echt een verdieping hebben gekregen van de noodzaak van deze wet en datgene wat nog niet goed is geregeld. Hartelijk dank daarvoor. We zullen dat allemaal meenemen. Ik wens u een goede reis terug naar huis. Ik dank de collega's en het publiek ook voor hun aanwezigheid.

Sluiting 15.32 uur.