

Kox

CDA-afdeling aldaar. Landelijk was hij vanaf september 1983 lid van het dagelijks bestuur van het CDA en vicevoorzitter van het regionaal bestuur in Overijssel.

In de Eerste Kamer was Kiers woordvoerder volkshuisvesting en financiën. In het parlement bleek zijn nauwe betrokkenheid bij het wel en wee van het midden- en kleinbedrijf onder andere in zijn maidenspeech bij de behandeling van een aantal wetten over inkomsten-, omzet- en accijnsbelasting op 13 december 1983, waarin hij de lastendruk vanwege de toen noodzakelijke bezuinigingen zo veel mogelijk via de indirecte belastingen wilde regelen in plaats van via de directe belastingen. Dat zou ook het midden- en kleinbedrijf minder zwaar belasten.

De kruidenierszoon stond niet alleen in politieke kringen pal voor het belang van het midden- en kleinbedrijf. Zo was hij lid van het bestuur van het Nederlands Christelijk Werkgeversverbond. Ook internationaal kwam zijn zienswijze tot uitdrukking. Aan het einde van zijn werkzame leven bekleedde hij het voorzitterschap van The European Union of Small and Medium Sized Companies.

Ko Kiers was Ridder in de Orde van Oranje-Nassau.

De Eerste Kamer herdenkt deze oud-collega in dankbaarheid. Ik hoop dat deze herinnering een steun is voor zijn familie bij het verwerken van haar verdriet.

Ik verzoek u om een moment van stilte.

(De aanwezigen nemen enkele ogenblikken stilte in acht.)

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Voorzitter: Jurgens

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (zelfbinding) (28283).**

De **voorzitter**: Ik heet de minister van Volksgezondheid van harte welkom in ons midden. De minister van Justitie was al in ons midden en is nu dus even welkom.

De beraadslaging wordt geopend.

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Allereerst zou ik beide bewindslieden hartelijk willen bedanken voor de gegeven uitvoerige antwoorden. Ook de reactie op de brief van GGZ Nederland en de NVvP is verhelderend. Voor mijn fractie blijft wel de vraag of dit wetsvoorstel ook effectief is.

Laat ik vooropstellen dat mijn fractie geheel achter de doelstellingen van dit wetsvoorstel staat, en de mogelijkheid van zelfbinding als een belangrijk instrument ziet bij de behandeling van sommige patiënten voor wie het lijden kan worden verminderd en sociale teloorgang kan worden voorkomen. Ook geeft dit wetsvoorstel een duidelijke positie aan de patiënt. Het is de patiënt zelf die op grond van ervaring, eigen inzicht en eigen wil meebeslist over de in te stellen behandeling. Er wordt niet meer alleen over de patiënt gesproken, neen, de patiënt zelf is actor en dat is een vooruitgang. Geen twijfel dus over de doelstelling van de wet, ook niet over

de inhoud van de wet, maar wel over de effectiviteit van de wet. Is dit wetsvoorstel wel een reële optie en zal er daadwerkelijk gebruik van worden gemaakt, of is de wet meer een symbol voor de positie die wij de patiënt allen toedenken?

Juist omdat dit voorstel de positie van de patiënt zozeer raakt, is het van belang dat het hier niet alleen om het woord gaat, maar ook om de daad. De reacties van hen die met de inhoud van dit wetsontwerp aan het werk moeten gaan, stemmen somber. Zij zien de waarde van het voorstel meer in de symbolische bevestiging van de rol van de patiënt dan in de bruikbaarheid ervan. Alleen op die titel wordt gepleit voor aanneming van dit wetsvoorstel. Wij vragen ons af of het juist is om alleen ter bevestiging van de autonomie van de patiënt een symbolisch gebaar te maken. Zou hier, waar het gaat om de positie van de patiënt, niet juist een feitelijke verbetering moeten worden gerealiseerd? Wordt de teleurstelling later niet des te groter als blijkt dat de symbolische verbetering geen werkelijke betekenis heeft gehad?

Een belangrijke vraag is daarom of de Wet BOPZ het juiste middel is om het gewenste doel te bereiken. De Wet BOPZ was en is allereerst een wet die gericht is op de bescherming van de patiënt en de samenleving, het is geen wet die gericht is op de behandeling van patiënten. In de loop der tijd is de opvatting over de wenselijke balans tussen de inbreuk op de autonomie en het onverkort beschermen van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt gewijzigd. De wet kan daaraan worden aangepast, maar daarmee verandert de structuur van de wet nog niet. De vraag is of de opzet van de wet niet beperkend heeft gewerkt bij het ontwerpen van dit wetsvoorstel en de advisering daarover. Zo wordt in het advies van de Raad voor de rechtspraak gerefereerd aan de uitgangspunten voor vrijheidsberoving. Logisch, omdat de Wet BOPZ uitgaat van het gevaar dat kan worden afgewend middels vrijheidsberoving. Bij de zelfbinding gaat het om de opname ter bevordering van de continuïteit van de behandeling. Het uitgangspunt is dan toch heel anders.

De patiënt handelt bij de zelfbinding op grond van ervaring met zijn ziekte en heeft ziekte-inzicht. Verder maakt hij zelf de keuze om zichzelf, indien zich een van te voren aangegeven situatie voordoet, van enkele vrijheden te beroven gedurende een omschreven periode. Ook heeft de patiënt door zijn of haar ervaring inzicht in de consequenties die dit voor hem of haar zal hebben. Het startpunt van deze vorm van ingrijpen ligt in de relatie tussen patiënt en behandelaar. Beiden delen de opvatting dat ingrijpen onder bepaalde omstandigheden gewenst is. De situatie waarin wordt ingegrepen, is een situatie die redelijk precies is te omschrijven en past in het verloop van een ziekte zoals die in de wetenschappelijke literatuur omschreven wordt. Bovendien kan een onafhankelijke psychiater constateren dat zowel het ziektebeeld als het verloop van de ziekte met de uit de psychiatrie bekende gegevens overeenkomt. Verder moet de dwang duidelijk geplaatst kunnen worden in de voortzetting van de behandeling.

Voorzitter. Dit is toch een geheel andere setting dan waarin bij de Wet BOPZ sprake is. De vraag aan de bewindslieden is nu of zij, los van de beoordeling van het voorliggende wetsontwerp, de mening delen dat een wet die gericht is op behandeling een betere context zou kunnen bieden voor het regelen van de zelfbeschikking.

Hamel

Leidt de ophanging van de zelfbeschikking aan dit wetsvoorstel niet automatisch tot beperkingen die in de context van een behandelwet veel gemakkelijker te plaatsen zouden zijn?

Het grootste probleem voor de effectiviteit van het wetsvoorstel is de procedure die moet worden gevolgd voor het effectueren van de dwang. Naar alle waarschijnlijkheid zal deze procedure als uitkomst hebben dat het beoogde effect niet te realiseren is. Het traject dat moet worden doorlopen voor het afgeven van een machtiging, vereist immers een verklaring van zowel de behandelend psychiater als van een onafhankelijke psychiater. Vervolgens moet het verzoek tot machtiging naar de officier van justitie worden gestuurd, die op zijn beurt de rechter zal verzoeken, een zelfbindingsmachtiging af te geven.

Zelfs als de procedure snel verloopt, zal er minstens een week voorbij zijn gegaan, voordat er sprake kan zijn van gedwongen opname of behandeling. Dat is te lang. Met andere woorden: er wordt een zeer zorgvuldige procedure gevolgd, waarbij het de vraag is of de uitkomst daarvan wel zo zorgvuldig is voor de patiënt. Het is toch zeker de patiënt zelf die heeft aangegeven dat hij weet dat er momenten zijn waarop zijn waardering voor de behandeling contrair is aan de mogelijkheden, maar dat die behandeling toch door moet gaan? Op deze momenten is de continuïteit van de behandeling essentieel om het doel te bereiken en daarmee een verbetering van de kwaliteit van leven te bewerkstelligen.

De momenten dat een patiënt zijn wilsbekwaamheid verliest, duren soms maar kort. Maar wanneer een patiënt tijdens een dergelijk moment besluit om zijn medicatie te staken, kan dat eerder behaalde resultaten geheel tenietdoen. Het is ook denkbaar dat iemand tijdens een wilsonbekwaam moment weigert te eten of te drinken. Wanneer iemand besluit om niet meer te eten, is er nog geen gevaar voor de patiënt in kwestie. Maar een week wachttijd is dan wel veel te lang. Veel artsen zullen dan alsnog een inbewaringstelling aanvragen. Zelfbinding zal in zulke gevallen dus niet het gewenste effect hebben.

In reactie op GGZ Nederland stellen de bewindslieden dat er voldoende tijd is om de procedure te doorlopen. Zij stellen zelfs dat het instrument van de zelfbinding niet goed wordt ingezet als er onvoldoende tijd is. Deze reactie van de bewindslieden roept de vraag op wat de zin van het wetsontwerp dan nog is. Situaties waarin zelfbinding een zinvol middel is, worden immers juist gekenmerkt door snelle veranderingen. Een ander aspect is dat gedwongen opname lang niet altijd noodzakelijk is bij patiënten voor wie zelfbinding zinvol is. Vaak kan via de ambulante psychiatrie op een zinvolle wijze vormgegeven worden aan de dwang.

Waarom is niet gekozen voor een model, waarmee snel op de in de zelfbinding omschreven situatie kan worden gereageerd? Daarbij ga ik er vanuit dat in de zelfbindingsverklaring vrij helder kan worden omschreven wanneer ingegrepen mag worden. Verder zal geëist moeten worden dat uit wetenschappelijke literatuur bekend is dat deze situatie bij het ziektebeeld hoort en een ernstige belemmering is voor een zinvolle behandeling.

Waarom is er niet voor gekozen om de zelfbindingsverklaring direct na het opstellen ervan voor te leggen aan de rechter? Hij kan zich er dan van vergewissen dat de patiënt uit vrije wil handelt, de voorwaarden voor

opname kent en zich realiseert wat de consequenties zijn van het handelen zoals dat in de verklaring is opgenomen. Tevens kan de patiënt dan zelf aangeven wat zijn motivatie is om te komen tot een zelfbindingsverklaring. Dat hoeft dan niet langer door een derde bij de rechter te worden gedaan. Als voorwaarde voor de effectivering van de dwang kan de eis worden gesteld dat een onafhankelijke psychiater een verklaring moet afgeven. De rechter kan daardoor later eventueel alsnog oordelen over de juistheid van de opname of de behandeling. Door rechterlijke toetsing vooraf en het inschakelen van een deskundige derde wordt het mogelijk om snel te handelen.

Bovendien zijn beide elementen uit deze oplossing terug te vinden in – u hoort het goed – de Wet BOPZ zelf. De voorwaardelijke machtiging uit artikel 14 kent immers ook een rechterlijke toetsing vooraf, dus voordat de gedwongen opname actueel wordt. Ook wordt geoordeeld aan de hand van een verklaring van een psychiater die niet bij de behandeling betrokken is. Een andere overeenkomst is dat de voorwaardelijke machtiging alleen wordt verleend als er een behandelplan is. Daarbij wordt ook vermeld welk psychiatrisch ziekenhuis bereid is om de patiënt zo nodig op te nemen. De voorwaardelijke machtiging kan door de patiënt zelf worden aangevraagd.

De patiënt vraagt niet om zelfbinding om een direct gevaar weg te nemen, maar om een door hem en zijn behandelaar gesignaleerd dreigend gevaar te voorkomen. Waarom is niet voor deze weg gekozen? De effectiviteit van de wet neemt hierdoor immers aanzienlijk toe. Waarom is deze mogelijkheid terzijde geschoven met het argument dat de bureaucratie hierdoor alleen maar toeneemt?

Het was ook mogelijk om aan te sluiten bij de ibs. De zelfbinding zou daarbij dan als een rechtvaardigingsgrond kunnen dienen. Dat is een stuk eleganter dan de vermoedelijk toekomstige praktijk dat omwille van de tijd toch een ibs wordt uitgeschreven voor de in de zelfbindingsverklaringen aangegeven situaties. Het zou bovendien eleganter zijn, omdat de zelfbinding dan is gebaseerd op de gedeelde inzichten van behandelaar en patiënt. Als een behandelaar kiest voor het middel van de ibs, is er sprake van een breuk in de relatie tussen hen beiden, want dan wordt weer op grond van de dreigende gevaarssituatie ingegrepen en niet op grond van de zelfbindingsverklaring. De mogelijkheid om een ibs te baseren op de afspraken in een zelfbindingsverklaring, zou het voordeel hebben van zowel het gedeelde inzicht als van snelheid. Waarom is hier niet voor gekozen?

In de memorie van antwoord staat dat het niet zo gemakkelijk is voor de patiënt om terug te komen op de afspraken uit de zelfbindingsverklaring. Voor de ontbinding is immers ook het oordeel van een onafhankelijke psychiater nodig, want hij dient vast te stellen of betrokkene in staat is om de inhoud en de gevolgen van de intrekking te overzien. Dit kost ook weer enige tijd, vertraging die nu net het gewenste effect tenietdoet. Gelet op de uitspraak van de Raad voor de rechtspraak is in zo'n situatie sprake van vrijheidsberoving.

Mijn fractie is zich ervan bewust dat het moeilijk is om tegelijkertijd recht te doen aan enerzijds het belang van een adequate behandeling voor de patiënt door middel van het tijdelijk beperken van zijn vrijheid en anderzijds het respecteren van het Europese Verdrag voor de

Hamel

Rechten van de Mens. Toch is het cruciaal om een weg te vinden die het mogelijk maakt om effectief te handelen in voorkomende situaties, en wel omwille van de kwaliteit van leven van deze patiënten.

De vragen van mijn fractie richten zich op de effectiviteit van het wetsvoorstel en de vraag of een vernieuwde Wet BOPZ, dan wel een nieuwe behandelwet, in een later stadium niet meer mogelijkheden biedt om het hiervoor geschetste probleem het hoofd te bieden. Wij wachten met belangstelling de antwoorden af.

□

De heer **Van de Beeten** (CDA): Voorzitter. De heer Hamel heeft uitvoerig gesproken. Zoals wel vaker in debatten op dit terrein, heeft hij de wens uitgesproken om te komen tot een behandelwet. Ik begrijp zijn behoefte om hierover te discussiëren, maar dit wetsvoorstel leent zich daar niet goed voor. In het voorjaar bespreken wij de derde evaluatie van de Wet BOPZ en dat is een goed moment om een brede en fundamentele discussie te houden over een behandelwet.

Als het tot zo'n discussie komt, zullen wij ons niet alleen moeten richten op psychiatrische patiënten, maar ook op andere problematieken. Bij de behandeling van het wetsvoorstel Meerpersoonscellen hebben wij bijvoorbeeld uitvoerig stilgestaan bij psychiatrische patiënten en verslaafden in de gevangenis en bij de behandeling van het wetsvoorstel Strafrechtelijke opvang verslaafden bij mensen die pas aan een dwangbehandeling worden onderworpen wanneer zij een hele criminele carrière hebben opgebouwd. Overigens is het merkwaardig dat wij dat in onze samenleving laten gebeuren.

Deze categorieën mensen en deze problematieken zouden dus zeker bij een discussie over een behandelwet moeten worden betrokken. Misschien moeten wij zelfs bereid zijn om een staatscommissie in het leven te roepen voor deze brede en principiële problematiek. Wellicht kan zo'n commissie helpen om snel grondige ideeënvorming op gang te brengen door een voorontwerp van een wet op te stellen.

Bij dit wetsvoorstel staat centraal de verklaring van de psychiatrisch patiënt die in een lucide interval in zijn ziekte in staat is om door middel van een zelfmachtigingsverklaring aan te geven wat er zou moeten gebeuren indien hij een terugval ondergaat. Centraal daarin staat het behandelplan, zo zegt de minister ook in zijn laatste brief als antwoord op het commentaar van de NVvP en GGZ Nederland. Ik denk dat dit vanuit de filosofie van het wetsvoorstel juist is. De dwangopname is eigenlijk een maatregel die in functie staat van het uitvoeren van het behandelplan en niet de maatregel die voorop zou moeten staan.

Ik heb in de schriftelijke voorbereiding rondom de zelfmachtigingsverklaring de nodige vragen gesteld. Daarbij heb ik met name aan de orde gesteld de vraag of die verklaring een louter negatieve wilsverklaring zou kunnen zijn, in de zin dat men zegt: ik wil niet gesepareerd worden of ik wil niet medicatie A ondergaan als ik word opgenomen. Daarvan heeft de minister gezegd dat het op zichzelf wel denkbaar is dat het zo zou zijn, maar niet erg waarschijnlijk. Het gaat, zo zegt de minister, immers steeds om maatwerk, om een behandelplan; de behandelaar en de patiënt zullen het toch met elkaar eens moeten zijn over de gewenste behandeling die

moet worden toegepast, mocht die situatie zich voordoen.

Opmerkelijkerwijs stellen de NVvP en GGZ Nederland daar in hun brief weer tegenover dat het juist onwenselijk zou zijn als die negatieve wilsverklaring zou kunnen worden opgenomen in die zelfbindingsverklaring, omdat daarmee er dan wellicht behandelingen zouden worden uitgesloten die de behandelaar zelf nog wel eens wenselijk zou kunnen achten. Ik heb het gevoel dat in dat commentaar niet bedoeld wordt op de behandelaar ten tijde van het opmaken van de verklaring, maar op de behandelaar die te zijner tijd de behandeling zou moeten uitvoeren. Ik vraag de minister om daar nog eens op in te gaan. Die problematiek blijft voor mij toch ongrijpbaar.

Ik zou willen proberen om deze vraag in het debat nog wat toe te spitsen en verhelderd te krijgen. Wat moet de rechter die uiteindelijk op basis van die zelfbindingsverklaring een machtiging moet afgeven, nu eigenlijk toetsen als hij naar die verklaring kijkt? Moet hij bijvoorbeeld toetsen of de voorwaarden zijn vervuld waaronder de opname en de dwangbehandeling zouden moeten kunnen plaatsvinden? Moet hij toetsen of de verklaring een behandelplan bevat die voldoende maatwerk is of niet? Als hij dat toetst, in welke mate toetst hij dat dan? Doet hij dat ten volle of toetst hij dat louter marginaal? Uit het antwoord op die vragen kan wellicht ook duidelijk worden wat nu precies de status van de verklaring zou moeten zijn en hoe daar in de praktijk mee gewerkt zou kunnen worden.

De heer **Hamel** (PvdA): Wat vindt de heer Van de Beeten zelf? Het gaat in de discussie rond de zelfbinding om de vraag of een verklaring waarin een behandelaar met een patiënt iets overeenkomt – je gaat er uiteraard van uit dat de betrokkenen zich ook de effecten die dat zal hebben, hebben gerealiseerd – iets is waarop iemand later weer een andere behandeling zou kunnen instellen. Het is belangrijk dat het kabinet in zijn antwoord ook aangeeft dat dit niet alleen door de psychiater is getekend, maar dat in geval van vakantie of verlof ook anderen onder hetzelfde regime zullen doorgaan met handelen.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Dat ben ik met u eens. Dat is ook de reden waarom ik de vraag stel. Als de verklaring gedetailleerd moet zijn en echt maatwerk moet bevatten, zoals de minister dat in zijn laatste brief schreef, dan wordt de speelruimte voor de behandelaar in de situatie waarin de opname moet plaatsvinden, buitengewoon beperkt. Dan kan zich dus ook eerder de situatie voordoen dat er op grond van het behandelplan weg A gevolgd zou moeten worden, terwijl de dan optredende behandelaar onder de gegeven omstandigheden eigenlijk een voorkeur zegt te hebben voor weg B. Hij blijft dan beperkt tot weg A en dat is lastig.

Naarmate er in dat opzicht hogere eisen worden gesteld aan de verklaring – en dat kan ook door de parlementaire geschiedenis komen die wij nu aan het creëren zijn – wordt de toepasbaarheid van het systeem van een zelfbindingsmachtiging ook weer verder beperkt. Wij blijven zitten met de juridische vraag wat de rechter moet toetsen, als hij een tamelijk vage verklaring voorgelegd krijgt met erg veel speelruimte voor de behandelaar. Daar ligt voor mij toch de kern van de zaak, zoals dat ook door de heer Hamel naar voren is gebracht.

Tot slot: de NVvP en GGZ Nederland hebben ook nog gevraagd of niet tijdelijke fondsen ter beschikking

Van de Beeten

kunnen worden gesteld om de implementatie van dit wetsvoorstel wat te vergemakkelijken. De minister zegt daarop in zijn laatste brief – ik weet hoe hij denkt over dit soort financiële onderwerpen, als ik even mag refereren aan een niet-geagendeerd onderwerp als de RMO – dat het maar uit het reguliere budget moet, want er zijn geen extra middelen voor. Ik vraag mij toch af of wij, als wij dit wetsvoorstel echt een kans van slagen willen geven, niet iets ruimhartiger moeten reageren op verzoeken vanuit de sector om de implementatie van dit wetsvoorstel daadwerkelijk mogelijk te maken met tijdelijke fondsen.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Het huidige wetsvoorstel is een poging tot een oplossing voor een deel van een door de Wet BOPZ zelf gecreëerd probleem. Het probleem is dat gedwongen opname niet vanzelfsprekend mag worden gevolgd door een gedwongen behandeling. Het is de VVD-fractie bekend dat er wetgeving onderweg is om dit probleem ook algemener aan te pakken, namelijk wetsvoorstel 30492 dat wij nog niet gezien hebben. Toch wil ik opnieuw aandacht vragen voor de onacceptabele situatie dat in Nederland wel gedwongen opname mogelijk is – een grote inbreuk op iemands vrijheid – maar dat daarop in het algemeen geen gedwongen behandeling mag volgen.

In dit verband wijs ik op een recent artikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie, jaargang 48 (2006), nummer 8, van de hand van Van Opstal en Lammers. Deze auteurs stellen vast dat alle reparaties van de Wet BOPZ uit de afgelopen jaren wezenlijk geen vooruitgang bieden op dit punt. Dit geldt huns inziens ook weer voor het voorliggende wetsvoorstel, dat slechts in een beperkt aantal gevallen, bij bepaalde diagnoses, enige verbetering biedt van een principiële onjuiste situatie.

Ook wetstechnisch is het weinig fraai om eerst een inmiddels als onjuist beschouwd stuk wetgeving in stand te houden, om vervolgens daar middels allerlei wetswijzigingen in kleine brokjes wat aan te doen. De VVD-fractie is nog steeds van mening dat er behoefte is aan een geheel nieuwe behandelwet in het domein van de psychiatrie, zoals ook geldt voor de bovengenoemde onderzoekers. Ik heb ook begrepen dat de heer Hamel in zijn betoog dit standpunt inneemt.

Overigens dankt de fractie de minister voor zijn uitvoerige en informatieve lijst van wijzigingen die de Wet BOPZ in de afgelopen acht jaar heeft ondergaan. De termijn acht jaar doet natuurlijk de vraag opkomen hoe het daarvoor ermee gesteld was. De Wet BOPZ is immers al vele jaren in werking. Was het te vreselijk om ook die gegevens met de Kamer te delen? Dat zou alleen maar de juistheid van onze wens betreffende een nieuwe behandelwet bevestigen.

Evenwel hebben we het vandaag over wetsvoorstel 28283 dat de zelfbinding mogelijk maakt van psychiatrische patiënten, die een fluctuerend ziektebeeld hebben, met heldere momenten, waarop zij kunnen voorzien dat hun ziekte weer zou kunnen optreden. Te denken valt vooral aan twee grote groepen, namelijk patiënten met een bipolaire stoornis, vroeger manisch-depressieven genoemd, en patiënten met psychoses veroorzaakt door schizofrenie. Zij kunnen, in samenspraak met hun behandelaar, na toetsing door een onafhankelijk psychiater een soort "advanced directive" opstellen,

inhoudende toestemming tot dwangbehandeling in geval van het optreden van een actieve episode van hun geestesziekte.

Op het moment dat de ziekte hun geestvermogens zo aantast dat zij niet meer kunnen toestemmen in een behandeling, kan deze verklaring toch behandeling mogelijk maken, zonder dat aan het zware gevaarscriterium behoefte te worden voldaan. Protesteert de patiënt tegen de uitvoering van zijn zelfbindingsverklaring, dan is een zelfbindingsmachtiging nodig, waarvoor de behandelaar naar de rechter moet. Voor alle zekerheid: het is toch juist dat dit alleen geldt wanneer een patiënt niet meewerkt aan de uitvoering van zijn eigen verklaring?

De VVD-fractie meent dat de zelfbinding een instrument is dat de autonomie van geesteszieken kan vergroten, en tegelijk hun behandeling faciliteert. Mogelijk is een patiënt met zelfbinding beter af dan iemand zonder zo'n verklaring. Het is immers niet ondenkbaar dat iemand na een inbewaringstelling behandeling weigert, terwijl het gevaarscriterium ontbreekt. Zo'n persoon komt dan in de isoleercel terecht, omdat er volgens de wet niet mag worden behandeld. Door dit te voorzien en alvast toestemming te geven voor behandeling, kan deze voor iedereen onacceptabele situatie worden vermeden. Dat is een goede zaak, en wij zullen het wetsvoorstel steunen. Alleen, zal het wetsvoorstel ook werken zoals de onderliggende wens is? Daarover is ook in de praktijk nog aanzienlijke zorg en die heeft ook de heer Hamel vertolkt. Overigens geeft het veld aan (zijnde de verenigingen van patiënten, van behandelaars en van psychiatrische ziekenhuizen) de wet welkom te heten.

Wij hebben nog een paar vragen, waarbij wij ons realiseren dat er in beide Kamers al veel is gewisseld over dit wetsvoorstel. Een vraag betreft de geldigheid van de zelfbinding ten overstaan van andere psychiaters. Zou de minister de vraag willen beantwoorden hoe het moet als de patiënt in een ander deel van het land bijvoorbeeld vakantie houdt en vervolgens decompenseert? Is het mogelijk of wenselijk dat de zelfbinding ook andere behandelaars dan de eigen behandelaar kan regaderen en zelfs binden? Wij hebben daarvoor in de wettekst geen procedure kunnen vinden, maar het lijkt een niet onbelangrijke kwestie.

Onze volgende vraag betreft niet zozeer de inhoud van de wet, als wel de voorlichting daarover. Hoewel de wettekst ons op zichzelf genomen duidelijk lijkt, is er in de praktijk veel ongerustheid ontstaan. Kan er een echt heldere instructie komen over de zelfbinding, het liefst opgesteld in samenspraak met behandelaars, psychiatrische ziekenhuizen en verenigingen. Komen er modelverklaringen waarop bijvoorbeeld alleen de behandelingswijzen kunnen worden ingevuld?

Een volgende vraag betreft het volgen van de effecten van deze wetswijziging. Wij nemen aan dat er in goede rapportage is voorzien en dat de wet zal worden geëvalueerd. Aan welke termijn denkt de minister hierbij?

Ten slotte willen wij opmerken dat deze zelfbinding slechts een beperkte, zij het niet kleine, groep patiënten met psychiatrische stoornissen betreft. Wij blijven ons zorgen maken over degenen die niet in staat zijn tot het opstellen van een zelfbindingsverklaring en daardoor wellicht onderbehandeld worden. Het debat daarover

Dupuis

zullen wij voortzetten als wetsvoorstel 30492 hier wordt behandeld.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Omdat ik zelf praktiserend huisarts ben, heb ik bij de bestudering van dit wetsvoorstel nagedacht over de vraag voor wat voor gevallen dit wetsvoorstel zou kunnen gelden. Ik moest daarbij denken aan een chronisch psychiatrische patiënt. Het betreft een begaafde jonge jongen die schizofreen werd. Ik heb het altijd heel schokkend gevonden om te zien hoe deze intelligente student afgleed en een verloederd type werd, die soms naakt in de dakgoot zat, als hij met het oog op werkelijke of vermeende bijwerkingen de medicatie zelf stopte. Hij moest dan weer met een ibs worden opgenomen. Voor hem zou een van tevoren opgestelde zelfbindingsverklaring mogelijk een steeds zover afglijden hebben kunnen voorkomen.

Met het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken wordt het fenomeen van zelfbinding in de Wet BOPZ geïntroduceerd. Met deze introductie wordt beoogd te voorzien in de mogelijkheid tot opname, verblijf en behandeling van psychiatrische patiënten zonder bereidheid daartoe, indien zij zich daartoe eerder in een wilsbekwame periode wel bereid hebben verklaard. De patiënt kan in een zelfbindingsverklaring in overleg met zijn behandelaar vastleggen wat er moet gebeuren in geval van dreigende crisis. Hiermee wordt de mogelijkheid geschapen om al in te grijpen voordat het gevaarcriterium wordt voldaan; in het geval van mijn patiënt voordat hij in de dakgoot belandde. Als de patiënt in een crisissituatie iets anders wil dan was vastgelegd in de verklaring, dan moet bij de rechter een zelfbindingsmachtiging worden aangevraagd. De rechter toetst of er inderdaad sprake is van de omstandigheden die zijn beschreven in de zelfbindingsverklaring. Hij heeft vijf dagen de tijd om hierover te beslissen. In die tijd wordt er geen gevolg gegeven aan de inhoud van de verklaring.

In aansluiting op de beantwoording door de minister in de memorie van antwoord heeft mijn fractie nog het een en ander op te merken. Hoewel wij de intentie die ertoe leidt het fenomeen zelfbinding bij wet te introduceren positief waarderen en van mening zijn dat dit zeker van grote betekenis is, blijven wij toch vraagtekens zetten bij de uitvoerbaarheid. De minister geeft zelf aan dat het niet duidelijk is hoeveel patiënten gebruik zullen maken van de mogelijkheid om een zelfbindingsverklaring op te stellen. Hij schrijft dat uit onderzoek is gebleken dat de schattingen daarover uiteenlopen van enige tot tientallen procenten, en dat dit mede afhankelijk is van de doelgroep. In de memorie van antwoord staat dat er onder psychiaters verschil van opvatting heerst over de vereisten waaraan patiënten dienen te voldoen, over de wijze waarop de verklaring dient te worden aangeboden en over de bedoeling van en mogelijke alternatieven voor de zelfbindingsverklaring.

Als psychiaters, de deskundigen die ermee moeten werken, al zo van mening verschillen, hoe kun je dan verwachten dat de invoering soepel zal verlopen? Graag zou ik nog eens van de minister horen waarom hij, ondanks alle onzekerheden, er toch de voorkeur aan geeft dat de praktijk de zelfbindingsverklaring vorm geeft en waarom hij in de wet zo min mogelijk eisen wil

vastleggen. Dit klemmt des te meer omdat de minister aangeeft op brede schaal tot voorlichting te zullen overgaan, maar vervolgens niet bereid is geld te steken in extra fondsen om het veld te helpen het instrument adequaat in te voeren. Op deze manier is de zelfbindingsverklaring naar mijn gevoel een dode mus. Het is toch volstrekt onduidelijk waarover voorlichting gegeven moet worden als er geen handreikingen en formats zijn waar individuele behandelaars op terug kunnen vallen? Het kost wat om dat te ontwikkelen, maar dan heb je ook wat. Ik zie niet in waarom de koepels dat zelf zouden moeten bekostigen.

Het is mogelijk om in de zelfbindingsverklaring op te nemen welke vorm van behandeling men wel wenst en welke men afwijst. De omstandigheden en gedetailleerdheid kunnen van persoon tot persoon verschillen. Juist om die persoonlijke verschillen goed tot hun recht te kunnen laten komen en om de patiënt en de behandelaar zoveel mogelijk vrij te laten in het opstellen van de verklaring worden er in de wet zo weinig mogelijk eisen aan gesteld. Op deze manier ontstaat er een plan op maat, bestemd voor de desbetreffende patiënt en door zijn behandelaar geaccordeerd. Maar wat gebeurt er nu als de behandelaar in de dreigende crisissituatie niet dezelfde is als de medeopsteller van de verklaring? In de memorie van antwoord stelt de minister dat het niet relevant of de daadwerkelijke behandelaar zelf voor een andere behandeling zou kiezen. Hoe houdbaar is deze stelling, ervan uitgaande dat deze behandelaar, op het moment dat hij of zij de behandeling op zich neemt, verplicht is te handelen volgens eigen professionele normen en vanuit de eigen professionele autonomie? Wij denken dat verantwoorde zorg in dit geval niet altijd hoeft te betekenen dat de patiënt erop kan rekenen dat hij de behandeling krijgt, dan wel juist niet krijgt, die hij van te voren beoogde met zijn zelfbindingsverklaring. Voor de behandelend arts kan zo een conflict van plichten optreden. Hoe moet hij of zij in dat geval handelen?

Is de minister het eens met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie dat behandelaars geadviseerd moet worden zeer terughoudend te zijn met al te negatieve wilsverklaringen? Een totale afwijzing van bepaalde medicamenteuze of andere therapie wordt ontraden, omdat anders in de behandeling onmogelijke situaties kunnen ontstaan. De minister geeft aan dat prima te vinden, maar kan hij wat concreter aangeven welk advies hij behandelaars meegeeft inzake negatieve wilsverklaringen?

Toetsing vooraf door de rechter, indien de patiënt als het erop aankomt zich toch niet conform zijn eigen zelfbindingsverklaring wil laten behandelen, zal de slagvaardigheid van dit instrument niet ten goede komen. De argumentatie van de minister om het toch op deze manier te organiseren overtuigt mijn fractie niet. Daarmee zou het best worden gegarandeerd dat de omstandigheden die de patiënt beschreven heeft zich ook echt voordoen. De procedure wordt er echter onnodig door verlengd, met als gevaar dat de patiënt in de tussentijd, die zeker een week kan duren, afglijdt naar een veel ziekere en meer complexe situatie. Mijn patiënt is dan allang in de dakgoot verzeild geraakt.

De stelling van de minister dat in de zelfbindingsverklaring de eerste symptomen worden opgenomen die wijzen op een dreigende psychische decompensatie en dat op basis daarvan tijdig kan worden ingegrepen, zijn

Slagter-Roukema

mijns inziens een voorbeeld van studeerkamerdenken en niet van het weet hebben van de praktijk van alledag.

De zelfbindingsverklaringen worden door de Inspectie geregistreerd. Hoe lang is een verklaring geldig? Is er een termijn vastgelegd, ervan uitgaande dat ook de meningen van mensen met een psychiatrisch ziektebeeld in de loop van jaren kunnen veranderen en dat behandel-aars komen en gaan?

Deze wetswijziging is de zoveelste wijziging van en aanvulling op de Wet BOPZ. In de memorie van antwoord geeft de minister zelf aan dat er de afgelopen acht jaar ten minste veertien wijzigingen zijn geweest, terwijl er inclusief de introductie van de zelfbindings-verklaring, waar wij vandaag over spreken, nog twee wijzigingen in de pijplijn zitten. Ook in eerdere discussies is er door mijn fractie op gewezen dat met alle aanpas-singen de Wet BOPZ een lappendeken lijkt te worden die zonder uitleg door ingevoerde exegeten door de gewone burger niet kan worden begrepen.

Ondanks brede steun in het veld voor een totale herziening van de Wet BOPZ in de richting van een behandelwet, wacht de minister op de resultaten van de derde evaluatie van de Wet BOPZ. Dat zij zo. Ik zou echter toch vandaag iets willen vernemen van hem over de richting waarin hij denkt. Wij zijn het er toch over eens dat de Wet BOPZ fundamenteel herzien moet worden? Het gaat hierbij met name om de vraag hoe zorg voor psychiatrische patiënten in crisissituaties moet worden vormgegeven. Is het uitgangspunt dat opname moet plaatsvinden om de maatschappij te beschermen tegen psychiatrische patiënten met bedreigend gedrag, dus die een gevaar voor zichzelf of voor de ander vormen, of is het uitgangspunt dat deze patiënten zo adequaat mogelijk moeten worden behandeld? Wij kunnen toch in deze Kamer wat achteroverleunen en met elkaar spreken over de richting waarin wij denken dat het zou moeten gaan? Graag zou ik daarom willen dat de minister uiteenzet wat na de evaluatie van de Wet BOPZ, die in maart klaar zal zijn, het vervolgtraject zal zijn. Vanuit welke filosofie denkt hij te gaan handelen en op welke termijn denkt hij dat de herziening klaar zal zijn? Het is een moeilijk onderwerp maar de minister heeft toch wel voor hetere vuren gestaan?

Mocht de minister vinden dat de herziening iets is voor na zijn tijd, dan ga ik ervan uit dat hij dit dossier voor zijn opvolger met de dossiers over bijvoorbeeld de no-claim, de dbc's en andere zal leggen op de stapel met het bordje "dringend aan te passen wetsdossiers".

□

De heer **Holdijk** (SGP): Voorzitter. Mijn fractie en die van de ChristenUnie stemmen in met het voornemen om de Wet BOPZ opnieuw aan te passen in afwachting van een eventuele algemene herziening van de wet. Als wij goed hebben geteld, ligt inmiddels de vijfde inhoudelijke wijziging van de wet bij het parlement. Al deze aanpas-singen hadden onze instemming. Wij betreuren het echter dat er met deze wijzigingen zoveel jaren sinds de totstandkoming van de wet heen zijn gegaan. Hoeveel patiënten zijn niet de dupe geworden van de strakke opzet van de oorspronkelijke wet? Wij hadden die aanpassingen die inmiddels hun beslag hebben gekregen en die in procedure zijn graag in de oorspronkelijke wet verwerkt gezien. Tijden veranderen, ideeën veranderen en wetten veranderen.

Wij zijn er mee ingenomen dat geleidelijk meer nuanceringen van dan wel uitzonderingen op de strakke hantering van het gevaarscriterium tot stand zijn gekomen en dat dit thans opnieuw gebeurt. Het uitgangspunt moet blijven dat dwang zo veel mogelijk moet worden voorkomen. Een tijdelijke inbreuk op de autonomie van de patiënt, die in feite altijd betrekkelijk is, is onder omstandigheden te verkiezen boven het onverkort beschermen van zijn zelfbeschikkingsrecht. Wij concluderen dat zelfbinding wel een afwijking is van het gevaarscriterium, maar dat deze geen inbreuk op de zelfbeschikking vormt. Integendeel zelfs, wat dat laatste aspect betreft.

Het uitgangspunt van de Wet BOPZ is dat een gedwongen opneming alleen mogelijk is als sprake is van een geestesstoornis die gevaar veroorzaakt dat uitsluitend door middel van een opneming kan worden afgewend. De voorwaarde voor dwangbehandeling is dat sprake moet zijn ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen. Soms is het jammer dat het zo ver moet komen voordat opneming, behandeling of beide plaatsvinden. De zogenaamde crisiskaart, die is gebaseerd op de Wet op de geneeskundige behande-lingsovereenkomst, biedt geen juridische grond voor het doorbreken van het verzet van de patiënt.

Het zelfbindingsinstrument zal voornamelijk van belang kunnen zijn voor patiënten die lijden aan chronische psychiatrische stoornissen waarbij periodes dat deze patiënten nagenoeg vrij zijn van symptomen zich afwisselen met periodes van ziekte en die zijn aangewezen op langdurige en soms levenslange medicamenteuze behandeling. Zelfbinding kan het bestaande gat opvullen tussen de situatie waarin een patiënt niet langer instemt met behandeling en de situatie waarin dwangbehandeling kan worden toege-past. Voor hoeveel patiënten dit een betekenisvolle wijziging van de wet is, is moeilijk in te schatten. Hierover bestaan, ook in deze Kamer, heel verschillende gedachten.

Zelfbinding vereist handelingsbekwaamheid. Daarom is een leeftijdsgrens van zestien jaar ingesteld en zijn verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten ervan uitgesloten. Waar de thans bestaande instrumenten van inbewaringstellingen en diverse typen van machtigingen gericht op onvrijwillige opneming en/of behandeling zijn toegespitst op het gevaars-element, is de zelfbindingsmachtiging gebaseerd op de wensen van de patiënt geuit in een heldere periode van inzicht in zijn ziekte en de noodzaak van behandeling daarvan door middel van opneming, verblijf en behandeling.

Duidelijk is dat de grondslag voor behandeling op basis van zelfbinding niet bestaat in een overeenkomst tot behandeling, maar in de wet. Een wettelijke regeling is dan ook noodzakelijk met het oog op de vrijheids-rechten van de patiënt, het recht op integriteit van het lichaam en het recht op bewegingsvrijheid alsmede op een rechterlijke machtiging voor zelfbinding die tot opneming en behandeling strekt.

Het wetsvoorstel als geheel heeft onze instemming. Dat neemt niet weg dat wij op onderdelen twijfels hebben over de uitwerking van de zelfbindings-constructie. Zo maken wij een kanttekening bij het voorschrift dat een patiënt te allen tijde uiterlijk zes weken na aanvang van een behandeling moet worden ontslagen, ook als er niets is veranderd in zijn situatie en

Holdijk

er dus ook geen sprake is van hernieuwd inzicht in de ziekte en bereidheid tot vrijwillige behandeling. Is het verantwoord om dan slechts te kunnen beschikken over de mogelijkheid tot aanvraag van een inbewaringstelling of een voorlopige machtiging, die alleen kunnen worden afgegeven indien er sprake is van ernstig gevaar en niet in andere situaties?

Op pagina 3 van de memorie van toelichting staat dat de beschrijving van hetgeen waartoe de patiënt zich verbindt, dus de gemaakte afspraken over de behandeling, nauwkeurig moeten zijn. Een zelfverbindingsverklaring kan te algemeen zijn geformuleerd, maar ook te specifiek. De vraag is of deze open situatie met betrekking tot de beschrijving van hetgeen waartoe de behandelaar en de patiënt zich verbinden er niet toe zal leiden dat er ten aanzien van de behandeling met vrij ruime omschrijvingen zal worden gewerkt. De vraag is natuurlijk vervolgens ook of wij dat wenselijk vinden.

Een derde punt dat wij nog willen aanvoeren betreft de betrokkenheid van verschillende behandelaars-psychiaters, zowel ambulante als intramuraal. Als wij het goed zien, kan het gaan om drie psychiaters en eventueel hun dienstdoende waarnemers. Mevrouw Dupuis heeft in haar bijdrage op dit punt zo-even nog een dimensie toegevoegd door de elders gevestigde psychiaters te noemen. Zijn zij allen gehouden de zelfbindingsverklaring te respecteren, ook wanneer die waarnemers of vervangers de situatie van de patiënt anders inschatten en een andere behandeling zouden voorstaan?

Wij danken de regering voor de beantwoording van de praktijkvragen, voorgelegd aan de vaste commissie bij brief van 24 augustus jl. van GGZ Nederland, na het uitbrengen van het voorlopig verslag. Enkele van de daarin genoemde vragen hebben wij in onze bijdrage ingebracht in deze parlementaire discussie, omdat zij daarin naar onze mening een plaats verdienen. Wij zullen met belangstelling naar de reactie van de regering luisteren.

De heer **Schuyer** (D66): Voorzitter. Ik vervang mijn fractiegenoot Schouw, die wegens dringende bezigheden in het buitenland deze vergadering niet kan bijwonen. Tevens spreek ik namens de Onafhankelijke Senaatsfractie.

In de bijdragen van de voorgaande sprekers is al heel wat ingrijpends aan de orde geweest. Ik heb de indruk dat vele sprekers dezelfde intentie hebben, namelijk dat de patiënt die in de goot ligt – dat beeld is mij ook maar al te zeer bekend – moet kunnen worden geholpen in een situatie waarin dat op dit moment vrijwel niet mogelijk is.

Er is terecht door iedereen gezegd dat dit wetsvoorstel behelpen is en dat het wachten is op een behandelwet. In principe deel ik dat standpunt, maar ik zeg er wel bij dat wat mij betreft de minister van Justitie hier niet alleen formeel maar ook zeer prominent aanwezig is. Als wij tot een behandelwet komen, zit daar nogal wat aan vast. Ik kan niet helemaal overzien of de suggestie van de heer Van de Beeten om daarop een staatscommissie te zetten noodzakelijk is, maar ik kom in mijn denken wel zeer dicht in de buurt bij dat systeem. Wij hoeven echt niet naar oorlogen te verwijzen om te zien hoe behandelwetten ook tot ingrepen komen die wij hier niet wenselijk

vinden en die ook heel snel tot problemen leiden met het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Ik zie nog niet een, twee, drie hoe wij dit allemaal in één wet zouden kunnen vatten. Ik complimenteer de minister, ondanks het feit dat er op dit wetsvoorstel wel het een en ander is aan te merken, met het feit dat er in ieder geval een poging wordt gedaan om een eerste stap te zetten.

Dit is een heel bijzonder wetsvoorstel, dat in het buitenland wel Odysseusregeling wordt genoemd, naar analogie met de grote avonturen van Odysseus langs de Sirenen, waarbij Odysseus was in de oren stopt om tegen te gaan dat hij iets anders zou zeggen dan wat hij vooraf heeft gezegd. Ik vind dit wel een mooie naam.

Wij zien als een groot voordeel van zo'n Odysseusregeling dat psychiatrische patiënten die geen gevaar opleveren – anders hebben wij te maken met een ibs en een rechterlijke machtiging – in de toekomst gebruik kunnen maken van een zelfbindingsprincipe, met alle beperkingen die dat heeft. Een groot voordeel is dat die zelfbindingsverklaring in beginsel ook deel uitmaakt van de behandeling en onderdeel vormt van het behandelplan. Het gaat om vermindering van de stoornis en het lijden en om vermindering van de sociale achteruitgang. Mevrouw Slagter heeft daarover nadrukkelijk gesproken aan de hand van de praktijk.

In de eerste plaats gaat het hier natuurlijk om het voorstel om ook te behandelen op een aantal zwakke plekken en om daarover verduidelijking te krijgen. Dit wetsvoorstel heeft een experimenteel karakter. Dat kan op zichzelf ook niet anders. Er had toch wel iets meer kunnen worden gelet op ontwikkelingen in het buitenland, met name in diverse staten van de Verenigde Staten, waar met zelfbinding behoorlijk wordt gewerkt. Het is jammer dat die ervaringen niet nadrukkelijker aan ons zijn gepresenteerd en evenmin zijn meegenomen in dit wetsvoorstel. De minister heeft bij de schriftelijke beantwoording daarvoor wel een argument gegeven dat mij aanspreekt, namelijk dat wij moeten oppassen voor grote culturele verschillen in het onderwys en de gezondheidszorg, die onvergelykbare situaties laten ontstaan. Dat is op zichzelf waar, maar de andere kant is om daar helemaal niet naar te kijken. Dat is natuurlijk ook weer niet wenselijk.

Er zijn ook praktische bezwaren. Ik noem er een aantal. Is elke willekeurige behandelaar gehouden om uitvoering te geven aan de verklaring? Hoe moet men omgaan met een zeer langdurige procedure van opnamebeoordeling? Dat valt niet mee; er gaat vrij snel een verlies aan tijd meespelen. Wat is precies de juridische betekenis van aanvullende afspraken in een zelfbindingsverklaring? Als een psychiater of een behandelend arts een aantal afspraken in die zelfbindingsverklaring niet volgt vanuit zijn zienswijze tijdens de behandeling, geldt dan aansprakelijkheid achteraf? Wat is de maximale termijn voor een behandeling op basis van een zelfbindingsverklaring voor bijvoorbeeld zes weken? Als een patiënt voorwaardelijk is ontslagen doordat er toch een rechterlijke machtiging of een ibs wordt aangevraagd, geldt de zelfbindingsverklaring dan ook in die periode? Hoe opvolgbaar is een negatieve wilsverklaring en hoe voorkomen wij een waaier aan soorten van wilsverklaringen, waar in de actualiteit maar moeilijk achter te komen is?

Een ander punt van zorg zijn de problemen die vanuit de grote vrijheid van zelfbindingsverklaringen kunnen

Schuyer

komen. Mijn fractie pleit nadrukkelijk niet voor regels rond die verklaring, maar zou wel graag zien dat de minister aan de wens uit het veld tegemoetkomt om wat hulp in de vorm van richtlijnen te geven zodat men niet in het duister tast over wat wel en wat niet erin op te nemen. Ik heb wel eens de indruk dat er weinig begrip voor bestaat hoe artsen aarzelen om bepaalde handelingen te verrichten met de gedachte dat zij niet mogen of dat er andere mogelijkheden zijn. Het zijn maar weinigen die op dat moment hun eigen verantwoordelijkheid nemen en die zeggen dat zij het achteraf wel zullen zien. Met name daarom zouden enige richtlijnen toch wel prettig zijn. Het liefst zien wij die concreet vormgegeven door middel van een praktijkondersteuner en door middel van gedegen voorlichtingsmateriaal. Ik krijg op dit punt graag een toezegging van de minister.

Ik heb al uitdrukkelijk gezegd dat ondanks alle vragen de meerwaarde van dit wetsvoorstel en de zelfbindingsverklaring in onze optiek overeind blijft. Patiënten kunnen meer controle uitoefenen en kunnen worden geholpen om zichzelf te behoeden voor de nare gevolgen van hun ziekte. De wet biedt naar onze mening voldoende waarborgen tegen hobbyïsme, omdat er altijd een rechter en onafhankelijke psychiater aan te pas moeten komen. Dat boezemt vertrouwen in. Er bestaat bovendien een gerede kans dat deze maatregel preventief zal werken en ervoor zal zorgen dat mensen zich vrijwillig zullen laten opnemen. Ook dat komt in de praktijk heel veel voor.

Het blijkt echter van groot belang dat deze regeling met grote omzichtigheid wordt ingevoerd. Het blijft een feit dat de mogelijkheid blijft bestaan om mensen gedwongen op te nemen, tegen hun wil. De fractie van D66 heeft heel uitdrukkelijk gevraagd om een zeer zorgvuldige en frequente evaluatie. Alleen een register waarin wordt bijgehouden hoe vaak van de zelfbindingsverklaring gebruik wordt gemaakt, achten wij onvoldoende. Aan de overkant heeft mijn collega Dittrich geopperd om de regeling na circa twee jaar zorgvuldig te evalueren en, omdat het om een belangrijke aangelegenheid gaat, een Kamercommissie de instellingen te laten bezoeken en daar met patiënten, ouders en psychiaters te laten spreken om op deze manier de evaluatie echt kleur te geven. De bewindslieden voelden weinig voor een dergelijke evaluatie. Dat begrijp ik niet zo goed. Ik verneem graag nog eens een toelichting op hun afwijzing. Welke evaluatie staat hen dan wel voor ogen? Hoe kunnen zij daarmee garanderen dat de effecten ervan zullen neerslaan in het vervolg?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal, vooruitlopend op de evaluatie, regelmatig rapporteren over de effecten van de zelfbindingsmaatregel. Maar wat wordt er dan eigenlijk bekeken? En wat wordt gerapporteerd? Ten aanzien van de rechter sluit ik mij graag aan bij de vraag die de heer Van de Beeten heeft gesteld. Wat moet de rechter eigenlijk toetsen?

Voor de zekerheid wil mijn fractie nog weten of het mogelijk is dat patiënten die gedwongen zijn opgenomen, alsnog een zelfbindingsverklaring opstellen. Op een vraag hierover van D66 antwoordde de minister dat het niet mogelijk is om een verklaring te wijzigen. Dat was de vraag echter niet. De vraag is of een patiënt tijdens een gedwongen opname een zelfbindingsverklaring kan en mag opstellen. Naar mijn mening zou het antwoord op deze vraag "neen" dienen te zijn. Dat antwoord wacht ik met belangstelling af.

□

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Het gros van de mensen met een psychische handicap is veelal blijvend geïnvalideerd, maar niet blijvend ziek, laat staan voortdurend in crisis. Om deze reden heeft de Nederlandse samenleving eerder besloten tot het proces van vermaatschappelijking om mensen met een psychische handicap in de samenleving tot ontwikkeling te laten komen en hun eigen context en hun eigen leven vorm en inhoud te laten geven. Daarvoor is het nodig dat een maatschappelijk steunsysteem om deze mensen heen aanwezig is.

Onlangs heb ik een project in Heerlen mogen evalueren. Er vond een discussie plaats tussen mensen van welzijnsorganisaties, politie, gemeente, onderwijs en de ggz-wereld. Bij die gelegenheid sprak een jongen die twee jaar eerder uit de Mondriaan Zorggroep zelfstandig in de betreffende wijk was komen wonen. Hij schetste zijn proces van verzelfstandiging, zijn manier van meedoen in de samenleving. Hij vertelde dat hij in zijn leven nog nooit zo'n bemoeizorgende omgeving had meegemaakt als de afgelopen twee jaar. In de kliniek was het hem nooit overkomen. Het trieste hoogtepunt dat hij schetste was hoe, toen hij in de buurtwinkel boodschappen ging doen, de caissière voordat hij er erg in had, zijn beurs uit zijn handen had genomen terwijl zij zei: "Ik reken wel even voor u af, mijnheer, anders is het zo lastig." Met andere woorden: het beeld dat de samenleving heeft van mensen met een psychische handicap, vormt een groot struikelblok in het proces van vermaatschappelijking. Vandaar dat wij nog lang niet klaar zijn met het proces van vermaatschappelijking. Daarin is een van de belangrijkste kernpunten dat mensen met een psychische handicap zelf mogen beschikken over hun leven en zelf mogen aangeven wat zij wel en niet willen. Een van de zaken die hierbij van groot belang is, is dat de mensen – omdat zij niet voortdurend ziek zijn en omdat zij niet voortdurend in crisis verkeren – mogen aangeven op welke wijze zij in geval van een crisis, willen worden behandeld. Het is een proces van ontwikkeling om te komen tot het benutten van je talenten. Wij zouden het uiteindelijk ook een emancipatieproces kunnen noemen.

Het gros van de mensen met een psychische handicap wil kunnen meedoen in de samenleving. Het gros van de mensen met een psychische handicap veroorzaakt geen overlast, ondanks het feit dat onze samenleving collectief op het netvlies heeft staan gebrand dat er dak- en thuislozen zijn die wel eens hinderlijk zijn en dat er ernstige verslaafden op straat rondhangen die wel eens hinderlijk zijn. De roep dat het proces van vermaatschappelijking is mislukt, wordt in toenemende mate gehoord. Niets is echter minder waar.

Meedoen met de samenleving rechtvaardigt de vraag waarom zelfbinding – wat een vreselijk woord is dat trouwens – niet gewoon in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst kan worden opgenomen. Waarom wel in de Wet BOPZ en niet in de WGBO? Mensen met een psychische handicap willen niet apart worden gezet. Waarom kunnen zij niet gewoon in de WGBO meedoen?

De zelfbinding geeft een patiënt zeggenschap over de wijze waarop hij of zij bij een crisis wil worden behandeld. Dat is een eerste stap op weg naar autonomie en naar het kunnen meefunctioneren in de samenleving.

Thissen

Overigens vergt de zelfbinding wel een bindende hulpverleningsrelatie, die staat of valt met een veilige hulpverleningsomgeving. Waar liggen de waarborgen dat sprake is van wederkerigheid tussen behandelaar en burger met een psychische handicap? Dit klemmt des te meer wanneer niet de behandelaar waarmee de zelfbindingsovereenkomst is gesloten, maar een waarnemer met de crisis wordt geconfronteerd. Wat is in dat geval de vrijheid van handelen van deze behandelaar? Wat blijft in deze situatie over van de wederkerigheid en het vertrouwen over en weer tussen de patiënt en de behandelaar?

Wanneer wij het proces van vermaatschappelijking werkelijk willen voortzetten, is het hard nodig dat wordt gewerkt aan de behandelwet omdat deze uiteindelijk zal leiden tot een garantie van de positie van mensen die in een crisis geraken en duidelijkheid zal bieden over hun zelfbeschikkingsrecht over de wijze waarop zij behandeld willen worden.

De beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Wij zullen vanmiddag tussen 16.30 uur en 16.45 uur beginnen met de beantwoording van de regering in eerste termijn.

Ik las een korte pauze in omdat enkele leden die bij het volgende onderwerp het woord hebben gevraagd nog niet aanwezig zijn.

De vergadering wordt enige ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Goedkeuring van het op 24 april 1986 te Straatsburg totstandgekomen Europees Verdrag inzake de erkenning van de rechtspersoonlijkheid van internationale niet-gouvernementele organisaties, alsmede invoering van enige regels met betrekking tot in een terrorismelijst vermelde organisaties en andere organisaties waarvan het doel of de werkzaamheid in strijd is met de openbare orde (28764).**

De beraadslaging wordt geopend.

De heer **Franken** (CDA): Voorzitter. Ik mag mijn bijdrage over dit wetsvoorstel geven namens de fracties van de PvdA en de VVD, en vanzelfsprekend ook namens mijn eigen CDA-fractie.

Het voorliggende wetsvoorstel bevat twee onderwerpen. In de eerste plaats gaat het om de goedkeuring van het in 1986 – in mijn tekst staat hierbij een uitroepteken – te Straatsburg totstandgekomen Europees Verdrag inzake de erkenning van de rechtspersoonlijkheid van internationale niet-gouvernementele organisaties in andere staten dan het land van vestiging. Het is goed dat dit verdrag eindelijk ook door Nederland wordt goedgekeurd. Hiermee is het belang gediend van 1742 Nederlandse ngo's die moeilijkheden ondervonden bij het verrichten van rechtshandelingen in het buitenland. Over dit onderwerp is een tweetal commissievragen gesteld, waarin om verduidelijking is verzocht over enige IPR-kwesties. Voor het antwoord daarop zeg ik de

minister dank. Ik zie op dit terrein geen relevante problemen meer.

Anders ligt het bij het tweede onderwerp dat in dit wetsvoorstel wordt geregeld. Dat betreft de invoering van regels met betrekking tot in een terrorismelijst vermelde organisaties en andere organisaties waarvan het doel of de werkzaamheid in strijd is met de openbare orde. Hieromtrent stel ik twee punten aan de orde.

Het eerste punt gaat over het volgende. Het voorgestelde artikel 5a van de Wet conflictenrecht corporaties scheidt de mogelijkheid voor de rechtbank Utrecht om voor buitenlandse corporaties een verklaring voor recht af te geven, die inhoudt dat het doel of de werkzaamheid in strijd is met de openbare orde als bedoeld in artikel 2:20 BW. Het gevolg is dan dat deelneming aan de werkzaamheden van een dergelijke corporatie strafbaar kan zijn, terwijl de goederen van de corporatie onder bewind kunnen worden gesteld en vervolgens kunnen worden vereffend. Deze regeling lijkt mij op zichzelf prima. Alleen kan er nog wel debat ontstaan over de vraag of het Nederlandse openbare-ordebegrip los van concrete procedures zo maar in een nationale wet kan worden opgerekt tot de IPR-betekenis van dat begrip waar het buitenlandse rechtspersonen betreft waarop vreemd recht van toepassing is. Ik hoop dat de rechter daar uitkomt. Laten wij het maar als een uitdaging voor de wetenschap zien, maar wellicht kan de minister er ook nog iets over zeggen.

Met het tweede punt dat ik aan de orde wil stellen ben ik, althans in deze zaal, niet zo snel klaar. Hierover was ook een commissievraag gesteld, weliswaar ingestoken door de CDA-fractie, maar er is per abuis vermeld dat de vraag alleen door de CDA-fractie was voorgelegd. Het betreft echter een Kamerbreed gestelde vraag over de rechtsbescherming van de corporaties die op een van de bevrozingslijsten worden of zijn geplaatst, als in de ontwerpartikelen 5b Wcc en 2:20 BW vermeld.

De minister van Justitie heeft in het schriftelijk overleg met de Tweede Kamer van 13 januari 2006 en bij de mondelinge behandeling in die Kamer ook zelf aangegeven dat de procedures rond de plaatsing op de VN-sanctielijst en de delisting vatbaar zijn voor verbetering. Dat is ook op internationaal niveau erkend door het High-level Panel on Threats, Challenges and Change en zelfs nog op 25 oktober 2006 door de speciale rapporteur voor "the Promotion and Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms while Countering Terrorism" voorgehouden aan het derde comité van de Algemene Vergadering van de VN, dat zich bezighoudt met "human, social and cultural rights". Ook regeringsleiders hebben op een VN-top in september 2005 de Veiligheidsraad opgeroepen om te zorgen voor eerlijke en transparante procedures voor het plaatsen op sanctielijsten van individuen en corporaties en het verwijderen daarvan. Er is echter nog steeds niets gebeurd.

Ik plaats daarom nog eens nadrukkelijk een vraagteken bij het nut en de effectiviteit van de delistingprocedure en de consequenties die dit heeft voor het niveau van rechtsbescherming dat wij noodzakelijk achten. Zo deed de rechtbank in Brussel op 18 februari 2005 uitspraak in de zaak van Sayadi en Vinck tegen België. Deze personen stonden op de VN-lijst en verzochten de rechter om de Belgische staat op te dragen om zich in te spannen om hen van de VN-lijst af te halen. Deze vordering werd toegewezen, maar Sayadi en Vinck staan nog steeds op de VN-sanctielijst. Over de redenen kan men slechts