

Vergaderjaar 2016–2017

31 996

Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)

32 399

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

B¹

VERSLAG VAN EEN DESKUNDIGENBIJEENKOMST

Vastgesteld 14 juni 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² en de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie³ hebben op 16 mei 2017 een gesprek gevoerd met een aantal deskundigen over **gedwongen zorg**.

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie,
Duthler

¹ Letter B heeft alleen betrekking op wetsvoorstel 31 996.

² Samenstelling **Volksgezondheid, Welzijn en Sport**: Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Beuving (PvdA), Ganzevoort (GL), De Grave (VVD), Martens (CDA) (*voorzitter*), Van Strien (PVV), Bruijn (VVD) (*vice-voorzitter*), P. van Dijk (PVV), Gerkens (SP), Atsma (CDA), Bredenoord (D66), D.J.H. van Dijk (SGP), Don (SP), Van Hattem (PVV), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Prast (D66), Schnabel (D66), Wezel (SP), Klip-Martin (VVD) Baay-Timmerman (50PLUS).

³ Samenstelling **Veiligheid en Justitie**: Engels (D66), Ruers (SP), Van Bijsterveld (CDA) (*vice-voorzitter*), Duthler (VVD) (*voorzitter*), Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Strik (GL), Knip (VVD), Backer (D66), Barth (PvdA), Beuving (PvdA), Hoekstra (CDA), Schouwenaar (VVD), Schrijver (PvdA), Van Strien (PVV), Kok (PVV), Gerkens (SP), Bredenoord (D66), Dercksen (PVV), D.J.H. van Dijk (SGP), Van Rij (CDA), Rombouts (CDA), Van de Ven (VVD), Wezel (SP), Bikker (CU), Baay-Timmerman (50PLUS).

Voorzitter: Martens
Griffier: De Boer

Aanwezig zijn vijftien leden der Kamer, te weten: Baay-Timmerman, Barth, Bredenoord, De Bruijn-Wezeman, D. van Dijk, P. van Dijk, Don, Ganzevoort, Van Kesteren, Martens, Oomen-Ruijten, Schnabel, Strik, Teunissen en Wezel,

en de volgende deskundigen:

Blok I: Overheid en rechterlijke macht

P.J. Aaldersberg, Nationale politie
J.W.E. Spies, Genootschap van Burgemeesters
M. Otte, Openbaar Ministerie
E.A.K.G. Ruys, Raad voor de rechtspraak
J.C. Zwemstra, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFPP)

Blok II: Onderzoek, rechtsbescherming en juridische aspecten

J.C.J. Dute, bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht Rijksuniversiteit Groningen (RUN)
L. van den Putelaar (Wybenga advocaten Rotterdam)
B. Koekkoek, lector psychiatrische zorg Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN)/verpleegkundig specialist

Blok III: Zorgpartijen

E. Prinsen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
K. van Dijk, ActiZ (organisatie van zorgondernemers)
F. Bluiminck, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
M. van Putten, GGZ Nederland
M. Vermaak, Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
R. Knuiman, Verenso (specialisten in ouderengeneeskunde)

Blok IV: Patiënten en familie

R. Kips, Mind-Landelijk Platform Psychische Gezondheid
J. Santegoeds, Tekeer tegen de isoleer/St. Mind Rights
J. Boele, leder(in) (netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte)
B. Stavenuiter, Ypsilon (vereniging voor psychose en schizofrenie)

Aanvang 9.00 uur.

De **voorzitter**: We hebben uitgekeken naar deze bijeenkomst. Van harte welkom! Op ons bordje ligt dit ingewikkelde dossier. Het is complex en heeft een lange voorgeschiedenis, die ik niet ga herhalen omdat ik die als bekend veronderstel. We willen graag maximaal de tijd hebben voor de inbreng van de deskundigen en de gedachtewisseling. Het is in ieder geval heel fijn dat eenieder bereid is om hier op dit vroege uur – voor de Eerste Kamer is dit vroeg – te zijn.

We hebben vandaag een deskundigenbijeenkomst over gedwongen zorg. In de uitnodigingsbrief staat dat het doel is te achterhalen of de gewenste samenhang met de drie wetsvoorstellen inderdaad in voldoende mate tot stand is gekomen en of de wetten uitvoerbaar zijn. Daarbij gaat het vooral om de volgende aspecten: 1. de consistentie van de visie, 2. de juridische eenduidigheid van het wettelijk kader en de proportionaliteit en 3. de praktische uitvoerbaarheid.

Ik dank de voorbereidingsgroep, die deze ochtend heeft voorbereid en heeft geprobeerd een zo evenwichtig mogelijk programma samen te stellen om de visie van zo veel mogelijk betrokkenen te horen. Alle

deskundigen krijgen maximaal vijf minuten de tijd. Dat is kort, maar de ervaring leert dat je daarin toch wel de kern kunt verwoorden. Ook hebt u allemaal de gelegenheid gehad om een position paper te schrijven. Dat kan ook nog nadien, als u denkt te weinig kwijt te hebben gekund. Het kan altijd nog.

De vraag is om de microfoon te gebruiken. Er wordt namelijk een verslag gemaakt, zodat ook degenen die vandaag zijn verhinderd kunnen volgen wat er is gezegd. Er zijn twee mensen van VWS en Justitie aanwezig om waar te nemen, want die departementen krijgen onze vragen voorgelegd. Het is dan wel handig als ze enige feeling hebben met wat er leeft. Ook hen heet ik welkom. Ik vraag u dus om omwille van het verslag de microfoon te gebruiken. Eveneens omwille van het verslag vraag ik u om uw naam te noemen. Als u uitgesproken bent, graag de microfoon weer uitzetten.

Eerst komen de sprekers van Blok 1 aan het woord. Daarna is er een gedachtewisseling. Vervolgens komen de sprekers van Blok 2 aan het woord en is er een gedachtewisseling. Daarna hebben we een korte pauze. Na vier minuten laat ik een belletje rinkelen, zodat de spreker weet dat hij of zij nog één minuut heeft. De taak van een voorzitter is altijd om de aanwezigen strak aan het programma te houden, dus dat ga ik proberen. Dat vraagt van ons allemaal discipline. U bent allen professioneel, dus daar heb ik alle vertrouwen in.

Blok I: Overheid en rechterlijke macht

De **voorzitter**: Ik geef graag het woord aan de eerste spreker, de heer Aalbersberg van de nationale politie. De heer Aalbersberg is korpschef van de politie Amsterdam-Amstelland.

De heer **Aalbersberg**: Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik ben inderdaad Pieter-Jaap Aalbersberg, hoofdcommissaris van Amsterdam en binnen de politie portefeuillehouder personen met verward gedrag. Mensen in de samenleving met verward gedrag betreft een issue waarbij de politie altijd betrokken zal zijn, omdat bij overlast of bij ernstige feiten de politie vaak nog steeds de eerste is die ter plaatse wordt geroepen. Al een aantal jaren heeft de politie zorgen hierover. Wij zien namelijk niet alleen een toename van het aantal meldingen en het aantal spanningen dat dit in de wijk oplevert, maar we zien zeker de afgelopen jaren ook een toename van de ernst van de feiten, al registreren we die niet apart. Steeds vaker moeten wij met bijna extreem geweld ingrijpen bij een situatie die gevaarlijk is voor de omgeving en voor mensen. Wij zien helaas ook een aantal gevallen van wat wij «suicide by cop» noemen. Dat is een vorm van suïcide door ingrijpen met geweld van de politie. Dat raakt beide partijen. Nogmaals, wij zien ons als politie steeds als betrokken partij. Wij zullen de sterke arm zijn van de zorg, maar primair hopen we toch dat de wetsvoorstellen zullen ondersteunen dat de zorg 24/7 de eerste partij is die zich richt op mensen met verward gedrag. Daarbij kan men altijd rekenen op de politie.

Op hoofdlijnen is onze visie gebaseerd op drie pijlers. De eerste pijler is de spoedketen. In de spoedketen proberen wij er langzamerhand van af te komen dat mensen met verward gedrag naar een politiebureau gaan en daar te lang blijven voordat er een indicatiestelling is, wat nog steeds voorkomt. Datzelfde geldt voor het vervoer. Vervoer in een politieauto vindt toch vaak plaats met handboeien en met gebruik van het geweldsmonopolie. Ook wij hebben de visie dat personen met verward gedrag in eerste instantie patiënten zijn.

De tweede pijler is vroegsignalering en preventie. Juist als de ambulantisering doorgaat – de drie wetsvoorstellen ondersteunen de ambulantisering; ook de politie begrijpt dat en vindt dat juist – is er een steeds hardere noodzaak tot integrale en domeinoverschrijdende 24/7-preventie

en -vroegsignalering. Om de situatie waartegen wij aanlopen te schetsen, geef ik u maar wat cijfers. 6.000 keer per jaar rijden wij alleen al in Amsterdam met spoed naar een melding. Dat leidt meer dan 2.000 keer per jaar tot een transport naar de spoedopvang en tot een gedwongen, soms langdurig tijdelijk verblijf. Vaak is er sprake van recidive. Bij navraag blijkt een van de oorzaken dat in het voortraject het medicatiegebruik is gestopt. In een te lange periode bouwt zich vervolgens een bepaalde spanning op. Juist die opbouw tot die spanning wordt onvoldoende gesignaleerd in de vroegsignalering en leidt soms ook tot onvoldoende preventief vooringrijpen. Wij geloven nog steeds in de samenhang met het schakelteam, dat dit al een aantal keren heeft gesignaleerd. Het schakelteam heeft geadviseerd dat de kern in de vroegsignalering moet liggen. Daartoe zal in een aantal gevallen een vorm van dwang nodig zijn, zoals ook met deze drie wetsvoorstellen wordt beoogd.

Tot slot is er de derde pijler. Hoewel wij natuurlijk de eerste aangewezen instantie zijn als er sprake is van misdrijven, zien wij in de veelplegerproblematiek heel vaak verdachten bij wie er sprake is van een onderliggend multiprobleem: een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of een combinatie daarvan. Uiteindelijk is de strafsector een te dure keten om in te grijpen wanneer patiënten in de criminaliteit geraken. Ook hier zien wij dat er behoefte is aan – ik put maar weer even uit mijn eigen casuïstiek in Amsterdam – de top 600-aanpak. Bij 80% van de mensen in de top 600 is een andere problematiek geïndiceerd. In een fors aantal gevallen is het bieden van lifetime structuur en arbeid een betere oplossing dan dat deze mensen terechtkomen in de draaideur van het strafrechtelijk systeem. Vanuit die visie participeren wij in het aanjaagteam en het schakelteam.

We zien dat er voorzichtig stapjes worden gezet, ook met deze wetsvoorstellen. Op een aantal vlakken zien we dus consistentie qua visie; mijn antwoord op vraag 1. Toch is er, als je de drie wetsvoorstellen bekijkt, daarboven steeds de vraag naar een domeinoverstijgende integrale aanpak en naar preventie en zorg. Dit moet dan helpen. Het moet niet als te klein worden weggezet, zoals in de wet weleens lijkt te gebeuren, waardoor dit grotere belang wegvalt. Er is wel consistentie qua visie. Ook dat ondersteunen wij. Ambulante zorg als hoofdlijn vraagt aandacht. Ook de politie kijkt graag breder. Er is een belang van de patiënt, maar er is ook een belang van de samenleving. Het aantal incidenten in de samenleving neemt zo toe dat wij de wijk niet moeten verliezen. Wij zijn een mooie samenleving, waarin ook mensen thuishoren die soms verward zijn. Er moet dus een balans zijn tussen het belang van de patiënt en het belang van de samenleving.

Dan de vraag over de juridische eenduidigheid. Indien geen sprake is van een strafbaar feit, is het duidelijk dat de zorg de eerstverantwoordelijke is. We zien dat ook terug. Dwang is daarbij een ultimum remedium.

Over de praktische uitvoerbaarheid merk ik op dat de drie wetten niet helemaal eenduidig zijn in het aangeven van de verschillende doelgroepen. Dat maakt het complex. Er is vaak ook geen enkelvoudige doelgroep, want we spreken toch over mensen met een multiproblematiek. In de wet wordt dat niet helemaal gedefinieerd.

Mijn laatste punt betreft de informatie-uitwisseling. Ik zal u daarover een annotatie doen toekomen. De informatie-uitwisseling is wel wat eenzijdig. Ja, er is behoefte aan informatie-uitwisseling door politie en justitie aan de zorg, maar zeker in de integrale problematiek moet het duiden van gevaren in de samenleving tweezijdig zijn. Dat is een lastig vraagstuk. Ik vind de wetgeving die in drie delen voorligt, wel wat eenzijdig op dit punt. Die is vooral gericht op informatie van politie en justitie aan de zorg en niet andersom. Dat is wel van belang om risico-indicaties te stellen, maar ook om ervoor te zorgen dat de politie in de casuïstiek niet direct overgaat tot extreme risicopreventie met zwaar geweld, maar eerder kan duiden wat er aan de hand is. Ik zal ervoor zorgen dat mijn betoog via de

ambtelijke ondersteuning schriftelijk ter beschikking van de leden komt. Dank u wel.

De **voorzitter**: Hartelijk dank. U bent precies binnen de tijd gebleven. Ik geef meteen het woord aan de volgende spreker, mevrouw Liesbeth Spies van het Nederlands Genootschap van Burgemeesters.

Mevrouw **Spies**: Dank u wel, mevrouw de voorzitter. In aansluiting op de woorden van de heer Aalbersberg zeg ik dat de gemeenten en de burgemeesters staan voor een zo goed mogelijke zorg voor al onze inwoners. Wij steunen van harte de gedachte dat ook mensen met een beperking hun leven zo goed mogelijk moeten kunnen leven in de wijken en de buurten en dat daarbij soms extra ondersteuning nodig is. Wij denken dat de beweging dat steeds meer mensen op een ambulante manier worden begeleid en steeds minder vaak langdurig in instellingen moeten verblijven, een heel goede is. Dat vraagt wel heel veel van gemeenten, van alle zorgverleners maar ook in toenemende mate van de samenleving. Het vinden van balans tussen enerzijds de zorg voor onze inwoners en anderzijds de toerusting en het draagvermogen van de naaste omgeving van deze mensen, is iets waarmee wij als burgemeesters nogal eens worden geconfronteerd.

In dat kader passen deze wetten, die wat ons betreft heel erg welkom zijn. We willen er graag mede uitvoering aan geven, maar we vragen wel om enig realisme bij de uitvoering ervan. In een van de wetsvoorstellen wordt gesproken van de crisismaatregel die door de burgemeester getroffen kan worden; artikel 7.1 van de Wvggz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg), zeg ik uit mijn hoofd. Die maatregel komt in de plaats van de ibs, de inbewaringstelling. Ik denk dat het bij de nadere vormgeving van de werkwijze achter dat artikel ontzettend belangrijk is dat we de onderscheiden competenties van een arts en een burgemeester scherp in de gaten houden. Als burgemeester moet ik niet verleid worden om mij te moeten uitspreken over het oordeel dat een arts heeft gegeven over het ziektebeeld van iemand. Ik moet ook niet in de positie komen waarin ik moet beoordelen of de voorgeschreven therapie de juiste is. Ik moet nu, bij de inbewaringstelling, uiteindelijk het oordeel vellen of we iemand tegen zijn of haar wil zijn of haar vrijheid mogen ontnemen. Dat kan ik op het gebied van de openbare orde redelijk voor mijn rekening nemen. Bij de verdere uitwerking van de praktijk van dit artikel moeten we hier heel scherp aandacht voor hebben.

In datzelfde artikel staat dat we de persoon in kwestie «indien mogelijk» moeten horen. Heel veel mensen zitten in een psychose. Een arts heeft dan geconstateerd dat ze op dat moment niet handelingsbekwaam of wilsbekwaam zijn. In heel veel gevallen is er niet of nauwelijks contact met de persoon te krijgen. Acut medisch ingrijpen is op dat moment noodzakelijk om de goede zorg aan die persoon te verlenen. Dan is «indien mogelijk horen» een bijna theoretische exercitie. Ook op dit vlak denk ik dat we er met voldoende pragmatisme voor de uitvoeringspraktijk handen en voeten aan moeten geven.

Ik vind het nog steeds heel jammer dat de observatiemaatregel door de Tweede Kamer is weggeamendeerd. In de bijna drie jaar dat ik burgemeester ben, heb ik dat instrument één keer heel hard nodig gehad. Ik zal het concrete voorbeeld maar geven. Het betreft een 23-jarige man die bij zijn ouders woont in een particulier appartementengebouw, een eigen woning. Er komen per jaar 150 meldingen bij de politie, omdat hij 's nachts schreeuwt. Het is een buitengewoon intelligente man die weigert zich te laten behandelen of een diagnose te laten stellen. Eigenrichting dreigt. De ouders zitten met hun handen in het haar en zeggen: burgemeester, doe iets! De omgeving, de burens in het appartementencomplex, zegt: burgemeester, u of wij! Eigenrichting dreigt in dat soort situaties. In dit soort extreme situaties had ik de observatiemaatregel echt van

toegevoegde waarde gevonden. Ik vind het nog steeds jammer dat die niet meer in het wetsvoorstel zit.

Tot slot. Een zorgvuldige invoering van deze drie wetsvoorstellen kost tijd en geld. Beide zijn beperkt, zo niet onvoldoende aanwezig. Ik pleit niet voor uitstel van de wetgeving. Ik pleit zelfs voor snelle duidelijkheid, ook van deze Kamer, rondom de behandeling en besluitvorming van de wetsvoorstellen. Wel geef ik u indringend mee dat met de vaststelling van de wetsvoorstellen het werk eigenlijk nog moet beginnen en dat daar tijd, aandacht en financiële middelen bij horen. Dank u wel.

De voorzitter: Veel dank. Ik geef graag meteen het woord aan de volgende spreker, de heer Otte van het Openbaar Ministerie.

De heer Otte: Mevrouw de voorzitter. Ik dank u voor de uitnodiging. Als lid van het College van procureurs-generaal ben ik blij om hier te mogen zijn, omdat bepaalde punten voor het Openbaar Ministerie zorgen opleveren voor de nabije toekomst. U kent het uitgesleten cliché inmiddels: de officier van justitie draagt een zwarte jas en geen witte jas. Voor een heel belangrijk deel is dat de insteek van dat wat ik u vanmorgen wil meegeven. Het OM kan juridisch toetsen en kan informatie toevoegen, maar is ook zeer afhankelijk van voldoende klinische capaciteit, dus opnamecapaciteit in de ggz. Om die reden is mij in de korte tijd die ik nu heb, er veel aan gelegen om de verwachtingen toch enigszins te temperen. Ik zal daarbij op twee punten ingaan: de Wvvgz en de Wet forensische zorg (Wfz).

De Wet verplichte ggz heeft vergaande consequenties voor het Openbaar Ministerie. Het OM accepteert de nieuwe, actievere verzoekersrol, maar kan die slechts goed vervullen in gevallen waarin het zorgmachtigings-traject zijn oorsprong vindt in en samenhang heeft met dreigend strafbaar gedrag. Het OM kan de aanwezigheid van gevaar voor anderen uit de medische verklaring slechts onderbouwen door het toevoegen of bijvoegen van relevante politie- en justitiegegevens. Daarmee is het OM ook al gestart in het kader van het Verbeterprogramma Maatschappelijke Veiligheid.

Uit de evaluatie van de eerste BOPZ (bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen)-pilots blijkt dat de aanwezigheid van de officier van justitie bij een BOPZ-zitting slechts in een zeer uitzonderlijk geval een meerwaarde heeft. Dat betreft vooral zaken waarin de noodzaak bestaat om af te stemmen tussen het strafrechtelijk traject en het civielrechtelijk traject. Uit die evaluatie blijkt ook dat naarmate het BOPZ-dossier van betere kwaliteit is, de meerwaarde van de aanwezigheid van de officier van justitie ter zitting afneemt. Uit de evaluatie blijkt eveneens dat een ruime aanwezigheid van de officier van justitie ter zitting niet alleen stuit op praktische en financiële bezwaren – met name in de regio Oost-Nederland betekent het heel veel reistijd – maar ook leidt tot onveilige situaties. Er zijn nog meer personen aanwezig bij zo'n besloten zitting, voor wie de officier duidelijk de boosdoener is. Daardoor ontstaan er langere zittingen. Ook ontstaat er een andere toonzetting. De zitting krijgt veel meer het karakter van een strafzaak, wat voor een BOPZ-zitting onwenselijk is.

Het OM bepleit daarom dat de aanwezigheid van de officier van justitie op zitting wordt beperkt tot een aantal onder strikte criteria vastgelegde zaken. Om die reden zouden wij de formulering van artikel 6.1, lid 4 liever positief geformuleerd zien: de officier van justitie is aanwezig op de zitting bij de rechter indien een nadere toelichting nodig is. De huidige formulering is dat de officier van justitie aanwezig is op de zitting bij de rechter tenzij evident is dat een toelichting of motivering niet nodig is. Een extern onderzoeksbureau heeft met een drietal pilots de kosten en baten van het verrijken van het dossier en het verschijnen ter zitting onderzocht. De nog

niet alom bekende uitkomst staaft de voorkeur die ik zonet heb uitgesproken.

Verder wil ik nog iets zeggen over de Wet forensische zorg. Voor het OM is artikel 2.3 van deze wet van belang, op grond waarvan de strafrechter niet de bevoegdheid krijgt om zelf een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvggz af te geven. Hij moet uit de strafrechtelijke procedure stappen en de procedure van de Wvggz volgen. Met die wijziging verdwijnt eveneens artikel 37 uit het Wetboek van Strafrecht. Het OM heeft sinds jaar en dag – reeds sinds 2014 – aangegeven zich zorgen te maken over het verdwijnen van de artikel 37-maatregel uit het Wetboek van Strafrecht. Dat is verwoord in de reactie op een informele consultatie. Dat laat ik nu even rusten. Het College van procureurs-generaal hecht eraan om nogmaals op te merken dat bij een verdachte die volledig ontoerekeningsvatbaar wordt geacht, in die gevallen dat tbs in welke vorm dan ook niet mogelijk is gezien de vereisten die daarvoor gelden, artikel 2.3 van de Wet forensische zorg met het vervallen van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht nog de enige zorgmogelijkheid zal zijn. In het kader van het wetsvoorstel forensische zorg heeft het College van procureurs-generaal reeds de zorg geuit dat met het vervallen van het genoemde artikel 37 er een leemte zal ontstaan voor die categorie volledig ontoerekeningsvatbare verdachten. Het OM sprak destijds over een leemte voor die groep ontoerekeningsvatbaren, omdat binnen de Wvggz op een heel andere manier wordt getoetst. Bij een artikel 37-plaatsing speelt bijvoorbeeld geen rol of de verdachte bereid is om een behandeling te ondergaan. Het is hierdoor niet vanzelfsprekend dat een verdachte die nu met een artikel 37-maatregel in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, ook in aanmerking komt voor een zorgmachtiging. Het zou de voorkeur genieten – het is een nevensgeschikt punt, maar niet onbelangrijk – indien de strafrechter een zelfstandige bevoegdheid krijgt om een zorgmachtiging af te geven. De belangrijkste zorg is echter de misvatting dat het recht goed kan functioneren zonder artikel 37 Wetboek van Strafrecht.

Natuurlijk zijn dit maar een paar praktische bezwaren die tussen de gewenste wet en de gedroomde praktijk in staan. Ik ga niet in op de problemen binnen de ggz zelf of op andere praktijkproblemen. Ik heb alleen maar willen schetsen hoe de staande en de zittende magistratuur met deze gewenste wetgeving niet als panacee voor de maatschappelijke problemen van verwarde en gestoorde personen kunnen optreden zolang de wetten, de bevoegdheden en de taken niet optimaal op elkaar zijn afgestemd en er ook niet voldoende geld en menskracht voor het OM en middelen voor de ggz zijn.

Hierbij wil ik het laten. Dank u voor de aandacht. Ik zal mijn bijdrage te zijner tijd aan u doen toekomen.

De voorzitter: Heel fijn. Ik geef graag het woord aan de heer Ruys van de Raad voor de rechtspraak, maar alvorens ik dat doe, wil ik hem van harte feliciteren met zijn 65ste verjaardag vandaag! Extra bijzonder dat u er bent. Ik mag misschien al verklappen dat u allemaal een jubileumboek van de Eerste Kamer zult krijgen. De jarige mag ik een extra geschenk geven en dat doe ik graag bij dezen.

De heer Ruys: Dank voor de vriendelijke woorden ter gelegenheid van mijn verjaardag. Over de leeftijd zal ik verder niets zeggen, want daaraan moet ik nog wennen.

Ik wil met name ingaan op de procedurele bezwaren die er vanuit de rechtspraak bestaan tegen de wetsvoorstellen Wfz en met name Wvggz. We hebben een position paper gemaakt, waarnaar ik graag verwijs. Daar zit ook een mooi voorbeeld in van waarom het spaak kan gaan lopen. Ik zal er straks nog een voorbeeld aan toevoegen. Wat artikel 37 betreft wil ik graag aansluiten bij wat collega Otte daar zojuist over heeft gezegd. Dat is echt een gemis. Om met artikel 37 te beginnen: dat is nou een voorbeeld

dat de strafrechter in eigen procedure zelf de beslissing kan nemen. Dat gaat met de tweede nota van wijziging van de Wvvgz verloren. Dus ontstaat er buiten het strafrecht een procedure die wij als strafrechter moeten volgen als je iemand vanuit het strafrechtelijke circuit wil laten overgaan naar het civielrechtelijke circuit.

Ter illustratie geef ik nog een voorbeeld. Zoals u weet ben ik voorzitter van de penitentiare kamer van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. Wij behandelen in hoogste en laatste instantie de verlenging van de tbs. Stel dat in hoger beroep aan de orde komt dat iemand misschien wel de tbs uit kan en over kan naar het civiele circuit. In de nieuwe situatie moeten wij dan de procedure stilleggen. Wij moeten dan hopen dat de officier van justitie – dat is dus één instantie lager – bereid is om de procedure van de Wvvgz in te zetten. Die wordt dan doorlopen. Wij wachten af. Uiteindelijk moet de officier van justitie volgens het voorliggende wetsvoorstel zelf beslissen of hij bij ons een vordering zal indienen. Dat «ons» is nog maar de vraag. Je kunt namelijk ook beweren dat dat bij de rechtbank zou moeten, dus ook weer een instantie lager. Uiteindelijk komt het, als het goed is, toch weer samen. Dan moet er een beslissing worden genomen, maar de penitentiare rechter is natuurlijk niet zo gauw geneigd om de tbs te beëindigen als hij niet zeker weet dat er een naadloze overgang is naar het civielrechtelijke circuit. Dat is op deze manier dus niet gegarandeerd. Als je die procedures ineens brengt, wat op zich voor het strafrechtelijke deel heel goed kan, dan wordt er één beslissing genomen, dan is het aan elkaar geklonken en is die naadloze overgang gegarandeerd. Ik zei al dat je niet in cassatie kunt tegen beslissingen van de penitentiare kamer. Dat kan wel tegen beslissingen op grond van de Wvvgz. Dus kan zich in beginsel de situatie voordoen dat wij de tbs beëindigen en een machtiging op grond van de Wvvgz afgeven en dat de betrokkene in cassatie gaat. Dan kan het voorkomen dat de Hoge Raad zegt: ik ben het er niet mee eens. Dan is iemand wél de tbs uit, want die beslissing is onherroepelijk, maar niet de Wvvgz in. Die situatie zouden wij uiterst onwenselijk vinden.

Als wij teruggaan naar de oorsprong van de Wfz in 2008 – ik was toen wetgevingsadviseur bij de Raad voor de rechtspraak en ben er vanaf dat moment bij betrokken geweest – was de insteek dat het wel degelijk allemaal binnen het strafrecht kon worden geregeld. De strafrechter kreeg de bevoegdheid om de machtiging te geven. Dat is nu losgelaten en daardoor ontstaan er twee circuits.

Ik kan hier nog een vrij uitvoerig verhaal aan toevoegen, maar de position paper ligt er. In de reacties op mijn inbreng bij de Tweede Kamer heb ik gelezen dat de Minister het gewoon domweg niet met mij eens is. Dat mag uiteraard, maar ik ben het dan nog steeds niet met haar eens. Het is uiteraard aan u om daar verder over te oordelen. Bij de tweede nota van wijziging kun je zien – dat is heel opvallend – dat niet goed rekening is gehouden met het hoger beroep. Er staat een artikel in dat de griffier van de rechtbank de stukken zendt naar de betrokken partijen. Maar wat nu als de zaak behandeld wordt bij het gerechtshof? Wie gaat dat dan doen? De griffier van de rechtbank? Dat ligt niet voor de hand. In het hele wetsvoorstel staat voortdurend «officier van justitie». Op een gegeven moment kwam men tot de ontdekking dat er in hoger beroep geen officier van justitie is, maar een advocaat-generaal, en op blz. 225 van de nota van toelichting bij de tweede nota van wijziging zie je dan: als we over officier van justitie spreken, dan bedoelen wij ook de advocaat-generaal. Dat is een manier van bevoegdheidstoekenning die ik niet eerder heb gezien. De vraag is of de praktijk daar genoeg mee zal nemen.

Ik had nog twee andere kleine dingetjes kunnen zeggen, maar daar heb ik de tijd niet voor. Het gaat over de weigerachtige observandus, waar de penitentiare kamer een speciale taak bij gaat krijgen. Misschien hebt u daar straks nog vragen over.

Over de Wfz wil ik nog één ding zeggen. Ook tussen de Raad voor de rechtspraak en het departement heeft een zeer lange discussie plaatsgevonden over de binding van de rechter aan de indicatiestelling. Die is nu wat afgezwakt, maar de rechterlijke vrijheid op dit punt zou beter geregeld kunnen worden. In beginsel gaat men ervan uit dat er een indicatiestelling moet zijn en dat de rechter op basis daarvan beslist. Alleen als op de zitting blijkt dat er geen indicatiestelling is, terwijl die er wel moet komen, dan mag ervan worden afgeweken. Ik zou wat casussen kunnen aanvoeren die dat toch wel wat problematisch maken. Dank u voor de aandacht.

De **voorzitter**: U ook veel dank. Ik ga door naar de volgende spreker, de heer Zwemstra van het NIFP.

De heer **Zwemstra**: Dank voor de uitnodiging. Ik ben forensisch psychiater. Het NIFP is de organisatie die onder andere de rechterlijke macht adviseert. Gedeeltelijk kom ik op dezelfde thema's, zonder dat wij enige afstemming hebben gehad, maar dan wat meer vanuit de invalshoek van de professional.

Voor ons zijn met name die Wet forensische zorg en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en hun dwarsverbanden van belang. Daar zal ik dan ook op ingaan, ook omdat de patiëntengroep waar het om gaat voor beide wetten feitelijk zeer sterk overlapt. Ik zal als practicus met name ingaan op de uitvoerbaarheid, op soepele, werkbare overgangen. Ik plaats met name een kritische noot over het doorschieten van waarborgen, regels en procedurevereisten in relatie tot de noodzakelijke zorg voor ernstig zieke en vaak verwarde mensen, die daardoor vaak te lang ziek blijven, overlast geven, ontsporen en ernstig gestigmatiseerd worden. Een van de doelstellingen van het beleid is om dat zo veel mogelijk terug te dringen.

Nogmaals, die doelgroepen overlappen heel sterk. Er zijn twee uitzonderingen. Ten eerste de kleine subgroep van de pedofielen – die zie je alleen maar in de forensische psychiatrie – en de echte psychopaten, maar dat zijn echt twee kleine groepen. Verder gaat het om dezelfde populatie. In de forensische psychiatrie zie je wel vaak een stapeling van stoornissen: mensen zijn psychotisch, hebben een persoonlijkheidsstoornis, hebben een verslaving én hebben psychosociaal een heel lastige situatie. Vaak zijn er ook begaafdheidsproblemen. Bijna altijd is er sprake van minstens drie van deze elementen. Dat leidt tot gedrag waardoor zij met de strafrechter in aanraking komen. Dat is ook de reden dat wij zo'n enorm hoge prevalentie van psychische stoornissen hebben. Als je verslaving, begaafdheidsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen allemaal meerekent – de WHO definieert die allemaal als stoornissen – dan komen wij in het veld op zo'n 85% à 90% van de mensen die voldoen aan de criteria voor een stoornis. Het zijn mensen met allerlei beperkingen en dat is de reden dat zij komen tot grensoverschrijdend gedrag. Dat grensoverschrijdend gedrag leidt tot strafrechtelijk verwijtbaar gedrag en soms tot heel ernstig strafrechtelijk verwijtbaar gedrag.

De Wfz functioneert feitelijk al op basis van het interim-besluit, dat waarschijnlijk ook langs de Kamer is gegaan. Eigenlijk heeft dat geleid tot een samenhangend en gedifferentieerd stelsel van forensische zorg dat in een duidelijke behoefte voorziet. Op dit moment zijn er 20.000 tot 25.000 opgelegde zorgtrajecten. Daar is een stijgende tendens zichtbaar. Wij zien meer zorgtrajecten en minder gevangenisstraffen. Volgens mij is dat een positieve ontwikkeling. Dat is best een succes, los van de maatregelen van hulp en steun van de reclassering, van de justitiële ondersteuning.

Wat is de kracht van dit systeem? De justitiabele patiënt krijgt dingen opgelegd via het strafrecht, maar het ministerie kan via zijn inkoopmacht zorgaanbieders opleggen deze zorg echt te verlenen met de focus onder andere op recidivepreventie. Dat is anders dan tien jaar geleden. In mijn

beleving is dat echt een succesvolle invulling van deze maatregel. Dat blijkt ook uit de recidivemonitorcijfers. Die zijn echt dalende. Het lijkt soms niet spectaculair als je van 60% naar 52% gaat, maar die 8% staat echt voor duizenden, tienduizenden vormen van grensoverschrijdend gedrag. Voor iedereen in de maatschappij is dat een goede ontwikkeling. Dan de Wet verplichte ggz. Daar zitten een heleboel goeie elementen in. De wet past meer in het heden en in de tijdgeest. Maar er zijn wel heel veel procedurele vereisten. Er moeten dus heel veel zorghandjes aan procedures worden gewijd. Vanuit het forensisch-psychiatrisch perspectief vind ik het een sterk punt dat de rol van het OM steviger is aangezet. Het OM heeft een regierol om in ieder geval goed in te brengen wat er in het verleden is gebeurd qua verplichte zorgtrajecten, zowel in het civiele kader als in het strafkader.

Ik vind dat wij stigmatisering doordat psychiatrische patiënten in gevangenissen komen, moeten tegengaan. Te vaak ben ik ouders tegengekomen die tegen mij zeiden: de eerste keer dat mijn zoon een behoorlijke behandeling heeft gekregen, was toen hij in de gevangenis zat. Dat is toch vreselijk? Dat moeten wij met z'n allen vermijden. Mijn stelling is: als we dwang toepassen op psychiatrische patiënten, dan moeten we dat zo veel mogelijk in een civiel kader doen. Dan moeten we de drempels daarvoor civiel niet te hoog maken.

Artikel 2.3 is de gedachte verbinding. Dat is de beoogde grote kracht van het stelsel, maar ik ben een beetje sceptisch. Het principe staat, maar de stapeling van procedures, eerst de strafrechtelijke en vervolgens de civielrechtelijke, maakt het zo complex dat het risico toch wel heel groot is dat het een betrekkelijk dode letter zal zijn, dat het gewoon feitelijk onwerkbaar zal zijn. Ik zou eigenlijk willen bepleiten om nog eens te kijken of het mechanisme van de 37–39-maatregel niet überhaupt het mechanisme voor 2.3 kan zijn. De invulling van de Wvggz-criteria zou nadien in de eerste dagen van de opname geregeld kunnen worden. Zo voorkomen we dat dit in de praktijk een betrekkelijk moeizaam begaanbare weg c.q. dode letter blijft. Dat alles met als doel: goede zorg voor echt zieke mensen die per definitie veel mensen zullen ontregelen en die komen tot grensoverschrijdend gedrag. Ik hoop dat u dit nog kunt meenemen in uw overwegingen.

De voorzitter: Dank u wel allemaal, voor deze boeiende, inhoudelijke bijdragen. Wij komen nu toe aan de gedachtewisseling met de leden. Ik stel voor dat iedereen eerst zijn vragen stelt, zodat ze niet verloren gaan in de antwoorden.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Voorzitter. Ik begin bij het betoog van mijnheer Aaldersberg. Hij zei: u ging uit van de situatie met verwarde personen. Deze week heb ik een van de psychiaters in een regionaal team gesproken. Hij zei: het kan per regio verschillen, maar in mijn regio is bij hooguit 30% van de verwarde personen sprake van een psychische stoornis. Dat betekent dat voor 70% van de verwarde personen dit wettelijk kader geen oplossing biedt. Zoals ik het interpreteer moet er sprake zijn van een psychische stoornis en een ernstig nadeel wil je tot verplichte zorg c.q. opname komen. Herkent u dit in de praktijk? Hebt u eventueel adviezen voor ons voor aanvullende wetgeving daarop?

De voorzitter: Stelt u deze vraag aan iemand specifiek?

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): De vraag is zowel aan de heer Aaldersberg als aan mevrouw Spies gericht, omdat zij er vanuit de openbare orde het meest mee te maken zullen hebben.

De voorzitter: Oké.

Mevrouw **Strik** (GroenLinks): Hartelijk dank aan alle sprekers en mijn hartelijke felicitaties voor mijnheer Ruys. Als cadeautje wil ik u de mogelijkheid geven om toch iets over de weigerachtige observandus te zeggen. Ik heb ook een vraag over wat door drie sprekers naar voren is gebracht, namelijk het probleem van de overgang van strafrecht naar civiel recht. Stel dat de wet zo blijft. Hoe kan die overgang dan praktisch toch worden verbeterd? Hoe kan dan toch worden gekomen tot een soort integrale afstemming? Of blijft het dan feitelijk onwerkbaar? Welke mogelijkheden zijn er in de praktijk?

Mijnheer Zwemstra zei in feite dat je misschien beter eerst het strafrechtelijke circuit kunt doorlopen om vervolgens pas na plaatsing het civielrechtelijke pad te volgen. Hoe zou dat eruit kunnen zien? Wat zijn de verschillende juridische gronden voor hoe dat uitpakt?

De heer **Don** (SP): Ik heb een vraag voor mijnheer Aaldersberg. U sprak over het tweerichtingsverkeer van de informatie-uitwisseling. In de wet staat het eenrichtingsverkeer. Justitie-informatie wordt meegenomen in de beoordeling van een patiënt door de officier van justitie die daar een rol in heeft. U vindt tweerichtingsverkeer wenselijk. Rondom de patiënt wilt u informatie terugkrijgen uit het politieapparaat. Hoe ziet u dat voor ogen? U kent natuurlijk onze privacywetgeving. Welke oplossingen ziet u?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks): Ik heb een vraag aan mevrouw Spies. U zei: wetgeving is één ding, maar zorgvuldige invoering kost tijd en geld. Ik heb dat niet zo scherp op het netvlies. Bij een decentralisatie snap ik dat een heel systeem anders wordt. Kunt u iets meer zeggen over waarom dit nou zo'n ingewikkelde operatie is in de uitvoering?

De heer **Schnabel** (D66): Voorzitter. Een aantal van u beluisterend, komen wij voor een ingewikkelde situatie te staan. In feite is natuurlijk de vraag aan ons: wilt u ja tegen deze wet zeggen? Een aantal van u komt met voorstellen die in feite behoorlijk terugamenderen. Wat is op dit moment belangrijker? Uit de BOPZ-periode herinner ik mij dat het jaren duurde voordat die wet tot stand kwam. Dat gaat ook hier spelen; het loopt al zo lang. Vanuit de praktijk zijn er veel zorgen over de vraag wanneer duidelijk is wat het eigenlijk is. Zegt u: zeg ja tegen deze wet en probeer aan de Ministers te vragen om toch een aantal zaken nadien te veranderen? Of zegt u: nee, de wet moet worden herzien; op deze manier kunnen wij er niet mee werken?

De **voorzitter**: Dat is eigenlijk een vraag aan iedereen. Misschien kan iedereen daar straks ja of nee op zeggen, als het tenminste zo kort kan.

Mevrouw **Barth** (PvdA): Dank u wel voor de informatie. Ik heb twee vragen. De eerste, aan de heer Aaldersberg gerichte vraag is een beetje tegengesteld aan de vraag die mijn collega van de VVD net stelde. Het Trimbos-instituut vindt het begrip «verwarde personen» eigenlijk te veel een containerbegrip, dat veel te stigmatiserend werkt in de discussie, omdat het zowel gaat over toeristen die te veel genoten hebben van wat Amsterdam hun te bieden heeft, als over mensen met ernstige psychoses die een reëel veiligheidsprobleem kunnen veroorzaken. Zou het niet beter zijn om wat specifiekere te zijn over de problematiek die onder die definitie van verward gedrag ligt, zodat wij een zorgvuldigere afweging kunnen maken over de vraag waar de wet wel en niet voor dient? Daarbij ga ik er even van uit dat u het ermee eens bent dat deze wetgeving niet bedoeld is voor mensen die te veel geblowd of gezopen hebben als ze een weekendje op stap zijn.

Mijn tweede vraag is aan mevrouw Spies. U vindt het jammer dat de observatiemaatregel verdwijnt. Maar de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg biedt toch een veel breder scala aan mogelijkheden om

gedwongen zorg in te zetten? De mogelijkheden van dwang en drang worden daarmee veel groter, met name ambulante. Biedt dat geen toereikend juridisch kader om straks, ook zonder de observatiemaatregel, de problematiek te kunnen hanteren die u net schetste?

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Ik wil mij aansluiten bij de vraag van Paul Schnabel. Als ik u zo hoor, dan hebt u allen problemen met artikel 2.3 en de afstemming met het strafrecht. Is er misschien een andere oplossing voor dit probleem, gegeven de tijdsdruk en het feit dat het heel moeizaam is om de wet nog te veranderen? Jullie willen allemaal snel wetgeving. Zou het ook bij AMvB of bijzonder besluit geregeld kunnen worden?

Ik heb nog een tweede vraag naar aanleiding van de opmerking van mevrouw Spies. Als er een besluit genomen wordt, moet er ook een behandeling beschikbaar zijn. Alle delen van de keten moeten goed samenwerken. Is die keten op orde? Of komt van daaruit de opmerking dat er meer geld nodig is?

Mijn derde vraag is: kunt u nader ingaan op het tijdsbeslag voor de verschillende circuits – het straf- en civielrechtelijke circuit – die gelopen zouden kunnen worden? Als je weet dat dat tijdsbeslag verschillend is, hoe werkbaar is de procedure dan nog?

Mevrouw **Baay-Timmerman** (50PLUS): Ik dank alle genodigden voor hun heldere inbreng. Ik heb een vraag aan de heer Aaldersberg. U zei dat er geen eenduidigheid is in de doelgroepen. Daar kan ik mij iets bij voorstellen. Welke consequenties heeft het als men van de ene doelgroep naar de andere verhuist?

Ik sluit mij aan bij de vorige vraagsteller wat betreft de informatie-uitwisseling tussen OM, officier van justitie en de zorg.

De heer **Van Kesteren** (PVV): Dank voor de heldere uiteenzetting. Ik wil graag een gewetensvraag stellen. Ik hoor net dat de strafrechter zijn eigen afweging moet maken. Dat klopt. Dat vind ik ook. Alleen, wat is het argument daarvoor en in hoeverre telt dat argument mee? Is het argument van de opnamecapaciteit belangrijk om de wet te wijzigen? Daar ben ik heel benieuwd naar. In hoeverre geldt dat argument? Is dat maar heel weinig of is het heel wezenlijk? Mevrouw Barth zinspeelde daar ook al min of meer op; daar zou ik wat meer duidelijkheid over willen.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP): Ik heb een korte aansluitende vraag aan de heer Aaldersberg. De commissie-Hoekstra heeft niet zo lang geleden nog expliciet geconstateerd dat de politie op dit moment feitelijk niet de bevoegdheid heeft om ernstig verwarde personen zonder strafrechtelijke titel van de straat te halen. Is het met dit wetsvoorstel goed genoeg geregeld of moeten wij ons huiswerk voor een deel overdoen? Zou u ook nog even kunnen reageren op wat burgemeester Spies zei over het schrappen van de observatiemaatregel? Hoe kijkt u daar vanuit politieperspectief naar?

De **voorzitter**: Dat zijn heel veel vragen, terwijl wij volgens het schema nog maar 10 minuten hebben. Dat is een heel grote uitdaging voor alle sprekers. Er is een aantal gerichte vragen aan een enkeling gesteld. Misschien mag ik daarmee beginnen? Aan het eind kunt u dan zeggen: alles afwegende, stem vooral voor, stem vooral tegen of probeer dit nog. Als dat allemaal in 10 minuten kan, zijn wij met z'n allen wel heel knap. Misschien mag ik met de jarige, de heer Ruys, beginnen? Aan u is een aantal vragen gesteld. Ik zal ze omwille van de tijd niet herhalen.

De heer **Ruys**: Om met het laatste te beginnen: de rechtspraak pleegt over het algemeen geen stemadvies te geven. Dat past niet in de scheiding der machten, dus van mij zult u daar niets over horen.

Over de weigerachtige observandus wil ik een heel korte opmerking maken. In die regeling is er een commissie die beziet of in het medisch dossier van de verdachte relevante stukken zitten voor de strafzaak. Uiteindelijk moet de officier van justitie aan de penitentiaire kamer een machtiging vragen om de eventuele relevante gegevens uit het medisch dossier te kunnen gebruiken in de strafzaak. De officier van justitie dient daartoe een vordering in. Volgens de wet kan de penitentiaire kamer de voorzitter van die commissie horen, maar de penitentiaire kamer kan niet kennisnemen van de stukken waar het over gaat. Nu word ik zelf waarschijnlijk geroepen om daar ooit een beslissing over te nemen, dus ik moet oppassen dat ik niet daarop vooruitloop; ik hoop dat u dat begrijpt. In het advies van de Raad voor de rechtspraak hierover wordt betwijfeld of dit een goede oplossing is. Een rechter die beslist over iets wat hij niet kent, ken ik ook niet. Als de rechter in de raadkamer van die stukken kennis zou kunnen nemen – het raadkamergeheim is bijna heiliger dan wat dan ook binnen de geheimhoudingswereld – is het probleem oplosbaar; als de rechter geen kennis kan nemen van de stukken lijkt dat een punt te zijn dat nog wat problemen gaat geven.

Ik heb het vandaag met name over het strafrechtelijke deel van het samengaan van strafrecht en Wvvgz en Wfz. Als ik het vanwege de tijd heel kort mag zeggen, zou ik zeggen: uithuilen en opnieuw beginnen, procedureel dan. Net hebben mijn collega Otte en ik even de koppen bij elkaar gestoken. De procedurele problemen die wij noemen, kunnen worden opgelost door een veegwet. Dan is het wel de bedoeling dat de praktijk daarbij betrokken wordt, graag. In de eerdere briefwisseling tussen de Raad voor de rechtspraak en het departement is dat verschillende keren aangeboden: betrek de praktijk erbij. Wij bieden dat aan. Dan kunnen wij best tot een werkbare oplossing komen. Als wij deze wet zo gaan invoeren, dan gaan wij wat mij betreft niet vooruit. Dan kunnen wij de huidige situatie beter laten zoals zij is. Anders komen er in de praktijk een hoop problemen op ons af. Ik kan ze niet allemaal overzien, maar ik heb er een paar geschetst.

De heer **Otte**: Hier is het Openbaar Ministerie het graag mee eens. Wij durven wel een positief advies te geven, mits in een veegwet nog de relevante punten geregeld worden waar bij de behandeling in de Eerste Kamer op aangedrongen wordt.

Mevrouw **Spies**: Ik zal proberen de vragen staccato te behandelen. Mevrouw De Bruijn vroeg: herkent u dat in 70% van de gevallen geen psychiatrische stoornis aan de orde is? Nee, dat herken ik niet. Zoals u misschien weet, zijn gemeenten bijna allemaal op dit moment op het niveau van de veiligheidsregio een opvang voor verwarde personen aan het inrichten. De ervaring in bijvoorbeeld Den Haag leert dat van de 100% van de mensen die daarnaartoe gebracht worden, ongeveer 80% de zorg in gaat en slechts 20% een strafrechtelijke titel heeft en dus de justitiële keten in gaat.

Mijn grote zorg op dit moment is dat ik steeds vaker een inbewaringstelling afgegeven zie worden voor dementerenden. Dat heeft alles te maken met schaamte, verantwoordelijkheid van oudere mensen voor elkaar en leed achter de voordeur dat heel lang niet zichtbaar wordt. Als een partner uitvalt, komt te overlijden of door de hoeven zakt, dan is een inbewaringstelling soms de enige maatregel die acuut voor verlichting kan zorgen, maar daar is hij niet voor bedoeld.

De heer Ganzevoort vroeg: waarom; het is toch allemaal niet zo ingewikkeld? Er moet bijvoorbeeld zo iets als een meldpunt komen voor iedere gemeente waar mensen in de samenleving hun zorg kunnen uiten

over een buurman, buurvrouw, oom, tante, neefje of nichtje. U bent wellicht voornemens om het wetsvoorstel nog voor het zomerreces te behandelen. Het voorstel op dit moment is dat de wet op 1 juli 2018 in werking treedt, maar het inregelen van al dat soort dingen vraagt de nodige tijd. Wij hebben fantastische geautomatiseerde systemen waarmee digitaal instemming kan worden verleend met het opleggen van een maatregel. Ook dat soort systemen zal opnieuw ontwikkeld moeten worden. Het betreft buitengewoon gevoelige informatie. Dat moet echt waterdicht gebeuren. Dat vraagt tijd. Op dit moment is er krapte, zowel in tijd als financiën. Er is nul financiën voor voorzien.

Mevrouw Barth vroeg: er is toch een breder scala met deze wet? Jazeker, maar dat betekent niet dat wij de instrumentendoos niet zo goed mogelijk van instrumenten voorzien willen hebben. Dat maakt dat gemeenten, VNG, G32 maar ook het Nederlands Genootschap van Burgemeesters die observatiemaatregel voor heel extreme situaties node zullen missen. Dat betekent overigens niet dat wij zeggen: doe het wetsvoorstel dan maar in de prullenbak. Wij denken namelijk nog steeds dat er een aantal verbeteringen in zitten.

Is de keten voldoende op orde? Een van de vragen die ik altijd stel als ik uit mijn bed word gebeld voor een ibs is: hebben jullie plek? Die zijn wij aan het regelen. Het schuurt op dat punt wel. Dat heeft alles te maken met het feit dat ook de ggz in een enorme transformatie zit. Intramurale voorzieningen worden afgebouwd en ambulante voorzieningen worden opgebouwd. Dat is niet van vandaag op morgen ideaal geregeld. Uiteindelijk wordt er altijd een oplossing gevonden, maar soms verder weg dan dat je voor familie en naasten graag had gewild. Gemeenten zijn ook pas sinds 1 januari 2015 een onderdeel van deze hele keten. Het is voor heel veel partijen dus nog een ontdekkingsreis waarin zij elkaar aan het zoeken en aan het vinden zijn. De schakels staan inmiddels behoorlijk, maar de verbinding van die schakels in een heel sterke keten vraagt nog wel aandacht.

De heer **Zwemstra**: Mevrouw Strik vroeg: hoe ziet u dat voor u als je het allemaal anders inricht en het zou splitsen? In de Wet verplichte ggz staan eisen als: er moet een zorgkaart zijn, er moet een behandelplan zijn en de familie moet erbij worden betrokken. Daarbij kun je als eis formuleren dat het binnen drie of vijf dagen na opname allemaal gerealiseerd is. Daarmee is er wel degelijk zorgvuldigheid maar pas na een aantal dagen. Dan heb je een procedure die echt uitvoerbaar en in de praktijk werkzaam is. Het is een heel principiële wijziging. Ik ben geen jurist, dus of dat in een veegwet is te realiseren, weet ik niet. Ik neig ernaar om te zeggen: de Wet forensische zorg functioneert de facto als interim-besluit. Wat de Wet verplichte ggz betreft kan de Wet BOPZ, die niet helemaal optimaal functioneert, best nog eventjes mee. Maar als je dit zou kunnen regelen, dan is de samenhang tussen de forensische zorg en de civiele gedwongen zorg – de oorspronkelijke doelstelling – wel heel veel beter geregeld dan in dit wat moeilijk uitvoerbare construct. Het is makkelijker om die 37-39-maatregel te herstellen, waar de heer Otte aan refereerde. Dat is misschien heel makkelijk te regelen via een veegwet. Maar als je samenhang echt wilt vormgeven, dan moet je een werkbaarder artikel 2.3 formuleren.

De **voorzitter**: De heer Aaldersberg is de laatste in de rij van mensen aan wie gerichte vragen waren gesteld. Daarna kijk ik nog even naar de overige aanwezigen om ja of nee te zeggen of dingen aan te stippen die nog niet aan de orde zijn geweest.

De heer **Aalbersberg**: Ik heb nog twee minuten de tijd, heb ik gezien. Ik ga mijn best doen, maar een aantal vragen is al door mijn voorgangers beantwoord.

Ik maak even een combinatie tussen de vragen van mevrouw De Bruijn, mevrouw Barth en mevrouw Baay-Timmerman. Zij vroegen: hoe zie je die doelgroep nou? Allereerst herken ik die 30%-70% niet. Het is al eerder gezegd, ook door de heer Zwemstra: in de praktijk is er bijna altijd sprake van multiproblematiek. Een politieman op straat die een overlastsituatie heeft, ziet een persoon eigenlijk als patiënt. Hij kan iemand niet indiceren in de zin van: wat is de verhouding tussen een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening dan wel ook een verslavingsachtergrond? De kern is dat deze wetsvoorstellen de multi- en domeinoverschrijdende aanpak moeten ondersteunen. Als ze leiden tot een sterke verkokering van bevoegdheden, dan gaat dat niet helpen. Dus, nee, ik herken die 70%-30% niet. Ik zie juist veel grotere percentages van multiproblematiek, waarbij er heel vaak tijdelijk ook een psychiatrisch issue is; het gaat immers om gewone mensen in onze samenleving die soms verward zijn. Die vragen een multiproblematiekbehandeling.

Ik ben het ook niet zo met het Trimbos-instituut eens. Mijn collega's zijn wel redelijk in staat om een ernstige overdosis te voorspellen. Sinds er in Amsterdam 200 keer per jaar geen psychiater meer zit tussen het politiebureau en de spoedopvang maar men rechtstreeks naar de SPOR (Spoedeisende Psychiatrische Onderzoekruimte) gaat, is het percentage van verkeerd gebrachte mensen niet veranderd. Politie mensen zijn dus goed in staat om het gevaar en het spoedeisende karakter te bepalen, maar niet wat de onderliggende fase is. Als ik heel praktisch ben, gaat het vooral om de paddenstoelenproblematiek met sommige buitenlandse toeristen. Die kunnen dermate verward zijn dat ze niet meer de somatische lijn maar toch even die andere lijn in gaan om in ieder geval tijdelijk een situatie te creëren waarin ze tot rust komen, waarna ze weer naar huis kunnen. Dus ik zie dat wat minder. Ja, het is stigmatiserend, maar een kleiner labeltje is misschien nog wel stigmatiserender. Het gaat ons op dat moment om het maatschappelijk probleem: verwarring met een multivraagstuk. Ik zie het misschien dus juist als minder stigmatiserend, maar die hele discussie is aan u.

De vraag over de eenduidigheid van de doelgroepen zit daarachter. Ja, ik snap dat de wet dat verschillend definieert. Ik haal even mijn eigen annotatie erbij: de Wet verplichte ggz ziet veelal op de psychiatrische problematiek, de Wet zorg en dwang op psychogeriatrische en verstandelijke gehandicapte cliënten, en de Wet forensische zorg juist op strafrechtelijke afhandeling met passende zorg. Het zou ons helpen als er samenhang wordt gebracht in de definitie van brede zorg en multiproblematiek. Het is nu de vraag of dit ons gaat belemmeren – dat moeten wij zien – maar iets meer eenduidigheid in de terminologie en de oplossing van de multivraagstukken zijn vanuit mijn politiepraktijk van belang. Dan ga ik snel door naar de informatie-uitwisseling. De wetgeving regelt vooral de eenzijdigheid. Ik geef een voorbeeld. Als de politie iemand aanhoudt die een zorgmachtiging heeft, is het voor hem maar ook voor de politie belangrijk dat men dat weet, zodat je zo snel mogelijk de behandelaren mee kunt nemen. Dan wil je eigenlijk ook al weten wat wijs is en wat niet, zodat je iemand kunt informeren. Dat kan wel, maar dat duurt lang. Dat wil je eigenlijk op dát moment weten. De wetgeving reageert niet in de zin van: hoe weet je dat nu?

Dat is ook het geval als de rechter bepaald heeft dat iemand een ernstig nadeel voor zichzelf vormt. Dan is er geen automatische, door de wet ondersteunde informatieoverdracht. Er zijn twee oplossingen daarvoor. Het gaat niet om het hele dossier. Ik deel de mening dat het om twee circuits gaat. Medische informatie en veiligheidsinformatie moet je zo lang mogelijk gescheiden houden, maar juist bij gevaarstelling moet je elkaar vinden. Dat kun je doen met een soort «flagging». Je kunt ook voor de oplossing kiezen waarbij je in het meldkamerdomein 24/7 een vorm van opschaling hebt waarbij beide partijen – de witte kolom en politie komen steeds meer in één keten – die elk hun eigen bevoegdheid tot

informatie hebben, elkaar kunnen vinden in het belang van gevaarstelling. Het is meer aan de beleidsmaker en wetgever om te bepalen in welke richting zij gaan denken. Het is wel nodig om die tweezijdige stroom te faciliteren.

De heer Van Dijk vroeg of ik de vraag van mevrouw Spies ondersteun. Het komt niet vaak voor, maar soms zie ik net in die ene casus dat niets helpt. Dan is er behoefte aan rust voor de familie en de omgeving, maar daar is geen wettelijk kader voor. Aan de andere kant is dat in 99% van de gevallen, in ieder geval in mijn Amsterdamse praktijk, met de SPOR wel te regelen. Vaak zit het probleem net tussen de tweede maatregel en de eerste. Soms zou iets meer rust ons daarin helpen. Daarover ben ik het geheel eens met mevrouw Spies.

Tot slot kom ik op de gewetensvraag van de heer Van Kesteren. Wij zijn er als politie toch voor om dit wetsvoorstel door te zetten, omdat de basisbevoegdheden nodig zijn. Dat is het. Dan volg ik de twee eminente juristen aan mijn rechterzijde die het hadden over een veegwet. Wij moeten nog een aantal dingen repareren maar niet nog langer wachten. Eerst de basis regelen en dan repareren.

De heer **Schnabel** (D66): We krijgen nu een heel andere definitie van veegwetten!

De **voorzitter**: Nog een laatste kans voor degenen aan wie geen echte vraag is gesteld, maar die misschien toch nog iets willen zeggen. Heel kort.

De heer **Otte**: Ik heb nog één opmerking. Bij de behandeling kunt u heel veel goeds doen, maar één ding zou goed zijn, namelijk als u aandringt op een zorgvuldig en desnoods lang implementatietraject. Het Openbaar Ministerie is overbelast en kan niet leveren binnen een jaar na plaatsing in het Staatsblad. Dat is echt ondenkbaar. Men zou dat graag willen, maar het kan niet. Het moet minimaal achttien maanden zijn. Zo zijn er meer kleine dingetjes. Ik weet niet in hoeverre je een veegwet kunt oprekken, maar het veranderen van het criterium van de officier ter zitting van «ja, tenzij» naar «nee, tenzij» zou mijns inziens wel moeten kunnen. Daar ligt een wereld aan gedachten achter, maar vooral de haalbaarheid in de praktijk is een belangrijk punt.

De **voorzitter**: Mij blijkt dat niemand anders nog iets wil zeggen. Dan sluit ik dit blok. We zijn ietsje uitgelopen, maar alle respect voor de sprekers, die het maximale gedaan hebben om binnen de tijd te blijven. Buitengewoon veel dank voor uw inbreng. Ik weet dat mevrouw Spies en de heer Otte moeten vertrekken. Zij krijgen via de griffie het beloofde geschenk als dank. Heel hartelijk dank voor uw komst. Ik stel voor dat we meteen doorgaan naar blok II.

Blok II: Onderzoek, rechtsbescherming en juridische aspecten

De **voorzitter**: In dit blok is het woord allereerst aan de heer Dute, bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht. U hebt vijf minuten spreektijd.

De heer **Dute**: Ik zal proberen mij zo strikt mogelijk aan de vijf minuten te houden. Het is in het bijzonder de taak van de Eerste Kamer om de kwaliteit van de wetgeving te toetsen. Een belangrijk element daarin is het bewaken van een adequaat niveau van rechtsbescherming en het voorkomen dat er op dit punt nodeloze verschillen bestaan. Wat dat betreft kan de voorliggende wetgeving de toets der kritiek niet doorstaan. Het is volstrekt onduidelijk waarom het niveau van rechtsbescherming voor enerzijds de psychiatrie en anderzijds de psychogeriatric en de verstandelijk beperkten – wij gebruiken die term tegenwoordig in plaats

van «verstandelijk gehandicapten» – zo uiteenloopt. De Wvogg kent rechterlijke toetsing vooraf van alle vormen van dwang en de Wet zorg en dwang kent alleen rechterlijke toetsing vooraf van de gedwongen opname.

Men kan zeggen dat het om onderscheiden groepen gaat met specifieke kenmerken en onderscheiden zorgbehoeften. Zeker, maar dat vereist zeker op het niveau van de zorg een verschillende benadering, maar niet op het niveau van de rechtsbescherming. Beide groepen worden immers geconfronteerd met verregaande vormen van vrijheidsbeperking en vrijheidsbeneming. Dan is voor mij de vraag waarom het niveau van rechtsbescherming voor beide groepen niet gelijkgetrokken is, dat willen zeggen voor de groep zorg en dwang niet opgetrokken naar het niveau van de psychiatrie. Of, om nog een stap verder te zetten, waarom is niet toegewerkt naar één wettelijk regime waarbij de Wvogg het uitgangspunt vormt met nuances voor verschillende doelgroepen?

In het bijzonder met de Wvogg is het vreemd gegaan. Er zijn drie uitvoerige evaluaties voor nodig geweest. Met «uitvoerig» bedoel ik dat er stapels literatuur over zijn verschenen. Je kunt er een hele boekenplank mee vullen. Drie uitvoerige evaluaties waren nodig om vast te stellen dat voor de Wet BOPZ een nieuwe regeling nodig was waarin passende zorg het uitgangspunt voor de patiënt zou zijn: de Wvogg als zorgwet. Het wetsvoorstel is in de Tweede Kamer ingehaald door de commissie-Hoekstra, die is ingesteld naar aanleiding van de moord op Els Borst. Daarbij is de focus helemaal verschoven naar de problematiek van de verwarde personen, is het OM als verzoekende partij weer van stal gehaald en dreigt de Wvogg van zorgwet te verworden tot een openbare-ordewet. Die openbare-ordeaspecten hebben er altijd in gezeten, maar dat accent komt er nu wel heel zwaar op te liggen. Die verwarde personen zijn eigenlijk de hele discussie over de wet gaan domineren. Dat is niet juist. Het OM is wederom de partij die de rechter om de zorgmachtiging verzoekt. Dat is heel opmerkelijk, want als één punt uit de drie wetsevaluaties naar voren is gekomen, dan is het wel dat het OM zijn rol onder de Wet BOPZ niet kon waarmaken. Er is uiteindelijk niemand geweest die heeft gezegd dat het OM dat wel kan. Er is geen enkele reden om te veronderstellen dat het onder de nieuwe wet anders zal zijn, alle goede beleidsvoornemens ten spijt. Ik hoorde het de heer Otte al zeggen: het OM is overbelast; geef ons alstublieft de tijd. Toen dacht ik: ja, daar gaan we al. De regierol die in de wet aan het OM wordt toegekend, zal straks een historische vergissing blijken te zijn.

Het centraal stellen van het primair op strafrecht georiënteerde OM in de Wvogg werkt uiteindelijk stigmatiserend voor de patiënten in de reguliere zorg met alle consequenties van dien voor de toegankelijkheid en kwaliteit. We zien datzelfde aspect terug in de mogelijkheid die de Wvogg biedt om in bijzondere gevallen een reguliere zorgmachtiging in de tbs-kliniek ten uitvoer te leggen. Laat het strafrecht niet de reguliere zorg binnendringen.

Ik heb nog twee punten in mijn laatste minuut spreektijd. Het eerste punt betreft het wilsbekwame verzet. Mijn boodschap is om wilsbekwaam verzet in alle gevallen te erkennen. Nu is het in artikel 2, lid 1 Wvogg zo geregeld dat wilsbekwaam verzet kan worden overruled bij acuut levensgevaar voor betrokkenen. Voor de duidelijkheid: voor wilsbekwaam verzet spreekt dat voor zich, maar voor wilsbekwaam verzet niet. Erkenning van wilsbekwaam verzet vloeit ook voort uit het VN-verdrag Handicap, in het bijzonder artikel 12.

Het tweede punt. Bij amendement is de Wzd-arts weer in de wet opgenomen. Ik denk niet dat we het daar nu uitvoerig over moeten hebben, want daar komt u in de volgende sessie uitvoerig over te spreken. Ik zou zeggen: laten we vooral daar niet aan tornen.

De **voorzitter**: Dank u wel.

Ik geef graag het woord aan mevrouw Van den Puttelaar van Wybenga Advocaten in Rotterdam.

Mevrouw **Van den Puttelaar**: Ik heb naar de wetten gekeken vanuit de invalshoek van de advocatuur en heb daarbij met name gekeken naar de rechtsbescherming en naar de mensenrechten. Ik heb niet van tevoren afstemming gehad met de heer Dute – we hebben het daar zelfs niet over gehad – maar mijn visie wijkt niet veel af van de zijne. Laat ik vooropstellen dat ik de uitgangspunten van de wet, namelijk het accent op goede zorg en continuïteit van zorg, onderschrijf. Dat is van belang voor onze cliënten en is van maatschappelijk belang. De vraag is alleen of deze wetten daar volledig aan voldoen.

Ook mijn stelling is dat dit niet het geval is. Met de heer Dute ben ik het helemaal eens dat de Wet zorg en dwang eigenlijk bijna een ongelooflijke teruggang is naar de oude krankzinnigenwet. De professional, die ongetwijfeld goedbedoelend is, krijgt weer volledig de macht. De jurist is buiten de deur alleen met betrekking tot de opname betrokken en verder helemaal niet. Qua rechtsbescherming is dat een enorme achteruitgang. Er is een enorm verschil tussen de rechtspositie van degene die is opgenomen in het kader van de Wet verplichte ggz en degene die is opgenomen onder de Wet zorg en dwang. Het betreft inderdaad een andere populatie, dus er zijn andere zorgbehoeften. We moeten ons realiseren dat het de meest zwakken in de samenleving zijn, dat het de groep is die heel slecht voor zichzelf kan opkomen en daarom de rechtsbescherming extra nodig heeft. Daarnaast is het de groep die aangewezen is op zeer langdurige zorg. In de Wet verplichte ggz kan het vaak gaan om een korte opname, maar mensen met een verstandelijke beperking zitten soms levenslang in een instelling. We weten uit de praktijk dat het met de toepassing van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen in het verleden al niet goed gegaan is in die instellingen. Ik begrijp de problematiek – daar gaat het niet om – maar er werd opgesloten, dwangmedicatie gegeven, gesepareerd en gefixeerd dat het een lieve lust was. Deze wet biedt onvoldoende zekerheid dat dit in de toekomst niet zal gebeuren.

Over de Wet forensische zorg maak ik mij ook veel zorgen. De Minister krijgt enorm veel bevoegdheden. Een groot aantal zaken moet nog bij AMvB geregeld worden. Als het gaat om de weigerende observandus is er sprake van inbreuk op de privacy van betrokkene omdat de eerdere behandelaars gedwongen worden om hun medische gegevens over hun patiënten te geven. Waarom dit allemaal? Inderdaad is er een behoorlijke wijziging gekomen naar aanleiding van het rapport van de commissie-Hoekstra in de zaak van Bart van U. Ik heb in de klankbordgroep van die commissie gezeten. Eerlijk gezegd hadden er wat betreft Bart van U. ook onder de huidige wetgeving, mits goed toegepast, geen problemen hoeven te zijn, noch in het strafrecht, noch in het civiele recht met betrekking tot de rechterlijke machtiging, mits goed toegepast.

Over de Wet verplichte ggz merk ik op dat de rol van de advocaat uitgebreid wordt. Dat is prima, maar ik vraag aandacht voor het financiële aspect daarvan, namelijk de vraag wat de kosten van de rechtshulp zijn. Dat lijkt wel heel goed, aangezien er veel rechtsbescherming is, maar die rechtsbescherming moet ook waargemaakt kunnen worden. Ik verwijs hierbij naar het mooie Salduzarrest, waaruit voortvloeit dat de verdachte heel vroegtijdig goede rechtshulp kan krijgen, maar als die niet vergoed wordt, dan heb je er niets aan en is het een dode mus.

Om meteen op de vraag van de heer Schnabel in te gaan: wat moet er gebeuren? Zo kan het niet. U ziet in beide wetten dat er nog heel veel bij AMvB geregeld moet worden. Ik vind dat bij dit soort wetten, waarin het gaat om vrijheidsbeneming, gedwongen zorg enzovoorts, geen dingen opengelaten moeten worden om die later bij AMvB te regelen. Verschil-

lende dingen moeten bij AMvB worden geregeld, maar ik zou zeggen: neem geen beslissing voordat die AMvB's er eindelijk zijn.

De **voorzitter**: Dank. Helder.

Ik geef het woord aan de heer Koekkoek, lector psychiatrische zorg.

De heer **Koekkoek**: Dank u wel voor de uitnodiging. Ik vind het goed om nog even te vermelden dat ik niet alleen werkzaam ben als onderzoeker, maar ook als sociaalpsychiatrisch verpleegkundige in de stedelijke crisisdienst. Mijn verhaal is dus gebaseerd op zowel onderzoek als praktijkervaring. Het was niet zo slim van mij om iets te laat te zijn, want dat betekent dat ik de bijdragen van mevrouw Spies en de heer Aalbersberg gemist heb. In de discussie merk ik dat het toch wel heel veel gaat over de verwarde personen. Het afgelopen jaar heb ik daar wat meer studie van gemaakt, ook omdat ik daarmee een aantal ervaringen had in de praktijk. In de media was sprake van een hooggespannen discussie daaromtrent. De heer Aalbersberg heeft helemaal gelijk dat het heel vaak gaat om mensen met allerlei verschillende problemen. Ik denk dat het heel goed is om het volgende te benoemen over de frequentie waarmee de mensen die zich onder de 75.000 meldingen in 2016 bevinden, zich hebben gemeld. Daarvan heb ik iets meer studie gemaakt. Ik heb niet zo heel veel cijfers, die bovendien niet landelijk dekkend zijn, maar het lijkt erop dat 40% van die mensen eenmalig in beeld komt, 25% van die mensen vaker dan 5 keer, van wie 10% weer vaker dan 10, 20 of 30 keer. 35% komt tussen de twee en vijf keer in beeld. Dit betekent dat het om heel verschillende groepen mensen gaat die achter al die meldingen schuilgaan. Dit betekent ook dat 40% van die meldingen eenmalig is; zo iemand komt eenmalig in beeld. In die gevallen is er niet altijd sprake van een ernstige stoornis waardoor iemand steeds weer opnieuw in beeld komt. Volgens mij hebben we het vooral over de 25% die heel vaak in beeld komt. Die mensen proberen we met wetgeving en met zorg op een goede manier te begeleiden. Dat is belangrijk, want het lijkt wel alsof de discussie en de totstandkoming van de wet voornamelijk sterk gestoeld worden op de grote cijfers en een soort one-size-fits-allbenadering van mensen. Dat vind ik toch schadelijk.

Ik ben heel blij dat de observatiemaatregel uit de wet verdwenen is. Dat komt omdat er geprobeerd wordt om via een wettelijk kader iets te regelen wat in de zorg en in de ketenzorg gedaan moet worden. Als mevrouw Spies zegt dat het niet zo kan zijn dat iemand met dementie met een inbewaringstelling wordt opgenomen, denk ik: dat klopt. Immers, de meeste huisartsen hebben dit goed geregeld met het systeem en met de verpleeghuizen of hebben dit op een andere manier in de keten geregeld. We moeten niet alles wettelijk proberen op te lossen.

Mijn belangrijkste bezwaar tegen deze wet is dan ook dat ik in een aantal jaren praktijk denk en meen gezien te hebben dat als wij dwang te makkelijk maken in de wet – ik heb het uitsluitend over de Wet verplichte ggz – het voor professionals te makkelijk wordt om niet meer heel lang door te zoeken naar andere mogelijkheden. Ik ken mijzelf en mijn collega's. Er zijn situaties waarin het gewoon heel ingewikkeld is. Dan kan het makkelijker zijn om naar dwang te grijpen als die dwang makkelijk beschikbaar is. Als er bedden zijn, gebruiken we die. Als er een observatiemaatregel is, gebruik we die. Als er allerlei andere manieren zijn om dwang makkelijk te kunnen inzetten, neigen we daartoe. Dat vind ik toch wel serieus. Ik denk dat dwang beschikbaar en toepasbaar moet zijn, maar dat het ook voldoende moeilijk moet zijn om die dwang in te zetten. Buiten de kliniek moet het onaantrekkelijk maar mogelijk zijn voor mensen of voor professionals en het systeem om iemand gedwongen op te nemen in de kliniek. Binnen de kliniek moet het zeer onaantrekkelijk zijn om nog meer dwang toe te passen. Ik maak mij met de twee voorgaande sprekers zorgen over de interne rechtspositie van mensen in instellingen.

Ik denk namelijk dat de geneesheer-directeur, die een heel centrale rol krijgt in het voorstel, niet altijd even objectief of met voldoende afstand naar de situaties van extra dwangtoepassing in de kliniek kan kijken. Hij is immers een primus inter pares onder collega's. Hij is niet meer de directeur van vroeger, maar meer een soort gelijke. Daarnaast is hij in dienst van de zorginstelling. Daarover is in de eerdere bespreking van de wet ook al over gesproken.

Samenvattend. Bij de uitvoering en de evaluatie van de wet moet worden toegezien op voldoende administratieve belasting – dat klinkt misschien een beetje paradoxaal – om het niet te makkelijk te maken om dwang toe te passen. Bij de uitvoering en evaluatie van de wet moet worden toegezien op een nauwe definiëring van de begrippen «immateriële schade» en «materiële schade». Ik vind dat nogal rekbare begrippen, waardoor het mogelijk is om makkelijker dwang toe te passen. Bij de uitvoering en evaluatie van de wet moet daarnaast worden toegezien op een voldoende onafhankelijke en actieve rol van de geneesheer-directeur, met name bij de toepassing van extra dwangmaatregelen in de kliniek en bij een tijdelijke verplichte zorg van drie dagen zonder wetsgrond.

De **voorzitter**: Dank.

Hiermee komen we weer toe aan de gedachtewisseling. We beginnen bij de heer Van Dijk.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP): Ik heb een vraag aan de heer Koekoek. De wetsvoorstellen bieden mogelijkheden voor gedwongen zorg thuis. Zijn de bepalingen daaromtrent duidelijk en werkbaar? Meer specifiek is mijn vraag of u kunt toelichten hoe in de thuissituatie goed kan worden getoetst of die behandeling thuis geslaagd is of dat de patiënt toch opgenomen moet worden.

Mevrouw **Baay-Timmerman** (50PLUS): Ik heb een vraag aan de heer Dute en mevrouw Van den Puttelaar. Heb ik goed begrepen dat uw bezwaren tegen voornamelijk de Wet zorg en dwang weggenomen kunnen worden als er vooraf een rechterlijke toetsing plaatsvindt van alle vormen van dwang?

Mevrouw **Barth** (PvdA): Ik heb een vraag aan mevrouw Van den Puttelaar. Zij gaf aan dat de zaak van Bart van U. heel veel invloed heeft gehad op dit wetgevingstraject. We kunnen dat ook zien. Zij gaf aan dat het niet zover had hoeven komen als de wet goed was toegepast. In het rapport van de commissie-Hoekstra staat heel indringend hoe de familie van Bart van U. keer op keer geprobeerd heeft om hem opgenomen te krijgen. Omdat hij dat zelf niet wilde, lukte dat niet. Kan mevrouw Van de Puttelaar toelichten waar en hoe ander handelen van welke partijen tot een andere situatie zou hebben geleid? Waar zat het lek, om het huiselijk te zeggen?

De heer **Schnabel** (D66): Ik heb een vraag voor de heer Koekoek. Mijn vraag sluit eigenlijk aan op wat er zojuist door de woordvoerder van de Raad voor de rechtspraak – ik weet niet of u er toen al was – werd gezegd. Hij zei: in de wetten staat steeds «officier van justitie», maar ergens in de toelichting staat dat het de advocaat-generaal is als het op een hoger niveau is. Dat wordt een ingewikkeld verhaal. Ik had het gevoel dat het bij de geneesheer-directeur een beetje hetzelfde verhaal wordt. Dat gaf u eigenlijk impliciet aan. In de wet wordt die uitdrukkelijk genoemd, maar bestaat hij wel? In welke vorm bestaat hij? Kun je inderdaad zoals vroeger zeggen: in het midden van het psychiatrisch ziekenhuis, onder het torentje, zit de directeur achter zijn grote bureau en die beslist over alles? U gaf al aan dat het collegialer is. Ik vind dat wel een punt, omdat die functie uitdrukkelijk in de wet genoemd staat. De vraag is echter of die functie in de realiteit nog wel bestaat en of die rol nog vervuld kan

worden. Kunt u daar iets over zeggen vanuit de praktijk of kunt u uw mening daarover geven?

De heer **Don** (SP): Ik heb vele vragen, maar ik zal me concentreren op eentje. Ik heb bijvoorbeeld ook nog een vraag voor de heer Dute, maar die stel ik misschien straks even in de pauze. Mijnheer Koekkoek, ik krijg een beetje buikpijn. U legt een verbinding tussen het professioneel werken van de professionals in de zorg en het gebruikmaken van dwang. Wat u zegt, herken ik. Op het moment dat je het instrument hebt, ga je het ook gebruiken. Nu zitten wij in een wetgevend traject. Het uitgangspunt is zorg op maat: zo min mogelijk dwang toepassen en liefst preventief werken, zo mogelijk. U kent al die mooie woorden. Hoe moet ik ermee omgaan als ik iets hierover in de Wet verplichte ggz moet gaan zetten? Hoe moet ik een koppeling maken tussen het fatsoenlijk uitvoeren van de professionele standaard en het instrumentarium? Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de politie. Je hebt een standaardmanier waarop je wilt handelen. Op het moment dat je een instrumentarium hebt en er redenen zijn om van je standaard af te wijken, ga je het instrumentarium gebruiken. Hoe moet ik die verbinding maken? Hoe moet ik reageren naar een Minister toe? Want het antwoord van de Minister kan ik al tevoorschijn toveren: nee, dat is om goed en fatsoenlijk om te gaan met het geld. Terwijl ik het volgende weet: als je een separeer hebt, ga je hem gebruiken. Ik kom zelf ook uit de zorg. Ik heb dit jarenlang zelf gedaan. Dan kun je wel zeggen dat je een administratieve belasting moet inbouwen, maar ik weet ook hoe daarop gereageerd zal worden. Daarmee plaag je alleen de professionals. Hoe pak ik dit aan?

Mevrouw **Strik** (GroenLinks): Hartelijk dank aan alle drie de sprekers. Ik sluit mij een beetje aan bij de vorige vragenstellers. U legt vrij fundamentele bezwaren op tafel in een stadium waarin wij niet meer zo heel veel invloed hebben. Daar bent u zich vast van bewust. Daarom zou ik nog iets inhoudelijks willen vragen. Eigenlijk zegt u: de professionals moeten ook meer in bedwang worden gehouden. Welke mogelijkheden ziet u daartoe, bijvoorbeeld tijdens de opname? Hoe is dat meer te reguleren? Mevrouw Van den Puttelaar gaf aan dat dit alles in ieder geval niet in werking moet treden voordat de AMvB's klaar zijn. Kunnen we dit soort dingen echt per AMvB regelen of zou dat in wetgeving moeten worden opgenomen? In het vorige blok hebben wij het gehad over een mogelijke veegwet, maar uw bezwaren zijn eigenlijk zo fundamenteel dat ik een beetje met dit punt zit. Hoe moeten wij omgaan met deze wet?

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Dank aan de sprekers voor hun inbreng. Ik heb een vraag aan mevrouw Van den Puttelaar over de Wet zorg en dwang. U doet nogal een harde uitspraak door te zeggen dat deze wet een teruggang naar de oude – hoe noemde u het ook alweer – krankzinnigenwet is. U noemt allerlei voorbeelden, zoals vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dergelijke. Natuurlijk moet je dat soort zaken echt niet onder dwang toepassen en anders moet je dat heel sterk beperken via de wet- en regelgeving die nu voorligt. Ik kijk nu even naar de psychogeriatric. Daar gaat het om mensen die iets soms nog wel weten en soms ook niet. Hun instemming of verzet is best lastig in te schatten. De wet heeft het nu bijvoorbeeld ook over alle zaken die over het algemeen dagelijks leven gaan, zoals het baden, het rondlopen en het wel of niet voeding geven, voeding weigeren of wat dan ook. Bent u niet bang dat we, als we ook dat in een rechterlijke machtiging zouden moeten opnemen, de zorg heel sterk juridiseren? Hebt u enige kijk op wat dat betekent voor de cliënten zelf? De wet wordt nu al eens wat aangepast en «geen verzet tegen maar ook geen instemming met» opname wordt door CIZ in feite al aan de rechter voorgelegd. Ik merk dat dit bij veel cliënten die het betreft tot erg veel onbegrip leidt. Zij hebben echt het gevoel:

jeetje, ik ben zo oud en heb zo lang geleefd, maar nu ik zorg nodig heb en ik niet expliciet ja gezegd heb, moet ik ineens voor de rechter komen. Dat leidt tot heel schokkende en schrijnende gevallen in de praktijk. Ik wil dit even met u aftasten. Ik wil zeker niet terug naar de krankzinnigenwet, maar slaan we ook niet te ver door als we al dit soort zaken aan de rechter zouden moeten voorleggen voor een zorgmachtiging?

De **voorzitter**: Er is een spijtopant: mevrouw Oomen. Zij wil toch graag een vraag stellen.

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Ik heb een vraag aan de heer Koekkoek. Mijnheer Koekkoek, u hebt net de frequentie van de meldingen benoemd: 75.000. U zegt daarbij dat eigenlijk maar een kwart van de meldingen vaker voorkomt. Dat zijn de recidiven waar je echt op in zou moeten gaan. Daarmee bagatelliseert u misschien een klein beetje de meldingen en zegt: de helft doet maar één keer een melding en je moet dus niet het zware instrumentarium inzetten dat nu in de wetgeving wordt voorgelegd. Daar zou ik een tegenvraag over kunnen stellen. Ook al is het maar één keer, dan zou het toch heel ernstige consequenties kunnen hebben. Hoe gaat u daarmee om? Hoe wilt u dat wij daarmee omgaan?

De **voorzitter**: Dank. Eerst ga ik even naar mevrouw Van den Puttelaar en dan naar de heer Koekkoek. Er is ook een vraag gericht aan de heer Dute, dus ik eindig met hem.

Mevrouw **Van den Puttelaar**: De eerste vraag ging over het lek. Hoe had de situatie in de zaak-Bart van U. kunnen worden voorkomen? Die situatie liet zien dat de familie inderdaad aan de bel trok en geen gehoor kreeg. De wet biedt de mogelijkheid om de familie te horen. In de praktijk blijkt dat dit bijna nooit gebeurt. Maar de wet heeft die mogelijkheid. De officier van justitie had hier een goede rol in kunnen spelen. Als de politie de familie bij zo'n dwangopname geweest had op de mogelijkheid dat zij haar informatie aan de officier van justitie kon geven, was die bij de rechter terechtgekomen en had hij daarin aanleiding gevonden om die familie te horen. Die mogelijkheid biedt de wet, maar we gebruiken die niet. Het tweede is dat de geneeskundige verklaring die de basis vormt voor een dwangopname, vaak heel slecht ingevuld wordt. Het zijn invulformulieren die ruimte laten voor nadere toelichting, maar ze zijn vaak zo rudimentair dat je er gewoon geen kant mee op kunt. Dat leidt ertoe dat mensen soms ten onrechte wel worden opgenomen en soms ten onrechte niet worden opgenomen. Dus de kwaliteit daarvan is van heel groot belang.

De **voorzitter**: De andere vraag ging over de AMvB en de dingen in de wet.

Mevrouw **Van den Puttelaar**: Niet alles kun je met AMvB's oplossen. In de wet staat alleen dat de accommodatie waarin mensen kunnen worden opgenomen en behandeld, met een AMvB geregeld kan worden. Wij weten niet of dat de RIBW's zullen zijn of de gezinsvervangende tehuizen. Wij weten niet welke instellingen daar nou allemaal onder vallen. We hebben geen idee. Dat soort zaken zullen we moeten weten voordat we een beslissing kunnen nemen over de wet, zo vind ik. De reikwijdte van de wet is niet geheel duidelijk. Het is ook niet geheel duidelijk welke groepen er precies onder vallen. Dat zijn zaken die de AMvB's duidelijk moeten maken. Die liggen al heel lang op de plank, maar we hebben die nog steeds niet. Dat neemt het fundamentele bezwaar tegen de Wet zorg en dwang niet weg, namelijk dat de rechtsbescherming ontbreekt bij de geriatrische patiënten en bij de mensen met een beperking. Dat kun je niet met een AMvB regelen. Dat moet gelijk gesteld worden aan dat van

mensen met een geestelijke stoornis. De vraag was: maak je het dan niet allemaal te juridisch? Ik zal niet zeggen dat er een rechterlijke toetsing moet komen op het aantal douchemomenten dat mensen hebben. Daar gaat het niet om. Het gaat om dwangtoepassing in de zin van vrijheidsbeneming, fixaties, dwangmedicaties en dwangvoeding. Om die dingen gaat het. Daar moet echt een rechterlijke toetsing op zijn. Ik weet van het veld dat er veel bezwaren zijn, zelfs ook tegen een patiëntenvertrouwenspersoon. Nu is er een cliëntenvertrouwenspersoon. Ik zou zeggen: sluit aan bij wat we hebben. We hebben ervaren patiëntenvertrouwenspersonen. Die zijn onafhankelijk. Zij staan buiten de kliniek. Waarom zouden we overgaan tot iemand die je zelf moet gaan betalen? Maar goed, dat zijn allemaal minder belangrijke punten. Daar doen we waarschijnlijk niets meer aan. Maar met name de rechtspositie vind ik heel belangrijk.

De **voorzitter**: Wilde u nog iets zeggen over de relatie met de krankzinnigenwet? Of is dat impliciet al aan de orde geweest?

Mevrouw **Van den Puttelaar**: Daarbij was de vraag ook weer of het nodig is om iemand te horen. Dat vond men ooit allemaal niet nodig. De professional bepaalde wat goed was voor de patiënt. Dat is een beetje terug naar af.

De **voorzitter**: Helder. Het woord is aan de heer Koekkoek. Er waren veel vragen aan u.

De heer **Koekkoek**: Ja, ik probeer ze gebundeld te beantwoorden. Ik had gehoopt en gedacht dat de Wet verplichte ggz – want daar heb ik het steeds over – meer een behandelwet zou worden dan de Wet BOPZ. Ik denk dat dit deels zo is. Ik ga daarmee in op uw vraag, mijnheer Van Dijk. Maar ik denk ook dat het openbareordedebat van de afgelopen jaren een deel van de wet gekaapt heeft en dat er daardoor minder behandeling in zit en meer openbare orde.

Mevrouw Oomen, nu kom ik terug op uw vraag. Mijn opmerking over de meldingen is meer bedoeld ter nuancering van het getal 75.000 dan dat ik daarmee wil zeggen dat er niets aan de hand is met mensen die eenmalig in beeld komen. Ik wil steeds maar de nuancering aanbrenge in die 75.000 meldingen. Een groot aantal burgemeesters dat ik vorige week sprak, zei: wij weten in onze gemeenten wie de individuen zijn die voor het hoge aantal meldingen zorgen. Wij weten wie de mensen zijn die regelmatig in beeld komen, en wij weten ook op wie wij onze inspanningen moeten richten. Dat zal in grote steden waarschijnlijk anders zijn, want dit waren de burgemeesters van wat kleinere gemeenten. Maar het is toch nog belangrijk om steeds verschil te maken tussen meldingen en personen. Als het over personen gaat, gaan de discussies tussen de zorg en bijvoorbeeld politie en Openbaar Ministerie met name over de mensen die veelvuldig in beeld komen. Mijn ervaring in de praktijk is dat het heel moeilijk is om iets te creëren bij mensen die geen duidelijke psychische stoornis hebben, maar die wel voor overlast zorgen en zichzelf of anderen ernstig in de problemen brengen. Dat lukt wel als het Openbaar Ministerie en de zorg nauw samenwerken, maar dergelijke zaken hebben bij het OM geen hoge prioriteit. Dat heeft mogelijk met capaciteit te maken. Het is dus heel vaak lastig om voor maatwerk te zorgen. Volgens mij kan het onder de huidige wetgeving wel, maar dat vraagt veel.

Ik kom terug op de vraag over de thuisbehandeling. Die is volgens mij minder duidelijk beschreven in de wet. Ik vond dat zelf wel wat teleurstellend. Op dit moment komt het er meestal op neer dat we iemand voorschrijven of verplichten om medicatie te nemen en als iemand dat niet doet, loopt hij het risico om opnieuw te worden opgenomen. Daarnaast kan er in de aanwijzingen een aantal gedragscriteria worden geformuleerd op basis waarvan met name de professional bekijkt of er

wel of geen heropname geïndiceerd is. Dat gebeurt met name door professionals en wij kunnen dat redelijk in de gaten houden. Mijnheer Schnabel, de geneesheer-directeur is volgens mij inderdaad een andere dan vroeger. Het is niet meer vaak een man die op de hoofdlocatie zit. Op verschillende locaties zijn dat verschillende personen geworden. Vaak zijn het psychiaters die ook diensten moeten delen met hun collega's als die ziek zijn of die moeten inspringen als het nodig is. Dit betekent dat de geneesheer-directeur vaak geen heer is en vaak ook geen directeur meer. De eerste geneeskundige is dus afhankelijk van de collega's die hij of zij ook weer de maat moet nemen. Ik kan mij voorstellen dat dat niet altijd gemakkelijk is, want er zijn situaties waarin hij of zij erg afhankelijk is.

De heer **Schnabel** (D66): Ik hoop dat u zich realiseert dat het, als u dat zegt, niet zozeer erom gaat het geen heer hoeft te zijn, maar dat de functie die in de wetgeving bijna als sleutelfunctie omschreven staat, op deze manier eigenlijk heel ingewikkeld wordt om uit te oefenen. Dat zal nog heel wat gedoe met zich meebrengen. Wie is dan wanneer in die positie – want daar komt het uiteindelijk op neer – en hoe moet dat geregeld worden? De wet gaat ervan uit dat dat allemaal heel duidelijk is, maar dat is het dus niet meer. In die zin zie je de oude krankzinnigenwet hierin gereproduceerd. Ik vind dat echt een punt, ook voor onze overwegingen over de kwaliteit en uitvoerbaarheid van wetgeving. U refereert sterk aan een uitvoerbaarheidspunt.

De heer **Koekkoek**: Wellicht ben ik onduidelijk. Er zijn wel degelijk psychiaters aangewezen als eerste geneeskundige. Zij hebben die rol. Zij hebben die functie, maar zij functioneren veel meer in een systeem van gelijken dan vroeger.

Dan kom ik bij de laatste vraag, de vraag van de heer Don over het in bedwang houden van professionals. Mijn standpunt daarover is ontstaan op basis van de praktijk en van onderzoek. Als we met elkaar een gesloten systeem creëren – en dat doen we in gesloten afdelingen of in ziekenhuizen waar weinig mensen van buiten komen kijken – wordt dat systeem buitengewoon kwetsbaar voor machtsmisbruik. Het ligt er niet aan dat de mensen daarop uit zouden zijn of dat het allemaal zo verschrikkelijk slecht geregeld is, maar het heeft iets te maken met een gesloten systeem. In de wet is nu niet opgenomen dat er geregeld toetsing, toezicht of consultatie van buitenaf zou moeten zijn, bijvoorbeeld na een periode van een x-aantal dagen of weken dwangtoepassing. Wij hebben in Nederland het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Dat doet altijd uitstekend werk, maar wordt pas ingeroepen op het moment dat dwangsituaties volledig geëscaleerd zijn. Als die mensen ingevlogen worden, zeggen zij: jongens, jullie zijn hier wel erg vastgelopen met elkaar; had ons wat eerder gebeld. Ik denk dat het onderdeel dat je verplicht een onafhankelijk iemand van buiten de instelling moet invliegen om te kijken naar situaties die lang voortduren en waarin mensen heel erg kwetsbaar zijn, misschien wel in de wet moet worden geregeld.

De **voorzitter**: Tot slot de heer Dute.

De heer **Dute**: Ik realiseer me dat ik de vraag van de heer Schnabel – dat is natuurlijk de hamvraag – nog niet in alle scherpheid heb beantwoord. U vermoedt misschien wel waar dat wat mij betreft naartoe gaat. Ik denk niet dat dit hele wetgevingscomplex nog te redden is met een veegwet, want dan gebeurt eigenlijk hetzelfde. Dan gaan we weer morrelen aan een wetsvoorstel waaraan al zo veel gemorreld is. Daar wordt de kwaliteit van de wetgeving meestal niet beter van. Ik heb een aantal maanden terug in een redactioneel tijdschrift voor gezondheidsrecht ervoor gepleit om dit hele complex terug te sturen naar de tekentafel. Ik denk dat ik pas over

tien of vijftien jaar gelijk zal krijgen – maar goed, ik hoop dat u dan nog leeft – maar ik voorzie dat we een herhaling krijgen van wat we bij de Wet BOPZ hebben gehad. De Wet BOPZ heeft een wordingsgeschiedenis van 21 jaar gehad. Aan die 21 jaar zitten we hier nog niet. Maar toen de Wet BOPZ in werking trad, was die eigenlijk allang verouderd. Wij hebben drie evaluaties gedaan en uitvoerige studies. Daar zijn allerlei ideeën uit voortgekomen en nu hebben wij eindelijk een nieuwe wet. Ik denk dat die hetzelfde lot is beschoren. Misschien moeten we ook stilstaan bij het idee dat wij hier te maken hebben met een sector die je niet een, twee, drie juridisch kunt regelen. Misschien zou dat ook iets meer de lijn der gedachten moeten zijn bij het opzetten van een nieuwe regeling die wat mij betreft veel soberder zou moeten zijn. Je moet inspringen waar rechtsbescherming nodig is, maar tegelijkertijd onderkennen dat we hier te maken hebben met zorgwetgeving en dat zorgprofessionals in belangrijke mate zelf kunnen en moeten bepalen hoe zij moeten optreden. Dat was ook een punt van de Wet BOPZ: dat deze veel te gedetailleerd zou zijn. De Wvvgz – daar breek je altijd weer je tong over – beslaat inmiddels ook 100 pagina's. Dan hebben we nog de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg. Ook komen er nog allerlei AMvB's. Het wordt dus een geweldig ingewikkelde regelgeving. Wat dat betreft zijn we niet vooruit maar achteruit gegaan. Ik herhaal dat de officier van justitie niet thuis-hoort in de zorgwetgeving; dan heb ik het met name over de Wvvgz. De officier van justitie kan daar zijn rol niet waarmaken. Justitie is georiënteerd op het strafrecht en niet op de zorg. Zij begrijpt ook niet zo veel van die sector. Dat neem ik justitie helemaal niet kwalijk, want dat is haar rol helemaal niet. Schoenmaker, blij bij je leest. De plaatsing van deze figuur als een spin in het complexe web van wetgeving zal een historische vergissing blijken te zijn, zoals ik zo-even al zei.

De **voorzitter**: Dank u wel. Veel dank aan alle sprekers. We lopen tot nu toe elk blok 5 minuten uit, dus ik sta geen vragen meer toe. Het is wel belangrijk dat wij, nu deze externe sprekers er zijn, maximaal gebruikmaken van hun expertise. Dat is wel even nodig. Ik stel voor dat we aan de pauze beginnen en dat we om 10.55 uur – dat is iets later dan aangekondigd in het programma – weer verdergaan. Ik hoop dat u dan allen weer hier ter plekke wilt zijn.

Blok III: Zorgpartijen

De **voorzitter**: Beste mensen, zoals gezegd zijn wij gewend om met Apple time te werken. We zouden om 10.55 uur verdergaan en het is 10.55 uur. Ik stel dus voor dat wij weer beginnen. Ik heet de nieuwe sprekers welkom – fijn dat u er allemaal bent – evenals, opnieuw, de Kamerleden en de belangstellenden van het ministerie. Wij beginnen meteen zonder verdere inleiding. U kent het principe: u hebt allemaal 5 minuten spreektijd, maar het belletje gaat na 4 minuten; dan weet u dat u nog 1 minuut hebt. Het is heel fijn als u binnen de tijd blijft. Wilt u, als u spreekt, de microfoon aanzetten en, als u uitgesproken bent, de microfoon weer uitzetten? Ik geef als eerste het woord aan de heer Prinsen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die recht tegenover mij zit.

De heer **Prinsen**: Voorzitter. Mijn naam is Elnathan Prinsen. Ik ben hier als voorzitter van de Commissie Wet- en Regelgeving van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. In mijn dagelijks werk ben ik psychiater van een IHT-team (Intensive Home Treatment team). Dat is een crisisteam dat poogt om met opnamevervangende crisiszorg thuis een opname te voorkomen. In die hoedanigheid moet ik bijna dagelijks een oordeel vellen over nut en noodzaak van gedwongen zorg bij ernstig zieke mensen. In die hoedanigheid zie ik ook hoe intensieve ambulante zorg in de omgeving van mensen leidt tot het voorkomen van gedwongen zorg.

Tegelijkertijd merk ik de enorme druk die door andere partijen op hulpverleners gelegd wordt om ongefundeerd informatie te delen en om vooral mensen op te nemen die overlast veroorzaken. Vanuit het professionele veld en uiteraard vanuit de patiëntenbeweging is er de druk om zo min mogelijk dwang toe te passen. Hierdoor komt de hulpverlener per definitie in het defensief.

Al in de Tweede Kamer hebben wij opgemerkt, zoals in de vorige rondes ook is benoemd, dat de Wet verplichte ggz het karakter heeft gekregen van een beveiligingswet, vooral naar aanleiding van een incident en het rapport van de commissie-Hoekstra. Dit blijkt uit vele punten. Ook is er discussie over de onbegrijpelijke en verwarrende term «verwarde personen». Ik heb nu de mogelijkheid om te reageren op dingen die hierover gezegd zijn. Gelukkig is hierover ook een vraag gesteld. Er is gevraagd naar de 70/30%-verhouding, die verbazingwekkend genoeg niet herkend werd door de politie en de burgemeester, terwijl de politie zelf, bij monde van de heer Aalbersberg, aangaf dat zij 6.000 mensen in Amsterdam het kenmerk E33 gaf; van deze groep brengt zij slechts 2.000 mensen naar de opvang. Dat is precies een derde van dat aantal mensen. Daar zien we de 70/30%-verhouding terug. We weten dat van de mensen die bij een opvang terechtkomen ongeveer 20% uiteindelijk wordt opgenomen; dat is dus 5% van het totaal van de mensen die het kenmerk «verwarde persoon» krijgen. Niet al deze mensen worden gedwongen opgenomen. Deze wet gaat dus niet over verwarde personen, maar over mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, die door die stoornissen niet altijd in staat zijn om toestemming te geven voor noodzakelijke zorg. Dat veiligheid een belangrijke rol speelt, blijkt uit het feit dat veiligheid in een adem genoemd wordt met de aloude drieslag van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Waarom veiligheid niet onder deze eerdere genoemde punten valt en er nu extra bijkomt, is onduidelijk. Er is reeds gesproken over de rol van de officier van justitie, die primair vanuit het strafrecht komt. Zelfs de rol van de politie neemt enorm toe. Zoals bekend, kan eenieder bij het college van burgemeester en wethouders een verzoek indienen om de noodzaak van verplichte zorg te onderzoeken, waarna een meldpunt een oriënterend onderzoek kan doen. Echter, de politieambtenaar kan, los hiervan, ook zelf een aanvraag indienen bij de officier. Dat is volstrekt bijzonder. Ook kan de politieambtenaar aanwezig zijn bij de rechtszitting, waarbij hij én invloed krijgt op het rechtsproces én heel veel informatie krijgt, terwijl zojuist gezegd werd dat de informatievoorziening eenzijdig is. Wij vinden juist dat er veel informatieplichten beschreven worden: het zijn geen uitwisselingsmogelijkheden, maar uitwisselingsplichten. Het zijn plichten, zonder dat iemand nog kan wegen of het proportioneel en doelmatig is en of het patiëntenbelang en het maatschappelijk belang überhaupt gediend zijn met deze informatie-uitwisseling. Daarbij gaat het om zowel de blauwe kolom, de politie, als het Openbaar Ministerie, om zowel het inlichten van de burgemeester bij het beëindigen van gedwongen zorg, terwijl het doel volstrekt onduidelijk is en het enkel tot zinloze discussie kan leiden, als het verplicht informeren van een echtgenoot, zonder dat iemand kan wegen of er misschien op dat moment een echtscheidingsprocedure loopt. De Eerste Kamer stelt vooral de vraag naar de samenhang tussen de voorliggende wetten. De heer Dute heeft hier al uitgebreid over gesproken. Ik sluit mij daar grotendeels bij aan. Zorg is geen straf. De zorgmachtiging die opgelegd kan worden door een strafrechter heeft een principieel ander karakter dan een zorgmachtiging opgelegd door een civiele rechter. Het is dan namelijk de Minister van Justitie die moet besluiten over verlof en ontslag en de patiënt krijgt, samen met de naastbetrokkene, geen gelegenheid tot het maken van een eigen plan van aanpak. Hiermee worden strafrecht en civiel recht op een principieel verkeerde manier met elkaar verward. Over de samenhang tussen de Wet zorg en dwang en de Wet forensische zorg wil ik nog kort het volgende

zeggen. Heel vaak komen psychiatrische stoornissen voor in combinatie met psychogeriatrische aandoeningen of een verstandelijke handicap, waardoor het lang niet altijd duidelijk is welke wet het meest toepasbaar is. Wel maakt die beslissing heel veel uit omdat, zoals reeds genoemd, de rechtsbescherming en de rechtspositie van patiënten totaal anders zijn. Ik wil nog kort iets zeggen over de praktische uitvoerbaarheid. Eigenlijk is de Wet verplichte ggz geschreven met één groot landelijk ICT-systeem in het achterhoofd. Binnen dat systeem zou informatie uitgewisseld moeten worden en zouden allerlei actoren verschillende autorisaties moeten krijgen voor het uploaden en downloaden van informatie, maar nu al zeggen experts van het ketenprogramma dat het wellicht onmogelijk is om dit systeem überhaupt te bouwen en dat het, als het al te bouwen is, zeer veel tijd en geld zal kosten en dat het zeer de vraag zal zijn wie er inhoudelijk en financieel voor verantwoordelijk is.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik ga meteen door naar de volgende spreker, de heer Van Dijk, van ActiZ.

De heer **Van Dijk**: Voorzitter. Mijn naam is Karel van Dijk. Ik vertegenwoordig inderdaad ActiZ, de brancheorganisatie van aanbieders van ouderenzorg, verpleging, verzorging en thuiszorg. U hebt van mij via de mail een paper gekregen; daar zat een plaatje bij. Hoewel de voorzitter aan het begin zei dat dit een papierloos parlement is, ben ik toch zo vrij geweest om ook een gedrukte versie van dat plaatje aan u mee te geven. Dat is altijd handig. Het plaatje maakt, denk ik, duidelijk waar voor ActiZ het probleem zit. Het maakt inzichtelijk wat inmiddels in zo'n 2.000, 2.500 bladzijden vervat is; dat is de totale stapel papier die inmiddels benodigd is voor deze drie wetsvoorstellen samen.

De Tweede Kamer heeft veel tijd nodig gehad voor de behandeling van de wet. Het begon goed, acht jaar geleden. Het Wetsvoorstel zorg en dwang, zoals dat toen werd ingediend, kon destijds op steun van ActiZ rekenen. Het sloot aan bij de praktijk. Wij vonden het een goed wetsvoorstel, een verbetering ten opzichte van de BOPZ. Vele nota's van wijziging volgden echter. Ook de harmonisatie met de Wvvgz heeft tot ingrijpende wijzigingen van het Wetsvoorstel zorg en dwang geleid. Het wetsvoorstel is in omvang bijna verdubbeld en de oorspronkelijke opzet is nauwelijks nog herkenbaar. Het zal de Kamer dan ook niet verbazen dat de slotsom van mijn betoog zal zijn dat ActiZ het wetsvoorstel in de huidige vorm niet meer steunt. Het is te complex, te ingewikkeld geworden.

Ik denk dat ik het best duidelijk kan maken wat er gaat veranderen als ik dat toelicht aan de hand van het plaatje. Op plaatje 1 ziet u de huidige situatie. Om wie gaat het in de meeste gevallen? Het gaat om de cliënt. Die komt op ieder plaatje voor. De cliënt is in hoofdzaak iemand die een indicatie heeft gekregen voor langdurige zorg omdat hij een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening heeft. Zo'n indicatie geeft het CIZ af als gebleken is dat iemand een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, zeker als bij iemand is vastgesteld dat hij door zware regieproblemen voortdurende begeleiding of overname van taken nodig heeft. Dat zijn de indicatiecriteria van de Wlz (Wet langdurige zorg). Kortom, het gaat in de Wet zorg en dwang om mensen die soms tegen zichzelf beschermd moeten worden om ernstig nadeel voor henzelf of anderen te voorkomen. Op het plaatje ziet u verder om de tafel iemand die de cliënt bijstaat – meestal is dat de mantelzorger; we hebben haar nu de naaste genoemd – en twee mensen die de cliënt desgewenst kunnen adviseren, namelijk de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuner. Aan de andere kant zit degene die het zorgplan opstelt, waarin soms onvrijwillige zorg wordt opgenomen. In de regel is dit in onze sector een verzorgende op niveau 3. Op de achtergrond ziet u de BOPZ-arts, zoals wij hem noemen; in de wet heet hij geneesheer-

directeur. Deze houdt toezicht op de verlening van onvrijwillige zorg. Zoals gezegd geeft het eerste plaatje de huidige situatie aan. In het tweede plaatje hebben wij geschetst hoe de zorgplanbespreking eruit gaat zien als de Wet zorg en dwang straks van toepassing wordt. Tijdens het tweede blok van deze bijeenkomst kreeg ik even de indruk dat niet helemaal goed wordt ingeschat hoe goed dat gewaarborgd is in de Wet zorg en dwang. De cliënt en de naaste zitten er nog steeds. Achter hen begint het wat druk te worden: de klachtenfunctionaris en de cliëntondersteuner zijn gebleven en de cliëntvertrouwenspersoon is als derde adviseur ten tonele verschenen. Dat is opvallend, want in 2011 nam het ministerie nog het standpunt in dat het niet wenselijk was om extra functionarissen te introduceren voor bijstand en advies aan cliënten. Niettemin bracht de Wlz ons in 2015 de cliëntondersteuner, bracht de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) ons in 2016 de klachtenfunctionaris en voegt de Wzd daar nu de cliëntvertrouwenspersoon aan toe. Dit voor een sector waarin juist op deze functionarissen in de praktijk niet vaak een beroep wordt gedaan en je veel meer moet kijken naar de kwaliteit van zorg en niet moet wachten op reacties via klachten.

Of de verzorgende straks nog aan tafel zit, weten wij niet. Dat hangt af van wat hierover in de uitvoeringsregeling zal komen te staan. In de Wzd wordt zij aangeduid als zorgverantwoordelijke, maar heel veel verantwoordelijkheid wordt haar niet meer toevertrouwd: zij moet vier professionals, die achter haar op het plaatje staan, betrekken bij de besluitvorming. Allereerst is dat de deskundige voor een andere discipline. Met hem moet zij overleggen over de vraag of onvrijwillige zorg voorkomen moet worden. Kan dat niet en gaat het om ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg, dan moet zij instemming vragen van de bij de zorg betrokken arts om de onvrijwillige zorg toch in het zorgplan op te kunnen nemen. Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger het niet eens is met opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan – dat is per definitie het geval bij onvrijwillige zorg – moet bovendien advies ingewonnen worden van de externe deskundige. Tot slot moet zij het hele zorgplan ter beoordeling voorleggen aan de zogeheten Wzd-arts. Deze beoordeelt of onvrijwillige zorg eigenlijk wel nodig is en of het veronderstelde ernstige nadeel inderdaad voorkomen kan worden met de onvrijwillige zorg die in het zorgplan is opgenomen.

De **voorzitter**: U bent door uw spreektijd heen. Ik zie nog een heel blok. Wilt u gaan afronden?

De heer **Van Dijk**: Mag ik nog één ding zeggen? Ik zal niet vertellen hoe het gaat volgens het Wvvgz-model en de rechter; daar komen we vast nog over te spreken. Ik wil het echter een naam geven. Voor wat zich in de Wzd heeft voorgedaan, heeft Rembrandt Zuijderhoudt bij de presentatie van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg een term geïntroduceerd, namelijk: BOPZ-itis. Volgens hem is BOPZ-itis iets wat je helaas ziet in wetgeving over dwang: het wordt steeds groter en complexer en leidt tot een wildgroei aan regels. Wat ActiZ betreft, is de Wzd daaraan bezwaken.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik ga meteen door naar de volgende spreker, de heer Bluminck van de VGN.

De heer **Bluminck**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor de gelegenheid om hier namens de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland mijn inbreng te doen. Die gaat met name over de Wet zorg en dwang. Ook voor de VGN geldt dat wij aanvankelijk best tevreden waren met de Wet zorg en dwang, zoals die toen gemaakt was. Het was een op de sector en doelgroep toegesneden wet, waarbij aan de hand van een stappenplan beslist werd

over de toepassing van onvrijwillige zorg, eerst met interne deskundigen van andere disciplines, daarna met externe deskundigen, om te zien of onvrijwillige zorg zo stapsgewijs kon worden afgebouwd. Dat sluit heel goed aan bij de ontwikkelingen in de sector, met name omdat we sinds 2009 met grote inspanning en ook met groot succes – dat durf ik wel te zeggen – erin zijn geslaagd om onrustbanden en dwangmedicatie af te bouwen. Ze worden nog steeds gebruikt, maar er is een goede ontwikkeling gaande. De Wet zorg en dwang sluit daar eigenlijk heel goed op aan. Aandachtspunt toen was wel het volgende. Voor alle vormen van onvrijwillige zorg moet het stappenplan en dus ook de registratie worden gevolgd. Dat moet dus niet alleen voor dwangmedicatie, uiteraard, maar ook voor de wat eenvoudigere afspraken over leef- en gedragsregels als roken en drinken en sociale contacten. Ook daarvoor moeten het stappenplan en registratie worden gevolgd. Dat was toen al een aandachtspunt, maar wij konden daarmee goed uit de voeten. Eerlijk gezegd heeft de harmonisatie, alle goede bedoelingen ten spijt, wat ons betreft geleid tot een behoorlijke verslechtering van de uitvoerbaarheid van de wet. Wij maken ons daar ook echt grote zorgen over. Ik zal zo een aantal voorbeelden geven. Misschien is het ook goed om te melden dat de huidige Wet zorg en dwang eigenlijk geen integrale memorie van toelichting kent. Het is een heel ingewikkeld document geworden. Er staan wijzigingen in die voortkomen uit nota's van wijziging die daarin zijn opgenomen zonder enige toelichting over de manier waarop je die moet lezen. Dat maakt het voor de beoordeling van de uitvoerbaarheid bijzonder ingewikkeld: het is moeilijk om goed te begrijpen wat er staat en hoe je het moet lezen. Ik denk dat er een mooie rol ligt voor de Kamer om hierop aan te dringen. Wellicht biedt het ook een kader om de uitvoerbaarheidsvraagstukken nog te beantwoorden. Ik heb nog een paar inhoudelijke punten. De introductie van de Wzd-arts – daar is net even naar verwezen – die toezicht houdt op het stappenplan en de vrijheidsbeperking was voor ons een nieuwe figuur. Die is ook pas heel laat opgekomen in de wetgeving. Nu houdt uitsluitend de arts hier toezicht op, maar in de gehandicaptenzorg liggen juist vaak niet-medische overwegingen ten grondslag aan vrijheidsbeperkende maatregelen. Als de overwegingen medisch zijn, is het uiteraard de arts, de AVG'er (Arts voor Verstandelijk Gehandicapten) in dit geval, die besluit om daar toezicht op te houden, maar vaak gaat het om gedragskundige overwegingen die vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk maken. Wat ons betreft zou een gedragskundige – denk bijvoorbeeld aan een gz-psycholoog – ook prima in staat zijn om dat toezicht daarop vorm te geven. Door nu uitsluitend de arts in die positie te brengen, doen we iets niet goed ten opzichte van andere beroepsgroepen in de sector. Wij zouden dus heel graag een en/of-bepaling in de wet hebben gewild, maar dat is ons helaas niet gegeven geweest. Het sluit gewoon slecht aan bij de praktijk van de sector. De figuur van de Wzd-arts leidt overigens ook tot vragen over de verantwoordelijkheidsverdeling, want hoe moeten we de verantwoordelijkheidsverdeling zien tussen het bestuur van de zorgorganisatie en de Wzd-arts? Het introduceert eigenlijk een nieuwe verhouding tussen beide lagen. Dat is nieuw in de sector. Het is ons niet helder hoe dit uitgewerkt zou kunnen worden. Ik weet niet of het een probleem is, maar het is in ieder geval nieuw en niet echt goed doordacht; althans, die indruk hebben wij.

De vertegenwoordiger van ActiZ heeft al verwezen naar de positie van de zorgverantwoordelijke. Dat geldt in de gehandicaptensector zeker ook. Het is een beetje onduidelijk. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat het aan de organisatie zou zijn om te bepalen wie de uitvoering ter hand zou kunnen nemen. In de gehandicaptensector is dat vaak een persoonlijk begeleider, iemand met een mbo-profiel. Die is daar over het algemeen ook prima toe in staat. Onze zorg bestaat hieruit: er komt een AMvB waarin komt te staan dat straks alleen nog academisch geschoolde

mensen tot zorgverantwoordelijken kunnen worden benoemd. Dat zou een gigantische uitvoeringsproblematiek met zich meebrengen. Een laatste opmerking over de registratielast. Ik meldde eerder al – en dit geldt voor alle vormen van vrijheidsbeperking – dat het stappenplan wordt gevolgd en dat daarmee ook de registratie moet worden gedaan. In het oorspronkelijke wetsvoorstel was voorzien in een algemene maatregel van bestuur waarin de optie werd geboden om een limitatieve lijst te maken van de gevallen die worden geregistreerd en bij de IGZ gemeld. Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) heeft kort geleden aanbevolen om daarin een selectie te maken van wat wanneer wordt geregistreerd. Dat zou de uitvoeringslast zeker ten goede komen, want sommige maatregelen zijn meer gericht op beschermen dan dat zij schaden. Dat zou ons enorm helpen. Het geheel overziend, meen ik dat de wet zoals die nu voorligt, niet goed uitvoerbaar is door de sector. Het heeft onze voorkeur om aan die uitvoerbaarheid te werken en daarin verbeteringen aan te brengen. Als dat niet lukt, ben ik bang dat de tekentafel dreigt.

De **voorzitter**: Hartelijk dank. Ik ga meteen door naar de volgende spreker, mevrouw Van Putten van GGZ Nederland.

Mevrouw **Van Putten**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging voor deze bijeenkomst. Ik spreek inderdaad namens GGZ Nederland die als branchevereniging voor ggz-organisaties al die jaren actief heeft meegedacht om te komen tot een opvolger van de Wet BOPZ. Wij hebben een position paper gemaakt die bij u bekend is. Wij zijn blij dat de Eerste Kamer de drie wetten in samenhang bekijkt. GGZ Nederland stelt dat er grote behoefte is aan wetgeving die aansluit bij de praktijk van ambulante behandelen en begeleiden. Dat kan ik als bestuurder van GGZ Noord-Holland-Noord beamen. Juist omdat de Wet verplichte ggz een behandelwet is in plaats van een opnamewet is GGZ Nederland dan ook voorstander van de Wet verplichte ggz. Verder zien wij dat met de aanbevelingen van de commissie-Hoekstra de positie van familie en naasten is verbeterd en dat er meer aandacht is voor informatie-uitwisseling in de keten. Daar zitten direct ook wel knelpunten. Die zijn ook goed verwoord door de heer Prinsen van de NVVP. Ik sluit daarbij aan met name als het gaat om de intentie van de wet, die onder invloed van de actuele ontwikkelingen verschoven lijkt te zijn van een behandelwet naar een wet die meer is gericht op beveiliging. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat een wet door incidenten wordt bepaald? Zorg is geen straf, zei hij ook al. Plaatsing met een zorgmachtiging in een instelling door de strafrechter geeft een vermenging van strafrecht en civielrecht, rechtsongelijkheid en tevens ook veel problemen in de uitvoering. Ook dat is door vorige sprekers al gezegd. Ik sluit aan bij de inbreng van de NVVP over de informatieplicht in relatie tot privacy. Daar moet echt goed naar worden gekeken. In het kader van de relatie tussen de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang delen wij de aanbeveling van ZonMw om in de toekomst tot één Wet verplichte zorg te komen. Harmonisatie draagt bij aan administratieve lastenverlichting en het oplossen van de rechtspositionele onduidelijkheden en ongelijkheid die al zijn benoemd. Het zou bovendien de samenwerking ten goede komen. Ik merk hierbij op dat het om twee verschillende groepen patiënten gaat en dat volledige samenvoeging waarschijnlijk niet haalbaar en misschien ook niet wenselijk is, hoewel er natuurlijk ook veel overlap is. Wij zien de Wvvgg daarbij dan mogelijk als een kaderwet. Dit betekent niet dat de behandeling van deze wet moet worden opgeschort. GGZ Nederland vindt het te belangrijk dat patiënten, familie en naasten, in de ggz verbeterde wetgeving krijgen voor zorg in een gedwongen kader en dat wij van een opnamewet naar een behandelwet

gaan. Wij hebben wel vragen en opmerkingen over de uitvoerbaarheid van de voorliggende wet; die zijn ook opgenomen in onze position paper. Ik vraag speciale aandacht voor een aantal zaken dat volgens GGZ Nederland van essentieel belang is om de doelstelling van deze wet te kunnen behalen. Alle actoren moeten worden geschoold in nieuwe procedures, werkwijze en manieren om dwang en drang terug te dringen; het is al eerder gezegd. Om dat te bewerkstelligen, ontbreekt het momenteel aan financiering. De kosten voor scholing kunnen niet uit de bestaande middelen gefinancierd worden; die zijn daarvoor niet toereikend. Wij stellen ons op het standpunt dat het tot de taak van de overheid behoort om hiervoor de verantwoordelijkheid te nemen. In elke regio moeten ook afspraken zijn gemaakt om de samenwerking vorm te geven. Zodra de wetgeving in werking is getreden, is het van belang dat alle actoren hun rol kunnen oppakken en hun verantwoordelijkheid ook nemen. Het is goed om dat te checken.

In elke regio moet voldoende zorgaanbod zijn, zowel regulier als forensisch, om verplichte zorg te kunnen voorkomen en dwang en drang te kunnen terugdringen. Om zorg op maat te kunnen bieden, moeten voldoende vormen van zorg ingekocht en beschikbaar zijn. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan intensieve tot zeer intensieve ambulante behandeling en begeleiding, maar ook aan de high-intensivereklinieken. Als dat goed op orde is, hebben wij veel minder dwang en drang nodig. Dit staat nu juist onder druk, ook bij verzekeraars.

De Wvvgz is patiëntvolgend. Eén landelijk ICT-systeem is noodzakelijk, het is al genoemd, maar dat vraagt veel geld en veel tijd. Ook dit is naar onze mening een taak van de overheid. Zo'n systeem moet worden gerealiseerd en moet worden getest op veiligheid en bruikbaarheid. Dat kost veel tijd.

Een passende bekostiging is ook nodig voor de voorbereidingsfase en de uitvoering van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. Dit vraagt echt nadere beschouwing van de huidige regelgeving en de tariefstructuur van de zorgverzekeraars, van het Ministerie van Veiligheid en Justitie en de gemeenten. Het is nodig dat de verantwoordelijke bewindspersoon op korte termijn een aanwijzing geeft aan de NZA en de VNG.

Tot slot vraag ik aandacht voor de financiële prikkel voor patiënten om een klacht in te dienen doordat de klachtencommissie bevoegd wordt om een schadebedrag toe te kennen. Naast het feit dat dit kan leiden tot een claimcultuur die afleidt van zorg en ongewenste prikkels in zich kan hebben, dat zien wij nu soms ook al, wijs ik erop dat de klachtencommissie deze expertise niet heeft. Wij pleiten er dan ook voor om dit via de rechter te laten verlopen en niet via de klachtencommissie.

De **voorzitter**: Echt tot slot, want u bent over de tijd.

Mevrouw **Van Putten**: Nog een laatste opmerking over de onafhankelijke positie van de GD, de geneesheer-directeur. GGZ Nederland en NVVP hebben aan de Minister een document aangeboden waarin wordt beschreven hoe de GD zijn onafhankelijke positie kan waarborgen ten opzichte van de raad van bestuur en de raad van toezicht.

Tot slot, wij zijn inderdaad voorstander van de Wet verplichte ggz en van het streven om in de toekomst te komen tot één wet voor verplichte zorg.

De **voorzitter**: Dank u wel. Wij gaan meteen verder met de heer Vermaak van de Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).

De heer **Vermaak**: Voorzitter. Hartelijk dank dat ik hier namens de NVAVG mag spreken. Als artsen voor verstandelijk gehandicapten, ofwel avg's, hebben wij dagelijks te maken met vrijheidsbeperkingen met en zonder verzet. Een aanzienlijk aantal van ons voert hierbij ook de taken uit van de

BOPZ-arts; dat is wat straks mogelijk de Wzd-arts zal worden. Ik ben avg bij de Stichting Zuidwester en ik voer voor deze organisatie de taken van de BOPZ-arts uit. Tevens voer ik als toezichthoudend BOPZ-arts deze taken uit bij de Stichting Epilepsie Instellingen Nederland en Organisatie Siloah. Tot slot houd ik mij als avg bij de gemeente Rotterdam in het Veiligheidshuis bezig met de dak- en thuislozen en verwarde personen. Ik zal namens de beroepsgroep mijn betoog opdelen in een punt van zorg en een positief punt over de aan u voorgelegde wetten met speciale aandacht voor de Wet zorg en dwang.

Een punt van zorg: de sterk overlappende groep zorgbehoevende Nederlanders vallen straks onder verschillende wetten. Dat is nadelig voor het zorgproces. Er is straks op juridisch gebied een duidelijk onderscheid tussen de Wet zorg en dwang, de Wet verplichte ggz maar ook de Wet op de jeugdzorg en de forensische wetten. Wij verwachten dat bijvoorbeeld overplaatsing maar ook samenwerking tussen de verschillende velden wordt bemoeilijkt. Sinds het begin van deze eeuw, toen de eerste raamwerken van de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz op papier kwamen, is onze sector sterk veranderd. Die verandering komt vooral tot uiting in de sterke toename van bewoners met zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke beperking met vaak ook gedragsproblemen. Eén op de vijf nieuwe bewoners in de verstandelijkgehandicaptenzorg is volgens het Sociaal Cultureel Planbureau tegenwoordig zwakbegaafd. Ook binnen de ggz onderkent men steeds meer het feit dat een groot percentage van de patiënten zwakbegaafd is of een verstandelijke beperking heeft, net als bij de forensische zorg. Bij een grote groep burgers bepaalt soms alleen het lot of zij in de psychiatrie of in de verstandelijkgehandicaptenzorg belanden. Dat het lot bepaalt onder welke wetgeving je valt, lijkt ons volstrekt onacceptabel. De praktijk, met als meest duidelijke voorbeeld de groep verwarde personen en mijn werk bij het Veiligheidshuis, laat keer op keer zien dat de juiste samenwerking en eenduidigheid tussen de verschillende gebieden voor deze populatie essentieel is.

Ons positieve punt: de Wet zorg en dwang is voor wat betreft de zorgvuldigheid van de rechtsbescherming weer iets meer in lijn met de Wvvgz. In Rotterdam reed ooit een vuilniswagen rond met de tekst van de Roemeense dissident Mircea Dinescu «Bescherm mij Heer voor diegenen die het goed met mij voor hebben». Onze patiëntengroep kenmerkt zich door afhankelijkheid van vooral goedbedoelende medewerkers en familieleden. Bij voorbaat moeten vaak alle risico's worden uitgesloten. Ten eerste kan de bescherming snel doorslaan zodat iemand ook leerervaringen worden ontzegd, waardoor een persoon niet kan groeien naar de mens die hij of zij is. Ten tweede betreft het hier een groep minder mondige medeburgers die ook minder snel hun ongenoegen zullen uiten via officiële wegen. Zij verkeren vaak langdurig in een zeer afhankelijke positie.

De NVAVG is van mening dat zeker deze meest kwetsbare groep minimaal dezelfde rechtsbescherming verdient als iedere ander burger in Nederland en niet juist minder. Een persoon die onafhankelijk juridisch en tuchtrechtelijk aanspreekbaar en toetsbaar is voor het toezicht op vrijheidsbeperking met verzet, is zeker bij deze groep medeburgers onontbeerlijk om vaak goedbedoelde en soms ook vanwege bedrijfstechnische redenen opgelegde vrijheidsbeperking te toetsen en tegen te gaan. Subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit zijn vaak gekleurd door goede wil, bedrijfstechnische motieven en angst voor aansprakelijkheid. Een onafhankelijke toezichthouder is onontbeerlijk. Dat dit wat ons betreft een gespecialiseerde arts is, komt net als in de Wvvgz voort uit het feit dat het meeste gevaar vaak ontstaat door een medisch-psychiatrische oorzaak zoals angst, delier of overprikkelingspsychose.

Dit brengt mij tot het einde van mijn betoog. Concluderend kan ik stellen dat zo'n vijftien jaar geleden toen wij startten met het inventariseren van

de knelpunten in de Wet BOPZ en met het opzetten van de Wet zorg en dwang, de wereld van de verstandelijkgehandicaptenzorg er totaal anders uitzag. Sindsdien is de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking verder geprofessionaliseerd en is de doelgroep veranderd met een veel hoger percentage mensen met zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking die juist op de grens zit tussen psychiatrie en vg. Ons advies kan niet anders zijn dan dat iedere uitzondering op de Grondwet eenduidig en gelijk moet zijn. Onze patiënten mogen dus niet anders worden behandeld. De NVAAG vindt uiteindelijk dat er één wet zou moeten zijn die onvrijwillige opname en vrijheidsbeperkingen binnen die opname regelt voor elke burger om juiste zorg en eenduidige rechtsbescherming te bieden.

De **voorzitter**: Fantastisch, binnen de tijd. Een compliment. Ik geef nu het woord aan de heer Knuiman van Verenso.

De heer **Knuiman**: Voorzitter. Hartelijk dank. Op het gevaar af als laatste spreker van het blokje vorige sprekers te herhalen, maar dat is soms onvermijdelijk. Dan merk je echter ook dat er draagvlak voor is.

De **voorzitter**: Precies, het gaat ons om het perspectief van uw organisatie.

De heer **Knuiman**: Allereerst dank voor de gelegenheid om mijn visie te geven op de aanhangige voorstellen. Ik zal mij, gezien mijn ervaring en kennis hierover, in het bijzonder richten op de Wet zorg en dwang en de relatie tot de huidige Wet BOPZ. Ik deel graag met u mijn conclusie op dit moment en mijn aanbeveling met name vanuit de invalshoek rechtmatigheid en uitvoerbaarheid.

Mijn naam is Roy Knuiman, ik ben jurist, en ik werk als jurist en beleidsadviseur gezondheidsrecht voor Verenso, dat is de beroepsvereniging van de specialisten ouderengeneeskunde, de pg-sector. Ik heb over het onderwerp BOPZ en de Wet zorg en dwang en elementen daarvan gepubliceerd, vooral in het Journaal GGZ en Recht en het Nederlands Juristenblad. Daarnaast geef ik scholing op het gebied van de wet BOPZ en de Wet zorg en dwang.

Ik zal komen met twee conclusies en daar een korte onderbouwing bij geven. Mijn eerste conclusie is dat naar mijn oordeel één wettelijke regeling voor gedwongen behandeling en vrijheidsbeperking voor alle sectoren (ggz, pg en vg) nastreving verdient, aangezien de argumenten die golden ten tijde van de tweede evaluatie van de BOPZ, alweer zo'n vijftien jaar geleden, om tot twee aparte wetten te komen, voor een deel door de praktijk zijn ingehaald. Tussen de patiënten die verblijven en behandeld worden in de ggz, pg en vg bestaat immers een grote en toenemende overlap. Sinds 1 januari 2015 komen psychiatrische patiënten na drie jaar verblijf in de ggz onder de Wet langdurige zorg te vallen. Dat legt een grote druk op verpleeghuizen, de pg- en vg-sectoren. Oudere psychiatrische patiënten met complexe psychische en somatische problematiek worden steeds vaker in verpleeghuizen opgenomen. Daarnaast zijn ook in de pg specifieke patiëntendoelgroepen met ggz-gerelateerde problematiek; ik noem bijvoorbeeld mensen met Korsakov of met Huntington.

De drie sectoren zijn dus naar elkaar toegegroeid en de argumenten voor het maken van twee aparte wetten zijn daarmee niet langer opportuun. Daarnaast zou ik willen betogen dat het anders georganiseerd zijn van de pg en vg en de stelling dat mensen met pg- en vg-problematiek een andere benadering of behandeling behoeven, evident is, maar niet per se relevant bij het hebben van een wettelijke regeling inzake vrijheidsbeperking. Daarbij staat immers een goede en uniforme rechtsbescherming voor patiënten voorop, ongeacht hun problematiek of de sector waarin zij

wonen. Dat vloeit mede voort uit het door Nederland geratificeerde VN-verdrag ter bescherming van de rechten van mensen met een beperking.

Dat gezegd zijnde, liggen nu wel de voorstellen voor, waaronder het wetsvoorstel zorg en dwang en de Wvvggz. Die voorstellen hebben veel tijd en veel inspanningen gevegd van alle partijen, het ministerie, het parlement en de veldpartijen. Inhoudelijk constateer ik dat daarbij uiteindelijk wel degelijk geluisterd is naar aanbevelingen van veldpartijen, maar vooral ook van de commissie Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg en naar het advies en de aanbevelingen van de Raad van State. Daarbij zie en constateer ik dat er met name in de laatste periode wat harmonisaties zijn doorgevoerd tussen de Wet vggz en de Wet zorg en dwang en dat er verschillen in rechtsbescherming zijn weggenomen. «Deels» moet ik daaraan toevoegen, maar ze zijn wel weggenomen. Daardoor is de rechtsbescherming voor cliënten in elk geval gelijkwaardiger geworden. Het is zeker nog niet perfect – ik heb daar in het verleden ook wel op gewezen in publicaties en op onderdelen kritiek op geuit – maar perfect zullen we het naar mijn overtuiging niet krijgen, ook niet met één wettelijke regeling.

Voorbeelden van die harmonisatie zijn de uniforme klachtenregeling in beide wetsvoorstellen, de Wzd-arts waarover al is gesproken, en de harmonisatie van criteria. Deze harmonisaties zijn door de Tweede Kamer met ruime meerderheid aangenomen en zijn juist bedoeld om zo'n gelijkwaardigere rechtspositie voor cliënten te waarborgen ongeacht de vraag waar zij wonen.

Ook nu al wordt in de pg en vg gewerkt met BOPZ-artsen; dat is de vertaling van de geneesheer-directeurfunctie. Ik zou zeggen dat op dit punt de rechtsbescherming niet anders of minder kan worden geregeld, zeker niet ten opzichte van de huidige wet BOPZ. Dat zou wat mij betreft een wat wrange conclusie zijn. Het toezicht op vrijheidsbeperking mag in ieder geval niet vrijblijvender dan dat worden geregeld.

Daarmee kom ik tot mijn tweede conclusie. Ik ben van oordeel dat we die inspanningen waarover ik sprak en de goede elementen van de aanhangige wetsvoorstellen niet teniet moeten doen. Daarom pleit ik ervoor de wetsvoorstellen aan te nemen, maar wel onder drie strike voorwaarden:

1. Nadat de Wzd en de Wvvggz zijn aangenomen vindt een nader af te spreken korte evaluatieperiode van de wetten plaats waarbij de uitvoerbaarheid, maar ook de onderlinge verhouding tussen beide wetten in kaart worden gebracht.
2. Er vindt een onderzoek plaats naar de haalbaarheid en inhoud van één wettelijke regeling.
3. Zorg voor een zorgvuldige invoering van de wetten waarbij eventuele obstakels voor de uitvoerbaarheid zo veel mogelijk worden weggenomen.

Ik pleit ervoor om voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wetten een implementatieperiode in acht te nemen waarin het veld en de professionals de gelegenheid en middelen krijgen hun instrumenten aan te passen aan de aangenomen wetten. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van professionele richtlijnen en van al bestaande landelijke modeltaakbeschrijvingen voor BOPZ-artsen et cetera. Daarvoor moet bij de uitvoering en de voorbereiding op de invoering zeker de tijd worden genomen. Wij zullen daar graag een bijdrage aan leveren.

De **voorzitter**: Dank u wel.

Dan komen wij nu toe aan de gedachtewisseling.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Voorzitter. In dit blokje komt heel nadrukkelijk de wens naar voren om tot één wet voor de verschillende groepen te komen. Ik begrijp dat uit het oogpunt van de harmonisatie van

rechtsgelijkheid voor de mensen, maar ik zie toch wel wat verschillen. In het vorige blokje en ook door enkele sprekers hier, is erop aangedrongen om de Wet verplichte ggz tot uitgangspunt te nemen, terwijl ik de heren Prins en Van Dijk een andere weg hoor inslaan. Als zij kijken naar de mensen waarmee zij te maken hebben in de psychogeriatric en de mensen met een verstandelijke beperking, moet naar hun mening de mogelijkheden om zaken binnen het zorgplan te regelen en aan de professionals over te laten, de basis zijn voor de zorgwet en niet het traject waar de verplichte ggz van uitgaat, namelijk dat er direct een rechtelijke zorgmachtiging nodig is. Heb ik dat goed begrepen? Ik hoor dan ook graag hoe beide heren aankijken tegen de toch wat breder geuite wens om uiteindelijk tot één wet te komen om in ieder geval de rechtspositie van alle cliënten gelijk te maken. Nogmaals, voor het laatste heb ik begrip.

Ik wil hier nog iets aan toevoegen. Ik hoor iedere keer als er wordt gesproken over verplichte zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen, dat het om veel meer dan dat gaat als je de wet goed leest. Ik hoor graag het oordeel van deze partijen hierover. Wat zou naar hun mening de afbakening moeten zijn waarvoor bijvoorbeeld een rechtelijke zorgmachtiging nodig is?

Ik zal mij tot dit onderwerp beperken en hoop dat iemand anders vragen stelt over de klachtenregeling.

De heer **Don** (SP): Voorzitter. Ik heb twee vragen. De eerste vraag is gericht aan mevrouw Van Putten. In het tweede deel van haar betoog spreekt zij over de relatie tussen zorginkoop en het gebruik van dwangzorg; zo heb ik het althans voor mezelf opgeschreven. Zorginkoop is natuurlijk gebonden aan capaciteit. Reken je die capaciteit mee, zowel ambulante als klinische, dan loop je, als daar een tekort is, het risico dat mensen ontspreiden en in het kader van dwang misschien weer via een andere kant moeten worden opgenomen. Kan mevrouw Van Putten dit op een of andere manier onderbouwen? Dat hoeft niet op dit moment, maar misschien kan zij ons hierover gegevens aanreiken zodat wij dit in een mogelijk debat met de Minister kunnen meenemen? Uiteindelijk probeer je dwangzorg te voorkomen. Wij volgen een zorgvuldig wetgevingstraject om te bekijken hoe je dat onder waarborgen kunt toepassen, maar het voorkomen van dwang begint natuurlijk bij preventie. Bij preventie hoort natuurlijk dat je capaciteit moet hebben. Als mevrouw Van Putten ons daarvoor gegevens zou kunnen aanreiken, dan graag!

Mijn tweede vraag is gericht aan de heer Van Dijk. Hij heeft een paper aan ons toegestuurd. Bij besluitvormingsprocessen zijn natuurlijk verschillende partijen betrokken, maar er is altijd een gelaagdheid in die besluitvormingsprocessen. Als ik naar dit schema kijk, denk ik: er kan nooit meer wat worden besloten. Zo werkt het toch niet in de praktijk? Er is toch een toekenning van verantwoordelijkheden en rollen? Ik merk dat bij ActiZ iets van oppositie ontstaat door de introductie van de Wzd-arts, terwijl ik denk dat die arts ook nog wel eens een rol zou kunnen spelen om te bekijken hoe het proces verloopt. Hij is immers maar één van de actoren in het hele spel. Juist die Wzd-arts zou misschien nog wel eens een waarborg kunnen zijn om te voorkomen dat er een naar binnen gericht proces ontstaat. Uiteindelijk moeten al deze functionarissen worden gefinancierd. Zij zijn in dienst waarbij binnen organisaties natuurlijk ook altijd wordt gestuurd op effectiviteit. Een Wzd-arts kan dan misschien een rol spelen door bijvoorbeeld te zeggen: jullie zouden toch wat meer accent moeten leggen op de zorg. Misschien kan de heer Van Dijk hierop een reactie geven?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de sprekers voor hun inbreng. Ik sluit aan bij de vraag van mevrouw De Bruijn naar de samenhang en de harmonisatie van enerzijds rechtsbescherming en

anderzijds de processen, procedures en alles wat daarmee samenhangt. Ik hoor eerlijk gezegd geluiden die schijnbaar op een lijn liggen, maar die tegelijkertijd het dilemma heel scherp maken. De doelgroepen overlappen elkaar sterk, de rechtsbescherming zou zo veel mogelijk gelijk moeten zijn, maar toch heb je met heel verschillende processen te maken. Dat helpt mij nog niet veel verder in de afweging wat wij nu zouden moeten doen. Zou je naar één wet toe moeten en, zo ja, wil je dan een heel sobere wet of juist een heel gedetailleerde wet met allerlei onderscheidingen? Dus is het de vraag of wat nu voorligt, werkbaar te maken is met de juiste toelichting, uitleg et cetera of juist niet. De vraag is dus of de harmonisatie die voor een deel plaatsvindt, niet ver genoeg gaat of misschien te ver gaat. Ik zoek nog een beetje naar de scherpte hierin. Ik weet niet of dit kan worden opgelost.

De **voorzitter**: Stelt u die vraag aan een specifieke spreker of meer in het algemeen? Meerdere mensen hebben hierover gesproken.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks): Ik vind het moeilijk om dit te personaliseren. De vraag is vooral: herkent u het dilemma en hoe komen wij hier verder mee?

Mijn tweede vraag heeft betrekking op de opmerking van meerdere kanten over het belang van een centraal ICT-systeem en alles wat daarmee samenhangt. In deze Kamer gaan dan onmiddellijk alle spaken van het elektronisch patiëntendossier rondwaren. Ik zou daarvan graag iets meer duiding krijgen. Een heel centraal systeem roept allerlei vragen over privacy op. Die kant willen wij niet op, was de mening van deze Kamer in vorige geleding. Maken wij nu dan toch een epd maar dan voor een specifieke groep? Of wordt hier iets anders bedoeld?

De heer **Schnabel** (D66): De interventies hebben mij het omgekeerde gevoel gegeven van het bekende spreekwoord «als je alleen een hamer hebt, wordt alles een spijker». Hier heb ik meer het gevoel: wij hebben nu eenmaal ontzettend veel spijkers en wij moeten maar eens bekijken wat wij als hamer kunnen gebruiken tot er een echte hamer komt. Dat hoor ik toch een aantal sprekers zeggen. Dat is voor ons lastig, want dat betekent ook dat je heel slecht kunt slaan, dat de spijker er niet goed of niet recht in komt. Laat ik de metafoor maar niet te ver doorvoeren, maar mijn opmerking is duidelijk.

Een aantal sprekers neemt een vlucht naar voren: vooruit, eerst dit, wel zorgvuldig invoeren maar eigenlijk moet het heel anders. Als wij nu een stap terugzetten, wat was dan uit het oogpunt van verschillende organisaties en posities de laatste jaren het grootste probleem bij de uitvoering van de BOPZ? Wat was nu het springende punt dat de sprekers ertoe brengt om te zeggen: met de hamer die wij nu hebben, kunnen wij de spijker niet eens meer raken, zitten wij er helemaal naast of zo naast dat het pijn gaat doen, komt de hamer op onze duim terecht of op de duim van de patiënten en dat is ook niet prettig. Misschien kunnen zij reflecteren op de vraag wat voor hen het grootste probleem van de BOPZ is, want ik vermoed dat wij straks in het Kamerdebat een behoorlijk fundamentele discussie krijgen over de houdbaarheid van de constructies die ons zijn voorgelegd.

Mevrouw **Barth** (PvdA): Dank voor alle informatie die u ons geeft; het is allemaal zeer leerzaam. Ik heb een vraag voor mevrouw Van Putten en de heer Prinsen. Mevrouw Van Putten ging in op de rol van de geneesheer-directeur. Naar haar overtuiging kan die onafhankelijk werken van de raad van bestuur en de raad van toezicht. So far so good, maar in de vorige ronde zei de heer Koekkoek te vrezen dat de geneesheer-directeur niet voldoende onafhankelijk zou kunnen werken van zijn – of steeds vaker: haar – collega's, en dat hij of zij te weinig professionele distantie in acht

zou kunnen nemen om tot een goede beoordeling te komen van het handelen van die collega's. Mevrouw Van Putten bracht dat punt naar voren, maar het gaat volgens mij ook om uw beroepsgroep, mijnheer Prinsen, en om uw collega's. Ik zou het fijn vinden als u allebei op deze vraag nader in zou willen gaan.

Ik heb nog een vraag voor de heer Vermaak. U gaf in uw betoog heel helder weer dat de samenleving een fundamenteel verschil maakt tussen gedrag en stoornis. Deze wetten zijn bedoeld voor mensen met een ernstige stoornis. Ik weet niet of u het eerste deel van de hoorzitting allemaal hebt bijgewoond. Zo ja, dan hebt u de inbreng van de kant van de strafrechtspoor gehoord. Eigenlijk stel ik u dezelfde vraag die ik vanochtend aan hen stelde: is het begrip «verwarde persoon» niet veel te veel een containerbegrip, waarmee we onvoldoende uit de voeten kunnen? Maken de partijen die wij vanochtend hebben gehoord – het Openbaar Ministerie, de politie en de burgemeester – wel voldoende onderscheid tussen stoornis en lastig gedrag?

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Ook ik dank alle sprekers voor de gegeven informatie. Er is al gevraagd om nu eens goed te kijken naar de samenhang die er tussen de verschillende wetten zou moeten zijn. Er zijn ook al vragen gesteld en opmerkingen gemaakt, door bijna alle sprekers, over de uniforme rechtsbescherming die er toch zou moeten zijn. Dat geldt naar mijn gevoel niet alleen sec voor de rechtsbescherming, maar ook voor alles wat met de informatie van doen heeft. Kunt u daar even op ingaan?

Er is een opmerking gemaakt over de rol van de klachtencommissie, met name over de klachtencommissie die een uitspraak kan gaan doen als er schade is geleden. Mevrouw Van Putten heeft gezegd dat zo'n geval daar niet thuis zou horen, omdat die bij de rechter thuishoort. Nu zijn er in de zorg op dit moment een aantal geschillencommissies. Zou die taak wat u betreft ook bij die geschillencommissies kunnen horen?

Ik geloof dat de heer Vermaak de opmerking heeft gemaakt dat nu het lot bepaalt of je in de psychiatrische zorg of in de gehandicaptenzorg komt. Hebt u niet het gevoel dat het lot met de nieuwe wetten die nu voorliggen, wat minder bepalend zal zijn en dat de wetgeving leidend zal worden? Dan zijn er een aantal opmerkingen gemaakt over de zorg op maat die geboden moet worden, de uitvoerbaarheid van de wetgeving en het aantal mensen dat zich ermee moet bemoeien.

De **voorzitter**: Wilt u het tot één zin beperken? U stelt heel veel vragen, maar we lopen uit en als voorzitter moet ik proberen dat in de hand te houden.

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Er zijn wat opmerkingen gemaakt over de financiën. Waar denkt u dan aan?

De heer **Van Kesteren** (PVV): Dank aan alle mensen die hier het woord hebben gevoerd. Het is bijzonder mooi om te horen hoe het in de praktijk allemaal gaat. Ik hoor van heel veel praktijkproblemen, maar ik hoor mevrouw Van Putten ook zeggen: we moeten deze nieuwe wetgeving toch maar accepteren. Ziet u dit dan als een tussenfase of als een wet die bij invoering al niet meer voldoet? Waarom dan niet vasthouden aan bestaande wetgeving en meer ruimte geven aan het werkveld? Dat doet immers recht aan de praktijkproblemen. Het werkveld kan die dingen het beste zelf bepalen, lijkt mij. Graag uw antwoord daarop.

De heer **Van Dijk** (SGP): Een heel korte verhelderingsvraag aan VGN en Verenso. Ik denk dat de heer Van Dijk van ActiZ het meest uitgesproken was in zijn kritiek op de uitvoerbaarheid van de Wet zorg en dwang. Die is voor de mensen op de werkvloer niet uitvoerbaar, met name vanwege het

stappenplan dat bij alle vormen van dwang verplicht wordt gesteld. Voor de helderheid wil ik vragen of VGN en Verenso die kritiek delen. Vinden ook zij de wet onuitvoerbaar voor de mensen op de werkvloer, of staan zij hier toch nog genuanceerder in?

De **voorzitter**: Dank. Dat waren de vragen. Ik begin met de eerste vraag van mevrouw De Bruijn aan de heer Prinsen. U hebt ook nog meer vragen gekregen. Wilt u als eerste reageren?

De heer **Prinsen**: De vraag van mevrouw De Bruijn betrof de Wet zorg en dwang versus de Wet verplichte ggz. Of ik gesuggereerd had dat dit wel twee wetten moesten blijven. Ik denk niet dat ik dat gesuggereerd heb. Ik heb geen zicht op de hele vg-sector, maar ik heb heel duidelijk gezegd dat daar waar wij als psychiaters wel mee te maken hebben en wel zicht op hebben, de combinatie enorm groot is. De wet geeft geen duidelijkheid. Aan de ene kant gaat de Wet zorg en dwang over psychogeriatricie en verstandelijk gehandicapten. Aan de andere kant staat in de memorie van toelichting op de Wet verplichte ggz dat psychogeriatricische aandoeningen en een verstandelijk handicap kunnen worden aangemerkt als een geestesstoornis in de zin van de Wet verplichte ggz. Dus de wetgever zelf snapt het volgens mij niet. Daarbij komt het vaak in combinatie voor. Dan gaat het om de meest voorliggende stoornis en dat is iets wat enorm fluctueert in de tijd. Het is al gezegd: iemand kan kortdurende psychotische episodes hebben bij overprikkeling of enorme stress. Dat kan soms in twee weken opgelost zijn en dan kan de Wet verplichte ggz ineens niet meer van toepassing zijn en de Wet zorg en dwang wel, terwijl overgangen niet heel simpel zijn. Je zou dus een principiële keuze moeten maken. Of niet harmoniseren en helemaal apart definiëren, of toch tot één wet komen. Dat beantwoordt de vraag misschien niet helemaal, maar toch ook weer wel.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Mijn constatering was niet dat u niet voor harmonisatie tussen die twee wetten zou zijn, maar dat ik iedereen hoorde zeggen: eigenlijk moet er vanuit rechtspositionele, maar ook vanuit de praktische overwegingen die u net nog een keer heel duidelijk schetste, één wet komen. Ook in het voorgaande blok werd heel erg bepleit dat de Wet verplichte ggz daarvoor als uitgangspunt moest dienen, terwijl de Wet zorg en dwang toch echt vanuit een heel ander perspectief naar de cliënten kijkt, waardoor het ook een heel andere wet is geworden. Mijn vraag was – ik had hem misschien wat specifiek aan de heer Van Dijk moeten stellen – welk criterium of welke basis u dan zou willen hanteren. Is dat die van de Wet zorg en dwang, waar veel meer zaken via het zorgplan geregeld worden, of die van de Wet verplichte ggz, waar je in feite voor iedere vorm van verplichte zorg een rechterlijke zorgmachtiging nodig hebt?

De heer **Prinsen**: In het kader van gelijke rechtsbescherming zou ik voor het tweede kiezen, dus gelijke rechtsbescherming, dus de criteria van de Wet verplichte ggz. Voor de rest vroeg u naar verplichte zorg, waarin veel gesproken wordt over vrijheidsbeperkende maatregelen. Waar verplichte zorg uit kan bestaan, is inderdaad opgesomd in artikel 3, lid 2. Daar staan meer vrijheidsbeperkende maatregelen dan zaken die echt over zorg gaan. Het voordeel is dat het patiëntvolgend is en dat er niet per se een opname hoeft te komen. Heel veel van die vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen buiten de accommodatie worden getoetst. Wat je overhoudt, is medicatie. Voor de rest zijn er de medische controles en therapeutische maatregelen. Van medicatie is in onderzoek aangetoond dat ook gedwongen gegeven medicatie effectief is. Wat de effecten zijn van allerhande andere therapeutische maatregelen, is zeer discutabel. Wij willen juist dat het gaat om behandelingen en zorg en niet over vrijheids-

bepanking, maar in de praktijk is dat erg ingewikkeld, zeker ook omdat vrijheidsbeperkende maatregelen zeer prominent genoemd worden.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Even ter verduidelijking. U citeert nu een artikel uit de Wet verplichte ggz, maar de Wet zorg en dwang geeft een veel bredere scope van verplichte maatregelen. Dat gaat ook over voeding en dat soort zaken.

De heer **Prinsen**: Dat kwam ook ter sprake in het vorige blok. Ook als je besluit om een voordeur dicht te doen, zodat iemand niet kan dwalen, is dat een vrijheidsbepanking. Ook als je bepaalt dat iemand drie keer in de week onder de douche moet en je hebt daar dwang of in ieder geval heel grote drang voor nodig, zou ik dat aanmerken als vrijheidsbepanking. Er waren nog heel veel andere vragen. Ik denk inderdaad dat het klopt: een centraal ICT-systeem leidt tot een enorm ingewikkeld apparaat, wat volgens de wet eigenlijk op ieder moment beschikbaar moet zijn, wat veilig moet zijn en waartoe allerlei actoren op verschillende manieren toegang hebben. Ik denk dat de beelden van een centraal epd, wat veel eenvoudiger was dan dit, terecht zijn. De BOPZ en de ibs lopen nu online. Dat is heel overzichtelijk en gaat eigenlijk alleen over het versturen van medische verklaringen en de last van de burgemeester. Daar stopt het dan ook mee. De uitwisseling van alle andere informatie die in de wet geschetst wordt, past zeker niet in dat systeem.

Wat is het grootste probleem in de BOPZ? Wat ons betreft is dat het feit dat opname centraal staat en dat voor iedere vorm van behandeling en zorg aanvullende maatregelen nodig zijn. Dat hebben wij van begin af aan een probleem gevonden. Gevraagd is of deze wet daarmee beter is dan de BOPZ. Dat is een politieke afweging, maar ik denk dat mijn conclusie in dezen helder naar voren komt uit de knelpunten die we uitvoerig hebben beschreven in ons position paper: dit is geen betere wet.

De geneesheer-directeur nog heel even, want ik denk dat dit een vraag is waar ik een antwoord op moet geven. De geneesheer-directeur is in de meeste instellingen echt een autoriteit. De beschrijving van de heer Koekkoek vind ik een karikatuur. Het klopt dat er instellingen zijn waar de geneesheer-directeur een veel minder prominente positie heeft en waar het een bijfunctie is van een willekeurige polikliniek-psychiater, maar dat is zeker niet in alle instellingen zo. Het definiëren van de positie van de geneesheer-directeur, die eigenlijk ook bestaat bij de gratie van deze wetten, kan dat volgens mij oplossen. Het beeld dat hij «ook de directeur» was, is denk ik juist het probleem, want dan heb je dus iemand in een lijnfunctie ten opzichte van de zorgorganisatie en worden de afwegingen juist ingewikkeld. Als je hem loszet van de zorgaanbieder en hem betaalt voor zijn diensten, kan de zorgaanbieder kiezen om die geneesheer-directeur niet meer in te huren als de diensten die hij levert, niet goed zijn naar het idee van de zorgaanbieder. Ik denk dat de geneesheer-directeur minder onafhankelijk wordt als hij niet meer in dienst is van een zorgaanbieder, maar hij wordt weer meer afhankelijk als hij een lijnfunctie heeft in een organisatie. Dus de geneesheer-directeur als autoriteit op dit gebied bestaat bij de gratie van de wet met een helder geformuleerde functieomschrijving. Dat lost dit volgens mij heel goed op.

Ik heb in mijn uiteenzetting al gerefereerd aan het containerbegrip «verwarde persoon». Ik denk echt dat het een containerbegrip is. Dat is aantoonbaar en het wordt ook bevestigd door de politie. De toename van het aantal verwarde personen komt door het veranderen van het registratiesysteem van de politie. Al meerdere gezaghebbende partijen hebben gemeld dat eigenlijk het aantal mensen met deze problemen op straat niet is toegenomen.

Mevrouw **Barth** (PvdA): Mag ik nog een korte aanvullende vraag stellen?

De **voorzitter**: U weet dat wij uitlopen als iedereen aanvullende vragen wil stellen. Heel kort. En ik vraag aan de sprekers om te antwoorden op de vragen die aan hen gesteld zijn.

Mevrouw **Barth** (PvdA): Heel kort.

De heer **Prinsen**: Er waren ook veel algemene vragen.

De **voorzitter**: Ja, dat is ook waar.

Mevrouw **Barth** (PvdA): U zei dat de positie van de geneesheer-directeur hangt aan een heldere functiebeschrijving in de wet. Vindt u op dit moment de functiebeschrijving in de wet helder genoeg?

De heer **Prinsen**: Ik vind deze functieomschrijving helder. In de praktijk wordt die ook op de meest plekken zorgvuldig ingevuld. De andere algemene vragen zal ik niet beantwoorden.

De **voorzitter**: Het spijt mij, maar ik wil ook andere sprekers nog in de gelegenheid stellen om te antwoorden. Ik weet dat er ook vragen aan allen gesteld zijn. Dat is de ondankbare taak van de voorzitter. Aan de heer Vermaak is een vraag gesteld over het fundamentele verschil tussen gedrag en stoornis.

De heer **Vermaak**: Die vraag van mevrouw Barth gaat ook over het containerbegrip. Wat is dan zorg? Ik meen dat we moeten beginnen bij het gevaar. De heer Schnabel vroeg of de BOPZ op dit moment werkt. We moeten even terug naar de vraag wat de BOPZ nu eigenlijk moet doen. In mijn ogen is de BOPZ, althans zo vertel ik het altijd aan de aio's van het Erasmus MC, een uitzondering op de Grondwet, artikel 15 en artikel 10. Er wordt uitvoerig beschreven hoe wij zorg moeten verlenen, maar ik denk dat wij terug moeten naar het begin van het verhaal, de uitzonderingen op de Grondwet. De wet gaat voornamelijk gevaar tegen en beschrijft een uitzondering op de Grondwet. Daarna komen wij als zorgorganisatie pas aan bod. Over het containerbegrip ben ik het helemaal met mijn collega eens. Dat maakt het ook zo ingewikkeld als je verschillende wetten hebt. Mevrouw Oomen vroeg nog wat dan het lot is. Dat lot kan heel erg afhangen van wanneer je iemand tegenkomt. Als die persoon op dat moment rustig is en een testje kan doen – dat zie ik ook bij mijn dak- en thuislozen – dan zie je dat die persoon een verstandelijke beperking heeft en kun je hem of haar zo doorsturen naar de zorg voor verstandelijk beperkten. Daar zit die persoon fantastisch. Maar als die persoon op dat moment ontzettend overprikkeld is, heel veel gesnoven heeft, dan komt hij of zij eerder met de politie in aanraking en is een forensisch psychiatrische plek waarschijnlijker. Ik vind dat toch een deel van het lot.

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Mijn vraag was of dat gaat veranderen.

De heer **Vermaak**: Dat wordt alleen maar erger, want straks hebben we verschillende wetten. Als iemand eenmaal is ingedeeld in één kolommetje, blijft hij of zij daar langer in hangen. Men kan dan niet zomaar ergens anders naartoe. Komt iemand dan bij ons terecht en wordt hij of zij heel erg onrustig, dan moeten wij daarmee dealen, terwijl die persoon op dat moment misschien beter bij de psychiatrie kon zitten of andersom.

Mevrouw **Van Putten**: Ik zal proberen het kort te houden. Een aantal van de gestelde vragen is al goed beantwoord en we hoeven niets te herhalen. De heer Schnabel vroeg of we deze wet wel door moeten laten gaan of dat we gewoon de oude wet moeten behouden, en waarom eigenlijk. Ik vind dit toch heel essentieel, omdat de BOPZ een opnamewet is. Dat

betekent dat wij alleen maar mensen tegen hun wil kunnen behandelen op het moment dat zij opgenomen zijn, maar dat is heel vaak niet nodig. Dat is dan een verspilling van geld, maar vooral een onnodige situatie voor de cliënt, die uit zijn thuissituatie wordt gehaald, met alle mogelijke gevolgen van dien met betrekking tot hospitalisatie. De mogelijkheid om mensen met meer dwang en drang ook in hun eigen thuissituatie te kunnen behandelen, vind ik iets essentieel anders dan de BOPZ, want die geeft dat soort mogelijkheden echt niet. Vandaar dat wij zeggen: ook al is deze wet zeker niet ideaal en zijn er uitvoeringsproblemen, dan nog vinden wij deze wet vele malen beter dan de BOPZ.

Dat sluit ook aan bij de vraag van mevrouw De Bruijn. Het gaat dus niet alleen om vrijheidsbeperkende maatregelen, maar juist ook om dat stukje behandeling, en dan niet alleen door middel van medicatie. Uit onderzoek blijkt namelijk dat behandeling ook effectief kan zijn indien mensen in een forensische setting tegen hun wil worden behandeld. Op dat punt ben ik het niet eens met de heer Prinsen. Dat geldt niet alleen voor medicatie, maar ook voor psychotherapeutische behandelingen. Daar zijn allerlei technieken voor.

Wat de relatie tussen zorginkoop en het voorkomen van dwang en drang betreft, zal ik zeker proberen daar artikelen over aan te leveren. Belangrijk is wat het Trimbos-instituut daarover geschreven heeft, namelijk dat we op dit moment zien dat de zorgverzekeraars ook enorm aan het reduceren zijn wat de inkoop van ambulante zorg betreft, met name intensieve ambulante zorg. Die heb je nu juist nodig! Om deze wet goed uit te voeren, heb je intensieve ambulante behandeling nodig en dat staat echt op gespannen voet met wat er op dit moment wordt ingekocht, net zo goed als de zeer intensieve kortdurende high-intensivencareopnamemogelijkheden. Die kunnen echt een heleboel voorkomen. Deze wetgeving zal ook helpen om die ambulantisering vorm te geven. Ik zal proberen u van informatie te voorzien.

De vraag van mevrouw Barth is grotendeels al beantwoord. Ik wil toch nog even benadrukken dat in de nieuwe afspraken de raad van toezicht de geneesheer-directeur gaat aanstellen. Dat vind ik een belangrijke waarborg voor de onafhankelijkheid, want die kan ook nog een keer getoetst worden door de raad van toezicht. In mijn eigen ervaring zijn geneesheren-directeuren over het algemeen zeer goed in staat om hun functie op die manier uit te voeren en als onafhankelijk persoon op te treden in een organisatie. Je kiest niet voor niks voor een dergelijke positie.

Als laatste punt de schadevergoeding. Ik meen dat de geschillencommissie daar niet voor bedoeld is. Anders ga je ervan uit dat er geen oplossing is gekomen met de klachtencommissie en dat je het dan nog kunt voorleggen aan de geschillencommissie. Ik vraag me af of die daarvoor bedoeld is. Wij vinden in ieder geval echt dat die kwestie weg moet bij de klachtencommissie.

De voorzitter: Een aantal vragen was aan de heer Van Dijk gericht. Ik geef u het woord.

De heer Van Dijk: Ik begin met de vraag van de heer Don. Hij vroeg of de Wzd-arts niet de regie kan nemen, omdat er zo veel betrokkenen zijn bij de besluitvormingsprocedure. Ik zal proberen daarop in te gaan. Dat is precies een uitwerking van wat ik in mijn betoog de «BOPZ-itis» heb genoemd. Op dit moment is de BOPZ-arts de basis. Als er zorg wordt verleend tegen de zin van een cliënt in, waartegen een cliënt zich verzet, dan moet je de BOPZ-arts erbij betrekken. Je moet hem in staat stellen er toezicht op te houden dat je verantwoord onvrijwillige zorg toepast. De Wzd die in 2009 werd ingevoerd, nam daar afstand van en zei: wij gaan geen BOPZ-arts invoeren in de Wzd, we gaan waarborgen dat daarover goede en kwalitatief verantwoorde besluitvorming plaatsvindt. Dat doen

we door voor te schrijven dat er multidisciplinair overleg nodig is en de instemming, afhankelijk van de aard van de onvrijwillige zorg, van een dokter of van een andere deskundige uit een nog aan te wijzen categorie. Daarmee heb je dus bereikt dat niet één persoon feitelijk beslist, maar drie personen. Dat is dus een veel betere waarborg. Vervolgens is dat systeem uitgebouwd en is er gezegd: er moet nog een stapje bovenop. We willen uiteindelijk ook een externe adviseur hebben. We willen ook nog een uitgebreid deskundigenoverleg hebben. Er werd dus iets nieuws bedacht. Dat nieuwe werd uitgebreid en aan het eind van het traject werd er gezegd: ja, maar het oude wat we hadden, die BOPZ-arts, willen we toch ook weer terug. Dan heb je gestapeld en daarmee juist een situatie gecreëerd die de besluitvorming naar onze mening heel ingewikkeld maakt. Dat is niet alleen een kwestie van denken vanuit het aanbiedersperspectief: er moet toch ooit een keer een besluit genomen worden. Je moet er als hulpverlener vooral voor zorgen dat de cliënt geen ernstig nadeel ondervindt en dat hij ook anderen geen ernstig nadeel gaat berokkenen. Daar moet je een besluit over kunnen nemen.

Zoals dat in eerste instantie in de Wzd geregeld was, was dat goed gewaarborgd en was het ook uitvoerbaar. Als het dan echter uitgebreid wordt en als de oude situatie er uiteindelijk ook weer aan toegevoegd wordt, wordt het heel ingewikkeld. Dan heb je twee adviseurs, twee mensen die toestemming moeten geven. Hoe organiseer je dat? Hoe organiseer je dat dusdanig dat de cliënt er op een goede manier bij betrokken is, en dat toch ook tijdig genoeg besloten wordt om ernstig nadeel te kunnen voorkomen? Mijns inziens is de oplossing niet om een regievoerder toe te voegen, maar om een eenvoudige besluitvormingsstructuur te maken. Die moet recht doen aan de ernst van de situatie, maar het ook mogelijk maken dat er ingegrepen kan worden om iemand, als dat echt nodig is, voor ernstig nadeel te behoeden. Tot zover de vraag van de heer Don.

Er is ook een paar keer, al dan niet specifiek aan mij, gevraagd of er nu één wet moet komen en of die ene wet dan op het model van de Wvvgz gebaseerd moet zijn of op het model van de Wzd. Ik denk dat we niet moeten doen wat we twintig jaar geleden deden, toen we de BOPZ hebben gemaakt, een wet die geschreven was voor de ggz. Uiteindelijk is er gezegd: we gaan die wet nog een beetje aanpassen op onderdelen, sommige stukjes verklaren we van toepassing op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg, andere stukjes weer niet en we variëren daar wat bij. Dat heeft in mijn sector altijd discussie opgeleverd. Het was een wet die niet herkend werd en waarvan gezegd werd: die wet is niet voor ons geschreven en hij sluit niet aan bij de situatie die wij hebben. Vervolgens hadden we twintig jaar lang problemen omdat we een wet hadden die niet goed aansluit bij de praktijk. We moeten nu niet opnieuw een wet voor de ggz maken, die we wel goed vinden, maar nog een beetje aanpassen en hier en daar wat modaliteiten veranderen, zodat die ook in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg gaat spelen. Dan krijg je precies hetzelfde als wij nu al twintig jaar hebben en daarvoor zijn wij zeer beducht.

Als er een nieuwe wet komt, laat ons dan met een schone lei beginnen. Wij vinden het zorginhoudelijke perspectief heel erg belangrijk. Dat zagen we in de Wzd, maar goed, ik kan mij voorstellen dat je zegt: je moet niet in plaats van de Wvvgz als model de Wzd als model gebruiken. Ik kan mij voorstellen dat we zeggen: er komt één wet voor wilsonbekwamen, waarbij het er in principe niet toe doet waarom je wilsonbekwaam bent en wat daar de oorzaak van is, maar waarbij je regelt dat je in zo'n situatie mensen tegen zichzelf kunt beschermen, welke rechtsbescherming daarvoor nodig is en welke besluitvorming daarvoor nodig is. Als je daar een basismodel voor hebt, kijk je of het nog nodig is om te differentiëren tussen de verschillende sectoren of dat dit niet nodig is. Maar het belangrijkste is dat je begint met een schone lei. Ik wil niet starten met het

idee dat we al zo ver zijn gekomen en daarom toch maar doorgaan met de Wzd en de Wvvggz, en vervolgens bij voorbaat zeggen dat we na de evaluatie alsnog een nieuwe wet gaan maken. Dat onderschat de impact van deze wet voor de praktijk, want je vraagt dan van de praktijk om een wet te implementeren die tot in de haarvaten van een organisatie gaat doorwerken, en daar zeg je bij: misschien wordt het over twee jaar wel helemaal anders. Voor beide wetten geldt immers dat er binnen twee jaar een evaluatie komt. Dat is vrij snel. Laten we niet zeggen: we gaan een wet introduceren, maar wij zeggen u nu al dat die straks anders gaat worden.

De voorzitter: Ik zit met een tijdsprobleem. Niet alle vragen zijn misschien beantwoord zoals wij hadden gehoopt dat ze beantwoord zouden worden en sommige mensen hebben nog helemaal niet gereageerd. Ik zit even met een dilemma. De centrale vragen over de uitvoerbaarheid, de werkbaarheid, de stappenplannen en zo zijn wel heel cruciaal. Ik vraag me af of ik daar nog één ronde de gelegenheid voor moet geven of dat die zaken voldoende aan de orde zijn geweest. De vragenstellers menen van wel. Dan stel ik voor dat we doorgaan naar het volgende blok, maar ik zie dat de heer Knuiman nog één korte opmerking wil maken.

De heer Knuiman: Ik meen dat de vraag van de heer Van Dijk niet aan de orde is geweest over het stappenplan, maar als u denkt dat de vragen voldoende zijn beantwoord, dan zij dat zo. Ter aanvulling en toelichting op wat de andere heer Van Dijk, die van ActiZ, zei over de Wzd-arts: ik zie daar een minder ingewikkelde problematiek in de uitvoering en wat minder beren op de weg, omdat er ook in die sector al gewerkt wordt met BOPZ-artsen. Er wordt daar ook gewerkt vanuit een modeltaakbeschrijving voor de BOPZ-artsen. Dat is nu wel iets anders vormgegeven in de Wet zorg en dwang, maar in de implementatie en uitvoering is dat volgens mij goed op te lossen.

De voorzitter: Oké, de heer Bluiminck tot slot, kort graag.

De heer Bluiminck: Ik zal het ook kort houden. Voor wat betreft de vraag of er één wet moet komen, sluit ik me aan bij de vertegenwoordiger van ActiZ waar het gaat om de wens om dan wel met een schone lei van start te gaan en niet de Wvvggz als uitgangspunt te nemen. Ik wil van de gelegenheid gebruikmaken om ten aanzien van het dilemma dat de heer Ganzevoort schetste – hoe ga je eigenlijk verder, door op harmoniseren of juist niet? – te benadrukken dat onze ervaring is dat de harmonisatie tot nu toe niet zo succesvol is gebleken. De Wet zorg en dwang zoals die oorspronkelijk door de Tweede Kamer is behandeld en afgerond, stelde de sector eigenlijk heel goed in staat om te werken aan de reductie van onvrijwillige zorg door de hele tijd stapsgewijs te werken met het betrekken van interne deskundigheid en externe deskundigheid en toezicht daarop door een Wzd-arts. Dat lijkt heel erg veel op de manier waarop wij überhaupt aan kwaliteit werken in de gehandicaptenzorg, in periodiciteit en met multidisciplinaire kennis. Voor ons sluit dat dus echt naadloos op elkaar aan. Een model waarin een rechter daarin een heel grote rol gaat spelen, past gewoon echt niet bij wat wij doen. Dat wilde ik nog een keer meegeven.

De voorzitter: Dank u wel, mijnheer Bluiminck. Ik stel voor dat wij meteen doorgaan naar de volgende ronde.

Blok IV: Patiënten en familie

De **voorzitter**: Ook hier geldt weer dat het belletje gaat na vier minuten, waarna de spreker nog één minuut heeft. De eerste die op het lijstje staat, is de heer Kips van Mind. Aan u het woord, mijnheer Kips.

De heer **Kips**: Voorzitter. Dank u wel voor de mogelijkheid om hier namens Mind, de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de ggz, een inbreng te leveren. Vanwege mijn achtergrond zal ik mij vooral richten op het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Ik wil beginnen met benadrukken waar wij het hier vandaag over moeten hebben, namelijk zorg. Het gaat over mensen die zich in een uiterst kwetsbare positie bevinden, mensen die de grip op hun eigen leven kwijt zijn geraakt door ziekte. Stel je voor dat je een jongvolwassene bent en ernstige en langdurige jeugdtrauma's hebt. Je zelfbeeld is laag, je voelt je eenzaam en te veel. In je wanhoop doe je een zelfmoordpoging en vervolgens word je in een isoleercel gestopt. Welke boodschap wordt daarmee gegeven? Ik zal het zeggen. Het geeft de boodschap: niemand geeft om mij, ik ben te veel. Ik heb het zelf meegemaakt. Zorg is wat deze mensen nodig hebben. Mensen met complexe psychische problematiek hebben al jarenlang te maken met veel te lange wachtlijsten, of het nu gaat om klinische zorg of om zorg aan huis. Hierdoor verergeren problemen buiten de schuld van de betrokkene om. De beste manier om te voorkomen dat uiteindelijk dwang noodzakelijk wordt, is dus om op tijd hoogkwalitatieve gastvrije zorg te bieden. Zorg toepassen onder dwang draagt nooit bij aan de werkzaamheid van de zorg of de behandeling. Wel heeft het schadelijke effecten voor hen die deze ondergaan. Dit mag dus uitsluitend gebeuren als er echt geen andere mogelijkheden meer zijn. Dit ultimumremediumbeginsel was van origine een van de belangrijkste uitgangspunten van het wetsvoorstel, maar onder invloed van het maatschappelijke debat is de nadruk van het wetsvoorstel in de loop van de jaren verschoven naar bescherming van de samenleving, zoals mijn buurman ook al constateerde. Vergeten lijkt het feit dat psychiatrische patiënten vaker slachtoffer zijn van misdrijven dan de gemiddelde Nederlander en minder vaak dader. Ook vergeten lijkt het feit dat het overgrote deel van de mensen op wie dwang wordt toegepast vooral gevaar voor zichzelf veroorzaakte. Nee, het debat wordt de laatste jaren gedomineerd door het uitgangspunt dat de samenleving bescherming verdient tegen de psychiatrische patiënt. Het moge duidelijk zijn dat iedere wet omtrent gedwongen zorg uitsluitend voor zorg aangewend moet worden en niet voor ordehandhaving of beveiliging. Wij van Mind onderschrijven het belangrijkste uitgangspunt van deze wet, namelijk dat de rechter voortaan niet meer gaat besluiten of er wel of geen sprake moet zijn van opname, maar over de vraag tot welke zorg onder dwang de artsen gemachtigd gaan worden. Hiermee wordt beoogd om de rechtspositie van de betrokkene te verbeteren. Om tot een goede besluitvorming hierover te komen, is het voor de rechter, die immers geen arts is, noodzakelijk om goed en onafhankelijk geadviseerd te worden over de medische aspecten van de zaak. Oorspronkelijk bevatte het wetsvoorstel daartoe commissies die de rechter hierover zouden gaan adviseren. Inmiddels is het advies aan de rechter volledig verdwenen. Het is vervangen door een verzoekschrift dat wordt samengesteld door de officier van justitie in samenwerking met de geneesheer-directeur. Er werd net al even gesproken over de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur. Het Europees Hof geeft heel nadrukkelijk richtlijnen aan voor wat onafhankelijk is. Wij zijn van mening dat het de wetgever is die de verantwoordelijkheid moet nemen voor de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur, omdat het ook de wetgever is die de geneesheer-directeur deze cruciale positie geeft in de informatievoorziening aan de rechter op het medische gebied. Dit kun je dus niet overlaten, zoals door

het wetsvoorstel gebeurt, aan de instellingen zelf. Overigens wil ik nog wel even bevestigen dat ook in mijn ervaring de geneesheren-directeuren die nu actief zijn hun taak uiterst zorgvuldig proberen uit te voeren. Het wetsvoorstel voldoet dus niet aan de eis dat er sprake is van voldoende onafhankelijkheidsborging en daarmee komt dus onmiddellijk ook de onafhankelijkheid van de rechtspraak in het geding.

Twee belangrijke uitgangspunten van de democratische rechtsorde zijn het recht op zelfbeschikking en het verbod op discriminatie. Medische zorg is in beginsel een vrijwillig gegeven dat enkel met toestemming van de patiënt plaatsvindt. In de somatische zorg onder de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) bestaat de mogelijkheid om patiënten zonder toestemming te behandelen indien de patiënt wilsonbekwaam is. Onder de Wet verplichte ggz echter kunnen psychiatrische patiënten ook onder dwang behandeld worden als zij wilsonbekwaam zijn.

De **voorzitter**: U bent aan het eind van uw tijd. Ik weet niet hoeveel u nog wilt zeggen.

De heer **Kips**: Ach ja, mijn excuses. Ik heb nog drie of vier zinnen.

De **voorzitter**: Drie zinnen.

De heer **Kips**: Het gaat erom dat wilsonbekwame patiënten, of zij nu psychiatrisch patiënt zijn of niet, een gelijke rechtsbescherming verdienen. Wilsonbekwaam gedrag – kijk naar artikel 8 van het EVRM – behoort gewoon tot iemands verantwoordelijkheden en behoort niet tot gedwongen zorg te leiden. We hebben artikel 14 van het EVRM en het nieuwe gehandicaptenverdrag. Overal wordt uiterst duidelijk gesteld dat de zorg voor gehandicapten en voor anderen op gelijke voet moet plaatsvinden. Discriminatie is verboden. De wetgever institutionaliseert hiermee discriminatie, in effect.

Mijn excuses voor mijn tijdsoverschrijding.

De **voorzitter**: Het is ook heel moeilijk, want het is een heel complexe materie en u bent bij uitstek ervaringsdeskundige. Dan is het nog moeilijker om beknopt te zijn, denk ik. U bent immers zeer betrokken. Toch is mijn taak om u aan de tijd te houden. Het spijt me.

Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Santegoeds van Tekeer tegen de isoleer! Ik zet de wekker weer.

Mevrouw **Santegoeds**: Voorzitter. Ik ben Jolijn Santegoeds. Ik ben ook ervaringsdeskundige. Het is heel frappant dat hier het woord «rechtsbescherming» echt heel vaak over de tafel gaat. Ik vraag me af of mensen wel beseffen wat het inhoudt. Ik heb zelf op jonge leeftijd bijna twee jaar in een isoleercel gezeten, een «separeer» zoals dat in de ggz heet. Dat is ongeveer het ergste wat je iemand aan kunt doen. Binnen de justitiële sector is eenzame opsluiting ongeveer de zwaarste strafmaatregel en binnen de ggz wordt dat gepositioneerd als een zogenaamde «hulpmaatregel». Ik kan u vertellen dat eenzame opsluiting gruwelijk traumatiserend is en niets met welzijn te maken heeft. Hetzelfde geldt voor gedwongen medicatie. Als ik «nee» zeg omdat ik bepaalde dingen niet in mijn lichaam wil hebben en iemand anders doet dat toch, voel ik me verkracht. Mijn lichaam is niet meer van mijzelf en mijn gedachten worden zelfs beïnvloed door ongewenste chemicaliën. Het is net alsof niemand iets in je drinken gooit waar jij niets aan kunt doen. Dat is een afschuwelijke ervaring.

Dit heeft absoluut niets te maken met welzijn of met zorg. Echte zorg is namelijk een van de mooiste dingen die mensen elkaar aan kunnen doen, terwijl dwang een van de afschuwelijkste dingen is die mensen elkaar kunnen aandoen. Er is een fundamenteel verschil en deze twee dingen

kunnen niet door elkaar gebruikt worden. Dit wordt ook erkend door de VN. Er is sinds 2006 een nieuw verdrag voor de rechten van personen met beperkingen. Nederland heeft het in juni afgelopen jaar geratificeerd, als een van de allerlaatste landen in Europa. Ik ben al jarenlang expert op dit VN-verdrag. Ik zit regelmatig bij de VN zelf in New York en in Genève en op Europees niveau ook bij de Europese Unie en bij de Raad van Europa. Ook de Raad van Europa is bezig met het aanpassen van de richtlijnen, zoals de Convention on Human Rights and Biomedicine en hun richtlijnen over «involuntary treatment and placement of persons unable to consent», zoals dat dan heet.

Dat alles is aan het verschuiven. Een VN-verdrag gaat namelijk over een grote cultuurverandering. Vroeger werd ook gedacht dat vrouwen niet in staat zouden zijn om zelfstandig te wonen, hun eigen geld te verdienen of te gaan stemmen. Datzelfde werd gedacht van mensen met het syndroom van Down. Die zouden ook niet in staat zijn om in de samenleving te leven. Wij zien keer op keer dat het wel kan, als maar de juiste steun geboden wordt. Nu is het de beurt aan personen met beperkingen en ook mensen met psychiatrische problemen om diezelfde bevrijding door te gaan maken en gezien te worden als volwaardige burgers.

Eenzame opsluiting doet hartstikke veel pijn. Je kunt niet zeggen dat het zorg is, want er is totaal geen wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van dit soort maatregelen. Het komt gewoon voort uit een afschuwelijk verleden van de psychiatrie. Dat hoef ik u wellicht niet uit te leggen.

Vroeger waren er dollencellen. Wat er in de Tweede Wereldoorlog is gebeurd, is al helemaal afschuwelijk. Het systeem van ibs'en en rm'en dateert nog van de 19de eeuw, nog van voordat er überhaupt mensenrechten bestonden. Het huidige systeem is gebaseerd op dezelfde gedachtegang, niet op mensenrechten. Het is gebaseerd op achterhaalde, ouderwetse uitgangspunten. Het is gewoon niet meer toekomstbestendig.

Nederland is hartstikke laat met het ratificeren van het nieuwe VN-verdrag. In de rest van Europa en de rest van de wereld is men al druk bezig met het implementeren van onder andere artikel 14 en artikel 12.

Heel simpel: artikel 14 gaat over het recht op vrijheid en veiligheid van de persoon. Dat je een zorgbehoefte hebt – als je zorg nodig hebt, als je gewoon geen volmaakt mens bent dat alles altijd zelf kan – mag geen reden zijn om je vrijheden en je rechten kwijt te raken. Fundamentele universele mensenrechten zijn voor iedereen. Die heb je gewoon omdat je geboren bent. Ik ben geboren, dus ik mag mijn stem hebben. Ik ben geboren, dus ik mag bepalen wat er met mijn lichaam gebeurt. Het recht op vrije zorgkeuze geldt voor iedereen. Het is ondenkbaar om om ernstig gevaar, schade of nadeel – nadeel is een rekbaar begrip – te voorkomen iemand maar in een isoleercel te zetten. Daarmee berokken je heel grote schade. Het is buitenproportioneel, het is niet doelmatig en het is al helemaal niet subsidiair. In de wet zoals die hier nu op tafel ligt, zie ik totaal geen goeds. Dit is niet houdbaar. Ik zal dit ook zeker bij de VN neerleggen als Nederland zijn eerste periodieke review heeft, zoals die na de eerste periode altijd plaatsvindt.

Ik wil ten aanzien van de klachtencommissies nog opmerken dat ik zelf met mijn eigen zaak al heel lang bezig ben. De instelling heeft wel ooit een aanbod gedaan voor genoegdoening, maar dat heeft zij weer ingetrokken. Ik ben met juridische stappen bezig, al ongeveer 22 jaar. Er is nog steeds geen hof geweest dat mijn dossier heeft bekeken. Ik praat over fysieke, seksuele en geestelijke mishandeling in een jeugdinstelling. Ik kan schreeuwen wat ik wil en ik kan op mijn kop gaan staan, maar nog steeds ligt mijn dossier op die plank zonder dat iemand ernaar heeft gekeken. Waarschijnlijk krijg ik volgende week de uitslag en dan stap ik naar het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. Zover is het in Nederland met de rechtspositie. Ik kan u allemaal mijn persoonlijke verhaal toesturen. Ik weet zeker dat de rillingen u over de rug zullen lopen en dat u denkt dat uw eigen familie dit nooit zal overkomen. Ik wil namelijk ook

dat dit niemand anders overkomt. Daarom maak ik me hier zo druk om en daarom zet ik mij al jarenlang als vrijwilliger in. Ik ben hbo-opgeleid in duurzame bedrijfsvoering. Als ik in de duurzaamheidssector aan het werk was gegaan dan had ik misschien een heel leuke carrière kunnen hebben, maar ik kies hiervoor. Ik krijg misschien heel weinig respect en medewerking, maar dat is precies wat er altijd gebeurt bij het begin van een VN-verdrag. Toen er vrouwenrechten kwamen, was ook niet meteen iedereen daarvan overtuigd. Sterker nog, de SGP ziet het nog steeds niet. Er is echter wel iets aan het veranderen. Datzelfde gaat nu gebeuren met de rechten voor personen met beperkingen. Psychiatrie hoort daar ook bij. Ik verwacht dus dat u meegaat met de tijd en dit wetsvoorstel afwijst en terugverwijst naar de tekentafel. Het moet gaan over zorg en dwang is geen zorg. De hoofdvraag moet zijn hoe je mensen in crisis goede zorg kunt bieden. Dwang moet absoluut verboden worden.

De **voorzitter**: Een heel helder getuigenisverhaal, uw inbreng. Dank u wel.

Ik geef het woord aan de heer Boele van Leder(in).

De heer **Boele**: Voorzitter. Mijn naam is Jasper Boele van het LSR. Het LSR is een lidorganisatie van Leder(in), dat ons heeft voorgedragen. Uiteraard hebben we onze position paper afgestemd met Leder(in). Die is u gisteren toegestuurd. Het LSR is een koepelorganisatie van cliëntenraden in de zorg, waaronder de ggz en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Wat betreft de Wvvggz verwijzen we naar de position paper van Mind. Ik zal mijn presentatie vooral richten op de Wzd, de Wet zorg en dwang.

Over vrijheidsbeperking in de gehandicaptenzorg mag absoluut niet lichtzinnig gedacht worden. Daarom zijn we heel blij met de komst van de Wzd. Tegelijkertijd vinden we dat zorgvuldigheid voor snelheid moet gaan waar het gaat om de invoering van de Wzd. We zijn dan ook blij dat jullie de gelegenheid geven aan deskundigen om met jullie van gedachten te wisselen.

Jullie hebben in de uitnodiging aangegeven dat jullie een aantal vragen hebben, waaronder over consistentie in de visie en de praktische uitvoerbaarheid. Daar hebben wij wel wat kritische noten over. Die wil ik straks verkondigen, maar allereerst wil ik benadrukken dat wij heel erg hechten aan een eigen wetgeving op het gebied van de vg-sector. Wij zijn dus heel blij met de splitsing tussen de Wvvggz en de Wet zorg en dwang. Waarom zijn we dat? In de ggz gaat het vaak om een behandeltraject en in de pg en vg vaak om een levenslange en levensbrede zorg- en woonondersteuningssituatie. Het gaat vaak ook om situaties van het dagelijks leven. Het werd al eerder genoemd door de VGN. Het gaat om de leefwereld. Wat dat betreft zijn wij dus heel blij. Ik zal een aantal kritische noten noemen rondom de Wzd en ik zal ook een punt noemen waar wij verheugd over zijn.

De eerste kritische noot is dat wij vinden dat er onvoldoende aansluiting is op onvrijwillige zorg in het dagelijks leven in de Wzd. Na de harmonisatie is het verzetsbeginsel in de Wzd opgenomen. Een cliënt dient zich te verzetten tegen onvrijwillige zorg. In de gehandicaptenzorg betreft het echter veelal de zogenaamde «onvrijwillige zorg in het dagelijks leven», zoals het verbieden van een extra boterham. Juist bij deze vormen wordt dat verzet veelal niet herkend of wordt vanuit de onafhankelijkheidspositie van de cliënt geen verzet getoond. Het komt ook voor dat fixatie of insluiting plaatsvinden zonder dat er sprake is van verzet of duidelijk te herkennen verzet. De vraag is dan ook hoe straks beoordeeld gaat worden of er sprake is van verzet. Wij zijn van mening dat het verzetsbeginsel zoals nu omschreven in de Wzd onvoldoende aansluit.

Het tweede aspect is dat wij van mening zijn dat de terminologie die na de harmonisatie in de Wzd is gekomen niet goed aansluit op de vg-sector.

Het zijn vaak justitiële begrippen, zoals «insluiting», «onderzoek aan kleding» en «maatregelen». Dat zijn begrippen die onvoldoende toegepast zijn op de vg-sector. Het derde punt – dat sluit hierop aan – betreft de definities van «onvrijwillige zorg» en «ernstig nadeel». Die richten zich met name op de zwaardere maatregelen, waarbij het stellen van beperkingen in de keuzevrijheid veelal buiten de boot vallen. Juist in de gehandicaptenzorg is het van belang om in die minder zware elementen te investeren. Kortom, na de harmonisatie lijkt de Wzd te zijn doorgeschoten naar zorgverlening vanuit een justitieel kader en dat is niet passend bij de sector.

Het laatste punt is dat onvrijwillige zorg buiten de accommodatie nog niet goed is ingeregeld. Het is nog onduidelijk hoe die straks vormgegeven gaat worden. Daarvoor is een AMvB in de maak. Het exact inregelen hiervan is een vrij complexe zaak, waarbij gezocht dient te worden naar een balans tussen enerzijds het zo min mogelijk inzetten van vrijheidsbeperking en anderzijds het voorkomen dat cliënten bij wie vrijheidsbeperking toegepast dient te worden altijd zorg in de accommodatie moeten gaan ontvangen. We willen voorkomen dat mensen naar een accommodatie gestuurd worden. Wij zijn er voorstander van dat cliënten indien mogelijk ook onder strikt genomen beperkende voorwaarden in de thuissituatie kunnen verblijven. Daarbij is de invulling van het begrip «accommodatie» erg bepalend in de Wzd. De consequenties van de huidige definiëring zijn nog onvoldoende helder. Wij zijn dan ook van mening dat de Eerste Kamer de Wzd pas in stemming moet brengen als de AMvB's vastgesteld zijn, zodat die meegenomen kunnen worden in het totale oordeel over de Wzd.

Ik wil ook nog een positief punt benoemen.

De voorzitter: Tot slot is dat, neem ik aan. Uw laatste opmerking, toch?

De heer Boele: Ja. De Wzd geeft de Wzd-arts geen aanwijzingen met betrekking tot diens taakuitvoering. Dat onderstrepen wij, alsmede het belang van het onderscheiden van de Wzd-arts en de zorgverantwoordelijke. Daarmee is in feite extra toezicht op onvrijwillige zorg ingeregeld. Samenvattend zijn wij dus voorstander van een eigen Wzd voor de vg/pg-sector. Na harmonisatie van de wetgeving is de Wzd minder goed toepasbaar op de sector. Daarbij constateren wij dat een aantal essentiële AMvB's nog ingevuld moeten worden.

De voorzitter: Helder. Dank u wel. Tot slot geef ik het woord aan de heer Stavenuiter. U hebt veel geduld gehad, maar het is zover.

De heer Stavenuiter: Voorzitter. Mijn naam is Bert Stavenuiter. Ik ben directeur van Ypsilon. Ypsilon verenigt 5.000 familieleden van mensen met een psychotische stoornis. Een psychosegevoeligheid, kun je ook zeggen. Dank voor de manier waarop u mij introduceerde. Er is een mopje over een marathonloper die aan eind van zijn marathon nog drie hordes springt. Het publiek staat op de stoelen, op één iemand na. Waarom juicht je niet, vraagt de buurman. Die man heeft 42 kilometer gelopen en springt nog over drie hordes. Ja, kunst, zo reageert die ander, met zo'n aanloop. Ik vertel u dit mopje omdat u er al een lange marathon op hebt zitten vandaag.

U zult zich dan afvragen wat nu echt belangrijk is. Welnu, het zijn de verhalen in het laatste blok. Het zijn de laatste hordes van vandaag. Ik zal u vertellen waarom. Wij lopen zo onze eigen marathon. Je moet al een tijdje meedraaien, wil je het boekje kennen dat ik bij me heb. Het heet Bescherming van psychotische mensen en is in 1996 uitgebracht door Ypsilon, die via haar familieleden grootgebruiker te noemen is van de huidige BOPZ, de wet waarop ik me toespits. Op basis van ervaringsverhalen kwam Ypsilon samen met patiëntenvereniging Anoksis in het

boekje tot negen aanbevelingen, waarvan er bij elke evaluatie van de BOPZ wel een paar werden doorgevoerd. Nu, met de komst van de Wvvgz, worden drie belangrijke nog openstaande aanbevelingen, de laatste drie, doorgevoerd. De wet gaat niet meer uit van gevaar, de zelfbeschikkingsverklaring krijgt een wettelijke basis en ambulante dwang is een alternatief voor opname. Twintig jaar geleden schreven we ze, twintig jaar geleden. Nu zijn ze doorgevoerd. En ja, familieleden zijn er blij mee. Heel blij.

Wie hier over twintig jaar niet opnieuw wil zitten, raad ik aan minimaal de aanbevelingen te volgen die nu staan in de position paper van Mind, het platform voor psychische gezondheid waar wij onderdeel van zijn. Ook nu zijn er onderdelen die na aanpassing de wet beter maken. Een multidisciplinaire commissie maakt het advies van de rechter onafhankelijker en zorgvuldiger. Schade werpt meer een drempel op dan ernstig nadeel. Wilsbekwaam verzet moet bij psychiatrische patiënten niet anders worden behandeld dan bij andere patiënten.

Apart wil ik het nog even hebben over het toerusten van familie bij de implementatie van de wet. Familie is weer helemaal terug in beeld en daar ben ik natuurlijk blij mee. Als lid van de bestuurlijke ketenraad ken ik de enorme operatie om ervoor te zorgen dat de invoering van deze wet straks gladjes verloopt. Alles en iedereen bereidt zich al voor op de nieuwe wet, behalve de cliënten en de familie om wie het gaat. Van cliënten mag je dat misschien niet altijd verwachten, maar straks als het erop aankomt dan willen juist familieleden zich gesteund weten en dat gaat niet vanzelf. Er dient een apart programma te komen, zodat familieleden en naasten kunnen worden getraind om hun rol binnen de triade van behandelaar, cliënt en naaste in deze cruciale fase goed op te pakken. Tot slot. Welke wet we ook maken, als de zorg aan de voorkant niet goed zit dan blijft het dweilen met de kraan open. Dan ligt dwang op de loer om het gebrek aan goede zorg te verhullen. Er zijn meerdere sprekers die dat vandaag hebben gezegd. Het begint dus bij de hulpverlener. Als het hem niet lukt om de aansluiting te vinden met de patiënt of cliënt, komt het nooit tot goede zorg. We smachten naar hulpverleners die relationele zorg bieden, die professioneel nabij zijn. De overheid biedt echter de kaders. Deze wet is volgens de Minister meer gericht op het voorkomen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang. Goede vrijwillige zorg en hulp, aanvaardbare wachtlijsten en genoeg ambulante zorg en begeleiding aan huis zijn nodig om deze belofte waar te maken.

De voorzitter: Mijn compliment, in elk geval voor het binnen de tijd blijven. Het klokje gaat nu. Heel bijzonder. Een record, om het in marathontermen te zeggen. Ik ga snel door naar de vragenronde. Ik kijk even rond. Ik begin dit keer bij de heer Van Dijk.

De heer Van Dijk (SGP): Dank u wel, voorzitter. Ik haak even aan bij de laatste spreker. Met de wetsvoorstellen wordt een aantal verbeteringen doorgevoerd ten aanzien van de inbreng en de positie van familieleden. We hebben natuurlijk heel schrijnende toestanden gezien in de casus van Bart van U. Is het voldoende wat er nu ligt? Wat we toen meemaakten, is dat er heel weinig is gedaan met signalen vanuit de familie. Denkt u dat deze wetgeving een stap voorwaarts is ten aanzien van het voorkomen van dit soort dingen, mijnheer Stavenuiter?

De heer Van Kesteren (PVV): Ik heb een vraag aan de laatste spreker, de heer Stavenuiter. U pleit dus voor goede faciliteiten met betrekking tot deze zorg. Dan mag wat u betreft de wetgeving wel ingevoerd worden. Zie ik het zo goed? Ontbreekt het daaraan?

Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS): Dank, voorzitter. Dank ook met name aan de genodigden voor hun persoonlijke inbreng. Die geven mij

een veel helderder beeld van wat dwangmaatregelen toch teweeg kunnen brengen. Ik heb twee korte vragen. De eerste is aan de heer Kips. Hij had het over de wachtlijsten, de huidige wachtlijsten en die in het verleden, die alleen maar een vergroting van de psychische problemen veroorzaken. Verwacht u dat met de invoering van deze wetsvoorstellen deze wachtlijsten zullen afnemen of wellicht helemaal zullen verdwijnen? De tweede vraag is aan de heer Boele. U zei dat verzet vaak heel moeilijk te kwalificeren is. Wat zou u willen toevoegen zodat de kwalificatie van verzet veel duidelijker en helderder wordt?

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Heel veel dank, ook voor de ervaringen die ons hier geschetst zijn. Ik moet ook zeggen dat ik de position paper van de heer Kips van Mind goed en helder vind. Ik denk dat we daar iets mee kunnen. U plaatst ons ook voor een dilemma. Vrijheidsbeperking, die in de wetgeving toch als ultimum remedium genoemd wordt, wordt vooral door mevrouw Santegoeds niet geaccepteerd. Zij zegt: er moet zorg zijn en er mag eigenlijk nooit dwang zijn, op welke manier dan ook. In de samenleving wordt dat vaak anders gezien. Ik grijp daarom ook terug op de paper. Ik heb nog één vraag aan de heer Kips. Hij zegt dat het jammer is dat de adviescommissie verdwijnt. Ik vraag hem om daar nog wat nader op in te gaan.

Mevrouw **Barth** (PvdA): Heel veel dank voor de inbreng. Dat helpt ook weer om de veelkleurigheid van opvattingen over deze wetsvoorstellen wat completer te krijgen. Het maakt het voor ons niet makkelijker, maar het is wel goed om het allemaal te horen. Ik heb met name voor de heer Kips nog een aantal vragen. U gaf aan dat psychiatrische patiënten vaker slachtoffer dan dader zijn van criminaliteit en dat de dwang in de zorg vooral plaatsvindt om mensen tegen zichzelf in bescherming te nemen. Kunt u dat kwantificeren? Hebt u daar cijfers over? Dat hoeft niet nu, maar het zou fijn zijn als u ze op een later moment aan ons zou kunnen toesturen. Ik heb nog een tweede vraag, over de wachtlijsten in de ggz waarover u sprak. In de vorige ronde werd door de zorgaanbieders, met name door mevrouw Van Putten, aangegeven dat zorgverzekeraars met name de zorg die het meeste nodig is niet voldoende inkopen, namelijk intensieve ambulante zorg en de high intensive care. Is dat ook uw observatie, dat de wachtlijsten met name op die vormen van zorg tot problemen leiden of dat daar de verstopping in het systeem zit? Hebt u vanuit Mind contact met de zorgverzekeraars om daar iets aan te doen?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks): Dank, ook van mijn kant. Ik heb een vraag aan mevrouw Santegoeds. Over het uitgangspunt dat zorg en dwang eigenlijk niet bij elkaar passen, is volgens mij filosofisch heel veel te zeggen. Er is ook veel instemmends over te zeggen. Mijn vraag aan u is of er in de praktijk voldoende andere wegen zijn om dwang altijd te voorkomen. Als we uw lijn zouden volgen, moeten we te allen tijde dwang verbieden. Dat zei u met zoveel woorden. Kan dat? Hebben we alternatieven of hebben we toch dat ultimum remedium op de een of andere manier nodig? Als we het nodig hebben, hoe moeten we dat dan regelen voor zo'n situatie?

De heer **Don** (SP): Ik heb vragen aan de heer Kips en mevrouw Santegoeds. Dank voor jullie betoog en ook dank voor jullie ervaringen die daarachter te horen zijn. In de drie wetten wordt gesproken over de positie van de individuele cliënt en patiënt en de waarborging van zijn belangen en grondrechten. Stel dat deze wetten erdoor komen. Eerst krijgen we natuurlijk nog een discussie in de Eerste Kamer. Vervolgens zal er een evaluatie moeten plaatsvinden. Wat moet jullie positie daarin zijn vanuit de cliëntzijde? Jullie vertegenwoordigen een achterban. Dat geldt natuurlijk ook voor Ypsilon en Leder(in). Moeten jullie niet al op voorhand

een bepaalde positie innemen? Moet dat niet een onderdeel van ons debat worden? Uiteindelijk moet er worden geëvalueerd en moet je bekijken of die zorg – de heer Kips gebruikte daarvoor het mooie woord «gastvrije zorg» – ook daadwerkelijk in de praktijk wordt geleverd. Je zult ook moeten bekijken of dat effecten heeft op het voorkomen van dwang en drang. Het is wat vrij en algemeen gesteld. Misschien kan het antwoord er zo worden uitgeplukt, maar ik wil jullie dit toch ergens meegeven als denkrichting.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Ik dank iedereen voor de inbreng. Het is een heel enerverende ochtend geworden. Ik wil de heer Kips en mevrouw Santegoeds speciaal danken voor het delen van hun persoonlijke ervaringen. De heer Kips sprak over wilsbekwaam verzet en het honoreren daarvan. De afgelopen week hebben we daar een voorbeeld van gezien van een 12-jarige. We hebben gezien hoe de rechter dat wilsbekwame verzet heeft gewogen. Ik kan een heel eind met u meegaan, maar we zitten hier ook voor het algemeen belang. Stel dat het gedrag uiteindelijk leidt tot een ernstig nadeel voor het algemeen belang. U bent wel wilsbekwaam en u pleegt wilsbekwaam verzet tegen zorg. Er moet ingegrepen worden: ofwel gaat u het strafrechtcircuit in, ofwel gaat u het zorgcircuit in. Het wilsbekwame verzet wordt gewogen. Er dreigt een ernstig nadeel voor het algemeen belang. Als ik de wetgeving goed lees, is er een mogelijkheid om u niet direct in het strafrechtcircuit te brengen maar verplichte zorg te geven. Kunt u daar eens op reageren?

De **voorzitter**: Dank. Ik begin bij de laatste spreker, de heer Stavenuiter.

De heer **Stavenuiter**: De heer Van Dijk vroeg of er voldoende familie in de wet zit. Ik kan verschillende kanten op redeneren. Ik stip het even kort aan. In de voorganger van deze wet was sprake van een observatiemachtiging. Een van de argumenten die Minister Schippers gebruikte om daar sterk op te hameren was het feit dat er familieleden waren die zeiden dat het van belang was. Dan ging het concreet om bijvoorbeeld de zus van Bart van U. Ik vertegenwoordig familieleden, juist in die hoek, als ik het zo mag uitdrukken. Wij hebben gezegd: nee, het is geen goed idee om te werken met een observatiemachtiging. Je kunt je er alles bij voorstellen, die zus wil alles proberen om te voorkomen dat er dingen gebeuren, maar toch moet je, als je ietsjes uitzoomt, het niet willen. Ik ben ook altijd weer aangedaan door het verhaal van Jolijn. Daar is niets op af te dingen, maar de positie is anders. Dat maakt dat ik soms net een andere keuze maak, terwijl ik nog steeds denk dat het heel erg van belang is. Dat is één. Twee. In de laatste wetstekst is sprake van familie en anderen die voor de continuïteit van zorg cruciaal zijn; dat verhaal. Ik vind dat een mooie toevoeging. Wat mij betreft gaat het niet alleen om familie, het gaat om mensen die je dierbaar zijn. Daar ben ik dus voor. Ik kan me voorstellen dat er ook familieleden zijn van wie je als cliënt denkt «die heb ik liever niet als adviseur». Wat dat betreft is het prima dat we afspreken dat de rechter altijd het laatste woord heeft in dezen. Dus in grote lijnen: ja, ik ben tevreden met wat er staat. Ik kan wel zeggen dat ik het fijn zou vinden als familieraden een wettelijke status krijgen, maar dat voert misschien te ver.

Dan ben ik nog een antwoord schuldig op de vraag van de heer Van Kesteren. Die vraagt of hij goed begrijpt dat het genoeg is als er goede faciliteiten zijn. Dan moet je een onderscheid maken tussen de juridische regeling en de bestaande praktijk. Waar ik het had over goede facilitering bedoelde ik de praktijk: zorg ervoor dat je ook familie in staat stelt om zich goed voor te bereiden. Dat is niet iets wat je juridisch moet regelen, dat moet je in de praktijk regelen. Van de juridische regeling heb ik gezegd dat ik er een eind in mee kan gaan. We hebben echter wel een paar punten, en

die sluiten aan bij de paper van Mind. Ik laat het dan ook aan Rutger over om hier antwoord op te geven.

De heer **Boele**: Mevrouw Baay heeft gevraagd of er een kwalificatie aan het verzetsbegrip is toe te voegen. Dat is een heel terechte vraag, maar ook een heel lastige vraag. Eigenlijk willen wij terug naar het oude principe van voor de harmonisatie. Dat lost voor nu niet zo veel op. Ik heb hier niet direct een passend antwoord op, maar ik denk dat wij wel de moeite willen nemen om daar nog even goed op te reflecteren en daarop bij u terug te komen. We nemen het serieus mee.

Mevrouw **Santegoeds**: De vraag is of dwang te voorkomen is. Ik denk absoluut dat dat het geval is. Het is sowieso al mogelijk om een crisis te voorkomen, als je tijdig de juiste zorg en ondersteuning inzet. We moeten niet net doen alsof de ggz zo goed geregeld is dat we met een wetje wel de puntjes op de i kunnen zetten, want het is één grote puinhoop in de ggz. Het hele systeem is zo gedateerd ... Het doet me altijd denken aan een horrorfilm. Het is mogelijk om dwang te voorkomen door nabijheid en contact. Zelf ben ik ook pas hersteld toen ik met respect werd behandeld. Zolang ik werd opgesloten, bleef ik depressief en suïcidaal en bleef ik in paniek. Ik bleef de taal van geweld gebruiken omdat ik echt geen andere mogelijkheid meer had. Voor mij zijn agressie en geweld een taal van onmacht. Die onmacht kun je ook op een andere manier oplossen. Elk mens heeft een gebruiksaanwijzing. Hulpverlening is echt een vak, het is niet iets wat je zomaar aan iedereen kunt overlaten. Het kan, het kost alleen veel meer tijd en geld om iemand echte aandacht te geven, om echt na te gaan waarom hij zo overstuurd is.

Wat het ultimatum remedium betreft, denk ik dat er ook neutralere manieren zijn om zoiets te benaderen. Als iemand over het spoor loopt, is er geen tijd om na te gaan of het wel of geen ggz-cliënt is. Op zo'n moment doe je feitelijk je burgerplicht: je haalt zo iemand van het spoor af. Maar wat doe je daarna? Als iemand geen ggz-cliënt is, mag hij feitelijk gewoon rondlopen en zelf kiezen welke zorg hij neemt. Maar als iemand een ggz-cliënt is, volgt er een ander traject. Datzelfde geldt voor gevallen waarin iemand een steen door de ruit gooit.

De consequenties hangen af van de titel die je hebt, en dat is discriminerend. Dat hoort niet. Ik zeg dus niet dat je mensen met een mes in de hand gewoon over straat moet laten lopen. Dat mes pak je af, maar het is niet acceptabel om iemand met een diagnose vervolgens veel zwaarder in zijn vrijheid te beperken, zelfs via eenzame opsluiting. Dat is echt de allerswaarste straf die justitie kan opleggen, waar normaal gesproken strenge voorwaarden aan verbonden zijn. In de ggz gelden daarvoor echter helemaal geen voorwaarden. Ik heb zonder strafblad keilang in eenzame opsluiting gezeten. Dat moet niet kunnen in Nederland. Ik weet zeker dat het veel beter kan, maar dan moet er wel geïnvesteerd worden in echte zorg. Dat is een uitdaging voor deze generatie: we kunnen het niet laten zoals het is.

Ik hoop dat dit een antwoord is.

De **voorzitter**: Er is ook gevraagd naar de positie van cliënten bij de evaluatie.

Mevrouw **Santegoeds**: Dat vind ik een beetje vreemde vraag, want ik ga ervan uit dat een weldenkend landsbestuur deze wet niet aanneemt. Ik zie dan ook helemaal geen reden om bij voorbaat al over een evaluatie te gaan nadenken. Bovendien, waarom zou ik bij een evaluatie betrokken willen zijn als mijn stem consequent niet wordt gehoord? Als ik hier al aan tafel zit en een duidelijke mening toelicht, waarom zou ik dan bij een evaluatie willen zijn? Ik heb ook meegedaan aan de evaluatie van de

BOPZ. Ik kan niet zeggen dat dat tot resultaten heeft geleid. Dat zou mijn reactie zijn.

De **voorzitter**: Dank, helder. Tot slot de heer Kips.

De heer **Kips**: Ik heb een aantal vragen gekregen. Ik begin met de meest complexe vraag. Mevrouw De Bruijn stelde een vraag over wilsbekwaam verzet. Ik ben haar erg dankbaar dat zij die vraag stelde. Dit is een uiterst ingewikkelde en complexe materie. Mevrouw De Bruijn sprak over wilsbekwaam verzet ten aanzien van zorg. Als gedrag gevaar veroorzaakt, ongeacht voor wie dat gedrag gevaar veroorzaakt, is nog een andere vraag van belang, namelijk de vraag hoe wilsbekwaam het gedrag is dat het gevaar veroorzaakt. Altijd als dit vraagstuk van dwang naar boven komt, moet je die twee vragen ten aanzien van wilsbekwaamheid beantwoorden. Ik ben ook blij dat mevrouw De Bruijn het voorbeeld van de 12-jarige jongen aanhaalt. Afgelopen vrijdag heeft de rechter besloten dat hij zelf mag bepalen om af te zien van een chemotherapie in verband met zijn hersentumor. Het opmerkelijke bij die zaak, althans vanuit het perspectief van deze wet, is dat een psychiater positief heeft geoordeeld dat de betrokkene volledig wilsbekwaam was, op alle gebieden. De grap is dat wilsbekwaamheid de standaardmodus is. We zijn wilsbekwaam totdat wilsonbekwaamheid is vastgesteld. Zo geldt dat ook onder de WGBO. Ik kan mij voorstellen dat je, als je wilsbekwaam verzet in de Wvvgz goed wilt regelen en het dus echt als criterium wilt opnemen – ik ben van mening dat dat de enige goede regeling kan zijn – ook gaat werken met een dergelijke positieve wilsbekwaamheidsverklaring, in plaats van wilsbekwaamheid aan te nemen. Dat heeft met een aantal aspecten te maken. Het gaat om wilsbekwaamheid ten aanzien van een bepaalde beslissing. Wilsbekwaamheid is niet continu. Je bent niet nu wilsonbekwaam en dan voor de rest van je leven wilsonbekwaam. Je kunt een parallel trekken met weer de somatische zorg. Je bent eventjes buiten westen, maar je bent niet de rest van je leven buiten westen, hoop ik. Dit is dus bijzonder ingewikkeld. Ik denk dat je een standaardwilsbekwaamheidsbeoordeling sowieso nodig hebt. Wil je een toekomstbestendige wet – daar ging het origineel om – dan heb je geen keus. Ik kijk ook naar het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de wijze waarop het Europees Hof hierover oordeelt. Je moet wilsbekwaamheid wel degelijk in het criterium opnemen. Is dat een antwoord op de vraag?

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD): Ik krijg hier nog een verslag van en ik ga er nog eventjes op puzzelen. Anders neem ik nog contact met u op. Dank u wel.

De heer **Kips**: De volgende vraag ging over de adviescommissie. Het gegeven is dat een rechter, zelfs al zou die toevallig naast rechten ook medische wetenschappen en zelfs psychiatrie hebben gestudeerd en een heleboel kennis hebben op dit gebied, zijn kennis op dit gebied niet mag gebruiken in de rechtspraak. Hij dient zich op te stellen als leek. Dat klinkt misschien een beetje ingewikkeld, maar je mag als rechter uitsluitend in een rechtszaak gebruiken wat er ter tafel komt en wat als algemene kennis mag gelden. Als je zelf specialistische kennis hebt op een gebied dat toevallig aan de orde is in een rechtszaak, mag je dat als rechter niet meewegen. Dat is heel belangrijk voor de onafhankelijkheid van de rechtspraak. Zoals het nu is geformuleerd in de Wet verplichte ggz, wordt de rechter feitelijk niet geadviseerd op medisch inhoudelijk gebied. Er komt een verzoekschrift. Daarin staat de mening van verschillende artsen en op basis daarvan moet de rechter beslissen welke zorg uiteindelijk gegeven moet worden of mag worden, onder dwang.

Juist het feit dat er niet onafhankelijk wordt geadviseerd, op geen enkele manier, is echt een probleem. Nogmaals, het wetsvoorstel laat de onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur, die in feite het medisch inhoudelijke deel van het verzoekschrift doet, volledig open aan de instelling. Ik geloof op zich best wel dat die instellingen hun best doen. Alleen, het is niet de taak van een instelling. Als je als wetgever de geneesheer-directeur in feite een taak als bestuursorgaan geeft, ben je ook als wetgever verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat het bestuursorgaan onafhankelijk functioneert. Pas als de geneesheer-directeur werkelijk onafhankelijk functioneert, kun je spreken van een wet die voldoet aan de vereiste.

Beantwoordt dat uw vraag? Dat is het geval, begrijp ik.

Dan was er nog een vraag over vrijheidsbeneming. Ik heb hier alleen het woord «vrijheidsbeneming» staan.

Mevrouw **Oomen-Ruijten** (CDA): Ik heb alleen gezegd dat vrijheidsbeperking slechts wordt gehanteerd als absoluut ultimum remedium. Nu zou je het anders willen.

De heer **Kips**: Niet anders, maar ik denk dat dit wetsvoorstel niet voldoende borging biedt. Daar laat ik het even bij.

Mevrouw Barth sprak over vaker slachtoffer zijn en over een gevaar zijn voor zichzelf. Over vaker slachtoffer zijn heb ik, denk ik, een behoorlijke kwantificatie. Over dat andere, het gegeven dat mensen vooral een gevaar voor zichzelf zijn, zijn volgens mij geen integrale getallen bekend, maar er zijn wel onderzoeken naar gedaan. Ik zal de komende dagen even aan het graven gaan. Ik ben het tegengekomen in het kader van het opstellen van een multidisciplinaire richtlijn. Ik heb uit mijn hoofd geciteerd, zeg maar. Dan kom ik bij de vraag van de heer Don. Ik zou het eigenlijk andersom willen stellen. Als de overheid, die verantwoordelijk is voor de evaluatie, de evaluatie serieus neemt, dan zorgt zij ervoor dat daarin een brede cliëntenvertegenwoordiging betrokken wordt en dat die ook een goede stem krijgt, in plaats van niet serieus genomen te worden. Ik zou niet een-twee-drie antwoord kunnen geven op de vraag hoe dat moet worden ingevuld. Wel ben ik zeker bereid om namens Mind hierover verder te denken met u.

Een paar mensen hebben gevraagd naar de wachtlijsten, met name of ze korter worden.

Ik denk dat deze wet daar op zich geen invloed op heeft. Het afnemen van de wachtlijsten heeft inderdaad te maken met inkoopproblematiek en met investeringen door de overheid. Ben je bereid om te investeren? In mijn regio worden ervaringsdeskundigen uit alle ambulante behandelteams wegbezuinigd. AZT's (Acuut Zorg Team) klagen steen op been dat ze onvoldoend gefinancierd worden om het werk volgens de AZT-methodiek uit te voeren. Zo kan ik nog wel een tijdje doorgaan. Het probleem is gewoon geld, het werkelijk faciliteren en het daar bovenop blijven zitten.

De **voorzitter**: Volgens mij hebt u daarmee alle vragen geadresseerd. Aan mij de taak om af te sluiten. Ik houd het zo kort mogelijk, want ik zie dat enkele mensen op de wip zitten. Ze dachten om 12.30 uur weg te kunnen, maar nu is het toch 13.00 uur geworden. Ik hoop dat u er allemaal begrip voor hebt dat we zo veel mogelijk hebben geprobeerd om de antwoorden tot hun recht te laten komen en de vragenstellers zo veel mogelijk ruimte te geven. Dank voor uw geduld en vooral dank voor uw heldere, betrokken en deskundige inbreng. Dank voor uw komst naar Den Haag. Op deze mooie dag zitten we hier binnen. Dank ook aan de voorbereidingsgroep, die met zorg dit programma heeft samengesteld; buitengewoon informatief. Dank ook aan de staf, die de organisatorische dingen heeft behartigd. Als het allemaal zo smoothly verloopt, denk je dat

het een eitje is, maar daar gaat altijd veel werk aan vooraf. Veel dank, want het was fantastisch georganiseerd.
Ik mag u allemaal het boek Veelzijdig in deeltijd meegeven. Er komt een verslag. Dat wordt aan allen toegezonden. Ik ga ervan uit dat de leden u mogen benaderen als er nog aanvullende vragen zijn. Andersom, als u nog iets wilt inbrengen waaraan u niet bent toegekomen, aarzel dan niet om ons te informeren. Nogmaals dank en wel thuis.

Sluiting 13.05 uur.