

5de vergadering

Dinsdag 8 november 2005

Aanvang 12.30 uur

Voorzitter: Jurgens

Tegenwoordig zijn 65 leden, te weten:

Van de Beeten, Bemelmans-Videc, Van den Berg, Bierman-Beukema toe Water, Biermans, Broekers-Knol, Van den Broek-Laman Trip, Van Dalen-Schiphorst, Dees, Doek, Doesburg, Dölle, Van Driel, Dupuis, Eigeman, Engels, Essers, Franken, Van Gennip, De Graaf, Hamel, Hessing, Van Heukelum, Hoekzema, Ten Hoeve, Holdijk, Jurgens, Kalsbeek-Schimmelpenninck van der Oije, Ketting, Kox, Van der Lans, Van Leeuwen, Leijnse, Lemstra, Van der Linden, Linthorst, Luijten, Meindersma, Meulenbelt, Van Middelkoop, Noten, Van den Oosten, Pastoor, Pruiksma, Putters, Van Raak, Rabbinge, Rosenthal, Russell, Schuurman, Schuyer, Slagter-Roukema, Swenker, Sylvester, Tan, Terpstra, Thissen, Wagemakers, Walsma, Werner, Westerveld, Witteman, Witteveen, Woldring en De Wolff,

en de heer Donner, minister van Justitie, de heer De Geus, minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, en de heer Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Vedder-Wubben, Van Thijn en Schouw, wegens verblijf buitenslands;

Middel, wegens bezigheden elders, ook volgende week;

Nap-Borger en Maas-Brouwer, wegens ziekte.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het einde van deze editie.)

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en enige andere wetten in verband met de aanpassing van de in deze wet opgenomen klachtregeling (28999).**

(Zie vergadering van 1 november 2005.)

De beraadslaging wordt hervat.

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Ik zou de twee bewindslieden willen danken voor de door hen gegeven antwoorden. Dat wil niet zeggen dat daardoor de beoordeling van dit wetsvoorstel gemakkelijker geworden is. De indruk dat de BOPZ erg veel toelichting behoeft, wordt ermee versterkt alsmede dat een restyling wenselijk is.

Ik doelde in eerste termijn niet zozeer op een uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangopname, maar op een meer op behandeling gerichte en transparante wet. Na zoveel wetswijzigingen en reparaties is het belangrijk om te weten dat bij een nieuw wetsvoorstel integraal wordt gekeken naar de gehele systematiek van de wet. Daarom blijft de vraag of de bewindslieden bereid zijn om bij het aangekondigde wetsvoorstel de eerder genoemde punten te betrekken.

Het is goed, nog even te memoreren waarover het debat in eerste termijn ging. Het gaat om de klachten als genoemd in artikel 41, lid 1. Dat is een breed scala, zeker als het gaat om een situatie waarin er geen behandelplan is of het behandelplan overeengekomen is met een verwante van de patiënt. Door de nieuwe regeling van het klachtenrecht komt de behandelaar dan wel de psychiater in de moeilijke positie dat hij een beslissing die hij heeft genomen, dan wel een behandeling die hij heeft gegeven op grond van zijn eigen professionele inzichten, vanwege een gegronde verklaring door de klachtencommissie terug moet nemen en een andere beslissing moet nemen. De vraag is, of het reëel is om dit van een behandelaar te vragen en of het een behandeling ten goede komt als de relatie tussen behandelaar en patiënt hiermee wordt belast. Dit laatste kan, maar hoeft niet altijd het geval te zijn.

Iedereen in deze Kamer heeft opgemerkt dat er geen impasse moet ontstaan in het behandeltraject door een

Hamel

verdere juridische procedure. Wel is het de vraag of van de behandelaar die niet in beroep kan gaan, mag worden gevraagd om eventueel tegen zijn professionele inzichten te handelen. Om tot een oplossing van dit dilemma te komen, heb ik een vrij eenvoudig voorstel gedaan. Ik heb gevraagd om de instelling te belasten met de uitvoering van de consequenties van de gegrondverklaring. Het is dan de instelling die in overleg met de betrokken psychiater bekijkt, of deze zelf dan wel een andere psychiater de behandeling zal voortzetten. De minister heeft aangegeven dat dit nu al mogelijk is en onder het begrip "behandelaar in functionele zin" moet worden opgevat. Ik blijf dit betwijfelen omdat in de wet herhaaldelijk wordt gesproken over de voor de behandeling verantwoordelijke persoon. Ik verwijs naar artikel 38. Deze persoon maakt met de patiënt afspraken over de behandeling, vastgelegd in het behandelplan.

Ook in de somatische zorg is altijd sprake van een behandelaar. Deze zal niet 24 uur per dag aanwezig zijn, maar andere artsen moeten zich in dit geval wel houden aan de aanwijzingen van de betrokken arts. Zeker in de psychiatrie is het van belang dat er sprake is van een relatie tussen een patiënt en één behandelaar.

Voorts wordt geantwoord dat de door mij voorgestelde positie van de instelling geen nadere regelgeving behoeft, omdat het al kan. Het kan wel, maar de betrokken psychiater moet ervoor zorgen en is daarbij afhankelijk van anderen. Wij spreken hier over een wettelijke regeling en dan lijkt een dergelijke afhankelijkheid minder voor de hand te liggen. Minister Donner stelde in dit verband, dat de behandelaar kan aangeven dat hij een behandeling niet kan of wil voortzetten en dat de instelling maar een andere behandelaar moet aanwijzen. Dat staat echter niet in de wet. De wet stelt dat de rechtbank de voor de behandeling verantwoordelijke persoon kan opdragen een nieuwe beslissing te nemen.

Ik constateer dat door de regering geen bezwaren zijn geuit tegen de verantwoordelijkheid van de instelling. Laten wij het dan ook zo regelen. Daarmee wordt de positie van de psychiater veel duidelijker. Bovendien is voor een deel het beroeprecht niet nodig, omdat het duidelijk is dat een psychiater niet hoeft te handelen tegen zijn wil en geen afhankelijkheidspositie heeft. Daarmee zou die discussie kunnen worden beëindigd en is een snelle voortgang van de behandeling gewaarborgd.

Tot slot zou ik willen vragen naar de aard van de 64 gegrond verklaarde klachten die in eerste termijn door minister Hoogervorst zijn genoemd. Voor de behandeling nu is het van belang te weten, of deze klachten vooral betrekking hebben op de dwangverpleging of dat dit niet het geval is.

Ik wacht de antwoorden van de bewindslieden met belangstelling af. Of mijn fractie haar twijfels met betrekking tot dit wetsvoorstel kan overwinnen, zal in belangrijke mate daarvan afhangen.

□

De heer **Van de Beeten** (CDA): Voorzitter. Ik sluit mij graag aan bij de woorden van dank van de heer Hamel aan het adres van de beide bewindslieden.

Voor een paar punten wil ik nog aandacht vragen. Wij hebben ons in het debat sterk geconcentreerd op de behandelaar. Als ik kijk naar de wet, hebben wij ook te

maken met maatregelen die niet worden genomen door de behandelaar, maar door een andere verantwoordelijke functionaris. Ik geef als voorbeeld de beperking van het recht op vrij telefoonverkeer: artikel 40, lid 4, onderdeel b van de BOPZ. Ter voorkoming van verstoring van de openbare orde of ter voorkoming van strafbare feiten kunnen beperkingen worden opgelegd. Er wordt niet gezegd dat het gaat om beperkingen die worden opgelegd door de behandelaar. Dat is echter wel het geval in onderdeel a van hetzelfde lid, waar het gaat om ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt. Ik noem dit voorbeeld om de discussie over de vraag of er behoefte bestaat aan een beroepsrecht voor de behandelaar, enigszins te relativieren.

In de wet staat een reeks van maatregelen die een beperking van de vrijheid van de patiënt met zich brengen en die absoluut niet door de behandelaar hoeven te worden genomen, maar door een andere verantwoordelijke functionaris binnen de instelling genomen zal worden. Ook in die gevallen zal behoefte bestaan aan een mogelijkheid om dat aan de klachtencommissie voor te leggen, maar dat heeft dan geen rechtstreekse betekenis voor de behandeling.

Dat brengt mij opnieuw bij de vraag of de toetsing van de commissie niet in belangrijke mate een marginale toetsing moet zijn. Ik heb vorige week bij interruptie een debat gevoerd met minister Donner over de strekking van die toetsing en de betekenis van de gronden zoals die in de wet zijn opgenomen. Ik heb bij mijn voorbeeld aangegeven welke gronden er in artikel 40, vierde lid te vinden zijn als het gaat om het vrije telefoonverkeer. Die gronden komen voortdurend terug in al die bepalingen. Zij zijn nauwkeurig omschreven. Natuurlijk ben ik het met de minister eens dat zo'n klacht gegrond verklaard moet worden als er geen sprake is van een dreigende verstoring van de openbare orde. Het gaat echter om de vraag of de feiten en omstandigheden die de beslisser respectievelijk de behandelaar aanvoert tegenover een klachtencommissie, de beslissing om de beperking op te leggen, hebben kunnen dragen. Ik meen dat die toetsing een sterk marginaal karakter heeft. Zou het gaan om een beslissing over de vraag of de noodmaatregel die maximaal zeven dagen mag duren, op de achtste dag nog mag worden voortgezet, dan spreekt het vanzelf dat als de wet spreekt van zeven dagen, de klachtencommissie in zo'n situatie de klacht gegrond moet verklaren.

De voorziene nieuwe wet zal kennelijk meer een behandelwet zijn. Ik steun de gedachte van de heer Hamel om bij die nieuwe wet te bekijken, of de rol van de instelling niet moet worden versterkt en of daarmee het probleem kan worden opgelost.

Ik wil nog een ander idee opperen, waarmee het veld wellicht nadrukkelijker kan worden betrokken bij de vormgeving van de volgende wet. De minister spreekt over 64 gegrond verklaarde klachten. Dan zou het toch ook interessant zijn om te zien, waar het probleem zit. Hoe staat de behandelaar tegenover de beslissing van de klachtencommissie? Zou het niet verstandig om daar onderzoek naar te laten doen? Zou het niet verstandig zijn om lopende de voorbereiding van de wet het patroon van de indiening van klachten te volgen en dat te evalueren? Op die manier wordt een duidelijk signaal gegeven vanuit deze Kamer en vanuit de overheid aan het veld dat wij zeker niet ongevoelig zijn voor de daar bestaande zorgen, dat wij die ook serieus nemen en

Van de Beeten

willen betrekken bij het formuleren van een nieuwe wet. Als beide ministers bereid zijn om dat toe te zeggen, is er brede steun voor dit in wezen technische wetsvoorstel.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Dank voor de antwoorden in eerste termijn. Maar wij hebben nog een aantal opmerkingen en vragen, te beginnen met de kwestie van de cassatie. De ministers hebben er hoog van opgegeven dat deze wet de mogelijkheid van cassatie opent voor de patiënt. Hebben wij het goed begrepen dat de cassatie alleen maar kan slaan op de patiënt die via de rechter verder kan en niet op de hulpverlener, omdat deze daarin geen partij is? Als het al gaat om een patiënt die in cassatie gaat om te kijken of er niet meer eenheid kan worden gebracht in een aantal beslissingen, is dit een zaak die de wetgever zou moeten regelen. Het is een vorm van afschuiven om de Hoge Raad daarmee op te zadelen. Dat hele cassatieverhaal spreekt ons dus totaal niet aan.

Een volgend zeer principiële en inhoudelijk punt betreft de invulling die door de bewindslieden wordt gegeven aan het belang van de patiënt. Ik stel voorop dat de VVD-fractie de rechten van de geesteszieke patiënt natuurlijk ten volle honoreert. De vraag is echter wat die rechten inhouden in een situatie waarin de patiënt onder dwang via de geëigende procedures in een psychiatrische inrichting is terechtgekomen, waarbij wij moeten vaststellen dat de patiënt aan een ernstige vorm van geestesziekte lijdt. Anders zat hij daar niet. Wat is in zo'n situatie het belang van de patiënt die al in een inrichting zit, omdat hij een ernstige psychiatrische stoornis heeft? Het komt mijn fractie voor dat de patiënt maar één belang heeft, namelijk een adequate behandeling om zo snel mogelijk een aanspreekbaar en redelijk mens te worden. Dat betekent dat er adequate medicatie moet worden gegeven en die is er ook. Er is adequate medicatie, waarmee de patiënt binnen de kortste keren op een aanspreekbaar niveau kan worden gebracht. Dat is volgens de VVD-fractie het primaire belang van de patiënt. Dit moet voorrang krijgen op alle andere belangen. Er moet dus een mogelijkheid zijn om een behandeling toe te dienen, ook al is de patiënt het daar in principe niet mee eens. Die klacht hangt immers samen met zijn geestesziekte, wat niet zomaar kan worden geaccepteerd als het eind van een behandeling. De bedoeling is dat bij een klacht de behandeling verder wordt opgeschort. Realiseren de ministers zich dan wel wat dat in de praktijk voor de behandelaar en voor de patiënt betekent?

De heer **Hamel** (PvdA): Wilt u onderscheid maken tussen het moment waarop er een behandelpun is en de periode die daaraan vooraf gaat?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Daar heeft de heer Hamel volledig gelijk in. Overigens heeft hij voor een groot deel namens de VVD-fractie gesproken, want alle argumenten waarmee hij kwam, spreken ons zeer aan. Er zijn eigenlijk twee situaties: het moment dat er nog geen behandelpun is, waarbij ik aanneem dat er dan wat moet gebeuren. Wat is dan de rechtstijtel voor een behandelaar bij een weigerachtige patiënt? Is er eenmaal een behandelpun, dan is er een andere situatie ingetreden,

want daarbij kan ook de vertegenwoordiger betrokken zijn en moet verder worden gekeken hoe de situatie dan ligt. Het is lastig, maar ik blijf namens de VVD-fractie volhouden dat een inbewaringgestelde of onder rechterlijke machtiging opgenomen patiënt hoe dan ook moet kunnen worden behandeld. Anders had hij niet in die instelling terecht hebben moeten komen. Daar zit wat ons betreft een dwingende logica achter. Zolang de minister er geen blijf van geeft dat hij het in dit opzicht met ons eens is, hebben wij heel veel moeilijkheden met dit wetsvoorstel.

Wij zijn er pijnlijk door getroffen dat zowel in de Tweede Kamer als in de Eerste Kamer de ministers tot twee keer toe in uitermate negatieve termen over psychiaters spreken. In de Tweede Kamer is gesproken over het feit dat de artsen zo moeilijk deden vanwege hun beroepseer. In eerste termijn hebben wij gezegd dat dat eigenlijk niet kan, dat is niet aan de orde. Als men zich realiseert hoe lastig de situatie is voor een psychiater, met een weigerende maar wel gedwongen opgenomen patiënt, dan is dit een volkomen buiten de orde zijnde opmerking. In het antwoord van de ministers aan de Eerste Kamer lezen wij nota bene weer zo'n negatieve uiting over psychiaters. Wat is er gezegd? De minister wilt niet dat na een gedwongen opname de patiënt wordt uitgeleverd aan de willekeur van de psychiater. Wat wordt daarmee bedoeld? Dat psychiaters maar een beetje aanrommelen? Dat zij in hun eentje beslissingen nemen? Dat zij dat doen om de patiënt te schaden? Wat is dit voor manier om te kijken naar de artsenstand? Graag een antwoord van de ministers.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Is dit geen op zich begrijpelijke juridische kwalificatie van een situatie, waarin een psychiater zich nooit zou hoeven te verantwoorden ten opzichte van de rechter? Ik kan mij voorstellen dat dit psychologisch wat ongelukkig valt bij psychiaters, maar zeker in deze Kamer, waar aan wetgeving wordt gedaan, mag deze kwalificatie toch niet helemaal vreemd voorkomen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wat u zegt, is onjuist. Zo moet je volgens ons niet over psychiaters spreken. Het kan juridisch wel kloppen, maar het feit dat een psychiater zich moet verantwoorden, blijft volop staan. Daar hebben wij het tuchtrecht voor, evenals de gang naar de rechter. Dat is dus niet aan de orde. Het gaat erom dat de wetgever kennelijk uitgaat van wantrouwen jegens deze beroepsgroep. Daarover is mijn fractie languit gevallen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik spreek mijn bijdrage uit namens de fractie van GroenLinks.

Vandaag vindt de voortzetting plaats in tweede termijn van het debat over de aanpassing van de klachtregeling in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Vorige week werd het debat geschorst, omdat er onrust was ontstaan en de verschillende partijen er behoefte aan hadden de zaak nog eens te beoordelen aan de hand van de discussie gevoerd in eerste termijn. Ik kon het verslag mooi nog eens doorlezen. Eerlijk gezegd is mijn onrust nog niet geheel weggenomen. Als ik het verslag van de discussie nalees, vind ik dat er nog steeds om het meest wezenlijke punt is heen gedraaid. Dat is het antwoord op de vraag

Slagter-Roukema

waarom de behandelaar niet de mogelijkheid krijgt om bij de rechter in beroep te gaan tegen de bindende beslissing van de klachtencommissie en waarom de patiënt, onder dwang opgenomen in een psychiatrische inrichting, die mogelijkheid wel heeft.

Vanuit het veld is een- en andermaal aangegeven dat het in dezen gaat om het respecteren van de professionaliteit en de integriteit van de behandelaar. Versterking van de rechtspositie van de patiënt, zoals deze wetswijziging beoogt en wat wij overigens toejuichen, heeft toch niet uit te sluiten uit dat de behandelaar ook de mogelijkheid krijgt om de rechter de beslissing van de klachtencommissie te laten toetsen? Als een klachtencommissie een voorgenomen dwangbehandeling of beveiligingsmaatregel afwijst, wil de behandelaar dit aan een hogere instantie kunnen voorleggen omwille van goede zorg aan de patiënt of ten behoeve van de veiligheid in de instelling, juist omdat de behandelaar goed hulpverlenerschap boven alles stelt. Op welke argumenten stoelt nu de stelling van de minister van Justitie dat met deze wetswijziging een evenwichtige regeling tot stand is gebracht met "equality of arms"?

De minister van VWS heeft getracht de implicaties van de wetswijziging te relativeren. Graag krijg ik nog antwoord op de volgende vragen. Naar zeggen van de minister zijn er in 2003 over ruim 7600 beslissingen over dwangbehandeling in psychiatrische ziekenhuizen slechts 215 klachten bij klachtencommissies ingediend. Van deze 215 klachten werden er 64 gegrond verklaard. Vorige week heb ik gevraagd naar de inhoud van die klachten en moest de minister het exacte antwoord schuldig blijven. Graag krijg ik nu wel een duidelijke toelichting. Zijn deze ingediende klachten alle klachten die in de nieuwe regeling door de versterkte klachtencommissie moeten worden getoetst aan artikel 41, waarin de limitatieve lijst van klachtgronden staat? Of betreft het ook klachten die door de gewone klachtencommissie uitgaande van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector moeten worden behandeld? Wat is er overigens gebeurd na de grondverklaring van de klacht? Heeft dat problemen opgeleverd; problemen die wij nu vrezen? Het lijkt mij een goede suggestie van collega Van de Beeten om dat bij een evaluatie te analyseren.

Met de nieuwe klachtenregeling zal de patiënt of zijn zaakwaarnemer waarschijnlijk alleen in de situatie dat de klachtencommissie de klacht ongegrond verklaard in beroep willen gaan bij de rechter, terwijl de behandelaar juist in het omgekeerde geval in beroep zal willen gaan met de al eerder benoemde motivering. Dit houdt tevens in dat de mogelijkheid van cassatie ook voor de behandelaar na uitspraak van de rechter een lege dop is, waarmee de minister van Justitie ons gerust heeft willen stellen. De behandelaar heeft er juist behoefte aan om in beroep te gaan bij een gegrond verklaarde klacht. In die situatie zal de patiënt die behoefte zeker niet voelen. De mogelijkheid om in cassatie te gaan, wordt zo bepaald door de motivering van de patiënt en/of zijn zaakwaarnemer. Het ligt dus buiten de macht van de behandelaar. Ik blijf van mening dat de arts, bij gebrek aan beroepsmogelijkheid op het moment dat zij dat nodig acht, met lege handen staat en daag de ministers nogmaals uit dit te weerleggen. De mogelijkheid van cassatie biedt geen soelaas.

Onbeantwoord blijft in beide situaties de vraag wie verantwoordelijkheid moet dragen voor het vervolg. Het gaat namelijk nog steeds om een niet voor niets

gedwongen opgenomen patiënt. Patiënt en behandelaar zijn door de dwang die achter de opname zat tot elkaar veroordeeld. Heeft de klachtencommissie die een rechtsgeldige bindende uitspraak doet ook de plicht om samen met partijen naar oplossingen te kijken? Moet niet veeleer, zoals tot nu toe het geval is, veel meer worden ingestoken op bemiddeling en overleg? Kan de inspectie ook worden betrokken bij de gevolgen van een uitspraak van de klachtencommissie? Kan de raad van bestuur de casus ook voorleggen aan de inspectie?

De uitspraak van de klachtencommissie is bindend. Kan de minister nog ingaan op de mogelijkheid dat de veelal per instelling georganiseerde klachtencommissies op een gelijkkluidende klacht een verschillende beslissing nemen? Heeft de inspectie ook een rol bij het toezicht op het functioneren van de klachtencommissies? Deze wetswijziging zal maken dat het nog moeilijker wordt leden voor deze commissies te vinden. Ook hierop krijg ik graag nog een reactie.

Naar de mening van heel veel veldpartijen en ook van mijn fractie is er helaas geen juridisch kloppende klachtregeling tot stand gekomen waarin duidelijk bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in het belang van afwending van gevaar en van het verlenen van verantwoorde zorg conform goed hulpverlenerschap. Misschien is het wijzer te wachten met een wijziging van de klachtenregeling totdat de hernieuwde BOPZ gereed is. Dan kan bij die gelegenheid tevens een evenwichtige door alle partijen gedragen klachtenregeling worden gepresenteerd. Wij wachten de beantwoording van de ministers in spanning af.

□

De heer **Holdijk** (SGP): Voorzitter. Namens onze beide fracties dank ook ik de bewindslieden voor hun antwoord in eerste termijn. Ik zal in tweede termijn kort zijn, al was het alleen maar vanwege de toestand van mijn stembanden.

Laat ik vooropstellen dat wij ons in eerste termijn geen uitgesproken voorstander van een hoger beroep voor de behandelaar hebben getoond. Wel blijf ik met de heer Van de Beeten van mening dat de toetsing door de klachtencommissie iets van een toetsing à la de rechterlijke toetsing is. Ik heb in eerste termijn al te kennen gegeven dat ik ertoe neig om in plaats van het hoger beroep eerder à la de heer Hamel te pleiten voor een uitweg via het bestuur van de instelling. De minister zegt dat deze uitweg er al is. Niettemin blijft artikel 41, lid 9, in mijn ogen toch de kern van de problematiek vormen: indien de commissie de klacht gegrond verklaart, kan zij de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opdragen een nieuwe beslissing te nemen of een andere behandeling te verrichten met inachtneming van haar beslissing. Zolang dat er zo staat, is er bijzonder weinig ruimte voor het alternatief dat de heer Hamel heeft aangewezen en dat ik in beginsel ondersteun.

Naar aanleiding van het antwoord in eerste termijn van in het bijzonder de minister van Justitie heb ik nog een paar vragen die het stenogram lezende zijn gerezen. Er komt een passage in voor die bij onze fracties vragen heeft doen rijzen: wel of niet op basis van mededeskundigheid. Behandelt de klachtencommissie klachten nu wel of niet op basis van mededeskundigheid?

Holdijk

Een ander punt heeft vraagtekens doen rijzen in die zin dat ons niet helder is wat er wordt bedoeld. De minister van Justitie zegt in zijn antwoord: bij gegrondverklaring van een klacht kan de behandelaar niet naar de rechter, maar moet hij het risico nemen om eventueel naar de tuchtrechter te gaan. Dat is een voor mij volstrekt onbegrijpelijke zin. Kan hierover duidelijkheid worden verschaft in tweede termijn?

Dat geldt evenzeer voor mijn laatste opmerking, waarvoor ik opnieuw uit het stenografisch verslag citeer: "Als er geconstateerd wordt dat de commissie deskundige behandelordelen ongegrond verklaart, zal de instelling een andere commissie instellen." Staat daar echt dat, als de behandeling door de commissie de instelling niet bevalt, die instelling een andere commissie aanwijst? Het is bijna niet te geloven. Ik blijf in afwachting van het antwoord.

□

De heer **Schuyer** (D66): Voorzitter. Over het algemeen ben ik buitengewoon huiverig om te praten over dingen waar ik verstand van heb, maar waar ik de vorige week op uw stoel zat, kan ik het niet nalaten om nu alsnog het woord te voeren.

In de 19 jaar dat ik met klachtencommissies heb gewerkt in de psychiatrie, is de situatie waarover hier gesproken wordt mij nog nooit geworden. Met betrekking tot medicatieverstrekking volgen de klachtencommissies in vrijwel alle gevallen de arts, zeker als het gaat om een rechterlijke machtiging in een acute situatie zonder behandelplan. Bij de klachtencommissies gaat het in 95% van de gevallen om andere zaken, zoals bejegening. In dat opzicht steun ik eigenlijk de minister van Justitie omdat ik een vergelijking maak met de kringrechtspraak bij het onderwijs. Daarbij kan de leraar wanneer deze in het ongelijk gesteld wordt, naar de rechter en het bestuur niet. Dat op zichzelf is een logische situatie, want ten aanzien van het bestuur, in dit geval de psychiater, is geen vrijheidsbenaming in het geding. Dus waar zou die rechter over moeten gaan? Ik zie dat niet. Het afdwingen van een langdurige behandeling is op dat punt wettelijk zelfs niet eens mogelijk. Waarom ik toch moeite heb met deze wet, is dat naar mijn mening voorbijgegaan wordt aan de positie van de besturen. Een klachtencommissie doet een uitspraak die vervolgens kenbaar gemaakt wordt aan het bestuur. Tot nu toe is dat een advies en naar mijn idee zou het dat ook moeten blijven. Als men vindt dat een bestuur op dat punt verantwoording moet afleggen over wat het met die klacht doet, dan zou het een vrij gemakkelijke way out zijn dat wanneer de klachtencommissie een uitspraak doet die het bestuur niet volgt, er een plicht tot melding bij de inspectie is. Dat laatste zou wat mij betreft alle problemen oplossen. Ik verzoek dan ook dringend om daar naartoe te werken. Het is echt geen goede zaak om een klachtencommissie in het leven te roepen die met voorbijgaan aan de bestuurlijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis een uitspraak kan neerleggen waar men geheel aan gebonden is. Ik zeg dat nadrukkelijk niet vanwege de klachten waarover de vorige en deze vergadering gingen, maar vanwege de eerdergenoemde 90% van de klachten. Dat percentage van de klachten gaat over geheel andere zaken.

□

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in tweede termijn. Dit keer zal ik als eerste het woord voeren, maar de heer Donner neemt nog steeds de moeilijke juridische kwesties voor zijn rekening.

Mevrouw Dupuis heeft gezegd dat zij uit een aantal uitlatingen van de heer Donner en mijzelf de indruk kreeg dat wij het beeld schetsen dat psychiaters maar wat lopen aan te rommelen. Ik kan haar zeggen dat die indruk niet terecht is en dat derhalve ook dat beeld niet klopt. Het is ook niet het beeld dat opkomt uit de statistieken rond de klachtencommissies. Wij moeten in dezen uitgaan van de professionele integriteit van de beroepsgroep in kwestie. Ik meen ook dat wij dat met een gerust hart mogen doen. Tegelijkertijd weten wij natuurlijk ook dat geen enkel mens onfeilbaar is, dus ook medici niet. Ook met een integere instelling kunnen er foute beslissingen genomen worden. Dat is ook de reden waarom de patiënt rechten heeft om daar tegen in het geweer te komen. Ik ga ervan uit dat mevrouw Dupuis de noodzaak daarvan niet zal bestrijden en dat zij erkent dat er derhalve voor de patiënt een adequate rechtsbescherming tegen menselijke fouten bestaat. Die fouten kunnen natuurlijk ook optreden in een situatie waarin de patiënt al heel ver heen is. Wil je überhaupt gedwongen opgenomen worden, dan ben je natuurlijk al ver heen. Dan heeft de rechter een zware beslissing genomen. Dat doet deze alleen maar als er echt bittere noodzaak voor bestaat. Daar komt dan nog een tweede beslissing overheen, namelijk dwangbehandeling. Mevrouw Dupuis zegt dat het in het belang van de patiënt is, die waarschijnlijk wilsonbekwaam, dat er stevig wordt opgetreden, dat hem medicijnen worden toegediend...

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Hij is wilsonbekwaam, anders zou hij niet onder dwang worden opgenomen. Dat feit op zich betekent dat hij op dat moment wilsonbekwaam is. Anders zou hij er helemaal niet mogen zitten.

Minister **Hoogervorst**: Nee, maar hoe wilsonbekwaam die patiënt ook is, dat wil nog niet zeggen dat de psychiater in kwestie geen fouten kan maken.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Natuurlijk kan een psychiater fouten maken. Het punt is dat in de huidige situatie de psychiater nauwelijks alternatieven heeft bij een patiënt die heel onrustig en psychotisch is en die binnenkomt en met wie iets moet gebeuren. Zo'n ziekenhuisafdeling kan het ook niet hebben dat mensen daar zo onrustig zijn. Dus laten wij niet doen alsof er hier talloze vrijheidsgraden voor de psychiater zijn. Dat is niet zo. Bovendien zijn er protocollen die duidelijk maken wat je medisch gezien in zo'n situatie moet doen. Dus de constatering dat er fouten kunnen worden gemaakt, slaat nu juist het allerminst op dit soort situaties.

Minister **Hoogervorst**: Maar die zijn ook heel zeldzaam. Het gaat om minimaal 7500 beslissingen per jaar. Waarschijnlijk zullen het er wat meer dan 8000 zijn. Daar komen maar 215 klachten uit voort. Daarvan worden er slechts 64 gegrond verklaard. Dat betekent dat 151 klachten niet gegrond zijn verklaard door de klachtencommissies. Van die 151 zijn er maar 20 patiënten naar de rechtbank gegaan. Van die 20 beroepen bij de

Hoogervorst

rechtbank werd slechts in 7 zaken dat beroep geheel of gedeeltelijk gegrond verklaard. Dus 1 op de 1000 gevallen wordt gegrond verklaard. Dat bevestigt het beeld dat mevrouw Dupuis vorige week heeft geschetst. Het gaat om hoogst ernstige gevallen waarin mensen het inzicht in hun eigen situatie hebben verloren. Dan zal het heel zeldzaam zijn dat een rechter in beroep de klacht van de patiënt gegrond verklaart. Echter, ook bij patiënten die er zo slecht aan toe zijn, worden er door psychiaters fouten gemaakt. Daarom is het niet verwonderlijk dat daarover in de statistieken het een en ander opduikt.

De heer **Hamel** (PvdA): Waar gingen die 64 gegrondverklaringen dan over? Wat was de aard daarvan? Als ze over echte dwangverpleging gaan, is er iets anders aan de hand dan wanneer er sprake is van bejegening of anderszins.

Minister **Hoogervorst**: Volgens de gegevens van de patiëntvertrouwenspersoon, de pvp, en volgens de site van de inspectie betreffen de klachten op het eerste gezicht in veruit de meeste gevallen dwangtoepassing. Daarover gaan 167 van de 215 klachten. Een klein aantal klachten gaat over vrijheidsbeperking en over artikel 40 van de Wet BOPZ inzake het openen van post. Cijfers over klachten over de bejegening van de patiënt zijn alleen te vinden bij de gegevens over de klachten op grond van de Klachtwet. Natuurlijk is het mogelijk dat de klachten over de bejegening van de patiënt besloten liggen in de klachten over de dwangtoepassing. De essentie van de klacht kan namelijk wel de bejegening betreffen, maar bij de presentatie van de klacht gaat het dan om de dwangtoepassing. Wij weten het niet precies, maar ik meen dat mevrouw Slagter het met haar vermoeden bij het juiste eind had.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Eigenlijk zegt u dan dat die 215 klachten allemaal te maken hebben met de dwangopname en de dwangbehandeling.

Minister **Hoogervorst**: Het gaat uiteindelijk om de vraag: welk percentage van het aantal klachten wordt door de rechter in beroep bestendigd? Dat percentage is buitengewoon klein. Het gaat om een promillage. Echter, gegeven de ernst van de inbreuk op de vrijheden van de patiënt, die op zichzelf gerechtvaardigd zijn, is het niet verwonderlijk dat er klachten zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Tegelijk geldt dat er nog niet een aparte klachtencommissie is. Daarom vraag ik mij af op welke manier men het aantal klachten heeft geturfd. Ik kan mij niet voorstellen hoe dat is gebeurd, maar dit is een technische kwestie. Ik meen dus dat wij nog steeds niet alles goed in beeld hebben.

Minister **Hoogervorst**: Ik wijs erop dat wij hier te maken hebben met patiënten met een hoog geestelijk verval die in een zeer ernstige situatie verkeren. Dat heeft twee aspecten. Het ene is dat je niet kunt verwachten dat er heel veel klachten ontstaan, omdat de desbetreffende patiënt nu eenmaal een verkommerd bestaan leidt. Het andere is dat de inbreuk op zijn vrijheden rigoureuus is en daardoor kun je juist weer wel klachten verwachten. Het ene aspect weegt tegen het andere op. Echter, het uiteindelijke cijfer laat zien dat maar in zeer zeldzame

gevallen de behandelaar in het ongelijk wordt gesteld. Dat mag je ook verwachten en dan zou je ook kunnen stellen dat deze wet goed werkt. Materieel geldt zij namelijk al.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Een van onze zorgen is dat er problemen zullen ontstaan, maar misschien kunt u dat tegenspreken met iets te zeggen over het vervolgtraject. Door de rechter zijn zeven klachten gegrond verklaard.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb op dit punt geen indicaties. Wellicht moeten wij hieraan expliciet aandacht besteden bij de evaluatie.

Voorzitter. Doel van de wetgeving is om via de klachtregeling de rechtspositie van de patiënt te versterken. Een behandelaar verkeert ten opzichte van de gedwongen opgenomen patiënt toch in een zekere machtspositie. Bovendien gaat het hierbij om ingrijpende beslissingen die de fundamentele rechten van burgers betreffen. De versterking van de positie van de patiënt bestaat daarin dat via de klachtregeling de ingrijpende beslissing van de behandelaar, zoals dwangmedicatie en separatie, deskundig en onafhankelijk door een rechter kan worden getoetst. In de vorige termijn heeft de heer Donner al gezegd dat om te voorkomen dat alle klachten, rijp en groen, door een patiënt bij de rechter aanhangig worden gemaakt, de regeling van het klachtrecht zo is opgezet dat eerst de klachtencommissie over de klacht van een patiënt moet oordelen. Als de klachtencommissie de klacht niet gegrond acht, kan de patiënt beroep bij de rechtbank instellen.

Met dit wetsvoorstel beogen wij dus vooral een juridische exercitie om daarmee ten principale de rechten van patiënten te verbeteren voor die ultieme gevallen waarin een behandelaar en een patiënt er samen niet uitkomen. Ik heb geschetst hoezeer het daarbij om ultieme gevallen gaat. Het is goed dat dan de patiënt juridisch iets sterker komt te staan, want de psychiater staat met de praktijk van de hulpverlening al sterk. Het voorstel brengt symmetrie in de onderlinge relatie.

Verder wordt met het onderhavige wetsvoorstel naast verschillende technische aanpassingen van het klachtrecht bewerkstelligd dat de wetsbepaling inzake cassatie in werking kan treden. Dat is nieuw. Hierdoor kan straks zowel de patiënt als de behandelaar cassatie aantekenen bij de Hoge Raad. Met name met het oog op het vormen van jurisprudentie kan dat erg interessant zijn. Stel dat de patiënt door de rechtbank in het gelijk wordt gesteld. Dan zou de behandelaar cassatie kunnen aantekenen. Hij heeft dan niet de illusie dat hij onmiddellijk de behandeling kan hervatten, want met de uitspraak is tijd gemoeid. Het gaat er echter om dat hij het gevoel heeft dat hij niet die behandeling kan geven die hij conform zijn professionele inzicht wil geven. Hij kan het dan niet alleen voor zijn eigen patiënt, maar ook voor andere patiënten en voor het handelen van de beroepsgroep in de toekomst van belang vinden dat de rechter een uitspraak doet. Daarom kan het aantekenen van cassatie ook voor de behandelaar interessant zijn, al geef ik direct toe dat zo iets niet onmiddellijk soelaas biedt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Denkt u dat de Hoge Raad in zo'n geval een beter instituut is dan de wetgever? Bij een evenwichtige en goed uitgebalanceerde behandeling van

Hoogervorst

de wet zou de wetgever toch voor een goede regeling moeten kunnen zorgen.

Minister **Hoogervorst**: Ik had het niet over de wet, maar over de toepassing van de wet.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is juist, maar doordat de wet zoveel ruimte laat worden de arresten van de Hoge Raad in meer gevallen nodig.

Minister **Hoogervorst**: Mijn hoop is dat het zelden of nooit tot het aantekenen van cassatie komt. De mogelijkheid daartoe biedt de behandelaar een extra waarborg. Bij het niet aanvaarden van deze wet zou die er in ieder geval niet zijn. Met de huidige wet wordt alleen maar voor de patiënt de gang naar de rechter geregeld. Als het wetsvoorstel niet wordt aangenomen, blijft de huidige wet gelden.

De heer **Hamel** (PvdA): Er wordt nu gesteld dat die beroepsmogelijkheid er is. Het is de vraag of die er moet zijn en zeker of het aantekenen van cassatie niet erg ver weg is. Voor de jurisprudentie kan het aantekenen van cassatie uitstekend zijn, zeker als er in het land grote verschillen zijn bij dwangopname. De vraag is echter of de reële mogelijkheid er is. De cliënt of de patiënt moet namelijk naar de rechter stappen. Pas als die een uitspraak heeft gedaan kan de behandelaar in cassatie gaan.

Minister **Hoogervorst**: Ook de behandelaar kan na de rechtbank beroep in cassatie aantekenen.

De heer **Hamel** (PvdA): Als de cliënt naar de rechter is gestapt, kan de psychiater meeliften.

Minister **Hoogervorst**: Dat ben ik met u eens; de cliënt moet de eerste stap zetten.

Voorzitter. Ik zei dat als deze wet niet wordt aangenomen, de behandelaar minder juridische mogelijkheden heeft dan wanneer deze wet wel wordt aangenomen.

De kern van het betoog van de heer Hamel was dat de behandelaar min of meer in een onmogelijke positie wordt geplaatst. Een belangrijk deel van diens behandeling wordt als het ware uitgeschakeld. Als de patiënt in het gelijk wordt gesteld, kan hij de behandeling die hij wil verlenen niet geheel geven. Hij wordt dan gedwongen om een nieuwe beslissing te nemen. Zou dat er niet toe leiden dat hij in een onmogelijke positie komt te verkeren? Zou het niet beter zijn dat een ander de beslissing nam?

Laat ik vooropstellen dat ik graag bereid ben om met de aanstaande evaluatie van de Wet BOPZ na te gaan of dit werkelijk een probleem is. Bij een eventuele nadere wetswijziging zouden wij dit aspect dan in aanmerking kunnen nemen. Op dit moment leert mijn inzicht dat een dergelijk probleem er niet is en dat het er ook niet hoeft te zijn. Wij hebben voor het bestaan ervan geen aanwijzingen gevonden.

Waarom hoeft dit probleem zich niet voor te doen? Allereerst wijs ik erop dat de behandelaar kan besluiten om de behandeling aan iemand anders over te dragen, omdat hij in de ontstane situatie niet verder kan. Dat kan een zeer goede beslissing zijn. Iemand anders moet in zo'n geval de behandeling voortzetten. Een andere mogelijkheid is dat de geneesheer-directeur van zijn

gezaghebbende functie gebruik maakt door duidelijk te maken dat een behandeling door een andere behandelaar nodig is. In de praktijk zien wij vooral dat de behandelaars er wel degelijk in slagen, de behandeling aan te passen aan de beslissing van de klachtencommissie of de rechter. Deze drie mogelijkheden liggen dus voor, maar ik ben graag bereid dit aspect grondig te bezien tijdens de evaluatie van de BOPZ.

De **voorzitter**: Ik verzoek de leden, hun eerste termijn niet te herhalen.

De heer **Hamel** (PvdA): Sommigen vinden dat er meer beroepsmogelijkheden moeten zijn. Dat leidt echter tot veel juridische procedures en onduidelijkheden in het behandeltraject. Voor de patiënten is vooral van belang dat dat laatste wordt voorkomen. Aan de andere kant moet ook de psychiater in zijn waarde worden gelaten en het is goed dat dat in de wet tot uitdrukking wordt gebracht. Een deel van de commotie is ontstaan omdat het erop lijkt dat de psychiater maar moet volgen wat er wordt gezegd. Dit alles kan via de instelling worden geregeld en mijn vraag is nu of de minister op dit punt iets concreter kan zijn. Niemand heeft er principiële bezwaren tegen. Het hoeft niet, maar het kan en dan krijgt de regeling een ander karakter. Nu gaat het steeds over de persoon en die persoon dient, zonder allerlei beroepsmogelijkheden te creëren, de mogelijkheid te hebben om zich terug te trekken als er tegen zijn inzichten in wordt gehandeld. Bovendien moeten wij ons realiseren dat psychiaters meestal in dienstverband functioneren en een relatie hebben met de directie.

Minister **Hoogervorst**: Dit lijkt mij vooral een kwestie van interne organisatie van de instelling. Ik zal dit graag nog eens bespreken met GGZ-Nederland. Misschien dat binnen de mogelijkheden van de wet een protocol of iets van dien aard kan worden opgesteld. Ik meen dat de wet volop mogelijkheden biedt om tegemoet te komen aan de wensen van de heer Hamel. Zoals gezegd, deze kwestie wordt ook betrokken bij de evaluatie.

De heer Hamel heeft verder nog gevraagd of het niet beter is, een meer op behandeling gerichte wet te maken. Hoewel in de titel van de wet het woord "opneming" voorkomt, meen ik dat het al een op behandeling gerichte wet is. Als de breed geschakeerde evaluatiecommissie tot de conclusie komt dat de geest van de wet moet veranderen, zullen wij daar goed naar luisteren.

Mevrouw Slagter denkt dat deze wetswijziging het moeilijker zal maken om leden voor de klachtencommissie te vinden. Ik zou niet weten waarom, want de samenstellingseisen en de werkwijze van die commissie worden niet veranderd. Ook vroeg zij mij, in te gaan op de mogelijkheid dat de veelal per instelling georganiseerde klachtencommissies verschillende beslissingen nemen op dezelfde klacht. Dat is inderdaad mogelijk, maar als de instellingen zorgen voor kwalitatief hoogwaardige klachtencommissies, zal die kans relatief gering zijn. Overigens verhindert de wet niet dat klachtencommissies de krachten bundelen en regionaal gaan opereren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan inderdaad betrokken worden bij de gevolgen van de uitspraak. De IGZ krijgt alle uitspraken van de klachtencommissies en de rechter op haar bureau. Als de IGZ daarvoor

Hoogervorst

aanleiding ziet, kan zij er werk van maken. De IGZ houdt toezicht op naleving van de wettelijke eisen die gelden voor de klachtencommissies. Als haar blijkt dat niet aan die eisen wordt voldaan, kan zij de instelling daarop aanspreken.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Ik reageer nogal secundair omdat ik een beetje in verwarring ben door de woorden van de minister over de eventuele gevolgen van de evaluatie voor de huidige wet. Minister Donner was vorige week wat stellig in zijn uitspraken. In het stenogram lees ik namelijk: "Onder meer door de heer Hamel is gesproken over de behoefte aan een bredere mogelijkheid van behandeling onder dwang. Het wetsvoorstel daartoe is in voorbereiding en ik hoop dat wij het binnenkort bij de Kamer kunnen indienen."

Minister **Hoogervorst**: Dat klopt.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Dat klinkt toch wat anders dan wat u nu zegt.

Minister **Hoogervorst**: Dat ben ik met u eens. Het wetsvoorstel dat de mogelijkheden van dwangbehandeling uitbreidt, wordt nu voorbereid. Het gaat binnenkort naar de Staten-Generaal. Daarnaast vindt er een brede evaluatie van de BOPZ plaats en daaruit kan ook het een en ander voortvloeien.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik maak de minister erop attent dat het GGZ-veld, waartoe ook de psychiaters behoren, de BOPZ niet als een behandelwet ziet. Integendeel, men heeft er grote moeite mee. Als het veld zo eenduidig is, begrijp ik niet waarom dit voor de bewindslieden niet een voldoende argument is. Het kan toch niet de bedoeling zijn om een duidelijke mening van deze beroepsgroep te negeren?

Minister **Hoogervorst**: Ik krijg niet het eenduidige signaal van het GGZ-veld dat dit allemaal op zijn kop moet. Bij de evaluatie van de wet komt het veld overigens ruim aan zijn trekken. Zijn deskundigheid kan ik zeker niet missen in de evaluatiecommissie.

Mevrouw Slagter heeft nog gevraagd of de raad van bestuur de casus kan voorleggen aan de IGZ. Dat kan, maar het is niet gebruikelijk. De praktijk leert dat die noodzaak niet bestaat omdat de instellingen doorgaans met een gegrondverklaring uit de voeten kunnen.

De heer Schuyer heeft in tweede termijn nog een voorstel gedaan dat het wezen van de wet wezenlijk verandert. Hij stelt namelijk voor dat de klachtencommissie een adviserende in plaats van een bindende uitspraak doet. Dat is echter een wezenlijk andere invulling van de wet die meer ten principale aan de orde had moeten komen bij de behandeling van de wet in eerste instantie. Het lijkt mij dat er voldoende waarborgen zijn om de commissie in staat te stellen bindende uitspraken te doen.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik heb niet anders gevraagd dan bij de komende wetswijziging de mogelijkheid te betrekken, er meer een behandelwet van te maken. De BOPZ was destijds erg georiënteerd op de gedwongen opname, terwijl het behandellement min of meer werd verwaarloosd.

Waarom kan niet worden toegezegd dat bekeken zal worden of het instellingselement in het komende wetsontwerp kan worden ingepast? Dat is voor mijn fractie van belang bij haar oordeelsvorming over dit wetsontwerp. Dat hoeft toch niet zoveel moeite te kosten?

Minister **Hoogervorst**: Minister Donner zal op de tweede vraag antwoorden. Op de vraag of het onze bedoeling is om de wet meer op behandeling gericht te maken, is het antwoord volmondig ja. De afgelopen twee jaar heb ik niets anders gedaan.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mijn voornaamste vraag was waarom de behandelaar niet de mogelijkheid krijgt om in beroep te gaan. De minister heeft gezegd dat de behandelaar vanuit zijn professionele status de overhand heeft en dat daardoor onevenwichtigheid ontstaat. Dat wordt rechtgetrokken door de patiënt de mogelijkheid te geven om via de rechter in beroep te gaan. Is dat de reden van het kabinet om daaroverheen geen beroepsmogelijkheid te bieden omdat het evenwicht hierdoor voldoende is gewaarborgd?

Minister **Hoogervorst**: Ik had het zelf niet mooier kunnen zeggen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dan is het voor mij duidelijk.

De **voorzitter**: Het is interessant om vast te stellen dat de leden die interrumpeerden, zich beriepen op het voorkomen van een derde termijn die niet was gepland.

□

Minister **Donner**: Voorzitter. Mevrouw Dupuis heeft mij voorgehouden dat ik te weinig respect voor psychiaters zou hebben en te weinig begrip voor de positie van behandelaars. Niets is minder waar. Ik heb het volste respect voor psychiaters. Ook heb ik begrip voor de moeilijkheden van de behandelaars. Daarom zijn de bevoegdheden van de psychiater in de wet geregeld en is er een aantal keuzes gemaakt waardoor de bevoegdheden bij de behandelaar liggen en niet bij de instellingen. Ik ga daar straks verder op in.

In de wet die wij nu proberen te repareren, hebben wij de behandelaar een aantal bevoegdheden gegeven die hij niet heeft als arts of psychiater. Hij krijgt tegenover een andere burger dwangbevoegdheden. Die bevoegdheden ontleent hij niet aan zijn medisch gezag of aan enige deskundigheid, maar die krijgt hij van de wetgever. Daarom is in de procedure de "equality of arms" niet in het geding. Neen, wij proberen de "equality of arms" te herstellen door aan de ene kant de psychiater de bevoegdheid te geven om bepaalde dwangmaatregelen te nemen en aan de andere kant de patiënt tegen wie die maatregelen zich richten de mogelijkheid van beroep te geven.

Dat is niets anders dan wat wij in het bestuursrecht doen. Het bestuur neemt een beslissing en de bestuurde heeft de mogelijkheid van beroep op de rechter. Ook in het bestuursrecht hebben wij een zeeferwing ingebouwd in de vorm van de bezwaarschriftencommissie. De bestuurde heeft toegang tot de bezwaarschriftencommissie, die het bezwaar behandelt. De

Donner

bezwaarschriftencommissie neemt een beslissing en geeft een advies aan het bestuur. De ambtenaar wiens beslissing daarmee omver wordt gehaald, heeft geen apart beroepsrecht tegen de beslissing van de bezwaarschriftencommissie. Hij kan niet naar de rechter stappen om aan te geven dat hij de juiste beslissing heeft genomen. Dat doen wij niet, omdat het hier om beroepsoordelen gaat. Daarom wordt er in de wet niet van uitgegaan dat de behandeling bij de instelling ligt, maar bij de behandelaar. Daarmee maken wij het inderdaad tot een beroepsuitoefenaar. Dat is de essentie van de wet. Ik ga straks in op de vraag van de heer Hamel of dat anders zou kunnen, maar dit zijn de keuzes die zijn gemaakt.

De wetgever heeft de keuze gemaakt om toegang te geven tot de rechter als er een dwangmaatregel wordt genomen door de psychiater. Alleen de behandelde heeft die toegang. Over de keuze om in het belang van de eenheid van het beleid op dit punt cassatie mogelijk te maken, is toen gesteld dat er een goede zeeferwerking moet zijn voor de besluiten die bij de rechter komen. Kortom, die commissie is een zeef en wordt daarom ook eenzijdig door de instelling ingesteld. Die zeef moet voorkómen dat beslissingen die niet onterecht zijn, bij de rechter terechtkomen. De commissie moet door de instelling worden ingesteld vanuit de opdracht en de taak van die instelling, namelijk om goede behandelingen te verzorgen. Derhalve zal die commissie het professionele oordeel van de psychiater niet veranderen. Ik denk dat hiervan geen voorbeelden te geven zijn.

Als een instelling zou constateren dat een beroepscommissie professionele oordelen structureel ten onrechte verandert, moet zij een andere commissie instellen. Dat heb ik willen zeggen in de passage waarop de heer Holdijk heeft gewezen. De commissie maakt haar taak en verantwoordelijkheid dan niet waar, omdat niet de beslissingen kunnen worden genomen die nodig zijn in het belang van de behandeling. Deze procedure zorgt er dus juist voor dat de behandeling volgens professionele normen plaatsvindt. Er wordt alleen voor gezorgd dat er niet te veel beslissingen ten onrechte bij de rechter komen. De commissie wordt derhalve ingesteld om beslissingen bij de rechter weg te houden die niets met een professioneel oordeel te maken hebben, maar met een inschatting van een situatie of eventueel met de bejegening.

Ik bekijk het vanuit de zaken die bij de rechter komen. Daar is de vraag aan de orde of de feitelijke situatie juist is ingeschat en of is voldaan aan de wettelijke criteria onder welke de psychiater bevoegdheden krijgt. Dat gebeurt dus niet om afbreuk te doen aan het professionele oordeel van de psychiater, maar om recht te doen aan een systeem waarin de wetgever een burger, hoe deskundig ook, dwangbevoegdheden geeft over een andere burger. De wetgever zorgt ervoor dat toch wordt gewaakt over de rechten van die ander, ook al is hij geestesziek en ook al is dat een van de redenen dat hij in een instelling zit. Dat is ook de functie van die commissie. Om die reden kiest de wetgever er in deze opzet voor om degene die in zijn belang wordt getroffen door de uitvoering van de wet – en dat is de behandelde – bij een ongegrondverklaring van zijn klacht toegang te geven tot de rechter. Als de klacht gegrond wordt verklaard, kan er een situatie ontstaan waarin rechtstreeks tegen het professionele oordeel van de psychiater wordt ingaan. Dit is nog geen probleem gebleken bij

de toepassing van de wet. Als dit herhaaldelijk zou voorkomen, moet de instelling ofwel kijken of de commissie behoorlijke oordelen geeft ofwel kijken of de psychiater op zijn plaats is. Dat is echter niet waar deze wet voor dient.

Als de betrokken psychiater de behandelaar blijft en deze meent dat hij vanuit zijn professionele verantwoordelijkheid een bepaalde behandeling moet toepassen, dan rest hem de mogelijkheid om het oordeel van de commissie naast zich neer te leggen en de behandeling toch toe te passen. Dan zal de tuchtrechter moeten oordelen of hij professioneel heeft gehandeld of niet. Dat is de vraag, maar dit betreft een zeer uitzonderlijke juridische situatie. De behandelaar heeft alle ruimte voor de toepassing van zijn behandeling. Daar is de hele inrichting op afgestemd. Wij geven in de wet juist de mogelijkheid om die dwangmaatregelen toe te passen.

Ik ben het met de heer Hamel eens dat de wetgever ervoor had kunnen kiezen – maar hij heeft dat om goede redenen niet gedaan – om de behandeling op te dragen aan de instelling. Dan was het volstrekt logisch geweest om te zeggen dat de beslissing zich richt tot het bestuur van de instelling die moet doen wat hem geraden voorkomt. De wetgever heeft ervoor gekozen om te spreken van een behandelaar. De uitspraak van de commissie richt zich ook tot de formulering betreffende de persoon die belast is met behandeling, want hij moet de beslissing uitvoeren. Dat hoeft niet dezelfde persoon te zijn die eerder de beslissing nam. Niets in de wet leidt tot dat oordeel.

De heer **Hamel** (PvdA): In de hele GGZ wordt dat niet als zodanig begrepen. Je kunt je daarom afvragen in hoeverre de wet wordt beleefd in een sector waar die in ruime mate van toepassing is. Ik heb met betrekking tot het andere element niet gevraagd of de instelling de behandeling zou doen. Ik heb alleen gevraagd of de beslissing over de uitvoering van een eventuele gegrondverklaring bij de instelling komt te liggen, omdat de instelling in eerste instantie zelf een behandelaar heeft gekozen.

Minister **Donner**: Ik ben gaarne bereid – en de minister van VWS heeft dat net ook gezegd – om met de betrokken psychiaters te spreken als zich op dat punt problemen voordoen waardoor zij in hun beroepsfunctioneren worden bekneld. Wij kunnen dat dan zeker herzien in het kader van het andere wetsontwerp dat eraan komt.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik denk dat het richting de psychiaters helder is om te zeggen dat de instelling dat op dat moment kan doen, zodat men nooit belast kan worden met zo'n uitvoering.

Minister **Donner**: Ik denk inderdaad dat het systeem van de wet inhoudt dat als een psychiater zegt "ik kan dit in geweten niet doen", hij dan naar de instelling zal gaan en zal zeggen "doe wat". Als het een goede instelling is, doet de instelling voor die tijd al iets, namelijk wanneer de potentiële situatie ontstaat. Nogmaals, ik ben gaarne bereid om met psychiaters te bespreken of daar een knelpunt zit in de bestaande toepassing. Dat kunnen wij zonder meer meenemen op het moment dat de andere wet, die nu in voorbereiding is, bij de Kamer wordt ingediend. Vanuit het concept dat het hier niet om een

Donner

puur bestuurlijke beslissing gaat, is de wetgever uitgegaan van die behandelaar. In die systematiek is het niet logisch dat de beslissing van de beroepscommissie een advies is aan het bestuur dat het besluit moet uitvoeren. Nee, de systematiek van de wet is juist dat de taak van behandeling is gelegd bij de behandelaar. Derhalve is gekozen voor deze systematiek.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik zou het niet afhankelijk willen maken van overleg met psychiaters, want het is voor mij even een raadsel wie dat zijn. Het komt bij dit wetsvoorstel aan de orde en ik vraag gewoon om het mee te nemen bij het volgende wetsvoorstel. Volgens mij heeft de minister daar "ja" op gezegd. Toch?

Minister **Donner**: Ik heb gezegd dat ik dit punt meeneem bij het volgende wetsontwerp.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik zou ook graag door de minister bevestigd willen zien dat de BOPZ geen behandelwet, maar een opnamewet is. Is dat juist?

Minister **Donner**: De BOPZ is indertijd inderdaad ingevoerd voor de gedwongen opname. Dat is de eerste invalshoek die daarbij heeft gespeeld. In de loop van de tijd zijn de mogelijkheden voor behandeling met een stok achter de deur met een aantal maatregelen, onder andere door de voorwaardelijke opname, verruimd. In het nieuwe wetsontwerp is onder andere met het veld gekeken hoe op deze wijze nog verder verruimd moet worden. Dat is iets anders dan zeggen dat er een behandelwet moet komen. Één ding is zeker: als de wetgever een behandelaar de bevoegdheid geeft tot dwangmaatregelen over een andere burger, dan zal hij die andere burger moeten beschermen door hem een beroepsmogelijkheid te geven. Wij krijgen dan in beginsel dezelfde regeling, maar wellicht met het punt van de heer Hamel daarbij genomen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik denk dat ik te dom voor deze zaken ben, want het komt mij opnieuw voor dat de minister voorbijgaat aan het feit dat er vóór dwangmedicatie een dwangopname heeft plaatsgevonden. Het wordt mij steeds duidelijker dat de kwestie waarom het gaat, het wezenlijke verschil is dat door de minister wordt aangebracht tussen een dwangopname en een dwangmedicatie. Je zou daarentegen ook de redenering kunnen toepassen dat een dwangopname per definitie dwangmedicatie betekent, omdat de opname anders alleen inhoudt dat de persoon van straat wordt gehaald. Dat willen wij in Nederland juist niet.

Minister **Donner**: Die keuze heeft de wetgever eerder gemaakt, want die is gemaakt met de wet die wij nu aan het repareren zijn. Het is namelijk niet zo dat dwangopname per definitie betekent dat de behandelde binnen de inrichting geen rechten meer heeft en geen beroep meer kan doen op de regels die nu juist de behandelaar bevoegdheden geeft. Dat is geen keuze die wij met dit wetsontwerp maken, want wij hebben die keuze al gemaakt. Dit wetsontwerp komt niet op die keuze terug. Dit wetsontwerp doet alleen wat nodig is gebleken in het licht van het andere wetsontwerp.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is volstrekt duidelijk, maar het basisprobleem is wel dat gedwongen opname geen

gedwongen medicatie betekent. Dat is de kern van het probleem.

Minister **Donner**: Dat is een keuze die inderdaad is gemaakt. Met de eerdere wet is de voorziening getroffen dat bepaalde dwangmaatregelen binnen de inrichting genomen kunnen worden. Die keuze is gewoon gemaakt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Die keuze kan toch worden herzien? Daar vragen wij om.

Minister **Donner**: Dat klopt, maar dat is iets anders dan in dit wetsvoorstel staat. Hoe wij het wetsvoorstel verder ook herzien, het blijft zo dat men zich niet alles moet laten welgevallen, tenzij men kiest voor uw systeem met dwangopname. En kom nu niet met het argument dat ik onrecht doe aan de status van artsen, want dat is waar het ons als wetgever om gaat. Het gaat er niet om dat de wetgever het beter weet dan de arts in zijn medisch oordeel. In de gevallen die niet voortvloeien uit het medisch oordeel, maar waarin ik de arts bijzondere bevoegdheden geef die hij anders niet heeft, moet ik die ander daartegen beschermen. De wetgever zal het moeten regelen, of dat nu binnen of buiten de inrichting is. Het punt blijft dat het belang dat is geschaad, de behandelde betreft die wordt gedwongen en niet het professioneel oordeel van de behandelaar. Zonder meer blijft het punt staan dat de heer Hamel noemde. Moet de arts tegen het oordeel in dat hij eerder heeft gegeven, nu iets anders doen? Dat is een andere vraag. Als dat een knelpunt is, dan neem ik dat mee met het andere wetsontwerp. Zie deze regeling niet als een miskennen van het professionele oordeel van artsen of een miskennen van de moeilijkheden bij de behandeling. De cijfers laten in wezen zien dat die ruimte er volledig is.

Als de behandelde beroep bij de rechter heeft geopend, is het vervolgens niet zo dat de behandelaar niet in cassatie zou kunnen gaan. Daarvoor geldt gewoon de normale procesordening. In het bestuursrecht kan de bestuurde er bijvoorbeeld voor kiezen om na de bezwaarschriftencommissie naar de rechter te gaan. Vanaf dat moment heeft het bestuursorgaan de mogelijkheid om eventueel in hoger beroep te gaan. Dat is onderwerp van een andere regeling. Het gaat overigens niet zozeer om hetgeen de wetgever heeft beslist; het EVRM eist dat er bij dwangbehandeling een rechterlijke toets kan plaatsvinden. Om die reden kan de beslissing niet uitsluitend op grond van het medische beroepsoordeel worden genomen. Als er binnen het kader van de behandeling verdere dwang wordt toegepast, is er uiteindelijk een rechterlijke toets nodig.

De heer Van de Beeten vroeg of er sprake is van marginale toetsing. Welnu, gelet op de jurisprudentie over de toepassing van deze bepalingen, geldt wat betreft de toetsingsmaatstaf voor de noodzaak van dwangbehandeling, dat de rechter niet toetst of de arts de maatregel in redelijkheid noodzakelijk kon achten. De rechter hanteert als criterium of dwangbehandeling volstrekt noodzakelijk is. Daarover zijn er uitspraken van de rechtbank Den Haag en van de rechtbank Utrecht. In een ander geval heeft de rechtbank Den Bosch juist een iets andere formulering gebruikt. Dat is een van de redenen waarom de mogelijkheid van cassatie wenselijk is. Een en ander ligt besloten in de aard van de wettelijke regeling. Van de commissie wordt niet gevraagd om het beroepsoordeel van de behandelaar te beoordelen, maar

Donner

om te beoordelen of er gronden aanwezig zijn die volgens de wetgever het nemen van dwangmaatregelen rechtvaardigen. Mede in het licht van het EVRM toetst de rechter of aan die voorwaarde is voldaan.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Aan de toetsing ligt per definitie altijd het deskundige oordeel van de behandelende psychiater ten grondslag. Deze stelt de diagnose, stelt vast wat de verwachtingen zijn en stelt vast wat er medisch gezien noodzakelijk is voor de behandeling van de betrokken patiënt. Als de behandelaar tot de conclusie komt dat voor de patiënt de dwangmaatregel nodig is, treedt hij buiten het domein van zijn eigen deskundigheid, maar niettemin is de stap die hij dan zet, gebaseerd op zijn deskundige oordeel. Ik kan mij voorstellen dat men achteraf tot de conclusie komt dat de psychiater behalve optie A ook nog de opties B en C tot zijn beschikking had en dat het wellicht beter was geweest om optie B te kiezen in plaats van optie A. Ik denk echter dat de toetsing van de eerste stap uiterst marginaal zou moeten zijn. Ook voor de tweede stap ben ik echter nog steeds geneigd om de toetsing marginaal te laten zijn, omdat het in de concrete situatie nu eenmaal de behandelaar is die de beslissing moet nemen. Wij kunnen hem niet in de positie brengen waarin hij als het ware met de patiënt moet onderhandelen over de vraag of optie A, B of C de aangewezen weg is. Als wij het erover eens worden dat dit niet het gevolg mag zijn van deze wijze van toetsen, kunnen wij de rechter enige richting meegeven. Ik denk hierbij ook aan het vervolg op deze wetgeving en aan het feit dat ook de Hoge Raad hierover op een gegeven moment een oordeel moet geven.

Minister **Donner**: Zoals u het nu formuleert, is het inderdaad juist. De wetgever gaat juist uit van het beroepsoordeel. Er is geen sprake van een voorafgaande procedure van afweging en overweging. Ik ga ervan uit dat de instelling gehouden is om klachtencommissies in te stellen, die recht doen aan het beroepsoordeel dat gegeven wordt. De commissie beoordeelt of het beroepsoordeel de maatregel rechtvaardigt. Zij treedt buiten het strikt beroepsmatige. De marginale toetsing ligt besloten in het systeem van de wet, die uitgaat van het beroepsoordeel van de behandelaar.

Ik dacht dat ik ook de vraag van mevrouw Slagter had beantwoord op het punt van de "equality of arms". Dit is namelijk precies wat de wetgever doet. De behandelaar krijgt bevoegdheden, maar aan de behandelde wordt rechtsbescherming geboden tegen het meerdere waartoe de behandelaar niet primair vanuit zijn medische deskundigheid bevoegd is. Ingevolge het EVRM is de wetgever gehouden om toegang tot de rechter te regelen. Het belang dat beschermd moet worden is de positie van de behandelde tegenover de dwang van de psychiater. In dat geval is niet het beroepsoordeel van de behandelaar aan de orde. De vraag is, hoe de instelling daar verder mee omgaat.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Hoe verhoudt een en ander zich tot het belang van medebehandelden of personeelsleden van de instelling? Op welke manier kan daarmee rekening worden gehouden? Ik denk dat het voor een behandelaar belangrijk kan zijn om in beroep te gaan met het oog op die belangen; niet om zijn professionaliteit te beschermen, maar omdat er meer

belangen zijn. Ik ga er vanuit dat de behandelde primair zijn eigen belang voor ogen heeft.

Minister **Donner**: Dat ben ik helemaal met u eens en daarom gaf ik aan dat dit primair voorwerp zal zijn van de keuze die de instelling maakt bij de instelling van beroepscommissie. Dit ligt daarin besloten, omdat de instelling primair ingevolge de wet gehouden is om een behandeling te verzekeren. De instelling kan daar eventueel op aangesproken worden. Als in een instelling blijkt, uit klachten van personeel of uit klachten van de psychiaters, dat een klachtencommissie vooral eenzijdig op de patiënt let, is de instelling – niet alleen wegens de klachten, maar gewoon wegens zijn verantwoordelijkheid – gehouden de klachtencommissie te wijzigen, teneinde erin te voorzien dat de klachtencommissie in lijn ligt met de verantwoordelijkheid van de instelling. Als de beroepsbeoordeling verzekerd is, mogen andere belangen daaraan geen afbreuk doen. Dat is de enige reden waarom de zeefwerking erin zit. Als de instelling zegt: de persoon klaagt wel, maar uit een oogpunt van onze verantwoordelijkheid kunnen wij daaraan niet tegemoet komen, is het aan de rechter om dat te beoordelen, en niet aan de klachtencommissie. Daarom is de klachtencommissie niet omgeven met allerlei waarborgen. Het gaat hier om een zeefstelsel, zoals een bestuursorgaan naar eigen inzicht een bezwaarschriftencommissie kan instellen.

Als een klacht gegrond wordt verklaard, komt de behandelaar niet bij de rechter. Men kan echter wel geconfronteerd worden met verschillende uitspraken van verschillende rechters. Dan is het juist in het belang van de behandelaar om daarin eenduidigheid te krijgen. De cassatiemogelijkheid zal derhalve vaker in het belang van de behandelaars zijn, omdat daardoor voor hen duidelijkheid wordt geschapen over wat wel en niet kan. De behandelaars worden dus meer geschaad door het niet doorgaan van de cassatiemogelijkheid, omdat de persoon die in beroep gaat waarschijnlijk primair bij de rechter zijn recht haalt. Ook daarbij blijkt het op het totaal van de klachten overigens om een minimaal aantal te gaan.

Ik dacht dat ik ook alle vragen van de heer Holdijk had beantwoord, zoals zijn punt van de verantwoordelijke persoon. De gegeven uitleg staat er niet aan in de weg dat het mogelijk een andere persoon is, na een besluit van de instelling.

Zoals ik al eerder heb opgemerkt, is de keuze om de verantwoordelijkheid voor de behandeling niet bij de instelling, maar bij de behandelaar te leggen, inherent aan de opzet van de Wet BOPZ. Dat zeg ik in antwoord op de vraag van de heer Schuyer. Dit laat onverlet de vraag in hoeverre recht moet worden gedaan aan het punt dat de heer Hamel noemde.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Mevrouw Slagter wenst het woord te voeren over de orde.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik stel voor, de vergadering te schorsen. Ik denk namelijk dat verschillende partijen er behoefte aan hebben zich nader te beraden op de vraag hoe verder met dit wetsvoorstel om te gaan.

Donner

De **voorzitter**: Als u wilt overleggen hoe u zult gaan stemmen dan vraagt u er dus om, de stemming pas volgende week te houden. Wilt u echter vragen om een derde termijn, dan hoor ik dat graag nu van u.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het gaat mij om het eerste.

De **voorzitter**: Dan gaan wij over tot afhandeling van het wetsvoorstel. Wenst een der leden stemming? Naar mij blijkt, is dat het geval. Daarvan uitgaande stel ik overeenkomstig het voorstel van mevrouw Slagter voor, de stemming volgende week te houden, teneinde de fracties in de gelegenheid te stellen om onderling en bij zichzelf te rade te gaan.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt van 14.07 uur tot 14.30 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik maak de leden erop attent dat op de publieke tribune aanwezig zijn enige leden van de senaat van Canada, tegen wie ik hoop in het Engels iets te mogen zeggen.

I welcome the delegation from the Canadian Senate in our midst. You have just seen the decorum of this House – the members of the Senate always shake hands with the Speaker. We have understood that you are highly interested in the way in which we are appointed in this Senate. It appears that Senators who are appointed by governments like to see how we do it. Well, we are elected by our provincial assemblies. As Canada has provinces, too, our way of doing things might be a good idea for the Canadian system as well. In the meantime, you are very welcome in our midst. You will be watching us voting on a very important bill, which will or will not be passed. After that I will close the meeting, because we have no more business to do today. However, you should not get the impression that this is what we usually do. Welcome again to all of you.

Dan ga ik weer over op het Nederlands. Wij gaan over tot de stemmingen.

Aan de orde zijn de **stemmingen in verband met het wetsvoorstel Bevordering van het naar arbeidsvermogen verrichten van werk of van werkhervatting van verzekerden die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en tot het treffen van een regeling van inkomen voor deze personen alsmede voor verzekerden die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) (30034), het wetsvoorstel Regels omtrent de invoering en financiering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen alsmede met betrekking tot de intrekking van de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet Invoering en financiering Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) (30118)**, en over:

- de motie-Westerveld c.s. inzake openstelling van de instrumenten premiekorting en no-riskpolis voor arbeidsgehandicapte werkzoekenden die onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen (30034/30118, G).

(Zie vergadering van 1 november 2005.)

De **voorzitter**: Naar mij blijkt, wensen enkele leden een stemverklaring af te leggen.

Mevrouw **Westerveld** (PvdA): Voorzitter. De PvdA-fractie kan zich met deze wetsvoorstellen in deze vorm niet verenigen. De wetsvoorstellen Wia vertonen ernstige wetstechnische manco's die een terugzending naar de minister, met het verzoek zich nog eens te beraden, meer dan rechtvaardigen.

Mijn fractie voerspelt de minister dat de Wia de komende jaren meer dan eens de voorpagina van de krant zal halen, en dan voor alle duidelijkheid niet in positieve zin. Behalve dat de wetsvoorstellen inhoudelijk rammelen, schieten zij ook nog eens forse gaten in de bescherming van mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Ten aanzien van een van deze gaten heeft mijn fractie tezamen met de fracties van GroenLinks, de SP en de Onafhankelijke Senaatsfractie een motie ingediend. Deze is bedoeld ter ondersteuning van het verzoek van de VNG in haar brief aan de minister van 28 oktober 2005. Tevens is de motie bedoeld als signaal dat ook binnen het regime van de Wet werk en bijstand, waarbinnen de gemeenten budgethouders zijn, een blijvende betrokkenheid van de rijksoverheid bij werkzoekenden met een arbeidshandicap op zijn plaats is. Als de motie verworpen wordt, dan zijn arbeidsgehandicapten voor het wegnemen van aan hun handicap inherente beperkingen of wel de vooroordelen daarover, de eerste twee jaar afhankelijk van de budgettaire ruimte van de gemeente waar zij woonachtig zijn. De indieners van de motie zouden dat betreuren.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Het doel van het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen werd en wordt door de fracties van de SGP en ChristenUnie onderschreven. Er waren echter nog een aantal pijnpunten en daar hebben wij uitvoerig met de minister over van gedachten gewisseld. Er is een fors aantal toezeggingen gedaan, bijvoorbeeld met betrekking tot job coaching voor alle Wia-gerechtigden die straks mogelijk wordt, de flexibele keuring die na drie maanden mogelijk wordt, een goede voorlichtingscampagne, het onderzoek of een alternatief bestuursorgaan mogelijk is. Ook zal de minister naar aanleiding van de brief van de VNG in gesprek gaan met de VNG om onder meer over de no-riskpolis te spreken.

Ik wilde hiermee duidelijk maken dat een aantal pijnpunten hiermee voor ons is weggenomen. Met betrekking tot de motie hebben wij bezwaren van staatsrechtelijke aard, omdat de motie te veel tendeert in de richting van een amendement. Als laatste kom ik op het gebruik van protocollen van de Gezondheidsraad. Dat vinden wij een heel goede stap vooruit en dat geeft naar onze mening een objectieve basis. Bovendien verklaarde de minister dat verantwoorde uitvoering per 1 januari verzekerd is. Dat is de reden waarom de fracties van de SGP en de ChristenUnie de wetsvoorstellen zullen steunen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Wij hebben vorige