

Vergaderjaar 2016–2017

32 399

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

Nr. 35

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPReK

Vastgesteld 15 november 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 31 oktober 2016 gesprekken gevoerd over **verplichte geestelijke gezondheidszorg**.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Leijten
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, De Lange, Leijten, Tanamal en Voortman.

Aanvang 10.03 uur.

De voorzitter:

Welkom. Wij spreken met experts uit het veld in vier blokken: wetenschap, adviescolleges, rechtsbescherming en juridische aspecten. De genodigden krijgen de gelegenheid om zichzelf voor te stellen en een kort statement te maken. De aanwezige Kamerleden zijn mevrouw Tanamal (PvdA), de heer De Lange (VVD), mevrouw Dijkstra (D66) en mevrouw Bruins Slot (CDA). Ikzelf ben Renske Leijten van de SP; ik ben vandaag de voorzitter. Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie) laat zich verexcuseren; zij volgt de hoorzitting op afstand. Er was gedoe met treinen, waardoor zij het gesprek beter thuis kon volgen dan hier te laat aankomen en de helft missen.

We gaan het als volgt doen. De genodigden krijgen kort de gelegenheid om een toelichting te geven. Zij hebben daarvoor twee minuten de tijd. Ik weet uit ervaring hoe ingewikkeld dat is. Wij doen dit opdat er voldoende gelegenheid is om vragen te stellen en met elkaar in discussie te gaan. We hebben namelijk maar kort de tijd. De position papers die u ons van tevoren hebt toegestuurd, hebben we uiteraard allemaal goed bestudeerd. U kunt ervan uitgaan dat de Kamerleden de inhoud daarvan betrekken bij hun vraagstelling. Ik hoop dat het zo duidelijk is.

Blok 1: Wetenschap, adviescolleges, rechtsbescherming en juridische aspecten

Gesprek met:

- **Mevrouw M. Ploem, AMC/UvA (ZonMw)**
- **De heer E. Ruys, raadsheer bij het Hof Arnhem-Leeuwarden (Raad voor de rechtspraak)**
- **Mevrouw B. Frederiks, VUmc (betrokken bij Wet zorg en dwang)**
- **De heer J. Dute, bijzonder hoogleraar Gezondheidsrecht, Radboud Universiteit Nijmegen**
- **De heer T.P. Widdershoven, Stichting PVP**
- **De heer H. van Marle, Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming**

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Ploem. Zij mag zichzelf even voorstellen en kort schetsen wat haar positie is.

Mevrouw Ploem:

Ik zit hier namens de onderzoekers van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg. Ik spreek mede namens de heer Van der Wolf. Helaas heb ik zijn expertise niet meegenomen, alleen die van mijzelf. Dat is dus een kleine beperking, maar slechts een van ons tweeën kon vandaag komen.

Zoals ik al zei, spreek ik hier namens de evaluatoren van de wet gedwongen zorg. Binnen zo'n thematische wetsevaluatie kijk je vooral – dat is iedereen denk ik wel bekend – naar het systeem van wetgeving. Daarbij ga je na of het systeem van wetgeving inconsistenties vertoont en of het voldoende geharmoniseerd is en kijk je naar de verschillen en de vraag of die te rechtvaardigen zijn. De onderzoekers komen tot de conclusie – ik herhaal het eventjes, al is die discussie inmiddels een beetje

passé, maar ik vind het toch belangrijk om te noemen – dat de toekomstige Wvvggz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) en Wzd (Wet zorg en dwang), waarover wij hier spreken, dezelfde uitgangspunten hebben, maar tegelijkertijd erg van elkaar verschillen. De regering rechtvaardigt dat door te wijzen op eerdere evaluaties en de verschillen in de doelgroepen, maar de evaluatoren vragen zich af of die verschillen op het niveau van wetgeving geadresseerd moeten worden. Anders gezegd: zij vragen zich af of die verschillen een apart systeem voor het niveau van rechtsbescherming rechtvaardigen. Daar komt nog bij dat de doelgroepen van onderscheiden wetten in de praktijk zullen overlappen. Patiënten en cliënten uit de ene sector kunnen ook in de andere sector terecht komen. Tegen die achtergrond bevelen de evaluatoren aan om één wettelijk regime te maken. Die aanbeveling wordt echter niet overgenomen, zo is al vrij snel, een halfjaar na de wetsevaluatie, gebleken. De Raad van State legt zich daarbij neer – dat blijkt duidelijk uit zijn advies – maar wijst wel op de evaluatie van de afzonderlijke wetten. Ik denk dat dat heel belangrijk is. Daarbij moet worden gezien of ze voldoende geharmoniseerd zijn – ook de Raad van State constateert namelijk dat dat niet het geval is – en of ze voldoende toegankelijk en uitvoerbaar zijn voor de professionals die ze moeten toepassen in het veld. Ik kom zelf uit de zorgpraktijk en ik weet hoe lastig het voor professionals is om met verschillende begrippen te werken. Ik kan daarvan een voorbeeld geven: de zorgmachtiging. Dit begrip heeft in de Wvvggz een andere betekenis dan in de Wzd. In de Wvvggz is de zorgmachtiging gericht op alle vormen van gedwongen zorg, in de Wzd alleen op opname van een cliënt. De regering heeft voorgesteld om niet één definitie aan het begrip «zorgmachtiging» te geven en kiest voor een pragmatische oplossing.

De voorzitter:
Kunt u afronden?

Mevrouw Ploem:

Moet ik al afronden? Jeetje, ik heb het al heel snel gedaan. Ik wil nog één ander punt aanstippen: de forensische zorg. Ik wil vooral aangeven dat op dat punt ook veel aanbevelingen van de evaluatie niet worden overgenomen. Dat is jammer, omdat dat het hele systeem van wetgeving en de systematiek daarvan uiteindelijk niet ten goede komt. Verder verwijs ik naar de schriftelijke bijdrage, die Michiel van der Wolf heeft opgesteld.

De heer Ruys:

Ik ben Sander Ruys, voorzitter van de penitentiaire kamer van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. Mijn verhaal heeft met name betrekking op de rol van de strafrechter en dus niet zozeer op die van de civiele rechter, want dat is een heel apart traject.

De reden voor de tweede nota van wijziging van de Wvvggz is gelegen in een aantal incidenten waaruit is gebleken dat procedures en instanties niet goed op elkaar aansluiten. Jammer genoeg brengt de Wvvggz de strafrechter niets om dit te voorkomen; integendeel. Er komen twee procedures. De strafrechter kan als onderdeel van de strafrechtelijke procedure geen zorgmachtiging afgeven, maar moet een geheel nieuwe procedure volgens de Wvvggz volgen. Daaraan zitten allerlei procedurele aspecten die in zich houden dat het ook verkeerd kan lopen of dat het in ieder geval niet goed synchroon loopt. Ook zijn er verschillende beroepsmogelijkheden. Je kunt dus zien aankomen – dat ligt bijna voor de hand – dat het ergens op enig moment fout kan gaan. Dat willen wij niet. Wij willen een naadloze aansluiting tussen de beëindiging van een tbs – ik ben al bezig met tbs-verlengingen – en de ingang van een zorgmachtiging. Die aansluiting kun je het best garanderen door de tbs-rechter zelf te laten aangeven dat een zorgmachtiging gewenst is. Volgens het voorstel dat er nu ligt, moeten we de tbs-procedure stilleggen, via de officier van justitie

en in beginsel ook nog eens bij de rechtbank de zorgmachtigingsprocedure aanvragen en dat afwachten. Vervolgens wordt bij separate beslissing besloten over zowel de tbs als de zorgmachtiging. Dat heeft de mogelijkheid in zich dat het fout loopt. Sterker nog, de Wvoggz is zelfs een stap terug ten opzichte van de huidige situatie. Op dit moment kan de opleggende strafrechter – dat is dus niet de tbs-verlengingsrechter, maar degene die het strafbare feit behandelt – namelijk zelf plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis gelasten. In de tweede nota van wijziging wordt die mogelijkheid zelfs weggehaald, waardoor de strafrechter dat überhaupt niet meer kan. Dat betekent dat we zitten met twee procedures met verschillende beroepsmogelijkheden. Ik heb daar in mijn position paper het nodige over geschreven en een voorbeeld van gegeven. Ik zal daar nu niet verder op ingaan, maar als er vragen over zijn, doe ik dat alsnog.

Wij willen dat het afgeven van een zorgmachtiging geïntegreerd en geconcentreerd wordt in de strafrechtelijke procedure. Dan heb je alles bij elkaar. Je neemt één beslissing of twee aan elkaar geklonken beslissingen, waarvoor één rechtsmiddel bestaat. Je kunt voor allebei tezamen in hoger beroep en hoeft niet, zoals het voorstel nu is, voor de één in hoger beroep en voor de ander in cassatie; dat geeft immers problemen. De oproep is dus vrij simpel: geef ons de mogelijkheden om een beslissing te nemen die gegarandeerd zorgt voor een naadloze overgang.

Mevrouw Frederiks:

Ik ben Brenda Frederiks. Ik ben werkzaam bij het VUmc als universitair docent gezondheidsrecht. Sinds 1998 ben ik bezig met onderzoeken naar de Wet zorg en dwang en de Wet BOPZ (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen), voornamelijk in de verstandelijkgehandicaptenzorg en de psychogeriatric. Ik maak meteen een bruggetje. In 2002 heb ik de Wet BOPZ geëvalueerd voor de verstandelijkgehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Toen waren er redenen om te zeggen dat er aparte wetten moesten komen, maar nu, ruim veertien jaar later, gaan die redenen eigenlijk niet meer op; dat schrijf ik ook in mijn paper. Die redenen zijn verlopen, want er is heel veel gebeurd in die veertien jaar. Doelgroepen zijn naar elkaar toegegroeid. Je kunt dus niet zeggen dat die redenen nu nog opgaan, al staat dat nog wel zo in de tweede nota van wijziging bij de Wvoggz. In die veertien jaar is er gewoon te veel gebeurd. Daardoor kun je niet de redenering in stand houden dat hiervoor aparte wetten moeten komen, maar dat terzijde. Daarnaast is ook het VN-verdrag er gekomen. Daarin staat de rechtspositie van mensen niet anders geregeld mag worden omdat dingen anders georganiseerd zijn of omdat mensen anders zijn. Dat wil ik ook even onder de aandacht brengen, want dat wordt nu te weinig meegenomen in de Wet zorg en dwang. Een aantal verbeterpunten heb ik beschreven. Ook zijn hierover wetenschappelijke artikelen geschreven, als de Kamer hierover meer wil lezen. Een belangrijk punt is wel de BOPZ-arts oftewel de geneesheer-directeur. Dat punt is in een aantal andere papers ook benoemd. Deze functie ontbreekt in de huidige Wet zorg en dwang. Er is geen persoon of toezichthouder die toezicht houdt op wat er gebeurt rondom vrijheidsbeperking. Deze functie is weggeschreven in de Wet zorg en dwang. Wij vinden dat deze of een vergelijkbare functie terug moet komen, ook in het kader van de medical expert. Er moet gewoon iemand zijn die vanuit zijn deskundigheid toezicht houdt op wat er allemaal gebeurt. Er gebeurt nog heel veel op het gebied van vrijheidsbeperking, in beide sectoren. De cliëntenvertrouwenspersoon is ook een belangrijke functie. Deze is gelukkig wel opgenomen in de Wet zorg en dwang, waarvoor dank van de mensen die hier achter de tafel zitten, maar de wijze waarop deze functie wordt ingevuld, laat nog wel te wensen over. Er is nu nog geen stichting cliëntenvertrouwenspersonen en ook is het niet op dezelfde manier financieel geregeld.

Tot slot. De Wet zorg en dwang is nu heel erg gericht op opname. Dat is door de tweede en derde nota van wijziging nog versterkt, al zitten er wel wat mogelijkheden in voor ambulante behandeling. De wet zou cliëntvolgend zijn, maar dat is nog niet nader uitgewerkt. Als je het wetsvoorstel zo zou implementeren, kan er bijna niets in de thuiszorg of buiten accommodaties. Het is nu geen cliëntvolgende wet. De Kamer weet dat verpleeghuizen het aantal bedden afbouwen. Veel cliënten wonen thuis. Het is heel lastig om daar dezelfde waarborgen te creëren als die in de verpleeghuizen gaan gelden. Hier wil ik het bij laten.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik maak gebruik van de gelegenheid om mevrouw Voortman van GroenLinks welkom te heten. Het woord is aan de heer Dute.

De heer Dute:

Mijn naam is Jos Dute. Ik ben hoogleraar gezondheidsrecht te Nijmegen. Over de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang valt heel veel te zeggen, maar dat zal ik nu niet doen, want ik heb maar twee minuten. Dat moet u echter straks wel doen, leden van de vaste Kamercommissie van VWS, als de Minister het wetsvoorstel verdedigt. Wij gaan namelijk niet de goede kant uit; sterker nog, wij gaan de verkeerde kant uit.

Ik zal mijn betoog focussen op twee punten. Mijn eerste punt is al aan de orde geweest: de afstemming van beide wetten, de Wvggz en de Wzd. Daarin is een kans gemist. Qua opzet en uitgangspunten verschillen de twee wetten nog steeds aanzienlijk van elkaar, waarbij de rechtsbescherming in de Wvggz veel meer vorm heeft gekregen dan die in de Wzd. Volgens de Minister gaat het om twee verschillende doelgroepen, maar ik zie niet in waarom dat moet leiden tot zo'n verschillend niveau van rechtsbescherming, tenzij het alleen om geld gaat, maar dan doe ik niet meer mee. In de Wvggz zijn alle vormen van dwang aan rechterlijke toetsing vooraf onderworpen. In de Wzd geldt dit alleen voor de opname. Rechterlijke toetsing achteraf is wel mogelijk, maar alleen op initiatief van de betrokkene zelf, en mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten zijn nou niet bepaald groepen die bijzonder goed zijn toegerust om zich zelfstandig tot de rechter te wenden. Mijn tweede punt betreft de centrale rol die het Openbaar Ministerie is toebedeeld als verzoekende partij bij de rechter. Dat is eigenlijk een gotspe. Als er een ding uit de BOPZ-evaluaties – er zijn er drie geweest – naar voren is gekomen, dan is het wel dat de officier van justitie zijn rol niet waarmaakt. Dat zie ik niet veranderen, wat de Minister daar ook aan goede beleidsvoornemens over te berde heeft gebracht. Het Openbaar Ministerie als verzoekende partij is naar mijn oordeel tot mislukken gedoemd. Ik zei al dat het een gotspe is. Het heeft verstrekkende gevolgen, want in feite worden strafrecht en verplichte ggz in de wet neergezet als twee zijden van dezelfde medaille. De officier van justitie kijkt welk paadje, het strafrechtelijke paadje dan wel het verplichtezorgpaadje, de betrokkene moet worden op gestuurd. Maar komt er zo aan verplichte geestelijke gezondheidszorg niet een strafrechtelijke geur te hangen? Moet je beide sectoren juist niet heel erg uit elkaar houden, in plaats van te doen alsof het gaat om twee varianten van hetzelfde, met alle stigmatisering die daarvan uitgaat? Voert de Minister, door zo klakkeloos de bevindingen van de commissie-Hoekstra te volgen, niet eigenlijk een incidentenpolitiek in plaats van een degelijk fundament te leggen voor verantwoorde verplichte zorg?

De heer Widdershoven:

Ik ben Ton-Peter Widdershoven. Ik ben jurist bij de Stichting PVP, waarbij «pvp» staat voor «patiëntenvertrouwenspersoon». Ik was betrokken bij de

tweede en derde evaluatie van de Wet BOPZ en zat in de begeleidingscommissie van de thematische wetsevaluatie. Ik ben het eens met alles wat de voorgaande sprekers hebben gezegd, maar wil ook nog een paar andere accenten leggen.

De wet verplichte ggz geeft ten opzichte van de huidige Wet BOPZ een betere rechtspositie aan de cliënten die het betreft. Tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat de huidige versie van de Wvggz op punten nog verbeterd kan en ook moet worden. Op sommige punten sluit ik mij aan bij wat mijn voorgangers hebben gezegd, maar ik wil ze toch nog even noemen. Een punt dat nog niet is genoemd, maar wel in de position paper van mijn buurman is vermeld, is dat de wilsbekwame patiënt in de Wvggz ten onrechte wordt achtergesteld bij de bewkame burger van Nederland wat betreft zijn positie. Een psychiatrische patiënt zou, ook in het kader van de Wvggz, als hij wilsbekwaam is en als er sprake is van gevaar voor hemzelf, zelf de volledige zeggenschap moeten hebben over wat er gebeurt. Dat is niet zo, al is er een escape ingebouwd: bij acuut ernstig gevaar voor hemzelf, mag het verzet kennelijk doorbroken worden. Ik zie geen enkele rechtvaardiging voor dit punt. Het lijkt mij strijdig met het VN-verdrag en eigenlijk met elk rechtsbeginsel.

Een ander punt heeft van doen met onze ervaringen als Stichting PVP. Dat heeft te maken met het belang van huisregels. Het idee is dat we straks wat meer ambulante moeten gaan werken, maar er zullen nog steeds vele gedwongen opnamen aan de orde zijn. Bij een gedwongen opname is het van essentieel belang hoe de huisregels van de instelling eruitzien. Die moeten niet meer beperkend werken dan strikt noodzakelijk is. Wij zien in de praktijk – wij hebben er ook onderzoek naar gedaan – dat de opstelling van huisregels vrij willekeurig is. Soms worden ze zelfs niet opgesteld, maar blijken er in de praktijk toch allerlei regels te zijn. Wat mag je op je eigen kamer wel of niet doen? Hoe zit het met internetgebruik? Hoe gaat het met mobiele telefoontjes? Hoe zit het met het ontvangen van bezoek? Daar zit een zekere willekeur in. Instellingen bepalen zelf wat ze verstandig vinden. Dat gebeurt vast met de beste bedoelingen, maar dat loopt nogal uiteen en dat zou niet zo moeten zijn. Volgens de eerste versie van de Wvggz zouden er modelhuisregels komen. Die zouden door de commissie voor de verplichte ggz worden opgesteld. Nu is het een facultatieve mogelijkheid. Dat kan niet.

Een ander belangrijk punt, dat een beetje aansluit bij wat mijn voorgangers meldden, is de verwevenheid van de forensische zorg met de reguliere ggz. Het zou verstandig zijn om te zeggen: je gaat of het strafrechtelijk traject of het zorgtraject in. Die keuze moet dan ook consequenties hebben in de tenuitvoerlegging van de maatregel. Wat we nu zien en wat de Wvggz alleen maar meer mogelijk maakt, is dat Wvggz-patiënten geplaatst worden in tbs-instellingen en dat tbs-patiënten worden geplaatst in gewone ggz-instellingen. Het besmet de ggz enorm in de vorm van stigmatisering. Daarnaast heeft het absoluut een verzwarend effect voor de persoon die in een tbs-instelling geplaatst wordt terwijl hij niets van doen heeft met een strafrechtelijk delict. De maatregel is immers totaal geen reactie op een strafrechtelijk delict. Haal dat uit elkaar. Dat is heel makkelijk, maar kennelijk zien instellingen dat vanuit hun belangen anders. Je moet ervoor zorgen dat de ggz is toegerust op de patiëntenpopulatie die hij krijgt. Precies hetzelfde geldt voor de tbs-groep. Beide moeten voldoende zorg kunnen leveren en beide moeten voldoende variatie hebben in beveiligingsmogelijkheden.

De voorzitter:

Ik moet u nu vragen om de laatste zin uit te gaan spreken.

De heer Widdershoven:

De laatste zin is dat we ook moeten denken aan psychiatrische patiënten in het gevangeniswezen. Ook die patiënten behoren de rechtspositie te

krijgen die de Wvggz voorschrijft. Vooral nog is dat echter niet aan de orde. Zij krijgen te maken met allemaal eigen bepalingen over de wijze waarop over dwangbehandeling wordt beslist. Dat zou eigenlijk niet moeten.

De heer Van Marle:

Mijn naam is Hjalmer van Marle. Ik ben hoogleraar forensische psychiatrie aan het Erasmus MC in Rotterdam en aan de Erasmus School of Law, ook in Rotterdam. Ik ben van 1996 tot 2002 psychiatrisch adviseur geweest van de Minister van Justitie. Als zodanig heb ik aan de grondvesten van deze hele wet forensische zorg gewerkt. Dat dat maar duidelijk moge zijn. Ik ben het in ieder geval eens met het uitgangspunt van deze wetten en de schakelbepaling, vanwege het leitmotiv dat «ggz, tenzij» een veel meer afdoend middel is om recidive te voorkomen dan gevangenisstraf. Het is goed en voldoende internationaal aangetoond dat behandeling beter werkt dan straf. Dat is een principiële uitgangspunt.

Verder wil ik in dit lustige gezelschap met name spreken namens de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, die ik hier vertegenwoordig en die – het begrip «strafrechtstoepassing» zit in de naam – een lans wil breken voor de forensische patiënt en het personeel dat die behandeling uitvoert. Dan komen we op een praktische insteek voor de voorliggende stukken. Ik ben van mening dat daar veel haken en ogen aan zitten. Dat zijn er zelfs zo veel, dat de tenuitvoerlegging daarvan mogelijk teloor zal gaan. Ik ben niet bang voor de besmetting waar mijn buurman over sprak, maar ik vind wel dat er een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen de strafrechtelijke context en de inhoudelijke behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. Die rechtspositie is niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de behandelaars van belang. Zij kunnen niet behandelen op rugnummers, stickers of wat dan ook. Een afdeling heeft een bepaald behandelingsklimaat, inclusief een bepaalde rechtspositie van de patiënten.

Verder heb ik problemen met het ontstane patchwork. In mijn ogen is het een lappendeken geworden van allerlei bestaande regelingen, zoals de oude BOPZ en het oude artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht. Wij vrezen met grote vreeze dat de kennisoverdracht over patiënten en procedures – ook het beroepsgeheim komt daarbij om de hoek kijken – daardoor erg gehandicapt wordt en dat het moeilijk wordt om acute zaken acuut te regelen. Ook dit jaar is het een keer verkeerd gegaan, in Zelhem. De reclassering had gezegd dat zij een bepaalde persoon niet kon begeleiden en dat deze man dus terug naar het gevang moest. Onder tusschen was een nietsvermoedende rapporteur van het NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie) onderweg om bij de man thuis een psychologisch onderzoek te doen. Hij werd daar bestolen van de sleutels van zijn auto, waar een verschrikkelijk ongeluk mee werd gemaakt. Dat soort dingen is wel de praktijk. Er moet iets acuuts gebeuren, maar de ambtelijke molens malen veel te langzaam en de meldingen gaan te traag.

Dat wordt ook in de voorliggende stukken niet gewaarborgd. Ik mis bijvoorbeeld heel duidelijk afspraken over rechten en plichten. Voor het beroepsgeheim moeten we formaliseren wat wel en niet mag worden verwacht. De commissie-Hoekstra zegt dat dit zorgvuldig, maar niet rigide moet gebeuren. Hoe is dat dan precies? Er moet ook duidelijk verschil worden gemaakt tussen de interne en externe rechtspositie. Wat extern is voor het strafrecht, hoeft zich niet linea recta te vertalen in de interne rechtspositie van de patiënt tijdens zijn behandeling.

De voorzitter:

Was dit uw laatste zin?

De heer Van Marle:

Ja.

De voorzitter:

Mooi. Daar wilde ik net naartoe gaan werken. Ik dank de genodigden voor hun bijdragen. Ik stel voor dat de Kamerleden één vraag stellen en dat de desbetreffende genodigde daarop direct antwoord geeft. Namens de commissie dank ik de genodigden hartelijk voor hun komst en hun inbreng, dus dat hoeven de afzonderlijke Kamerleden niet meer te doen. Zo kunnen we zo snel mogelijk werken, want we zijn met zes fracties. We hebben nog een halfuur. Het zou zonde zijn als de spreektijd van de een de spreektijd van de ander zou beperken.

Mevrouw Tanamal (PvdA):

Voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Ruys van de Raad voor de rechtspraak. Mijnheer Ruys, u stelt dat de rechtbank in gescheiden uitspraken moet beslissen over de verlenging van tbs en de verlenging van een zorgmachtiging. Dat kan tot complicaties leiden. Daarmee doelt u op een vertraging, een belemmering of de mogelijkheid dat iemand op straat komt te staan. Met name dat laatste vind ik erg zorgelijk. Kunt u ons inzicht geven in de redenen waarom men niet met u is meegegaan op dit onderdeel?

De heer Ruys:

Dat laatste is door mij heel moeilijk te zeggen. Begin dit jaar zouden de wetgevingsambtenaren een overleg met mij hebben, maar toen kon ik niet. Er zou een nieuwe afspraak gemaakt worden. Ik heb geïnformeerd of zij nog zouden komen, maar dat vonden zij niet nodig. Toen heb ik nog tegen mezelf en tegen collega's gezegd: als dat maar goed gaat. Ik kan u eerlijk zeggen: dat is dus niet goed gegaan. Tot zover het laatste deel van uw vraag.

Ten aanzien van het eerste deel van uw vraag kan ik zeggen dat het nog wel wat ingewikkelder is dan ik in mijn position paper heb gesteld. U moet zich voorstellen: een tbs-verlenging begint bij de rechtbank. Als daar een zorgmachtiging aan de orde komt, moet de procedure daar worden stilgelegd. Dan moet een aparte, civielrechtelijke procedure via de officier worden gevolgd. Dat is een verzoekschriftprocedure. De strafzaak kan pas worden vervolgd als duidelijk is of wel of geen zorgmachtiging kan worden afgegeven. Stel dat de tbs wordt beëindigd en de zorgmachtiging wordt afgegeven. Degene om wie het gaat, kan dan voor de zorgmachtiging in cassatie bij de Hoge Raad en de officier van justitie kan dan voor de tbs-beëindiging naar de penitentiaire kamer. U begrijpt, dan zitten we al bij twee verschillende rechtscolleges. Stel dat de zorgmachtiging pas bij de penitentiaire kamer in hoger beroep aan de orde komt. De wet is daar niet duidelijk over. Waarschijnlijk moeten we dan ook de procedure stilleggen. De zorgmachtiging moet dan waarschijnlijk worden aangevraagd bij de rechtbank, dus bij een ander college. Daar moeten we dan op wachten. Vervolgens is op die beslissing van de rechtbank weer cassatie mogelijk. Wij zouden dan verder kunnen, maar zonder te weten wat het einde is van de cassatieprocedure. Daar kunnen we eigenlijk ook niet op wachten. Ik hoop dat ik hiermee een beetje heb aangegeven hoe ingewikkeld het kan worden.

Op dit moment kun je voor de BOPZ ook al in cassatie, maar de praktijk is in ieder geval veel soepeler. Wij willen die situatie niet meer: laat de strafrechter en de tbs-verlengingsrechter in één keer zowel het een als het ander doen. Als dat bij de rechtbank gebeurt, kan tegen zowel de zorgmachtiging als de tbs-verlenging appel worden ingesteld. Dan krijgen wij bij de penitentiaire kamer beide problemen samen op ons bordje en nemen wij vervolgens samen een beslissing. Dan kan het niet mislopen; dan kan niemand tussen de wielen raken; dan kan niet iemand per ongeluk op straat terecht komen. Stel dat de Hoge Raad in de cassatiepro-

cedure van de zorgmachtiging de zorgmachtiging vernietigt terwijl wij de tbs al hebben beëindigd. De Hoge Raad doet dat niet in een paar maanden; over het algemeen pleegt de Hoge Raad er iets langer over te doen. Dan zitten we wel met een probleem, omdat wij de tbs al hebben beëindigd. Ik zou nog veel meer voorbeelden kunnen geven.

De heer **De Lange** (VVD):

Voorzitter. Ik dank alle genodigden voor hun inbreng. Ik ga een vraag stellen aan mevrouw Frederiks, die aangaf dat het wetsvoorstel dat er nu ligt onvoldoende cliëntvolgend is. Uit de toelichting op het wetsvoorstel blijkt dat het veel meer een zorgachtige wet zou moeten zijn. Binnen de geestelijke gezondheidszorg hebben veranderingen plaatsgevonden. Wat is er volgens mevrouw Frederiks nodig om meer van thuis uit te kunnen werken? Wat zou er aan de wet moeten veranderen om dit meer op elkaar te laten aansluiten?

Mevrouw **Frederiks**:

Bedankt voor uw vraag. Het is lastig om die eenvoudig en kort te beantwoorden. In de huidige wettekst staat dat mensen die een rechtelijke machtiging of artikel 60-indicatie krijgen – dat is nu ook zo geregeld – direct naar een accommodatie moeten verhuizen. Dat is nu in de wet ingebouwd. Mensen die nog thuis wonen en achteruitgaan, moeten dan naar een accommodatie, want thuis is geen accommodatie volgens de wettelijke definitie. Daar komt bij dat ze, zodra er enige vorm van gedwongen zorg gaat plaatsvinden, naar een accommodatie moeten verhuizen. Dat staat nu ook in de wet. De juridische kant staat dus een beetje haaks op alle ontwikkelingen die nu in de zorg plaatsvinden. De heer Leenders sprak over een zorgwet, maar het bieden van betere zorg thuis wordt lastig met de huidige bepalingen in de wet. Er is natuurlijk nog een AMvB over de thuiszorg, maar die is nog steeds niet nader ingevuld; die moet ook nog langs de Tweede Kamer en de Eerste Kamer. Mijn advies aan de Kamer zou zijn: zorg ervoor dat eerst die AMvB nader wordt uitgewerkt. Dat geldt ook voor de ggz. Nog weinig is ingevuld wat er thuis kan. We kunnen ook zeggen dat we thuis helemaal niets doen. We weten echter uit allerlei wetenschappelijke onderzoeken dat er thuis veel gebeurt, ook in kleinschalige woonvormen, op dagbestedingen en op scholen waar verstandelijk gehandicapten overdag naartoe gaan. Binnen het Wmo-kader en ook onder de Zorgverzekeringswet gebeurt er heel veel. Dat is nu lastig in te bedden in de huidige wet. Er zitten wel wat mogelijkheden in, maar die worden niet nader uitgewerkt. Ik hoop dat ik de vraag hiermee heb beantwoord.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik heb een vraag aan de heren Van Marle en Dute. Ik hoorde de heer Van Marle zeggen dat hij niet zo bang was voor besmetting, iets wat anderen wel aangaven. Ik begreep dat er volgens de heer Dute juist wel een risico is dat er aan de verplichte ggz een strafrechtelijk kaartje wordt gehangen. Misschien sprak de heer Van Marle ergens anders over. Ik krijg hierover graag verduidelijking.

De heer **Dute**:

Ja, ik dacht dat ik mijn punt gemaakt had. De officier van justitie krijgt een centrale rol in dit hele traject. Het is ook nadrukkelijk de bedoeling dat de officier van justitie niet alleen gebruikmaakt van zijn bevoegdheden in het kader van de Wvvgg, maar juist ook van zijn strafrechtelijke bevoegdheden. Daarmee ben je de hele zaak dus aan het mengen, terwijl ik vind dat je de twee sectoren goed uit elkaar moet houden. Het heeft natuurlijk grote gevolgen als jouw medische gegevens – dat kunnen ook gegevens zijn van eerdere behandelingen of behandelingen die op vrijwillige basis zijn ondergaan – in handen van de officier van justitie komen. Hij kan die

dan ook vrijelijk gebruiken in het strafrechtelijke circuit. Als patiënt ga je je dan wel bedenken of je dit allemaal wel moet vertellen aan de psychiater, omdat het verregaande consequenties voor je kan hebben in de strafrechtelijke sfeer. Op die manier erodeert ook het medisch beroepsgeheim. Ik ben heel erg geschrokken van de opmerking van de commissie-Hoekstra die net werd aangehaald, dat we zorgvuldig maar niet rigide moeten omgaan met het beroepsgeheim. Als ik zoiets lees, rijzen de haren mij te berge, want dan wil de schrijver altijd een versoepeling van het medisch beroepsgeheim. Het doel van het medisch beroepsgeheim is nu juist om de toegang tot de zorg optimaal te waarborgen. Dat zie ik in deze wet helemaal door elkaar lopen en dat lijkt mij echt een heel gevaarlijke ontwikkeling.

De heer Van Marle:

Dat ben ik dus niet met de vorige spreker eens. Ik vind namelijk dat de forensische behandeling van mensen die een gevaar vormen voor zichzelf of anderen een specialisme is van de psychiatrie en niet van de officier van justitie. Het is dus medische behandeling met een extra ding, namelijk een beveiligingsfactor die zowel voor de patiënt zelf van belang is – hij recidiveert niet meer – als voor de maatschappij. Dat is ook het boeiende van het vak. Het is ook het moeilijke van het vak. We hebben nu eenmaal forensisch-psychiatrische patiënten voor wie we goed moeten zorgen. Ik juich alleen maar toe dat de officier van justitie/het strafrecht zich kunnen bezighouden met het opleggen van een zorgmachtiging, omdat behandeling veel beter werkt voor recidivepreventie dan gevangenisstraf. Dat vervolgens het medisch beroepsgeheim onder druk staat, begrijp ik. Dat is ook een opdracht aan de medici zelf. Ik vind het niet alleen een probleem van de maatschappij. Als wij als maatschappij veiligheid willen, zal de medische stand – ik praat dan even over de forensische psychiatrie en de verplichte psychiatrie als geheel – daaraan ook mee moeten doen. Het is een gezamenlijk probleem. Als zodanig ben ik dus niet voor een tweesplitsing, maar vind ik eerder dat moet worden gewerkt aan bindende goede afspraken om op deze manier de psychiatrisch-medische behandeling van deze mensen goed te laten verlopen. Dat geldt zowel voor de betrokken behandelaars, waaronder medici met hun beroepsgeheim, als voor de patiënt en ook de maatschappij, die er profijt van trekken dat het een goede, menswaardige behandeling is die ook nog een vermindering van de recidive oplevert.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik heb het idee dat andere mensen ook nog iets willen zeggen. Ik vind het wel interessant als zij een toevoeging geven.

Mevrouw Ploem:

Ik kan mij helemaal vinden – dat is misschien niet zo verbazingwekkend – in de opvatting van collega Dute dat de officier van justitie nu weer een centrale rol heeft gekregen. Ik ben weliswaar niet betrokken geweest bij de kern van deze discussie, maar ik ben er wel zijdelings bij betrokken geweest, ook omdat ik in een proefcommissie verplichte ggz heb gezeten. Mij is bijgebleven dat de officier van justitie toen al – volgens mij geldt dat nog steeds – absoluut niet de juiste positie had om die rol te vervullen, vooral bij alleen psychiatrische patiënten. Het verbaast mij hogelijk dat we nu toch weer teruggekomen zijn bij de officier van justitie. Ik denk dat dat bij gebrek aan beter is, want ik heb bij de discussies gezeten over de vraag wie die rol moet vervullen. Dit is natuurlijk puur verlies na vijf jaar discussie over dit probleem. Ik wijs er uitdrukkelijk op dat ik het nu heb over alleen psychiatrische patiënten, dus niet over forensische patiënten. Het is dan helemaal geen goede zaak als de officier van justitie een centrale rol speelt in dat proces. In dat opzicht onderschrijf ik de woorden van de heer Dute volledig.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Daar gaat precies mijn vraag over, voorzitter.

De **voorzitter**:

Ik kom zo bij u, mevrouw Bruins Slot, maar er wil nog iemand reageren. Misschien wil de heer Van Marle daar dan weer op reflecteren.

De heer **Widdershoven**:

Het kan geen kwaad om de derde evaluatiecommissie van de Wet BOPZ nog even in herinnering te roepen. Zij stelde voor om een commissie verplichte ggz in te voeren, juist om al deze problemen te tackelen. Ten eerste vindt het OM dat dit eigenlijk niet bij hem hoort. Dat wordt wel met de mond beleden, maar in de praktijk wordt het niet waargemaakt. Ten tweede is het eigenlijk geen strafrechtelijke maatregel. Trek het dan ook niet via het OM in het strafrecht. Maar goed, dat is eruit geschreven, ik denk met name uit bezuinigingsoverwegingen. Toen werd het de geneesheer-directeur en nu het OM. Het blijft een beetje sukkelen wie het moet gaan doen. Dat is kwalijk genoeg.

Ik ben wel degelijk bang voor de stigmatisering van de gewone ggz met dat hele strafrechtelijke traject. In dit verband wijs ik op het volgende. Het gaat er niet alleen om hoe je tot een maatregel komt, maar ook wat je doet wanneer je de maatregel eenmaal hebt. Houd die sectoren uit elkaar. In de jeugdzorg hebben we zo'n tien jaar geleden bedacht dat we geen samenplaatsingen meer willen van een civielrechtelijke plaats en een strafrechtelijke plaats in de gesloten jeugdzorg. Daar is ook op ingezet. Dat wordt nu overigens ook weer een beetje versoepeld, lijkt het. Dit is niet alleen theoretisch gezien een heel juiste aanpak, maar het is ook praktisch en feitelijk een juiste aanpak. Het plaatsen van psychiatrische patiënten in tbs-instellingen verzwakt absoluut de maatregel, terwijl tbs in de oorsprong en de rechtvaardiging ervan een reactie is op een strafrechtelijk delict. Dan word je daarmee vermengd. Dat hoort niet. Dat alle tbs-gestelden goede zorg moeten krijgen is iets heel anders. Dat is allemaal makkelijk te regelen als je het maar wilt regelen. Nu wordt het vermengd uit een soort van ... Ik weet eigenlijk niet vanuit welk idee. Ik weet alleen dat het soms wel wat praktisch lijkt.

De **voorzitter**:

Nu de heer Dute. Daarna mag de heer Van Marle deze discussie afronden, voor zover er niet op door wordt gegaan.

De heer **Dute**:

Dat lijkt mij ook de goede volgorde, want ik wil graag reageren op de heer Van Marle. Ik krijg de indruk dat hij toch vooral kijkt vanuit het strafrecht. Hij zegt dat niemand beter wordt van straffen, terwijl je in de zorg in ieder geval de kans hebt dat je er beter van wordt. Dat ben ik op zichzelf wel met hem eens, maar ik bekijk het van de andere kant, namelijk van de kant van de verplichte ggz. Ik vind dat de heer Van Marle dat ook moet doen. De toegankelijkheid van de verplichte ggz komt onder druk te staan door de strafrechtelijke context waarin het geheel zich nu gaat afspelen. Dat heeft ernstige consequenties. Als mensen zich niet of te laat tot de ggz wenden, krijgen we de hele problematiek van verwarde personen die op straat terechtkomen. Zij komen dan weer in het strafrechtelijke circuit terecht. Ik zou dan denken dat voorkomen beter is dan genezen.

De heer **Van Marle**:

Ik stel even voorop dat de psychiatrie en ook de sociale psychiatrie er natuurlijk niet zijn voor overlast. Dat krijg je natuurlijk als je begint met de discussie over verwarde mensen. Daarnaast wil ik zeggen dat continuïteit van zorg een groot goed is in deze hele exercitie. Ik kan zelfs zeggen dat het tbs-instituut eigenlijk al te lang buitengesloten is geweest van de

reguliere gezondheidszorg. In de tbs worden al vanaf de jaren zeventig voortreffelijke behandelingen geboden aan ernstig gevaarlijke mensen die teams desorganiseren en een gevaar zijn voor lijf en leden binnen en buiten. Deze modaliteit van behandeling komt nu ook ter beschikking van de algemene psychiatrische gezondheidszorg. Dat vind ik een mooi geschenk: onze kennis voor de algemene psychiatrie. Vervolgens vind ik het wel heel belangrijk dat de officier van justitie daarin de regie voert. Er werd net al gerefereerd aan de discussie dat de geneesheer-directeur die regierol op zich zou nemen. Die discussie is ten faveure van de officier van justitie beslecht. Een van de dingen die daar speelden, was of het wel een rol was van een medicus om dit allemaal te regisseren vanwege het feit dat de factor «gevaar, nadeel, schade» iets is van ons allemaal. Het is ook iets van de maatschappij. Met andere woorden: hier spelen niet alleen medische belangen, die kunnen worden behartigd door de geneesheer-directeur, en patiëntbelangen, die ook kunnen worden behartigd via de geneesheer-directeur, maar hier speelt ook de veiligheid van de samenleving en hoe die te behoeden. Wij moeten natuurlijk geen Russische toestanden krijgen waarin dissidenten via de krankzinnigenwet worden weggespeeld. Als het gaat om de factor «behoeden», ben ik het er helemaal mee eens dat de officier van justitie dat doet. We hebben namelijk te maken met een niet-medische factor, namelijk gevaar voor anderen.

De voorzitter:

Helder, dank u wel.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. Ik vind het fijn om te horen dat de discussie over de rol van de officier van justitie al is gestart. De eerste opzet was een interdisciplinaire commissie, zoals de heer Widdershoven al zei. Bij de eerste nota van wijziging werd dat de geneesheer-directeur. Nu is er een stevige regierol voor de officier van justitie als het gaat om het opleggen van verplichte geestelijke gezondheidszorg. In de evaluatie van de Wet BOPZ stond inderdaad dat de huidige invulling van de rol van de officier van justitie al heel slecht is. Ze zijn nooit op zitting en het is lastig om de informatie voor elkaar te krijgen. De juridische invulling van de rol van de officier van justitie is nu veel, veel zwaarder. Hij moet altijd op zitting zijn, hij moet alles voorbereiden en hij moet verschillende partijen informeren. Hij wordt een soort schakelpunt in de informatie en in het hele proces, in een organisatie die overigens al behoorlijk overbelast is. Ik vraag in ieder geval aan de heer Dute, maar ook aan de heer Ruys vanuit zijn praktijk, of de officier van justitie in staat is om dit te gaan doen. Zouden we dit moeten willen? Wat is het alternatief?

De heer Dute:

Daar is de officier van justitie in het geheel niet toe in staat. We moeten dit dus ook zeker niet willen. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat het niet toevallig is dat de officier van justitie zijn rol onder de Wet BOPZ niet vervulde, want de verplichte geestelijke gezondheidszorg is voor hem of haar vreemd terrein. Hij heeft daar eigenlijk geen goed zicht op. Het strafrecht is zijn pakkie-an, om het zo maar te zeggen, maar de verplichte geestelijke gezondheidszorg is dat totaal niet. Ik vind dat het een risico heeft om die rol weer zo te benadrukken. We weten dat het in het verleden is mislukt. We hebben geen enkele garantie dat het in de toekomst anders of beter gaat. Er zitten ook heel kwalijke neveneffecten aan, in de zin van de stigmatisering waarover we al hebben gesproken. We moeten dit dus beslist niet willen.

De voorzitter:

Er is gevraagd of er een alternatief is.

De heer **Dute**:

Het alternatief is nog weer eens benoemd door mijn buurman. Ik denk dat wij terug moeten naar de multidisciplinaire commissie, al kost dat misschien een paar centjes meer. Daar is lang en goed over nagedacht. Het zou ook een prima voorbereiding zijn om de rechter te informeren, zodat deze zorgvuldig kan beslissen over de rechtelijke machtiging. Misschien is het tegen beter weten in omdat het een gepasseerd station is, maar bij de geneesheer-directeur hoort deze rol niet thuis en bij de officier van justitie al helemaal niet.

De heer **Ruys**:

Ik zou eerlijk gezegd niet weten waarom de officier van justitie die rol niet zou kunnen vervullen. Natuurlijk denkt iedereen bij de term «officier van justitie» aan het strafrecht, maar ook nu al heeft de officier van justitie allerlei andere taken. En als hij de rol op dit moment niet goed vervult: wat niet is, kan komen. Zo hebben we een expertisecentrum op het gebied van tbs bij het Openbaar Ministerie zitten. Het kan dus ontwikkeld worden. Ik zie dat helemaal niet als probleem. Er zal één centrale figuur moeten zijn en in zoverre vind ik het een heel goede gedachte. Er zullen dan officieren moeten zijn die er speciaal voor zijn opgeleid en die dit werk langere tijd doen. Nou, dat is heel goed mogelijk. We moeten bij de officier van justitie niet denken: het is dús strafrecht. Een officier van justitie kan gewoon bestuurstaken vervullen. Als je nou een centrale figuur wilt: hij is georiënteerd op de rechter en moet ook aan de rechter iets vragen. Het ligt dan op zich best voor de hand om aan hem te denken. Ik heb zelf niet direct gevoelens van: dat kan niet. Integendeel.

De **voorzitter**:

U mag kort reageren, mijnheer Dute.

De heer **Dute**:

Dan zal ik het nog iets sterker aanzetten. Het Openbaar Ministerie heeft volgens mij helemaal niets met gezondheidszorg. Dat zie je ook als het Openbaar Ministerie dokters vervolgt. Het snapt niets van die wereld. Dat geldt dus ook voor de verplichte geestelijke gezondheidszorg. De officier van justitie snapt helemaal niets van die wereld.

De **voorzitter**:

Mijnheer Ruys, u mag zo nog even reageren, maar eerst wil mevrouw Ploem iets zeggen.

Mevrouw **Ploem**:

Ik wil graag iets zeggen naar aanleiding van de opmerking van de heer Van Marle dat het hier ook gaat om mensen die gevaar veroorzaken. Ja, maar essentieel is dat dat voortkomt uit een stoornis. Die mensen doen dat niet louter en alleen omdat ze het leuk vinden. Die mensen zijn ziek. Dat is heel essentieel als het gaat om de behandeling van deze patiënten. Het is dus helemaal niet zo evident dat je het strafrecht daarin een belangrijke rol geeft, ook omdat de toegankelijkheid van de zorg – het is al een aantal keer genoemd door de heer Dute – daarmee behoorlijk op de tocht kan komen te staan. Daar is uiteraard onmiddellijk de vrees van: wat gebeurt hier allemaal? Ik vind het dus te kort door de bocht om te zeggen dat ze gevaar veroorzaken en dat dit het zonder meer rechtvaardigt.

De heer **Van Marle**:

Er is geen betere theorie dan de praktijk. Het begint altijd met een opstootje, met overlast. Natuurlijk moet uiteindelijk worden gekeken of een psychiatrische stoornis ten grondslag ligt aan de overlast. Dat is een beslissingstraject. Eerst moet iemand worden aangehouden en al dan niet met politiemacht worden opgesloten. Er moet worden beoordeeld.

Uiteindelijk ben ik het in theorie met u eens, maar voordat de beslissing kan worden genomen dat er op basis van een psychische stoornis tot wilsonbekwaamheid of agressief gedrag wordt gekomen, moeten de voorwaarden er zijn om daar überhaupt achter te komen.

De voorzitter:

Dit roept heel veel discussie op. Ik rond de beantwoording van de vraag van mevrouw Bruins Slot af door het woord te geven aan de heer Ruys.

De heer Ruys:

Ik vind met name de insteek van officieren van justitie die medici vervolgen eigenlijk totaal misplaatst. Dat heeft niets te maken met deze discussie. Ik hoef het OM hier niet te verdedigen; dat kan men straks in het volgende uur zelf doen. Ik vind het echter een vreemde eend in deze bijt. De officier van justitie zou deze rol heel goed kunnen vervullen, maar zie hem op dat moment dan niet als iemand die met het strafrecht bezig is, maar als iemand die een bestuurlijke taak heeft die heel noodzakelijk is. Die kan in het strafrecht zijn, maar die kan ook civielrechtelijk zijn. Daar wil ik het dan maar bij laten. Het OM moet zichzelf maar verdedigen in de volgende ronde.

De heer Van Marle:

Ik sluit mij daar graag bij aan.

De voorzitter:

De posities zijn wat mij betreft behoorlijk helder. Ook gezien de tijd geef ik nu het woord aan mevrouw Voortman om de ronde af te maken.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Voorzitter. Ik wil het graag hebben over de rechtspositie van mensen. Mevrouw Frederiks noemde heel kort het VN-verdrag. Als zij naar deze wet kijkt, maar ook naar de Wet zorg en dwang, heeft zij dan het idee dat deze wetten in lijn zijn met dat verdrag? Als dat niet zo is, wat zou er dan aan moeten veranderen?

Mevrouw Frederiks:

Misschien moet ik mij beperken tot de Wet zorg en dwang, want ik denk dat er andere deskundigen zijn die de Wet verplichte ggz beter kunnen duiden. Als ik kijk naar het VN-verdrag, is al een paar keer genoemd dat ... Het is vreemd nu. Omdat mensen anders zijn, omdat het anders georganiseerd is, ga je ook de rechtsbescherming anders regelen. Door de brancheorganisaties wordt weleens gezegd: er zijn weinig dokters en weinig gedragskundigen, dus dan gaan we het anders regelen. Ik denk dat dit geen argument mag zijn. Er zijn nu BOPZ-artsen die goed toezicht houden en die deskundigheid in huis hebben. Waarom gooi je dat weg in de nieuwe wet? Daar plaats ik nog steeds vraagtekens bij. De cliëntvertrouwenspersonen zijn essentiële elementen van rechtsbescherming. Dat wordt nu verschillend geregeld. In de Wet verplichte ggz zit het er goed in, hoewel het misschien nog beter kan, maar in de Wet zorg en dwang maak ik me daar zorgen over. De heer Dute zei net al dat dit niet de groepen zijn die zelf makkelijk naar een rechter stappen of zelf gaan klagen. Daar hebben ze echt een goede ondersteuner bij nodig. Volgens mij is hierover vorige week een debat geweest en zijn er schriftelijke vragen over gesteld. Over de dwang maak ik me ook wel zorgen, omdat de verantwoordelijkheid in de Wet zorg en dwang bij de zorgaanbieder wordt neergelegd. De zorgaanbieder mag zelf regelen hoe hij of zij het toezicht houdt op dwang. Uit onderzoek dat we nu doen, weten we dat er in beide sectoren nog veel dwang voorkomt. Dit zijn slechts enkele elementen. In de artikelen die ik heb meegestuurd staan er nog veel meer. Is dit in lijn met het VN-verdrag? Ik maak me daar wel zorgen om, met name vanwege dat

«anders zijn». Er wordt wel een stempel gedrukt op bepaalde doelgroepen.

De voorzitter:

Namens de SP-fractie heb ik een vraag die in het verlengde hiervan ligt. Toen wij de Wet zorg en dwang behandelden, was het eerst een «ja, mits»-wet. Het werd een «nee, tenzij»-wet. Er is een heel traject doorlopen, voornamelijk op verzoek van de Kamer. Mijn vraag is gericht aan mevrouw Ploem en mevrouw Frederiks. Is het karakter van de Wet zorg en dwang met de derde en vierde nota's van wijziging zo veranderd dat het in de tussentijd weer een «ja, mits»-wet is geworden?

Mevrouw Frederiks:

Die «ja, mits» zit hem dan vooral in de waarborgen, namelijk dat er weinig toezicht van buitenaf is. Ik kom heel veel in instellingen in beide sectoren. Als de alarmbellen niet gaan rinkelen bij medewerkers, zou het kunnen zijn dat er inderdaad veel kan. Op zich zitten er goede elementen in. Het stappenplan is goed. Er zijn ook allerlei mensen die vanuit die gedachte multidisciplinair gaan meekijken. Het «ja, mits» kan er wel in zitten. Als je het niet herkent als onvrijwillige zorg in een instelling, kom je ook niet toe aan het stappenplan en kijken er weinig mensen van buitenaf mee. Alleen de opname wordt getoetst. Er worden maar weinig cliënten opgenomen met een rechterlijke machtiging. Veel cliënten zitten er toch via het CIZ met een artikel 60-procedure. Verder kijkt er dan niemand mee, om het even heel zwart-wit te zeggen. Natuurlijk kijkt de inspectie mee. Er moet gemeld worden. Daar zitten ook waarborgen in, maar het gevaar is er wel.

Mevrouw Ploem:

Ik denk dat ik mij daarbij kan aansluiten. Ik bracht al naar voren dat de zorgmachtiging alleen de opnamemodaliteit behelst en niet breder is. Zo'n zorgmachtiging moet zorgvuldig worden bekeken. Ik heb in zo'n multidisciplinaire commissie ondervonden hoe dat werkt. Dat is heel genuanceerd. Het gebeurt in overleg met alle betrokken partijen, inclusief de cliënt. Ik denk dat dit tot een veel zorgvuldiger behandelplan met verplichte elementen leidt dan wanneer er wordt gezegd «oké, er is groen licht voor een opname», waarna je in een instelling zit en er van alles gebeurt. Overigens is zelfregulering op de werkvloer nog steeds het allerbelangrijkste. Als de professionals zich gecommitteerd voelen aan zelfregulering, is dat natuurlijk de beste waarborg om patiënten in een instelling te beschermen.

Mevrouw Frederiks:

Mag ik nog één ding daaraan toevoegen? Wat de zelfregulering betreft, sluit ik me op zich aan bij mevrouw Ploem. Het gevaar is wel dat ik denk dat we in de sector daar nog niet aan toe zijn. Het is natuurlijk heel mooi om het aan de instellingen zelf over te laten, waarbij er weinig gedoe is van buitenaf en er weinig verplichtingen zijn. Er moet al heel veel worden geregistreerd, dus dan is dat hartstikke mooi. Er gebeuren echter gewoon nog steeds heel ernstige dingen. Daarop moet wel goed toezicht zijn. Een BOPZ-arts en een cliëntvertrouwenspersoon zijn elementen daarin, maar die zitten er nu niet goed in.

Mevrouw Ploem:

Daar ben ik het weer van harte mee eens.

De voorzitter:

Ik kijk even naar mijn collega's. We hebben nog drie minuten. Zijn er nog zaken waarover jullie vragen willen stellen? Hebben de genodigden nog behoefte aan een nabrander? Mijnheer Dute.

De heer **Dute**:

Eén vraag is nog niet beantwoord, namelijk die over de betekenis van het VN-verdrag betreffende mensen met een handicap. Mevrouw Frederiks heeft aangegeven hoe daartegen aan moet worden gekeken in het kader van de Wet zorg en dwang. Ik wijs toch nog even op het general comment van het VN-comité bij artikel 12 van dat VN-verdrag. Daarin is een passage opgenomen die eigenlijk een beetje verscholen is maar er toch wel degelijk staat: het VN-comité vindt dat gedwongen zorg in de psychiatrie volstrekt ontoelaatbaar is. Dat is wel even een dingetje. Ik wil niet zeggen dat ik zelf zo ver zou willen gaan dat het onder alle omstandigheden ontoelaatbaar is, maar het is wel de opvatting van het VN-comité.

De **voorzitter**:

Ik denk dat dit vandaag nog behandeld gaat worden, gezien de papers die wij hebben gekregen. Ik dank u allen voor uw aanwezigheid en voor het delen van uw kennis. In de verdere wetsbehandeling staan de lijnen altijd open om ons als commissie te informeren en te corrigeren als u denkt dat dat nodig is. We hopen dat u betrokken blijft bij de verdere behandeling.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 2: Overheid en rechterlijke macht

Gesprek met:

- **De heer H. de Jonge, wethouder Rotterdam (VNG/G4)**
- **Mevrouw L. Spijs, burgemeester Alphen aan den Rijn en voorzitter Aanjaagteam Verwarde Personen**
- **De heer T. Hofstee, hoofdofficier van justitie in Amsterdam (Openbaar Ministerie)**
- **De heer P.J. Aalbersberg, politiechef eenheid Amsterdam en landelijk portefeuillehouder «personen met verward gedrag» bij de politie (nationale politie)**
- **De heer M. Griffioen, operationeel expert in het basisteam Rotterdam Centrum (nationale politie)**
- **De heer F. Crone, burgemeester Leeuwarden (G32)**
- **Mevrouw H. van Buren, bestuurslid Aedes**

De **voorzitter**:

Dames en heren, ik verzoek u om uw plaatsen opnieuw in te nemen. Stilte in de zaal, alstublieft. Het is maar goed dat ik niet in het onderwijs werk, want er wordt weer helemaal niet geluisterd in de zaal! We hebben de tweede tafel van het rondetafelgesprek over de vierde en vijfde nota van wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. We hebben nu de overheid en de rechterlijke macht aan tafel. Enkele burgemeesters en wethouders zeiden al dat ze één positie hebben en dus gebroederlijk naast elkaar zijn gaan zitten. We hebben u wel vanwege uw verschillende achtergronden uitgenodigd. U hebt dan wellicht gezamenlijk een position paper gestuurd, maar we kunnen u wel verschillende vragen stellen. Ik zou zeggen: introduceer uzelf kort. U hebt twee minuten. Ik ga proberen u kort te houden, zodat wij voldoende tijd hebben om vragen aan u te stellen en u onderling ook nog kunt discussiëren, want dat heeft meerwaarde voor ons bij de verdere behandeling van dit wetsvoorstel.

De heer **De Jonge**:

Goedemorgen. Dank voor de uitnodiging. Mijn naam is Hugo de Jonge. Ik ben wethouder in Rotterdam met onder meer zorg in de portefeuille. We zijn vanuit het gemeentelijk perspectief inderdaad met één position paper gekomen. Laat ik ingaan op met name het eerste punt van die position paper en dat onderstrepen. Daarin staat gewoon een pleidooi voor een snelle invoering en snelle behandeling van de voorliggende wet. Vaak

wordt er over deze wet gesproken, zeker door gemeenten, vanuit een perspectief van openbare orde, maar ik wil de andere kant van deze wet benadrukken en juist met name vanuit een zorgperspectief mijn enthousiasme voor deze wet op tafel leggen. Ik denk dat het een heel barmhartige wet is, die echt mogelijkheden biedt om patiënten die een gevaar voor zichzelf zouden kunnen worden of dat al zijn, een veel betere bescherming te bieden. De wet is namelijk een verandering van een echte opnamewet, zoals de BOPZ nu is, naar een wet die allerlei mogelijkheden biedt voor ambulante behandeling. Ik denk dat het daarmee een veel betere wet is, die veel meer tegemoetkomt aan wat patiënten eigenlijk nodig hebben. Als je de wet doorleest – het is een vrij omvangrijke wet, waarin vrij gedetailleerd wordt voorgeschreven wat er allemaal van de verschillende actoren, ook van gemeenten, wordt verwacht – zie je dat er allerlei dingen inzitten waarvoor we echt wel tijd nodig hebben om die op een goede manier te implementeren, maar we denken dat een implementatie per half 2018 zeer haalbaar is als de wet snel wordt behandeld. Daar laat ik het voor nu maar eventjes bij.

De voorzitter:

Dat was keurig binnen de tijd!

Mevrouw Spies:

Hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik ben in het dagelijks leven burgemeester van de gemeente Alphen aan den Rijn, maar heb mij het afgelopen jaar als voorzitter van het Aanjaagteam Verwarde Personen met dit vraagstuk mogen bezighouden. Ik zit hier dan ook vooral als oud-voorzitter van dat aanjaagteam. Wij hebben geprobeerd om een heel stevig pleidooi te houden voor het meer dan tot op heden geval is centraal stellen van de persoon die op een gegeven moment zorg en ondersteuning nodig heeft, van de mensen die op een gegeven moment verward zijn. Dat zou het centrale punt moeten zijn van waaruit zorg en ondersteuning voor deze mensen geregeld wordt. Wij als aanjaagteam denken dat het van belang is dat deze wet als een van de instrumenten die behulpzaam kunnen zijn om te komen tot een meer sluitende aanpak, een nuttig hulpmiddel kan zijn. Het is niet meer maar ook niet minder dan dat. Het kan iets bijdragen aan de preventie. We vinden met zijn allen: hoe meer we naar de voorkant toekomen, hoe minder we heel forse maatregelen aan de achterkant nodig hebben en hoe meer incidenten wellicht ook voorkomen kunnen worden. We denken dat dit wetsvoorstel een bijdrage levert aan het versterken van de keten die nodig is voor die sluitende aanpak. Het is daarbij belangrijk dat de positie van familie en naasten fors wordt versterkt in dit wetsvoorstel. Wij denken ook dat het behulpzaam kan zijn, en dat is ook de ervaring die ik als burgemeester heb, om in heel, heel, heel bijzondere situaties een keer een observatiemaatregel te kunnen toepassen. Daar wil ik het bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was ook keurig binnen de tijd! Het is ook een kwestie van training.

De heer Hofstee:

Mijn naam is Theo Hofstee en ik ben hoofdofficier van justitie in Amsterdam. Ik ben degene die namens het Openbaar Ministerie na het verschijnen van het rapport van de commissie-Hoekstra een verbeterprogramma heeft mogen schrijven – dat was al in 2015 – om een aantal dingen te verbeteren in het werk van het OM, waaronder de activiteiten van het Openbaar Ministerie in relatie tot de BOPZ. Die maatregelen worden dit jaar al uitgevoerd. Bij de maatregelen hebben wij naar de nieuwe wet gekeken en geprobeerd om een aantal dingen alvast te doen.

Ik loop even de vragen af die aan mij gesteld zijn. Ja, het wetsvoorstel bevat goede voorstellen om de problematiek te lijf te gaan. Met de invoering van deze wet zijn niet alle problemen opgelost. Er zijn nog wel vrij veel praktische problemen. Dat is ook heel goed te lezen in de rapportage van het aanjaagteam, straks het schakelteam. Buiten wat hier wettelijk geregeld wordt, wordt er nog wel wat gevraagd van gemeenten en ggz om de sluitende aanpak voor elkaar te krijgen. Juridisch zie ik niet zo veel beletselen. Als ik naar de huidige praktijk kijk, is het goed dat er nu een wettelijke basis komt voor het uitwisselen van informatie tussen ggz, politie en OM. De basis daarvoor is nu nog een beetje lastige basis. Die wordt hier nu duidelijk geregeld.

Ik heb nog even gekeken naar een theoretische verbetering van het wetsvoorstel. Wij als OM hebben er al wat langer bezwaar tegen, en dat blijft bestaan, dat wij volgens het wetsvoorstel bij iedere vordering van de nieuwe wet – nu noemen we het nog de BOPZ – ter zitting zouden moeten verschijnen. Dat is ongeveer 26.000 keer per jaar. Nu verschijnen we niet ter zitting. Ik wijs erop dat ook terecht in de memorie van toelichting wordt gezegd dat er een regieverdeling is. Het OM is er voor het proces en moet ervoor zorgen dat er een heel goed verzoekschrift ligt, met alle relevante documentatie daarbij, maar de inhoudelijke kant is de verantwoordelijkheid van de psychiater en van de geneesheer-directeur. In het artikel waarin wij genoemd worden als degenen die naar de zitting zouden moeten komen, wordt er later ten onrechte over ons gezegd dat wij uit eigen kennis of deskundigheid iets zouden kunnen zeggen over een stoornis of over het gevaar dat die stoornis tot gevolg zou hebben. Daar kijken wij anders tegen aan.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was ook keurig binnen de tijd.

De heer Aalbersberg:

Mijn naam is Pieter-Jaap Aalbersberg. Ik ben hoofdcommissaris in Amsterdam en binnen de nationale politie portefeuillehouder verwarde personen en samenwerking met de ggz. De politie is ook voorstander van een snelle invoering van deze wet, maar dan wel met het doel dat die zo min mogelijk wordt toegepast. Als lid van het aanjaagteam ga ik niet herhalen – dat scheelt mij spreektijd – wat de voorzitter van het aanjaagteam gezegd heeft. Ik stel mij daar volledig achter. Uiteindelijk gaat het erom dat we kunnen omslaan van allerlei losse systemen naar een veel betere aanpak, waarin de leefwereld van de patiënt centraal staat.

Ik heb twee punten die voor de politie van belang zijn. Op dit moment eindigt het door onvoldoende vroegsignalering en preventie vaak in een crisis, en dan moet de politie aan de bak. De politie ziet al jarenlang een sterke toename van dat soort incidenten, waarbij geweldsgebruik door de politie uiteindelijk een vraag van humaniteit is. Mensen in een psychose met handboeien proberen te beperken en mee te nemen, is niet humaan. Het werkt ook averechts, want het leidt tot ernstige vormen van stress bij een patiënt. Deze wet biedt gelukkig ruimte om die bevoegdheid anders te verdelen en de politie daar niet meer als eerste partner neer te zetten. De politie zal er altijd bij zijn, want uiteindelijk blijven wij de ondersteuners en de bekrachtigers van de zorgverleners. Het heeft dus niets te maken met de vraag of de politie er wel of niet bij betrokken is, maar het gaat erom dat wij niet de eerste partij zijn. Wij zien wel dat dit vraagt om een 24/7-zorgorganisatie, zodat de patiënten kunnen worden behandeld als patiënten waar de politie bij is. Dat vinden wij van belang, ook in de verdere uitwerking van de wet. Er zijn nog wat kleine punten, maar voor de eerste ronde wil ik het hier graag bij houden.

De heer Crone:

Dank voor de uitnodiging. Ik zit hier als burgemeester van Leeuwarden. Ik ben veel in het nieuws geweest vanwege een tbs-zaak die tot een moord leidde en die, vergelijkbaar met de zaak van Bart van U., geanalyseerd en geëvalueerd is door zowel de IVenJ (Inspectie Veiligheid en Justitie) als de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). Ik zit hier ook als lid van het VNG-bestuur en voorzitter van de G32. Dit zijn de topjes van de ijsberg. Ik ben het eens met iedereen die hier zei: eigenlijk zou die wet zo min mogelijk toegepast moeten worden, want laten we voorkomen dat mensen in het strafrechtelijke circuit terechtkomen. Dat is ons kernpunt. De huidige werkelijkheid is zwart-wit. Of je mag iemand verplicht behandelen, maar dan moet die in de kliniek dan wel de gevangenis zitten, of iemand is vrij persoon en dan kan iemand ervoor kiezen om zorg te mijden. Dat geldt trouwens voor mij ook. Als ik een gebroken been heb en ik word naar het ziekenhuis gebracht, dan mag ik zeggen: ik wil niet dat u mijn gebroken been repareert, u brengt me maar terug naar huis. Dat zal ik niet gauw doen, maar we zitten hier met een groep mensen van wie we weten dat verplichte zorg wenselijk is voor hen.

Ik ben zeer blij dat het wetsontwerp ook zo veel extra ruimte geeft aan de familie. Als burgemeesters hebben we de schijn tegen, want we zijn alleen in het nieuws als er een drama is. Er komen echter ook mensen aan mijn tafel die zeggen: mijn zoon – 25 jaar, intelligente jongen, goed opgeleid, heeft een baan – gebruikt zijn medicijnen niet meer, hij vervuilt nu, verliest zijn baan en noem het maar op. Iedereen kent deze mensen in zijn omgeving, of het nou je vader, je moeder, je oma, je broer of je kind is. Dan zegt zo'n vader: burgemeester, gaat u naar binnen, want ik mag niet bij hem naar binnen. Dat mag een vader namelijk ook niet bij zijn zoon. Die vader zegt dus: gaat u naar binnen en zorg ervoor dat hij zijn medicijnen gebruikt. Maar dat mag ik niet. Ik mag pas bij iemand naar binnen als de vervuiling zo groot is dat de ratten naar buiten komen. Die individuele vrijheid is natuurlijk superbelangrijk, maar ik vind het belangrijk dat in deze wet de familie de ruimte krijgt om een beroep te doen, niet alleen op de behandelende geneesheren, maar ook op de burgemeester en eventueel op het OM. Er staat zelfs in de wet dat als wij, burgemeester en OM, zeggen dat er geen verplichte zorg nodig is, de familie dan mag zeggen: u legt het toch maar voor aan de rechter. Dat is natuurlijk de ultieme waarborg. Dit wordt geen wet waarmee de burgemeester, de politie of justitie iets kan doen. De rechter zal beslissen of er verplichte zorg nodig is. Ik denk dat het in veel gevallen niet hoeft, maar ik denk dat we ook heel veel preventie zullen hebben. Er zijn mensen die zich 200 keer per jaar melden, die op straat overlast veroorzaken en wat al niet, van wie iedereen zegt: waarom doet u niks? Dan moeten wij zeggen: wij mogen niks.

Het tweede hoofdpunt van de wet is dat hij ons dwingt tot samenwerking. Dat is goed. Hij dwingt dus de ggz, de officier van justitie, de politie en de burgemeesters tot overleg en samenwerking. Dat gebeurt natuurlijk al vaak. Maar in dat dramatische geval, die moord bij ons, is er vanaf 2006 overleg gevoerd. In het rapport wordt ook gezegd: wat hebben jullie dat goed gedaan. Ja, we hebben veel overleg gevoerd, maar ik moet cynisch concluderen: operatie geslaagd, patiënt overleden. We hadden namelijk niet de bevoegdheden om deze persoon – dit is natuurlijk maar een topje van de ijsberg – iets op te leggen, al was het maar verplichte medicatie, terwijl we wisten dat hij zijn medicatie niet meer zou gebruiken. Daar ligt dus de kern. Geef de bevoegdheden voor het grijze, ambulante gebied. Dat willen we juist, want we willen mensen niet in een de kliniek of in de gevangenis, maar we willen ook niet dat mensen zichzelf verwaarlozen. Deze wet voorziet in een behoefte.

De heer **Griffioen**:

Mijn organisatie, de politie, is zojuist al aan het woord geweest. Mijn naam is Griffioen. Ik ben werkzaam bij de politie Rotterdam als opera-

tioneel expert. Wij zijn trots op de organisatie die we in Rotterdam hebben opgezet binnen de huidige wetgeving. Bij verwarde personen bij wie er acuut gevaar verondersteld wordt voor de persoon zelf, kunnen we direct naar een psychiatrisch ziekenhuis toe rijden. In de praktijk blijkt alleen dat er heel vaak geen opnamecapaciteit is in de ziekenhuizen, waardoor een persoon alsnog in een politiecel terecht komt. Volgens mij is het voor niemand goed om in een politiecel terecht te komen. Ik denk dat het vanuit elk standpunt goed is om het eigenaarschap niet bij de politie neer te leggen, want in dat geval mag de politie het probleem oplossen. Het zou goed zijn als de mensen die daarin gespecialiseerd zijn het probleem naar zich toe trekken.

Ik wil graag een casus delen. Er wordt een man hevig verward op straat aangetroffen om 13.00 uur 's middags, maar het is niet bekend wie hij is. Dat gebeurt vaker. We bellen naar de drie psychiatrische ziekenhuizen die wij kennen in Rotterdam om te vragen of we direct aan kunnen rijden. Die ziekenhuizen zitten allemaal vol of er is geen separeerplek. Die man wordt naar het politiebureau gebracht. Om 21.00 uur 's avonds wordt er een ibs (inbewaringstelling) afgegeven. Er wordt eerst nog vermoed dat er mogelijk middelen gebruikt zouden zijn. Daar wordt op getest. Dat is niet het geval. Er wordt gekeken naar een gastplaatsing. Op het moment dat de psychiater weggaat, is hij in de veronderstelling dat die gastplaatsing geregeld gaat worden. Later blijkt toch dat het ziekenhuis vol is. De patiënt heeft op dat moment geen medicatie. Hij gaat de nacht in. Er wordt overal naartoe gebeld met de vraag of er ergens anders in het land nog een plek is. Uiteindelijk is er een plek gevonden in Amsterdam. Omdat de ambulance hem daar niet naartoe gaat vervoeren, moet de politie dat doen, maar die kan daar niet heen omdat het gaat om een N.N. (nomen nescio). Voor iemand wiens naam niet bekend is, moet toestemming worden gegeven door de geneesheer-directeur. Hij blijft dus zitten tot de volgende ochtend. Uiteindelijk wordt hij pas om 13.00 uur de volgende dag opgenomen in het ziekenhuis. Het is mij niet eens bekend waar. Die persoon heeft 24 uur in een politiecel gezeten, zonder medicatie. In de wet staat dat iemand na een beoordeling twaalf uur mag blijven. Volgens mij willen we dat nu al niet, maar ik ben wel benieuwd wat we na die twaalf uur doen. Waar gaat die persoon dan naartoe? Ik ben benieuwd. Dat was het.

Mevrouw Van Buren:

Goedemorgen. Ik ben Hester van Buren. Ik ben bestuurslid bij Aedes, de vereniging van woningcorporaties. Ik zit hier vandaag namens alle woningcorporaties in Nederland. Daarnaast ben ik bestuursvoorzitter van Rochdale, een woningcorporatie in Amsterdam. Ik heb dus met deze problematiek te maken. Wij hebben onze punten genoemd in onze paper. Een aantal daarvan wil ik vandaag benadrukken. Wij hebben een enquête gehouden onder onze leden. Wij merken dat drie kwart van de woningcorporaties de problemen ziet toenemen doordat mensen steeds meer zelfstandig moeten wonen. We stellen wel voorop dat niet iedereen die verward gedrag vertoont, overlast geeft. Ook vertoont niet iedere overlastgever verward gedrag. Dat is even een nuancering. Het juridisch kader is moeilijk te beoordelen. Wij zien wel dat het gegeven dat deze mensen weer zelfstandig wonen, een grote impact heeft op de leefbaarheid in de buurt. Wij zeggen weleens: hoeveel absorptievermogen heeft een buurt? Er wordt vaak eerst naar een corporatie gekeken, want wij komen als eerste achter de voordeur. Wij vinden zelf dat wij ook een signaleringsfunctie hebben, maar we weten vaak niet dat mensen met een bepaalde achtergrond in onze woningen komen wonen. Wij wijzen de woningen toe. Wij worden aangesproken op ons plaatsingsbeleid, dat wij helemaal niet hebben. Mensen klagen bij ons. Wij hebben de wettelijke plicht om het woongenot te garanderen voor omwonenden. Er wordt natuurlijk de hele tijd over de mensen zelf gesproken, maar soms denk je

ook «je zult er maar naast wonen», bijvoorbeeld als iemand zijn medicijnen weigert en toch agressief gedrag vertoont. Wij worden er vaak buiten gehouden. Het ging net over het delen van informatie. Nou, er wordt met ons geen informatie gedeeld. Ook signaleren wij vaak dat niet wordt gekeken naar het woongedrag, dus dat hulpverleners niet achter de voordeur komen. Het kan heel goed lijken te gaan met een persoon, terwijl hij in een zwaar verwaarloosd huis woont of enorme overlast veroorzaakt voor de burens. Betrek dus ook de corporaties bij bepaalde besluiten.

Soms moet je door overlastgevend gedrag toch op een gegeven moment mensen gaan ontruimen. Dat is in niemands belang. Het is niet in ons belang, niet in het belang van de buurt, maar ook niet in het belang van de mensen zelf. Misschien gaan ze later weer ergens zelfstandig wonen, waarna het probleem zich herhaalt. Wij moeten ons realiseren dat sommige mensen echt langdurig stut en steun nodig hebben. Wij zien dat de begeleiding soms gewoon niet voldoende is om zelfstandig te wonen. Verder hebben wij aangegeven dat wij baat zouden hebben bij een laagdrempelig meldpunt, dat ook de woningcorporaties kunnen bellen bij escalatie, alsmede bij een duidelijke rolverdeling, waarbij de gemeente het aanspreekpunt is. In Amsterdam hebben we de treiteraankpak. Die werkt goed, maar dan is het al geëscaleerd. Wij willen eigenlijk voorkomen dat het gaat escaleren en dat het zover moet komen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de Kamer, om te beginnen met mevrouw Tanamal.

Mevrouw Tanamal (PvdA):

Voorzitter. Ik heb een vraag aan de heren Crone en Hofstee en mevrouw Spies over de sluitende aanpak. Ik stel voorop dat ik blij ben dat mevrouw Spies heeft benoemd dat het gaat om het centraal stellen van de persoon. We hebben het wel over heel zieke mensen, laten we dat inderdaad niet vergeten. Uit het stuk van de heer Hofstee blijkt dat het OM een risico ziet bij de uitvoering van de wet, omdat de ggz nog niet voldoende is toegerust voor het bieden van beveiligde zorg. Knelpunten zijn met name beveiligde bedden, goed opgeleid personeel en het gegeven dat de ggz geen goede opvolging of goed maatwerk kan geven. Zegt u hiermee nu eigenlijk dat de ggz nog onvoldoende is toegerust om deze wet op een goede manier uit te voeren? Zo ja, is de ggz dat met u eens? Heeft mevrouw Spies vanuit het aanjaagteam dezelfde ervaring? Met wie zijn jullie daarover dan in gesprek? U stelt het hier, maar wordt er ook over gesproken? Wat zijn de uitkomsten daarvan dan? Waaraan moeten ze voldoen?

De voorzitter:

Dat waren verschillende vragen ineens, maar ze hangen goed samen, dus we accepteren dat. Wie wil er als eerste? De heer Hofstee?

De heer Hofstee:

U verwijst naar iets wat in onze position paper staat, dus ik zal als eerste wat zeggen. Het is een ervaringsfeit, waarbij ik niet precies durf te zeggen hoe vaak het gebeurt. Het is een ervaringsfeit van ons en ook van de politie. Af en toe zijn er zaken die treurig aflopen. Het gaat dan om mensen voor wie wel een titel is afgegeven, maar die een bepaald gedrag vertonen waardoor ze toch niet binnen blijven, omdat de desbetreffende kliniek of instelling die beveiliging niet kan bieden. Nu is het niet de bedoeling van deze wet dat er meer mensen tegen hun wil worden opgenomen. Dat is helemaal waar. Het zal echter toch zo zijn, met alle waarborgen die in deze wet staan, dat een aantal mensen die gevaarlijk zijn, verplicht intern zullen moeten worden behandeld. Ook als we een

andere wet hebben, lopen we dan nog steeds tegen dat heel praktische probleem aan. Wij zijn daarover natuurlijk wel in gesprek met GGZ Nederland, maar ik durf niet een-twee-drie te zeggen wanneer dat probleem is opgelost. Daarom hebben we het ook opgevoerd.

Mevrouw Spijs:

Ik heb inderdaad nog maar een keer beklemtoond dat wij de personen centraal moeten blijven stellen. Dat blijf ik doen totdat het iedereen de keel uithangt en het in Nederland beter geregeld is. Willen wij tot een sluitende aanpak komen, dan moeten we ogenblikkelijk stoppen met de «hullie en zullie»-verhalen. Toen wij als aanjaagteam startten, wisten alle wethouders zorg per definitie zeker dat het aan de ggz lag, omdat daar de intramurale voorzieningen zo snel waren afgebouwd dat de ambulante begeleiding er geen gelijke tred mee had gehouden. Zo wist de politie zeker dat de wijkgerichte aanpak bij de gemeenten nog niet goed genoeg was, omdat de 24/7-beschikbaarheid, de meldpunten, de belnummers en noem het allemaal op nog lang niet overal klaar zijn. Nergens in Nederland is er nog een volledig sluitende aanpak.

Dat neemt niet weg dat er ontzettend veel organisaties, professionals, gemeenten, ggz-instellingen, politiemensen en medewerkers van het Openbaar Ministerie keihard aan het werk zijn om hierin een verbetering aan te brengen, juist in het belang van de mensen die het treft. Ik bestrijd dus dat het iets is wat of de een, of de ander exclusief raakt. Nee, iedereen in de hele keten heeft een verantwoordelijkheid. Gemeenten zouden nog strakker regie moeten voeren dan op dit moment gebeurt. Natuurlijk geldt dat voor er binnen de ggz ook een hele hoop gebeuren. Natuurlijk geldt dat voor alle betrokkenen. Het wetsvoorstel waarover het vandaag gaat, is een hulpmiddel om de samenwerking tussen die betrokkenen te verbeteren. Het geeft ons een aantal elementen waarmee we tot een sluitender aanpak kunnen komen. Dat doen we door familie en naasten intensiever te betrekken, waardoor je eerder bij mensen achter de voordeur terecht kunt komen. Dat doen we door bij heel ernstige zorgmijders toch een keer met een gedwongen kader te proberen tot een diagnose te komen. Om maar eens met een moeder te spreken die het aanjaagteam heel vaak te gast heeft gehad: iedereen weet zo goed waar de eigen verantwoordelijkheid ophoudt. Maar die houdt pas op op het moment dat de volgende ketenpartner het echt zichtbaar van jou heeft overgenomen. Er zijn heel veel goede elementen, maar op een aantal punten schieten we met elkaar nog tekort. Niet exclusief de ggz, niet exclusief de politie, niet de woningbouwcorporaties, niet de gemeenten, maar wij allemaal moeten er een tandje bij zetten.

De heer Crone:

Ik borduur daar graag op voort. Sinds de invoering van de decentralisatie in het sociaal domein ligt het voor de hand hoe het nu gaat: de wijkteams ontmoeten de veiligheidswereld in het Veiligheidshuis. Bij ons in Friesland, maar ook in de rest van Nederland, zie je dat het Veiligheidshuis niet meer alleen voor de zware criminelen of de veelplegers is, voor wie doorzettingsmacht nodig is, maar dat er ook mensen komen uit wijken waar het dreigt mis te gaan. Omgekeerd wil je vanuit het Veiligheidshuis de mensen, die al dan niet uit de reclassering of andere moeilijke omstandigheden komen, weer zo snel mogelijk terug in de wijk integreren. In het Veiligheidshuis zitten we allemaal, dus niet alleen de driehoek politie/justitie/burgemeester. Ook de ggz zit er, alsmede de woningcorporaties, de jeugdzorg en de reclassering.

Wij hebben nu doorbraakteams. Als een geval uit de hand loopt, komt er binnen 24 uur een doorbraakteam bij elkaar dat met een oplossing komt. We hoeven daarvoor geen nieuwe structuren te creëren. Ik ben wel blij dat het in deze wet verplicht wordt, want nu kan een patiënt nog door de ggz op straat worden gezet, al dan niet omdat hij uitbehandeld is. De ggz kan

dan na een uur bellen met de mededeling: we hebben hem vrijgelaten. Dat mag natuurlijk niet meer. Je moet van tevoren in deze groep brengen dat je iemand gaat vrijlaten en dat er mogelijk er een gevaarsetting is. Burgemeester, politie en justitie moeten dat van tevoren weten, zodat ze al dan niet via een observatiemaatregel kunnen zeggen: hier moeten we nog even over nadenken, waar vangen we deze man op en is er al een woning voor hem? De Veiligheidshuizen bestaan nog maar acht jaar. Ik ben blij dat we het veiligheidsdomein en het sociale domein nu in deze huizen zien samenkomen.

De voorzitter:

Ik popel om een opmerking te maken, maar ik doe het niet. Het woord is aan de heer De Lange.

De heer De Lange (VVD):

Voorzitter. In de vorige ronde was er de nodige kritiek op de positie van het Openbaar Ministerie zoals die nu in de voorstellen staat. De heer Hofstee zei dat er is gewerkt aan allerlei verbeterplannen, ook naar aanleiding van de commissie-Hoekstra. Kunt u nog eens aangeven hoe het Openbaar Ministerie zich aan het voorbereiden is op de komst van deze taak? Het is een taak die niet louter uit het strafrecht voortkomt, maar juist die andere taak in zich heeft. Waarom zou het Openbaar Ministerie goed in staat zijn om die taak uit te voeren?

De heer Hofstee:

Ik ben blij dat u zegt dat deze taak niet uit het strafrecht voortkomt. Dat is helemaal waar. Wij benadrukken dat ook steeds. Even voor de goede orde: ook de huidige vorderingen in het kader van de BOPZ betreffen bijna allemaal mensen die helemaal geen strafbare feiten hebben gepleegd. Het OM heeft daar dus een civiele taak, geen strafrechtelijke taak. Bij de BOPZ kunnen wij verzoekschriften tot een bepaalde verplichte machtiging nu veel beter onderbouwen. Straks hopen we dat met meer mensen nog beter te doen, ook met de nieuwe wet. Dat doen we dan met allerlei informatie van de familie, van de politie en misschien ook uit onze eigen systemen, als we die hebben. We hebben veel meer specialisten die dat allemaal kunnen beoordelen.

In onze position paper hebben wij het volgende punt aangestipt. Ik beklemtoon dat nog maar even, omdat ik vrij veel mensen begrijpelijkkerwijs hoor vragen: kan die wet even snel worden ingevoerd? In het kader van onze civiele taak wordt op onze schouders gelegd dat wij de spil zijn in de informatieverstrekking tussen alle partners. Daar kun je niet te lang mee wachten. Dat moet sluitend zijn en het moet meteen. Iedereen zegt dat het vooral ook digitaal moet zijn. Om dat goed te kunnen doen, moet er een systeem komen waarbij alle partners zijn aangesloten. Daarvan hebben wij gezegd dat we het nu nog niet goed hebben geregeld met alle partners. Dat is een randvoorwaarde waar we heel erg op zitten. Over de deskundigheid maak ik me niet zo'n zorgen. In het kader van het verbeterprogramma hebben we voor dit jaar al geld gevraagd en gekregen voor meer gespecialiseerde officieren en andere medewerkers die zich uitsluitend met de verplichte geestelijke gezondheidszorg bezighouden.

Om nog even terug te komen op de terechte nadruk die wordt gelegd op de samenwerking: wij doen graag mee, en dan niet alleen in het aanjaagteam. In veel steden worden in de casusoverleggen met alle partners, al dan niet in het Veiligheidshuis, structureel mensen besproken bij wie wellicht een gevaar dreigt te ontstaan. We zijn wat dat betreft nog niet helemaal klaar, zeker niet waar het de informatie betreft, maar we zijn op de goede weg.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. Ik wil nog een ander aspect naar voren brengen. Mevrouw Spies zei terecht dat de positie van de familie in deze wet wordt versterkt. In de nota van wijziging is opgenomen dat naasten en ook andere mensen een verzoek kunnen indienen bij de gemeente om bepaalde mensen verplichte zorg te laten krijgen. In de nota van wijziging schrijft de Minister dat ze de gemeenten vrij laat in de vorm waarin en de wijze waarop ze dit organiseren. Ik hoor graag van de gemeentelijke vertegenwoordigers hoe zij tegen die taak aankijken. Vinden ze dat elke gemeente daarin haar eigen manier moet vinden of is het toch wenselijk dat er uniformiteit en daarmee ook een bepaalde rechtszekerheid ontstaat? Deze vraag stel ik aan de heer De Jonge, mevrouw Spies en de heer Crone.

De voorzitter:

Wij gaan naar de lokale bestuurders.

De heer De Jonge:

Momenteel zijn allerlei gemeentes zich aan het voorbereiden op een veel betere en meer sluitende aanpak van verwarde personen, aangejaagd door mevrouw Spies en de haren. Om voor Rotterdam te spreken, anderhalve maand geleden zijn wij begonnen met een advies- en meldpunt verwarde personen om een beetje te kanaliseren wat Ferd Crone beschrijft. De wethouders of soms de burgemeesters krijgen op z'n minst wekelijks, maar soms ook dagelijks een oproep van familieleden die zeggen: «Doe nou iets! Wij zien met elkaar dat het uit de hand loopt. Wij zien dat het weer net zo misgaat als het in het verleden is misgegaan, want hij is al in behandeling geweest. Maar niemand doet iets! Als je nou weet dat er iets moet gebeuren, steek dan een keer je handen uit de mouwen.» Men doet dat ook echt verwijtend in de richting van gemeenten in de zin van: waarom doet nou niemand iets? Op dat moment moet ik uitleggen dat er in de huidige situatie helemaal niet zo veel kan, behalve dan bemoeizorg regelen en een ibs-maatregel of rm opleggen op het moment dat het echt de spuigaten uitloopt en het gevaar acuut is. Die uitleg landt heel erg moeilijk. Daarom hebben wij een advies- en meldpunt ingericht. Daar zijn in een maand tijd zo'n 60 meldingen binnengekomen. Daarvan is een kwart van de burens en een kwart van familieleden. Dat is ook wat wij ongeveer hadden verwacht. Dat zijn allemaal serieuze meldingen. Dat viel ons echt op. Wij dachten dat daar vast wel wat overdreven meldingen tussen zouden zitten of meldingen van gewone woonoverlast. Maar nee, het zijn allemaal serieuze meldingen. Deels zijn de meldingen al in behandeling, deels nog niet. Wij hebben daaruit geleerd dat je de zorgen die mensen hebben goed moet kanaliseren. Er is vaak veel meer informatie bekend – de behandelend arts is er immers niet altijd bij – bij familieleden en burens dan wij op dit moment al gebruiken.

Dan is de vraag of dat op een gestandaardiseerde manier moet. Ik denk dat dat niet hoeft. Je zou wel kunnen bekijken of dat niet een regionale taak zou kunnen zijn. Dat vraagt bepaalde expertise. Als je bijvoorbeeld 397 keer een goede opvolging zou moeten inregelen, dan wordt het wel erg duur. Dan krijg je ook niet per se de kwaliteit die je nodig hebt. Ik zou dus nadenken over de vraag of je dat zou moeten koppelen aan bijvoorbeeld de veiligheidsregio, de politieregio of de GGD-regio. Je kunt allerlei regio-indelingen kiezen, maar ik zou er in ieder geval een regionale taak van maken. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld de afspraken over vervoer en de meldkamer. Wij gaan komend weekend ggz-expertise toevoegen aan de meldkamer, zodat je veel beter triage kunt toepassen op de melding die bij 112 binnenkomt, waar nog steeds de meeste meldingen binnen zullen blijven komen. Dat zal ook een regionale taak zijn. Ik denk dus dat je veel regionaal zult moeten inregelen.

Mevrouw Spies:

Daar sluit ik mij graag bij aan. Wij hebben als aanjaagteam negen bouwstenen ontwikkeld. Een deel van wat mijn buurman vertelt, heeft betrekking op die situaties waarin het al spannend begint te worden, waarin een crisis aanstaande is. Ik leg het accent nog eventjes op de andere kant, omdat ik mij volledig kan aansluiten bij wat de heer De Jonge al heeft aangegeven. Wij gaan ervan uit dat het in het belang van iedereen is, ook van de personen met verward gedrag, dat mensen zo goed mogelijk in staat worden gesteld om hun leven te leven in de gewone wijken en buurten, en niet levenslang in een intramurale ggz-instelling.

Dat veronderstelt dat die mensen zelf én hun omgeving toegerust zijn om daar een plek aan te geven. Dat veronderstelt ook dat familie maar soms ook burens op een plek terecht moeten kunnen met hun vragen. Soms moeten ze voorbereid worden op het feit dat er iemand uit een ggz-instelling naast hen komt wonen. De ervaring leert dat de compassie met iemand die langzaam in dementie wegglijdt, een stuk groter is dan de compassie met een ex-tbs'er die naast je komt wonen. Dus het toerusten van de omgeving van mensen veronderstelt dat gemeenten, vaak in samenwerking, informatie beschikbaar moeten hebben en mensen moeten kunnen ondersteunen om mogelijk te maken wat wij met z'n allen graag willen, namelijk dat mensen die af en toe verward zijn ook gewoon kunnen leven in een normale wijk.

Dat betekent dat je bij een wijkteam, buurtzorg of hoe het ook wordt genoemd in Nederland terecht moet kunnen als je zorgen of vragen hebt over je buurman, buurvrouw, vriend, vriendin, oma, neefje, noem maar op. De regie over die taak is in die sluitende aanpak door het kabinet bij gemeenten neergelegd. Gemeenten hebben volgens het laatste kabinetsstandpunt de opdracht om voor het eind van het jaar de plannen in ieder geval overal op papier klaar te hebben. Zij krijgen dan nog twee jaar om die sluitende aanpak daadwerkelijk gerealiseerd te hebben. Dat lijkt mij een doelmogelijke termijn die ook past binnen het bredere takenpakket op het sociale domein, dat gemeenten hebben.

De heer **Crone**:

Ik denk dat ik daarbij uitkom, maar eerst via een omwegje langs het OM. Ik snap de zorg van het OM, dat zich afvraagt: moeten wij dit allemaal gaan doen? Gelukkig geldt dat alleen voor het topje van de ijsberg waarvoor een rechterlijke machtiging aan de orde komt. De meeste gevallen zullen bij de wijkteams blijven of in het overige sociaal domein, deels ook bij de politie, maar niet bij het OM, want het gaat om meer dan alleen strafrechtelijke zaken. Dat zei de heer Hofstee terecht. Het gaat juist om een civielrechtelijke taak, maar alleen in de gevallen dat iemand – familie, burgemeester, het OM zelf of de ggz – vraagt om een machtiging tot ambulante verplichte zorg. Dat blijft dus een klein groepje.

Overigens kan ik de heer Hofstee geruststellen, want heel veel informatie zal automatisch van ons komen. De gemeentes zullen al heel veel kennis hebben over de persoon in kwestie. Dat geldt ook voor de ggz. Jullie zijn dus meer verantwoordelijk voor het op gang brengen van het proces – de commissie-Hoekstra zegt ook dat iemand verantwoordelijk moet zijn voor het proces – maar jullie hoeven niet in je eentje al die informatie te verzamelen. Omgekeerd zal het OM ook informatie moeten geven die wij nu soms niet krijgen. Omdat het niet verplicht is, geven partijen elkaar nu soms niet alle benodigde informatie. Ik ben blij dat Hoekstra ook zegt: blijf nou niet in die privacywetgeving hangen, want er kan heel veel meer gewisseld worden, zodat betrokkenen van elkaar weten wat er gebeurt. Dan is de vraag: waar leggen wij dat dan neer? Het is prima als het OM het coördineert, maar dan wel in een Veiligheidshuis, want dat is daar eigenlijk voor opgericht. De territoriale keuze is ook eenvoudig. Wij hebben de Veiligheidshuizen, de veiligheidsregio's en de politiedistricten. Die hebben allemaal precies dezelfde buitengrenzen. Het maakt niet zo

veel uit aan wie je het daarbinnen geeft, maar het meest logische is het Veiligheidshuis, want daar zitten wij allemaal al in. Die structuur kennen wij al. Bij ons zitten daar de grote en kleine gemeentes bij elkaar. Ik weet niet of je het in de wet moet vastleggen, maar als er iets logisch is, dan is het wel het Veiligheidshuis. Dan wordt die informatie daar uitgewisseld. Ik zal niet zeggen dat het OM de bal dan makkelijk op de stip krijgt, want het moet zelf nog wel wát doen, maar de winst is dat Hoekstra zegt: leg die informatie bij elkaar op één tafel. Maar ga daar niet weer een nieuwe structuur voor oprichten; daar waarschuwen wij voor. Ga niet weer een aparte structuur maken voor personen met verward gedrag, want er zijn veel grensgevallen. Vaak zijn ze ook omgeven met multiproblematiek. Dat komt allemaal in het Veiligheidshuis.

De voorzitter:

Mijnheer Hofstee, ik zou namens de SP uw reactie willen horen op de bewering dat u helemaal geen extra werk hoeft te doen; dat doet de gemeente voor u!

De heer Hofstee:

Ik geloof niet dat dat helemaal gezegd wordt. Wij moeten even twee dingen uit elkaar halen. De beste plaats voor triage, casusoverleggen, het tijdig onderkennen van risico's en het met alle partners bekijken wat er met zo iemand moet gebeuren, zou het Veiligheidshuis zijn. Dat doen wij nu ook al met allerlei andere groepen. Daar is wel wat capaciteit voor nodig, maar dat is goed te doen.

Het andere punt is dat er ieder jaar meer machtigingen worden gevraagd. Het afgelopen jaar hebben wij er 26.000 gehad. Dat zijn er best veel en dat stijgt ieder jaar. Dat is toch productie, want heel veel van die machtigingen moeten binnen twee, drie dagen geregeld zijn. Dat is de wettelijke termijn. Dat kunnen wij niet in Veiligheidshuizen. Wij moeten op het parket een aantal dedicated medewerkers hebben – die hebben wij nu al – met deskundigheid die ervoor zorgen dat al die zaken, waarbij van al die partners gegevens bij elkaar gelegd moeten worden, in het goede tempo worden behandeld en met een goed dossier naar de rechter gaan. Als de rechter een oordeel geeft, moet de uitvoering van die maatregel vervolgens weer op heel korte termijn naar al die partners gaan. Dat is corebusiness voor ons en daar hebben wij vrij veel mensen voor nodig.

De voorzitter:

Mevrouw Dijkstra, u was even afwezig, maar u mag nog een vraag stellen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Laten wij het rijtje even afmaken. Ik heb inderdaad een stukje gemist. Ik wil niet het risico lopen dat ik vragen ga herhalen, dus ik luister nog even mee. Dan kom ik graag daarna met een vraag.

De voorzitter:

Prima. Mevrouw Voortman.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Voorzitter. Ik zou graag een vraag willen stellen aan mevrouw Van Buren en een van de gemeentebestuurders. U geeft aan dat het voor Aedes lastig is om het juridisch kader te beoordelen, maar u hebt wel praktijkervaring, misschien ook vanuit de corporatie waar u zelf werkt. Ik zou willen weten wat nu de positie van woningcorporaties is jegens mensen die onder de werkingssfeer van deze wet vallen. Ik zou van een van de gemeentebestuurders willen horen hoe nu het overleg met corporaties is hierover.

Mevrouw Van Buren:

Dat verschilt per gemeente, maar ik kan wel zeggen dat wij vaak geen informatie hebben over de mensen die wij huisvesten. Die krijgen wij ook niet. Wij hebben afspraken per gemeente dat wij mensen huisvesten die uit de maatschappelijke opvang of uit instellingen uitstromen. Dat doen wij ook allemaal. Dat vinden wij ook onze taak. Dat hoort erbij, maar wij hebben geen informatie. Wij hebben een aanbodsysteem, waarbij mensen zelf kunnen kiezen waar ze gaan wonen, dus wij weten weinig en kunnen omwonenden ook niet informeren. Wij hebben het nu steeds over situaties waarin het al is geëscaleerd en dat er al een rm moet worden aangevraagd, terwijl wij ervoor pleiten om dat te voorkomen vanaf de eerste signalen die bij ons terechtkomen uit een buurt of wijk. De woningcorporaties zitten echt in de haarvaten van de samenleving. Onze medewerkers, huiswerkers, noem maar op lopen rond in die wijk. Er wordt gesproken over gegevensuitwisseling. Wij worden daar niet in betrokken. Wij zitten in de «tweede ring». Wij werken in Amsterdam bijvoorbeeld wel samen in de treiteraankpak of de OMPG-aankpak (aankpak van overlastgevende multiprobleemgezinnen). Daarin kunnen wij gegevens uitwisselen. Wij zeggen ook steeds: «Betrek ons, of in ieder geval de corporatiemedewerkers, erbij vanaf het begin. Wij zijn ook aangesloten bij verschillende wijkteams. Geef ons informatie.» Misschien kunnen wij dan ook zeggen dat de grens van het absorptievermogen van bepaalde complexen al is gepasseerd. Je vraagt namelijk soms ook wel wat van omwonenden. Het hoeft ook niet altijd negatief te zijn, want de mensen willen best wel helpen en een oogje in het zeil houden, maar in sommige buurten en wijken kun je gewoon niet meer vragen van de omwonenden. Zoals ik al zei: wij worden er wel op aangesproken, maar wij hebben niet de instrumenten in handen om er ook daadwerkelijk iets aan te doen.

De voorzitter:

Ik zie dat alle drie de lokale bestuurders willen reageren.

De heer Crone:

Ik wil hierop aansluiten. Als er behoefte is om iemand in een wijk te plaatsen – die gevallen hebben wij allemaal – is dat altijd moeilijk. Mevrouw Spies gaf de gradatie al aan: met een ex-tbs'er of een ex-zedendelinquent kom je moeilijker aan de bak dan met andere gevallen. Maar je laat de buurt helemaal alleen met de ellende als je ook nog tegen de buurt moet zeggen: er komt hier iemand wonen, maar wij mogen hem niet in de gaten houden of verplichten om zijn medicijnen te gebruiken, zijn wekelijkse behandeling te volgen bij een psychiater of wat dan ook. Dan lok je de escalatie uit. Het kan nu wel al. Soms kan de rechter al zeggen: ik kan u wel opsluiten maar ik heb liever dat u een verplichte behandeling ondergaat. Dat gebeurt nog veel te weinig. Dat zou hij vaker kunnen vragen, maar via deze wet ontstaan meer mogelijkheden. Mijn punt is: als je iemand in de wijk neerzet, daar laat wonen, maar geen zorgkader hebt en het een zorgmijder is, dan helpt dat niet. Ik kan nog weleens een gebiedsverbod opleggen. Dan mag iemand niet komen in de buurt van een plek waar hij weleens overlast heeft veroorzaakt, al of niet met kindertjes; wij kennen allemaal die voorbeelden helaas. Maar via deze wet krijg je wat meer mogelijkheden, waardoor je eerder wat kunt doen als je iemand ziet afglijden.

Mevrouw Van Buren:

Ik wil daar nog even op reageren, want wij weten soms dat iemand bepaalde problemen heeft of medicijnen zou moeten nemen omdat hij anders verward gedrag vertoont. Wij hebben als Rochdale weleens aanhangsels bij huurcontracten gemaakt – ik weet niet of het allemaal wettig is – waarin wij met iemand afspraken maken over zijn woongedrag. Dan kunnen wij als corporatie iemand daarop aanspreken. Dan gaat het

over je tuin netjes houden, je medicijnen nemen et cetera. Dat hebben wij echt weleens afgesproken met mensen. Het gaat erom dat een goede huurder zich ook netjes moet gedragen jegens zijn woonomgeving. Dat doen wij wel. De wettelijke kaders zijn daarbij best wel lastig. Ik wil ook benadrukken dat wij ook verantwoordelijk zijn voor de omgeving. Soms moet je nadenken over de vraag of mensen wel in staat zijn om echt zelfstandig te wonen en, zo ja, of ze verplicht zouden moeten worden om bepaalde woonbegeleiding te accepteren. Daar pleiten wij voor.

De heer De Jonge:

In aansluiting daarop, wij werken bij uitstroom uit instellingen richting de wijk met huurzorgcontracten. Dan gaat het om ggz-instellingen in de Zvw-hoek maar ook om beschermd wonen. De uitvoeringspraktijk is zeker voor verbetering vatbaar, maar dat is in ieder geval een mogelijkheid om niet zozeer de inhoudelijke informatie te delen als wel de «dat»-informatie: de informatie dat iemand vanuit een zorgsetting de wijk ingaat en onder welke condities dat succesvol zou kunnen zijn in die wijk. Daar willen wij eigenlijk nog de gemeentelijke kant aan toevoegen. Vaak, steeds vaker, nemen wij via basisbudgetbeheer de huurverplichtingen op ons zodat het risico op huisuitzetting in een later stadium zo veel mogelijk wordt verkleind.

Dan wordt het echt een tripartiete overeenkomst, waarbij drie partijen zeggen: wij gaan ervoor zorgen dat die stap naar de wijk succesvol verloopt. Aan de zorgpartij de verplichting om de zorg te leveren. Aan degene die het betreft de verplichting om ontvankelijk te blijven voor die zorg. Aan de corporatie de verplichting om de woning te leveren. Aan de gemeente de verplichting om de inkomenssituatie op orde te houden, onder andere door de begeleiding naar werk en ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. Wij werken met huurzorgcontracten. Dat is het voertuig. Dat zal alleen maar beter mogelijk worden onder de nieuwe wetgeving, maar wij proberen dat nu al te doen.

Een tweede mogelijkheid om over deze doelgroep contact te hebben met corporaties is via het meldpunt woonoverlast, maar dat is een heel specifieke manier van kijken naar eenzelfde type vraagstuk. Vaak ben je dan ook al veel te ver en levert het een hele hoop ellende op voor de buurt.

Dan kom ik op de boodschap aan de buurt: er komt een nieuwe buurman die je mogelijkwijs een handje moet helpen. Ik denk dat je moet oppassen met allerlei informatieverplichtingen om de buurt bijvoorbeeld via de corporatie of via de gemeente bij wijze van spreken te alarmeren in de zin van: pas even op voor je nieuwe buurman. Dat wordt dan toch vaak de connotatie. Ik denk dat je het veel meer moet zien vanuit een behandel-perspectief. Een succesvolle re-integratie in een wijk is natuurlijk in eerste instantie in het belang van de patiënt zelf. Ik kan me dus voorstellen dat het echt onderdeel is van de behandeling dat je het contact herstelt met burens. In een ambulante setting is dat ook makkelijker dan in een opnamesetting. Als iemand terugkomt na een tijdje opgenomen te zijn geweest, hoort het herstellen van het contact, ook met burens, inherent onderdeel te zijn van de behandeling. Vandaaruit komen omwonenden inderdaad te weten dat iemand met een zorgachtergrond weer in de wijk is. Maar het moet niet een soort meldingsverplichting worden vanuit corpo's of zo, want dat helpt juist niet bij een succesvolle re-integratie.

Mevrouw Spiess:

Heel kort nog daarop, aanvullend. Ik denk dat je ook hierbij heel veel kunt doen aan de preventieve kant, door aan de voorkant met de corporatie heel goede afspraken te maken: dit is een persoon die misschien het best gedijt in een prikkelarme omgeving, dus in jouw appartementencomplex komt die persoon het best tot zijn recht. We kennen een aantal succesvolle voorbeelden van mensen die verhuisd zijn binnen het bezit van een

corporatie en bijvoorbeeld in een appartementencomplex met veel senioren zijn terechtgekomen. In die veel rustiger woonomgeving zijn zij veel beter in staat om hun leven te leven. We hebben ook een aantal woonvoorzieningen die ver weg van de bewoonde wereld mensen huisvesten die zich heel slecht aanpassen aan hun omgeving. Ook gezamenlijke huisbezoeken komen nogal eens voor. De ambulante begeleiding of de casemanager van de gemeente gaat dan samen met de corporatie bij mensen op bezoek, zeker als ze er net wonen, om te bekijken of het gaat zoals het zou moeten gaan. Zo wordt geprobeerd om ellende, crises en interventies aan de achterkant te voorkomen.

De voorzitter:

Ik ga nu zelf een vraag stellen namens de SP en geef daarna mevrouw Dijkstra het woord.

We zitten hier aan tafel met allemaal uitvoerders. U signaleert problemen en probeert die op te lossen. Dat is uw taak. Wij zijn bezig met een wetstraject, waarmee wij hopen u zo goed mogelijk in de situatie te kunnen stellen om dat te doen. Zojuist is in de vorige ronde van dit overleg naar de juridische kant gekeken. Daarbij werd de zorg uitgesproken dat de wettelijke kaders voor de Wet zorg en dwang – dan heb je het onder andere over dementerenden en mensen met een verstandelijke beperking – en de Wet verplichte ggz eigenlijk niet aansluiten als het gaat om het kader waarvoor je zorgmachtigingen afgeeft. In de Wet zorg en dwang gebeurt dat eigenlijk alleen in opnamesituaties en niet in de thuissituatie. Maar het geldt ook voor beroepsmogelijkheden en dat soort zaken. Ik vraag u dus om even een stap terug te doen en te beschouwen wat er komt. Dat zijn eigenlijk drie wetsvoorstellen. Met twee daarvan gaat u echt aan de slag, namelijk de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz. De Wet forensische zorg gaat immers over mensen die in de gevangenis zitten. Hoe beoordeelt u dan die verschillende regimes, de verschillende beroepsmogelijkheden en het feit dat de Wet zorg en dwang eigenlijk nog niks regelt voor de thuissituatie, waar u juist mee te maken hebt. Ik zou deze vraag graag willen stellen aan de heer Hofstee, maar ook aan een van de uitvoerders aan de politiekant – u kunt samen even afstemmen wie er reageert – en aan mevrouw Spies.

De heer Hofstee:

Ik heb daar eigenlijk geen goed antwoord op. De vraag is mij ook eerlijk gezegd niet helemaal duidelijk. Ik ben bij de vorige ronde ook niet aanwezig geweest; misschien is dat de oorzaak. Wij zien in het wettelijk systeem eigenlijk geen lacunes of verschillen tussen beide wetten in relatie tot rechtsbescherming of wat dan ook. Problemen op dit punt zijn ons eigenlijk niet bekend.

De heer Aalbersberg:

Ik kan het best ingaan op de praktijk. Het lastige van onze definitie van verwarde personen is dat het geen medische definitie is. Wij lopen in de praktijk juist vaak aan tegen de combinatie van verschillende vraagstukken, zoals een psychiatrische aandoening en een verstandelijke beperking. U noemde het zelf ook. Wij zien in de praktijk ook langzaam het aantal personen toenemen bij wie sprake is van dementie. In de praktijk is dat onderscheid dus heel moeilijk te maken. Voor mijn collega's in de praktijk draait het altijd om de vraag: wat is de basisbevoegdheid om te interveniëren? Daarin zit de samenhang. De praktijksituatie is vaak een multiprobleemsituatie en geen enkelvoudig iets. Dit komt in de praktijk voor. En inderdaad zien wij meer en meer incidenten waarin dementerende personen eigenlijk zonder enig kader bij ons over de vloer komen.

Mevrouw Spies:

Ik zie de heer De Jonge nog maar eens zwaaien met de schema's waaruit duidelijk wordt welke stappen er allemaal doorlopen moeten worden en hoeveel waarborgen er in beide wetsvoorstellen zijn gecreëerd. Ik denk ook dat dat heel goed is. Misschien mag ik toch de volgende vraag bij u terugleggen. Het is niet helemaal een vraag, maar veel meer een opmerking. Vaak blijkt er binnen de juridische mogelijkheden die wij hebben al heel veel mogelijk te zijn, bijvoorbeeld op het gebied van informatiedeling. Daar hebben we met de Minister van VWS heel indringend en vaak over gesproken. We hebben daarbij ook heel veel concrete voorbeelden voorgelegd. Veel professionals hebben heel veel schroom om informatie te delen, terwijl de wettelijke mogelijkheden daartoe er tot op zekere hoogte echt wel zijn. Dan gaat het niet vaak om de noodzaak van het delen van een diagnose, maar veel meer om het delen van een aantal gedragskenmerken, wat een andere hulpverlener in staat stelt om datgene te doen wat er gedaan zou moeten worden. Ik ben tot op heden niet gestuit op allerlei verschillende juridische kaders die in de Wet zorg en dwang of de Wet verplichte ggz zouden staan, maar dat kan ook mijn tekortkoming zijn, zo zeg ik tegen mevrouw Leijten. Misschien zijn de doelgroepen zodanig verschillend dat mevrouw Leijten daaraan refereert. Maar als zij specifiek doelt op een aantal dilemma's die kennelijk in de vorige ronde zijn benoemd, dan zijn die mij niet op die manier geworden. Ik heb echter de vorige ronde gemist.

De voorzitter:

Dat kan natuurlijk. Wat er in de vorige ronde is besproken, wil ik graag even toelichten. U schiet allemaal weer de uitvoering in, maar voor mensen die dementerend thuis wonen, biedt de Wet zorg en dwang geen kader voor ambulante verplichte zorg. De Wet verplichte ggz creëert dat kader wel, maar dan hebben we dus een beperking in de wet. Nou hoor ik van de politie dat het in situaties van escalatie met een verwarde persoon steeds vaker om ouderen gaat met dementerende problematiek. Dat weten wij ook, want wij volgen dat natuurlijk op de voet. Het enige wat het Openbaar Ministerie met de Wet zorg en dwang dan kan, is opname. We weten ook dat de verzorgingshuizen hun plekken afbouwen. De heer Griffioen zei het heel mooi: wij leuren met mensen. Hij zei dat niet letterlijk, maar ik vertaal het even zo. En dan wil ik toch graag weten: als u dat stapje terug zet, bent u dan geholpen met die verschillende wettelijke kaders? Die zijn er wel degelijk, in de rechtsbescherming – dat is meer juridisch – maar ook in de uitvoering. Als u dit nu hoort – u wist het misschien niet – denkt u dan dat u ermee geholpen bent dat mensen met dementieproblematiek of een verstandelijke beperking die overlast geven, binnen deze wetskaders niet verplicht geholpen mogen worden in een ambulante setting? Dan volgt immers opname. Denkt u dat dit voor uw uitvoeringspraktijk toegevoegde waarde heeft? Is dit het juiste middel?

Mevrouw Spies:

Ik heb altijd geleerd om heel voorzichtig te zijn met als-danvragen. Misschien mag ik vanuit mijn praktijk aangeven wat ik een heel ongewenste ontwikkeling van dit moment vind. Ik zie dat het aantal ibs-verzoeken (inbewaringstelling) voor dementerenden op dit moment misschien wel de helft is van het totale aantal ibs-verzoeken. Daar is de ibs nooit voor bedoeld geweest. Dat geeft aan dat er nog steeds een slechte aansluiting is tussen datgene wat mensen aan zorg thuis krijgen en de grote stap die wordt gezet in geval van het door zijn hoeven zakken van het ondersteuningssysteem. Daarbij speelt in heel veel gevallen toch ook schaamte, of een heel grote verantwoordelijkheid die door de partner en de kinderen van dementerenden wordt gevoeld om het zo lang mogelijk thuis te proberen. Dan kom je op een gegeven moment, door overlijden van de partner of uitputting van de partner, die soms al jarenlang mantelzorg heeft verleend, in een situatie waarin alles escaleert

en je een psychiater aan de telefoon krijgt. die je als burgemeester geen ander alternatief meer kunt geven dan het opleggen van een ibs. Ik veronderstel dat noch de ene wet noch de andere wet daarvoor een sluitende oplossing biedt, maar het zou mij een lief ding waard zijn als we in de uitvoeringspraktijk eerder achter de voordeuren terecht zouden kunnen komen om dit soort heel verdrietige situaties voor die grote groep dementerenden vaker te voorkomen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb nog even een ander onderwerp, als laatste misschien wel. Ik lees in de position paper dat de observatiemaatregel een belangrijk instrument is voor de burgemeester, omdat die hem in staat stelt om zijn rol te vervullen en overlast te beperken. Maar juist op die observatiemaatregel komt ook heel veel kritiek. Ik zou dus nog graag van burgemeester en wethouder horen waarom zij dit zo'n goede maatregel vinden.

De heer **Crone**:

De kern van de maatregel is dat je vaak behoefte hebt aan een time-out. Daar is de ibs niet voor bedoeld, maar die heeft vaak die functie. Dan is echter vaak al bij de eerste waarneming als iemand ernstig verward is, zelfs als er niet eens overlast is, de raadpleging bij de psychiater: op dit moment valt het weer mee, dus ik mag hem of haar geen minuut langer vasthouden. Dat is ook terecht. Dan is er vaak niet de tijd om nog te bekijken of er een heel dossier achter zit, wat er nog meer aan de hand is en hoe gezorgd kan worden voor begeleiding als iemand terug in zijn wijk komt. Die observatiemaatregel is dus wat ons betreft wel nodig, om het dossier compleet te krijgen en eventueel een contraexpertise te doen. Dan gaat iemand niet onmiddellijk terug in de wijk, want dan krijg je de situatie die mevrouw Spies noemde. Zij noemde iemand met 150 meldingen; ik had 200 meldingen in een jaar tijd van een en dezelfde persoon. Dan hoeft de observatiemaatregel soms maar een dag te duren, maar soms ook wat langer, bijvoorbeeld als de informatie van de woningcorporatie, de ggz of wie dan ook tussentijds niet snel genoeg op tafel komt. Daarom is het een hulpmiddel. Het is niet de hoofdzaak, maar wel een hulpmiddel. Anders begrijpen mensen het ook niet: waarom komt hij nou weer terug? Het kan om dementerenden, maar ook om andere gevallen gaan. Voor mij is het dus een lichte hulpconstructie, die zo kort mogelijk en zo min mogelijk moet worden gebruikt. Ik denk dat de maatregel vaak ook niet hoeft te worden gebruikt, want soms kan iemand inderdaad wel weer terug en kun je de volgende ochtend al beginnen met het normale zorgsysteem. Maar in dit beperkte aantal gevallen, misschien een paar per jaar, hebben we de maatregel nodig.

De heer **De Jonge**:

Ik sluit mij daar zeer bij aan, hoor. Ik ga er echt van uit dat dit in enkele gevallen nodig is, waar nu soms misschien ten onrechte een ibs wordt gebruikt. Die wordt soms wel degelijk ruim geïnterpreteerd, om veiligheidsrisico's te voorkomen. Zo'n momentopname van een ibs-observatie is dan eigenlijk onvoldoende om daadwerkelijk tot een goede diagnose van de stoornis te komen. Dan bieden eigenlijk ook de nieuwe maatregelen die in de wet staan, los van de observatiemaatregelen – onvoldoende mogelijkheid om in zo'n geval te kunnen optreden. Ik kan niet overbieden in de zin van 150 keer of 200 keer. Ik ben pas wel met de politie in Charlois op stap geweest terwijl ik ibs-dienst had. Dat vond ik boeiend. Dan moet je namelijk ook uitrukken voor een aantal meldingen, onder andere van verwarde personen. Er was inderdaad een arrestant die volslagen door het lint ging en hartstikke veel gesnoven had, maar die ook een gezin thuis had. Die arrestant is opgenomen geweest; die hebben we een tijd vastgezet. Maar toen de ibs-arts kwam, was hij alweer wat gekalmeerd. Met pijn in de buik laten de agenten hem vervolgens gaan,

wetend dat er ook allerlei dingen in de thuissituatie moeten worden georganiseerd, omdat ze niet weten of het wel veilig blijft. Dat was een goed voorbeeld van een situatie waarin ik dacht: als we nu de mogelijkheid hadden gehad voor een observatiemaatregel, dan hadden we die zeker op dit moment kunnen toepassen, om een betere screening te doen: is hier daadwerkelijk een stoornis aan de orde, waar bestaat de dreiging eigenlijk uit en waaruit zou een veiligheidsplan kunnen bestaan voor de komende periode? Ik sluit me graag aan bij de heer Crone, die zei dat je zo'n observatiemaatregel zo min mogelijk moet willen gebruiken. De maatregel zal ook heel vaak niet nodig zijn, omdat een rm (rechterlijke machtiging) of een crisismaatregel afdoende is, maar als je het instrument niet hebt, kom je wel wat tekort. Zeker nu de wet toch wordt aangepast, is dit een heel goede toevoeging, die heel zorgvuldig en terughoudend zal moeten worden gebruikt.

Mevrouw Spies:

Daar kan ik mij op hoofdlijnen zonder meer bij aansluiten. In de twee jaar dat ik burgemeester van Alphen aan den Rijn ben, een gemeente met 108.000 inwoners, heb ik de observatiemaatregel één keer heel erg gemist. Dat ging om één specifieke situatie van een meerderjarige mijnheer van begin 20 die hyperintelligent is, maar die ook in zijn eentje goed is voor 150 meldingen bij de politie per jaar. Alle hulpverleners stonden daarbij met de armen naar de hemel gericht, met de boodschap: wij kunnen en mogen niks; betrokkene is in staat om zich op het moment dat de politie aan de voordeur staat weer voorbeeldig te gedragen; eigenrichting dreigt; betrokkene weigert om een diagnose te laten stellen. In die ene situatie, op die 108.000 inwoners gedurende die twee jaar, denk ik dat de observatiemaatregel een nuttig instrument geweest zou zijn. Ik vind het dus geen goed instrument, zoals in de vraagstelling «waarom is het dan zo'n goed ding» werd geformuleerd, maar ik vind het het minst slechte. Als alle andere mogelijkheden uitgeput zijn, kun je in heel uitzonderlijke situaties de observatiemaatregel nodig hebben. Zoals ik heb gezegd, is er in de genoemde periode van twee jaar maar één situatie geweest waarin ik deze maatregel echt gemist heb.

De voorzitter:

Daar zou ik namens de SP één vraag aan willen toevoegen. Wanneer je in zo'n situatie allemaal met de handen richting de hemel staat omdat je niet weet wat je moet doen, lijkt het mij juist gevaarlijk om de observatiemaatregel, waarbij er nauwelijks juridische waarborgen zijn, toe te staan. Is het niet beter om te kijken naar een maatregel waarbij dat toch met dossieropbouw door de rechter wordt beoordeeld, ook voor de positie van de lokale bestuurders en van burgers? We zijn met het juridisch kader bezig in deze wet. Ik vraag mij bij de observatiemaatregel af waarom er een apart juridisch kader wordt gemaakt, aangezien je toch mensen hun vrijheid ontnemt en je bij dit soort geladen dossiers de maatregel kunt laten toetsen bij de rechter. Zou dat ook kunnen?

Mevrouw Spies:

Naar mijn stellige overtuiging is het in dit concrete geval noodzakelijk om iemand gedurende een langere periode te kunnen observeren omdat deze persoon uitstekend in staat is om zich gedurende een uur, vier uur of misschien wel zes uur als een volkomen rationeel, zich wel gedragend persoon voor te doen. Wanneer je iemand gedurende een langere periode kunt observeren, valt dat masker op een gegeven moment af. Vaak is een rechterlijke machtiging (rm) gebaseerd op een incidenteel gesprek van een uur of anderhalf uur of een aantal gesprekken. Juist de mogelijkheid om mensen gedurende een langere periode te observeren is naar mijn overtuiging in deze concrete situatie een gemis gebleken.

De heer **Crone**:

Mag ik misschien een vergelijking maken met het huisverbod, dat wij nog niet zo lang kennen in Nederland? Men vreesde in het begin dat de burgemeester de sheriff zou zijn die overal zou ingrijpen. Om te beginnen wordt dit opgelegd door de hulpofficier van justitie, meestal met mandaat van de burgemeester. Ik zou niet weten hoe in een al of niet nachtelijke situatie plotseling een rechter ertussen zou moeten komen. Dat kan natuurlijk altijd, maar dan zul je al gauw naar een constructie gaan met een hulpofficier van justitie. Maar fundamenteel moet je het ook dan in de wet borgen. Bij het huisverbod is het toch ook eigenlijk niet misgegaan. Daar staat beroep tegenover, alleen achteraf. Dat is natuurlijk het dilemma bij een urgente crisissituatie, dus ook bij iedere ibs. Iemand die vindt dat hij ten onrechte een ibs heeft gekregen en die vindt dat het een schijnargument uit de psychiatrische wereld is geweest en dat het eigenlijk om een ander geval gaat, kan in beroep gaan en krijgt een schadevergoeding als de ibs ten onrechte is opgelegd. Dat komt waarschijnlijk weinig voor omdat daarbij de waarborgen zijn dat ibs wordt opgelegd door de burgemeester, maar dan wel op advies van de psychiater. Daarom komen wij letterlijk ons bed uit om te kunnen beoordelen of het een terechte ibs is. Een burgemeester of een locoburgemeester zal bijna nooit zeggen dat hij die ibs niet oplegt. Immers, stel dat hij die niet oplegt en er gaat iets mis. Het betekent wel dat de psychiater denkt: o, ik moet het formulier goed invullen; ik moet de burgemeester bellen om te vertellen waarom dit verantwoord is. Die waarborg is aan de orde bij de ibs en het huisverbod. Ik zou niet weten waarom we hier plotseling misbruik van zouden maken, even los van wat mevrouw Spies zegt, namelijk dat het om incidentele gevallen zal gaan op jaarbasis.

Mevrouw **Van Buren**:

Mag ik daar even op reageren? Dit is natuurlijk weer aan het einde van het traject. Ik hoor dat er gesproken wordt van 150 à 200 meldingen. Nou, wij krijgen ook dat soort meldingen van omwonenden. Wij werken veel met de sfeerbeschrijvingen en -rapportages. Ik pleit er dan ook voor om betere informatie uit te wisselen. Wij werken daarbij samen met de politie. We krijgen dan van omwonenden en buurtbewoners verhalen over wat daar speelt, wat zich afspeelt in de buurt en met die persoon. Dan lukt het wel om ook de rechter daarover een uitspraak te laten doen. Ik heb geen verstand van deze wet, maar ik vraag mij af of het dan ook niet mogelijk is om iemand aan de hand van die sfeerrapportages te dwingen tot zorg, om te voorkomen dat het escaleert en vervolgens iedereen met de handen in het haar zit.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb een vraag die aansluit bij punt 5 van de position paper van de VNG en datgene wat de heer Aalbersberg aangaf in zijn introductie. Hij zei dat het niet humaan is om mensen met psychische stoornissen in de handboeien naar een politiecel te brengen. Dat zijn we hier volgens mij met z'n allen eens. Tegelijk is het voornemen om per 1 januari 2017 het vervoer van dergelijke patiënten naar een politiecel te stoppen en de opvang anders in te richten. Ik heb onlangs schriftelijk aan de Minister gevraagd hoe het in alle regio's ervoor staat met de organisatie daarvan. Zij antwoordde letterlijk dat zij er geen zicht op heeft hoe het in de regio's gaat. Tegelijk hebben de regioburgemeesters van de week een brief aan ons en de Minister gestuurd waarin staat dat gemeenten aan de grens van hun mogelijkheden komen omdat er nog geen landelijke afspraken zijn. Ik vraag de vertegenwoordigers van de politie en de heer Crone, als vertegenwoordiger van de G32, hoe het vanaf 1 januari gaat met de opvang en het vervoer van verwarde personen. Hebben we er zicht op of er vanaf 1 januari nog wel goede opvang is? De Minister schrijft dat die

soepel en sluitend moet zijn, maar dat kan het alleen zijn als er in de praktijk daadwerkelijk iets geregeld is.

De heer Aalbersberg:

Ik wil toch nog even het verschil laten zien. Het zijn twee vraagstukken. Het gaat om het onderbrengen van iemand in de politiecel zonder een juridische basis, maar zoals ik al zei is «humaan» nog veel belangrijker. Dat onderbouw ik met het volgende cijfer. Voordat in Amsterdam gewerkt werd met de psycholance, brachten wij zo'n 1.800, 1.900 keer per jaar iemand naar de spoedopvang. Van die personen ging meer dan 80% in de handboeien. Voor iemand met een psychose is dat zo'n prikkel dat het niet humaan is. Sinds de psycholance er is, wordt in iets meer dan 8% een spanbandbeperkende maatregel gebruikt, die al veel minder ingrijpend is dan de maatregel met handboeien. Ook is er een groot verschil tussen 80% en 8%. Hiervoor geldt dat humaniteit het belangrijkste is. Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de situatie in het land. We hebben gezegd dat het vervoer iets is om in 2017 mee verder te gaan. Het is als een van de bouwstenen aangegeven door het aanjaagteam. Het werd al gezegd door de anderen: directe beschikbaarheid van locaties is nog niet overal geregeld. Er zijn goede uitzonderingen in Den Haag, deels in Amsterdam en in andere plaatsen. Maar als ik over het hele land kijk, is er nog geen 24/7-spoedopvang waar patiënten in een patiëntomgeving kunnen zijn. Ik merk wel heel veel bereidwilligheid en zie ook de druk erop, ook na de oproepen van het aanjaagteam en de brief van beide ministers. Toch is het nog niet rond.

De heer Crone:

Daarom ben ik ook blij dat de ministers hebben gezegd dat het niet per 1 januari rond zal zijn omdat het ingewikkelder is dan het lijkt, terwijl we aan dezelfde kant van het touw trekken. Immers, het slechtste is als iemand in de cel terecht komt. We zijn nu overal opvanghuizen, of hoe je die ook noemen wilt, aan het zoeken voor de crisisopvang. Het vervoer is nog wat ingewikkelder. Bij de schaalgrootte van Amsterdam kan een psycholance rendabel zijn, maar er zijn heel veel gebieden waar die dat niet is omdat het aantal mensen gewoon te klein is. Moet je dan wel een of twee psycholances 24 uur per dag beschikbaar hebben? Moeten er dan altijd twee mensen op een auto, aangezien de een moet sturen en de ander de patiënt moet begeleiden? Bij ons is het niet zo dat de politie al die mensen in de boeien slaat als dat niet nodig is. We zoeken een balans. Het is een kostenkwestie, een effectiviteitskwestie, maar we willen dat zelf. Ik ben het geheel eens met de regioburgemeesters, die zeggen: Minister, u moet hier leiding aan geven. Er zijn verschillende belangen. Natuurlijk snappen de zorgverzekeraars dat ze moeten betalen als ze meedoen. De ggz zegt: moeten wij het betalen? Ja, er zijn dbc's waarin dit schijnt te betalen. Ik ben geen specialist hierin, maar ik wil wel graag meerekenen zodat we weten hoe het verder gaat.

Het moeilijkste is misschien nog wel het begin. De buurt zal altijd met 112 bellen. Dan moet er in de meldkamer gezegd worden: dit is een ernstig geval, misschien zelfs strafrechtelijk gezien; dan komt de politie; die persoon gaat in de boeien en in de cel. Het andere uiterste is natuurlijk iemand bij wie dat helemaal niet moet. Maar wie bepaalt dat? Bij ons is er sprake van dat de ggz iemand in een meldkamer gaat zetten voor 24/7. De vraag is of het dan lukt en of de buurt het accepteert. Soms zal er misschien een psycholance moeten komen, maar wil de buurt ook een politieagent zien omdat men wil weten hoe het verder gaat met de buurt, of betrokkene de volgende dag terugkomt et cetera. Ik vind het te veel «grote stappen, gauw thuis» dat het per 1 januari zou moeten. Dat lukt sowieso niet. Het is een ingewikkelder traject dan het lijkt. We willen eraan meewerken en het met de politie samen oplossen. De Minister zal leiding moeten geven aan dit proces.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dan is natuurlijk de vraag hoe de Minister hier leiding aan moet geven. Binnenkort gaan we hierover in debat met de Minister. Wat moet zij doen om ervoor te zorgen dat de noodzakelijke oplossingen zo snel mogelijk voor elkaar zijn?

De heer **Crone**:

Ik denk dat zij de regie moet nemen. Zij moet ervoor zorgen dat de betrokkenen aan tafel zitten: de ggz, de zorgverzekeraars, de gemeenten en de politie. Dan moet er gezegd worden wie de hoofdverantwoordelijke is. Het gaat niet alleen om de hoofdverantwoordelijke voor het proces, maar ik heb bijvoorbeeld nog geen sommetje gezien over de kosten, laat staan dat duidelijk is wie wat betaalt. Pieter-Jaap Aalbersberg en ik hadden het er net nog over. Al die maatregelen zullen preventief leiden – hij gaf net een goed voorbeeld – tot lagere kosten. De politie heeft dan lagere kosten, maar stel dat de gemeenten moeten betalen, dan zien zij dat niet terug. Hierbij moet toch altijd een verdelende rechtvaardigheid gelden. We gaan vanzelfsprekend niet op de politie bezuinigen, maar zij mag het ook niet over de schutting gooien.

De **voorzitter**:

Ik vond het heel creatief van mevrouw Bruins Slot. Zij wist toch nog een belangrijk element van de actualiteit in deze hoorzitting over een wetsvoorstel te fietsen. Alles wat wij voorstellen en wat in wetsvoorstellen staat, hangt natuurlijk met elkaar samen. Toch stoppen we nu met dit blok, ook omdat de tijd voorbij is. Ik vraag de leden of zij echt al hun vragen hebben gesteld – we hebben er altijd veel meer natuurlijk – om na te gaan of er nog noodzakelijke vragen liggen. Mij blijkt dat dit niet het geval is. Wil een van de gehoorde nog een korte nabrander geven? Mij blijkt dat ook dit niet het geval is.

De vergadering wordt van 12.20 uur tot 13.15 uur geschorst.

Blok 3: Zorgpartijen

Gesprek met:

- **De heer J-L. Klompenhouwer, lid raad van bestuur ggz-instelling Yulius en psychiater (bestuurslid GGZ Nederland)**
- **De heer H. Backx, directeur GGD GHOR Nederland**
- **De heer E. Prinsen, psychiater bij Dimence (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP, namens psychiaters)**
- **Mevrouw H. Tamsma, geneesheer-directeur bij GGZ Friesland (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP, namens geneesheer-directeuren)**
- **De heer C. Vader, bestuurder Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg**
- **De heer F. Bluminck, directeur Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)**

De **voorzitter**:

Welkom terug, dames en heren. We zijn aanbeland bij het derde blok van het rondetafelgesprek over de Wet verplichte ggz, met de titel: Zorgpartijen. Ik heet u allen van harte welkom. U hebt twee minuten de tijd om uzelf te introduceren en uw positie helder te maken. Dat is kort, maar dan hebben we voldoende tijd voor vragen en eventuele onderlinge discussie. Ik geef het woord aan de heer Klompenhouwer.

De heer **Klompenhouwer**:

Mijn naam is Jean-Luc Klompenhouwer. Ik ben psychiater en bestuurder van Yulius. Dat is een ggz-organisatie in de regio Zuid-Holland Zuid. We

doen de kinder- en jeugdpsychiatrie voor Rijnmond en voor Zuid-Holland Zuid. De volwassenenpsychiatrie doen we alleen in Zuid-Holland Zuid. Verder zit ik hier als bestuurder van GGZ Nederland.

GGZ Nederland staat positief tegenover de uitgangspunten van deze wet. Wij vinden dit een wet die goed is voor patiënten en familie, vooral omdat het een behandelwet is geworden, in tegenstelling tot de BOPZ, die vooral een opnamewet is. Dit is een behandelwet, die de patiënt volgt in zijn behandeling. Dit vinden wij een heel goede ontwikkeling.

Wij staan ook positief tegenover de hernieuwde rol of de veranderde rol van de officier van justitie. Wij denken dat het belangrijk is dat de officier van justitie een rol blijft spelen bij het schuiven van de Wet forensische zorg in de richting van de reguliere ggz en dat die rol actief wordt ingevuld.

In de vorige rondes is de vraag aan de orde geweest of we naar één of meerdere wetten kijken. We vinden dat voor de verschillende sectoren dezelfde burgerrechten moeten gelden. Hoewel we positief staan tegenover onze wet, vragen we ons dus wel af of verschillende typen burgerrechten zich met elkaar verdragen, afhankelijk van de sector waarin je terecht bent gekomen.

We hebben wel een belangrijk probleem met de observatiemaatregel. We vinden dat die het principe van deze wet doorbreekt. Het is een behandelwet, maar de observatiemaatregel past in een opnamewet en sluit meer aan bij het opsluiten en het uit het publieke domein halen van een klant, zonder dat er behandeling tegenover kan staan. Dat is een belangrijk probleem.

Dan kom ik op een kleiner punt, dat wel belangrijk is. We vinden het erg ingewikkeld dat deze hele situatie gefinancierd wordt uit drie verschillende systemen, de Zorgverzekeringswet, het gemeentelijke domein en het juridische domein. Bovendien zijn we niet honderd procent zeker van de rol van de verzekeraars in deze publieke taak, bij dit soort grote publieke problemen.

Samenvattend, we staan positief tegenover deze wet, maar we hebben vooral een probleem met de observatiemaatregel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Backx.

De heer Backx:

Voorzitter. Ik ben Hugo Backx, directeur van GGD GHOR Nederland, de koepel van GGD's en GHOR-bureaus. Ik wil graag drie punten bespreken. Ten eerste pleit ik namens mijn koepel voor een wat stevigere wettelijke verankering van de openbare geestelijke gezondheidszorg, de oggz.

Het tweede punt dat ik in het kader van het wetsvoorstel wil maken, is dat het centrale meldpunt dat gemeenten moeten inrichten om de toeleiding tot de machtiging te regelen, iets strakker en beter geborgd wordt.

Mijn derde punt betreft een stevigere verbinding met de problematiek van de verwarde personen.

Ik begin met het eerste punt. Het wetsvoorstel heeft meer dan voorheen de verbinding gelegd tussen de vrijwillige en de onvrijwillige zorg. Alle mogelijkheden om tot vrijwillige zorg te komen, moeten worden benut, zo staat in het wetsvoorstel. In de memorie van toelichting staat terecht: «De nieuwe wettelijke regeling zal daarom vergezeld moeten gaan met voortdurende aandacht voor preventie en verdergaande professionalisering van de zorg.» Dit citaat is ons als GGD's natuurlijk uit het hart gegrepen. Dit wetsvoorstel zal alleen goed kunnen slagen in zijn intentie als er meer aandacht is voor een preventieaanpak bij deze doelgroep. Wij denken dat er bij deze doelgroep nog veel te winnen is met een preventieaanpak.

Onze GGD's, die vanuit de vangnetfunctie vaak met deze groep burgers te maken hebben, constateerden als eerste dat wanneer je er tijdig bij bent,

de zwaardere psychische gestoordheid niet hoeft op te treden en dat een verplichte zorg al helemaal niet noodzakelijk is. In die zin is het jammer dat de openbare geestelijke gezondheidszorg, de zorg die nabij is bij een eerste ontsporing van mensen, en dan met name de geneeskundige zorg, in ons systeem nog al eens te wensen overlaat. Deze groep bestaat uit zorgmijders en is niet altijd in beeld van het zorgsysteem. De oggz-functie is sinds een aantal jaren niet meer in de wet opgenomen. De Wet publieke gezondheid kent de oggz-functie niet meer. De Wmo heeft de oggz-functie verlaten. Het is voor deze groep ontzettend belangrijk dat hij tijdig de goede geneeskundige zorg en begeleiding krijgt. Het gaat vaak om verwaarlozing, bijvoorbeeld van diabetesproblematiek of een ontsteking. Het zit vaak in een verwaarloosde migraine. Met andere woorden, wij pleiten sterk voor een stevigere verankering in de wet van de oggz-functie, vanuit de preventiedoelstellingen van deze wet.

Wij zijn ook voor een stevige verankering van het meldpunt. Gemeenten nemen een belangrijke plaats in. Er wordt nu vaak gezegd dat men moet aansluiten bij de bestaande meldpunten. Wij begrijpen die keuze, maar willen toch van u uit een wat stevigere borging, zodat die meldpunten op lokaal niveau er ook echt komen. Ze moeten zichtbaar zijn voor de burger en mogelijk een coördinerende rol spelen wanneer een onderzoek moet plaatsvinden naar de machtiging. Ze kunnen ook een rol spelen na het regionale overleg, waar artikel 8.31 in de wet over spreekt. Het zou heel mooi zijn als dit meldpunt wat steviger gepositioneerd wordt, zodat burgers weten waar ze naartoe moeten en wat zo'n meldpunt wel of niet doet. We denken dat daar winst te behalen is, zeker ook in relatie tot het dossier van de verwarde personen. Dat was mijn derde punt, maar dat laat ik nu maar even. Wie weet komt dat in de discussie nog wel aan bod.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Prinsen.

De heer Prinsen:

Mijn naam is Elnathan Prinsen en ik zit hier als voorzitter van de Commissie Wet- en Regelgeving van de NVvP. In mijn dagelijkse werk ben ik psychiater van een IAT (Intensief Ambulant Team). Dat is een crisisteam dat poogt opnamevervangende crisiszorg in thuisituaties te bieden. In die hoedanigheid moet ik dagelijks een oordeel vellen over nut en noodzaak van gedwongen zorg bij ernstig zieke mensen.

Geestelijke gezondheidszorg gaat onzes inziens primair om de patiënt en zijn behandeling. Dat de Wet verplichte ggz niet meer enkel gericht is op opname maar juist op behandeling, ook ambulante, ondersteunen wij zeer. Daarbij sluit ik aan bij hetgeen de heer Klompenhouwer net zei. Het doel van de wet was ook om dwang te voorkomen. In de laatste nota van wijziging krijgt beveiliging echter ineens een grote plaats. Het oplossen van overlast en openbare-ordeproblemen lijkt een nieuw doel te worden in deze wet, vooral door mensen van straat te houden en dus op te nemen. Dat is juist niet in lijn met deze wet. Wij ondersteunen dit dus ook niet.

De discussie over deze wet mag onzes inziens ook niet geplaatst worden in de discussie die speelt over personen met verward gedrag. Het is bekend dat van de mensen die door de politie aangemerkt worden als verward slechts een heel klein deel in aanmerking komt voor gedwongen zorg. Daarnaast worden lang niet alle mensen voor wie verplichte zorg wenselijk is door de politie gelabeld als verward.

De observatiemaatregel past wat ons betreft ook niet bij de doelstellingen van de wet. Zelfs als een crisismaatregel wordt genomen, en dus aan alle criteria is voldaan, wordt er met deze wet gepoogd mogelijkheden voor ambulante zorg te realiseren. Als er echter niet aan alle criteria is voldaan, maar men het wel nader wil onderzoeken, gaat men iemand drie dagen gedwongen opnemen. Dit is eigenlijk niet te volgen: meer dwang bij

minder gevaarscriteria. In onze optiek is dit dan ook onrechtmatige vrijheidsbeneming. Zelfs als de wetgever dit niet vindt en de observatiemaatregel doorzet, zijn we van mening dat deze geen nuttige informatie zal opleveren. De meeste mensen gaan vreemd gedrag vertonen als ze drie dagen worden opgesloten tussen ernstig zieke patiënten. Dit gedrag vervolgens interpreteren en zelfs toeschrijven aan een stoornis is niet legitiem.

Het onderscheiden van psychiatrische stoornissen en een causaal verband met gevaar is bij uitstek een competentie van de psychiater. In deze wet is de psychiater dan ook de enige medical expert die hierover kan oordelen. Als er uiteindelijk gedwongen zorg geleverd wordt, is het wel opvallend dat dit niet meer door deze medical expert hoeft te worden gedaan. De wet stelt namelijk niet dat de zorgverantwoordelijke een psychiater hoeft te zijn. Dit snappen wij niet.

Als laatste wil ik kort iets zeggen over de diverse informatieplichten die beschreven worden. Niemand kan nog wegen of deze informatie nog doelmatig is. Ik noem één simpel voorbeeld, niet omdat ik dit het belangrijkste voorbeeld vind, maar om te illustreren waartoe dit kan leiden. Ouders worden straks verplicht ingelicht. Wij ondersteunen zeker dat familie meer inbreng krijgt. Dit lijkt ook logisch als het gaat om jonge mensen die zelf geen informatiedeling met familie willen. Er zijn echter ook patiënten van 50, met ouders van 80 die in een verpleeghuis zitten, of mensen die al jaren lang geen contact hebben gehad met hun ouders. Denk ook aan patiënten die verwikkeld zijn in een vechtscheiding, maar van wie toch de echtgenoten verplicht moeten worden ingelicht. Dat er mogelijkheden komen voor informatiedeling kunnen wij, als die doelmatig is, ondersteunen. Dat hier verplichtingen aan hangen die kunnen leiden tot een ernstig nadeel, zowel voor patiënten als de familie, vinden wij bijzonder.

Kortom, wij juichen goed afgewogen zorg op maat toe, die steeds opnieuw gewogen kan worden en waarover nagedacht kan worden. Bij gedwongen zorg geeft deze wet meer mogelijkheden om een individueel afgestemd plan te maken, maar de focus op veiligheid en openbare ordeproblematiek en de diverse verplichtingen passen eigenlijk niet in deze wet.

De voorzitter:

Dank u zeer. Ik geef het woord aan mevrouw Tamsma.

Mevrouw Tamsma:

Ik ben Houkje Tamsma. Ik ben geneesheer-directeur bij GGZ Friesland en ik ben ook psychiater. Ik zit hier als voorzitter van de afdeling geneesheer-directeuren van de NVvP.

Mijn missie is goede zorg. Daar kan niemand op tegen zijn. Pas bij de uitvoering wordt het ingewikkeld. Ik maak me grote zorgen als de Wet verplichte ggz in zijn huidige vorm doorgaat. Ik heb zorgen over de uitvoerbaarheid en de rechtspositie van de burger die gedwongen patiënt wordt. In onze ogen verschuift het karakter van de wet onnodig van een behandelwet naar een beveiligingswet. Daar is de ggz niet geschikt voor. Wij vragen toch ook niet aan de politie om een psychose te behandelen? Deze verschuiving in de wet wordt meteen duidelijk wanneer we naar artikel 2.1, lid 3 kijken, waarin het element veiligheid aan de bekende drieschaar proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid is toegevoegd. Deze drieschaar is zeer helpend in al ons handelen, zeker bij gedwongen zorg en het hanteren van het beroepsgeheim. Toevoeging van het element veiligheid bij een behandelwet is volstrekt overbodig, omdat dit al is inbegrepen in het element doelmatigheid. Ik zal dit kort toelichten. Gedwongen zorg is aan de orde wanneer sprake is van een psychiatrische stoornis die gevaar veroorzaakt en waarbij het gevaar niet anderszins afgewend kan worden. Doelmatigheid slaat op het effectief behandelen

van deze stoornis, waardoor het gevaar verdwijnt. Dat dient de veiligheid. Wij kunnen behandelen. Dat is ons primaat. Het huidige wetsvoorstel bevat een wirwar aan bepalingen, waarin de patiënt verdwenen lijkt. Met dit wetsvoorstel ondermijnen we het vertrouwen door verplicht te moeten overleggen, door verplicht te moeten informeren, door op te moeten nemen zonder goede grondslag en door de afwijkende rechtspositie bij ingang via de strafrechter. Zo zijn er nog meer voorbeelden. Dit komt niet ten goede aan goede zorg, noch aan veiligheid. Zo spannen wij het paard achter de wagen. Dat kan niet de bedoeling zijn. Maak de wet weer simpel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Vader.

De heer Vader:

Mijn naam is Cornel Vader en ik ben directeur en bestuurder van Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg. Het Leger des Heils is behalve opvangorganisatie ook ggz-aanbieder. De laatste jaren zijn wij nogal betrokken geweest bij en geconfronteerd met de discussie over het toenemende aantal mensen dat we in verwarde toestand aantreffen in onze opvangcentra, onze woonvoorzieningen, bij mensen thuis maar ook op straat. Wij hebben de conceptwet bekeken vanuit de optiek van mensen die er werken en ons afgevraagd of die professionals steun krijgen door de artikelen in deze wet als ze worden geconfronteerd met mensen die maatschappelijk compleet teloorgaan, die schade toebrengen aan zichzelf en aan andere bezoekers of medebewoners in een voorziening of in hun directe woonomgeving. Het komt de laatste tijd vaker voor dat het echt tot agressie komt, ook een enkele keer met fatale gevolgen. Die situaties kennen we allemaal wel uit de media. Wat doen de mensen die bij ons werken? Zij kennen de bezoekers of bewoners erg goed. Zij kennen ook het verloop van het gedrag en maken een inschatting. Soms komen zij tot de conclusie dat er iets moet gebeuren en dat er moet worden ingegrepen, omdat het anders niet goed gaat, waar dat gedrag dan ook vandaan komt. Onze vraag was: is hun handelingsrepertoire nu verruimd door deze wet? Is de toegang tot de psychiatrie vergemakkelijkt, al is die wet daar zoals bekend niet voor? En het belangrijkste: kan met die wet het perspectief van heel kwetsbare mensen worden verbeterd? Onze kijk daarop is dat dat eigenlijk maar in uiterst beperkte mate het geval is. We komen dan op het terrein tussen psychiatrie, gemeenten en strafrecht. Is een verslaving die tot overlastgevend gedrag leidt, de achtergrond? Is het een stoornis of een verstandelijke beperking en wat heeft dan voorrang? Gaat het om bescherming van de omgeving, om bescherming van de samenleving, de bewoners, de medebewoners, de bezoekers, de mensen op straat? Of om bescherming van de mens zelf, die teloorgaat en geen sturing meer kan geven aan zijn leven? De maatregelen in die wet nemen nogal wat tijd in beslag. Ons idee is dat ze de professionals maar heel weinig handvaten bieden om iets te kunnen doen.

De psychiater gaat oordelen, als hij al komt. Dat is vaak niet het geval. Hij reageert terughoudend. Het is ook zijn professionele verantwoordelijkheid om een oordeel te vellen. Maar als het uit de hand loopt, is er nog maar een instantie die we kunnen vragen en die meestal wel komt: de politie. Ook haar arsenaal aan handelingsmogelijkheden is beperkt. Misschien iemand meenemen, opsluiten, een paar uur vasthouden en dan toch maar weer op straat laten gaan. Voor het moment is het probleem dan misschien opgelost, maar de volgende dag kan het opnieuw misgaan. Zelfverwaarlozing, wanhoop, teloorgang, dreigen met geweld, schade toebrengen aan zichzelf of anderen zijn allemaal geen psychiatrische categorieën. De verplichte ggz zal dan ook geen soelaas bieden. Verplichte begeleiding bestaat nog helemaal niet, buiten het strafrecht om. Een

verbetering zou wat ons betreft juist kunnen liggen in het verruimen van de bevoegdheden van burgemeesters, in samenwerking met het OM, om iemand met drang, dus met een stok achter de deur, begeleidingsprogramma's te laten ondergaan, om het geen behandelingsprogramma's te noemen. Dat vraagt om een stevige aanpak, waarbij de reclassering mogelijk een rol kan spelen, evenals een aantal gecontracteerde partners, lokaal of regionaal. Dat kan dus niet met deze wet. Maar het is voor mensen die zelf geen sturing kunnen geven aan hun leven wel heel hard nodig, willen ze ooit nog een keer perspectief krijgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Bluiminck.

De heer Bluiminck:

Voorzitter. Dank voor de gelegenheid om het perspectief van de gehandicaptenzorg hier in te brengen. In de afgelopen acht jaar is in de gehandicaptenzorg met grote inspanning en veel resultaat gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperking. Wij denken dat er nog meer mogelijkheden zijn en dat de Wet zorg en dwang daarvoor de goede kaders biedt. Want een aantal eigenschappen rechtvaardigt een eigen aanpak: in de gehandicaptenzorg ligt de nadruk wel erg op langjarige, soms zelfs levenslange ondersteuning op alle domeinen van het leven, zoals wonen, werken en vrije tijd. In de ggz ligt de focus echter op behandeling, vaak kortdurend. Wij zien ook wel dat steeds vaker in de gehandicaptenzorg vrijheidsbeperking door gedragskundige overwegingen wordt ingegeven, in plaats van door medische overwegingen. Dat en een aantal andere factoren maken dat wij denken dat de Wet zorg en dwang een goede aanpak is om flexibel op en af te kunnen schalen, met inzet van deskundigheid van binnen en van buiten. Daar zijn we best tevreden mee. Wel zien we nog een aantal uitvoeringsvraagstukken, maar die hebben meer te maken met hoe we ervoor kunnen zorgen dat het in de praktijk een gebruiksvriendelijk en niet-bureaucratisch instrumentarium wordt. Wel moet bij toepassing alles goed worden vastgelegd. Aan verwarde personen wordt vaak aandacht gegeven. Ik denk dat dat terecht gebeurt. Het is wel goed, zich te realiseren dat een ggz-invalshoek niet altijd het belangrijkste is. Ook mensen met een verstandelijke beperking kunnen namelijk verward gedrag vertonen als ze worden geconfronteerd met een voor hen onbegrijpelijke situatie. In dat soort gevallen heb je echt heel andere maatregelen nodig dan de observatiemaatregel of de maatregelen, genoemd in de Wet verplichte ggz. In dat geval is een gecombineerde, multidisciplinaire aanpak veel effectiever.

De voorzitter:

Dank u wel. Wij hadden ook de sector voor verpleeghuizen uitgenodigd, maar die kon helaas niemand vrijmaken.

Mevrouw Tanamal (PvdA):

Ik heb een vraag aan de heer Bluiminck, de heer Prinsen en mevrouw Tamsma. In de position paper van de eerste staat dat de maatregelen voor de verplichte ggz patiëntvolgend en niet locatiegebonden zijn. Daarmee wordt de zorgplicht onduidelijk. Als dat zo is, wordt het natuurlijk heel vervelend, ook voor de patiënt. Wat moet er dan gebeuren? Wie is er verantwoordelijk voor de zorgplicht, om te voorkomen dat iedereen naar elkaar gaat wijzen? Worden privacy en het medisch beroepsgeheim daarmee gewaarborgd?

De heer Prinsen:

Ik denk niet dat wij een, twee, drie het antwoord hebben. Als je een opnamewet hebt die gebonden is aan locaties, is de zorgplicht natuurlijk vrij duidelijk, maar als je dat niet hebt, wordt het ingewikkelder. De wet

maakt dat er een geneesheer-directeur en een zorgverantwoordelijke aangewezen moeten worden. De laatste lijkt me dus in principe de eerstverantwoordelijke. Maar die kan niet altijd achter de patiënt aanreizen. We weten dat mensen zich verplaatsen. Als jij op een bepaald moment in een bepaalde stad bent waar je een geneesheer-directeur en een zorgverantwoordelijke krijgt toegewezen, en je besluit het weekeinde daarna ergens anders naartoe te gaan en daar wat langer te verblijven, dan wordt het ingewikkeld als het gaat om ambulante gedwongen zorg. Je zult dus in je ambulante gedwongen zorg moeten vermelden dat iemand zich niet mag verplaatsen door Nederland, maar dan heb je weer een extra vrijheidsbeperking, waarvan de vraag is hoe zinnig die is. Maar het eenvoudig overdragen van de zorg die in een heel traject zit, kan wel ingewikkeld zijn. Ik heb niet direct een oplossing.

Mevrouw Tamsma:

Ik wil hieraan toevoegen dat dit een van de vele uitvoeringsvragen is die nog aan deze wet kleeft. Daar moet een antwoord op gevonden worden. De implementatietermijn moet ruim genoeg zijn, zodat we dit goed met elkaar kunnen uitdenken. Een belangrijk onderdeel hiervan is dat er een goed registratiesysteem moet komen, zoals vanmorgen al genoemd is. Maar dit is een heel lastig punt.

De heer De Lange (VVD):

Dank u wel voor uw bijdragen. Wat mij zo door de dag heen wel bezighoudt, is dat het volstrekt helder is dat iedereen op zoek is naar de beste oplossingen. Er is wel degelijk heel veel reden om dat te doen, omdat er in de uitvoeringspraktijk dingen niet goed gaan. In het blok van vanmorgen kwam vooral naar voren dat bestuurders, hoewel blij met dit soort instrumenten, wel vinden dat alles moet plaatsvinden op basis van een oordeel van opgeleide mensen vanuit de ggz. GGZ Nederland en de psychiaters reageren als volgt: daar zitten toch wel heel veel bezwaren aan, zoals verplichte opnames en verplicht informeren. Maar hoe gaat u uw rol invullen als er iets nodig is? Gaat u de zorg dan wel oppakken zodanig dat mensen daadwerkelijk worden geholpen? U zegt dat u de observatiemaatregel niet ziet zitten, maar wat gaat er dan wel gebeuren om ervoor te zorgen dat die situatie niet voorkomt?

De heer Klompenhouwer:

Wij denken dat die observatiemaatregel niet nodig is, omdat we met de crisismaatregel al heel veel kunnen. Wij bereiden een amendement voor op de tekst van de crisismaatregel om dat makkelijker te maken. Wij denken dat heel veel vraag naar de observatiemaatregel zal verdwijnen. Wij willen mensen wel degelijk indien nodig kunnen opnemen, maar we willen ze vooral kunnen behandelen. Dat willen we niet geregeld hebben via iets aparts als een observatiemaatregel, waarbij mensen wel worden opgesloten, maar niet mogen worden behandeld. Door de tekst van de crisismaatregel iets te verruimen, kan dat worden opgelost.

De heer Prinsen:

U noemt een aantal dingen die wij niet gezegd en gesteld hebben. Wij hebben niet per se moeite met gedwongen opname als dat doelmatig is. We weten ook dat opnames sowieso heel veel schade veroorzaken, doordat mensen zich moeten conformeren aan allerlei afdelingsstructuren waar ze niet om hebben gevraagd. Juist het behouden van sociale structuren en sociale rollen is heel belangrijk in het herstel. Dat gaat per definitie het beste in de thuissituatie. In de ggz zie je verschillende ontwikkelingen op dit punt: ACT en F-ACT voor de wat langduriger zorg, intensive home treatment (IHT) voor de acute zorg. Dit alles gebeurt juist binnen de sociale structuren van de zieke persoon. Maar we zien ook dat er soms redenen zijn voor gedwongen zorg, bijvoorbeeld als er helemaal

geen steunsysteem of huis is. Verder kan het zijn dat het risico niet anders kan worden afgewend dan door opname. Daartegen hebben wij geen enkel bezwaar. Wij denken dat wij daartoe voldoende geëquipeerd zijn. Maar het primaire doel zal moeten zijn het herstel van sociale rollen en van functioneren. Dat kunnen wij het beste doen door het behandelen van de stoornis. Soms kan dat klinisch en vaak ambulantly zijn. Daar zijn zeker nog winstpunten.

U noemde kort het delen van informatie. Ook wij hebben niet altijd een probleem daarmee, maar vaak wordt vergeten dat een patiënt daarvoor toestemming kan geven. Heel vaak kan een patiënt gewoon zien dat het zinnig is om bepaalde informatie met een woningcorporatie of een wijkagent te delen. Maar ik ben nog geen een medewerker van een woningcorporatie tegengekomen die er iets mee kan als ik vertel welke stoornis een patiënt heeft. Maar ze willen het wel weten. Het idee dat dit soort informatie iets toevoegt aan de beheersbaarheid van overlast, zie ik niet. Ik ben zeker voor andere informatie over bepaalde woonwensen die iemands functioneren kunnen helpen, maar ik kan me niet voorstellen dat een patiënt daarvoor geen toestemming geeft.

Mevrouw Tamsma:

Ik sluit aan bij wat gezegd is, maar wil nog even iets toevoegen over verplichte overleggen. Het is mooi als we mogen overleggen, mits dat het goede doel dient. In de wet staat als voorbeeld dat de geneesheer-directeur verplicht moet overleggen, voordat hij besluit tot beëindiging van de maatregel of de zorgmachtiging. Het is mooi als overleg met de burgemeester kan als het een doel dient. Het is absurd te bedenken dat een crisismaatregel kan worden afgegeven voor iemand die vanuit een ernstige depressie ernstig suïcidaal is. Wat heeft de burgemeester daarmee te maken? Ik heb bezwaar tegen het verplichte karakter. Het is mooi dat de wet het mogelijk maakt als het opportuun is.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Dit geeft mij de gelegenheid om nog even door te vragen. Ik begrijp namelijk niet helemaal waarom de verplichting tot overleg tot problemen zou leiden. Er zijn momenten waarop zaken gemist worden, omdat dat overleg er niet is en er niet voldoende gedeeld wordt. De heer Prinsen zegt dat je niets hebt aan een medische diagnose, want dat zegt anderen weinig. Wel heb je er iets aan als je weet wat dat voor gevolgen voor de cliënt en zijn omgeving kan hebben, waarop wellicht moet worden ingegrepen.

De heer Prinsen:

Ik denk dat u heel erg een bepaalde patiëntengroep voor ogen hebt die veel overlast geeft in het publieke domein. Maar dat is zeker niet het grootste deel, ook niet van de mensen die verplichte zorg ontvangen. Zoals mijn collega al zei: als iemand een crisismaatregel krijgt omdat hij ernstig suïcidaal is, is het onnodige informatieverspreiding om daarover een burgemeester of iemand anders in te lichten, als die suïcidaliteit verdwenen is en de stoornis behandeld is. Ik noemde ook al een aantal voorbeelden waarbij de informatieplicht richting anderen heel onhandig is. Natuurlijk, ik ben blij als er enige wettelijke bepaling komt dat ik in bepaalde gevallen mag overleggen met familie als de patiënt mij verbiedt, dat te doen. Ik denk overigens dat ik nu vaak al legitimeer om het wel te doen. Maar als het verplicht is, kan ik het niet meer wegeen. Dat doet ernstig afbreuk aan vele familieproblemen die in de praktijk voorkomen, waarbij het echt mijn beroepseer als goed hulpverlener zou schaden om mensen in te lichten over een patiënt, terwijl ik weet dat er heel veel problemen zijn. Het is mooi dat het kan, maar niet dat het moet: iemand moet erover nadenken. Je zou het liefst in de wet willen zetten dat iemand erover na moet denken. Want ik weet ook wel dat er soms niet gepoogd

wordt om overleg te zoeken. Mensen verschuilen zich soms achter het beroepsgeheim. De verplichting om erover na te denken en het doelgericht in te zetten, vind ik prima. Maar de verplichting tot informatiedeling leidt eerder tot problemen dan tot oplossingen.

De heer Klompenhouwer:

Zo denk ik dat in het overleg in een Veiligheidshuis informatiedeling buitengewoon verstandig is. Als u daarop doelt, ben ik dat helemaal met u eens. Daarin hoeven we ons niet strikt aan de precieze medische regels te houden, mits dat overleg in het Veiligheidshuis niet WOB-able is, zodat informatie over cliënten niet naar buiten kan komen. Maar er zijn omstandigheden denkbaar waarin het zinvol en zelfs buitengewoon verantwoord is om informatie te delen. Of je dat altijd in een situatie van totale verplichting over alle onderdelen moet inbrengen, is de vraag. Maar als het aan de orde komt bij de categorie patiënten in het Veiligheidshuis, denken wij dat er heel veel meer kan dan er nu gebeurt.

De heer Backx:

Misschien mag ik daarop aansluiten? De wet heeft in die zin een bredere strekking dan in het verleden. Deze wet beoogt juist heel erg andere partijen te betrekken bij het lastige probleem van mensen die mogelijk verplichte zorg moeten krijgen. Hoe kunnen we dat proberen te voorkomen? We kunnen ervoor zorgen dat die verplichte zorg zodanig is dat ze nog redelijk ambulante kan blijven; we kunnen zelfs proberen te voorkomen dat die verplichting erop wordt gelegd. Via allerlei andere maatregelen, zoals vrijwillige zorgtrajecten, kunnen we het brede spectrum van maatschappelijke groepen en organisaties daarbij betrekken. Ik vind het juist wel goed dat die overlegmomenten in de wet zijn geregeld, omdat we in het verleden die betrokkenheid hebben gemist. Verder misten we de vanzelfsprekendheid om dat te doen. Ik pleit er zeer voor om dat soort overlegmomenten in de wet te houden, juist vanwege de verbrede intentie ervan.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dank voor uw toelichting. Ik heb een vraag over een ander aspect van deze wet: de verplichte zorg die thuis geleverd wordt. De verschillende wetten liggen al vele jaren in de Kamer en worden steeds weer gewijzigd. Al die jaren wordt gesproken over de ontwikkeling van richtlijnen voor verplichte thuiszorg. Daarmee is men nu zo'n zes jaar bezig. Daar moet goed toezicht op komen. Hoe staat het daarmee?

De heer Klompenhouwer:

Bij mijn weten zijn er nog geen richtlijnen op dit punt. Overigens is ambulante dwang een ingewikkelde situatie. Richtlijnen daarvoor zullen moeten worden ontwikkeld samen met andere partijen, inclusief gemeenten en politie. Je kunt heel veel schade aanrichten door met veel geweld dwang thuis te gaan toepassen. Dit zijn zaken die we met elkaar zullen moeten leren. Misschien zijn eendaagse opnames dan toch wel aan de orde, als dwangmedicatie van toepassing is. Misschien blijkt dat het in 90% van de gevallen zonder al te veel problemen verloopt. Dat zal moeten blijken. Omdat het iets nieuws is, is het heel moeilijk om daarvoor een keiharde richtlijn te maken. De kans dat we daarin een grote vergissing begaan, lijkt me groot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb nog een kleine aanvullende vraag. Eigenlijk wordt nu al een jaar of zes nagedacht over deze wet. Is een concrete invulling al in zicht? In de stukken van de Minister staat steeds: de verplichte zorg thuis kan een enorme meerwaarde vormen. Maar dan ga ik ervan uit dat daarnaar in de

praktijk gekeken is en wordt. Ik wil dat weten als Tweede Kamerlid, als we deze wet gaan behandelen.

De heer **Prinsen**:

De NVvP heeft mede een onderzoek geïnitieerd bij de VU, een onderzoek dat is opgenomen door een ethische onderzoeksgroep. Deze heeft inmiddels verschillende hulpverleners en patiënten gesproken. Ook in de multidisciplinaire richtlijn over dwang en drang staat daar iets over. Dit blijft een heel ingewikkeld onderwerp, waarvan je iets kunt vinden. Een simpel voorbeeld: je wilt iemand gedwongen medicatie toedienen. In de VS zijn daarnaar allerlei onderzoeken gedaan, bij mensen die langdurige zorg ondergaan, waarvan je weet dat ze in het verleden goed hebben gereageerd op een middel. Dan blijkt dat die ambulante dwangbehandeling geen opnames voorkomt, noch opnames verkort. Aan de andere kant zou je juist verwachten dat dat in acute situaties wel helpt, terwijl daar de toetsing vooraf heel ingewikkeld is. Ik heb praktijkvoorbeelden waar ik uiteindelijk onder grote drang samen met de familie een partner heb bewogen om toch medicatie te slikken. Daarmee voorkom je aan het begin van het traject heel veel dwang. De vrouw die ik in mijn hoofd heb, riep: kom maar met die trechter. We hebben letterlijk de medicijnen in haar geopende mond gegooid. Ze was me achteraf enorm dankbaar. Als ze haar mond niet open had gedaan, had ik haar dan een spuit moeten geven? Dat zijn ingewikkelde vragen. Deze patiënt vond dat ik dat zeker had moeten doen, wetende de uitkomst na drie dagen. Bij andere patiënten lag dat lastiger. De winst zit in die heel acute fase. Toetsing vooraf is praktisch onmogelijk. Bellen met een collega kan wellicht nog, maar ik pleit voor een goede evaluatie en toetsing achteraf. Hierover lopen de ideeën heel erg uiteen. Sommigen vinden dat mensen thuis geen spuit mogen krijgen. Ze moeten dan maar een dag worden opgenomen. Anderen vinden dat juist die opname, waarbij de hele buurt meekijkt, het meest ingrijpend is. Hierover zal ooit een knoop moeten worden doorgehakt.

De **voorzitter**:

De vraag was: is er al zicht op het formuleren van een richtlijn. Als ik u zo hoor, is dat nog niet zo.

De heer **Prinsen**:

Dat rapport komt binnenkort uit, maar ik weet niet precies wanneer.

Mevrouw **Tamsma**:

Er is natuurlijk wel een richtlijn. Daarin zijn een paar dingen opgenomen over hoe je precies ambulante dwang toepast. Maar die zijn nog niet helemaal uitgewerkt. Is er nog tijd voor een voorbeeld?

De **voorzitter**:

Ik weet niet of dat zo veel toevoegt aan de moeilijke overwegingen die u dagelijks maakt.

De heer **Bluiminck**:

In de gehandicaptensector bestaat hetzelfde beeld, namelijk het ontbreken van een richtlijn. We zijn er wel mee bezig. Er zijn mogelijkheden om het in de thuissituatie verantwoord toe te passen. Maar dat vraagt wel heel veel uitwerking, temeer omdat we steeds meer werken vanuit een heel brede definitie van vrijheidsbeperking. Daarbij gaat het niet alleen om beperking van de bewegingsvrijheid, maar ook om individuele afspraken omtrent gedrag en leefpatroon. Als je daartoe besluit, moet dat uiterst zorgvuldig gebeuren. Met het stappenplan uit de Wet zorg en dwang, waarin je elke keer periodiek met externe deskundigheid bekijkt of het nodig is, zou je dat best kunnen vertalen naar een thuissituatie, maar dat

moet dan nog wel gebeuren. In die zin liggen er goede uitgangspunten om dat te doen, maar het is er nog niet.

De heer **Vader**:

In aanpalende sectoren zijn er goede voorbeelden te vinden van hoe het ook kan, zij het wel in het voorwaardelijke kader, dus het drangkader. Ik denk aan de jeugdbescherming, de jeugdreclassering, de reclassering, de intensieve gezinsbehandeling, kortom, aan een behoorlijke mate van drang, ook in samenwerking met corporaties, zodat er een stok achter de deur, een zwaard van Damocles is. In die situaties kan uitstekend met stevige vormen van drang, ook achter de voordeur, gewerkt worden, waarbij mensen net een stap verder in hun ontwikkeling kunnen worden gebracht.

De heer **Backx**:

Mijn oproep zou zijn om het niet te geïsoleerd te doen. Beschouw het als iets waar de omgeving van de patiënt bij moet worden betrokken. Zo heb ik deze nieuwe wet gelezen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik weet niet of deze sprekers aanwezig waren bij het blok hiervoor, toen er vooral mensen van de overheid en de rechterlijke macht aan tafel zaten. Daar werd gezegd: burgers komen naar ons toe, wier zoon of dochter behandeling weigert. De burgemeester van Leeuwarden zei niets te kunnen doen. Hij zei dat dat vaak gebeurt. Als ik daarnaar luister, denk ik: daar zit wel wat in. Vervolgens zit ik hier, en dan denk ik hetzelfde. Kunt u eens reageren op de hartenkreet van de gemeentebestuurders die we net hoorden? Zij zeggen niet de middelen te hebben om te helpen. Deze wet biedt die middelen wel.

Mevrouw **Tamsma**:

Ik heb de burgemeester van Leeuwarden dat horen zeggen. Ik zou hem graag nader vragen waar hij het nu precies over heeft. Als ik burgervader was, zou ik vragen aan die mensen of ze bij de huisarts waren geweest en hadden geprobeerd een reguliere verwijzing naar de ggz te krijgen. Verder zou ik de neiging hebben, te verwijzen naar de oggz. De burgemeester kan prima iemand aanmelden bij de oggz of bij een wijkteam. Ik heb de behoefte om aan collega Crone te vragen wat hij precies bedoelde. Hij bracht dat in mijn herinnering vooral in verband met de observatiemaatregel, die hij uitlegde als een maatregel die vooral nodig is in situaties waarin net wat meer tijd nodig is om informatie te verzamelen. Waarom denkt de heer Crone dat we niet genoeg hebben aan de achttien uur die de wet ons daarin nu gunt? Dat is best een ruime tijd om informatie te verzamelen. Als je daarin niet de benodigde informatie bij elkaar hebt, lukt je dat ook niet in drie dagen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Een van de andere sprekers, de heer Griffioen, gaf het voorbeeld van een man bij wie na die achttien uur nog steeds niet duidelijk was om wie het ging. Er zijn kennelijk dus situaties denkbaar waarvoor het huidige wettelijke kader niet voldoet.

Mevrouw **Tamsma**:

Vorig jaar hebben wij binnen GGZ Friesland een man drie maanden opgenomen en na die drie maanden wisten we nog steeds niet om wie het ging. Een observatiemaatregel is daar dus geen oplossing voor. Overigens hebben we daar ook geen geld voor gekregen.

De heer **Klompshouwer**:

De samenwerking op het terrein van de oggz is verschillend geregeld per gemeente. Er zijn gemeentes die specifiek voor deze groep een Team Toeleiding & Bemoeizorg in het leven hebben geroepen, waar alle zorgaanbieders bij zitten en zich over zo'n casus buigen. Daarmee kan heel veel opgevangen worden. Het initiatief ligt dus niet alleen bij de ggz, maar vooral ook bij de samenwerking tussen ggz, gemeente, politie en justitie om te voorkomen dat het oneindig doorgaat. Er is ook een plek nodig waar dit soort casussen besproken kunnen worden. Vanmorgen is ook over het Veiligheidshuis gesproken. Daar zouden dit soort casussen aan de orde kunnen komen. Het gaat erom dat het gesprek met z'n drieën wordt gevoerd. In die zin sluit het aan bij hetgeen mevrouw Spies zei: het gaat er niet meer om om naar elkaar te wijzen, maar om met elkaar zaken op te lossen. Ik herhaal dat het hebben van vier verschillende financieringskaders met allemaal hun eigen wetmatigheden niet helpt bij het oplossen van zo'n probleem.

Mevrouw Tamsma:

Het is overigens ook volstrekt onduidelijk wie er moet betalen voordat de rechter een zorgmachtiging afgeeft. Wie moet de geneesheer-directeur betalen? Wie moet de verklarend arts betalen? Wie moet de zorgverantwoordelijke die het zorgplan organiseert betalen? Is dat de patiënt die zichzelf eigenlijk geen patiënt vindt en misschien ook wel geen patiënt blijkt te zijn, na alle onderzoeken? Moet hij daar een eigen bijdrage voor betalen? Ik weet het niet. Het is een groot punt.

De heer Vader:

Ik wil graag nog iets toevoegen. Of het nu gaat om een ouder die met de handen in het haar zit omdat een van zijn kinderen bijzonder gedrag tentoonspreidt waarvan de ouder denkt dat het door een stoornis komt, of om een buurtbewoner die zich grote zorgen maakt en zich misschien wel ontzettend ergert aan iemand in de straat omdat je van honderd meter afstand kunt zien dat hij zijn huis volkomen verwaarloost, dat het heel onhygiënisch is en dat er overlast is voor de directe omgeving, of om iemand die op straat in het centrum op koopavond of vooral daarna de buurt onveilig maakt, al die zaken moeten bij de burgemeester terechtkomen. Het is een soort noodkreet: volgens ons is er iets heel erg mis met deze mensen, dus help, wat kunt u doen? Het is nu eenmaal zo, ook in deze wet, dat er een professioneel arts, een psychiater, tussen moet zitten om te bepalen of sprake is van een psychiatrische stoornis of een gedragsprobleem, dat mogelijk ergens anders vandaan komt. Het punt is dat er ingegrepen moet kunnen worden, even of voor de iets langere termijn, zodat je de mensen een alternatief en perspectief kunt bieden. Daar zoeken we naar. Ik denk dat deze wet daarin tekortschiet. We hebben het over een sluitende aanpak, maar ik zou het willen hebben over een flexibele aanpak, met een schuifje voor begeleiding, behandeling en strafrecht. Nu loopt dat allemaal door elkaar en wijzen we naar elkaar. Dat is niet goed voor de oplossing van dit soort ingewikkelde vraagstukken. Daarin moet een stap worden gezet.

De heer Prinsen:

Ik wil ook nog iets zeggen over dit punt. Ik wil er nog één dimensie aan toevoegen. Ik ben het namelijk met de heer Vader eens dat een grote groep mensen daarvoor in aanmerking zou kunnen komen in de ogen van de gemeente en soms ook van de politie. Dat vraagt om een soort maatschappelijke detentie, om iets uit te zoeken waar het strafrecht niet past. Het lijkt me niet altijd even legitiem om dat in de zorg te stoppen. Meer zorg is zeker niet altijd een oplossing, terwijl dit voor mensen die de inhoud van die zorg niet kennen, toch soms als een soort paradigma geldt. Zeker de effecten van gedwongen zorg zijn in heel veel gevallen discutabel. Een oplossing voor dit soort problemen zoeken in de zorg lijkt

mij dus niet legitiem. Beoordelen of zorg doelmatig is, lijkt mij bij uitstek iets wat mensen uit de zorg het best kunnen. Daar zijn ook uitgebreide wetenschappelijke onderzoeken naar gedaan.

De heer Backx:

Ik heb nog een aanvulling. We missen de oggz-functie. Daar heb ik in mijn inleiding iets over gezegd. Mijn buurman houdt daar een pleidooi voor en mijn andere buurman ook, dus ...

De voorzitter:

Ik ga u op uw wenken bedienen met mijn vraag. Ik heb goed geluisterd naar u, maar ook naar onze openbare bestuurders en naar de mensen in het eerste blok. Iedereen zegt: we willen het liefst een wet die we niet hoeven te gebruiken, omdat we problemen liever voorkomen. Wat zou er mooier zijn dan dat we een wet maken waarin alles goed geregeld is, maar die in de praktijk niet nodig is? Iedereen zit te glimlachen, want iedereen weet dat dat wel heel ver weg is op dit moment, nog los van de situatie dat mensen ook met uitstekende zorg toch in een ernstige crisis terecht kunnen komen. Een van de dingen die mij opvallen bij werkbezoeken en in de analyses die ik maak, is dat er juist in de situatie waarin je bepaalde dingen zou kunnen voorkomen, geen kader is waarin iemand patiënt is of een betaaltitel heeft. Met andere woorden: die persoon valt nog niet onder de Zorgverzekeringswet, is nog niet in beeld bij het wijkteam en zit een beetje aan tegen een overlast gevende huurder of iets anders. Er wordt niet voor hem of haar betaald en niemand voelt zich verantwoordelijk. Ik zeg het maar even zoals ik het observeer. Hoe lossen we dat op? De heer Backx heeft een oplossing, maar ik zou hierop ook graag een bespiegeling willen van de heer Vader en de heer Klompenhouwer. Ik zie echt dat mensen te laat in beeld komen omdat er dan pas voor hen betaald wordt.

De heer Backx:

U geeft mij nu wel heel veel ruimte om een standpunt in te nemen over de oggz-functie. Die is in Nederland gewoon onvoldoende geborgd. Dat is al een aantal jaren zo en de GGD's merken dat als geen ander. Wij zouden heel graag veel eerder en frequenter een belangrijke rol willen spelen, zoals u zelf net schetste, om te voorkomen dat mensen in dit soort zorgtrajecten terechtkomen en wij zijn er heilig van overtuigd dat dit kan. De GGD's komen heel veel voorbeelden tegen waarbij ze denken: waren we er maar eerder bij geweest met geneeskundige hulpverlening voor de doelgroep die door de stad zwerft en een zorg mijdende houding heeft. Deze mensen moeten veel eerder worden gesignaleerd om na te gaan of ze de geneeskundige hulpverlening krijgen die u en ik ook krijgen. Die hebben deze mensen in Nederland niet; laten we dat gewoon maar toegeven. Deze mensen worden onvoldoende basaal geholpen in wat ze nodig hebben en dan gaat het van kwaad naar erger. Daar kunt u zich van alles bij voorstellen. Met andere woorden: we moeten met elkaar die doelgroep in die fase helder voor ogen houden. Daarin is een rol weggelegd voor de gemeente, het gemeentelijk meldpunt, de oggz en vele andere partijen. We moeten daar een serieuze structuur onder bouwen zodat deze partijen iets kunnen, zodat zij de politie kunnen ondersteunen en er een goed triagesysteem is. Dat hebben wij nu in Nederland immers niet goed geregeld. Wij zien ook mogelijkheden die enorm kostenbesparend zijn en enorm ten goede komen aan het welzijn van deze doelgroep. Daar pleiten wij voor. Nogmaals, dat is momenteel in het wetsvoorstel en in andere wetten onvoldoende geborgd. Je kunt je afvragen of we daar per se een wet voor moeten hebben, maar het feit dat dit onvoldoende in een structuur gegoten is in deze heel ingewikkelde problematiek breekt ons wel op.

De heer **Vader**:

Er is een stukje van het weefsel verdwenen na de decentralisaties. Het slachtoffer daarvan is de bemoeienis op straat, onder andere door de oggz. Ik sluit me aan bij de heer Backx, die zegt dat de rol van de oggz terug moet komen. Die missen we gewoon in de steden. Dat is ontzettend jammer, want die bemoeienis met mensen, soms achter de voordeur, soms op straat, soms in een aparte unit – noem het Skaeve Huse of hoe ze ook maar mogen heten in het hele land – hebben we gewoon nodig voor een beperkte doelgroep. Daar ligt een primaire rol voor de gemeenten.

De heer **Klompenhouwer**:

Ik sluit me voor een deel aan bij het betoog van beide heren. Er is een rol voor de oggz, zonder meer. De gedachte dat de ggz daarin zijn verantwoordelijkheid niet neemt, spreek ik echter tegen. Wij nemen heel veel mensen op zonder er enig idee van te hebben of we ooit aan een betaaltitel zullen toekomen. Dat doen we op grote schaal. Sterker nog, als we de betaaltitel wel vinden, wordt die vaak nog geweigerd door de zorgverzekeraars. Dat is helemaal de andere kant. Aan beide kanten van het spel maak ik dat mee. We hebben zes of zeven verschillende zorgverzekeraars in Nederland en op al die terreinen kunnen wij aan overproductie lijden, zoals de verzekeraars het noemen. Dat betekent dat we zorg leveren die we simpelweg niet betaald krijgen, omdat het niet in hun afspraken staat. Dit soort dingen bepaalt het beeld achteraf, maar zeker niet vooraf. Vooraf neemt iedereen zijn verantwoordelijkheid. We nemen iedereen op die zorg nodig heeft. Geen enkele financiële afweging speelt daarbij een rol. Net is heel even aan de orde geweest wat het effect is van eigen risico's en eigen bijdragen op het zorg mijndende gedrag van onze ernstig zieke mensen. Dat is fenomenaal en mag niet onderschat worden. Wij moeten met de verzekeraars afrekenen en mensen gaan simpelweg zorg mijnden vanwege het eigen risico. Soms zien we mensen in een crisis van wie wij uiteindelijk zeggen: nu is moeder weer in huis, het is weer rustig, dus we gaan weer verder. Die mensen zijn echter wel hun eigen risico kwijt omdat wij langs zijn gekomen in die crisis. Dit zijn echt kafkaïaanse situaties die we samen met de zorgverzekeraars hebben veroorzaakt. Die houden ons niet af van onze centrale taak, want we doen het toch, maar dat betekent wel dat we allemaal systematisch verlies draaien. Dat gaat dus nog maar een tijdje goed. We doen het echter wel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb ook een vraag op dat vlak. Voorzitter, het was fijn dat u de vraag al stelde. Ik heb de nieuwe nota van wijziging gelezen. Op pagina 113 wordt het een en ander geschreven over de zorgmachtiging en de vraag of een zorgaanbieder wel of geen wachtlijst heeft en of er direct zorg geleverd kan worden. Straks komen er een heleboel mensen met een zorgmachtiging. Van de geneesheer-directeur en de officier van justitie moeten zij dan naar een bepaalde zorginstelling. Wat gebeurt er als die instelling aan haar omzetplafond zit of als er een wachtlijst is? Wat gebeurt er dan en wie betaalt de rekening? Die vragen heb ik naar aanleiding van de teksten van het ministerie.

De heer **Klompenhouwer**:

Voorlopig betalen wij de rekening zelf, want we moeten wat. De financiële vraag stellen we pas helemaal achteraf, met de zorgverzekeraars. Dat is dan een theoretische vraag. Deze wordt in het totaal meegenomen. Voor de verplichte zorg – dat is deze morgen even aan de orde geweest – gaat het met name om het aantal beschikbare plekken. De oggz moet in positie komen om sociale crises te kunnen opvangen die niet noodzakelijkerwijs gebaseerd zijn op een psychische stoornis. Die zijn er namelijk ook en die leiden soms ook tot een BOPZ-opname, simpelweg omdat er geen huisvesting is en iemand op grond daarvan suïcidaal wordt. Daarnaast

heb je de harde psychiatrie, om het zo maar te zeggen. De mensen die die zorg nodig hebben, bieden we altijd onderdak. Soms nemen wij ook wel mensen op met een sociale crisis, simpelweg omdat er geen andere oplossing is. U hebt mij al horen spreken over het financiële kader waarin gedwongen opname plaatsvindt. Dat kan niet in het huidige spel. Daar moeten we een andere financiering voor regelen, willen we dit in redelijkheid regelen voor de publieke taak die hier ligt. We moeten ophouden elkaar lastig te vallen, zoals een van de burgemeesters vanochtend al zei. Wie moet dat betalen? Die vraag moeten we niet meer hoeven stellen. Enerzijds moet de oggz in positie komen, anderzijds moeten wij gewoon ons werk kunnen doen zonder op de achtergrond voortdurend zorgen te hebben over de vraag of de rekening wel betaald zal worden.

De heer Prinsen:

Ik hoor de heer Vader zeggen: die psychiater komt dan gewoon niet. Dat vind ik vreemd. Voor 24/7-crisis zorg is de vergoeding op dit moment geregeld per patiënt die iemand ziet. Je regelt je dienst dus zo, dat je geen enorme verliezen lijdt, hoewel bijna alle crisisdiensten in dit land verlies lijden. Je regelt je dienst aan de hand van het verwachte aantal patiënten. Wij worden dus niet betaald voor onze dienstverlening, zoals de politie of de brandweer, maar wij worden enkel betaald per patiënt die wij zien. Als instellingen de toegankelijkheid nog breder moeten maken, gaat iedere instelling failliet aan haar crisisdienst.

Een ander punt over financiering betreft het moment nadat er verplichte zorg is opgelegd. Diverse instellingen, waaronder die waar ik werk, zetten bijvoorbeeld allerlei vormen van een-op-eenbegeleiding op een afdeling in om meer dwang te voorkomen. Ook daarvoor is geen financiering. Als wij ervoor kiezen om iemand wegens beveiligingsredenen uit te plaatsen naar bijvoorbeeld een forensische kliniek, betalen wij het verschilbedrag zelf. De zorgverzekeraar betaalt ons enkel het bedrag voor het opnamebed in de psychiatrie, maar het prijsverschil met een forensisch psychiatrische kliniek, die duurder is, betaalt de instelling zelf. Er is geen financiering nadat er gedwongen zorg is opgelegd, bijvoorbeeld in het kader van beveiliging en het voorkomen van meer drang en dwang met de inzet van een-op-eenbegeleiding. Het gaat dus om de financiering voor en na.

De voorzitter:

We hebben nog een kwartier voor extra vragen.

De heer De Lange (VVD):

Er was nog een opmerking van de heer Prinsen. Hij stelde vanuit de praktijk en vanuit zijn perspectief dat in dit soort gevallen meer zorg niet altijd de oplossing is. Maar daarbij speelt wel een vraag. Er ontstaat een situatie en allerlei partijen gaan daarin acteren. Vanmorgen werd gezegd dat er in zo'n situatie moet worden voorkomen dat mensen overlast gaan veroorzaken, met alle ellende van dien. Hoe ziet hij zijn rol in het samenspel met de lokale partijen, bijvoorbeeld binnen het Veiligheidshuis?

Ik heb ook nog een vraag voor mevrouw Tamsma. We spraken vanmorgen met de burgemeester van Leeuwarden. Mevrouw Tamsma is van GGZ Friesland. Die hebben volgens mij iets met elkaar te maken.

Mevrouw Tamsma:

Jazeker.

De heer De Lange (VVD):

Dan denk ik: in hoeverre is hierover op dit moment overleg gaande? U was het erover eens dat u dit met elkaar moest zien op te lossen, zonder zaken naar elkaar te willen schuiven. Dat triggerde mij wel.

De heer Prinsen:

Ik heb inderdaad gezegd dat meer zorg niet altijd dé oplossing is. U vraagt zich af hoe dit bij een samenwerking moet gaan. Laat ik mij houden bij waar ik goed in ben: voorbeelden uit de praktijk. Ik noem nu één voorbeeld van iets wat vaak voorkomt en ook vaak tot problemen leidt: mensen met een bepaalde persoonlijkheidsstoornis die zich frequent ophouden langs het spoor of die op een flat gaan staan. De politie zegt van hen dat zij suïcidaal zijn en moeten worden opgenomen. De ggz zegt dat deze mensen juist verantwoordelijk moeten worden gesteld voor hun eigen gedrag en soms misschien zelfs een boete moeten krijgen omdat zij langs het spoor lopen; dat is per slot van rekening een strafbaar feit, maar dat terzijde. Als je een goed contact hebt met je patiënt, kun je dit in sommige gevallen gewoon bespreken. Ik heb recent met twee patiënten afgesproken om de politie in te lichten als zij zich ophouden langs een spoor of op een flat, zodat de politie hen niet zal meenemen, maar hen zal benaderen als mensen zonder stoornis en hun een boete zal geven of iets anders zal doen. Dat kan in overleg met de patiënt. U kunt zich voorstellen dat een patiënt heel vaak geen toestemming geeft voor dit soort maatregelen. In het algemeen stel ik regelmatig de vraag aan politieagenten waarom ze deze mensen geen boete geven, omdat ze zich langs het spoor ophouden, wat verboden is. Dergelijke oproepen leiden niet vaak tot constructieve gesprekken. Als deze mensen zijn meegenomen naar het bureau, is dat gebeurd op basis van hulpverlening en niet op basis van aanhouding vanwege dat strafbare feit. Ook als ik hen dan heb gezien en heb gezegd dat ik hen niet ga meenemen, kunnen ze binnen de BOPZ niet alsnog een boete krijgen; dat kan namelijk alleen bij een heterdaad. Er zijn daarover overigens ook uitvoeringsvragen bij de politie, maar volgens mij vooral kennishiaten en -problemen. Ik snap dat niet iedereen die zich langs het spoor ophoudt en roept dat hij dood wil een boete krijgt, maar als iemand zich voor de twintigste keer langs het spoor ophoudt en de ggz twintig keer heeft geoordeeld dat er geen grond is voor gedwongen zorg, dan helpt drie dagen langer observeren ook niet; de persoon is immers al twintig keer geobserveerd. Daar zouden dus gevolgen uit kunnen vloeien. U noemde verder de Veiligheidshuizen. Ik ondersteun wat de heer Klompenhouwer daar eerder over heeft gezegd. Het is heel vaak heel legitiem om in Veiligheidshuizen informatie uit te wisselen, soms ook dit soort informatie. Ik roep daar wel meteen bij dat dat enkel doelmatige informatie moet zijn en dat die informatie enkel moet worden verstrekt aan de partijen die iets met die informatie kunnen. Als ik als psychiater iets wil vertellen over een patiënt waar die patiënt het niet mee eens is, terwijl ik denk dat het legitiem is, vind ik dat ik het recht zou moeten hebben om vier van de tien partijen aan tafel even naar buiten te sturen, omdat ik die informatie niet met die partijen wil delen, maar wel met die andere zes.

De voorzitter:

Zijn er nog andere vragen? Mevrouw Tamsma wordt nu bijna overgeslagen.

Mevrouw Tamsma:

De heer De Lange vroeg of het overleg tussen GGZ Friesland en de burgemeester van Leeuwarden goed is. Dat overleg vindt zeker op een goede manier plaats. De heer Crone haalde even een nare geschiedenis aan die wij in Friesland hebben gehad. In het zeer lezenswaardige rapport van de inspectie wordt de ingewikkeldheid van ons vak heel goed uitgelegd. U kunt daarin teruglezen dat wij ook in die casus heel goed hebben samengewerkt. De slotsom uit die casus is wel dat wij niet alles kunnen voorkomen. Er is een echt heel kleine groep mensen voor wie er niet meteen een goede oplossing is te vinden. De heer Crone heeft even gedacht dat die observatiemaatregel een oplossing zou kunnen bieden,

maar daar is hij van teruggekomen. Als je een oplossing voor deze groep mensen, de Udo D.'s van deze samenleving, wilt vinden, kun je niet anders dan de grondrechten van burgers schenden. Als er niet wordt voldaan aan de criteria voor gedwongen opname binnen het huidige BOPZ-kader of als iemand niet iets heeft gedaan wat moet worden afgestraft, moet je iemand ook niet opsluiten. Als we dat wel zouden doen, zouden we naar een heel rare samenleving toe gaan.

De heer Vader:

Ik wil daar graag nog een opmerking over maken. Mensen verantwoordelijk stellen voor hun daden, daar ben ik helemaal voor. We weten dat onze cellen voor de helft vol zitten met mensen met een verstandelijke beperking. De hele maatschappelijke opvang zit voor de helft vol met mensen met een verstandelijke beperking. Natuurlijk moeten mensen verantwoordelijk worden gesteld voor hun daden, alleen is het de vraag waar hun gedrag vandaan komt; het kan net zo goed een verstandelijke beperking zijn als een psychiatrische stoornis. Deze wet geeft deels mogelijkheden om daarop aan te grijpen, maar voor die andere helft is het gewoon niet geregeld. Die moet op een andere manier alsnog ergens terugkomen.

De voorzitter:

Met de toestemming van mijn collega's wil ik daar graag zelf nog een vraag over stellen. We weten dat het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg samenhangt met de Wet zorg en dwang, terwijl er toch verschillende juridische kaders voor gelden. Het gaat daarbij om de rechtsbescherming en de uitvoering. Ik heb een vraag voor de heren Vader en Bluiminck, maar mevrouw Tamsma en de mensen van de geestelijke gezondheidszorg mogen natuurlijk ook reageren. Voor iemand die thuis zit en dementerend is of een verstandelijke beperking heeft, en voor wie psychiatrie niet aan de orde is maar wel verplichte zorg nodig is, is er geen handelingskader. Is dat geen omissie in het wetstraject dat we nu doorlopen?

De heer Bluiminck:

Dat zou kunnen. Ik denk dat de rechtsbescherming door beide wetten niet zo veel verschilt. Dus zowel vanwege het wetsvoorstel verplichte ggz als de Wet zorg en dwang geldt een aantal waarborgen bij wilsonbekwaamheid, ook in de thuissituatie: als er geen vertegenwoordiger is, kan de kantonrechter een mentor aanwijzen; er is een procedure om een externe cliëntvertrouwenspersoon bij de zorgverlening te betrekken, die ermee kan instemmen; de zorgorganisatie heeft een externe klachtenregeling te organiseren. In principe zijn die dus vergelijkbaar. Als het gaat om het betrekken van de cliënt of diens vertegenwoordigers in de verstandelijkgehandicaptenzorg is het anders geregeld, maar volgens mij niet slechter. Bij de invulling van het zorgplan en een eventuele toepassing van de vrijheidsbeperking wordt er altijd andere deskundigheid bij betrokken.

De voorzitter:

Mijn vraag betrof de thuissituatie. Bij gedwongen zorg wordt volgens de Wet zorg en dwang de zorgmachtiging afgegeven voor een opnameplek, maar zoiets geldt niet voor de thuissituatie. In de Wet verplichte ggz zal dit wel het geval zijn. Dit staat los van de vraag over de rechtsbescherming, waarover we verschillende geluiden hebben gehoord. Ik wil graag weten wat u doet in zo'n thuissituatie. Vindt u dit geen omissie? U heeft toch ook te maken met mensen die wonen in een beschermdwonen-setting, die te maken hebben met het gedwongen kader. Feitelijk kunnen zij onder de Wet zorg en dwang geen gedwongen zorg krijgen. Wat doet u dan?

De heer **Bluiminck**:
Daarop moet ik u het antwoord even schuldig blijven.

De heer **Prinsen**:
Mag ik hier even op reageren? U stelde de vraag niet aan mij, maar wij als psychiaters zijn heel erg blij dat de Wet verplichte ggz niet meer enkel een opnamewet zal zijn. De Wet zorg en dwang lijkt dat nog wel te zijn. Ik zie geen enkele reden waarom het anders zou zijn. In de afgelopen week kwam ik als crisispsychiater bij een dementerende man, wiens partner zijn pilletjes onder de jam op brood deed. Ik kan dan alleen maar zeggen dat ik dat niet wil weten, omdat ik zoiets niet mag goedkeuren. Ik snap waarom die mevrouw dat doet, maar ik wil het niet weten. Ik denk dat er bij deze doelgroepen soms net zulke goede redenen kunnen zijn om ambulante dwang toe te passen.

De heer **Klompenshouwer**:
Even aanvullend daarop: als er thuis geen oplossing wordt gevonden, worden deze mensen via een ibs gedwongen opgenomen. Dan hebben wij een heel groot probleem om deze mensen naar de V&V-sector dan wel naar de verstandelijkgehandicaptensector overgeplaatst te krijgen. Dat is de huidige werkelijkheid. Als de gedragsstoornissen en de thuissituatie te ernstig zijn, geldt in zo'n situatie gewoon de ibs.

Mevrouw **Tamsma**:
Wij hopen dat dat met de nieuwe wetgeving niet meer nodig zal zijn. De problematiek is overigens vaak ernstig gemengd; zaken zijn lastig uit elkaar te trekken, de oorzaken van de problemen gaan van primair een verstandelijke beperking tot primair een psychiatrische stoornis. Het lijkt mij erg ingewikkeld om elke keer tussen die wetten heen en weer te moeten gaan.

De **voorzitter**:
Uit het zwijgen aan mijn linkerkant kan ik concluderen dat er geen verdere vragen meer voor u zijn. Ik wil u hartelijk danken voor uw komst en voor uw betrokken pleidooi. Ook aan u is de opmerking van de vaste Kamercommissie gerechtvaardigd dat u dit gesprek moet zien als een open lijn om ons uw ervaringen en betrokkenheid te blijven meedelen of kenbaar te blijven maken, ook als wij straks in de wetsbehandeling zitten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Blok 4: Patiënten en hun familie en omgeving

Gesprek met:

- **Mevrouw M. ter Avest, directeur Landelijk Platform GGz (LPGGz)**
- **De heer B. Stavenuiter, Ypsilon**
- **Mevrouw M.M. Meijer, auteur van «Een ongeluk in mijn hoofd», diverse publicaties en ervaringsdeskundige**
- **Mevrouw J. Santegoeds, Actiegroep Tekeer tegen isoleer**
- **Mevrouw A.M. Bruijs, Alzheimer Nederland**

De voorzitter:

Ik heropen het rondetafelgesprek dat de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport de hele dag al organiseert over de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. We hebben gesproken met mensen uit de wetenschap en adviescolleges, met mensen van de overheid en de rechterlijke macht en met verschillende zorgpartijen. Dan kunnen natuurlijk de patiënten, hun familie en de omgeving niet uitblijven. Lest best, zou ik zo zeggen.

Ik heet de genodigden van harte welkom. Hoewel velen van u vandaag bij veel blokken aanwezig zijn geweest, herhaal ik toch even de spelregels. U krijgt van mij kort de tijd om uzelf en uw organisatie even voor te stellen en uw positie aan te geven. U hebt allen ook een position paper gestuurd, waarvoor dank. Als u het zo kort mogelijk houdt, hebben wij zo veel mogelijk tijd om vragen te stellen en is er de gelegenheid om onderling een discussie te voeren.

Het woord is allereerst aan mevrouw Ter Avest.

Mevrouw Ter Avest:

Goedemiddag. U hebt er volgens mij al een heel lange dag op zitten, dus ik hoop dat wij hier aan het eind van deze dag nog een beetje gaan vlammen. De Wet verplichte ggz is een ontzettend belangrijke wet voor onze achterban. Wij hebben hier echt een heel lange tijd met elkaar over gesproken. Ik kan u eigenlijk maar één ding meegeven: we zijn vooral heel boos. Die boosheid heeft vooral te maken met het feit dat wij hebben gezien dat de wet van een zorgwet langzamerhand is opgeschoven naar een beveiligingswet. Onze boosheid richt zich vooral op de observatiemaatregel. Wij vinden dat echt een onacceptabele toevoeging in de wet, die in strijd is met het onlangs geratificeerde VN-verdrag. Het is een fundamentele aanval op het recht op vrijheid en zelfbeschikking.

Op grond van een vermoeden van gevaar kan iedere burger die verward gedrag vertoont en overlast veroorzaakt, drie dagen worden opgesloten voor een vluchtig onderzoek. Als we de onderzoeksuitkomst meenemen dat 50% van de mensen die door de politie als verward wordt aangemerkt, uiteindelijk niet verward blijkt te zijn, dan begrijpt u onze voorspelling dat deze maatregel uiteindelijk zal leiden tot willekeurige vrijheidsbeneming van Nederlandse burgers. Bij een stapeling van maatregelen kan een burger in totaal tien dagen worden opgesloten zonder dat er een rechterlijke toetsing aan te pas komt.

Wat ons betreft, is de observatiemaatregel ook overbodig, omdat de crisismaatregel en de zorgmachtiging voldoende mogelijkheden bieden om mensen die een gevaar vormen voor zichzelf en voor de omgeving, snel in de zorg te krijgen. Wij willen een beschaafde samenleving. Wij willen een beschaafde samenleving die zich bekommert om mensen die kwetsbaar zijn, om mensen met dementie, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een psychische kwetsbaarheid of mensen die om een andere reden in een verwarde toestand raken.

Als LPGGz zullen wij ons erg strijdbaar opstellen om te voorkomen dat kwetsbare mensen drie dagen ter observatie worden opgesloten zonder zorg te krijgen. Dat is inhumain, traumatiserend en onwenselijk. Het ondermijnt het vaak broze vertrouwen van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in hun hulpverleners. Met deze maatregelen worden de problemen op termijn alleen maar groter.

We zijn vooral boos omdat men met de observatiemaatregel kiest voor de verkeerde oplossing van het verkeerde probleem. Dat er te veel verwarde mensen op straat zijn die de orde verstoren en een gevaar vormen voor de samenleving, is niet het probleem. Het probleem is het bestaan van wachtlijsten. Het probleem is dat er geen mogelijkheid meer is om vrijwillig aan zorg te komen als er zich problemen voordoen. We zien eigenlijk alleen nog maar gedwongen opnames. Het probleem is dat er geen 24 uurscrisis zorg aanwezig is. Het probleem is dat er onvoldoende wordt geluisterd naar familie. Het probleem is dat er gebrek aan woningen is en dat we zien dat mensen met psychiatrische aandoeningen uit hun woningen gezet worden. Het probleem is dat er onvoldoende wordt geïnvesteerd en zelfs wordt bezuinigd op laagdrempelige voorzieningen, zoals inloop, contactgroepen, dagbesteding en toeleiding naar werk.

Wat betekent dat voor mensen? Dat betekent lege dagen, weinig tot geen sociale contacten en het ontbreken van een dagstructuur. Dat betekent

armoede, geen eigen huis en een gebrek aan perspectief en zingeving. Dit zijn de problemen waar we mee te maken hebben. Een observatiemaatregel is absoluut het verkeerde maar ook het meest beschamende wat we ons kunnen veroorloven in onze maatschappij. Ik doe aan de Kamerleden dan ook de dwingende oproep om deze observatiemaatregel niet aan te nemen. Het is eigenlijk een sluiks instrument in een zorgwet om de openbare orde te herstellen.

Ik wil nog even heel kort aangeven welke positieve kanten wij aan de wet zien. Dat zijn zes punten. Heb ik daar nog tijd voor of moet ik dat straks doen?

De voorzitter:

Ik denk dat we daar nu geen tijd voor hebben. Het woord is aan de heer Stavenuiter.

De heer Stavenuiter:

Zoals een aantal van u weet, ben ik allang werkzaam bij Ypsilon. Een van de eerste verhalen die ik las, was het ervaringsverhaal van een moeder in Eindhoven. Zij beschreef op beklemmende wijze hoe haar zoon Roel Burema, een jongen met schizofrenie, door een aantal buurtbewoners niet werd geaccepteerd. Het Reformatorisch Dagblad uit die tijd citeert de officier van justitie. «Het doden van Burema heeft urenlang geduurd. Het was afgrijselijk, temeer daar medeflatbewoners het nodige moeten hebben gehoord zonder een vinger uit te steken.»

Ik vertel dit, omdat nog te vaak wordt gedacht dat het geesteszieken zijn die geweld gebruiken, terwijl ze statistisch gezien juist vaak het slachtoffer zijn van geweld. Dat is wat me stoort aan de mediaoproepen van burgemeesters en politiechefs dat er wat aan verwarde personen moet gebeuren in het kader van overlast. Dergelijke oproepen stigmatiseren, omdat niemand de persoon ziet staan om wie het gaat. Het gaat erom dat u Roel ziet staan, en zijn moeder, die achterbleef.

Ypsilon vertegenwoordigt de moeders van duizenden Roelen. Vandaag ligt de Wvggz voor. Ik ben blij met de onderdelen die dat als insteek hebben en ik maak me tegelijkertijd zorgen over de onderdelen waar dat onvoldoende uit blijkt. Welke dat zijn, vindt u terug in de position paper die wij hebben gestuurd.

In de kern gaat het om het volgende.

1. Mooi dat de wet na twintig jaar BOPZ de familie weer ziet staan.
2. Preventief valt er veel te doen, maar dan moeten de familie en ook anderen wel weten waar ze moeten aankloppen. Wij pleiten voor een landelijk meldpunt.
3. Loopt dat goed, dan is een observatiemachtiging niet nodig.
4. Dwang heeft niets therapeutisch, maar kan wel op menselijke wijze gebeuren en is soms toch nodig.
5. Maar dan moeten cliënten en familie wel gezien en gehoord worden.
6. Laat cliënten en naasten meedenken over de effecten van deze wet in de praktijk.
7. Wij nemen graag de rol op van kwartiermaker naar de familie, maar faciliteer ons daar dan wel in. Was een opname vroeger het moment van rust voor de omgeving, nu wordt het hard werken voor de naastbetrokkenen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Meijer.

Mevrouw Meijer:

Mijn naam is May-May Meijer. Ik leidde best een normaal leven als universitair docent. Ik was ook politiek actief totdat ik het idee kreeg dat ik in de gaten werd gehouden door de AIVD. Er volgde een opname van zes

maanden. Ik kreeg gedwongen medicatie. Zonder die gedwongen medicatie had ik, denk ik, nu niet meer hier gezeten. Ik kreeg ook de diagnose schizofrenie en er volgde een scheiding. Nou ja, het was persoonlijk best een zware tijd.

Sterk aan het nieuwe wetsvoorstel vind ik artikel 2.1, dat gaat over het belang van zorg op basis van vrijwilligheid en het belang om verplichte zorg te voorkomen. Ook sterk vind ik dat er mogelijkheden worden geboden om zorg te verlenen aan iemand van wie de geestelijke gezondheid gestabiliseerd moet worden. Ik noem voorts een grotere rol voor de familie.

Gevraagd wordt welke mogelijkheden er zijn om de wetsvoorstellen te verbeteren. Ik sluit me aan bij wat het LPGGz zei over het schrappen van de observatiemaatregel. Ik denk daarnaast dat het goed zou zijn als de centrale verzoekerrol bij de geneesheer-directeur blijft in plaats van dat die bij het Openbaar Ministerie komt. Je hebt namelijk echt het gevoel dat je terechtstaat als je met je advocaat voor een rechter zit, terwijl je eigenlijk gewoon ziek bent. Verder vind ik termen als «psychische stoornis» en «stoornis van de geestvermogens» stigmatiserend. Zelf zie ik liever termen als «psychische ziekte» of «psychische kwetsbaarheid». Ik zie ook niet in waarom er over psychische ziekte ineens heel anders gepraat moet worden dan over fysieke of somatische ziekte. Ik denk dat terminologie of de kracht van taal daarin heel belangrijk is.

Verder heeft de paper van Jolijn Santegoeds mij geïnspireerd. Ik heb de isolatie als zeer traumatisch ervaren. Ik weet niet hoe het nu geregeld is in de wet, maar ik denk dat het goed is als na een aantal dagen een onafhankelijk psychiater komt meekijken. En inderdaad, het is ook goed als je kunt klagen als je te lang in de isolatie zit. Ik begreep uit de brief van professor Mulder dat het niet meer via de Argus-registratie aangegeven hoeft te worden. Dat lijkt me ook een punt van aandacht.

Een laatste punt is het volgende. Ik zag dat je ook gedwongen medicatie thuis kunt krijgen. Ik denk dat ik dan van huis weggelopen zou zijn. Dat is misschien ook iets om rekening mee te houden.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Santegoeds.

Mevrouw Santegoeds:

Hoi. Ik ben Jolijn Santegoeds. Ik ben de oprichter van Actiegroep Tekeer tegen de isoleer en de Stichting Mind Rights. Ik ben tevens een bestuurslid van het Europees Netwerk van Users and Survivors of Psychiatry en ik ben een van de twee co-chairs van het World Network of Users and Survivors of Psychiatry. In die laatste capaciteit zit ik regelmatig bij de VN, omdat het wereldnetwerk een ECOSOC-consultancy status heeft. Ik weet er dus vrij veel van, om het zo maar te zeggen.

Geachte commissieleden. Soms is het noodzakelijk om te luisteren naar de minderheid. Soms worden bepaalde groepen mensen namelijk niet gehoord. En soms zijn er zelfs VN-verdragen nodig om bepaalde groepen mensen een stem te geven en een bestaande tunnelvisie te doorbreken. Dat is nu ook het geval.

Op 14 juni 2016 is het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een beperking in Nederland geratificeerd. Het ratificeren van een VN-verdrag betekent verandering, en geen business as usual. Een verandering gaat vaak gepaard met weerstand, om allerlei redenen. Bij diverse VN-verdragen zien we dezelfde stereotype tegenargumenten, zoals het argument van de onbekwaamheid. Dit argument wordt doorgaans bij elke minderheid gebruikt, zoals ten aanzien van vrouwen, kinderen en mensen met een andere afkomst. Maar met de juiste kansen kan iedereen meedoen. Een hele groep mensen wegzetten als onbekwaam is een achterhaald clichéargument en kan anno 2016 niet meer serieus genomen worden.

De term «wilsonbekwaam» is dubbel misleidend. Bij dwang is er namelijk altijd sprake van een tegenovergestelde wil. Er is sprake van een meningsverschil, en niet van wilsonbekwaamheid. Dat is een heel belangrijk punt.

Dwang betekent dat de persoon «nee» zegt, maar dat er desondanks over de persoonlijke grens wordt heengegaan. Dat is afschuwelijk! Het is het tegenovergestelde van zorg. Veldpartijen erkennen dat dwang geen zorg is. De term «verplichte geestelijke gezondheidszorg», vervolgens «verplichte zorg» en «noodzakelijke zorg» genoemd, geeft geen enkele blijk van dit voortschrijdende inzicht en kan anno 2016 evenmin nog serieus genomen worden. Dwang is geen oplossing maar een probleem. Het is een steeds groter probleem, vooral nu de internationale gemeenschap dwang in toenemende mate bestempelt als een mensenrechtenschending.

Struisvogelpolitiek is geen oplossing. Dwang moet afgeschaft worden en er is vernieuwing nodig. Het implementeren van dit VN-verdrag vormt een wereldwijde uitdaging, ook in de Westerse landen. In de Westerse landen heeft de klinische psychiatrie namelijk haar wortels. Nog heeft geen enkel land ter wereld een ideaal systeem. We zitten in een gezamenlijke zoektocht. Echte zorg is iets moois. Dwang is niet iets moois. Het oplossen van meningsverschillen en conflicten zonder geweld is mogelijk. Met andere woorden: vrede is mogelijk. Daar moeten we naar streven. Dat begint bij contact maken en gelijkwaardigheid, ook in de zorg. Dus laten we deze uitdaging aannemen. Het is de taak van onze generatie. Laten we een mooie wereld opbouwen. Laten we zorg opbouwen in plaats van dwang. De Wvvgz moet van tafel en dwang is niet langer meer toelaatbaar.

Ter ondersteuning van dit pleidooi wil ik graag deze petitie «Wetgevers, regel zorg in plaats van dwang» aanbieden. Deze petitie is ondertekend door een groot aantal experts met kennis van zaken uit het veld. Dit laat zien dat er voor deze vernieuwing draagvlak is in de praktijk. Dank u wel.

(Applaus)

De voorzitter:

Ik hoor een applaus. Het is bij debatten niet toegestaan dat mensen uit het publiek hun goed- of afkeuring tonen. Ik kan me echter wel voorstellen dat het nu even gebeurt.

Jolijn, dank je wel. Ik wist niet dat je dit ging doen. Ik weet ook niet of het volgens de regels is, maar ik kijk wel even door mijn vingers.

Het woord is aan mevrouw Bruijs.

Mevrouw Bruijs:

Mijn naam is Anne-Marie Bruijs. Ik ben belangenbehartiger bij Alzheimer Nederland.

Geachte commissieleden en andere aanwezigen in deze zaal, Alzheimer Nederland verwerpt de observatiemaatregel. Deze stelt mensen met dementie bloot aan een traumatische ervaring van drie dagen. Dat is helaas geen passende zorg bij dementie. Dementie is een ernstige ziekte. Toch woont 70% thuis. Dat kan ook best. Men gaat naar de winkel en de club, maar soms gaat dat niet goed. Mensen met dementie reageren dan primair met boosheid en onbegrip. Het resultaat: de situatie raakt ontregeld. Wat is naar de mening van Alzheimer Nederland de oplossing? Het mes snijdt volgens mij aan twee kanten: via specialisten en via leken. Eerst de specialisten. In Nederland hebben we specialisten voor dementie, zoals in de netwerken en meldpunten voor dementie, en het casemanagement voor dementie. Onze oproep is: benut deze beter en laat ze meer aansluiten bij de sociale wijkteams en lokale crisisteam, zodat de casemanager kan helpen bij een acuut probleem. Ten tweede de leken. Verbeter de lekenkennis. Ja, dat hoort u goed. Via de landelijke campagne

«Samen dementievriendelijk» volgen supermarkten, gemeenten en bijvoorbeeld ook de politie trainingen. Wij horen van supermarkten terug dat zij niet meer de politie bellen bij een lastige klant; ze lossen het zelf op. Ik dank u voor uw aandacht.

De voorzitter:

Ik dank u ook. We gaan beginnen met een vraag van mevrouw Tanamal.

Mevrouw Tanamal (PvdA):

Ik wil eerst uitspreken dat ik het heel dapper vind dat u hier allen zit en dat ik het waardeer dat u de moeite heeft genomen om hier helemaal naartoe te komen. Het zal niet altijd makkelijk zijn om hier publiekelijk over te spreken. Mijn complimenten daarvoor.

Mijn vraag is niet aan iemand specifiek gericht, maar misschien kan degene die wil antwoorden zijn vinger opsteken. Door dit wetsvoorstel krijgt de familie een grotere positie, met name op het punt van informatie. Iedereen is het erover eens dat dat heel belangrijk is. Eerder vandaag zei een van de psychiaters dat de familie niet altijd moet worden geïnformeerd, omdat dat juist tot vervelende situaties kan leiden. Ik hoor graag van u of u het daarmee eens bent. Bent u van mening dat het goed is om familie en naasten altijd te informeren, of alleen de mantelzorger, de naaste die het dichtst bij de persoon in kwestie staat? Hoe staat u tegenover die informatieplicht?

De voorzitter:

Ik zie dat de heer Stavenuiter, mevrouw Santegoeds en mevrouw Meijer hun vingers opsteken.

De heer Stavenuiter:

Helemaal aan het einde maakte u een bruggetje naar waar het volgens mij om gaat. Alleen al aan vaderskant heb ik een familie van honderd mensen. Als ik ooit zou worden opgenomen, zou ik niet willen dat al die honderd mensen zouden worden ingelicht. Dit is natuurlijk allemaal bedoeld voor de mensen die het meest met je te maken hebben: die moeten kwijt kunnen wat zij aan kennis hebben en zij moeten worden geïnformeerd op cruciale momenten. Dus gaat het om de familie in het algemeen of om mantelzorgers? Wat mij betreft gaat het daarbij per definitie om mantelzorgers.

Mevrouw Santegoeds:

Als ik het goed begrijp, gaat het om het delen van informatie. Het hangt ervan af om welke informatie het gaat. Het feit dat ik opgenomen ben, is wat anders dan de hele inhoud van de opname. Ik denk dat dit per onderwerp en per persoon verschilt. Ik wil mijn seksuele achtergrond misschien niet met mijn mantelzorgers delen, maar andere dingen misschien weer wel. Ik denk niet dat er een universele oplossing is.

Mevrouw Meijer:

Ik denk ook dat het goed is als de directe mantelzorgers geïnformeerd worden, maar de autonomie van de patiënt moet wel belangrijk blijven. Ik heb bijvoorbeeld een keer gehad dat mijn vader met een psychiater overlegde over hoeveel medicatie ik zou krijgen en dat ik daar zelf geen stem meer in had. Ik dacht toen: wacht even, het is wel mijn leven. Maar goed, ik heb op zich heel veel steun aan mijn directe familie, dus ik vind het een goed idee als zij daarbij betrokken zouden worden.

De heer Stavenuiter:

In de wet wordt weer dat riedeltje opgenomen: het gaat om de familie, maar ook om de voor de continuïteit van de zorg relevante mensen.

Volgens mij is dat een goede kernzin. Volgens mij vang je daarmee wat je wilt vangen.

Mevrouw Santegoeds:

Ik denk echt dat we verkeerd bezig zouden zijn als dat delen van informatie zou gebeuren in de aanloop naar een dwangtoepassing en als de familie bijvoorbeeld zou worden gevraagd om signalen door te geven. Als het slecht met mij gaat, wil ik mijn vertrouwenspersonen eigenlijk gebruiken om in vertrouwen met iemand te kunnen praten. Als ik aangeef dat het slecht met mij gaat, mijn naasten dat gaan doorbellen naar de ggz en er daardoor van alles gebeurt, wordt daardoor mijn vertrouwen in die naaste ondermijnd en ben ik mijn vertrouwenspersoon kwijt, omdat die door het dwangstelsel is ingelijfd. Ik vind zoiets een heel zorgelijke ontwikkeling. Ik denk dat we dat niet moeten willen.

De heer De Lange (VVD):

Ik dank alle genodigden voor hun inbreng, waarmee ze het nodige voor mij inkleuren. Het Landelijk Platform GGz pleit er heel nadrukkelijk voor om de observatiemaatregel vooral niet op deze manier vorm te geven. U deelt dat allemaal. De familie speelt natuurlijk wel een heel belangrijke rol. Er is echter meer dan alleen die observatiemaatregel. Ik vroeg mij af hoe u aankijkt tegen al die andere maatregelen in dit hele voorstel. Bent u van mening dat daarvoor feitelijk wel voldoende is geregeld en dat er waarborgen zijn gegeven voor een goede wet? Hoe kijkt u daartegen aan? Misschien kan Ypsilon dit verder inkleuren?

Mevrouw Ter Avest:

Ik sluit me helemaal aan bij de lijn die stelt dat het om zorg gaat en niet om dwang. We moeten vooral de zorg opbouwen. Voor ons ligt die totale discussie iets genuanceerder. Wij zijn niet tegen elke vorm van dwang, maar wij vinden het wel een heel belangrijk principe dat die zo licht, kort, humaan en proportioneel mogelijk is. Wij vinden het vooral goed dat dat laatste nu in de wet staat. Wij zijn ook van mening dat het goed is dat er nu wordt gekeken naar hoe je dwang kunt toepassen in een ambulante setting, zij het in de lichtste vorm. Wij vinden het namelijk belangrijk dat opnames zo veel mogelijk moeten worden voorkomen. Ik zei net al dat het ons grootste zorgpunt is dat er voor die ambulante setting zo veel randvoorwaarden ontbreken. Om die reden komt er op een gegeven moment zo'n observatiemaatregel. Ik denk dat wij ons daar allemaal veel zorgen over zouden moeten maken. Die observatiemaatregel moet eigenlijk direct van tafel. We zouden er echt over moeten nadenken waarom zoiets in godsnaam in onze maatschappij opkomt. Dat heeft het maken met het feit dat de zorg aan alle kanten tekortschiet, met wachtlijsten et cetera. Ik heb dat al aangegeven. Wij zien in de crisismaatregel en in de zorgmachtiging op zich al voldoende mogelijkheden om tot dwang te komen.

De heer Stavenuiter:

Volgens mij vroeg u specifiek of wij ons kunnen vinden in wat in de wet staat. Volgens mij hoort dit bij veel in het stuk waar ik blij van word. In deze wet is namelijk geprobeerd om te achterhalen hoe degene om wie het gaat en de betrokkenen zelf aankijken tegen die ontstane situaties. Er kan nu worden meegepraat over het plan van aanpak. We hebben de zorgkaart. Als er een procedure onderweg is omdat men ziet dat het fout gaat, is er de mogelijkheid van een time-out en kan er worden bekeken of het niet op een andere manier kan worden opgelost. Van al die dingen kan ik wel blij worden.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik was erg onder de indruk van het verhaal van onder anderen mevrouw Meijer. Haar openheid vind ik echt bijzonder. Ik dank haar daarvoor, want zij helpt ons daarmee enorm om ons hierin te kunnen verplaatsen en om te zien waar het in de kern om gaat. Zij maakte een heel rake opmerking. Zij zei: als zij mij thuis gedwongen zorg hadden gegeven, was ik gewoon weggelopen. Ik vraag haar wat in haar ogen wél de juiste aanpak is. Zij heeft dit zelf meegemaakt en zij beschrijft het. Zou zij daar wat meer over kunnen zeggen? Ik denk daarbij ook aan het verhaal van de burgemeester van Leeuwarden, die al die vragen van familieleden krijgt, van mensen die zich ontzettend zorgen maken over hun zoon of dochter maar zelf niks kunnen of mogen doen. Wat zou een goede manier zijn?

Mevrouw Meijer:

Dat is moeilijk, omdat niet alles in een wet geregeld kan worden. Jolijn gaf al het belang aan van goede zorg en communicatie. Ik denk dat artsen en verpleegkundigen echt wel contact proberen te maken met iemand in een psychische crisis. Ik heb het zelf bijvoorbeeld één keer gehad dat een arts of een ambulancebroeder bij mij voor de deur stond. Ik was in crisis, en hij ging op zijn knieën zitten. Dat gaf mij het gevoel van: o, met hem kan ik praten. Ik heb het ook een keer gehad dat de politie bij mij aan de deur stond, en dat die me boos aankeek. Ik dacht toen: o, dit is een signaal, ik moet aanvallen. Tja, het is eigenlijk best grappig. Je kunt niet alles bij wet regelen, bijvoorbeeld hoe er met iemand wordt omgegaan. Vandaar dat ik veel in gesprek ga met psychiaters en met geneeskundestudenten. Ik denk dat dit iets is voor de sector zelf. Patiënten wordt bijvoorbeeld veel cognitieve gedragstherapie geleerd, maar psychiaters zeggen gewoon: u bent ziek, dus u hebt medicijnen nodig. Zij benaderen patiënten dus niet met cognitieve gedragstherapie. Ik denk dat zoiets al enorm zou schelen. Maar goed, wat moet je dus doen? Ikzelf denk dat dwang niet altijd valt te voorkomen. In mijn geval is het inderdaad goed geweest dat ik een dwangopname heb gehad, maar het zou beter zijn geweest als mensen zich op een normale manier in mij hadden geprobeerd in te leven. Het zou dan goed met me zijn gegaan. Nu ben ik zodanig dat ik zelf weet dat ik met iemand moet gaan praten als ik denk dat de AIVD mij achtervolgt. Dat helpt mij en het voorkomt een gedwongen opname. Ik hoop dat ik uw vraag hiermee een beetje heb beantwoord.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Misschien mag Jolijn Santegoeds hier ook op reageren, voorzitter?

De voorzitter:

Ja hoor, dat mag, en daarna mag ook mevrouw Ter Avest reageren.

Mevrouw Santegoeds:

Vanuit mijn ervaring kan ik nog het volgende zeggen. Ik heb het meegemaakt dat ik in een isoleercel zat en echt het gevoel had dat ik was omringd door vijanden die allemaal verschrikkelijke dingen met mij deden. Ik wilde niks met hen te maken hebben. Toen ik daarna op een andere afdeling zat en mensen op een andere manier met mij omgingen, zag ik hen ook als mensen en gebeurde er iets. Maar toen ze me zo slecht behandelden en alleen maar vijandig waren, was er alleen maar strijd. Ik denk dat dwang een typische soort van symptoombestrijding is. Zelfs dat werkt niet; het maakt het alleen maar erger. Ik denk dat we echt naar een oplossing toe moeten aan de bron. Escalatie en de meeste overlast op straat komen uiteindelijk voort uit een soort onmacht, paniek en intensieve gevoelens die mensen kunnen hebben. Ik denk dat we naar een herstelgerichte crisisondersteuning toe moeten in plaats van hardhandige dwang.

Mevrouw Ter Avest:

Eigenlijk valt hier niet zo veel meer aan toe te voegen. De verhalen van Jolijn en May-May tonen erg goed aan dat het gaat om eigen regie, over bejegening en over luisteren. Met de crisiskaart kan bijvoorbeeld worden geëvalueerd wat iemand in een dwang- of crisissituatie had gewild. Je kunt daarmee dus vragen: wat zou jij eigenlijk hebben gewild? Die evaluatie is ontzettend belangrijk. Wij willen graag dat mensen regie krijgen, dat zij een crisiskaart invullen en dat zij verklaren: als ik weer in crisis ben, zou ik eventueel gedwongen kunnen worden opgenomen. Er zijn namelijk patiënten die zeggen dat zij daarover dan niet meer zelf kunnen beslissen, maar wel willen dat er dan wordt gezorgd voor hun hond en dat bepaalde personen moeten worden opgebeld; zij geven aan dat zij dan niet naar een bepaalde instelling willen of niet met een bepaalde hulpverlener te maken willen krijgen. Dat is allemaal eigen regie. Het sluit aan bij wat jullie net hebben gezegd.

Mevrouw **Santegoeds**:

Mag ik hier nog een zinnetje aan toevoegen? Ik ben ervan overtuigd dat elk mens een gebruiksaanwijzing heeft en dat dwang echt niet nodig is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik wil de genodigden heel erg bedanken voor hun persoonlijke verhalen. Ik vind die altijd erg moedig. Dit is heel belangrijk. Ik vind het goed om te horen dat ervaringsdeskundigheid ook in de geestelijke gezondheidszorg steeds meer wordt gebruikt om goede zorg te kunnen leveren. Mijn vraag gaat over de observatiemaatregel. Ik heb de stukken van het ministerie goed gelezen. Daarin wordt gesteld dat dit eigenlijk een laatste mogelijkheid is en dat die moet worden gebruikt als men het idee heeft dat iemand een bepaalde psychische ziekte heeft, maar de diagnose nog niet helemaal precies duidelijk is. Maar als dat de uiteindelijke doelstelling is, moeten er toch ook andere mogelijkheden zijn om zoiets te bereiken? Hoe zou je die doelstelling van het ministerie op een andere manier kunnen bereiken dan met een observatiemaatregel?

Mevrouw **Ter Avest**:

We zien dat alle beroepsgroepen en cliëntenorganisaties tegen die observatiemaatregel zijn. Er is zo veel ervaring met outreach in de zorg, en met bemoeizorg. May-May en Jolijn zeiden het al: juist door bejegening en door langerdurende contacten krijg je zicht op de problemen. Mensen zijn heel vaak niet in beeld omdat er voorzieningen ontbreken. Daardoor vereenzamen mensen. Zij zijn dan heel lang onzichtbaar of er komt dan maar één keer in de twee weken een hulpverlener bij hen langs. Dat zijn de situaties die kunnen escaleren. Wij horen van mensen dat zij anderhalf à twee jaar op een wachtlijst staan. Die mensen hebben soms een ernstige problematiek, maar wij hebben hen niet in beeld. De observatiemaatregel is daarvoor geen oplossing. Het opschalen van bemoeizorg en van de reguliere outreach in de zorg is wél de oplossing. Ik blijf het zeggen: dit is de verkeerde oplossing voor het verkeerde probleem.

Mevrouw **Bruijs**:

Ik ben dezelfde mening toegedaan. Mensen dienen in het zorgsysteem al te worden gevolgd voordat er een diagnose is. Bij dementie worden mensen bijvoorbeeld al in een diagnostisch traject begeleid door een casemanager dementie. Zo hebben we het in Nederland met elkaar afgesproken in het kader van de Zorgstandaard Dementie. Dat werkt heel goed.

Mevrouw **Santegoeds**:

Ik denk dat de diagnostiek op zich ook echt een punt van discussie moet zijn. Toen ikzelf in een isoleercel werd gestopt en ik het daar niet mee eens

was, werd mijn verzet gezien als deel van mijn stoornis. Ik weet het niet; het ging om wilsonbekwaamheid, de opvatting dat cliënten altijd overlast bezorgen. Er waren in ieder geval een aantal vooroordelen jegens mij; wat ik ook zei of deed, het werd altijd gezien als iets wat in het verlengde van mijn ziekte lag. Ik was eigenlijk meer een wandelende diagnose dan een persoon. Als die houding en bejegening niet veranderen, wordt het in onze samenleving heel lastig om een goede diagnose te stellen. Je moet namelijk wel echt worden gezien als mens en je stem moet worden gehoord.

De heer Stavenuiter:

Er werd in het vorige blok gezegd dat deze wetswijziging ook te maken heeft met het idee dat je de zorg op een andere manier moet regelen. Ik ben het daar zeer mee eens. Je redt het als zelfstandig clubje niet meer; je hebt een zo breed mogelijk scala nodig van mensen en organisaties die kunnen meedenken. Dat is ook mijn benadering vanuit de achtergrond van de familieorganisaties. Het gaat ons er namelijk helemaal niet om dat de familie zo nodig moet worden gehoord. Het gaat er wel om dat wij willen dat er een juist beeld komt. Volgens mij is de tijd voorbij dat één psychiater op basis van tien minuten kan beweren dat iemand een bepaalde diagnose heeft en dat daardoor dat en dat moet gebeuren. Ook gaat het niet om de vraag of het tien minuten of drie dagen moeten zijn. Je hebt gewoon meer bronnen nodig. Ik wil beweren dat in ieder geval de familie en de omgeving daarbij een goede rol zouden kunnen spelen; een rol die zij op dit moment zelden krijgen.

Mevrouw Meijer:

Het moeilijke van zo'n observatiemaatregel is volgens mij dat je in de eerste plaats moet communiceren met een patiënt als je een goede diagnose wilt krijgen. Als je niet met iemand kan praten, weet je ook niet wat hij heeft. Je kunt wel iets uit observaties afleiden, maar dat andere is erg belangrijk. Ik zei bijvoorbeeld niks toen er een psychiater aankwam. Je kunt mij dan wel drie dagen in een cel zetten en ik zal dan nog wel raarder gaan doen, maar waarschijnlijk zal ik niks zeggen. Het is dus echt belangrijk om met iemand te kunnen praten. Om iemand goede zorg te kunnen verlenen, heb je juist een goede communicatie en band nodig. Als ik in een cel was gezet, was ik nog achterdochtiger geworden. In zo'n cel ga je nog raarder denken: zie je wel, hier zit de AIVD achter; ze zijn me nu ook al aan het bestuderen. Volgens mij is dat erg slecht voor de patiënt.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik zat even te luisteren naar het verschil in de mate van kritiek. Ik hoor mevrouw Santegoeds zeggen dat de wet van tafel moet. Ik hoor de heer Stavenuiter zeggen dat er goede elementen in zitten, dat op bepaalde onderdelen de familie en mensen eromheen meer centraal worden gesteld. Ik heb het idee dat jullie alle vijf zeggen dat die observatiemaatregel niet moet. Ik zou graag nog wat meer suggesties willen voor wat er anders in de wet zou moeten, om jullie daar positiever over te laten denken. Ik heb het idee dat de heer Stavenuiter vindt dat er nog een aantal elementen moeten veranderen en dat mevrouw Santegoeds meer op de lijn zit van: het is niks en het wordt niks. Maar toch hoor ik graag suggesties waarmee wij bij de wetsbehandeling verder zouden kunnen. Ik zou die erg nuttig vinden.

Mevrouw Bruijs:

Ik sluit me aan bij de position paper van het Landelijk Platform GGz. Daarin staat dat de cliënt op dit moment nog een gebrekkige rechtsbescherming heeft. Ik denk dat dat in de nieuwe wet nog wel wat sterker naar voren zou mogen komen. De voorbeelden van de mensen naast mij geven aan dat mensen in zo'n benauwde situatie gehoord willen horen.

Bij dementie is dat niet anders: die mensen worden boos en opstandig, wat weer wordt gerelateerd aan de ziekte. Wij gaan ervan uit dat professionals daar op een goede manier mee om kunnen gaan, dat zij de mens ten volle respecteren en altijd de mens blijven zien, hoe boos hij ook is. Als er in de wet daaraan op enigerlei wijze condities zouden kunnen worden verbonden, zouden wij er veel beter mee kunnen leven, ook namens de patiënten.

Mevrouw Santegoeds:

Ik denk dat de doelstelling een van de allergrootste problemen is van het wetsvoorstel verplichte ggz. Deze wet gaat namelijk onwenselijke interventies faciliteren. Dwang is onwenselijk. Onder de BOPZ was dwang ook al een ultimum remedium en moest hij zo min mogelijk worden toegepast. In de laatste 25 jaar proberen we het zo min mogelijk te doen, maar we zien de dwang elk jaar toenemen. Dat idee om het zo min mogelijk te willen doen, is dus totaal geen oplossing. Het echte probleem is het gebrek aan preventie en aan zorg in de praktijk. Omdat deze wet enkel gaat over de besluitvormingsprocedure en niet over de inhoudelijke zorgvoorziening, verandert hij ook niks aan de hoeveelheid preventie. Net zoals bij de Wet BOPZ gaat men nu dus nóg een keer beloven dat men het zo min mogelijk gaat doen, maar ik denk dat er in de praktijk helemaal niks gaat veranderen. Ik denk dat het doel van de wet moet zijn: goede zorg verlenen aan mensen in een crisissituatie. En niet de vraag: wanneer passen we dwang toe? Dat moeten we namelijk gewoon niet willen.

Mevrouw Meijer:

Ik sta op zich wel redelijk positief tegenover de wet. Ik begrijp wel wat Jolijn zegt, maar ik denk dat het beleid niet alleen door zo'n wet wordt vormgegeven. Ik denk dat de wet wel een goede bouwsteen is. Er staat namelijk in: eerst vrijwillige zorg. Daarvoor moeten inderdaad die wachtlijsten worden aangepakt et cetera. Het belang van vrijwillige zorg wordt daarmee onderkend. Daarnaast ben ik ervoor om die observatiemaatregel te schrappen en, zoals ik al zei, zou het mijn voorkeur hebben om de centraleverzoekenrol bij de geneesheer-directeur te houden. Ook zou het mijn voorkeur hebben om stigmatiserende termen als «psychische stoornis» en «stoornissen van de geestesvermogens» te vervangen. Volgens mij staat er in de wet ook niks opgenomen over de isolatiecel, al weet ik niet of ik dat goed heb gezien. Misschien is ook dat een punt van aandacht. En wat gedwongen medicatie betreft: houd er rekening mee dat mensen daardoor misschien van huis gaan weglopen. Ook dat is een aandachtspunt dat ik zou willen meegeven.

De heer Stavenuiter:

Er is zojuist gezegd dat je het veel meer moet zoeken in preventie en in goede zorg in de praktijk, waarbij «goede zorg» betekent: persoonlijke zorg. Ik kan me daar heel erg in vinden. Ik heb hier vaker gezeten, bijvoorbeeld aan het begin van de BOPZ. Ik merk dat de tijd is veranderd. Ik hoop dat u dat ook ziet. Zo'n vijftien jaar terug waren wij veel stelliger over dwang. Wij zagen namelijk dat het niet goed ging en dat het anders moest. Waarin zit het verschil tussen vijftien jaar terug en nu? In het feit dat er inmiddels een hoop kennis is opgedaan over wat wel en niet werkt, bijvoorbeeld dat dwang niet therapeutisch werkt. Dat is al zo uitgebreid gezegd, dus dat hoeft nu niet te worden herhaald. Bij ons, Ypsilon, heeft het er bijvoorbeeld toe geleid dat we een training hebben opgezet met de naam «verbindende gespreksvaardigheden». Daarbij gaat het om de vraag hoe je, terwijl je snapt dat je mijlenver uit elkaar staat, het contact houdt met iemand die het gevoel heeft dat hij door de AIVD wordt achtervolgd en dat jij als moeder misschien wel die AIVD'er bent. Dat kan dus. Dát is de zorg die wij willen. Dat komt niet alleen vanuit de omgeving, maar ook van de professionals.

Nog twee concrete opmerkingen over wat er in de wet anders zou moeten. Ik vind dat er veel te weinig in staat over de criteria voor de behandeling thuis. Dit kwam ook in de vorige rondes naar voren. Hoe gaat die er nou uitzien? Het is een raar voorbeeld, maar het is voor het idee. Laten we er even van uitgaan dat ik de moeder ben van May-May; moet ik dan standaard akkoord gaan met de psychiater als hij zegt: ik ben eruit, het wordt een behandeling thuis? Dat lijkt mij ingewikkeld. Ik zou er in ieder geval over willen meepraten, maar daar staat niets over in de wet. Ik vind dat dat erin moet. Misschien zit de kwartiermaakster Wvvggz hier wel in de zaal. Als het hele wetstraject achter de rug is, zorgt zij dat het allemaal lekker werkt tussen de departementen onderling. Maar als die wet eenmaal klaar is, begint het bij ons pas. Ik zou het fijn vinden als ik mijn familieleden en mijn cliënten dan zou kunnen voorbereiden op wat er gaat komen. Ook daarvoor is niks geregeld, dus ik denk dat we ook op dat punt echt nog winst kunnen behalen.

De voorzitter:

Tot slot mevrouw Ter Avest, met het risico dat al het gras al voor haar voeten is weggemaaid.

Mevrouw Ter Avest:

Nee hoor. Ik heb nog ongeveer vier punten. Er is al heel veel gezegd over de ambulante setting. Ik wil daar nog aan toevoegen dat het ontbreekt aan toezicht op de ambulante setting: hoe houdt men toezicht op dwang in een ambulante situatie? Wij vinden dat er zoiets ontbreekt. Verder ontbreekt in het wetsvoorstel een onafhankelijke medische toets. Toentertijd waren er de multidisciplinaire teams. Wij als LPGGz waren daar heel blij mee, dus het was voor ons een grote teleurstelling toen bleek dat die in de wet werden geschrapt. Nu zijn er de inhoudelijke deskundigen die de rechter een advies geven. In de huidige situatie gaat het vaak om grote regionale instellingen. Wij zien daar een gebrek aan onafhankelijkheid in. Wij vinden dus dat een onafhankelijk medisch advies en een onafhankelijke medische toets ontbreken. Daarnaast hebben wij moeite met het criterium. Vroeger was dat: schade aan jezelf en aan anderen. Nu gaat het om «een ernstig nadeel». Het argument daarvoor is dat men de Wet zorg en dwang en de Wvvggz wil harmoniseren. Destijds was bij de Wet zorg en dwang volgens ons het argument dat men het «ernstig nadeel»-criterium binnen de Wet BOPZ wilde verruimen. Er is gezegd dat dat niet het geval is, maar wij denken dat dit een ruimer criterium is en dat het ruimer zal worden toegepast. Over mijn vierde punt is vandaag al heel veel gezegd: de bescherming van de privacy, juist binnen dat landelijke datasysteem. Wij zien dat onvoldoende terug in de wet.

De voorzitter:

Dank u wel. We hebben nog een minuut. Ik heb nog een vraag aan mevrouw Ter Avest en mevrouw Bruijs. Er wordt nu een apart wettelijk kader gemaakt voor mensen die psychiatrisch zijn ... Ik vraag me af of ik dat nog wel mag zeggen, mevrouw Meijer. Ik bedoel dat er een apart wettelijk kader wordt gemaakt vanuit de geestelijke gezondheidszorg en een apart kader voor mensen die dementerend zijn of door een verstandelijke beperking dwang nodig hebben. Is het nog van deze tijd om dat verschil te maken?

Mevrouw Ter Avest:

Ik zie daar wel problemen. Ik kan me in die zin voorstellen dat we gaan zoeken naar een harmonisatie. Ik denk dat er op dit moment meer rechten zijn voor mensen in de psychiatrie. Ik zou niet willen dat onze wet meer richting de Wet zorg en dwang gaat. Ik zou dan zeggen: verruim die wetten en kijk goed hoe het nu in de psychiatrie is geregeld, behalve dan

de observatiemaatregelen. Daar heb ik al genoeg over gezegd. Ik kan me dus voorstellen dat er geharmoniseerd wordt, maar ik vind het heel goed dat de rechter er bij ons aan te pas komt en dat er een onafhankelijke check is door een psychiater. Dat zie je in de andere wetten niet.

Mevrouw Bruijs:

Ik vind het ook goed dat er een harmonisatie komt. Ik vind dat ook helemaal bij deze tijd passen. Ik zie heel veel overeenkomsten in de problematiek en de gewenste aanpak.

De voorzitter:

Ik dank u hartelijk voor uw inbreng, uw komst en uw openhartigheid. We gaan uw inbreng zeker gebruiken. Ik wil nog graag laten weten dat wij de petitie die wij net overhandigd hebben gekregen, zullen toevoegen aan de agenda van de procedurevergadering. De commissie zal dan vaststellen hoe we ermee omgaan. Daarover krijgt u nog bericht, zeg ik tot mevrouw Santegoeds. Wij hebben als commissie al besloten dat wij op 23 november onze schriftelijke inbreng leveren voor deze nieuwe wet. Dat wordt het tweede nader verslag, want dit wetsvoorstel loopt natuurlijk al even. Dat kunt u allemaal volgen, want het wordt gepubliceerd. Uiteraard kunt u ook volgen hoe daar weer op wordt gereageerd, alsmede wanneer de wetsbehandeling plaatsvindt. Beschouwt u uw komst en uw deelname vooral als een uitnodiging om zich er in de verdere behandeling van deze wet flink tegenaan te bemoeien.

Sluiting 15.22 uur.