

Zitting 1977

11 270

Vervanging van de Wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen)

Nr. 10

NADER VOORLOPIG VERSLAG

Vastgesteld 22 augustus 1977

Na kennisneming van de memorie van antwoord en de gelijktijdig daarmee ingezonden nota van wijzigingen heeft de bijzondere commissie, belast met het voorbereidend onderzoek,¹ een oproep om schriftelijke reacties op het gewijzigde wetsontwerp doen plaatsen in de Nederlandse Staatscourant (1976, nr. 224). De ontvangen commentaren alsmede een geluidsband van de openbare hoorzitting, welke de commissie vervolgens hield op 16 februari 1977, worden ter griffie bewaard. De commissie betuigt op deze plaats gaarne haar erkentelijkheid jegens allen die een bijdrage tot de meningsvorming in haar midden wilden leveren.

De commissie heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar nadere voorlopige bevindingen.

1. ALGEMEEN

De leden van de fractie van de P.v.d.A. spraken hun waardering uit voor het feit dat de Minister en de Staatssecretaris voldoende aanleiding hebben gezien in de in het voorlopig verslag vervatte opmerkingen, suggesties en kritiek om het wetsvoorstel op een aantal punten ingrijpend te wijzigen. Dit betekent echter niet dat er geen twijfel meer bestaat over de noodzaak van bepaalde artikelen en de bescherming van de persoonlijke vrijheid. De leden van deze fractie konden zich niet onttrekken aan de indruk dat in het huidige wetsvoorstel eerder de bescherming van de samenleving als geheel tot uitdrukking komt dan de bescherming van de individuele leden die in een toestand van levensverwarring en levensonmacht verkeren. Zij vroegen zich dan ook af of deze belangenafweging leidraad is geweest bij het opstellen van deze wetstekst. De oorzaak van deze verwarring en onmacht wordt in nauwe relatie gebracht met medische factoren en niet met het feit dat onze huidige samenleving bepaalde vormen van gedrag niet kan hanteren en op grond van de daaraan verbonden angst niet accepteert. Te weinig komt naar voren dat de opname niet alleen de formele bevestiging is van het deviante gedrag van betrokkene, maar ook een gebeurtenis die onder de huidige maatschappelijke verhoudingen zijn verdere leven zal tekenen en zijn mogelijkheden tot ontplooiing zal beperken.

De leden, behorende tot de C.D.A.-fractie, betuigden graag hun instemming met een aantal verbeteringen, die het na een lange en moeizame voor-

¹ Samenstelling: vac. PvdA; Krusinga (CDA) plv. lid; Abma (SGP), fung. vz.; Van Leeuwen (CDA); Veder-Smit (VVD); vac. CPN; Geurtsen (VVD); Roethof (PvdA); Dolman (PvdA); Van Dam (CDA); G. M. P. Cornelissen (CDA); vac. DS'70; Terlouw (D'66) plv. lid; vac. PPR; Kostjo (PvdA); Drenth (PvdA); vac. CDA; Van den Broek (CDA).

bereiding sterk gewijzigde wetsontwerp bevat in vergelijking met de bestaande Krankzinnigenwet. Deze leden dachten hierbij met name aan

- de nieuwe procedure bij spoedopneming, waarbij zo spoedig mogelijk via de weg der voorlopige machtiging aan de opgenomenen meer rechtsbescherming wordt gegeven;
- het feit dat patiënten die met een machtiging worden opgenomen niet meer automatisch het beheer over hun vermogen verliezen;
- het feit dat de geneeskundige verklaring die bij de opneming aan de rechter moet worden overgelegd, afkomstig mag zijn van de eigen arts van de opgenomene.

Naast waardering hadden de C.D.A.-leden ook enige punten van kritiek, waarvan de belangrijkste zijn:

- de onvoldoende rechtspositie van de patiënt in het algemeen;
- onvoldoende onderscheid in de rechten voor de vrijwillig en de niet-vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten; teveel verschillende procedures worden in één wetsontwerp vervat.

Hoewel de tot de V.V.D. behorende leden met waardering kennis hadden genomen van een aantal wijzigingen in het wetsontwerp aangebracht, meenden zij dat de lange periode die sinds de indiening daarvan is verstreken, niet in alle opzichten ten gunste van het voorstel heeft gewerkt. Nieuwe inzichten en ontwikkelingen ter zake van de relatie tussen psychiatrische patiënt en samenleving, de verhouding tussen strafrechtspleging en gezondheidszorg en de positie van de patiënt in de gezondheidszorg zijn in die periode naar voren gekomen.

Het speet deze leden dat in de memorie van antwoord slechts in beperkte mate aandacht is besteed aan deze vraagstukken van principiële aard. Dat geldt te meer omdat tijdens de openbare hoorzitting, die op 16 februari 1977 door de bijzondere commissie werd gehouden, is gebleken dat vele organisaties en instellingen ernstige kritiek hebben op het voorliggende wetsontwerp. Deze leden nodigden de bewindslieden dan ook gaarne uit in algemene beschouwingen nader in te gaan op bovengenoemde vraagstukken.

Hierbij aansluitend spraken de leden der C.D.A.-fractie als hun verwachting uit, dat de bewindslieden gelegenheid zullen vinden in de nadere memorie van antwoord uitvoerig aandacht te besteden aan de problemen, welke door zoveel organisaties en instellingen aan de orde zijn gesteld, zowel schriftelijk als mondeling ter gelegenheid van reeds genoemde hoorzitting, terwijl daarnaast in de vak- en dagbladpers eveneens vele commentaren verschenen die mede van invloed waren op de meningsvorming van belangstellende burgers, betrokkenen, verzorgenden en politici.

Het was de leden, behorende tot de fracties van C.D.A. en V.V.D., niet duidelijk hoe de voortgang met het voorliggende wetsontwerp zich verhoudt tot de werkzaamheden van de Werkgroep rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen.

Hebben de bewindslieden het voornemen, zo vroegen de C.D.A.-leden, om behalve het interimrapport ook het te zijner tijd te verschijnen eindrapport van de werkgroep te betrekken bij de beantwoording van dit nader voorlopig verslag? Zo ja, zal dan de nadere memorie van antwoord niet geruime tijd op zich laten wachten? Of valt te rekenen met een tweede wijziging van het wetsontwerp, in aanmerking nemende de kritiek die de werkgroep reeds heeft doen horen?

De V.V.D.-leden merkten op dat in het wetsontwerp enerzijds regels betreffende eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen worden gesteld, terwijl anderzijds juist de werkgroep gevraagd is advies uit te brengen over de te formuleren rechten van de opgenomen patiënt. Is de werkgroep over het voorliggende gewijzigde wetsontwerp of onderdelen daarvan gehoord? Wanneer is een rapportage van de werkgroep te verwachten?

Ter zake van toekomstige regelingen van de rechten van de patiënt binnen de gezondheidszorg zouden deze leden als uitgangspunten willen kiezen:

- een positieve formulering van de rechten van de patiënt, en
- een betere bescherming van deze rechten naarmate de positie van de patiënt zwakker is.

Toegespitst op de patiënten in psychiatrische ziekenhuizen staan daarbij legislatief gezien verschillende mogelijkheden open:

1. een versterkte en meer uitgebreide omschrijving van de rechten van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen in het voorliggende wetsontwerp;
2. het voorbereiden van een aparte Beginselenwet rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen; en
3. het bevorderen van een wet, waarin de positie van alle patiënten in de gezondheidszorg is geformuleerd.

Hoewel deze leden voorlopig een eerste voorkeur voor de tweede variant wilden uitspreken, hoopten zij dat de bewindslieden nader zouden willen ingaan op de voor- en nadelen van deze suggesties. Daarbij tekenden zij aan dat een keuze voor de tweede en derde variant gevolgen heeft of kan hebben voor aard, omvang en werkingssfeer van het voorliggende wetsontwerp.

De C.D.A.-leden merkten op zich niet te kunnen onttrekken aan de indruk, dat het voorliggende wetsontwerp eerder handelt over het «waar en hoe» de patiënt zijn recht kan halen dan over het recht van de patiënt als zodanig. Met name ontbreekt, naar de mening van bovengenoemde leden, een algemeen patiëntenrecht. Aan de regeling van de verbijzondering van dit patiëntenrecht zoals in dit voorstel, ontbreekt dan ook het basis-recht oftewel de rechtspositie van de patiënt in het algemeen.

In dit verband wezen de hier aan het woord zijnde leden met waardering op de populair geschreven brochure over Rechten en verantwoordelijkheden van patiënten en hulpverleners binnen psychiatrisch ziekenhuis «Bloemendaal» en verpleeghuis «Dorestad» te 's-Gravenhage van december 1976, terwijl zij ook gaarne gewag maakten van de belangrijke opmerkingen in dit verband gemaakt door de Cliëntenbond in de Welzijnszorg, de Coornhert-Liga, de Bond voor Vrijheidsrechten en de bijdragen van de patiëntenraden uit vele psychiatrische ziekenhuizen, de Stichting Pandora, de Werkgroep rechtspositie psychiatrische patiënten, de Werkgroep Recht van St. Bavo en vele anderen.

De leden, behorende tot de P.v.d.A.-fractie, zouden van de bewindslieden willen vernemen of zij goed begrepen hebben dat het wetsontwerp alleen betrekking heeft op situaties, waarbij de gevaarlijkheid voortvloeit uit een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling en niet op situaties waarbij de gevaarlijkheid de indicatie vormt voor een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis of wel voor die situaties waar geen aanwijsbaar verband bestaat tussen de gevaarlijkheid en een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis.

Tevens vroegen deze leden zich af wat de positie is van personen die ten gevolge van een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling gevaarlijk zijn voor zichzelf of anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen en bereid zijn zich in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen.

Het gedrag waarop wordt ingespeeld met de procedure rond een machtiging is dikwijls niet een eenmalig gegeven. Er is sprake van een proces waarbij de betrokkene niet duidelijk heeft kunnen of durven maken wat zijn problemen waren of waarop anderen niet tijdig hebben gereageerd of hebben willen reageren. Ook de hulpverlening zou zich kunnen afvragen of niet, met onder andere een meer preventieve opstelling, veel gedwongen opnamen zouden kunnen worden voorkomen.

Delen de bewindslieden de in het door CRM uitgebrachte rapport Huisvesting en Hulpverlening (E. L. Engelsman en J. Hamel, 1977) vervatte mening dat veel opnamen in psychiatrische ziekenhuizen zouden kunnen worden voorkomen indien er andere mogelijkheden zouden bestaan om mensen tijdelijk al dan niet begeleid elders te huisvesten?

In schril contrast met de bescherming die de samenleving en de betrokkene wordt geboden staat de regeling van de begeleiding van een persoon en de regeling die wordt getroffen om een persoon te begeleiden na de opname om een spoedige herintegratie in de maatschappij te bevorderen. Zo zouden deze leden zich kunnen voorstellen dat er nadere eisen worden gesteld ten aanzien van de mogelijkheden tot begeleiding, stafbezetting en de huisvesting van afdelingen waar personen op grond van een machtiging kunnen worden opgenomen.

Ook zou een van de overwegingen bij de verlenging van het gedwongen verblijf dienen te zijn of er voldoende op de betrokkene gerichte therapeutische mogelijkheden zijn en of er met betrokkene een geconcretiseerd plan tot begeleiding is opgesteld.

De tijden veranderen en de mensen met hen. Als er een gebied is waarop deze wijze woorden van toepassing zijn, dan is dat wel op dat van de psychiatrie. Betekende het in de jaren 60 nog een hele stap voorwaarts om de psychiatrische patiënt eenzelfde behandeling te geven als de somatische patiënt, in de jaren 70 betekent dit echter dat we de betrokkene ernstig te kort doen.

Het gaat bij de diagnose van een somatische ziekte toch in de eerste plaats om een verondersteld objectief-syndroom, waarbij de therapie gericht is op de bestrijding daarvan. Als dit veronderstelde syndroom niet aantoonbaar is of de oorzaak daarvan veeleer in het gedrag van betrokkene moet worden gezocht, zal een meer algemene benadering plaatsvinden. Bij de geestelijk zieke gaat het echter om de moeilijkheden die deze ondervindt door bepaald gedrag en bestaat de diagnose veeleer uit een beoordeling van dit gedrag en de interpretatie die betrokkene daarvan geeft. Een beoordeling waarbij eigen waarden en normen niet kunnen worden buiten gesloten.

Het beklemtonen van de neutraliteit van de arts op grond van zijn deskundigheid zou wellicht kunnen gelden voor een somatische zieke, maar niet ten opzichte van een mens in moeilijkheden en de begeleiding daarbij. Dit zou overigens ook niet in overeenstemming zijn met de huidige ontwikkelingen binnen de psychiatrie, waar steeds meer de klemtoon komt te liggen bij de relationele aspecten van de problemen en minder op de medische causaliteit. Dit komt ook tot uitdrukking in het streven naar multidisciplinaire teams, waarin vele werkers van verschillende disciplines te zamen met de betrokkene werken aan de oplossing van zijn problemen.

Afgezien van het feit dat een uitspraak van de Wereldgezondheidsorganisatie omtrent de principiële gelijkstelling van geesteszieken met alle overige zieken deze leden onbekend is, kwam de in de memorie van antwoord gehanteerde interpretatie van deze uitspraak hun minder juist voor. Zij zouden zich kunnen voorstellen dat de strekking van een dergelijke uitspraak eerder is gericht op een gelijke benadering van geestelijk en somatisch zieke mensen dan op een gelijkschakeling van geestelijke en somatische ziekten.

Zijn de bewindslieden niet van mening dat het alleen erkennen van de psychiater en de arts als deskundige hulpverlener en beoordelingsbevoegde te beperkt is? Zou een multidisciplinair team niet tot een evenwichtiger beoordeling kunnen komen van het getoonde gedrag? Is het juist dat de psychiatrische inrichtingen met name minder gelukkig zijn met de inbewaringsstellingen die op initiatief van een huisarts tot stand komen? Hierbij zou het dan niet gaan om een zekere nonchalance, maar om een handelen onder druk der omstandigheden, waarbij de belangen van familieleden, burens, bedrijf of omgeving een belangrijke rol spelen.

Zou het, gezien de omstandigheid dat het gaat om de beoordeling van het gedrag, niet wenselijk zijn om de betrokkene het recht toe te kennen om een tegenrapport te laten opstellen door een door hem aangewezen hulpverlener(s)?

Kunnen de bewindslieden een nadere uitleg geven van wat moet worden verstaan onder een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis en kunnen zij daarbij enkele voorbeelden geven? Want wellicht is er sprake van een misverstand, maar de leden van de fractie van de P.v.d.A. hebben de indruk dat het begrip «een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis der geestvermogens» niet van toepassing is op een groot aantal situaties waarop deze wet doelt.

De term «een gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen» is voor velerlei uitleg vatbaar. De in de memorie van antwoord gegeven toelichting is weinig zeggend, indien niet een nadere definitie van gezondheid en welbevinden wordt gegeven. Immers als we de door de Wereldgezondheidsorganisatie gehanteerde definitie van gezondheid bezien, die kennelijk in de verdere tekst van de memorie van antwoord wordt gebruikt, is er geen verschil tussen gezondheid en welbevinden.

Zou een nadere definiëring van het begrip «gevaar» in termen van handelingen en gedrag niet betere waarborgen bieden voor het zorgvuldig hantieren van deze wet? De P.v.d.A.-leden kunnen zich voorstellen, dat, onder andere bij een spoedopname, het gevaar bestaat dat aan de betrokkene op grond van verondersteld gevaar een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens wordt toegedicht en zijn gedrag niet wordt bezien vanuit de kennis dat sprake is van een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling. Achten de bewindslieden de ernst van het gevaar voor de algemene veiligheid van goederen in overeenstemming met de ernst van de op te leggen dwangmaatregel?

Een ander probleem vormt de beoordeling van de gevaarlijkheid, indien de betrokkene al vrijwillig of gedwongen in een psychiatrische inrichting verblijft. Aan de hand van welke criteria dient de geneesheer-directeur of de behandelend arts de gevaarlijkheid van de betrokkene te beoordelen?

Het oordeel omtrent de gevaarlijkheid kan alleen worden gevormd op grond van het in de inrichting getoonde gedrag, zo stelden de P.v.d.A.-leden. Een situatie die geheel verschilt met die waar de gevaarlijkheid voor het eerst werd geconstateerd. In de memorie van antwoord wordt in de toelichting op artikel 35 toch ook signaleerd, dat het moeilijk zal zijn tijdens het verblijf van de betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis vast te stellen of het gevaar geweken is. Deze leden zouden daaraan willen toevoegen, dat een eventuele gevaarlijkheid binnen de inrichting niet een zelfde gevaar buiten de inrichtingsmuren behoeft te impliceren.

Juist door het feit dat het begrip «normaal gedrag» berust op een theoretische constructie en het gedrag van een ieder daarvan in meerdere of mindere mate verschilt, is het aantonen van een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling gemakkelijker dan het aantonen van de afwezigheid daarvan. De professionele benadering van de werkers in de inrichting en de ruime marge van interpretatie van de eerder genoemde stoornissen en ontwikkelingen zouden dan ook wel eens kunnen leiden tot een te snel besluiten omtrent de gevaarlijkheid van betrokkene. Zijn de bewindslieden niet van mening dat de beoordeling van de gevaarlijkheid van personen, die niet zijn opgenomen in een psychiatrische inrichting of onder behandeling zijn van een psychiater, gradueel zal verschillen met hen die wel zijn opgenomen of onder behandeling zijn?

Daarom vroegen deze leden zich ook af of het niet beter is dat een niet aan de inrichting verbonden deskundige de positie waarin betrokkene verkeert, beoordeelt. Is het achterwege laten van een dergelijke regeling ook niet in strijd met de vertrouwensrelatie tussen de betrokkene en zijn behandelend geneesheer?

Volgens de leden, behorende tot de fracties van P.S.P. en P.P.R., blijkt uit de memorie van antwoord en het gewijzigd ontwerp van wet absoluut niet duidelijk wat de bewindslieden nu eigenlijk met dit wetsontwerp voor ogen

hebben. Natuurlijk is dat een complex geheel van doeleinden, maar terwille van de helderheid zijn duidelijke prioriteiten gewenst. Bij voorbeeld over de vraag of het wetsontwerp primair dient om de openbare orde te beschermen of de medische stand een aantal bevoegdheden te geven om personen tegen hun wil te behandelen dan wel om de patiënt een aantal grondrechten te geven. Die prioriteiten worden nu voortdurend dooreengehaspeld, aldus deze leden.

Het uitgangspunt van het wetsontwerp is het begrip «krankzinnigheid» in de meest klassieke zin van het woord: een «ziekte» – die term wordt voortdurend gebruikt –, een in het individu gelegen stoornis van bekende of onbekende oorsprong, die vaste «natuurregels» volgt. Men kan hierbij denken aan geestelijke verwardheid ten gevolge van een hersenbeschadiging, een gewel, een infectie, veroudering en dergelijke. Voor deze categorie patiënten is het uitgangspunt van de wetgeving – althans in grote lijnen – ter zake.

Het probleem is echter, dat psychiatrische inrichtingen meer en meer bevolkt worden door mensen die om andere redenen in geestelijke verwarring zijn geraakt: door overmatig gebruik van bepaalde farmaca, alcohol of drugs, door isolement, spanning of door overmatige stress. Sociale factoren als verantwoordelijkheid, eenzaamheid, emotionele spanningen die door woon-, werk- en leefomgeving worden opgeroepen, verschuivingen in normen- en waardenpatronen enzovoort geven bij steeds meer mensen een dusdanige geestelijke verwarring dat ze in een psychiatrische inrichting moeten worden opgenomen. Daarbij komt dan nog een derde functie van een psychiatrische inrichting: die van asyl voor – vaak oudere – personen die zich niet meer zelf kunnen handhaven in de huidige maatschappij.

Vroeger kwamen deze categorieën veel minder voor in psychiatrische inrichtingen, omdat de omgeving deze wat onaangepaste mensen redelijk kon opvangen, mede omdat emotioneel gedrag meer geaccepteerd werd. Wie thans dat gedrag vertoont, wordt al snel naar officiële instanties doorgestuurd. De toenemende psychische problemen ten gevolge van sociale oorzaken plus de toenemende professionalisering van de hulpverlening heeft een enorme wijziging van de populatie van psychiatrische inrichtingen ten gevolge gehad. Parallel daaraan heeft zich een ontwikkeling in de benadering van de «patiënt» voorgedaan, die nog steeds volop in gang is en in ieder geval *niet* in de richting gaat van het beschouwen van geestelijke verwarring als een *ziekte* en de betrokken persoon als *ongezond*. Andere disciplines hebben hun intrede gedaan, de psychotherapie heeft zich als apart vak ontwikkeld en de rol van de arts beperkt zich steeds meer tot de fysieke kanten van de zaak. In heel wat inrichtingen zien de patiënten alleen nog een dokter als ze griep hebben.

Willen wettelijke regels enigszins effectief functioneren, dan is een eerste voorwaarde dat ze redelijk aansluiten op de feitelijke situatie zoals die op het te regelen terrein bestaat. In het gewijzigde wetsontwerp schort het daar volkomen aan. Het lijkt opgesteld te zijn met een psychiatrische inrichting voor ogen, zoals die in het begin van de jaren vijftig normaal was en thans gelukkig steeds meer uitzondering wordt. De terminologie, waarin consequent over «ziekte» wordt gesproken wijst op een denkwijze die gelukkig nog slechts in de meest conservatieve uithoeken van de geestelijke gezondheidszorg voorkomt. De «arts» is nog steeds de spil van het wetsontwerp als het gaat om essentiële beslissingen.

De bewindslieden kunnen echter absoluut niet duidelijk maken waarom bij voorbeeld de huisarts met zijn vooropleiding van een jaar hoorcollege psychiatrie en een paar boekjes over zielkunde wél tot ingrijpende adviezen bevoegd is over opname en ontslag en de psychotherapeut van de betrokkene, met al zijn kennis en ervaring, die bevoegdheid mist – tenzij die zelf toevallig ook arts is. Het ernstigste is echter dat door dit medische denken alle categorieën patiënten op één hoop gegooid worden met degenen die door werkelijk fysieke oorzaken in geestelijke verwarring verkeren.

In die laatste situatie is de taak van het recht immers marginaal: de «arts» kan de «ziekte» constateren, hij stelt een «diagnose» en het verloop is rede-

lijk «voorspelbaar». Een controle door de rechter dient om fouten te voorkomen. Bij degenen die door sociale oorzaken in geestelijke verwarring zijn geraakt is er geen sprake van diagnose, voorspelbaarheid en ziekten – tenzij men uitgaat van het feit dat afwijkend gedrag per definitie ziek is. In deze sociaal bepaalde situatie wordt de functie van het recht uiterst belangrijk. Beide elementen in de onderhavige wetgeving, «gevaar» en «geestelijke verwarring», kunnen immers door die sociale situatie zijn uitgelokt. Dit maakt dat in een procedure rond een gedwongen opname de sociale situatie van waaruit de opname-aanvraag is voortgekomen mede in het onderzoek dient te worden betrokken. Dit vraagt om een veel meer uitvoerige en zorgvuldige procedure dan de huidige, waarbij alleen rekening wordt gehouden met een ziekelijke stoornis bij een individu. Voor alle anderen functioneert ook het onderhavige wetsontwerp in feite als een strafwet voor sociale onangepastheid.

Een ander gevolg van dit medische denken is de feitelijke almacht van de medicus. Die wordt in de hand gewerkt doordat op grensvlakken als de psychiatrie door velen het denken in vaste natuurkundige wetmatigheden stelselmatig ook wordt toegepast op sociale situaties. De daarbij vereiste relativering komt dan al spoedig in het gedrang, alsook het respect voor de eigen identiteit van de patiënten. Die staan in hun geestelijke verwarring in een zeer zwakke positie tegenover hun behandelaar. Maar dat betekent niet dat ze bepaalde dingen niet wèl of niet willen.

In deze situatie van almacht tegenover grote afhankelijkheid is het de eerste taak van de wetgever om in plaats van op de bevoegdheden van de behandelaar zich te concentreren, de rechten van de patiënt en de manier waarop hij die kan effectueren nadrukkelijk vast te leggen.

De fracties van P.S.P. en P.P.R. denken daarbij aan een basis van bij voorbeeld het volgende pakket rechten:

- patiënten behouden tijdens opname en behandeling al hun rechten, met uitzondering van die patiënten die een gedwongen opname ondergaan;
- patiënten hebben recht op vertrouwelijkheid; gegevens mogen niet langer dan vijf jaar bewaard worden;
- patiënten hebben recht op een behandelingsplan, dat in overleg met hen wordt opgesteld;
- patiënten hebben recht hun eigen kleren te dragen en persoonlijke eigendommen te behouden, met uitzondering van die kleding en/of eigendommen die een gevaar voor de patiënt of zijn omgeving inhouden;
- patiënten hebben recht om bezoek te ontvangen, brieven te schrijven of te ontvangen en te telefoneren. Het recht van bezoek kan om huishoudelijke redenen beperkt worden, maar er moet bij voorbeeld minstens twee uur per dag gelegenheid toe zijn;
- aan een onvrijwillig opgenomen patiënt wordt ambtshalve een advocaat toegevoegd;
- patiënten hebben het recht om onbeperkt contact op te nemen met hun hulpverleners en hun advocaat;
- patiënten hebben het recht overplaatsing van afdeling of ziekenhuis aan te vragen; zo mogelijk wordt dit verzoek gehonoreerd;
- patiënten hebben het recht medicijnen te weigeren;
- toepassing van farmaceutische en mechanische dwangmaatregelen en isolatiemiddelen is verboden, tenzij er sprake is van een acute, directe aanval die tegen zichzelf en/of anderen gericht is of zeer ernstige schade aan goederen kan opleveren en waarbij minder drastische maatregelen niet mogelijk blijken te zijn. Van een dergelijke ingreep wordt de officier van justitie binnen 24 uur op de hoogte gesteld, waarbij de toestand van de patiënt, de aard van de situatie, de mate van gevaar en de toegepaste dwangmaatregel vermeld worden;
- op last van de directie van een psychiatrische inrichting kan een patiënt maximaal twee dagen worden geïsoleerd in situaties als bovengenoemd. Verlenging met maximaal vijf dagen kan plaatsvinden met toestemming van de officier van justitie. Deze hoort de patiënt en onderzoekt de situatie. Isola-

tie langer dan zeven dagen is alleen toegestaan met speciale machtiging van de rechtbank, op vordering van de officier van justitie. Deze machtiging geldt voor maximaal 14 dagen;

- onvrijwillig opgenomen patiënten mogen geen speciale behandelingen ondergaan welke onomkeerbare gevolgen hebben, zoals hersenoperaties of castratie, alsmede behandelingen waarvan vermoed mag worden dat zij onomkeerbare gevolgen hebben als electroshock, adversief bekrachtigde conditionering en bepaalde farmaca;

- patiënten hebben het recht op vrijheid van godsdienst en meningsuiting;

- patiënten hebben het recht op betaling voor verrichte arbeid;

- dwangarbeid is niet toegestaan;

- patiënten hebben recht op privacy. De minister kan nadere regels over gebouwen en verblijf vaststellen (men denke bij voorbeeld aan het recht op een eigen kamer bij een verblijf langer dan drie maanden in een psychiatrische inrichting);

- patiënten hebben recht op medezeggenschap in hun woon-, leef- en therapeutische omgeving. Ook dit zou bij algemene maatregel van bestuur verder kunnen worden uitgewerkt.

Deze waslijst is een neerslag van wensen van patiënten- en ook hulpverlenersorganisaties zoals die onder meer op de openbare hoorzitting zijn geuit. Deze verlangens leven al jaren, en de gerechtvaardigheid blijkt alleen al uit de golf aan informatie die de laatste tijd uit de inrichtingen komt, van patiënten en personeel, het ene verhaal nog ellendiger dan het andere. Het onderhavige wetsontwerp gaat daar met geen woord op in. Integendeel, wat als rechtsbescherming van de patiënt in artikel 25 e.v. gepresenteerd wordt is in feite niet meer dan een juridische legitimering van de bevoegdheden van de arts. Artikel 25 is zelfs als zodanig geformuleerd en strekt zich uit tot vrijwillig opgenomen patiënten, die nu ook onder de restricties vallen. Het argument dat zo'n patiënt toch altijd de behandeling kan staken en de kliniek verlaten is een formalistische drogreden, die geheel aan de feitelijke machts- en afhankelijkheidssituatie die binnen een inrichting bestaat voorbijgaat. Toen de P.S.P.-leden in het voorlopig verslag vroegen om uitbreiding van de rechtsbescherming ook tot vrijwillig opgenomen patiënten, was een dergelijk resultaat allesbehalve de bedoeling.

Ook de ingewikkelde problematiek rond de vraag of gedwongen opname ook gedwongen behandeling impliceert, wordt afgedaan met een verwijzing naar een arrest van de Hoge Raad. Alsof de meer dan marginale toetsing die de onrechtmatige-daad-jurisprudentie biedt hierin werkelijk enig soelaas kan bieden – afgezien van extreme gevallen zoals die van het aangehaalde arrest. Te overwegen is om minstens deze jurisprudentie in de wet vast te leggen en te koppelen aan een controlesysteem, bij voorbeeld in de vorm van een ombudsman, een college van arbitrage bij geschillen over een handelingsplan of iets dergelijks.

Sluit het onderhavige wetsontwerp totaal niet aan op de veranderde aard en behandeling van psychische klachten en de overal gevoelde behoefte aan een betere rechtspositie voor de patiënt, ook de veranderde institutionele opbouw van de geestelijke gezondheidszorg is de opstellers blijkbaar geheel ontgaan. Allereerst zijn daar de tbr-inrichtingen, die zich zo langzamerhand omvormen in de richting van behandelingsinstellingen. Steeds duidelijker wordt daarbij dat het in wezen om eenzelfde categorie van personen gaat. Het verschil is alleen dat bij de ter beschikking gestelden er sprake is van een voltooid delict, terwijl voor een gewone dwangverpleging de dreiging van een dergelijke situatie al voldoende is. Het verschil tussen beide groepen is dus hooguit een verschil in uitingsvorm van de stoornis of problematiek, niet in de stoornis of behandelingswijze zelf. Het in de memorie van antwoord genoemde argument van extra beveiliging is dubieus: in een «gewone» psychiatrische inrichting kunnen in wezen gevaarlijke, paranoïde mensen zitten, terwijl in een tbr-inrichting mensen vertoeven bij wie de kans op herhaling van het delict nagenoeg is uitgesloten. Bovendien is dat geen ar-

gument om niet te komen tot één algemene wetgeving voor alle vormen van dwangverpleging en dwangopneming, zoals die door de P.S.P.-leden in het voorlopig verslag over wetsontwerp 11 932 is voorgesteld.

Daarnaast is er de stormachtige ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg van de laatste jaren. Afgezien van het signaleren van het verschijnsel crisiscentra doet ook het gewijzigde wetsontwerp er niets mee. Toch ligt het veel meer voor de hand dat deze centra een centrale rol vervullen bij de opname, net als de behandelende therapeuten van IMP's, MOB's en SPD's en dat de huisarts slechts optreedt op plaatsen en momenten waar geen van deze andere instellingen voorhanden is. Ook hier sluit de voorgestelde juridische situatie totaal niet aan bij de zich ontwikkelende feitelijke situatie.

Het wetsontwerp zal, zoals het er nu ligt, bij verheffing tot wet al achterhaald zijn als deze in werking treedt. Dit is te verwonderlijker gezien de hoeveelheid ideeën en voorstellen die door het werkveld zelf zijn ontwikkeld rond het wetsontwerp. Dat na jaren wachten een dergelijk pover resultaat uit de bus komt achtten de P.S.P.- en P.P.R.-fracties onaanvaardbaar.

Een oplossing uit de huidige impasse zou kunnen zijn om op korte termijn een nieuwe ploeg ambtenaren met nieuwe adviseurs een wetsontwerp te laten opstellen waarin de rechten van de psychiatrische patiënt vastgelegd worden, bij voorbeeld op bovengenoemde manier. Daarnaast moet een algemeen ontwerp voor alle vormen van dwangverpleging gemaakt worden, waarin echter rekening gehouden wordt met de totaal verschillende oorzaken van geestelijke verwarring die een dwangverpleging noodzakelijk maakt.

De hier sprekende leden wilden hier nogmaals benadrukken dat het uitzonderlijke karakter van een gedwongen opname ook in deze wetgeving tot uiting komt. Voor een dergelijke ingreep moeten wel zeer zwaarwegende argumenten aanwezig zijn en een situatie die op geen andere manier kan worden aangepakt. Wie de praktijk kent, weet dat er soms nog steeds vrij gemakkelijk omgesprongen wordt met gedwongen opnamen en dat de wijze waarop zo'n beslissing genomen wordt vaak in geen verhouding staat tot de zorgvuldigheid waarmee het rechtssysteem normaliter besluit tot een vrijheidsberoving. Nu het hier gaat om vrijheidsberoving van onbepaalde duur – vaak jaren, niet zelden levenslang – is wel het minste wat men mag eisen een procedure die dezelfde waarborgen en zorgvuldigheid kent als de strafrechtsprocedure. «Flexibiliteit», zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid eist, is gezien wat op het spel staat uit den boze. Integendeel, het wetsontwerp zou er in de eerste plaats voor moeten dienen om bescherming te bieden tegen behandelaars met dergelijke opvattingen, die de dwangverpleging zien als een van de gebruikelijke middelen in hun therapeutisch arsenaal in plaats van als een maatregel die slechts een enkele maal in de hoogste nood toegepast mag worden.

De leden, behorende tot de C.P.N.-fractie, noemden het merkwaardig dat noch door de oorspronkelijke voorstellers noch door de bewindslieden die het wetsontwerp gewijzigd hebben, wordt uiteengezet welke belangen en waarden de Regering hiermee wil bevorderen, welk algemeen doel met de voorgestelde regeling wordt gediend. Het wetsontwerp is een aanpassing en bijstelling van de Wet tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, waarvan het de systematiek in grote lijnen handhaaft. De memorie van toelichting wijst in zijn inleiding op de evolutie die zich heeft voltrokken in de zorg voor geestelijk gestoorden en de verruiming van de mogelijkheden op dit gebied, waardoor de wet uit 1884 als verouderd wordt beschouwd.

Het komt de voorstellers echter «niet nodig» voor nader op de veranderingen in opvatting en mogelijkheden in te gaan. Ook de schrijvers van de memorie van antwoord zien af van een principiële algemene beschouwing. Dit is een onbegrijpelijk verzuim, aldus de C.P.N.-leden.

Gegeven de genoemde evolutie van opvattingen en verruiming van mogelijkheden zal in de eerste plaats al een argumentatie gegeven moeten wor-

den waarom men in deze tijd het handhaven van het systeem van psychiatrische dwangbehandeling toch nog noodzakelijk acht. En zo men dit noodzakelijk acht, welke samenhangende beleidsmaatregelen men voorziet om dwangopname tot een uitzonderlijke gebeurtenis te maken van beperkte duur. Waar deze argumentatie ontbreekt en men het juist onnodig oordeelt andere aspecten van de zorgverlening bij de discussie over dwangopname te betrekken, moet de conclusie getrokken worden dat de voorgestelde wijziging en bijstelling van de wet van 1884 vooral van technische aard is.

Is onuitgesproken het uitgangspunt niet, dat dwangopname als een normale en wenselijke procedure gehandhaafd moet blijven? Het bijzondere van deze opnemingen is dan, zoals uit het intitulé blijkt, alleen dat deze niet vrijwillig zijn.

Doelstelling blijkt niet dwangopnamen voorkómen maar deze mogelijk maken. Deze benadering is uit het oogpunt van de geestelijke gezondheidszorg gevaarlijk en uit politiek oogpunt reactionair. Het systeem van wetgeving uit 1884 mag nu geen norm zijn; de wetgeving vond toen onder geheel andere omstandigheden plaats. Er bestond toen nog vrijwel geen kennis omtrent het ontstaan van psychiatrische aandoeningen. Er bestonden geen reële behandelingsmogelijkheden. Effectieve medicamenteuze therapie ter bestrijding van kwellende symptomen was evenzeer onbekend.

Onder die omstandigheden werd de psychiatrische patiënt snel en meestal definitief maatschappelijk uitgestoten. Te meer daar toen, in het licht van hedendaagse kennis, volstrekt irreële opvattingen bestonden over vermeende grote gevaarlijkheid van psychotische mensen. Dwangverpleging was daarom toen regel en omvatte vaak lijfelijke dwang, kneveling en opsluiting via dwangbuis en isoleercel.

De wet van 1884 berustte op de toen gangbare opvatting dat langdurige of permanente dwangverpleging noodzakelijk was, zowel vanuit maatschappelijk oogpunt wegens het vermeende verhoogde gevaar voor de veiligheid van personen en voor de openbare orde, als vanuit het belang van de patiënt die men door hem vast te zetten veiligheid en beschutting meende te bieden. Sedertdien is echter gebleken dat langdurige opsluiting in een inrichting in zichzelf voor de mens schadelijk is. Langdurige hospitalisatie bleek verminkend en daarom gevaarlijk.

In 1884 bestond niet de mogelijkheid psychiatrische patiënten te genezen of hun conditie wezenlijk te verbeteren. Nu bestaat die mogelijkheid wel. Nu is ook duidelijk geworden dat het optreden van psychiatrische problemen samenhangt met sociaal-economische omstandigheden. M. H. Brenner (1973) vond in de VS een toename van psychiatrische opnamen bij economische depressies met massawerkloosheid, en een vermindering van psychiatrische opnamen in perioden van hoogconjunctuur met weinig werkloosheid. Dit schept verantwoordelijkheden voor de overheid passende hulpverlening te garanderen. Een ander argument hiervoor is de aanwijzing welke bestaat, dat het aantal dwangopnamen bepaald wordt door de kwaliteit van de hulpverlening die een bepaalde bevolkingsgroep ter beschikking staat.

Dwangopnamen vinden vooral plaats onder bevolkingsgroepen die slechts een geringe toegang hebben tot de verschillende voorzieningen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. In het algemeen moet het feit dat aangedrongen wordt op dwangopname worden opgevat als een noodsignaal van de betrokken individuen voor wie een onhoudbare situatie is ontstaan. Een dergelijke onhoudbare situatie vormt zich door opéénstapeling van intra-psychische, relationele en sociale problemen. Het eenvoudig uit een dergelijke situatie elimineren van degene die als patiënt wordt aangewezen verheldert genoemde problemen natuurlijk geenszins. In ieder geval is een ernstige poging noodzakelijk de aard van de noodsituatie ter plaatse te ontwarren en door gerichte en gekwalificeerde hulpverlening de crisisituatie te beheersen.

De ernstige psychische ontregeling waarvan sprake is als dwangopname gevraagd wordt, moet altijd gezien worden in samenhang met gezins- en leefsituatie en sociale omstandigheden. Tijdig ingrijpen kan het ontstaan

van crisistoestanden voorkomen. Uitbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg kan veel (dwang)opnamen dus overbodig maken.

Om al deze redenen kan nu niet volstaan worden met een niet-structurele modernisering van de wet uit 1884 die een wettelijk systeem schiep voor vrijheidsberoving van psychiatrische patiënten, berustende op nu geheel achterhaalde inzichten en opvattingen. De voorstellers en hun opvolgers volstaan daar echter wel mee. Dat getuigt van lichtvaardigheid en onwetendheid, wat gezien de verstrekkende consequenties van de voorstellen die het immers mogelijk maken mensen lange tijd of zelfs voorgoed van hun vrijheid te beroven, schrikbarend is.

Een wettelijke regeling welke de mogelijkheid schept mensen gedwongen psychiatrisch te behandelen, schept voor een beperkte groep mensen een apart wettelijk regiem. Zij, die door een arts worden herkend als lijdende aan gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van hun geestvermogens, kunnen in dat kader reeds van hun vrijheid beroofd worden als zij gevaarlijk worden geacht, in het voorliggende ontwerp (artikel 3) voor zich zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. De overigens bestaande wettelijke bepalingen verzetten zich echter niet tegen zelfmoord.

Vrijheidsberoving is buiten de krankzinnigenwet slechts in beginsel mogelijk via het strafrechtelijk systeem. Dienstplicht, ouderlijk tuchtrecht, gijzeling komen ook neer op vrijheidsbeperking, maar onder zeer specifieke omstandigheden en zijn in dit verband niet relevant. Het strafrechtelijk systeem is gebaseerd op het legaliteitsbeginsel, geen feit is strafbaar dan uit kracht van een daaraan vooraf gegane wettelijke strafbepaling. Alleen de wetgever mag bepalen wat strafbaar is. Het strafrechtelijk systeem kent bovendien aan de verdachte duidelijk omschreven rechten toe waardoor waarborgen geschapen zijn tegen willekeur, zij het wellicht nog niet ver genoeg.

Welke rechtsgrond kan er zijn om naast het strafrechtelijk systeem een apart en stringenter systeem te handhaven waarmee vrijheidsberoving mogelijk is en dat alleen van toepassing is op degenen die als psychiatrische patiënt worden geïdentificeerd? Terwille van de algemene veiligheid van personen en goederen is dat niet noodzakelijk.

Het strafrechtelijk systeem biedt immers voldoende zekerheden, waar in artikel 45 Wetboek van Strafrecht niet alleen de voltooide handeling, maar ook een begin van uitvoering daarvan strafbaar wordt gesteld. De rechtsgrond voor een apart regiem van vrijheidsbeneming van herkende psychiatrische patiënten mag dan ook slechts liggen in de hulpverlening aan de betrokkenen. Psychiatrische dwangopname mag slechts wettelijk toelaatbaar zijn als het een bijzondere uitwerking is van het recht op gezondheidszorg, het recht op bijstand in nood. Zij, die van de zijde van de hulpverleners pleiten voor het behoud van de mogelijkheid van dwangverpleging (bij voorbeeld recent Geerlings, Van Eck, Rengeling, MGV, maart 1977) doen dit met het oog op een zo goed mogelijke hulpverlening, dus vanuit het oogpunt van het streven naar het zo goed mogelijk behartigen van de belangen van de betrokkenen. Zij wijzen erop dat het politiebureau en justitiële systeem nu niet kan voorzien in een adequate opvang. Inderdaad lijkt «hulpverlening» in politiebureaus en huizen van bewaring niet in het belang van psychisch ernstig ontregelde mensen, dit moet onder de huidige omstandigheden leiden tot menonwaardige toestanden.

Hieruit trekken de C.P.N.-leden de conclusie dat thans nog psychiatrische dwangbehandeling in een aantal uitzichtloze situaties aangewezen kan zijn als een minder slechte oplossing van justitiële inbewaringstelling.

Maar alleen dan, wanneer de gedwongen opname met maximale waarborgen tegen willekeur is omgeven en de opzet heeft het nodig geachte hulp-aanbod mogelijk te maken, en alleen dan wanneer deze hulp er op gericht is het gedwongen karakter van de opname zo spoedig mogelijk te beëindigen, omdat langdurige vrijheidsbeneming nooit in het belang van het in-

dividu kan zijn, en zonder overtreding van bepalingen uit het Wetboek van Strafrecht nooit gerechtvaardigd is.

Vooraf het scheppen van afdoende waarborgen tegen willekeur heeft hierbij grote prioriteit. Ondanks de beslissingsbevoegdheid van de rechter is de norm bij dwangopname in de rechtspraak een psychiatrische, dus een subjectieve waarop politieke controle moeilijk is. Er moet dan ook een systeem van waarborgen geschapen worden dat op deze omstandigheden afgestemd is.

Het is onacceptabel en zeer bedenkelijk dat het voorliggende wetsontwerp dwangopnamen mogelijk maakt, *zonder* dat enige wettelijke garantie bestaat dat een ernstig te nemen hulpaanbod voorhanden zal zijn,

zonder dat er een wettelijke garantie is dat het doel van de gedwongen opname is het dwangkarakter zo spoedig mogelijk op te heffen,

dus *zonder* dat er een wettelijke garantie bestaat dat de dwangopname de duur van enkele weken niet zal overschrijden, en

zonder dat er een wettelijk kader geschapen is waarbij maximale garanties bestaan tegen willekeur.

De voorgestelde procedures zijn zelfs in vergelijking met die uit het strafrechtelijke systeem weinig zorgvuldig en er is zelfs klaarblijkelijk moeite gedaan het aantal procedures te beperken.

Op blz. 19 van de memorie van antwoord worden nota bene de kosten van rechtsbijstand als argument genomen om deze niet in alle gevallen ter beschikking te doen staan. De overheid kan slechts het recht hebben dwangbehandeling mogelijk te maken (zonder dat er sprake is van overtreding van bepalingen van het Wetboek van Strafrecht), indien het voorziene nieuwe grondwetsartikel dat het recht op gezondheidszorg vastlegt zodanig wordt uitgewerkt dat er wettelijk garanties komen betreffende de kwaliteit en beschikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg. Waarbij dus de dwangbehandeling als een noodoplossing geldt in het kader van de gezondheidszorg in die gevallen waarin geen beter alternatief voorhanden is.

Het hanteren van het middel dwangverpleging schept voor de overheid daarom de verplichting adequate bijstand in intensieve hooggespecialiseerde hulpverlening te garanderen. Alleen de beschikbaarheid van dergelijke hulpverlening kan immers bevorderen dat dwangverpleging tot uitzonderingsgevallen beperkt blijft en zo deze plaats vindt slechts kortdurend behoefte te zijn. De noodzaak tot dwangverpleging komt nu veelal voort uit het tekort schieten van het hulpverleningsaanbod, de lange duur van dergelijke opnamen evenzeer. Opzet van nieuwe wetgeving moet zijn deze wantoestanden tot verdwijning te brengen.

Dwangopname moet, als uitzonderingstoestand van korte duur, wettelijk als doelstelling hebben het op korte termijn opheffen van het element dwang, en dient omgeven te zijn met deugdelijke rechtswaarborgen:

de bloed- en aanverwanten mogen als te veel betrokken geen speciale bevoegdheden hebben en zeker niet de familie in de zijlijn tot de derde graad;

de betrokkene moet in alle gevallen vanaf de aanvang de beschikking krijgen over een eigen raadsman en zo gewenst over een eigen psychiatrische deskundige;

bij iedere rechterlijke beslissing moet beroep mogelijk zijn;

de officier van justitie mag nergens taken overnemen van de rechter.

Essentieel is het behoud van grondrechten: de vrijheid van briefwisseling, telefonisch verkeer, recht op bezoek. Beperking van bewegingsvrijheid mag niet gekoppeld worden aan de binnen het psychiatrisch ziekenhuis geldende regelingen, maar kan alleen geschieden op onontkoombare medische indicatie.

Om aan te geven dat het de opzet van de wet is de periode van dwangopname zoveel mogelijk te bekorten dient de wetstekst vast te leggen dat bij een voorlopige machtiging of een spoedopname de dwangopname beëindigd wordt na een periode van drie weken, tenzij de rechter anders beslist, weer voor een periode van drie weken. Samen maximaal zes weken.

Er mag geen overvloeien plaatsvinden van wettelijke vrijheidsbeperkende bepalingen (artikel 25 e.a.) naar vrijwillig opgenomen patiënten. Dit bevordert een ontoelaatbare besmetting van de vrijwillige psychiatrische behandeling met dwangmethodes.

Daar het gezien de stand van de hulpverlening, de vele gebreken en tekorten daarvan, niet direct mogelijk lijkt bij het invoeren van een nieuwe wet over de hele linie te komen tot beperking van deze dwangopnamen en de duur daarvan, is het wellicht wenselijk het volledig van kracht worden van de wet te binden aan een overgangperiode. De wet zou een overgangsbeperking kunnen bevatten, waardoor het voor een periode van bijvoorbeeld vijf jaar mogelijk blijft dwangopnames langer dan twee maal drie weken te doen duren.

Een staatscommissie moet dan worden ingesteld met als taakstelling advies uit te brengen over de geconstateerde lacunes in de zorgverlening en aanbevelingen te doen omtrent een sluitend wettelijk gegarandeerd systeem van intra- en extramuraal hulpverlening omvattende crisiscentra, SPD's, IMP's, LM-bureaus enzovoort, aangevuld zo nodig met nieuwe voorzieningen om dwangopnamen metterdaad tot een uitzonderingstoestand te maken.

Het voorliggende ontwerp, dat geen garanties bevat betreffende de hulpverlening en de verbetering daarvan zal, als de huidige wet, gaan functioneren als een opbergstelsel ter eliminering van storende elementen. Dat is verderfelijk, omdat de nieuwe wet dan net als de huidige wet mede zal gaan dienen als een scherm waarachter het tekortschieten en daarom in een aantal gevallen falen van de geestelijke gezondheidszorg verborgen blijft, aldus de C.P.N.-leden. De huidige wet heeft door zo te functioneren de omstandigheden bepaald waaronder chronische psychiatrische patiënten nog vaak onder mensonwaardige omstandigheden «opgeborgen» zijn. Dit ondanks een niet aflatende stroom beloften om aan deze toestanden een einde te maken. Aangezien in de huidige opzet het voorliggende voorstel bij verheffing tot wet niet anders zal functioneren, hebben de leden van de C.P.N.-fractie bovenstaande gedachten geformuleerd om deze opzet structureel te wijzigen.

De regeling van de rechten van de betrokkene vonden de P.v.d.A.-leden onvoldoende. De beperkingen, die kunnen worden opgelegd zijn voor een zo ruime interpretatie vatbaar, dat nog amper sprake is van rechten. Want wat kan niet allemaal geplaatst worden binnen het kader van de handhaving van de orde in het psychiatrisch ziekenhuis of gezien worden als een onderdeel van de geneeskundige behandeling in het belang van de gezondheidstoestand van de patiënt? Naar de mening van de leden der P.v.d.A.-fractie is deze laatste beperking ook overbodig. Want of de betrokkene weigert de behandeling en komt de beperking te vervallen of de betrokkene stemt vrijwillig in met de beperking in het kader van de begeleiding, na overleg met de medewerkers. Ook vroegen deze leden zich af of het juist is dat de betrokkene beschermd wordt tegen het plegen van een strafbaar feit door middel van het schrijven van brieven of tijdens het bezoek. Uitgangspunt voor de gedwongen opname is toch de gevaarlijkheid op grond van een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens. Ten aanzien van de vrijwillig opgenomen patiënt geldt dat hij zolang hij in de inrichting verblijft wel beschermd moet worden, maar zodra hij uit protest tegen bijvoorbeeld een beperking op het recht van vrije briefwisseling de inrichting verlaat een dergelijke bescherming niet langer behoeft.

Ook ontging deze leden de zin van de mogelijkheid om de onvrijwillig opgenomen persoon te beperken in zijn recht op een vrije briefwisseling of in het recht tot het ontvangen van bezoek. De vraag doet zich hierbij voor of de briefschrijver buiten de inrichtingsmuren hiermee ook niet beknot wordt in zijn rechten. Een vraag die mede berust op het in de memorie van antwoord gestelde, dat de inhoud van de brief de arts behulpzaam kan zijn bij het verkrijgen van een beter inzicht in het ziektebeeld of de ziekteoorzaken.

Naast de reeds in artikel 25, eerste lid, opgesomde rechten missen deze leden het recht op deskundige begeleiding tijdens het verblijf in een psychiatrisch centrum, maar ook bij het proces van herintegratie van betrokkene in de samenleving. Hoewel het opgenomen zijn in een psychiatrisch centrum een dergelijke begeleiding lijkt in te houden, wijst de praktijk wel eens anders uit. In het verlengde van dit recht op begeleiding zou het recht op een plan van begeleiding kunnen worden vervat, waarin schriftelijk wordt vastgelegd hoe de werkers binnen het psychiatrisch centrum en de betrokkene zich voorstellen samen te werken aan diens problemen. Om alle misverstand uit te sluiten: het recht op begeleiding houdt volgens deze leden niet in dat de betrokkene niet zou kunnen afzien van zijn recht.

Achten de bewindslieden het niet gewenst, dat betrokkene het recht heeft op informatie omtrent de doelstelling van de begeleiding en de consequenties die bepaalde therapieën kunnen inhouden voor betrokkene?

Voorts misten de P.v.d.A.-leden de regeling van een recht om opgenomen te kunnen worden in een ander psychiatrisch centrum of op een andere afdeling van het centrum waar zij verblijven, indien de betrokkene de hem geboden begeleiding niet in overeenstemming acht met zijn problematiek. Zij zijn minder gelukkig met de in deze wet geboden mogelijkheid van het opleggen van beperkingen van persoonlijke rechten bij patiënten die op vrijwillige basis in een inrichting verblijven. Het argument dat de vrijwillig opgenomen persoon die het met bepaalde beperkingen van zijn rechten niet eens is de inrichting dan maar moet verlaten rechtvaardigt een dergelijke regeling niet.

Immers de drempel die voor betrokkene ligt tussen inrichting en samenleving in de vorm van bij voorbeeld het vinden van huisvesting, werk en van een kennissenkring bemoeilijkt een dergelijke keuze ten zeerste. Zeker als men zich bedenkt dat het plotseling op eigen benen staan voor de «genezen patiënt» al erg moeilijk is, laat staan voor een persoon die zich nog in een proces van bewustwording van de problemen bevindt en voor het zoeken naar een oplossing de hulp van de inrichting heeft ingeroepen. Als wij de wil van hen die zich vrijwillig doen opnemen respecteren en hen dus toerekeningsvatbaar achten, dienen wij deze personen ook een volwassen positie in het begeleidingsproces toe te kennen. Een proces waarbij therapeut en betrokkene in onderling overleg samen zoeken naar de oplossing van de problemen.

Het kwam de P.v.d.A.-leden ongewenst voor dat het vrijwillig verblijf van iemand in een psychiatrisch centrum kan worden gewijzigd in een gedwongen verblijf. Ook hierbij speelt het probleem dat de beoordeling van het gevaar plaatsvindt binnen een context die danig verschilt met die buiten de inrichtingsmuren. Bovendien moeten werkers, die in een therapeutische relatie staan met betrokkene, de vrijheid beperken van iemand die vrijwillig hun hulp heeft ingeroepen. Afgezien van het feit, dat een dergelijk handelen de vertrouwensrelatie ernstig zal schaden en een eventueel verdere begeleiding daardoor weinig adequaat zal kunnen zijn, is het de vraag of het voor deze werkers, die zich in een voortdurend interactieproces met betrokkene bevinden, wel mogelijk is dit gevaar te beoordelen.

Dat de verklaring als bedoeld in artikel 4, eerste lid, wordt afgegeven door de directeur-geneesheer en niet door een niet aan de inrichting verbonden deskundige is des te opmerkelijker.

Voorts is het de vraag of de wetgever de door hemzelf ingebouwde rechtswaarborgen niet ondergraaft door de mogelijkheid te creëren dat het verblijf van de betrokkene wordt voortgezet in afwachting van een beslissing op de ingestelde vordering. Is het bovendien niet een vorm van discriminatie dat de machtiging tot voortgezet verblijf van de daarvoor vrijwillig opgenomen persoon geldt voor de duur van één jaar?

Met betrekking tot de opvatting der bewindslieden dat alle ingrijpende beperkingen van de essentiële vrijheden die voor de met machtiging opgeno-

men patiënt gegrond kunnen zijn, zonder onderscheid op de vrijwillig opgenomene toepasbaar zouden moeten zijn, vroegen de leden der C.D.A.-fractie zich met grote bezorgdheid af of zulks voor de vrijwillig opgenomene wel aanvaardbaar geacht kan worden. Zal een dergelijke regeling geen bemerking vormen om zich alsnog vrijwillig te laten opnemen, waardoor het aantal niet-vrijwillig opgenomenen op den duur zal moeten stijgen? Mede uit een oogpunt van preventie zou het noodzakelijk zijn de positie van de vrijwillig opgenomene afzonderlijk in de wet te behandelen.

Het wetsontwerp creëert een aantal procedures die onderling sterk verschillen. Deze veelheid van regelingen wekt de schijn dat de rechtspositie van de betrokkene aanmerkelijk wordt verbeterd, maar in feite zou de patiënt meer gediend zijn met een uniforme procedure, waarvan hij in de in het ontwerp van wet genoemde gevallen gebruik zou kunnen maken, althans naar de voorlopige mening van de hier aan het woord zijnde leden van de fractie van het C.D.A.

De tot de V.V.D.-fractie behorende leden nodigden de bewindslieden uit nader uiteen te zetten waarom het nodig wordt geoordeeld de vrijwillig opgenomen patiënt in beginsel onder de werkingssfeer van de wet te brengen. Moet hierdoor niet worden gevreesd dat de bereidheid om zich vrijwillig te laten opnemen sterk zal afnemen? Achten zij dat, indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, geen ongunstige ontwikkeling?

Niet begrepen hadden deze leden de opmerking in de memorie van antwoord (blz. 4, bovenaan) dat, indien voortgezette intramurale behandeling noodzakelijk wordt geacht, de vrijwillig opgenomen patiënt via een rechterlijke machtiging gedwongen kan worden tot voortgezet verblijf. Is dit criterium van «noodzakelijke behandeling» niet in strijd met èn het «gevaarlijkheids criterium» dat voor de gedwongen opname geldt èn het zogenaamde toestemmingsprincipe dat ten aanzien van medische behandelingen in het algemeen wordt gehuldigd?

Het was de tot de V.V.D.-fractie behorende leden opgevallen dat ter zake van opname, ontslag, verlof en vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het ziekenhuis het wetsontwerp voorziet in procedures, die zowel principieel als in uitwerking, sterk verschillen. Moet door de veelheid aan verschillende regelingen niet worden gevreesd dat dit ten koste zal gaan van doelmatigheid en rechtszekerheid? Ligt meer eenduidigheid in de regelingen ter zake van het verplicht horen van de patiënt, de mogelijkheid tot beroep en de toerekening van kosten ten gevolge van onderzoek door deskundigen niet voor de hand?

De leden van de fracties van P.S.P. en P.P.R. juichten een aantal verbeteringen in de opname-procedure toe. Met name het verplichte horen kan een bijdrage leveren aan de rechtsbescherming. Desalniettemin blijft er onduidelijkheid bestaan over de prioriteiten die de bewindslieden stellen voor een gedwongen opname. Is dat nu het – juridische – «gevaars criterium» of het – medische – behandelingscriterium? Uit de wetstekst lijkt bij opname het gevaarscriterium als enig criterium gehanteerd te mogen worden, maar blijkens de memorie van antwoord mag een vrijwillige patiënt ook tegen zijn zin worden vastgehouden als voortgezette intramurale behandeling «noodzakelijk wordt geacht» zonder dat verder over enig gevaar gesproken wordt (blz. 4, eerste alinea).

Ook de verloffregeling gaat aan een dergelijke dubbelzinnigheid mank: terwijl de wetstekst eist dat verlof gegeven moet worden zodra het gevaar geweken is, ondermijnen de bewindslieden dit principe zelf door in de memorie van antwoord het verlof te beschrijven als «een onderdeel van de medische behandeling, een middel ter voorbereiding van de terugkeer in de maatschappij». En helemaal merkwaardig is het feit dat de beslissing om een patiënt weer te laten gaan bij de medici gelegd wordt, hoewel deze – uit de aard der zaak – er eerder toe geneigd zijn iemand pas te laten lopen als hij weer «beter» is in plaats van, wat de wet eist, wanneer hij geen gevaar meer oplevert.

Een gedwongen opname is een dermate ingrijpende zaak, dat een gedetailleerde en zorgvuldige procesgang een eerste vereiste is. Zeker rond de Krankzinnigenwet schort het daar nog wel eens aan. De inbewaringstelling is – gezien de cijfers – regel geworden, hoewel de procedure bedoeld was als noodmaatregel. En de psychiatrische rapportage wordt meestal behandeld als de mening van een onfeilbare deskundige en zonder meer aanvaard. Het is een situatie die geheel in tegenstelling is met de zorgvuldigheid die bij voorbeeld van politiemensen wordt geëist als zij in zeer preciese beoordelingen moeten uitleggen aan de rechtbank wat er precies heeft plaats gevonden en wat de motieven voor hun handelen waren. Zonder overdrijving kan gesteld worden dat er momenteel veel rapporten worden uitgebracht in het kader van gedwongen plaatsing en behandeling die in ondoorzichtige toon gesteld zijn, niet wetenschappelijk controleerbare feiten melden of veronderstellingen als vaststaande feiten presenteren. Het zou geen luxe zijn indien in een algemene maatregel van bestuur nadere regels aan deze rapportage gesteld zouden worden.

Ook zal de procedure zelf meer aansluiting moeten vinden in het bestaande systeem van ambulante hulpverlening. Pas als die het niet meer aan kan, zou er sprake mogen zijn van een gedwongen opname. Een voorbeeld van een dergelijke procedure geeft het wetsontwerp dat door staf en bewoners van het psychiatrische centrum St. Bavo in Noordwijkerhout is opgesteld. Daarin moet iemand die zich bedreigd voelt contact opnemen met zijn of haar huisarts, of met de plaatselijke SPD. Deze stelt een rapport op over de situatie, en kan een of meer betrokkenen adviseren zich onder psychiatrische behandeling te stellen. Pas als men dat advies niet opvolgt kan onder bepaalde omstandigheden gedwongen opname in een soort crisiscentrum volgen. Voor acuut gevaar kan het politionele-justitiële systeem dienen, dat voldoende waarborgen kent of een systeem van crisiscentra, zoals die nu al in de grote steden bestaan, gekoppeld aan een iets als de huidige inbewaringstelling.

Zeker de eerste twee jaar van het verblijf in een psychiatrische inrichting zijn van groot belang. Na die periode wordt de kans op levenslange hospitalisering steeds groter. De gedwongen opname zal dan ook strak begeleid moeten worden, zeker in die fase. Een drietal tussentijdse checks in de vorm van een voorlopige machtiging, de verlening daarvan en een machtiging tot voortgezet verblijf zijn daartoe onvoldoende naar de mening van de hier sprekende leden. Zij denken meer aan een controle door rechter en/of officier van justitie om de drie maanden, waarbij met de patiënt gesproken wordt en met name gelet wordt op zijn gevaarlijkheid, de enige reden die een *gedwongen* behandeling rechtvaardigt. De aanwezigheid van een behandelingsplan is in dat kader een vanzelfsprekendheid.

Deze leden zagen niet in waarom iedere patiënt niet ambtshalve een raadsman toegevoegd kan krijgen. Gezien de ernst van de maatregel is dat wel het minste wat men kan verwachten, zeker als men bedenkt dat iedereen die voor een winkeldiefstalletje wordt gearresteerd wél recht heeft op een raadsman. De argumentatie dat het toezicht van de inspectie en de officier van justitie voldoende is getuigt van een optimisme in de alziendheid van dergelijke apparaten, die zeker in het licht van de vele klachten en publicaties de laatste jaren niet geheel op de realiteit gebaseerd is.

In deze situatie mag een beroepsmogelijkheid evenmin ontbreken. Uit de memorie van antwoord blijkt dat een patiënt pas na zeven maanden in beroep mag gaan bij het Hof in Arnhem om «de patiënt niet te snel met een procedure te belasten (een procedure geeft veel spanningen)». Hier wordt de rechtsbescherming totaal ondergeschikt gemaakt aan het onfeilbaar medisch denken. Zelfs de wetgever blijkt hier al bij voorbaat iemand die mogelijk ten onrechte tegen zijn zin wordt behandeld als een labiele stakker te bezien, die de meest normale rechtsgang wordt ontnomen omdat dat «teveel spanningen» geeft. Die spanningen ontstaan zeker niet als een «normaal» mens zeven maanden lang ten onrechte in een inrichting wordt opgeborgen.

Het zijn dergelijke redeneringen die deze leden zich doen afvragen of de bewindslieden werkelijk menen wat ze zeggen, als ze schrijven dat ze het wetsontwerp mede als waarborg zien, niet voor al die gewone gevallen, maar juist voor die paar excessen van nonchalance en misbruik van bevoegdheden. Juist de almacht van de behandelaars en de uiterst zwakke positie van de behandelenden vereist in de eerste plaats zorgvuldige en waterdichte formuleringen, motiveringsvereisten, een recht op beroep en rechts-hulp. Nu deze ontbreken is het voorliggende voorstel een ontwerp geworden dat de almacht van de almachtigen legitimeert in plaats van recht te doen aan de zwaksten.

Kunnen de bewindslieden, zo vroegen in dit verband nog de leden der P.v.d.A.-fractie meer informatie verschaffen over de wijze waarop het begrip «machtiging» tot dusverre in de krankzinnigenwetgeving gehanteerd is? Kan daarnaast een overzicht worden gegeven over de indicaties op grond waarvan een machtiging wordt afgegeven of wordt overgegaan tot een in-bewaringstelling en het aantal inbewaringstellingen dat heeft geleid tot het afgeven van een machtiging?

De leden van de C.D.A.-fractie zouden graag vernemen hoeveel patiënten met en hoeveel zonder machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Verdient het ook volgens de bewindslieden geen aanbeveling het nogal eens gesignaleerde automatisme bij het verlengen van machtigingen te doorbreken en in dit opzicht een meer terughoudend beleid te voeren? Welke maatregelen zijn de bewindslieden voornemens te treffen ten aanzien van het feit dat vele patiënten niet weten of ze al of niet met een machtiging zijn opgenomen?

Ten dele in aansluiting op hierboven weergegeven betogen maakten de tot de C.D.A.-fractie behorende leden nog de volgende opmerkingen.

Waarom wordt noch in het wetsontwerp noch in het begeleidende stuk aandacht besteed aan de nazorg (als recht van de patiënt)?

Zijn de bewindslieden voornemens om met het oog op de beperking of voorkoming van een eventuele vrijwillige of gedwongen opneming, een uitbreiding te geven aan de ambulante geestelijke gezondheidszorg?

Zijn de bewindslieden bereid om in het wetsontwerp alsnog de mogelijkheid te openen om patiëntenraden verplicht te stellen?

In het wetsontwerp komt onvoldoende naar voren wie nu in feite de verantwoordelijkheid draagt voor de opgenomen patiënt: de directeur, de afdelingsarts of het team.

In het voorlopig verslag over wetsontwerp 11 932 wordt de vraag gesteld of het niet wenselijk zou zijn te streven naar vergaande integratie van de wetgeving op de terbeschikkingstelling van de Regering en de materie vervat in het voorliggende wetsontwerp. Zijn de bewindslieden bereid het antwoord op deze vraag in hun beschouwingen te betrekken?

In het uitgebreide commentaar op dit wetsontwerp van de Werkgroep rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen worden interessante beschouwingen gewijd aan de afschaffing van de krankzinnigenwetgeving. Hoewel de hier aan het woord zijnde leden de mening zijn toegedaan dat dit vooralsnog niet zal kunnen, zouden zij aan de bewindslieden wel de vraag willen voorleggen na te gaan welke mogelijkheden er zijn om te realiseren dat de psychiatrische inrichtingen niet langer een kruising zijn tussen een hulpverleningsinstelling en een gevangenis.

Hoe denken de bewindslieden over een geheel nieuwe wet op de geestelijke volksgezondheid, waarin de ambulante en de intramurale zorg geïntegreerd geregeld worden, de vrijwillige en de gedwongen opnamen geregeld worden en de rechten en plichten van onderscheidenlijk vrijwillig en gedwongen opgenomenen worden vastgelegd?

De tot de V.V.D.-fractie behorende leden misten een algemene beschouwing over de vraag op welke wijze de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt nu of in de toekomst beter gewaarborgd kan wor-

den. Immers, op zeer verschillende wijze kan door allerlei personen en instanties kennis worden genomen van gegevens en dossiers over de op te nemen en opgenomen patiënt. Zowel het beroepsgeheim van de medicus als de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zijn daarbij in het geding. Wat zijn in dit verband de relaties tussen enerzijds het voorliggende wetsontwerp en anderzijds de studies van de staatscommissie-Koopmans en de speciale commissie uit de Gezondheidsraad?

Mag een elementair recht als het recht op vrije briefwisseling wel worden ingeperkt, zo vroegen ook de V.V.D.-leden, met het motief dat door kennisneming van de inhoud van de brieven inzicht kan worden verkregen in de ziekte van al dan niet vrijwillig opgenomen personen?

Kunnen de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot, iedere meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn en die in de zijlijn tot de derde graad inbegrepen, alsmede de voogd of curator van betrokkene niet beter uitgesloten worden van het recht om een verzoek in te dienen als omschreven in artikel 3, lid 1, zo wilden de P.v.d.A.-leden weten. Niet alleen omdat allen belangen op het oog kunnen hebben die niet stroken met die van degene die moet worden opgenomen – een zienswijze waarbij de C.D.A.-leden zich aansloten – maar ook om de relatie die tussen de verwanten en de betrokkene bestaat voor de toekomst niet onmogelijk te maken. Dikwijls blijkt later, ook als het om een conflict gaat met die verwanten, dat bij het zoeken naar een oplossing van de problemen de kennis dat hij het gedwongen verblijf aan hen «te danken heeft» een grote hindernis vormt. Dit laatste kan dan een daadwerkelijke oplossing van de problemen in de weg staan.

Het is ook de vraag of het nodig is dat de verwanten etc. de mogelijkheid hebben om een dergelijk verzoek in te dienen. Er mag toch worden aangenomen dat de crisissituatie al gedurende langere tijd bestaat en men eerst de hulp van een hulpverlenende instelling heeft ingeroepen voordat een verzoek tot machtiging wordt ingediend. Dit verzoek kan dan toch ook uitgaan van de medewerker van deze instelling nadat deze in overleg met betrokkenen heeft geconstateerd dat het gevaar alleen te keren is door een gedwongen opname van één der betrokkenen.

De beantwoording van de vraag naar de bezetting van de hoofdinspectie en de inspectie voor de geestelijke volksgezondheid achtten deze leden onvoldoende. Gezien de ongunstige berichten die nog steeds te horen zijn over de behandeling in psychiatrische ziekenhuizen en de grote veranderingen die zich voordoen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid vroegen zij zich af of met de huidige bezetting wel sprake kan zijn van onder andere een effectief toezicht op de naleving van deze wet. Zou het toevoegen van ook niet-medici aan de inspecteurs niet in overeenstemming zijn met de toename van het belang van andere disciplines binnen de geestelijke volksgezondheid?

II. ARTIKELEN

Artikel 1

Is het niet wenselijk, zo vroegen de leden van de P.v.d.A.-fractie, om aan te geven aan welke criteria de stafbezetting en de huisvesting van afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen moeten voldoen waar personen op grond van een machtiging kunnen worden opgenomen?

Artikel 3

Het was de tot de V.V.D.-fractie behorende leden niet in alle opzichten duidelijk geworden waarom de benadering van de rechter voor het verlenen van een machtiging in alle gevallen via de officier van justitie dient te verlopen. Zij zouden hier gaarne een nadere toelichting ontvangen.

Artikel 4

Als de verklaring, als bedoeld in het eerste lid, dient als legitimatie om personen hun bewegingsvrijheid te ontnemen, zo vroegen de P.v.d.A.-leden, wordt dan wel op een juiste wijze gebruik gemaakt van de deskundigheid van een arts? Verder vroegen deze leden zich af wat nu de inhoud van een dergelijke verklaring is, temeer daar krachtens algemene maatregel van bestuur nog nadere voorschriften zullen volgen.

Betekent een ziekelijke stoornis of een gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens van een persoon een verhoogd risico ten aanzien van de gevaarlijkheid voor zich zelf en anderen in vergelijking met mensen die niet gebukt gaan onder een dergelijke stoornis of ontwikkeling? Kan indien deze vraag bevestigend beantwoord wordt deze bewering ondersteund worden met een cijfermatige vergelijking?

Is het niet wenselijk om de in dit artikel genoemde verklaring op te laten stellen door een multidisciplinair team? Zijn vooral de niet-medische aspecten niet van groter belang bij het taxeren van de gevaarlijkheid, zoals de situatie waarin betrokkene zich bevindt, zijn omgeving en het door hem getoonde gedrag?

Omdat het hier om een zeer ingrijpende maatregel gaat zou het, volgens de C.D.A.-leden, wenselijk kunnen zijn om twee verklaringen te laten overleggen en wel één van de behandelende arts (huisarts) en één van een andere arts die meer afstand kan nemen.

Artikel 5

Welke nadere voorschriften denken de bewindslieden nog te geven ten aanzien van het verzoekschrift, bedoeld in artikel 3, en de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 4? (P.v.d.A.)

Artikel 6

Op grond waarvan kan de officier van justitie beoordelen of er in een bepaalde situatie sprake is van gevaar en beoordelen dat het waarschijnlijk geacht moet worden dat dit gevaar in verband staat met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van een persoon? Wordt niet, indien de in artikel 3, eerste lid, vermelde personen het indienen van een verzoek nalaten op onjuiste wijze gebruik gemaakt van de door hen aan anderen verstrekte informatie en geldt dit ook niet voor de kennis van de huisarts? Gedogen de opvattingen van artsen omtrent het beroepsgeheim wel een dergelijke informatiewisseling? (P.v.d.A.)

Artikel 7

Ten vervolge op hetgeen de leden der fracties van P.S.P., P.P.R. en C.P.N. in hun algemene betoog opmerkten over de toevoeging van een raadsman, bepleitten de leden van de P.v.d.A.-fractie bij de bespreking van dit artikel een zodanige wijziging van het tweede lid, dat aan de betrokkene altijd een raadsman zal worden toegevoegd. Is juist niet de persoon, die in de war is en daardoor minder in staat om de mogelijkheid van rechtsbijstand te overwegen, het meest met het advies van een raadsman gediend? De C.D.A.-leden vroegen waarom artikel 40 Wetboek van Strafvordering hier niet van overeenkomstige toepassing wordt verklaard. Aan iedere patiënt wordt dan door de voorzitter van de rechtbank ambtshalve een raadsman toegevoegd. Het openbaar ministerie geeft, wanneer het een vordering instelt, de voorzitter onverwijld kennis dat toevoeging moet plaatshebben. De leden der V.V.D.-fractie vroegen of de bewindslieden bereid zijn het tweede lid zo te wijzigen dat toevoeging van een raadsman aan de patiënt altijd geschiedt, tenzij de patiënt dit niet wenst.

Lid 3. Zou het geen aanbeveling verdienen het horen door de rechter van familieleden, de echtgenoot, voogd of curator verplicht te stellen? (C.D.A.)

Lid 7. Biedt deze bepaling, zo vroegen de P.v.d.A.-leden, de rechter financieel gezien de mogelijkheid om, indien betrokkene dat wenst, zich door een door betrokkene aangewezen deskundige te laten rapporteren omtrent de situatie waarin betrokkene zich bevindt?

Artikel 9

Wat gebeurt er in de tussenliggende veertien dagen met een persoon, die gezien het afgeven van een machtiging een gevaar oplevert voor zich zelf of anderen en nog niet kan worden opgenomen in een inrichting?

Kan de Minister nadere mededelingen doen over de rechtspositie van de opnemende inrichting? Is een inrichting autonoom in het bepalen of iemand voor wie rechterlijke machtiging verkregen is opgenomen zal worden?

In nauw verband met het voorafgaande staan de moeilijkheden met betrekking tot het ontslaan van patiënten die als «niet-passend in de sfeer van de inrichting» worden beschouwd. Deskundigen signaleren deze problematiek al geruime tijd. De huidige Krankzinnigenwet blijkt, ondanks het bestaan van een voorgeschreven procedure voor ontslag, deze problemen niet te kunnen verhelpen. Welke garantie is er dat de z.g. «moeilijke» of «lastige» patiënten ergens terecht zullen kunnen waar een op hen afgestemde behandeling of verblijf mogelijk is? Is daartoe wellicht een expliciete differentiatie van inrichtingen naar categorieën opgenomen wenselijk of mogelijk of noodzakelijk? Thans bestaat het gevaar dat iedere inrichting zich zal proberen te ontwikkelen tot een behandelingsinstituut voor de meest succesbelovende groepering patiënten.

Zijn de bewindslieden gevallen bekend waar aan een verzoek tot opname niet kon worden voldaan door een tekort aan personeel?

Het was de P.v.d.A.-leden, van wie bovenstaande vragen en opmerkingen afkomstig zijn, overigens opgevallen dat vanaf dit artikel in het wetsontwerp niet langer sprake is van de «persoon», maar van de «patiënt».

Artikel 11

De P.v.d.A.-leden vroegen zich af waarom aan de raadsman of aan een minderjarige een afschrift van de in artikel 10 bedoelde mededeling wordt onthouden.

Artikel 12

Wordt aan de ene kant voor een ruime verspreiding van de geneeskundige verklaring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, zorg gedragen, de raadsman van de betrokkene wordt deze informatie evenals de informatie genoemd in het tweede lid onthouden. Wat is de achterliggende gedachte om allerlei artsen die niet direct betrokken zijn bij de begeleiding deze informatie wel te verschaffen? Is de privacy van de betrokkene niet gediend met een zo gering mogelijke verspreiding van zijn persoonlijke gegevens? (P.v.d.A.)

Artikelen 13 en 16

De C.D.A.-leden meenden dat het aanbeveling verdient aan de zinsnede «naar het oordeel van de directeur-geneesheer» toe te voegen de woorden: en na overleg met de behandelend geneesheer of het behandelingsteam.

Artikel 14

Het begrip «de nodige bereidheid» riep bij de C.D.A.-leden vragen op. Bij niet bereid zijn grijpt men in tegen de zin van de patiënt. Zou het geen aanbeveling verdienen ook in dit geval de rechter in te schakelen? Anders weet de patiënt niet dat een machtiging tot voortgezet verblijf is aangevraagd.

Zo er één grond is voor de aanvaarding van dit wetsontwerp dan is het wel dat de betrokkene een goede begeleiding ontvangt bij zijn problemen. Het kwam de P.v.d.A.-leden dan ook vreemd voor dat de rechter, bij de procedure voor de machtiging tot voortgezet verblijf, de betrokkene niet meer opnieuw behoeft te horen. Een van de overwegingen die de rechter dan zou kunnen betrekken bij zijn beslissing of de aan de betrokkene geboden hulp adequaat is.

Zou het niet beter zijn als een niet aan de inrichting verbonden psychiater de geneeskundige verklaring zou opstellen? De in de memorie van antwoord gegeven toelichting beklemtoont de noodzaak hiervan. Immers als het juist is, zoals in de memorie van antwoord wordt gesteld, dat het bij een machtiging niet gaat om een opdracht tot voortzetting van het gedwongen verblijf, wie beslist dan of deze machtiging wel aangewend zal worden voor een voortgezet verblijf? De betrokkene zelf?

Artikel 15

Waarom wordt de rechter niet verplicht om betrokkene voor wie een nieuwe machtiging tot voortgezet verblijf wordt aangevraagd te horen? Het argument dat de betrokkene daardoor te veelvuldig in de spanning van de procedure zou worden gebracht, leek de P.v.d.A.-leden in dit geval minder waarschijnlijk.

Artikel 16

Is er niet sprake van een spoedopname indien gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om een vrijwillig opgenomen patiënt te dwingen zijn verblijf voort te zetten, zoals omschreven in lid 4? Is het dan niet gewenst om in lid 3 op te nemen dat om een voorlopige machtiging wordt gevraagd aan de rechter van de plaats waar de patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft en een vastgestelde termijn te noemen waarbinnen de rechter een beslissing moet nemen? (P.v.d.A.)

De V.V.D.-leden stelden de vraag of en in hoeverre het artikel overbodig is, gezien het instrumentarium dat reeds in de artikelen betreffende voorlopige machtiging, machtiging tot voortgezet verblijf en spoedopneming wordt geboden? (V.V.D.)

Artikel 17

Kunnen de bewindslieden aangeven waarom de totale tijdsduur waarvoor machtigingen tot voortgezet verblijf kunnen worden gegeven niet aan een maximumtermijn zijn gebonden en kunnen zij enige voorbeelden noemen waarbij een dergelijke beperking ten nadele van de betrokkene zou zijn?

Zou het gezien de sterke afname de laatste jaren van het totaal aantal afgegeven machtigingen en de relatieve toename van het aantal in bewaringstellingen niet mogelijk zijn om de totale duur van het onvrijwillige verblijf in een inrichting te beperken tot 3 maanden?

Zal het feit dat de kosten van het onderzoek door deskundigen zoals aangegeven in lid 6 ten laste kunnen worden gebracht van degene die het beroep instelde, niet een ernstige belemmering vormen voor de betrokkene om een beroep in te stellen? (P.v.d.A.)

Artikel 18

Moet niet, om een overaccentuering van het justitiële aspect te voorkomen, aan lid 3 worden toegevoegd, dat de politieversterking een zo gering mogelijke omvang heeft en dat de desbetreffende functionarissen niet in uniform optreden? Verdient het voorts geen aanbeveling dat in dergelijke situaties altijd verpleegkundigen worden ingeschakeld, die nu eenmaal een grotere ervaring hebben om in relatie te treden met mensen die verward zijn? (P.v.d.A.)

Artikel 20

De C.D.A.-leden zeiden te voelen voor een zodanige formulering van het derde lid, dat de betreffende stukken na vijf jaar na het ontslag van de patiënt worden vernietigd of alleen anoniem mogen worden bewaard ten behoeve van wetenschappelijke bewerking.

Artikel 23

Waarom wordt in dit geval geen afschrift gezonden aan de inspecteur? (C.D.A.)

Artikel 24

Is het niet beter, gezien het spoedeisende karakter van de in artikel 19 bedoelde geneeskundige verklaring, toch nog een verklaring als bedoeld in artikel 4, eerste lid, op te laten stellen? De psychiater of het multidisciplinaire team zouden dan meer informatie kunnen inwinnen en zonder de druk der omstandigheden komen tot een meer overwogen standpuntbepaling. Het kwam de P.v.d.A.-leden voor dat het constateren van een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens meer handelingen vereist dan bij voorbeeld het constateren van een fractuur.

Artikel 25

De leden der C.D.A.-fractie achtten wijziging van het artikel noodzakelijk voor zover het betreft de vrijwillig opgenomen patiënt. Aanbevelenswaardig noemden zij het opnemen van een bepaling, waaruit blijkt dat deze diep ingrijpende beperkingen alleen in het uiterste geval mogen worden toegepast; deze toepassing zou met waarborgen omkleed moeten worden.

Is feitelijk inzicht te geven in de mate waarin thans in de praktijk gebruik gemaakt wordt van beperkingen in de uitoefening van het recht op vrije briefwisseling, het ontvangen van bezoek en bewegingsvrijheid? (V.V.D.)

Kan de Minister iets meer mededelen aangaande de positie van diegenen die in een inrichting opgenomen zijn/worden die feitelijk handelingsonbekwaam dienen te worden geacht? Zijn voor hen bepaalde afwijkende of extra regelingen dan wel waarborgen van toepassing? (Onder feitelijk handelingsonbekwame mensen zouden mensen kunnen worden verstaan die geen blijk meer geven van een eigen (rechtens relevante?) wil, dan wel deze niet kunnen uiten (bij voorbeeld een afaticus; sommige afatici komen in inrichtingen terecht). En welke regeling dient te gelden voor diegenen die op het moment van opname al onder curatele (of wellicht provisioneel bewindvoerschap) staan? Is bij hen bij voorbeeld de enkele toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger voldoende voor het ondergaan van een behandeling? Hoe is de situatie ter zake wat betreft minderjarigen? (P.v.d.A.)

Artikel 26

Waarom wordt het recht van de patiënt hier beperkt tot een schriftelijk bezwaar?

Kunnen klachten niet beter worden gericht tot de inspecteur of tot een eventuele commissie van toezicht in plaats van tot het bestuur? (C.D.A.)

Waarin ligt de noodzaak om een beslissing als bedoeld in artikel 25, uitgezonderd een beslissing omtrent de bewegingsvrijheid van een onvrijwillig opgenomen persoon, niet te schorsen indien de betrokkene daartegen schriftelijk bezwaar aantekent? Eenzelfde vraag kan gesteld worden omtrent de mogelijkheid voor de overige personen en instellingen, genoemd in het derde lid van artikel 11, om schriftelijk bezwaar te maken tegen een beslissing als bedoeld in artikel 25.

Uit de redactie van het vierde lid spreekt een zekere twijfel omtrent de deskundigheid van besturen om klachten te kunnen beoordelen. Berust deze conclusie op een misverstand?

Leidt het hier in behandeling nemen van een klacht zowel door een bestuur als een officier van justitie niet tot onnodige onzekerheid voor de betrokkene?

Verschillen bovendien de persoonlijke omstandigheden van de in een psychiatrisch centrum opgenomen personen niet zodanig dat een dergelijke uitsluitingsgrond de rechtspositie van de betrokkene aantast?

Aan de hand van welke criteria beoordeelt de officier van justitie of een klacht kennelijk ongegrond of de klager kennelijk niet ontvankelijk is? Bestaat niet het gevaar dat hij zich bij een dergelijke beoordeling te veel zal laten leiden door het standpunt van de behandelende psychiater, aan wie het tweede lid in feite onbeperkte beslissingsbevoegdheid toekent? (P.v.d.A.)

Artikel 27

Kan een nadere uiteenzetting worden gegeven omtrent de noodzaak dit artikel ook van toepassing te doen zijn op patiënten die op vrijwillige basis in een inrichting verblijven?

Dient onder verlot tevens het weekend-bezoek te worden verstaan? (P.v.d.A.)

Artikel 28

Bij wie kan de patiënt in beroep gaan tegen de beslissing van de geneesheer-directeur als deze eventueel ten onrechte het verlot zou intrekken? (C.D.A.)

Artikel 29

De leden der P.v.d.A.-fractie zouden graag zien dat in dit artikel ook de bepaling wordt opgenomen dat vijf jaar na beëindiging van de opname van betrokkene de over hem aanwezige gegevens worden vernietigd. Naast de aantekeningen als bedoeld in het eerste lid zouden in de patiëntenadministratie ook bepaalde vormen van behandeling, zoals het gebruik van de iso-lercel, spanlaken en elektroshock moeten worden aangetekend.

Artikel 35

Waar toe dient het weglaten van de formulering «ten gevolge van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner geestvermogens»? Waarom wordt, indien de gevaarlijkheid van de betrokkene voor zichzelf, voor anderen en voor de algemene veiligheid van personen en goederen is vermindert, niet gewoon ontslag overwogen? De reden van opname is hiermee toch komen te vervallen, aldus de P.v.d.A.-leden.

De beantwoording van de vraag waarom de rechter ambtshalve een machtiging tot voortgezet verblijf voor de termijn van een jaar kan verlenen vinden deze leden onvoldoende. De bewering dat het een contradictie is om in de tijd van het voorwaardelijk ontslag aan te tonen dat de patiënt zo gevaarlijk is betwistten zij niet. Wel de conclusie. Een dergelijk persoon had al ontslagen moeten zijn omdat de rechtsgrond van de machtiging is komen te vervallen. Voorts doet de verlenging van de machtiging wel tekort aan de rechtspositie van de betrokkene, omdat op grond van lid 3 het voorwaardelijk ontslag weer kan worden ingetrokken.

Artikel 36

Voorzichtigheidshalve namen de P.v.d.A.-leden aan dat er sprake is van een vergissing waardoor de formulering «gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen» is komen te vervallen in lid 1, onder a.

Artikel 37

Is het niet eenvoudiger dat de betrokkene zelf de officier van justitie verzoekt een beslissing omtrent zijn ontslag te vorderen van de rechter? Immers de geneesheer-directeur ziet kennelijk nog niet voldoende aanleiding om de betrokkene te ontslaan, waardoor er dus per definitie een situatie ontstaat waarin de betrokkene bezwaar kan aantekenen tegen een beslissing bij de officier van justitie. (P.v.d.A.)

Artikel 40

Wat is de reden dat eens per maand aan de inspecteur en aan de officier van justitie opgave moet worden gedaan van de namen van vrijwillig opgenomen patiënten aan wie verlof of voorwaardelijk ontslag is verleend? (P.v.d.A.)

Het kwam de P.v.d.A.-leden voor dat in lid 1 dient te worden opgenomen dat een niet aan de inrichting verbonden arts de doodsoorzaak vaststelt.

Zou het niet gewenst zijn om ter bescherming van de rechtspositie van de vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënt ook opgave te doen van beperkingen die zijn opgelegd ten aanzien van de in artikel 25, eerste lid, omschreven rechten en het toepassen van bepaalde vormen van behandeling aan de geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid? (P.v.d.A.)

Artikel 41

Moeten de P.v.d.A.-leden onder het in lid 2 gebezigde begrip «patiënt» verstaan een persoon die lijdende is aan een gebrekkige ontwikkeling of een ziekelijke stoornis zijner geestvermogens?

Wat is de oorzaak van de bepaling in lid 2 om de hoofdinspecteur en de inspecteur een opsporende bevoegdheid toe te kennen ten aanzien van personen die gevaarlijk zijn voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen? Waarom is aan bovenstaande formulering niet toegevoegd «ten gevolge van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner geestvermogens»?

Artikel 42

Zou het niet wenselijk zijn om naast het bezoek op onbepaalde tijden door de officier van justitie deze ook op bepaalde tijden een spreekuur te laten houden voor de in de inrichting opgenomen personen? (P.v.d.A.)

Artikel 48

Waarom wordt de bevoegdheid van de psychiatrisch contactambtenaar niet bij wet geregeld? (P.v.d.A.)

Bewegreden

In de considerans en in een aantal artikelen van het wetsontwerp worden de op te nemen, respectievelijk opgenomen patiënten aangeduid als «personen, lijdende aan gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens». Deze definitie is kwetsend voor degene op wie zij niet van toepassing is en nochtans met een rechterlijke uitspraak in een psychiatrisch ziekenhuis moet worden opgenomen, aldus de leden der C.D.A.-fractie. Deze leden zouden gaarne het gevoelen van de Regering vernemen met betrekking tot een aanvulling van de definitie met de woorden: 'personen, die in een zodanige toestand van levensverwarring en levensonmacht zijn geraakt, dat opnemning in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is.'

De fungerend voorzitter van de commissie,
Abma

De griffier van de commissie,
Van der Knoop